

Giovanna Gentile

Bienestar y calidad de vida relacionada con la salud en una muestra urbana de jóvenes

Departamento
Psicología y Sociología

Director/es
Gil Lacruz, Marta

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD EN
UNA MUESTRA URBANA DE
JÓVENES**

Autor

Giovanna Gentile

Director/es

Gil Lacruz, Marta

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Psicología y Sociología

2013

**Bienestar y calidad de vida
relacionada con la salud
en una muestra urbana de jóvenes**

2012

Tesis doctoral presentada por

Giovanna Gentile

Directora: **Dra. Marta Gil-Lacruz**

Departamento: **Psicología y Sociología**

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de esta tesis doctoral, al igual que mi periodo formativo previo, se ha caracterizado por el esfuerzo, la motivación por aprender y la ilusión. Por eso, me gustaría dedicárselo a mi madre, que siempre ha creído y confiado en mí y en mis capacidades, transmitiéndome sus valores y su apoyo incondicional.

También, tengo que dar las gracias a muchas personas que con paciencia han compartido conmigo los momentos buenos y malos que conlleva este largo recorrido. En la fase de estudio de campo, destacaría la generosa participación de los vecinos del barrio de Casablanca y la ayuda desinteresada del bibliotecario del Centro Cívico Isaac Valero D. Ignacio Madorrán. Resulta obligado mencionar la constante presencia, profunda amistad y aliento de: Concepción García-Mauriño, Rosario Carcas, Charo Ruiz, Carlota García, Simona Pinna, Marco Gentile y Noelia Aragüete.

Desde una perspectiva institucional los apoyos han sido por parte de la Universidad de Cagliari (profesor Carmelo Masala y profesora Donatella Rita Petretto) y de Zaragoza (profesor Carlos Gómez Bahillo). Estoy en deuda con la profesora de la Universidad de Zaragoza y mi directora de tesis Marta Gil Lacruz, que con su amplia experiencia docente e investigadora, ha sido de gran ayuda en darle un enfoque integral y útil a mi trabajo.

En los requisitos burocráticos que conlleva el doctorado europeo, tengo que dar las gracias al profesor Alessandro Antonietti de la Universidad de Milán y a la profesora Giovanna Perricone de la Universidad de Palermo, por su disponibilidad y amabilidad.

ÍNDICE

INTRODUCCION

MARCO TEÓRICO

PARTE I: LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

1. IMPORTANCIA DEL TEMA	19
1.1. Envejecimiento de la población	20
1.2. Cronificación de las enfermedades	21
1.3. Desarrollo democrático y psicología social	22
1.4. Valores postmodernos	24
2. EVOLUCION CONCEPTUAL	27
2.1. La felicidad: de un mito a una formula	28
2.2. El bienestar: modelos hedónico y eudaimónico	32
2.3. La alquimia de lo individual y de lo social	37
2.4. Bienestar social y progreso	38
3. DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA	40
3.1. La integración de conceptos en la calidad de vida	41
3.2. De la ausencia de enfermedad al bienestar de la salud	45
3.3. Definición de la calidad de vida en la OMS	47
4. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA	51
4.1. Diferentes criterios de aproximación	51
4.2. Continuo objetivo y subjetivo	52
4.3. Definición unidimensional y multidimensional	53
4.4. Interrelación de términos: salud/calidad de vida	54
5. DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD	56
5.1. Valores interrelacionados: salud y equidad	57
5.2. Comisión de los Determinantes Sociales de la OMS	59
5.3. Elementos de análisis	60

PARTE II. LA JUVENTUD Y LA CALIDAD DE VIDA

6. CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO EVOLUTIVO	62
6.1. Definición de la juventud como periodo evolutivo	62
6.2. Duración de la juventud e inserción generacional	63
6.3. Procesos de madurez: biológicos, cognitivos, afectivos, motivacionales, sociales	66

7. LA JUVENTUD EN SU CONTEXTO	72
7.1. Características de la juventud europea	72
7.2. Características de la juventud española	79
7.2.1. Estilos de vida	84
7.2.2. Bienestar y felicidad	98
7.3. Características de la juventud aragonesa	103
8. LA JUVENTUD Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	111
8.1. Importancia del tema	111
8.2. Aproximación metodológica	111

MARCO EMPÍRICO

PARTE I: DISEÑO METODOLÓGICO

1. OBJETIVOS	125
2. HIPÓTESIS	125
3. UNIVERSO	126
4. MUESTRA	129
5. INSTRUMENTOS	132
5.1. Características sociodemográficas	133
5.2. Calidad de vida y salud	133
5.3. Estilos de vida	136
6. RECOGIDA DE DATOS	136
7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	138

PARTE II: RESULTADOS

1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	141
1.1. Características sociodemográficas	141
1.1.1. Sexo y edad	141
1.1.2. Estado civil y situación familiar	141
1.1.3. Lugar de nacimiento y años de residencia en el barrio	142
1.1.4. Situación socioeconómica: estudios, trabajo, ingresos	143
1.2. Calidad de vida y salud	148
1.2.1. Morbilidad y consumo de medicamentos	148
1.2.2. Fuentes de mejora de la salud	150
1.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud	153

1.3. Estilos de vida	156
1.3.1. Pautas de sueño	156
1.3.2. Consumo de alcohol	156
1.3.3. Consumo de cigarrillos	158
1.3.4. Práctica de ejercicio físico	159
1.3.5. Tiempo libre y asociacionismo	159
1.4. Normalidad de las variables: prueba de Kolmogorov-Smirnov	161
2. RESULTADOS INFERENCIALES	164
2.1. Correlaciones en relación a la calidad de vida	164
2.1.1. Correlaciones entre las variables sociodemográficas y los factores del WHOQOL Bref	164
2.1.2. Correlaciones entre los estilos de vida y los factores del WHOQOL Bref	167
2.1.3. Correlaciones entre las puntuaciones del WHOQOL Bref	177
2.2. Análisis de varianza	178
2.2.1. Análisis de varianza en función de las variables sociodemográficas	178
2.2.1.1. Análisis de varianza en función del sexo	178
2.2.1.2. Análisis de varianza en función de la edad	184
2.2.1.3. Análisis de varianza en función de la zona de residencia	196
2.2.2. Análisis de varianza en función de las variables relativas a la calidad de vida	206
2.3. Regresiones	211
2.4. Análisis discriminante	212

CONCLUSIONES

1. EL DIFÍCIL CAMINO HACIA LA EMANCIPACION	219
2. ESTILOS DE VIDA	221
2.1. Definición y valores	222
2.2. Relación con la salud. Comportamientos saludables y de riesgo	223
2.3. Relación con el bienestar. Ocio y tiempo libre	228
3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	231
3.1. WHOQOL-Bref: tendencias principales	232
3.2. Nuevos retos y líneas de investigación	236

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	241
----------------------------	-----

ANEXOS

1. INSTRUMENTO	259
2. RESULTADOS CORRELACIONALES	267
2.1. Correlaciones entre las variables sociodemográficas	267
2.2. Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud	268
2.2.1. Correlaciones entre las puntuaciones del WHOQOL Bref	268
2.2.2. Correlaciones entre las variables estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud	290
3. ÍNDICE DE TABLAS	311

INTRODUCCIÓN GENERAL

Introducción

Hoy en día, “crecer” no es lo que era. Los jóvenes en la actualidad se enfrentan a una gran variedad de experiencias, en términos de educación, familia, empleo y salud, que difieren considerablemente de las de una o dos generaciones anteriores. Ello se debe a los efectos de la globalización, a los avances tecnológicos y a la extensión del desarrollo económico.

(Nugent, 2006.

http://www.prb.org/pdf06/youthinaglobalworld_sp.pdf)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994, definió la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como la percepción personal de la salud física y mental que tiene cada persona a lo largo del tiempo, según el ambiente en el que vive, teniendo en cuenta sus objetivos, expectativas, valores e intereses personales. Por tanto, este concepto constituye un objeto de estudio de carácter multidimensional que incluye numerosos aspectos demográficos, sociales, culturales, psicológicos y ambientales relacionados con la salud, como por ejemplo: la autonomía personal, las redes de apoyo, los servicios sociales y la satisfacción con la vida.

La Organización Mundial de la Salud, con el fin de operativizar esta definición realizó numerosos trabajos previos de consulta a diferentes especialistas de las ramas sociales, sanitarias y a la ciudadanía en general. Se pretendía que su medida recogiera tanto situaciones relativas a la enfermedad, discapacidad y dependencia como variables relativas a la prevención y promoción del bienestar.

En este sentido, las medidas de morbimortalidad y expectativa de vida que se aplicaban tradicionalmente en los estudios epidemiológicos resultaron insuficientes. En la población y especialmente, en colectivos como la infancia y la juventud, el objetivo final que se persigue es fomentar los estilos de vida activos y saludables, de manera que disfruten de una buena salud a lo largo de su ciclo vital.

No debemos olvidar que nuestros jóvenes constituyen nuestro presente y también el canal de transmisión del conocimiento, actitudes y hábitos de las futuras generaciones. De la mejora de su calidad de vida relacionada con la salud, se infiere un beneficio actual y potencial de nuestra sociedad. Además, la investigación sobre este tema con este grupo diana contribuye a conocer sus necesidades comunitarias, a comparar la situación entre generaciones y a trabajar según los objetivos planteados y los intereses personales, de forma tanto colectiva como individual.

Hoy en día, la crisis que atraviesa la sociedad nos impulsa a estudiar de manera prioritaria la calidad de vida de los jóvenes ya que este es un sector vulnerable. Para un joven es un logro decisivo la conquista de su independencia y de su integración social. Importa el hecho de pertenecer a un grupo, tener amistades significativas, una pareja y formar una familia propia. La emancipación y el sentirse autónomo es el resultado del trabajo desarrollado a lo largo de su vida. Nuestros jóvenes representan nuestra principal fuente de riqueza y capital humano.

Esta tesis analiza la relación entre las variables sociodemográficas y los estilos de vida y su influencia en la calidad de vida de los jóvenes residentes del barrio de

Casablanca (Zaragoza). Para ello, se tienen en cuenta los factores que la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (OMS) considera prioritarios a la hora de explicar nuestro nivel de salud, como por ejemplo el sexo, la edad, el nivel de instrucción, la situación laboral, el nivel de ingresos, la zona de residencia y los comportamientos de ocio y tiempo libre, las conductas saludables y/o de riesgo.

La pretensión de este estudio es la de orientar futuros proyectos relacionados con programas socioeducativos y entornos saludables, contando con la participación de los jóvenes, la comunidad educativa y otras instituciones públicas y privadas.

El marco teórico que representa la base de este trabajo de investigación consta de dos apartados:

- En primer lugar, se define la calidad de vida relacionada con la salud. Este capítulo se centra en la revisión de las investigaciones sobre el concepto de calidad de vida y analiza las dimensiones y los factores que repercuten en la misma y condicionan el estado de salud.
- En segundo lugar, se estudia la relación específica entre juventud y calidad de vida. Sobre la edad de inicio y fin de la juventud, los expertos del tema no han llegado a un acuerdo. Este trabajo abarca desde los 16 a los 30 años. El criterio de decisión se ha basado en la consulta a encuestas de salud y la definición de las instituciones gubernamentales, como por ejemplo, el Instituto de la Juventud en Aragón.

El ámbito geográfico de esta investigación se ubica en el barrio de Casablanca (Zaragoza). Se eligió esta localización por su diversidad sociodemográfica, por el elevado número de jóvenes que residen allí (43,59% en el barrio frente al 40,67% del resto de la ciudad), y por ser un barrio de gran proyección de futuro y dimensiones tal y como lo corroboran sus recientes asentamientos. Vivimos en un mundo en el que se reivindica la importancia de lo local dentro de los fenómenos de globalización. Los estudios locales presentan la ventaja de la contextualización de las necesidades sociosanitarias en territorios concretos, facilitando la participación de los diferentes agentes sociales implicados.

No obstante, en la selección de los instrumentos se ha utilizado un tipo de encuesta referente a la salud que permite la comparación de los resultados en jóvenes en diferentes contextos españoles y europeos. De hecho, mi elección de un doctorado europeo ha posibilitado también el establecimiento de similitudes y diferencias entre los jóvenes en un contexto internacional.

Mi formación y experiencia de carácter psico-pedagógico me ha impulsado a abordar este tema al ser consciente de la importancia que tienen los contextos sociales y familiares en el desarrollo psico-físico del individuo. La calidad de vida no es sólo una opción individual sino que implica la red social de la persona. Es el resultado conjunto entre otras variables: de la personalidad del individuo, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el apoyo social recibido y percibido, y la etapa de vida en que se produce su desarrollo.

Padres, profesores, iguales y vecinos amplían y/o dificultan las oportunidades para el bienestar de la juventud. De ahí que sea necesario establecer pautas de colaboración

entre los diferentes profesionales que trabajan con ellos (médicos, nutricionistas, terapeutas, profesores, directores, etc.) En este sentido, la psicología social es sensible a estas cuestiones y considera a la persona siempre como agente social de cambio.

Cuando la profesora Marta Gil Lacruz, experta en esta materia, me propuso esta línea de investigación para mi tesis, acepté pensando en su importancia y la capacidad que el tema tiene de orientar estudios teóricos y prácticos. Esta tesis se integra en los trabajos realizados por el grupo consolidado de investigación “Bienestar y Capital Social” (ref. S.51) de la Universidad de Zaragoza en relación a los factores de riesgo y determinantes sociales de la salud, en el proyecto de investigación I+D+I (CSO 2011-30089): “Comportamiento sexual y reproductivo en España: factores de riesgo para la salud” subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

En un futuro, desearía continuar con esta línea de investigación y colaborar en distintos proyectos relacionados con Casablanca y otros barrios, con otras variables de estudio, como las ligadas a la alimentación, las drogas, el ejercicio físico, la influencia de las compañías en los estilos de vida, las relaciones en el colegio o instituto, con los compañeros de trabajo, con la familia, las expectativas de futuro, etc.

Asimismo, me parece interesante la posibilidad de trabajar con la población adulta y compararla con la juventud para ver de qué forma ha ido cambiando la CVRS a través de las generaciones y qué semejanzas se encuentran entre la población de distintas edades. Este estudio permitiría comprender cómo los jóvenes toman sus propias decisiones sobre su salud y estilo de vida y si éstas han sido influenciadas y en qué medida por la educación que han recibido.

En este sentido, espero que este trabajo sea el inicio de muchos otros relacionados y un día poder recoger los frutos, debidos a años de estudios, esfuerzos y sacrificios y sobre todo, a pequeños o grandes resultados sobre el tema que se espera que a medio o largo plazo podrán ser beneficiosos para muchos.

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

PARTE I: LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

1. IMPORTANCIA DEL TEMA

El siglo XXI se caracteriza por sus profundas transformaciones. El vertiginoso desarrollo de las sociedades occidentales está consolidando cambios que se han venido produciendo tanto en las estructuras económicas (predominio del sector terciario, universalización del crédito crisis del modelo financiero capitalista), como en las políticas (globalización) y prácticas culturales (afirmación de los valores individuales, sociedad del conocimiento etc.).

Todos estos cambios se han puesto de manifiesto en las múltiples crisis que han sufrido las instituciones; como la familia, el modelo escolar, el modelo cultural, el sistema laboral, el sistema financiero internacional etc. Crisis alimentada por la evolución histórica y el cuestionamiento de instituciones tradicionales como la Iglesia, los partidos políticos, los sindicatos, etc. La economía que se autonomiza y erige contra la misma sociedad civil, se refleja en el *crash* financiero de 2008, y urge al replanteamiento de las relaciones entre el mercado y el estado (Barriga, 2009).

El fenómeno de la crisis no es sencillo de analizar, puesto que hay que remontarse a épocas pasadas para encontrar una explicación razonable. Los países occidentales, los más desarrollados económicamente, se replantean un nuevo modelo de vida social basada en nuevos valores capaces de motivar e impulsar la vida individual y comunitaria.

Tradicionalmente, la ciencia psicológica ha dedicado mucho esfuerzo a estudiar los aspectos negativos y patológicos del ser humano (ansiedad, estrés, depresión, etc.), dejando de lado a menudo el estudio de aspectos más positivos como, por ejemplo, la creatividad, la inteligencia emocional, el humor, la sabiduría, el bienestar y la calidad de vida, etc. Desde un enfoque incompleto y orientado a lo exclusivamente clínico, se ha obviado la crítica social y la búsqueda de alternativas a la sociedad del riesgo.

Seligman, psicólogo y escritor norteamericano especialista en temas del bienestar y la calidad de vida, tras destacar la necesidad de investigar de forma decidida los aspectos saludables del ser humano, propuso a finales de los años 90 la creación de la psicología positiva como corriente específica dentro de la psicología. La psicología positiva estudia aspectos diversos del ser humano como: las emociones positivas, la felicidad, la alegría o el amor, y fortalezas como: el optimismo, la creatividad, la gratitud, la sabiduría, o la resiliencia.

Investigaciones recientes enmarcadas en esta perspectiva analizan cómo la influencia de los ingresos económicos sobre la felicidad sólo es relevante hasta cubrir las necesidades básicas. A partir de un determinado nivel, mayores ingresos parecen no incrementar el grado de felicidad. La cantidad y calidad de relaciones interpersonales aparece como el factor que más a menudo se asocia a un mayor nivel de bienestar psicológico percibido. Otros factores como el optimismo, la autoestima y la gratitud, o rasgos básicos de personalidad como la extraversión y la estabilidad emocional, también se relacionan con mayores niveles de felicidad.

Actualmente, los avances científicos facilitan a los psicólogos utilizar herramientas eficaces que permiten a las personas, no sólo tratar el malestar emocional, sino prevenir su aparición mediante el entrenamiento de técnicas y estrategias de desarrollo personal. La orientación preventiva fue el objetivo principal de Seligman y constituye una de las bases de esta corriente.

Estas prioridades se inscriben dentro de la psicología académica por deseo expreso de sus fundadores. Es decir, sus conocimientos se elaboran y discuten dentro de las universidades, instituciones de investigación y órganos y eventos asociados (p. ej., asociaciones y congresos científicos). Con ello se pretende dotar de fiabilidad a los contenidos que se agrupen dentro de la etiqueta “psicología positiva”. De esta manera se intenta evitar los usos poco éticos e incluso fraudulentos, que de esta etiqueta puedan hacer las instituciones privadas.

La consolidación de esta corriente se constata en el incremento exponencial de estudios sobre el bienestar y los estilos de vida saludables. Hay que tener en cuenta que lo que la población demanda hoy en día es, estar bien, vivir más tiempo, en las mejores condiciones posibles y evitar situaciones que generen malestar, dificultades, estrés y dispendio inútil de energía y recursos. El estudio de la calidad de vida constituye un tema de especial trascendencia en la sociedad actual.

1.1. Envejecimiento de la población

En nuestro contexto español, Lucas y Salva (2007) plantean la importancia de llevar a cabo un análisis de las distintas condiciones de vida y salud, en relación a la nueva situación demográfica, ya que la población envejece, se cronifican las enfermedades y se produce un cambio en nuestros estilos de vida (ej. pérdida de la dieta mediterránea, adicciones, accidente de tráfico, etc.).

Indudablemente, respecto al pasado la gente vive mucho más tiempo y se preocupa mucho más de su desarrollo personal en la tercera edad. Esto se puede observar por ejemplo, en el número de jubilados y en la cantidad de residencias de ancianos que hoy en día ofertan sus servicios destinados a este colectivo. Gracias también a asociaciones culturales, teatrales, deportivas, actividades de ocio, etc., los mayores tienen la opción de ocupar ese tiempo libre de un modo saludable y creativo. De esta manera se contribuye a mejorar su socialización, a prevenir su soledad y a estimularles en el ejercicio de sus aficiones, desarrollando actividades que les agraden y que al mismo tiempo consigan mantenerles activos tanto física, como social y psicológicamente.

El hecho de socializar con gente de la misma generación, que comparte los problemas de quiénes se encuentran en una situación de vida determinada, contribuye a que la vejez se vivencie de otra manera no tan traumática. A menudo, los soportes psicológicos más cercanos se encuentran en el propio vecindario. Hay que tener en cuenta que los vecinos como los amigos, son personas con las cuales no solamente se comparte el tiempo libre, sino que también son fuentes de las que la propia persona se nutre en cuanto a conocimientos, experiencias y habilidades. Así, si por ejemplo se pregunta a un anciano cómo sabe que ciertos alimentos son dañinos para la salud, con mucha probabilidad contesta que es porque lo ha oído de personas que le son las más cercanas.

Por lo tanto, la calidad de vida de un anciano puede deberse en parte a la disponibilidad y cercanía de personas queridas, y la influencia que estas personas ejercen sobre él. Del mismo modo, una sociedad que envejece necesita replantearse cuál es la representación social que comparte de este colectivo y la reivindicación de su capital humano y social. En este sentido, el bienestar tiene un rol muy importante y está muy relacionado con otros dos términos: felicidad y calidad de vida.

1.2. Cronificación de las enfermedades

Si por una parte se ha logrado vivir más años y descubrir el tratamiento de enfermedades mortales, como por ejemplo la poliomielitis, la malaria y algunos tipos de cáncer, por otro lado, algunas de ellas se han cronificado en nuestra sociedad, debido en parte a la degradación de nuestro medio ambiente. El entorno mediatiza nuestras opciones saludables.

Durante estas últimas décadas y debido a los avances tecnológicos y preventivos, se ha logrado incrementar nuestra esperanza de vida, pero vivir más años no significa necesariamente vivir mejor. Por esta razón resulta fundamental la reflexión y el debate sobre en qué condiciones se desarrolla nuestra existencia.

La cronificación de enfermedades como las alergias, el asma y todo lo relacionado con la respiración bronquial cada vez, afecta a más individuos dentro de nuestra sociedad, con el coste económico que esto conlleva ya que es el servicio nacional de salud, el que da cobertura farmacológica y asistencial a estas personas. En definitiva, estos trastornos se pueden considerar un problema de nuestros tiempos en cuanto que perjudican buena parte de la salud de la población, tienen un coste elevado para cada individuo y en cierta medida, también para el Estado.

Las amenazas para nuestra salud también son silenciosas. En nuestra alimentación destaca la cantidad de productos químicos que adulteran nuestros nutrientes. Productos como son los conservantes, colorantes y perfumes no tienen cobertura dentro de los presupuestos sanitarios. Su adquisición es responsabilidad de la persona individualmente, por lo que aspectos como su poder adquisitivo, pasan a estar directamente relacionados con su calidad de vida. De esta forma, parte de la población podrá acceder tan sólo a una dieta de calidad, sin solucionar el problema. Si las patologías asociadas como la obesidad van en aumento, nuestra calidad de vida, se verá cada vez más mermada.

Se podría además hablar del fumador activo y pasivo y de sus consecuencias en la salud. El fumar es un hábito relacionado con las actuales pautas de morbilidad y con los estilos de vida. Generalmente, las personas comienzan a fumar en la adolescencia dentro del grupo de amigos con la intención de imitar el rol del adulto o fórmula con la que vencer la timidez. Las consecuencias de este hábito se evidencian a largo plazo en problemas respiratorios, cardiovasculares, etc. Entre los jóvenes el hecho de fumar puede ser percibido como una moda, un símbolo identificativo del propio grupo al que pertenece, o una forma de actuar relacionada con un estilo de vida.

Si a los factores ya mencionados añadimos otros comportamientos, como el abuso de alcohol, drogas, comidas y el sedentarismo sin duda, la calidad de vida se verá perjudicada, adivinándose consecuencias perniciosas en el futuro.

Muchas veces esto sucede entre los jóvenes que empiezan a fumar y abusar de la ingesta de alcohol sin pensar en las consecuencias para la salud. Otras veces, el comienzo de la toma de estas sustancias, implica estrategias de afrontamiento ante situaciones que generan malestar, sin competencia en el manejo de alternativas, para llegar a una solución sin arriesgar su propia salud. Las conductas de riesgo afectan a nuestra salud presente y futura. La cronificación de los trastornos de salud supone una pérdida importante de capital humano y bienestar individual y social.

1.3. Desarrollo democrático y psicología social

Al igual que los costes de nuestra salud individual repercuten en los costes de nuestro sistema sanitario, el estudio del bienestar requiere una lectura psicológica y social. Analizando esta situación, se concluye que resulta más eficaz y barato una buena prevención antes que la cura o tratamiento cuando el problema ya se ha producido. Por ejemplo, una operación quirúrgica necesita de un equipo de profesionales, y el paciente necesita un tratamiento pre y post intervención, rehabilitación y días de hospitalización. Todo esto conlleva unos gastos que son cubiertos con dinero público en los países en los que la sanidad, es un servicio público y estatal.

Estar bien significa entre otras cosas: vivir en una sociedad justa que ofrece los mismos derechos a todos los ciudadanos, no padecer enfermedades, poder vivir en una casa saludable con el confort necesario, tener un trabajo digno, poder colaborar y ofrecer colaboración, no tener problemas económicos para llegar a fin de mes y si preguntamos a las personas, probablemente en función de su experiencia, podríamos añadir muchos más procesos y condiciones que influyen en su bienestar.

En este sentido, la psicología social cumple un papel fundamental en el estudio e intervención sobre estos temas, en cuanto se centra en el análisis de aspectos que tienen que ver con la integración del individuo en su entorno, con su correspondiente nivel de satisfacción y bienestar. La psicología social constituye el estudio científico de cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas, son influidos por la presencia real o imaginada de otras personas. Según esta definición, su faceta científica se refiere a la utilización del método empírico de investigación (Allport, 1985). Los términos: pensamientos, sentimientos y comportamientos integran las variables psicológicas que se pueden medir en un ser humano. La afirmación de que otras personas pueden ser imaginadas, sugiere que somos propensos a la influencia social incluso cuando no hay otras personas presentes, como cuando vemos la televisión, o seguimos normas culturales internalizadas (Allport, 1985).

Todos estos elementos resultan claves para el estudio del bienestar. Si observamos cómo experimenta cada individuo sus sentimientos y pensamientos positivos y negativos cada vez que le sucede algo y lo relacionamos con su comportamiento, nos acercaremos a su mundo interior y a su manera de entender en alguna medida cual puede ser su nivel de bienestar. Es decir, con mucha probabilidad podemos afirmar que la persona, influye en la relación con su entorno y viceversa; las condiciones del entorno repercutirán en su manera de pensar y sentir.

Por ejemplo, la pérdida del trabajo, conlleva actitudes diferenciales en función de cómo lo evalúe el individuo. Puede que la persona movilice todos los recursos a su alcance para buscarse otra ocupación. Desde otro extremo, el individuo puede adoptar una actitud de espera a que la coyuntura de crisis del país cambie, por inferir que encontrar trabajo no depende de sí mismo, sino de una situación que afecta a otras personas entre las que se encuentra él mismo. Esta propensión a pensar y comportarse de una forma u otra, influye también en nuestro nivel de bienestar.

A menudo, los psicólogos sociales explican el comportamiento humano como resultado de la interacción de estados mentales y situaciones sociales inmediatas. En el heurístico famoso de Kurt Lewin, el comportamiento se analiza como una función de la persona y el ambiente, $B=f(P,E)$.

Lewin considera la importancia del ambiente como variable psicológica. La satisfacción con la vida refleja cómo las personas valoran sus condiciones de existencia ponderando en una apreciación global, todos los aspectos que consideran importantes (Logroño, 2006). Las personas defieren en el grado de importancia y prioridad de los aspectos que valoran en su cotidianidad. Se considera que las personas son los mejores jueces sobre la calidad de su existencia (Frey y Stutzer, 2002). En este sentido, la satisfacción con la vida, aunque puede ser un indicador carente de consistencia e influido por diversas situaciones o experiencias momentáneas, también puede reflejar la valoración que hacen los individuos en general sobre su futuro (Layard, 2005; Veenhoven, 1998).

Se presume que la percepción o elaboración de sentido sobre la satisfacción con la vida es un indicador válido para estimar el desarrollo de la misma de entre otros posibles. Este resultado puede considerarse una negociación entre los individuos y la sociedad de la que forman parte (Logroño, 2006).

La psicología social es un dominio interdisciplinario que se encuentra en la frontera entre la psicología y la sociología. Durante los años inmediatamente posteriores a la Segunda Guerra Mundial, psicólogos y sociólogos, colaboraron frecuentemente en el reto de la reconstrucción de un conflicto internacional, comunitario y psicosocial. Si pensamos en todas las consecuencias negativas que se derivan de estos desastres, podemos entender el por qué psicólogos y sociólogos, han tenido que trabajar estrechamente para aliviar de alguna manera, los aspectos traumáticos fruto de la depresión, sentimientos de venganzas y opresión. Igual sucede en otras situaciones de gran estrés como catástrofes naturales (terremotos, lluvias torrenciales), donde dicha relación aún se hace presente, y la colaboración interdisciplinar resulta fructífera y necesaria.

De hecho, la psicología social constituye una especialidad común para ambas disciplinas. Por ejemplo, en el estudio de la calidad de vida los sociólogos se han centrado en macro variables (por ejemplo, la estructura social), indicadores necesarios para entender la importancia de las condiciones socioeconómicas. Por tanto, se entiende que los enfoques sociológicos son ineludibles para la psicología social y se deben integrar como parte importante dentro de la investigación psicológica.

El contexto en el que se desarrollan estas investigaciones también influye en el tratamiento del tema. Así por ejemplo, los investigadores estadounidenses se han centrado más en el análisis del individuo, mientras que los europeos han prestado más atención a los fenómenos de grupo.

El bienestar desde esta perspectiva, constituye una encrucijada de aspectos psicológicos y sociales. La elección forma parte de la sociedad en que vivimos; así a través de un referendun podemos elegir quién queremos que sea el representante de nuestro país, podemos elegir con qué compañía de avión viajar y que tema de investigación seleccionamos para una tesis. Desde la misma universidad en un modelo público, se facilita la elección vocacional, independientemente del origen socioeconómico o de la profesión del ambiente familiar del estudiante. La elección es de este modo, parte ineludible del estudio del bienestar, y sus diferentes modelos.

La psicología social estudia estos factores de intersección y prioriza en sus investigaciones la construcción social de la realidad de las personas. En este sentido, resulta fundamental la percepción del propio individuo en cuanto agente activo de la vida ciudadana. La calidad de vida constituye una aspiración actual de todas las clases sociales. A diferencia del pasado, en la actualidad, se valora la educación y la salud, como derechos sociales y logros sociales.

El psicólogo social no es ajeno a su responsabilidad como científico social en la constitución de un medio más justo y democrático. La pedagogía activa también se encuentra en su agenda de investigación e intervención.

1.4. Valores postmodernos

Sen (1999), señala que pese a lo atractivo de la idea del progreso, el tiempo fue mostrando a la humanidad que la riqueza, tecnología y modernización, no sólo aportarían bienestar y felicidad a las personas, sino que también podrían conllevar realidades tan funestas como, el fascismo, brechas digitales, segmentación laboral y problemas medio ambientales. Las consecuencias de un uso inadecuado de nuestras potencialidades han generado muchas víctimas, creando situaciones de tensiones, pobreza y problemas psicosociales.

El concepto de progreso en el presente, ha perdido en parte su carga utópica porque en el pasado estaba profundamente ligado al futuro. Hoy en día, el ideal de progreso esta inmerso en una gran polémica, puesto que no todos los autores comparten su significado ni reconocen las grandes ideologías sobre las cuales se fundamenta. La sociedad del riesgo, la teoría de juegos y del caos, se proponen como explicaciones poco halagüeñas a un mundo incierto y en constante cambio.

No obstante, se debe tener en cuenta que desde la perspectiva económica, las más recientes versiones del desarrollo económico retoman el enfoque ligado al desarrollo del individuo y desechan el pensamiento exclusivo basado en la riqueza, por lo que se encuentran afinidades con los argumentos esgrimidos desde la psicología social (Logroño, 2006).

La creciente preocupación por el bienestar y la conciencia social resultan paralelas a las transformaciones producidas en cuanto a nuestra escala de los valores. Nuestro

modelo de valores actual presenta su razón de ser en la búsqueda de alternativas frente al individualismo contemporáneo, el consumismo, el estrés y también la sensibilización hacia temas ambientales, la importancia de la solidaridad y la necesidad de integración global –local de lo multicultural.

Tal y como apuntan Avia y Vázquez (1998), no es lo mismo no tener problemas que ser feliz. Hemos visto como en efecto, es importante tener dinero y un buen trabajo, al igual que es fundamental tener buena salud, autoestima, red social, sentido de la trascendencia etc. La evolución de nuestros valores se refleja en el comportamiento de búsqueda de las personas, orientado al placer y la felicidad. A través de la doctrina del hedonismo, podemos observar cómo y en qué medida las personas alcanzan estos fines. Muchos gastan su dinero en viajes, en el gimnasio, en ver un partido en el estadio de fútbol, en tener Internet en casa, el aire acondicionado en todas las habitaciones, etc. Es decir, en general, huimos del dolor y del disconfort.

En este sentido, el hedonismo se relaciona directamente con el consumismo. Las personas en un entorno económicamente desarrollado compran mucho más de lo que necesitan, es más, muchas de las cosas que se compran no son de vital importancia. En buena medida estos comportamientos están ligados al estrés. Tenemos que tener en cuenta que hoy en día es necesario que trabajen los dos miembros de la pareja para poder cubrir todos los gastos que una familia puede generar, tanto los relacionados con las necesidades cotidianas, como los relativos a enseres que no son indispensables.

La falta de tiempo y el estrés correspondiente, nos ha llevado a modificar nuestros estilos de vida; comemos rápidamente, recurrimos a la compra de alimentos rápidos y fáciles de cocinar (fastfood, precongelados, etc.), hábitos que a largo plazo pueden producir efectos dañinos en nuestra salud y desembocar en problemas en el hígado, sobrepeso, etc.

Vivimos en una sociedad en la que el tiempo escasea. Los padres comparten una jornada laboral de 8 horas. A ello tienen que sumar el tiempo para ir y volver del trabajo, el tiempo para dormir, para el cuidado personal y del hogar, recoger los niños al colegio, etc. Todo esto, contribuye a que no puedan dedicar el espacio y la energía suficiente a la alimentación propia y de los suyos o que le den una prioridad secundaria.

De la sensación de la urgencia y sus consecuencias no se libran los jóvenes. Los estudiantes que viven en pisos compartidos y que acostumbrados a tener la comida hecha por la madre, no saben y/o no quieren cocinar, se alimentan con productos precocinados, fritos, rápidos. Los desequilibrios en la alimentación, como falta de hierro, de vitaminas, minerales y carbohidratos acarrearán una serie de problemas de salud y se manifiestan en sensación de cansancio, baja tensión, falta de fuerzas, etc.

Pero no todo es negativo en este panorama social, puesto que también los valores actuales implican a los individuos más que anteriormente en cuestiones sociales, como por ejemplo el medio ambiente, el voluntariado y lo multicultural.

El reciclaje, el uso del transporte público, suponen avances y novedades con respecto del pasado y contribuyen a preservar el medio ambiente, y mejorar la calidad de vida de la persona. De esta forma se intenta combatir la contaminación ambiental,

accidentes de tráfico, disminuir la carga de estrés. Desde una actitud ambientalista, la calidad de vida se reconoce como un derecho individual relacionado con nuestra responsabilidad social y compartida.

Al mismo tiempo, cada vez más personas dedican su tiempo libre al voluntariado en Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Todo esto muestra una sociedad en la que de alguna manera, la gente a pesar de que viva en una sociedad donde la presión es cotidiana, encuentra una fórmula en la que además dispone del tiempo necesario para invertirlo en los más necesitados, de forma libre, gratuita y voluntaria.

El hecho de poder viajar, trasladarnos de un lugar a otro con más facilidad, trabajar y estudiar en diferentes contextos nos aboca a vivir en un mundo multicultural, formado de gente de todas las nacionalidades y donde prima la diversidad de la piel, del idioma y de la cultura. Esta situación se puede valorar como una fuente de enriquecimiento cultural y personal. En este sentido, los medios de comunicación han jugado un papel muy importante. La radio, prensa, televisión y vídeo, a través de canciones, presentadores televisivos, modelos, nos han familiarizado con un mundo plural y mestizo.

A través de las ONGs se desarrollan valores como los de la aceptación y respeto a distintas culturas, idiomas y tradiciones. Por ejemplo, en las ciudades españolas y en concreto en Zaragoza, dos ONGs se ocupan de distribuir la comida y ofrecer una cama a los transeúntes que por diversas circunstancias de la vida se han encontrado sin techo, sin comida, sin dinero, sin trabajo, sin familia y en algunos casos con problemas físicos y mentales. Una es el Refugio y la otra el Carmen, las dos pertenecen a organizaciones religiosas, que se nutren de fondos públicos y privados.

La persona que recurre a estas instituciones se puede quedar por una temporada máxima de un mes. Los voluntarios se organizan en turnos rotativos, según la disponibilidad que tienen y la demanda del momento, y se dedican a servirles la comida. La motivación de los voluntarios reside en parte en la sensación de felicidad, derivada del hecho de sentirse útil socialmente.

Frente al altruismo y la solidaridad, encontramos otros “atajos” para el bienestar plural. La publicidad nos ofrece modelos de comportamientos cotidianos, de consumo, estereotipos y cánones estéticos. Es el caso de la estrategia de marketing llevada a cabo por Benetton en la que aparecen niños de todas las edades y colores de piel para dar una imagen de unión, universalidad y felicidad. Sugieren al consumidor que comprando una camiseta, un pantalón de una marca se puede llegar a sentir feliz, satisfecho, deseado, etc. Al comprar un producto de belleza, un perfume, una bufanda, un chocolate, se puede cambiar la vida.

En ocasiones, los medios muestran imágenes falseadas de la realidad, un mundo imaginario, que no existe, donde los problemas entre las personas se resuelven con un producto. Por esta y muchas otras razones donde los términos bienestar, felicidad, imagen, se confunden entre ellos y se manejan como sinónimos, sería necesaria y urgente la investigación psicosocial que discierna dónde acaba un concepto y empieza el otro, y qué presupuestos y consecuencias conllevan su búsqueda.

Barriga (2009) nos propone un diagnóstico de la situación actual en términos de valores postmodernos. Entre ellos el autor destaca: el individualismo, el maniqueísmo, el privilegio de la cultura urbana, la aceptación de las contradicciones culturales, la secularización de valores, la crisis en la participación social y la diversidad de formas familiares.

La permisividad y el individualismo constituyen los vehículos privilegiados para expresar la libertad personal. El sentido de comunidad se transforma en planteamientos individuales, que Castel (1995) denomina empíricos o negativos y Dumont (1983) egoístas o de desarrollo. En este sentido, las necesidades grupales se sustituyen por las individuales y el placer inmediato resulta ser un modelo de vida social. En cuanto a la educación en valores, éstos se transmiten en función de la estratificación social y familiar. Los obreros priorizan los valores ligados al ahorro y la seguridad, mientras los profesionales liberales se caracterizan por buscar el desarrollo de la independencia, la determinación y la creatividad.

Se valora la flexibilidad tanto en el ámbito laboral como en el interpersonal, y se aceptan las contradicciones culturales de la sociedad capitalista, buscando igualdad de medios y de resultados. Su consecuencia positiva se refleja en la declaración de igualdad en el trabajo entre hombres y mujeres. Gracias a estas reivindicaciones se han logrado muchas mejoras en la retribución, horarios de trabajo, etc.

El hombre contemporáneo se considera como hacedor de su destino y disminuye la participación en partidos políticos y sindicatos, mientras aumenta en organizaciones no gubernamentales. El modelo tradicional de familia ha sufrido un cambio brusco hacia otros modelos legítimos, naturales, biparentales, monoparentales, recompuestos, hetero y homosexuales, dando así una nueva imagen al mismo sistema.

Así pues, el individuo sigue su trayectoria de forma “solitaria”, pero al mismo tiempo surgen movimientos para que se reafirme en el grupo y en los valores solidarios. Partiendo de un Estado de Bienestar se quiere llegar a una Sociedad de Bienestar, donde la igualdad abre las puertas al desarrollo social. Y es el bienestar social relacionado con valores colectivos, lo que pretende aportar mayores ventajas a todos los individuos (Barriga, 2009). La reflexión compartida sobre su definición nos es urgente.

2. EVOLUCION CONCEPTUAL

La felicidad es un concepto complejo de definir, en cuanto colisiona y al mismo tiempo, coincide con otros términos tales como: bienestar y calidad de vida. Numerosas civilizaciones del pasado a través de la mitología han intentado representarla. La pretensión por parte de los estudiosos de alcanzar su medida llega hasta la actualidad. De hecho, algunos científicos buscan sistematizarla en una fórmula matemática. Pero hay que tener en cuenta que, indudablemente no son suficientes ni los números ni las ecuaciones para desproveerla de su carácter mítico y utópico.

Desde una concepción filosófica, la felicidad se equipara al bienestar. Se ha llegado a esta relación, a través de la propia experiencia social y política del hombre en la que ha tenido que esforzarse por consolidar sus propios derechos, uno de los cuales ha sido la salud. El hecho de poder tener un sistema sanitario público y gratuito es un gran logro

del que actualmente no gozan todos los países. Al mismo tiempo, el derecho a la educación y a la escolarización han constituido importantes conquistas sociales y personales.

Del mismo modo, la reivindicación de que la infancia y juventud presentan una identidad propia en relación a temas de socialización y bienestar constituye un hito en nuestra historia actual. De dicho reconocimiento se hacen eco las instituciones educativas, como escuelas y familias. Por eso, la calidad de vida se debería estudiar a lo largo de todo el ciclo vital. Su conceptualización y medida ha evolucionado a la par que los cambios y las conquistas sociales.

2.1. La felicidad: de un mito a una formula

El estudio y debate sobre lo que significa para nosotros el término felicidad es muy antiguo y se remonta a las civilizaciones griegas, romanas, egipcias y hebreas. Éstas recurrían a la mitología de las diosas quienes a través de sus poderes o reencarnaciones podían dirimir el destino de la persona.

Así por ejemplo, Bastet fue una diosa de la mitología egipcia, también denominada Bast, cuya misión era proteger el hogar y simbolizaba la alegría de vivir. Se consideraba la deidad de la armonía y la felicidad. Se la representaba bajo la forma de un gato doméstico, o bien como una mujer con cabeza de gato, que siempre llevaba un sistro (instrumento musical), debido a que le agradaba especialmente que los humanos bailaran y tocaran música en su honor.

Es la personificación de los cálidos rayos del sol y ejercía sus poderes benéficos sobre los hombres. Encarnaba el aspecto pacífico de diosas peligrosas como Sejmet, que expresaba las cualidades maléficas del sol o como ojo de Atum, asociada a la Luna y que protegía los nacimientos y a las embarazadas de las enfermedades y los malos espíritus. Bastet, era una diosa tranquila pero, cuando entraba en cólera, se transformaba en una mujer con cabeza de leona, de modo similar a la diosa Sejmet, siendo en ocasiones mucho más violenta que ésta última. Al igual que el animal totémico que la representa, Bastet era una diosa impredecible que podía mostrarse tierna o feroz en cualquier momento.

En la mitología griega, Némesis (llamada Ramnusia, la ‘diosa de Ramnonte’ en su santuario de esta ciudad) era la diosa de la justicia retributiva, la venganza y la fortuna. Castigaba a los que no obedecían, sobre todo, a los hijos desobedientes a sus padres, ya que se consideraba que ostentaba la suficiente autoridad y potestad, como para ejercer su derecho de mandato sobre aquellas personas. Recibía los votos y juramentos secretos de amor y vengaba a los amantes infelices o desgraciados por el perjurio o infidelidad de su amante.

Su equivalente romana era Envidia. Esta diosa también tenía poderes extraordinarios, a través de los cuales podía elegir si facilitar la felicidad o no de sus súbditos, en función del nivel de devoción mostrado hacia ella.

En el Antiguo Egipto todo lo que afectaba al hombre estaba relacionado: sociedad, economía, religión, ciencia. La justicia, el orden, tenían como finalidad permitir una vida llena de abundancia, felicidad y salud, tanto en este mundo como en el Duat. No se

disponía de un sistema jurídico similar al Derecho Romano, aunque las inscripciones legales se refieren a la justicia, como un valor compartido. Consta que la felicidad y la paz se deseaban tanto para los muertos como para los vivos.

El cristianismo aporta al estudio de la felicidad una dimensión social importante. Para ser feliz se han de respetar las “leyes” constituidas por Dios. Estas leyes consisten en ser generosos, altruistas, pacientes, etc. Un exponente de esta filosofía es San Agustín.

A los grandes problemas del ser, conocer y amar, el santo apunta tres soluciones, que son la creación, la iluminación y la sabiduría o felicidad. San Agustín aporta la reflexión sobre: el origen del concepto teológico del mal físico y moral, que no son creados de Dios; la iluminación divina, que radica en nuestra mente; y la felicidad que es debida a Dios y que es el mismo Dios. Diferencia las cosas que deben ser amadas por sí mismas y aquellas de las que solamente debemos servirnos.

- La creación: Dios creó todas las cosas de la nada. La creación ha tenido lugar en el tiempo. Ha creado todo simultáneamente, pero unas cosas las ha creado en sí mismas y otras virtualmente, en sus gérmenes invisibles. Esta es la teoría de las “rationes seminales”. Hay dos tipos de mal: el mal físico que el hombre sufre contra su voluntad y el mal moral que comete voluntariamente. Dios no es la causa de ningún mal, solamente lo permite, ya que Él puede extraer el bien del mal.
- La iluminación: La mente humana es iluminada divinamente y esto es el fundamento de la certeza de nuestros juicios. Podemos desarrollar tres modos de conocimiento: el corporal, el espiritual y el intelectual.
- La felicidad: El hombre obtiene la felicidad de Dios y esta felicidad es Dios mismo. Para él la felicidad es el gozo de la verdad y no puede ser dichoso quien no posee lo que ama, pero dichoso es sólo quien posee todo lo que quiere y no quiere nada malo. Profundizando todavía más; no hay felicidad verdadera si no es eterna. Por eso sólo Dios, y no los bienes temporales, puede hacernos felices. Sin embargo, aquí en la tierra sólo poseemos la felicidad en su formato de “esperanza”. San Agustín distingue en su discurso las cosas que deben ser amadas por sí mismas, como un fin al que llegar y del que gozar, y las cosas que son medios para el fin y de las que solamente debemos servirnos. Si nos quedamos en los medios nunca llegaremos a alcanzar la verdadera felicidad. La historia la describe de esta manera: como el conflicto dramático que adquieren dos amores incompatibles: de sí y de Dios. Dependiendo del amor que elijamos llegaremos a ser felices o no.

Indudablemente el aspecto religioso es común a las cuatro civilizaciones y el término felicidad resulta recurrente. Cada uno de los dioses y cultos se proponen establecer un código ético de buenas prácticas, y de cada uno de ellos podemos inferir una escala de valores y unos preceptos a priorizar para llegar a su anhelado logro.

El aspecto religioso perdura hasta nuestros días aunque se ha sustituido el elemento mitológico, por otras teorías y concepciones. Un exponente de las nuevas mezclas es el psicólogo Brülde (2007), el cual aún en un mismo modelo la teoría híbrida con la

teoría del humor, la teoría hedonística y la concepción cognitiva. De esta manera nos propone una receta para ser feliz:

- Tener una visión positiva de la vida (concepción cognitiva).
- Evaluar positivamente el placer contra el displacer o dolor (teoría hedonística).
- Tener un estado de ánimo positivo (teoría del humor). Para Summer (1996) es un sentimiento de energía, vitalidad y alegría del espíritu.
- Evaluar la propia vida positivamente y sentirse bien (teoría híbrida). Es un estado mental complejo, cognitivo y afectivo. Nordenfelt (1991) y Veenhoven (1994) lo denominan satisfacción con la vida.

Pero esta receta no se aplica en todos los contextos por igual. En los países nórdicos y en América Latina se declaran más felices que en Asia (Dinamarca, Colombia, Nigeria y Puerto Rico están habitualmente en cabeza). A Ron Inglehart, el responsable del World Values Survey (WVS), le llamó la atención el hecho de que desde 1981 hasta 2008 la felicidad parece haber aumentado en 45 de los 52 países estudiados. Inglehart y otros autores lo atribuyen a la mejor calidad de vida en países que empiezan a emerger y a salir de la pobreza, y en los que se está implantado la democracia supuestamente asociada a más libertad personal (Salomone, 2008).

Encontramos países donde la economía produce riqueza y otros en los que la riqueza es debida a la solidaridad entre la gente. No comparten las comodidades que se disfrutaban en los países desarrollados, pero se ensalzan otros valores como la amistad, la colaboración entre las personas, etc. Por estas diferencias se constata cómo la red social es un determinante fundamental para la percepción del bienestar de los individuos y la resolución de sus problemas.

La felicidad puede considerarse un concepto individual y subjetivo dependiente del momento y del lugar histórico que nos toca vivir. La felicidad supone la valoración de una experiencia instantánea, mientras en la satisfacción vital el periodo temporal es un proceso más largo (Blanco y Díaz, 2005b). Si descuidamos el desarrollo personal, acabaremos perdiendo el sentido de la vida, sacrificando la felicidad. Tenemos que tener en cuenta que ambas valoraciones en relación a la felicidad y la satisfacción personal, se encuentran tamizadas por nuestros propios filtros culturales.

En nuestro país, según una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2009), los españoles en general se consideran felices, siendo los mayores motivos de infelicidad los que encuentran su razón de ser en la escasez de dinero y amistades, situaciones de soledad, el abandono de los valores tradicionales y el no sentirse incluido dentro de un grupo.

En el estudio n. 2824, Barómetro de diciembre de 2009 del CIS, se llega a la conclusión de que la mayor fuente de satisfacción de la población española es la familia con un 44,7%, en segundo lugar con el 21,9% la salud o forma física. A la pregunta del cuál es el principal problema existente actualmente en España, el 79% contesta que el paro, el 47% los problemas de índole económica, y el 13,6% los partidos políticos. Por otro lado, para el 9,68% de los entrevistados, la salud tiene mucha importancia en su vida, seguida por el 9,63% que prioriza la familia y el 8,66% el trabajo. El 61,9% declara estar bastante satisfecho con la vida que lleva y a la pregunta de si piensa jugar este año al sorteo extraordinario de la lotería nacional “El Gordo”, la gente contesta que

sí en un 77%. En relación a esta cuestión un dato a añadir; el 33,9% con titulación universitaria gasta entre un 30,01 y 60 euros al año en sus boletos correspondientes. No se observan diferencias entre hombre y mujeres en el grado de felicidad. Lo mismo sucede entre jóvenes y el resto de la población, y/o diferentes comunidades autónomas o estratos socioeconómicos.

La conjura de nuestra felicidad no solo se dirige en nuestros contextos familiares y laborales o en la participación en los juegos de azar. Ciertos fenómenos comerciales nos dan que pensar. En España, en Espulgues de Llobregat (Barcelona), se ha inaugurado una tienda que pretende promover la solidaridad, dentro del programa Cuídame del Hospital S. Joan de Deu. Este comercio vende cajas vacías que indican en su etiqueta el regalo que simbolizan, como por ejemplo 10 unidades de besos, 500 gramos de te quiero, 1000 caricias o un millón de mimos, a precios que van desde los cinco hasta los 30 euros. La persona que compra la caja, tiene que besar y abrazar tal y como se indica en la etiqueta.

La campaña invita a la población a reflexionar y demuestra que no hacen falta objetos para expresar sentimientos a un ser querido, ya que en la vida “todo, menos el amor, es prestado”. En los últimos cinco años, el programa del Hospital Sant Joan de Deu ha operado a 104 menores, que necesitan medios técnicos muy especializados, gracias a las aportaciones de particulares y empresas.

Desde otro contexto cultural, los resultados y las estrategias para alcanzar la felicidad pueden ser diferentes. En un estudio sobre la felicidad realizado en Bután, estado del Himalaya que cuenta con menos de un millón de habitantes, su monarca Wangchuck midió la Felicidad Interior Bruta (FIB) teniendo en cuenta indicadores tan diversos como el acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria, o el tiempo que pueden disfrutar con su familia.

Contestada esta cuestión básica enseguida surgen otras preguntas en relación a su medida. Desde nuestro modelo empirista de entender la ciencia, las variables a considerar se combinan en posibles ecuaciones, como por ejemplo la propuesta de Albert Einstein que dedujo que $A=X+Y+Z$. El término A era la felicidad, X el trabajo, Y el azar y la Z el silencio.

Sucesor de este modelo es Peter Cohen (BBC Mundo.com del 6/01/2003). Su ecuación acerca de la felicidad incluye el bienestar, el amor y los incentivos laborales. Para desarrollar el cálculo, hay que contestar a varias preguntas entre las cuales se encuentran:

- ¿Es abierto, enérgico, flexible y está dispuesto a cambiar?
- ¿Tiene una actitud positiva ante la vida? ¿Se recupera rápido de situaciones difíciles y cree que tiene su vida bajo control?
- ¿Están satisfechas las necesidades básicas de su vida, con relación a su salud personal, su situación económica, su libertad de elección y su papel en la comunidad?
- ¿Puede contar con el apoyo de personas cercanas a usted, compenetrarse en lo que hace, cumplir con sus expectativas y participar en actividades que le hacen sentir útil?

Las preguntas se califican de 1 a 10. El 1 es la peor nota y el 10 la mejor.

Para llegar al resultado hay que desarrollar la suma de los puntos de manera que la Felicidad responde a la siguiente fórmula $P + (5 \times E) + (3 \times N)$:

- La P es debida a la suma de los puntos de las respuestas 1 y 2.
- La E de los puntos de la respuesta 3 y
- La N de los puntos de la respuesta 4.

La variable “P” representa las características personales, incluyendo la filosofía de vida, la capacidad de adaptación y las resistencias de los individuos. “E” simboliza valores tan importantes como la salud, la estabilidad financiera y las amistades. Y “N” hace alusión a la autoestima, las expectativas que tenemos en la vida, la ambición y el sentido del humor. El resultado es de 100 para la felicidad total y de 0 para la tristeza absoluta.

Este test nos da una respuesta sobre cómo medir la felicidad, pero también el resultado puede diversificarse en función de la situación que atraviesa cada persona. Un evento traumático como la pérdida de una persona querida, puede hacer que el resultado del test sea de total tristeza si la fórmula se aplica inmediatamente después de la situación estremecedora. Si la misma ecuación se aplica al mismo entrevistado 40 años después, con mucha probabilidad el resultado cambiaría, no porque haya olvidado lo que ocurrió en el pasado, sino que en una nueva fase de la vida se pueden ver las cosas de manera distinta respecto al momento de la tragedia.

Recientemente, Punset ha añadido una nueva fórmula de la felicidad en la que $F = E(B + M + P) / (C + R)$. En este caso la felicidad es igual a la emoción multiplicada por el disfrute de la búsqueda, mantenimiento y atención a las cosas pequeñas, y relaciones personales. Todo ello dividido por los factores reductores (ausencia de desaprendizaje y miedo) y la carga heredada (estrés imaginado, desgaste, abuso de poder político). Desde este modelo se pretende equilibrar los factores genéticos, ambientales y situacionales.

Se puede discutir hasta qué punto la felicidad se puede reducir a una ecuación. Su fórmula matemática revela la importancia que le concedemos hoy a la ciencia y a la cuantificación de nuestra cotidianidad (Gil-Lacruz, 2007a). Pero de lo que no cabe duda es que cada persona experimenta diversas situaciones en su vida, y que si tiene una perspectiva feliz y optimista, su capacidad para afrontar determinadas circunstancias adversas es mejor. Esta reivindicación de la subjetividad debe ser tamizada con el análisis realista de que no todos nacemos con las mismas oportunidades y condiciones de partida para alcanzar este estado.

2.2. El bienestar: modelos hedónico y eudaimónico

Como la felicidad desde la ciencia se resiste a una medida única podemos recurrir a lecturas complementarias desde la epistemología y el pensamiento social. Desde una concepción filosófica, la felicidad se equipara al bienestar. Para Ferrel, Wisdom y Wenzl (1989), los primeros ensayos divulgativos del término “bienestar” proceden de la Filosofía y la Ética, sobre los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento.

A su vez, el bienestar tiene un carácter tanto polisémico como interdisciplinario y se ha relacionado con dos corrientes de pensamiento:

- Hedónico, por la búsqueda del placer o de la felicidad. En este caso, su medida es subjetiva.
- Eudaimónico, donde el sujeto tiene un carácter emprendedor, activo y está interesado en el desarrollo de sus competencias y potencialidades (Ryan y Deci, 2001).

La literatura sobre el bienestar subjetivo trata de cómo y por qué la gente experimenta su vida positivamente, incluyendo juicios cognitivos y reacciones afectivas (Diener, 1994). El bienestar subjetivo incluye la felicidad, la satisfacción con la vida y afectos positivos y negativos que se desprenden de las condiciones en las que se desenvuelve nuestra existencia. El resultado supone un “balance global” (nivel de satisfacción) que hace la persona de sus oportunidades vitales (recursos sociales, recursos personales y aptitudes individuales), del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta (deprivación-opulencia, ataque-protección, soledad-compañía, etc.), y de la experiencia emocional derivada de ello. Según Veenhoven (1994), la satisfacción con la vida, consiste en la evaluación personal de la calidad global de su vida contemplada en su conjunto y de forma positiva. En otros términos, estriba en la respuesta a cuan conforme está la persona con el tipo de vida que lleva.

La satisfacción con la vida es considerada como el componente cognitivo del bienestar subjetivo. A su vez, el bienestar subjetivo puede estudiarse desde un punto de vista afectivo o emocional, sopesando el equilibrio entre el afecto positivo y el afecto negativo (Bradburn, 1969). O bien, puede considerarse desde el punto de vista cognitivo, entendido como la valoración que la persona hace de su vida en general o de aspectos parciales de ésta como por ejemplo, la familia, la salud, los estudios, el trabajo, los amigos o el tiempo libre (Diener, 1994).

Durante el último cuarto del siglo XX se produjeron considerables avances en el estudio del bienestar subjetivo (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Los primeros trabajos, desde una perspectiva sociológica, trataban de discernir la influencia de las variables demográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico, salud o estado civil) en la predicción del bienestar (Wilson, 2009).

Posteriormente, desde una perspectiva psicológica, comenzó a estudiarse la relación de los rasgos de personalidad como principales predictores de la satisfacción con la vida (Costa y McCrae, 1980). Los resultados de esta segunda etapa evidenciaron la relevancia de la asociación (Costa y McCrae, 1998). Por ejemplo, rasgos como la extraversión y el neuroticismo permitieron predecir el nivel de satisfacción con la vida a lo largo de quince años de estudio con las mismas personas (Costa y McCrae, 1984).

A los trabajos centrados en el análisis de las conexiones entre los rasgos de personalidad y la satisfacción, comenzaron a añadirse otras variables psicosociales como el sistema atribucional del individuo. El proceso y/o el logro de las metas personales se relacionaron directamente con el bienestar psicológico (Little, 1999; Pervin, 1989). Diversos trabajos (Cantor, Norem y Brower, 1987; Emmons, 1986; Palys

y Little, 1983) desde una perspectiva cognitivo-motivacional, mostraron como los proyectos personales y metas vitales proporcionan información, no solo sobre lo que la persona “es o tiene”, sino sobre lo que la persona “hace o espera lograr” (Cantor, 1992). Estas líneas de investigación comenzaron su andadura con los estudios de Costa y McCrae (1980) y Palys y Little (1983) y reflejaron dos concepciones de la personalidad: la primera centrada en las disposiciones y la segunda centrada en las metas o unidades mediadoras (Díaz y Sánchez, 2001).

Actualmente, el estudio del bienestar subjetivo se encuentra en una etapa de búsqueda de integración en la que se tienen en cuenta las características estables de personalidad, las metas u objetivos personales y el contexto en el que la persona se desenvuelve. Mischel y Shoda (1995) y Mischel (1999), plantean la necesidad de aunar en una misma perspectiva las siguientes características del comportamiento: la estabilidad y el cambio. A lo que McAdams y Emmons (1995) responden argumentando que la personalidad se constituye en tres niveles (rasgos, metas y narrativas de vida) cuya interrelación no implica causalidad.

La perspectiva de McAdams y Emmons (1995) no se recoge en un modelo integral, sino en un conjunto de teorías concretas, desde un enfoque centrado en los procesos cognitivo-motivacionales de la personalidad y cuyo propósito es la integración de los rasgos (tendencias básicas de conducta) con un conjunto de unidades mediadoras (metas, proyectos y tareas vitales), que tratan de expresar la unicidad de la persona, o lo que se denomina como la coherencia de la personalidad.

Pavot, Fujita y Diener (1997) abordan la problemática del estudio de la coherencia de la personalidad, considerando que el bienestar subjetivo es el escenario ideal para analizar la relación entre los elementos de la personalidad descritos anteriormente. Estudian el concepto de “discrepancias del yo” (Higgins, 1987) y el papel de los rasgos de personalidad en la predicción de la satisfacción. En este trabajo, los autores concluyen que los rasgos de personalidad (especialmente neuroticismo) presentan un papel predictivo más relevante que la congruencia o discrepancia del self.

En esta línea, Cervone y Shoda (1999) denuncian la “fijación” de los psicólogos por la consideración de unidades de análisis amplias, abstractas y estables como los rasgos de personalidad. A la hora de comprender la personalidad de cada individuo hay que tener en cuenta muchos aspectos que se escapan a su mundo interior como su experiencia y circunstancias contextuales. Además otras variables pueden explicar el por qué o el cómo la persona responde de modo aparentemente inconsistente en situaciones, donde, de acuerdo a sus tendencias básicas o rasgos, era predecible otro tipo de acciones.

Estos elementos son propuestos por Little (1999) en su modelo ecológico-social del bienestar. Este modelo está integrado por varios componentes predictores de la satisfacción vital de la persona:

- En primer lugar, las características del contexto en el que se desenvuelve la persona.
- En segundo lugar, las características estables de personalidad (rasgos y temperamento).

- Y en tercer lugar, las unidades mediadoras que son denominadas por Little como Constructos de Acción Personal (CAP) y que genéricamente denominamos metas (Austin y Vancouver, 1996).

A partir de la década de los 60 en el siglo XX, con el progresivo interés por el bienestar humano junto con los efectos de la sociedad industrializada, surge la necesidad de poder medir estas variables. En este sentido, la segunda mitad del siglo XX asiste a la consolidación de un objeto de estudio y su doble vertiente definitoria e individual y social. La interacción de estos factores se constata en las dimensiones interrelacionadas de bienestar que Blanco y Díaz (2005b) proponen:

- La integración social (cuanto y en qué manera tenemos sentimientos de pertenencia a esta sociedad).
- La aceptación social (cómo valoramos las personas y la humanidad en general).
- La contribución social (sensación de que somos útiles socialmente y que cada uno tiene su función en el mundo).
- La actualización social (esperanza de mejoría, crecimiento y desarrollo de la sociedad).
- La coherencia social (funcionamiento del mundo social y del orden organizativo).

La integración en nuestra sociedad también constituye motivo de polémica. Keyes (1998, p.122) la define como la “evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad”. Esta declaración es complementaria a la visión de la sociología clásica de Durkheim que ya en su obra *El Suicidio* se planteaba: “Las personas sanas se sienten parte de la sociedad”, cultivan el sentimiento de pertenencia, tienden lazos sociales con familia, amigos, vecinos, etc.

La aceptación social asociada íntimamente al concepto de integración desde el punto de vista del bienestar y de la salud, es imprescindible para sentirse perteneciente a un grupo, a una comunidad. A su vez, para pertenecer a un grupo es fundamental la confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros (atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad), y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida. Según Keyes, todos estos elementos constituyen también indicadores de la salud mental.

En la contribución social es importante la confianza en sí mismo y en los demás, acompañada de un sentimiento de utilidad, “de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo” (Keyes, 1998, p. 122). Es decir, se valora lo que uno aporta. Albert Bandura (1997, p. 2) llama a la confianza de otra forma: autoeficacia y ejercicio del control, aludiendo a “las creencias en nuestra capacidad para organizar y llevar a cabo acciones capaces de lograr determinados objetivos”. Así pues, contribución es sinónimo de utilidad, provecho, eficacia y aportación al bien común.

La actualización social considera la sociedad y las instituciones como entes dinámicos, que se mueven en una cierta dirección para conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos (confianza en el cambio social y en el progreso). Además supone que la sociedad controla su destino y sabe dónde quiere llegar en el futuro (Keyes, 1998).

La coherencia social se refiere a la capacidad que tenemos para entender la dinámica de la sociedad. Es “la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo” (Keyes, 1998, p. 123). La gente sana se preocupa por conocer el tipo de mundo en el que vive y tiene la sensación de que es capaz de entender lo que acontece a su alrededor.

Todas estas dimensiones se encuentran interrelacionadas. Por ejemplo, las personas que presentan fuertes sentimientos de pertenencia a su comunidad pueden encontrarse con dificultades a la hora de abandonar el lugar donde han vivido durante toda la vida por razones familiares, de salud, de trabajo, etc., y no consiguen integrarse fácilmente en nuevos entornos. Esto sucede con relativa frecuencia en aquellas personas que cambian radicalmente de vida y se trasladan a comunidades donde la cultura, la alimentación, el tiempo y las tradiciones, son completamente distintas a las de su país de origen.

En nuestra sociedad cada vez más nos tenemos que acostumbrar a vivir, convivir, trabajar, hacer deporte y tener vecinos procedentes de otros países. Pero no siempre es así, y a menudo seguimos compartiendo prejuicios sobre minorías étnicas, creyentes de diferentes religiones o trabajadores inmigrantes. Por el contrario, ciudadanos concienciados reivindican los derechos a la igualdad y a la justicia social.

En estos ejemplos se observa cómo las dimensiones de integración, aceptación, contribución, actualización y coherencia social se relacionan y determinan mutuamente.

Keyes para medir estas dimensiones desarrolló como instrumento las “Escala de Bienestar Social” (Social Well-Being Scales) mediante el siguiente procedimiento:

Una vez definidas teóricamente las cinco dimensiones, se generaron 10 ítems a cada una (con cinco elementos positivos y otros cinco negativos). Con un estudio piloto se aplicaron los ítems a 373 sujetos procedentes de Dane County (Wisconsin). Una vez analizadas las propiedades psicométricas de las escalas y maximizado su fiabilidad y validez, Keyes seleccionó 33 ítems que pasaron a componer el instrumento final.

En un segundo estudio Keyes desarrolló una versión reducida de las escalas compuesta por 15 ítems (tres por cada una de ellas), que aplicó a una muestra de 2.871 sujetos de edades comprendidas entre los 25 y los 47 años, representativo de los 48 Estados de la Unión.

El mismo autor plantea dos modelos distintos de medida. De hecho, el segundo sistema desarrollado posteriormente, aporta una revisión del anterior por la necesidad de aumentar las dimensiones y ampliarlas, teniendo en cuenta los resultados de la población.

En la redefinición de su modelo Ryff y Keyes (1995) propusieron seis dimensiones psicológicas: autonomía, objetivos vitales, autoaceptación, relaciones positivas con otros, dominio ambiental y crecimiento personal. El bienestar está vinculado con el contacto social, las relaciones interpersonales (Erikson, 1996), los contactos comunitarios, los patrones activos de amistad, la participación social (Allardt, 1997), el matrimonio, la familia y el contacto social (Diener, 1994), los recursos sociales

(Veenhoven, 1994), las relaciones positivas con los demás (Ryff y Keyes, 1995), las experiencias como la paternidad (Ryff, Schmutte y Lee, 1996), y el funcionamiento social (Smith, Redd, Peyser y Vogl, 1999).

En las nuevas medidas tuvieron en cuenta las necesidades básicas; es decir, las condiciones sin las cuales los seres humanos no pueden sobrevivir, evitando la miseria y el aislamiento. Allardt, 1997, (p. 127) resume la filosofía de esta nueva sistematización: “tener, amar y ser, como: tener condiciones necesarias para la supervivencia, amar en el sentido de relacionarse con otras personas, formando identidades sociales y ser parte integrante de la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza”.

En este sentido, Ryff y Keyes (1995) desarrollaron los conceptos de progreso y de integración social. El primero se relaciona con el bienestar, mientras el segundo nos permite acceder a la medida de la satisfacción personal a través del nivel de integración que el sujeto disfruta en su comunidad. Tanto el bienestar como la satisfacción personal, se dirimen en la búsqueda de recursos para vivir bien, en la existencia tranquila, en una vida holgada y en el mantenimiento de un buen funcionamiento somático y psíquico.

Desde la psicología social, Barriga y Trujillo (2004) integran ambas perspectivas y las nombran de manera independiente, con el fin de operativizar la investigación sobre el bienestar, entendido de forma individual, personal y dentro de una sociedad:

- Bienestar psicológico y bienestar subjetivo. Las dos dimensiones tienen en cuenta los aspectos cognitivos y afectivos de cada persona en su propio contexto y en relación con los demás. Por bienestar psicológico se entiende un crecimiento personal, como un avanzar, ir adelante conjugando experiencia y momentos vividos por cada sujeto. Mientras que por bienestar subjetivo se entiende la diferencia entre lo que una persona ha conseguido en su vida y lo que pretende conseguir.
- Bienestar social. En este concepto se incluye el bienestar de los colectivos que componen la sociedad, como por ejemplo, la igualdad a la hora de poder acceder a diferentes servicios y recursos como la sanidad, la educación o la vivienda.

2.3. La alquimia de lo individual y de lo social

Según Herrero (2004), el bienestar individual depende de los eventos que le suceden al sujeto, de cómo los interpreta, y de las fuentes de apoyo que dispone a su alrededor como familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo. Este bienestar aumenta si hay un verdadero y eficaz apoyo social. Los recursos sociales son importantes.

Cuando se habla de bienestar no se pueden omitir los factores sociales como la educación, la economía, el ambiente y la estratificación social. Todos ellos repercuten en la selección de un hogar respecto a otro, en la alimentación, en las relaciones entre las personas, en la propia disponibilidad de apoyo en caso de necesidad.

No menos importancia presentan las creencias culturales. Desde esta perspectiva se puede analizar el rol de la mujer dentro y fuera del hogar donde han tenido lugar guerras invisibles. Los movimientos feministas a parte de reivindicar los propios derechos como

ciudadanas, han tenido que defenderse de desigualdades en el ámbito laboral, familiar, en el salario, y en las tareas domesticas por ejemplo.

Según Alonso (1999), si se habla de bienestar tanto de mujeres como de hombres los sindicatos han cumplido un papel fundamental en la búsqueda del bienestar y de los derechos de los trabajadores. Aspectos como la regulación de la jornada laboral, el derecho a la maternidad, la prohibición y condena del trabajo de los menores, son resultado de su lucha. La causa del surgimiento de estas instituciones la encontramos en el malestar de los trabajadores en cuanto a sus condiciones de vida; degradantes e inhumanas, que conducían inexorablemente a un profundo malestar personal.

El diccionario UNESCO propone cuatro ideas fundamentales y definitorias en relación a los movimientos sociales: sentimiento de fraternidad, injusticia, posibilidad de mejoría y necesidad de cambio. La relación entre los movimientos sociales con la consecución del bienestar social es muy estrecha si se tiene en cuenta su programa de mejoras sociales. Los movimientos sociales constituyen agentes sociales y colectivos, y el bienestar social siempre ha de ser bienestar compartido.

Para Reimel y Muñoz (1990) el término bienestar desde las ciencias sociales fue sistematizado en los años 50, a raíz de los estudios del economista norteamericano Galbraith. Este término se basaba en las investigaciones sobre indicadores objetivos de personas que buscaban el mejor lugar para residir. Su contenido político ya se adivinaba en el hecho de que según Bech (1993), la primera figura pública en utilizar el término bienestar fue el presidente de los Estados Unidos, Lindon B. Johnson, en 1964.

Tras cinco décadas de estudio y desarrollo, hoy en día, en los países de la OCDE, la economía del Bienestar implica:

- La extensión a todos los ámbitos (sociales, sanitarios, económicos) de los servicios que permitan el acceso a una vida digna.
- La mejora del sistema social y el evitar las injusticias.

Montenegro (2002) reflexiona sobre cómo hoy el Estado de Bienestar pretende adoptar medidas objetivas sobre las necesidades y problemas de las personas, para introducir cambios, subsanaciones o mejoras en las condiciones de vida de los colectivos de los menos privilegiados.

Tras una historia de reivindicaciones, movimientos sociales y políticas estatales los distintos enfoques del bienestar coinciden en el hecho de que en su definición hay que tener en cuenta indicadores políticos y económicos pero también psicosociales como, las relaciones interpersonales y las condiciones sociales.

2.4. Bienestar social y progreso

En el bienestar social se asume la necesidad de tomar en consideración lo individual y lo social, el mundo dado y el mundo intersubjetivo construido, la naturaleza y la historia. La calidad de vida de una sociedad está estrechamente vinculada a su salud cívica, al capital social (Putnam, 2000), la salud física (Cabañero, 2004) y su salud mental (Keyes y Shapiro, en prensa, U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

Putnam (2000) analiza las redes formales e informales de apoyo mutuo de la sociedad norteamericana donde las carencias y fragilidades de las mismas conllevan el desajuste e infelicidad entre sus individuos. Como apunta Cantera (2004), este déficit puede desembocar en un factor de riesgo para la democracia.

Se considera que un país es rico si se distingue por tener un gran capital social, ecológico, humano y económico. Por capital social Loury (1977), entiende: las relaciones entre las personas y las fuentes de apoyo como la familia, las empresas y la comunidad. Coleman (1990), aplica el mismo concepto a la economía, y define el capital social como la habilidad de las personas para trabajar juntas en grupos, y de las organizaciones para conseguir propósitos comunes. En este sentido, el capital social constituye una ventaja para la formación de capital humano. Fukuyama (1999), lo identifica como un conjunto de normas y valores informales compartidos por un grupo de personas, que permite la cooperación entre ellos. Para Bankston y Zhou (2002), el término supone una dotación de habilidades y capacidades y consiste en un proceso de interacciones sociales que conducen a un producto constructivo.

En estas definiciones los diversos expertos coinciden en el hecho de interpretar el capital social como un conjunto de personas que a través de sus relaciones interpersonales y sus habilidades, llegan a unos resultados individuales y colectivos. No se trata solo de unir a las personas, sino de que las mismas estén motivadas por un mismo fin, y por eso hay que tener en cuenta también, el contexto en que la gente vive y el grado de pertenencia al mismo grupo.

El capital social implica la credibilidad a los compromisos adoptados, el cumplimiento de las obligaciones y la reciprocidad. No hay que olvidar que un grupo será más eficiente cuanto más confianza en sí mismo desarrolle. Las empresas toman buena nota de estas premisas para su correcto funcionamiento. De esta manera, la confianza que se derive del proceso productivo conjunto redundará en los procesos de motivación individual. Además, se encuentran elementos de carácter social en la propia organización de la empresa. En este sentido, el capital social implica la existencia de unas normas de obligación, expectativas y confianza, que se pueden convertir en valores internalizados o sanciones (Coleman, 1988).

Una vez asumida la importancia del capital social y las interacciones de las variables que lo conforman, podemos establecer que tenemos la obligación de cooperar y ayudar a las personas pertenecientes al mismo entorno, familiar o empresarial (Hofferth, 1982). Bjørnskov (2003) demuestra que el capital social es un factor que explica el porqué unas naciones son más felices que otras. De hecho, muchos países combaten la exclusión social y luchan por la cohesión, haciendo que sea el centro de sus políticas sociales (OCDE, 2001).

Por tanto, si el capital humano es esencial para el desarrollo de las naciones, es indispensable analizar el creciente interés por el capital social como indicador de la formación del capital humano (Durkin, 2000; Lee y Croninger, 2001; Norton, Lindrooth y Ennett, 1998; Rose, 2010; Sutherland, Andersen y Stoove, 2001; Veenstra, 2002). El crecimiento y desarrollo de un contexto dependen ya no tanto de variables económicas,

como de variables relativas a la tecnología disponible y el stock de capital social y el capital humano disponibles (Altman, 2001).

Indudablemente si la globalización económica y laboral, favorece el desarrollo de riqueza, también puede provocar disparidades de bienestar y pobreza. Por esta razón es necesario reconocer los contextos locales como protagonistas del cambio (Atte, 1992). La comunidad genera conocimientos, prácticas y alternativas de progreso que se ajustan a las condiciones en las que las personas y sus grupos conviven (Campbell y Jovchelovitch, 2000).

El concepto integrador de capital social asume la importancia de la comunidad en dichos procesos (Campbell, Wood y Kelly, 1999; Kawachi, Kennedy, Lochner y Prothrowstith, 1997; Lomas, 1998) en cuanto es fundamental que las personas convivan en un espacio solidario e integrador. De esta manera, se comprometen más con los objetivos comunitarios y pueden controlar mejor sus propios entornos (Campbell, 2000). Si se extrapolan estos asuntos al mundo laboral, las personas y el trabajo en sus procesos de cambio, son las protagonistas de las transformaciones socioeconómicas y/o de su capacidad de crecimiento o estancamiento (Martín, 2002).

En España, López Garrido (1995) sugiere que factores como: el paro de larga duración, los cambios familiares, las tendencias negativas ante el trabajo asalariado de la mujer, el envejecimiento de la población, ponen en duda la garantía de ciertos derechos sociales recientemente conseguidos. Si a todo esto se suma el estereotipo de ciudadano como consumidor compulsivo de bienes y servicios, las políticas agresivas de las empresas, o por decirlo con palabras del propio autor “el capitalismo de casino” (p.120) es fácil llegar a una condición de malestar. Ante este panorama, tal y como sugieren Marta Gil-Lacruz y Ana Gil-Lacruz (2006a), es imprescindible plantearse estrategias alternativas en las que la apuesta sea la formación de capital social.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo (2001) subraya que el capital humano se fragua en el conocimiento y el estado de salud del individuo, mientras que el concepto de capital social incorpora las normas y redes que facilitan la cooperación entre y dentro de los grupos. Ambos capitales (social y humano) interactúan. Su actuación es complementaria para incidir en el bienestar social según exponen Marta Gil-Lacruz y Ana Gil-Lacruz (2006b). De hecho para Gradstein y Justman (2000), la educación resulta beneficiosa para la formación del capital humano y del capital social, en cuanto la escolarización dota al niño de una determinada orientación y habilidades sociales.

No podemos olvidar que la investigación y la intervención sobre la participación comunitaria supone el estudio de las necesidades sociales, las representaciones sociales, sus identidades y el correspondiente reparto de poder (Markova, 2000).

3. DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA

La evolución de estos discursos, reivindicaciones y conquistas trae aparejado la dialéctica de un campo de estudio en el que se entrelazan los elementos objetivos con los subjetivos, lo psicológico con lo social, lo económico con lo espiritual, etc. El concepto de calidad de vida pretende hacerse eco de esta vocación integradora.

Cuadro 1: Contextualización diacrónica de las definiciones (Alguacil, 1999).

FELICIDAD	BIENESTAR	CALIDAD DE VIDA
Preindustrial	Industrial	Postindustrial.
Espiritualidad	Materialidad	Reconocimiento de los bienes materiales y de los bienes inmateriales.
Subjetividad	Objetividad	Subjetividad más objetividad. Búsqueda de equilibrio entre la libertad individual y los vínculos colectivos.
Microsocial-local	Microsocial-global	Tolerancia entre lo local y lo global. Búsqueda de lo complementario entre lo micro y lo macro.
Autonomía de la ética	Autonomía de la economía	Autonomía de la política.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española establece un interesante ejercicio definitorio entrelazado. El “bienestar” se refiere a:

- El conjunto de las cosas necesarias para vivir bien.
- Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.
- Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

Y la calidad de vida al: “conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida”. En el cuadro 1 Alguacil (1999) ilustra la evolución conceptual y riqueza definitoria de los términos: felicidad, bienestar y calidad de vida (CV).

3.2. La integración de conceptos en la calidad de vida

Aunque hoy en día no disponemos de un consenso general sobre lo que se entiende por CV, Cummins (1997a, 1999), perfila áreas de acuerdo, según las cuales la CV es multidimensional y asume elementos objetivos y subjetivos, comprendiendo un número variable de ámbitos (no son iguales para cada persona). La definición de calidad de vida debe poderse aplicar a diferentes comunidades y colectivos, independientemente de sus circunstancias vitales (Cummins y Cahill, 2000).

Cummins (1997a, 1999) integra en la calidad de vida: el bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, comunidad y bienestar emocional. Los indicadores objetivos incluyen medidas culturales relevantes de bienestar material, mientras los subjetivos comprenden la satisfacción personal con varios ámbitos según la importancia y peso que les concedan los individuos. Un reto pendiente resulta su medida.

Andrews y Withey (1974) aconsejan distintas estrategias para investigar sobre la calidad de vida subjetiva. En primer lugar sugieren explorar los componentes del bienestar, luego identificar y medir los factores influyentes y por último, profundizar en los efectos sociales y psicológicos del bienestar percibido.

Las primeras dos estrategias sirven para especificar el contenido y las características de las variables que constituyen la calidad de vida subjetiva. Este concepto es relativamente estable en el tiempo en las muestras de población analizadas. Además tiene en cuenta tanto los afectos como la cognición, en sus predicciones diagnósticas.

Probablemente los resultados más significativos para la investigación aplicada debidos a este modelo se basan en que la relación entre las condiciones medio ambientales y la CV no es lineal. Efectivamente, si una muestra de personas experimenta determinadas condiciones en las cuales pueden mantener un control homeostático, al cambiar o mejorar dichas condiciones la CV presentará una variación pequeña.

Best y Cummins (2000) encontraron en sus estudios que cuando los sujetos están insatisfechos en un ámbito, tenderán a compensarlo en otras esferas de la vida, ej., insatisfacción en el trabajo y desarrollo de aficiones (Cummins y Cahill, 2000). Ahora bien, a pesar de reconocer la importancia del equilibrio entre las diferentes parcelas de nuestra vida, resulta muy difícil esbozar un instrumento que mida la calidad de vida de forma universal.

Por ejemplo, si se utiliza una escala de CV para los afectados de cáncer es posible que la misma incluya el hecho de vomitar. Sin embargo, la utilización de esta variable para medir la calidad de vida en la población sana resulta injustificada y llevará a conclusiones falsas. De este modo, se puede criticar el hecho de que la bibliografía médica relevante confunde las medidas del estado funcional con las de calidad de vida (Cummins y Cahill, 2000).

En el estudio de la calidad de vida, también se aprecian cambios significativos en su forma de concebirla y evaluarla. Entre los más importantes se encuentra el haber superado los meros indicadores estadísticos como el Producto Interno Bruto (PIB) o el Ingreso Per Capita (IPC).

Cuadro 2: Formulación de un modelo empírico de la calidad de vida desde la psicología (Trujillo et al., 2003, pág. 95).

Ámbito	Categorías	Sub-categorías
En relación consigo mismo (Persona).	Auto-valoración.	Autoestima, autoconcepto, autoimagen.
	Auto-confianza.	Autocuidado, identidad, seguridad/inseguridad. Tranquilidad/manejo de la tensión.
	Transiciones.	Perspectiva de la propia muerte. Jubilación, desplazamiento forzoso, enfermedades, menopausia, envejecimiento.
	Autonomía.	Control de la propia vida: administración del tiempo y previsión. Discernimiento, decisión y acción de Proyecto de Vida.
En las relaciones con otros cercanos (familia nuclear y grupos, vecindario).	Autogestión.	Iniciativa, empoderamiento, perseveración. Proyecto de Vida.
	Relaciones con padres.	Competencias comunicativas: escucha activa, asertividad, empatía, expresión de sentimientos, respeto. Vínculos afectivos, pertenencia a grupos, confianza, participación, liderazgo, desarrollo de proyectos, cumplimiento de metas, productividad. Diversión compartida. Generación y desarrollo de guetos culturales. Afrontamiento y solución de conflictos, tolerancia, resiliencia. Muerte y duelo, enfermedades, desplazamiento, viajes, cambios de vivienda.
	Relaciones intergeneracionales.	Competencias comunicativas: escucha activa, asertividad, empatía, expresión de sentimientos, respeto. Vínculos afectivos, confianza, herencias culturales (poder enseñar). Abandono y soledad. Cooperación vs. Rebeldía. Respeto vs. Maltrato. Repetición de roles vs. Creatividad. Transiciones nido vacío, envejecimiento, separación, desplazamiento, jubilación, enfermedades, muerte.
	Relación de pareja.	Competencias comunicativas: escucha activa, asertividad, empatía, expresión de sentimiento, respeto. Vínculos afectivos, confianza, compañía, comprensión versus Infidelidad. Proyecto compartido de vida. Transición: viudedad, separación, nido vacío, desplazamiento, secuestro, enfermedades, vejez, jubilación, menopausia.
En relación con la comunidad (barrio, parroquia, municipio).	Roles de género.	Machismo. Madre/mujer/Madre trabajadora. Mujer cabeza de hogar. Envejecimiento diferencial.
		Participación o indiferencia. Foco de control externo, autoestima negativa, desesperanza aprendida, profecía autocumplida. Sentido de pertenencia, asistencialismo, paternalismo. Corrupción, ineficiencia. Políticas neoliberales, satisfacción necesidades básicas: vivienda, servicio público, salud, educación (educación y desarrollo, salud y desarrollo, etc.), trabajo, recreación, pensión,
En relación con el país y la región.	Autoimagen y autoestima.	Dependencia, pobreza, injusticia, inequidad. Asistencialismo, paternalismo, desprotección.

Cada vez más se prefieren índices compuestos, dada la complejidad conceptual del término. Como ejemplo de factores que se integran en estos índices compuestos, podemos citar el bienestar subjetivo, la participación en la vida familiar o en la comunidad, la posibilidad de gozar de una vida autogestionada, larga y sana, las relaciones intergeneracionales positivas. Estas dimensiones pueden convertirse en ejes de referencia para la formulación de políticas adecuadas en la promoción de la calidad de la vida desde una perspectiva integral (Trujillo, Tovar y Lozano, 2003).

Trujillo et al. (2003) apuntan que la psicología al ocuparse de la calidad de vida aporta el análisis de los siguientes ejes interrelacionados:

- Persona-sociedad. Este eje se refiere a como las personas interactúan con la familia, la iglesia, la escuela y las instituciones en general. Esta relación se denomina ecológica, por el modelo de Urie Bronfenbrenner que incluye el micro, meso, exo, macro y cronosistema y por lo tanto intenta individualizar los distintos ámbitos en los que se construye o destruye la calidad de vida. Son las personas las que conservan o modifican sus estilos de vida. Distintos estilos de vida personales y condiciones del entorno contribuyen a que la calidad de vida suponga el cálculo inexacto de los aspectos personales sumados a los ambientales y culturales.
- Objetivo-subjetivo. Algunos aspectos de la calidad de vida son cuantificables (objetivos), mientras otros suponen valoraciones subjetivas. Este eje epistemológico contempla cómo la persona interactúa con los objetos de su conocimiento, consigo misma o con los demás, con la utilización de la razón o de la experiencia. Calidad de vida objetiva y subjetiva no siempre coinciden ya que también repercuten factores como la influencia del grupo de adscripción y /o los relativos al grupo, cultura, etc. En este sentido, Brock (1993) diferencia entre el juicio subjetivo dado por la propia persona, sobre su grado de satisfacción familiar, laboral, etc., y los indicadores cuantificables y mensurables, como aspectos de la salud, vivienda, educación, ingresos, etc.
- Biografía-historia. Se llama eje del desarrollo o través del ciclo vital. Se distingue entre un polo histórico y polo biográfico el cual representa la trayectoria personal. Con este eje se individualizan distintos factores: heredados, aprendidos y de libertad, a través del ejercicio de la voluntad. La definición de calidad de vida se transforma a través de la dinámica entre varios factores, por eso hay que intentar identificar la participación de estos componentes y las distintas interrelaciones y cambios individuales y sociales (Trujillo et al., 2003).

Desde el estudio de estos criterios se observa cómo el individuo se encuadra y relaciona con multitud de sujetos y grupos, desde el nacimiento hasta la muerte. La responsabilidad sobre la calidad de vida de cada persona no se “carga” únicamente en la familia o en su ser mismo, sino también en las diversas instituciones públicas y privadas con las que interactúa.

3.3. De la ausencia de enfermedad al bienestar de la salud

Desde 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino como el estado de bienestar físico, mental y social, abriendo así las puertas para una nueva concepción de lo que implica estar sano y disfrutar de una adecuada calidad de vida.

A los clásicos términos epidemiológicos como la mortalidad y la morbilidad a partir de la vigencia de esta definición, se han empezado a incorporar en las investigaciones sobre la salud nuevos indicadores como los de bienestar y calidad de vida. La salud se convierte en un objeto de estudio científico en si mismo como entidad gnoseológica propia.

La evolución del ideal de salud supuso de manera paralela la transformación de su análisis e intervención desde un modelo de enfermedad biomédico a un modelo de bienestar biopsicosocial. Friedman (2002) los compara en el siguiente cuadro.

Cuadro 3: Comparación de modelos biomédicos y biopsicosocial (Friedman, 2002, p.70).

MODELO DE ENFERMEDAD BIOMEDICO	MODELO DE BIENESTAR BIOPSICOSOCIAL
Interés por la patología	Interés por la salud
Persigue la curación o la contención de la enfermedad	Pretende el mantenimiento, restauración y promoción de la salud
Conforma grupos profesionales grandes y bien organizados (médicos, enfermeras, psicólogos clínicos)	Los científicos están preocupados por temas de salud pública y de promoción de la salud mental, incluyendo agencias gubernamentales
Las personas pagan por el tratamiento médico	La sociedad paga por los cambios sociales y legales relevantes para la salud
El tratamiento está enfocado en la farmacología y cirugía	La diana se establece en los comportamientos saludables, la adaptación al estrés y las habilidades comunicativas
Tradicionalmente, la tecnología ha sido un motivo de prestigio y poder	La base ha estado en las familias y las comunidades
Los tratamientos que no se controlan por sus sistemas tradicionales se denominan medicina alternativa	Se concibe a las personas como consumidores y agentes de cambio y al profesional sanitario como un consejero experto

Desde este cambio la salud no es jurisdicción exclusiva de la medicina, sino que otras disciplinas adquieren el derecho a participar en su control y su medida (modelo social). La transformación se observa también en psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos, enfermeros y médicos que no se limitan solo a curar, sino a promocionar la salud. Se pretende de distintas formas implicar a las personas (enfermos y sanos), hacerlas partícipes, sensibilizándolas. Buscar las causas de las enfermedades a través de estudios epidemiológicos y analizar su distribución social constituye un medio por el

que los profesionales promocionan la salud. Y sin duda otras formas muy eficaces y utilizadas de promoción tienen que ver con la educación, información, desarrollo y organización de la comunidad, acciones legales y defensa de la salud. Todos estos aspectos engloban las dimensiones sociales, políticas, económicas y de género.

La evolución de estas consideraciones también se constata en el estudio de la salud desde la psicología. Un concepto de salud centrado en las condiciones que promueven el bienestar, configura el objetivo principal de la psicología positiva (Snyder y López, 2002). En sus primeras formulaciones, y sin necesidad de hacerlo explícito, recogía en toda su extensión la filosofía de la OMS al proponer “un cambio en el enfoque de la psicología a fin de pasar de la preocupación exclusiva por remediar los malos pasos en la vida a interesarse también por construir condiciones positivas” (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, p. 5). Estas condiciones positivas son los ladrillos sobre los que se asienta la construcción de nuestro bienestar en la dimensión física, social y psicológica de nuestra existencia.

“Muchas personas piensan que la psicología es esa profesión que se ocupa fundamentalmente de los problemas de la gente”, se lamentan Avía y Vázquez (1998, p. 21) para reclamar de inmediato el estudio de las emociones positivas. La psicología positiva reivindica la necesidad de que la psicología se forme en una ciencia de la experiencia subjetiva positiva, de los rasgos individuales positivos, y de las instituciones sociales positivas como vía para incrementar la calidad de vida, y como herramienta para prevenir las patologías cuando la vida se nos hace cuesta arriba (Blanco y Díaz, 2005a).

En este sentido, la promoción de la salud en relación con la psicología positiva en sus principios reguladores propone (OMS, 1996):

- Sensibilizar y dar importancia a los profesionales que se ocupan de la atención primaria desde la interdisciplinariedad.
- Trabajar en sus dimensiones: sociales, políticas, económicas, de género (Sainz, 2007).

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) propone a todos los profesionales de la salud (sean psicólogos, médicos o trabajadores sociales, etc.) el pensar globalmente y actuar localmente al:

- Reforzar la acción comunitaria.
- Sensibilizar la comunidad y el individuo sobre su salud.
- Aliarse con ambientes saludables y buscar apoyo para cooperar entre diversas campañas y agentes sociales.
- Mediar entre los intereses en conflicto en la sociedad.

La promoción de la salud busca fortalecer comportamientos, conductas, hábitos y condiciones de vida saludables en las personas y en la sociedad. Por ejemplo, la prevención de abuso de la adicción de sustancias tóxicas está orientada no solo a evitar comportamientos perniciosos sino a fomentar comportamientos saludables. En las investigaciones de Ana Gil-Lacruz y Marta Gil-Lacruz (2007) se evidencia como parte integral del concepto de promoción de la salud y prevención de dependencias, estriba

en que los jóvenes sean conscientes de cómo sus comportamientos favorecen o perjudican a su salud en sus cinco dimensiones: básica, mental, emocional, espiritual, corporal y social.

Hoy por hoy la promoción de la salud constituye un objetivo asumido por la población, sus profesionales y dirigentes desde diferentes contextos; ej. institutos, hospitales, mass medias. Pese a la inversión en capital humano y financiero que implican estas estrategias, no cabe duda de que la calidad de vida se encuentra dentro de las opciones saludables que un gobierno debe fomentar.

3.4. Definición de la calidad de vida en la OMS

Como ya hemos mencionado, se empieza a difundir el término “calidad de vida” en los debates públicos ligados a las condiciones medioambientales y al deterioro de la vida urbana. Desde los años cincuenta su estudio será asumido por el gremio sanitario caracterizándose por la diversidad de acepciones y consignas.

Aaronson y Ferres (1986) en un trabajo desarrollado sobre del entorno hospitalario y los ensayos clínicos, revelan que más del 5% de estos primeros estudios tenían que ver con el impacto del tratamiento en la calidad de vida en el paciente. Fayers e Jones (1983) identifican más de 200 documentos con el término “calidad de vida” entre en sus títulos.

Bergner (1989) crítica que en los abstracts de artículos científicos recogidos en el Index Medicus, se tiende a confundir la definición de la “calidad de vida” con el de “estado de salud”. “La calidad de vida se tiende a reducir al sentido de discrepancia entre meta deseada y lograda, e incluso algunos científicos sanitarios la asocian erróneamente a un factor de riesgo o causa de enfermedad además de un resultado medico” (p. S149). El estado de salud es usualmente conceptualizado como una extensión de la medida del estado funcional. De esta forma, se circunscribe a la autonomía en el desarrollo de actividades de la vida diaria, estado emocional, síntomas y competencias cognitivas (Michalos, Zumbo y Hubley, 2000).

Las Ciencias Sociales reaccionaron posteriormente a este reduccionismo y empezaron a plantear medidas que permitieran evaluar el bienestar social e individual. A partir del desarrollo de los indicadores socioeconómicos, a mediados de los años 70 e inicios de los 80, se consolida el campo de estudio de la calidad de vida. Inicialmente estos indicadores fueron objetivos y posteriormente subjetivos (Quintana, Escobar, Arostegui, Bilbao, Azcarate, Goenaga y Arenaza, 2006). El entorno hospitalario constituye un ejemplo de entidad en el que se investigan cuestiones como la satisfacción, la gestión total o los estándares de calidad, y donde, a través de cuestionarios y entrevistas se pueden analizar ambos tipos de indicadores. En los años 80 el tema de la calidad se aplica al ámbito organizacional, valorando las necesidades y demandas de los potenciales clientes. Será en la década de los 90 cuando la investigación de la calidad de vida en el campo de la salud se consolide en la consideración conjunta del bienestar y salud (Moreno y Ximeno, 1996).

Goodinson y Singleton (1989) y Spilker (1996) mantienen la crítica a la tendencia reduccionista observada en los trabajos sobre la calidad de vida medida en la literatura

médica. Sin embargo, encontramos motivos para el optimismo en el meta-análisis efectuado por Hollandsworth, quien comparó 69 estudios publicados entre el 1980 y el 1984 con otros 23 editados entre el 1975 y el 1979. Los resultados mostraron que el 60% de estudios recientes integraban ya aspectos subjetivos de la calidad de vida (Michalos et al., 2000).

La década de los 90 asiste también al desarrollo metodológico y a la diversificación en la forma de contemplar la aproximación al concepto. En este sentido, Guyatt (1989) y McHorney (1999) nos proponen la distinción básica entre medidas de calidad de vida relacionadas con la salud de una forma genérica, o aquellas que se centran en su medida ante una complicación o problema de salud.

Cuadro 4: Medidas genéricas y específicas de la calidad de vida relacionada con la salud. Adaptado de Guyatt (1989).

Medidas genéricas	Medidas específicas
Contenido multidimensional	Menos dimensiones pero clínicamente más relevantes
Muchas poblaciones o pacientes	Poblaciones o pacientes seleccionados
Comparación transectorial	Comparación sectorial
Poca sensibilidad en intervenciones concretas	Muy sensibles a los tratamientos

Los primeros modelos utilizados para explicar la calidad de vida en su sentido global, se caracterizaban por su sencillez. Generalmente, la variable dependiente se definía en relación a la satisfacción con la vida, mientras la variable independiente resultaba de la evaluación de un determinado campo o esfera de la vida. De hecho, el primer problema al que nos enfrentamos para abordar la calidad de vida es su definición, en cuanto parece no existir consenso para establecer cuáles son las dimensiones que se deben tener en cuenta a la hora de medirlo (Pichardo, 2004).

Michalos et al. (2000) resumieron los resultados de siete estudios desarrollados por Michalos y Zumbo (1999) en los cuales, la puntuación global de la satisfacción con la vida y la felicidad se relacionaban directamente con gozar de buena salud, seguridad económica, relaciones familiares, trabajo, amistades, vivienda, actividades recreativas, religión, transporte, servicios gubernamentales, vivir con la pareja y educación formal.

Del mismo modo, Haes y Van Knippenberg's (1985) compararon los resultados de una investigación sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer y población sana con indicadores como: satisfacción con la familia, amistades, trabajo, ingresos, valores, actividades, comunidad, gobierno local, salud y funciones psicológicas, ansiedad, depresión, bienestar mental y general, actividades diarias y trabajo de rehabilitación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con quimioterapia y personas sanas.

A pesar de la difusión y popularidad del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), no se emplea de forma universal. De hecho, en la literatura científica de impacto médico encontramos los siguientes términos: "salud percibida", "estado de salud", "resultados percibidos por los pacientes" y "calidad de vida". Además tienden a utilizarse de forma indistinta, amplificando con ello la diversidad y dispersión

conceptual. Como común denominador comparten su peso específico en la explicación de la salud de una población (Monteagudo, Hernando y Palomar, 2007).

La utilización de la CVRS en los estudios médicos debería quedar restringida a aquellos aspectos estrechamente relacionados con la salud, con el objetivo de obtener resultados de valor asignados por individuos, grupos y sociedad a la duración de vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por las enfermedades, las lesiones, el tratamiento médico o la política (Patrick y Erickson, 1993).

Cuadro 5: Aparición cronológica de los principales cuestionarios específicos y genéricos de calidad de vida relacionada con la salud.

Medidas genéricas

HSI	HPL PGWB	QWB Rosser	Torrance	SIP	HPQ MHIQ	HIE	NHP	Duke
1970	1971	1972	1973	1975	1976	1979	1980	1981

Medidas específicas

Cáncer	Artritis	Infarto	Bronquitis	Angina de pecho	Dolor	Epilepsia	Dolor de Espalda
1948	1949	1957	1959	1964	1975	1978	1980

Pulmón	CHF	Dipnea	Diabetes	Alzheimer Pulmonar Crónico	Cabeza Heridas	Asma Sueño Fatiga ESRD
1982	1983	1984	1986	1987	1988	1989

Soriasis	Demencia Esquizofre nia Rinitis HIV	Acne BHP Riñón PVD Visión	GI Debilidad Tunel carpeano Venas varicosas	Trauma Ulcera MI Transplant e Sinusitis	Hombro Insuficien cia venosa Migraña Esclerosis múltiple Osteoporo sis Parálisis cerebral	Dispepsia Disfuncio nalidad sexual Dermatolo gía Extremida des altas Problemas de espina Mareos	Obesidad
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997

La inclusión de variables como la percepción de la salud, la satisfacción del cliente, el estilo de vida y la estratificación social han supuesto una conquista social en los análisis e intervenciones sobre salud y calidad de vida. Este ejercicio de integración asume el reconocimiento de nuestro ser psicosocial y la importancia de nuestro entorno:

el lugar donde vivimos, comemos, nos comportamos y nos relacionamos (Gil-Lacruz, 2007b).

Podemos recapitular lo expuesto, planteando que el uso del término CVRS se puede circunscribir al terreno de la salud, mientras que el concepto CV está más cercano al terreno del desarrollo socioeconómico (Spilker, 1996). No obstante, se ha avanzado mucho en la integración de las dos perspectivas, porque iniciativas como la Comisión de los Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud trabajan en esta dirección y sus resultados son prometedores.

En los años 90, la División de Salud Mental de la OMS impulsó el proyecto WHOQOL para establecer si existía un concepto universal de calidad de vida. Si la posibilidad era positiva, su objetivo sería construir una medida que pudiera ser utilizada para evaluar la calidad de vida de las personas que utilizaban los servicios sanitarios. Esta pretensión obedecía a varias razones: medir la salud más allá de los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad; de las medidas del impacto de la enfermedad y discapacidad, de la salud percibida y del estado funcional, (ya que estas medidas no evaluaban la calidad de vida en sí misma). Además la mayoría de estas medidas, habían sido desarrolladas en Estados Unidos e Inglaterra, resultando necesaria y urgente su validación transcultural.

También el proyecto se refiere al hecho de que el modelo médico necesitaba introducir un elemento humanístico en la atención sanitaria. La característica única del proyecto es que se desarrolló en varias lenguas, culturas y países (Australia, Croacia, España, EE.UU., Francia, Holanda, India, Israel, Japón, Panamá, Rusia, Tailandia, Zimbabwe, Alemania, Argentina, Brasil y Hong Kong). Los centros donde se implementó presentaban diferencias en sus niveles de industrialización, accesibilidad a los servicios sanitarios, y en otros marcadores relevantes para la medida de la calidad de vida; por ejemplo, el papel de la familia, la percepción del tiempo, de sí mismo, la religión dominante, etc. Cada centro colaboró en la definición de las áreas del instrumento de calidad de vida, en la formulación y selección de las preguntas, en la creación de escalas de respuesta y en los trabajos de campo.

Por ejemplo, en nuestro país Lucas y Salva (2007) lideraron estas iniciativas en Cataluña con personas mayores de 64 años. El perfil del individuo con una calidad de vida satisfactoria presentaba un nivel de estudios superior, contaba con un familiar en caso de necesidad, disponía de personas que le escuchara, realizaba ejercicio físico de manera regular, no fumaba, estaba satisfecho con la propia salud, había trabajado y valoraba de manera positiva los recursos económicos de los que disponía.

Resultado de estos trabajos y de la sensibilización del estamento médico sobre estas cuestiones, es la definición de calidad de vida en relación a la salud. Según la OMS (1993), esta última se define como la percepción del individuo de su posición ante la vida en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que se vive. La calidad de vida está, por tanto, estrechamente relacionada con los objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones de los individuos.

4. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida ha sido definida y dimensionalizada de manera diferente desde las ciencias sociales y médicas. Cada modelo incide de forma distinta en su continuo objetivo y subjetivo, su formato unidimensional y multidimensional y su relación con la salud. La mayoría de los profesionales coinciden en plantear que en la calidad de vida intervienen numerosos factores que no pueden ser reducidos a una sola variable.

El hecho de utilizar diferentes criterios para la definición de la calidad de vida, tiene mucho que ver con la orientación y visión que incluso dentro de cada disciplina, se comparte sobre el tema. Por ejemplo, Martín (2006), Schallock, Verdugo, Jenaro, Wang, Wehmeyer, Xu y Lachapelle (2005) la esquematizan a través de dimensiones para luego aportar indicadores. Martín le atribuye una dimensión unidimensional, mientras Verdugo multidimensional. Estas formas de clasificar las distintas acepciones de la calidad de vida permiten distinguir unas prioridades de otras, en la consideración de las necesidades básicas del ser humano en función de su contexto de referencia.

4.1. Diferentes criterios de aproximación

En el cuadro 6 Martín (2006), Schallock (1996) y Schallock et al. (2005) proponen las siguientes dimensiones e indicadores de calidad de vida:

Estas dimensiones se corresponden casi por completo con las propuestas por Casas (1993) desde una perspectiva más social: el bienestar psicológico, la competencia conductual, la calidad de vida percibida y el entorno objetivo.

Desde disciplinas que tradicionalmente han estudiado la calidad de vida como la economía, la política y la filosofía, este modelo de dimensiones se enriquece con otros indicadores. La economía se ocupó de aportar teorías y además construir indicadores que contribuían a denunciar situaciones de desigualdad en relación a bienes, servicios y satisfacción de las demandas de la población. Los filósofos intentaron precisar los conceptos de calidad, calidad de vida, bienestar, calidad subjetiva y objetiva, justicia, equidad, con el interrogante añadido de si se puede y en qué medida evaluar. La política sobre este tema aportó la posibilidad de generar un debate susceptible de aplicación gubernamental de cara a la mejora de la situación de los ciudadanos (Cummins y Cahill, 2000).

La psicología pretende también mejorar la calidad de vida, desde una perspectiva integradora de la motivación y del desarrollo de las necesidades y sus satisfactores. Indaga la valoración objetiva y/o subjetiva de estados y dinámicas que conciernen a los procesos de satisfacción o insatisfacción, mejoramiento o empeoramiento de la calidad vivida.

Cuadro 6: Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Martín, 2006, Schalock, 1996 y Schalock et al., 2005).

DIMENSION	DEFINICION	INDICADORES
Bienestar emocional	Estar contento y feliz, sentirse a gusto con uno mismo y tranquilo	Seguridad, autoconcepto, disminución de la satisfacción, felicidad, espiritualidad, del estrés,
Relaciones interpersonales	Importancia de tener amigos, llevarse bien con otras personas, tener a alguien cuando se necesita	Intimidad, familia, amistades, afecto, interacciones, apoyos
Bienestar material	Situación económica desahogada, ingresos, posesión y compra de objetos, vivienda y trabajo	Ser propietario, seguridad, estatus económico, comida, finanzas, posesiones, protección
Desarrollo personal	Recibir una educación adecuada, aprender y conocer nuevas cosas y habilidades personales	Educación, actividades significativas, habilidades, competencia personal, progreso
Bienestar Físico	Tener una buena salud, estar bien alimentado y tener autonomía personal	Salud, ocio, seguros médicos, cuidados sanitarios, actividades de la vida diaria, movilidad, tiempo libre, nutrición
Auto-determinación	Tomar decisiones sobre todos los aspectos importantes de la vida	Autonomía, decisiones, auto dirección, valores personales y metas, control personal y elecciones
Inclusión Social	Participación en la comunidad y relaciones sociales	Aceptación, apoyos, ambiente residencial, actividades comunitarias, voluntariado, ambiente laboral, roles sociales, prestigio
Derechos	El respeto por parte de los otros de los derechos de la persona	Derecho a voto y a la propiedad, accesibilidad, privacidad, juicio justo, responsabilidades cívicas

4.2. Continuo objetivo y subjetivo

Los indicadores objetivos se refieren a realidades presentes en el hábitat físico y social de cada persona, que se reflejan en aspectos como la salud, comodidad, riqueza y/o amor (como forma de apoyo social), de un sentimiento de satisfacción. La evaluación afectiva positiva está determinada a su vez, por otros elementos psicosociales y/o conductuales (Rodríguez Marín, Pastor y López-Roig, 1993), como por ejemplo variables sociodemográficas (edad, sexo), nivel educativo, estatus de empleo, ingresos, vivienda y el estatus familiar (Barriga, 2009).

Para García Viniegras y González-Benítez (2000) el bienestar subjetivo es parte de la calidad de vida, pero en forma temporal y plurideterminada, es decir, a lo largo de la

vida y condicionada no solo por un factor sino por multitud de variables que se engarzan en la vida de un individuo, a lo largo de su biografía.

Costanza (2007), aún en la definición de calidad de vida, la medida en la cual se satisfacen las necesidades humanas objetivas y la percepción del grupo y/o personal de bienestar subjetivo, mediante la consideración de tres dimensiones:

- Las necesidades humanas básicas como subsistencia, producción, seguridad y afecto (Maslow).
- El bienestar subjetivo que se corresponde con las respuestas de los sujetos o grupos a cuestiones sobre la felicidad, satisfacción, utilidad y bienestar.
- Las capacidades humanas específicas y la satisfacción percibida, que se encuentran mediatizadas por la influencia del contexto cultural, la información, la educación y el temperamento.

4.3. Definición unidimensional y multidimensional

A la distribución entre dimensiones objetivas y subjetivas, podemos añadir otros criterios de clasificación. La calidad de vida se puede definir a través de una concepción unidimensional y una perspectiva multidimensional.

La percepción unidimensional evalúa la calidad de vida por su cercanía a la satisfacción, bienestar o felicidad (Martín, 2006), mientras Verdugo, Schalokc, Keith y Stancliffe (2005) definen la calidad de vida de manera multidimensional, refiriéndose a factores personales y ambientales y está constituida por elementos objetivos y subjetivos; por ejemplo, se puede mejorar la calidad de vida a través de diferentes vías como el desarrollo de los recursos personales y sociales, el sentimiento de pertenencia, la autodeterminación y el propósito de vida.

Las ventajas que aporta la utilización de un modelo unidimensional se encuentran en la sencillez y agilidad de una única medida, pero sin duda, no ofrecen un panorama completo en cuanto a la diversidad y complejidad de los factores personales y sociales que intervienen. De aquí que en su estudio e intervención se tiende a priorizar un modelo multidimensional.

Desde esta perspectiva poliédrica Borthwick-Duffy (1992) aconseja la investigación de tres factores fundamentales:

- Objetivos, o sea la calidad de vida de un sujeto.
- Elementos subjetivos, que relacionan la satisfacción de un individuo con sus condiciones de vida.
- Integración de variables objetivas y subjetivas.

Lucas (1998) nos propone un ejemplo de instrumento multidimensional a través del WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). En este test se evalúa cómo la persona se percibe en su estado físico de salud (sueño y descanso, energía y fatiga, dolor y malestar) y en su estado psicosocial a través cinco factores:

- Salud mental (pensamientos positivos y negativos, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, apariencia, imagen corporal).
- Relaciones sociales (relaciones personales e interpersonales, incluyendo las relaciones sexuales).
- Grados de independencia (actividades diarias, dependencia de medicinas y/o tratamientos y capacidades para poder trabajar).
- Espiritualidad, creencias personales y religiosas.
- Ambiente (lugar donde el individuo vive, sistemas sanitarios y sociales, situación económica, clima, transporte, tráfico, contaminación acústica y posibilidad de poder adquirir informaciones y habilidades nuevas).

4.4. Interrelación de términos: salud/calidad de vida

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tiene en cuenta cómo se siente la persona. Esto implica que dicha valoración personal es importante para el gremio sanitario. Esta aproximación es utilizada con frecuencia como sinónimo de salud autopercibida. Su importancia también es debida a su carácter predictivo, puesto que de dicha valoración se infieren pautas comportamentales en relación a la salud y a la enfermedad, como por ejemplo la decisión de acudir a una consulta sanitaria.

El CVRS incluye: funcionamiento social, físico y cognitivo, movilidad, cuidado personal y bienestar emocional (Tifner, 2007):

- El funcionamiento social, físico y cognitivo se refiere a cuestiones como disfrutar de relaciones sociales positivas, estar bien alimentado, gozar de buena salud tanto física como mental.
- Por movilidad se entiende la capacidad de trasladarse de un lugar a otro (cambiar trabajo, ciudad, casa, etc.).
- Por cuidado personal y bienestar emocional se entiende, el poder aprender y conocer y el desarrollo de habilidades personales, sentirse a gusto con uno mismo, feliz y contento. Según Coulter (1996), integraría también el grado de satisfacción general y sentimiento de bienestar, el estado fisiológico (síntomas de enfermedad), el funcionamiento neuropsicológico, el estatus económico y el empleo.

La multidimensionalidad del concepto permite comparar la situación de diferentes colectivos y de las personas individuales dentro de un mismo grupo de adscripción. Por ejemplo, una persona joven y sin problemas de salud puede llevar una vida funcionalmente autónoma, puede no necesitar los servicios sociales e incluso ayudar a los demás. Pero dentro de los mismos jóvenes encontramos situaciones muy diversas. A diferencia de quién tiene problemas de distinta naturaleza, quién no los tiene, puede elegir si ir en autobús, conducir, si subir o bajar las escaleras andando o en ascensor. Esta es la enorme diferencia de quien quiere pero no puede por varias razones, o quiere y puede porque la salud se lo permite.

La diversidad de estas situaciones se refleja también en la metodología del estudio de la calidad de vida en relación con la salud. En este sentido, el siguiente cuadro desarrollado por Monteagudo, Hernando y Palomar (2007) ilustra el repertorio de cuestionarios que disponemos validados en nuestro país.

Cuadro 7: Descripción de los principales cuestionarios genéricos de calidad de vida en relación con la salud disponible para población general en España (Monteagudo et al., 2007).

Siglas	Nombre	Nº Dimensiones ítems
KID SCREEN	Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Niños y Adolescentes	52 Bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con amigos y vida social, relación con padres y vida familiar, ambiente escolar, aceptación social, y recursos económicos.
VSP-A	Calidad de Vida adolescentes	39 Vitalidad, bienestar físico, bienestar psicológico, autoestima, relaciones con los amigos, relaciones con los padres, relaciones con los profesores, actividades escolares, actividades de ocio.
WHO QOL OLD	Calidad de vida en las personas mayores Versiones: (WHOQOL) (Bref)	24+100 Modulo adicional al WHOQOL o WHOQOL-Bref que mide: capacidad sensorial; autonomía; actividades pasadas, presentes, futuras; participación/aislamiento; muerte e intimidad.
SQPGC	Encuesta para la Detección de Ancianos con Riesgo de Dependencia	9 Física y social.
COOP-C	Lámina COOP-WONCA	6 Forma física; Sentimientos; Actividades cotidianas y lánimas sociales; Cambio de Salud; estado de Salud; Dolor; Apoyo social; Calidad de vida.
CSG	Cuestionario de Satisfacción de Guadalajara	21 Calidad de la atención médica, aspectos organizativos, relación equipo de AT-paciente, accesibilidad física y disponibilidad.
EQ-5D	EUROQOL	5 Movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor o malestar y ansiedad o depresión.
Health Utilities Index Mark 3	Versión española del HUI-3	15 ó 40 Visión, Audición, Habla, Deambulaci3n, Destreza, Emoci3n, Cognici3n y Dolor.
PECVEC	Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Cr3nicos	40 Capacidad física; Funci3n psicol3gica, Estado de ánimo positivo y negativo; Funci3n social y bienestar social.
PSN	Perfil de Salud de Nottingham	38+7 Energí3a, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física.
SF 12	Cuestionario de Salud SF-12	12 Funci3n Física; Rol físico; Dolor corporal; Salud General; Vitalidad; Funci3n Social; Rol Emocional; Salud mental (S3lo la versi3n 2 permite valorar las 8 dimensiones).
SF 36	Cuestionario de Salud SF-36	36 Funci3n Física; Rol físico; Dolor corporal; Salud General; Vitalidad; Funci3n Social; Rol Emocional; Salud mental.
SIP	Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad	136 Funci3n Física; Emocional y Social.
CCV	Cuestionario de Calidad de Vida	39 Apoyo social; Satisfacci3n o bienestar general; Bienestar físico/psicol3gico y Ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre.

Martín (2006) para integrar los términos calidad de vida y salud utiliza el modelo ecológico que considera diferentes esferas de interacción contextual:

- Microsistema (ambiente privado de la persona). Se utilizan escalas Likert o de diferencial semántico, cuestionario de actitudes, tests de valoración comparativa para evaluar la intensidad y orientación afectiva.
- Mesosistema (vecinos, comunidad, entidades gubernamentales que pueden transformarse en fuentes de apoyo y bienestar).
- Macrosistema (cultura, sociedad, política). A nivel nacional las encuestas permiten descubrir el grado de alfabetización, de mortalidad infantil, etc.

En este modelo, el individuo se define de forma individual y colectiva. Indudablemente tanto nuestra salud como nuestro bienestar y calidad de vida dependen entre otros factores de nuestro núcleo familiar, el hecho de tener un trabajo y el vivir en un ambiente saludable. Nuestra salud, en parte dada y en parte construida, constituye un mecanismo de respuesta adaptativo a nuestras condiciones ambientales y sociales. De ahí la estrecha relación entre calidad de vida y salud, que reivindican estas medidas.

5. DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD

Los determinantes de nuestra calidad de vida relacionada con la salud no son puramente genéticos o biológicos. De hecho, los factores sociales influyen en la salud física (ej. Hayes and Ross, 1996). Indudablemente quién hace más ejercicio, tiene menos probabilidades de sufrir de problemas de sobrepeso y presenta mejor salud física que los que no lo hacen. La gente con mayores ingresos practica más deporte y disfruta de una mayor salud física que los que tienen menores ingresos. Las personas casadas tienden a cuidarse menos pero tienen una red de apoyo mayor. Las mujeres comparten menores probabilidades de morir en accidentes de tráfico o actos de violencia que los hombres. En estos ejemplos se constata que la influencia social, afecta en el peso, el ejercicio y la salud física. Estos factores repercuten en el bienestar psicológico, a través de las interacciones con los demás. La unión de cuerpo y mente es socialmente mediada (Michalos, Zumbo y Hubley, 2000).

Disponemos de abundante literatura empírica que avala este hecho. Bryant y Márquez (1986) han investigado cómo las mujeres tienen mayor propensión que los hombres a serles diagnosticados problemas mentales como depresión, nerviosismo y alienación, incluyendo los efectos de otras variables demográficas como la educación. Además las mujeres están más orientadas a encontrar la manera de solucionar sus problemas en la búsqueda de sí mismas como estrategia para afrontar las dificultades de la salud mental.

Angel y Thoits (1987) plantean que la percepción de una condición física y psíquica depende de la influencia de los grupos de referencia. El impacto de este influjo se observa en la valoración de los pre síntomas y en la identificación con la enfermedad (Michalos et al., 2000).

La definición de calidad de vida desde lo biológico y lo psicosocial apunta hacia la compleja interacción del individuo y de su entorno (Comisión de los determinantes de la Organización Mundial de la Salud, CDSS, 2009). Por ejemplo, la alimentación ilustra el modo en que condiciones sociales y estilos de vida se combinan, en el desarrollo de las

opiniones individuales. Los horarios, ingresos y roles dentro del ambiente familiar nos permiten entender la manera en que las personas eligen su dieta, por ejemplo platos combinados, horno, fritos, rápidos, lentos, etc. (Contreras, 1993). Vaandrager y Koelen (1997) nos indican como las compras y comidas de los individuos dependen de: determinantes sociales, elementos culturales, posibilidades económicas, factores medioambientales, edad, sexo.

Por lo tanto, en la definición de nuestra calidad de vida entra en juego: la economía, el ambiente, la sociedad, la cultura y los factores sociodemográficos. A estos factores se deberían añadir según Leigh y Fries (1994): el nivel educativo, los conocimientos y competencias personales y el acceso a la información.

El término “determinantes sociales de la salud” no es nuevo pero incluso hoy suscita debates. La necesidad de centrarse en los determinantes sociales de la salud, recupera la importancia de reconocer cómo las condiciones sociales en que se vive, pueden influir en el estado de salud y en la calidad de vida.

Lacras como: la pobreza, el abandono escolar, la inseguridad alimentaria, la exclusión social, la discriminación, la insalubridad social, de la vivienda, la falta de higiene y la escasa cualificación laboral, constituyen factores determinantes de la desigualdad tanto entre los distintos países, como en el interior de cada uno de ellos, y afectan directamente al estado de bienestar, salud, las enfermedades y la mortalidad dentro de la comunidad.

Las causas que determinan estas inequidades sociales se encuentran también dentro de la esfera social, como por ejemplo, la estratificación y la posición social. Si a esto se añaden las brechas ante niveles socio y macroeconómicos, los valores sociales aplicados al logro y éxito social y las políticas públicas inadecuadas, la prevalencia de la inequidad social se perpetua.

Las desventajas sociales se pueden observar a nivel absoluto o relativo, con una tendencia a concentrarse en los mismos grupos sociales, acumulando sus efectos en la salud (CDSS, 2009).

5.1. Valores interrelacionados: salud y equidad

No se puede hablar de bienestar social sin apelar a ideales como la equidad y la justicia. El objetivo de la equidad en salud pretende el desarrollo de las condiciones sociales desde las cuales, las personas puedan disfrutar de las mismas oportunidades para obtener el bienestar (Souto, 2007).

La justicia se encuentra en la igualdad, en la libertad y en el acceso a los recursos sociales y alternativas para el progreso, mientras la injusticia crece en el fracaso (en la escuela, trabajo, familia), marginación, malestar y violencia.

Por ejemplo, en el ámbito laboral la situación se puede complicar si no se garantiza al trabajador su derecho a mejorar su cualificación laboral, su salario, el reconocimiento de sus esfuerzos a través de una recompensa. En contextos laborales perniciosos, el

absentismo y la frustración aumentan. La falta de justicia en cualquier ámbito puede llegar a generar problemas conectados con la salud psíquica y física.

Las desigualdades o inequidades sociales en la salud, se refieren a las disparidades de salud en un mismo país. Tales desigualdades se consideran injustas, evitables e innecesarias y que golpean a poblaciones ya vulnerables por el sistema social y las instituciones políticas, económicas y legales.

La equidad en salud es un concepto ético que se fundamenta en el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud. El Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la OMS define a la equidad como “falta de injusticias, evitables o remediables en salud entre grupos de población social, económico, demográfico o geográfico”. La inequidades en salud constituyen diferencias socialmente producidas.

Según Amartya Sen (2002) la equidad en salud no puede preocuparse sólo de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, sino que también debe tener en cuenta cómo se relaciona la salud con otras desigualdades a través de recursos y acuerdos sociales. Anand (2004) afirma que la salud es un bien especial cuya distribución equitativa es deber de los políticos, en cuanto la salud es constitutiva del bienestar de las personas y las habilita para actuar como agentes sociales.

La inequidad en salud afecta a la libertad, la justicia social y los derechos humanos. La equidad en salud es debida en parte, a la gestión pública y por esta razón es fundamental que la gente participe en el fortalecimiento de sus derechos y en el control sobre su trabajo y su vida.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos del 1948 sugiere cómo avanzar en la equidad en salud, afirmando que los derechos de la salud deben constituir no solo la atención de salud, sino la intervención también en el ámbito de los determinantes sociales que facilitan el acceso general al más alto nivel de salud alcanzable (CDSS, 2009).

Cerca del 80% de las muertes prematuras son debidas a cardiopatías o accidentes cerebrovasculares prevenibles, y más de la mitad de los tumores cancerígenos se podrían evitar si se adoptan estilos de vida saludables, como una alimentación sana, una actividad física regular y no fumar. Responsabilizar al individuo de sus estilos de vida, supone contemplar sus oportunidades socio económicas en cuanto a sus ingresos, su educación y el lugar donde resida.

El lugar en que cada uno se posiciona en la jerarquía social afecta a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la enfermedad y a las consecuencias de la misma (CDSS, 2009).

Sin embargo, la riqueza por sí sola tampoco determina la salud. Algunos países con ingresos bajos, como Cuba, Costa Rica, China, el Estado indio de Kerala y Sri Lanka han logrado buenos niveles de salud, pese a que sus ingresos nacionales son relativamente bajos. De manera complementaria, observamos las desigualdades en las zonas más ricas. Por ejemplo, un niño que nace en el barrio de Calton (Escocia), presenta una esperanza de vida de 54 años, 28 años menos que otro que nace en Lenzie, otro barrio situado a tan sólo 13 kilómetros de distancia.

En España, las desigualdades nacionales son importantes. En el suroeste español la pobreza, los riesgos laborales y la presencia de ciertas industrias contribuyen a que las condiciones sobre la salud sean peores que en el resto de España, según explica Joan Benach, codirector de la Red de Condiciones de Empleo y Desigualdad en Salud que forma parte de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS. Un estudio publicado por Borrell y Benach en el *Journal of Epidemiology and Community* del 2008, llegaba a la conclusión de que si toda España compartiera el índice de mortalidad que registra el 20% de las zonas más ricas, cada año se producirían 35.090 muertes menos.

Las diferencias también se reproducen a nivel local. Por ejemplo, en Barcelona, un niño nacido en Ciutat Vella, un barrio con una renta baja y fuerte concentración de población inmigrante de la ciudad, tiene una esperanza de vida media de 73 años. Para otro varón nacido en Eixample, la esperanza de vida es de cinco años más. Entre los barrios de Madrid encontramos diferencias similares. La esperanza de vida media en el barrio de Vallecas, el distrito con el peor indicador de renta de la ciudad (9.800 euros al año de media), es de 79 años, mientras que en el barrio de Salamanca (renta media de 17.800 euros al año), es de 83 años.

Las desigualdades en salud no solo se dan en cuestiones relativas a la mortalidad, también influyen considerablemente, en las pautas de morbilidad y los estilos de vida.

En Barcelona, las mujeres más pobres también sufren más sobrepeso, el 34,6% frente al 20,1%. Parece que la falta de tiempo y de recursos se traduce en una peor dieta. Menos del 20% de las mujeres con una renta baja hace ejercicio físico durante el tiempo libre, frente a un 40% entre las clases acomodadas. Entre los hombres, el 39% de los que ganan menos ingresos fuma, frente al 24% de mayor renta (Ferrado, 2008).

Joan Benach nos aconseja una receta para el cambio, ideada por un especialista en hábitos saludables de la Universidad de Bristol, David Gordon: no seas pobre y, si lo eres, deja de serlo cuanto antes; no te sometas a un trabajo precario y mal pagado; no vivas en un barrio pobre y contaminado. “Con ello se subraya que los determinantes sociales en la salud pública están muy por encima de los mal llamados estilos de vida. Se trata sobre todo de conductas influidas por factores sociales”, concluye Benach (2008, pág. 16).

5.2. Comisión de los Determinantes Sociales de la OMS

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) fue constituida en el 2005, a través de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, con el objetivo de reunir informaciones sobre las causas sociales y ambientales de las desigualdades sanitarias y corregir o modificar eventuales fallos. En dicha Asamblea se consensuó un mandato para proporcionar a todos los programas de la OMS pautas de trabajo sobre el particular. En agosto del 2008 se concluyó el trabajo con el Informe Final de Recomendaciones en Ginebra.

El Director de la OMS, Lee Wook-Jong, en una ceremonia realizada en Santiago de Chile afirmó que la medicina había alcanzado logros significativos, pero no obstante se

necesitaba ir más allá para combatir la resistencia microbiana y las enfermedades pandémicas emergentes. Consideraba la necesidad de reunir, ordenar y entender lo que se sabía sobre los determinantes sociales de la salud, y la Comisión resultaba ser un medio adecuado para reforzar tal actividad en todas las naciones.

Se reconoce oficialmente en la prevención un rol fundamental en cuanto se pueden evitar los numerosos daños que provoca el hecho de vivir en insalubres condiciones. Hasta ahora se ha hecho mucho pero no es suficiente si queremos llegar a los resultados y objetivos prefijados, como disminuir el porcentaje de la gente a la que le faltan “la condiciones” necesarias y deseadas para vivir dignamente. Los profesionales de la salud deberían de tomar buena nota de esta prioridad (Michalos et al., 2000).

Siendo la equidad en salud un valor para todos, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2009), se plantea los siguientes objetivos en relación al bienestar y la calidad de vida a largo plazo:

- Relacionar el bienestar con el contexto sociopolítico.
- Hacer participar a la comunidad de las decisiones políticas.
- Intervenir efectivamente y hacer que las acciones sean más ágiles.

5.3. Elementos de análisis

La Comisión revisa sistemáticamente la información sobre las diferentes estrategias propuestas para influir sobre los determinantes sociales específicos que impactan en la salud. Este material sirve para formular la política y la acción, en relación a la reducción de las desigualdades en salud. La metodología de trabajo implica el apoyo y la promoción del liderazgo en el sector salud, a través de grupos de redes y discusión sobre temas específicos como:

- El desarrollo temprano del niño
- Condiciones de salud públicas prioritarias
- Sistema de salud
- Mediciones
- Condiciones de empleo
- Globalización
- Urbanización
- Exclusión social
- Género

La Comisión también aborda los problemas sociales de determinadas comunidades o grupos sociales como: trabajadores emigrantes e informales, pueblos indígenas y residentes en barrios marginales. Trabajando de forma global y local la Comisión formula, planifica e implementa políticas, planes y programas de salud con el objetivo de intervenir sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud.

En la revisión de la literatura científica desarrollada por la Comisión, Solar e Irwin (2007) identifican tres importantes aspectos:

- Psico-social. Enfatiza la percepción personal. El hecho de vivir en condiciones de inequidad provoca que la población compare frecuentemente su estatus, posesiones

con los demás, etc., generando sentimientos de desventaja y desvalorización. Las consecuencias se reflejan en conflictos y estados de deterioro en la salud. A nivel social la carencia de ingresos y el estatus desigual, debilitan la cohesión social.

- La producción social de la salud/enfermedad. Implica la necesidad de intervenir en las causas estructurales de las inequidades. La inequidad se deriva de la falta de recursos de grupos e individuos y la falta de inversión en la infraestructura (educación, servicios de salud, controles ambientales, disponibilidad de alimentos, calidad de vivienda, regulaciones de salud ocupacional, controles ambientales, transporte, etc.). La salud de la población se ve afectada por las decisiones políticas y los procesos económicos.
- El eco social con múltiples niveles de referencia. Requiere interpretar las inequidades en salud debidas a las causas históricas y ecológicas. Se ocupa de estudiar los comportamientos de salud, enfermedad y bienestar de una población desde un punto de vista biológico y de relaciones sociales. Pretende integrar dichos aspectos en el diseño de opciones para el cambio y mejora de la salud de la población.

Los tres abordajes parten del análisis de la distribución social de la enfermedad, reconocen explicaciones complementarias y se ocupan de:

- La selección social. La salud determina el aspecto socioeconómico, ejerciendo una notable influencia en el momento de consolidar las posiciones sociales como resultado de la movilidad social.
- La posición social. Los problemas de salud se desarrollan con mayor posibilidad en grupos socioeconómicos desfavorecidos desigualmente. Las diferencias socioeconómicas en salud resultan ser más evidentes cuando la calidad de factores intermediarios, como el empleo y la educación se distribuyen diferencialmente entre las distintas clases socioeconómicas.
- La perspectiva del curso de vida, a través de generaciones, individual y grupal. Se pueden analizar períodos críticos en la vida de cada individuo y el tiempo de exposición al riesgo, los que nos lleva a intervenir en salud a lo largo del ciclo vital durante la infancia temprana, infancia, adolescencia, adultez (CDSS, 2009).

En los siguientes capítulos se intentará traducir esta declaración de intenciones y este ejercicio definitorio en el análisis de la calidad de vida en relación a la salud, en un colectivo específico: la juventud.

PARTE II. LA JUVENTUD Y LA CALIDAD DE VIDA

Los sistemas sociales, económicos, familiares, políticos y culturales experimentaron un profundo cambio a comienzos del siglo XXI. Transformaciones que se trasladaron también al ámbito de la juventud; sus roles y costumbres variaron en gran medida.

Hoy en día, el periodo de instrucción escolar de los jóvenes ha aumentado, por lo que sus aspiraciones laborales también son mayores y distintas a tiempos pasados donde lo normal era heredar el trabajo del progenitor. Pero la realidad del mercado laboral actual en la que la oferta es menor que la demanda, junto con las precarias condiciones laborales y salariales, perfilan un panorama complicado para ellos, de ahí que la edad de emancipación se haya retrasado y tengan dificultades económicas para hacer frente a distintos aspectos de la vida (casarse, comprar piso, tener hijos, etc.).

6. CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO EVOLUTIVO

La franja de edad que se identifica con la juventud difiere en función de las fuentes consultadas; para unos autores se establece entre los 13 a 26 años, otros la cifran entre los 18 a 25, e incluso se llega a proponer un amplio intervalo; entre los 16 a 30 años. Se coincide en afirmar que se trata de una etapa en la que la adolescencia se ha superado, pero todavía no se ha llegado a la edad adulta (Hemmeter y Gilby, 2009). Lo mismo ocurre en relación a la definición institucional. Así, mientras las Naciones Unidas, la sitúa entre los 13 y los 26 años, la Asamblea General de la Asociación Europea del Carnet Joven, la ha extendido a los 30 años.

Pese a la dificultad actual de la definición de este colectivo, de lo que no cabe duda es de la trascendencia de este periodo evolutivo en la consecución de una edad adulta sana y satisfecha. La importancia del estudio de la calidad de vida en la juventud resulta crucial si se quiere intervenir con los adultos del mañana. El tema implica así un relevante carácter preventivo aunque su estudio es importante en sí mismo y desde el presente. La investigación sobre la juventud a menudo adolece de cargar las tintas en los conflictos y dificultades que atraviesan sus protagonistas. Resulta necesario conocer su opinión y valoración de temas que les incumben directamente y que otros agentes sociales no pueden ni deben responder por ellos. De hecho, el estudio de la calidad de vida también nos remite a la importancia de las condiciones de vida, la salud y el bienestar.

6.1. Definición de la juventud como periodo evolutivo

Una definición exclusivamente cronológica de la juventud se revela insuficiente, puesto que la juventud es un proceso relacionado con el período de educación en la vida de las personas y su ingreso al mundo laboral. Se trata de un concepto más ligado a un significado final de una fase que no de un comienzo. De hecho, la diferencia entre los 13 y 18 años que establecen algunos autores como edades de inicio de la juventud, viene a ser excesiva desde el punto de vista psico-físico de la persona.

De ahí que algunas políticas de juventud opten por retrasar el inicio de este periodo a los 18 años y en las encuestas de salud se establezcan los 16 años como edad mínima de respuesta, al darse por concluida la fase más importante del desarrollo psicofísico.

En la misma línea de actuación en 2007, el gobierno y el parlamento austriaco aprobaron una reforma electoral en la que se rebajó la edad electoral de los dieciocho a los dieciséis años para que éstos pudieran participar en las elecciones europeas, nacionales, provinciales y locales. Austria se erigió como el primer país de la Unión Europea que concedía el derecho de voto a los jóvenes de dieciséis años de edad.

Wintersberger (2009) remitiéndose a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, demostró que la reforma austriaca no debía interpretarse como un regalo a los jóvenes de estas edades, sino como una respuesta que aporta una sociedad madura en relación al problema que genera la privación de los mismos a la participación política. No faltaron voces en contra de esta reforma como por ejemplo las del Consejo Representativo de la Juventud (Bundesjugendvertretung, 2005), en las que se advertía que los jóvenes ejercían su derecho al voto de forma distinta a los adultos, considerándolos a estas tempranas edades inmaduros, y fácilmente manipulables. También se expuso cierta tendencia de voto hacia partidos radicales o a la abstención debido en parte, al desinterés demostrado en torno a la política.

Mortier (1997) plantea en este sentido una distinción entre el concepto jurídico y psicológico de capacidad. Al primer término le adjudica ciertas connotaciones de concepto-umbral, es decir, la capacidad se adquiere a cierta edad, mientras que por otro lado, establece un concepto psicológico comparativo, con tendencia a confrontar niños y adultos. Finalmente, también se considera remarcable la relación entre el concepto jurídico y psicológico, ya que se supone que una persona jurídicamente competente lo es también psicológicamente (Mortier, 1997).

Tal y como ha quedado reflejado, es complicado establecer una franja precisa en cuanto al criterio edad en la clasificación de la juventud, por lo que este trabajo se refiere a un intervalo de edad entre los 16 y los 30 años; edad en la que se forman académicamente, comienzan su andadura laboral, y se les considera responsables para responder una encuesta de salud, en el contexto del barrio español de análisis.

6.2. Duración de la juventud e inserción generacional

El problema de la delimitación del intervalo de edad que comprende la juventud nos remite a su relatividad conceptual. Además, cada generación va a compartir un modelo y definición propios, resultado de sus especiales circunstancias vitales. Cuando se habla de generación nos referimos a todos los que han nacido en un mismo eje cronológico y comparten una serie de características vitales. Sin embargo, no se puede afirmar que todos los jóvenes participan de dichas características en cuanto que dependen del ambiente en que viven, de la cultura, de la época, etc. (Wenzlaff, 2008).

No obstante, podemos suponer que en una misma generación, el comportamiento y las formas de expresión comulgan con el espíritu de su propia comunidad. Los jóvenes de cada época comparten un conjunto de experiencias y acontecimientos comunes

asociadas a sus correspondientes representaciones y valores sociales (Trzesniewski y Donnellan, 2010).

Según el informe del Observatorio de la Juventud de 2006, en España, el 51% de los jóvenes entre 18 y 34 años continúa viviendo en el domicilio familiar, y el 42% de ellos vive de forma independiente. El 64% de dicha franja de edad, vive de sus ingresos propios, pero la mitad de ellos necesita ayuda económica. El modelo de familia habitual es el del joven que vive con sus padres y que tiene un hermano/a. Conforme aumenta la edad, se incrementan los hogares compuestos por dos miembros. Normalmente abandonan el domicilio familiar para constituir su propio hogar, casándose o viviendo en pareja. En general, los jóvenes en nuestro país, se muestran satisfechos con las condiciones de la vivienda en la que residen.

La mayor parte de aquellos que desean vivir de forma independiente reconoce que en un futuro, necesitarán ayuda económica familiar para la adquisición o alquiler de la vivienda, inclinándose un 90% de ellos, por el régimen de propiedad de la misma, y siendo un 7% los que optan por un alquiler. Es llamativo el hecho de que alrededor de dos de cada tres jóvenes en España, desconozcan las ayudas públicas existentes para la adquisición de viviendas. Todo esto contrasta con la realidad de otros países europeos como Alemania, Dinamarca, Inglaterra, Suecia, etc., en los que los jóvenes se independizan mucho antes.

La percepción de la realidad en torno a los problemas para acceder a una plena emancipación, es asumida por los jóvenes españoles de forma colectiva y no tanto individualmente, en cuanto que se trata de un asunto que no depende de su propia voluntad, sino también de las condiciones del sistema en el que viven. El término conciencia generacional, debe entenderse aquí en sentido amplio. Esto no significa que se hayan llevado a cabo encuentros oficiales a nivel local, regional o nacional en los que se aborde el tema de la definición de juventud y su inserción general, para llegar a una serie de conclusiones, sino que como expresa Gil Villa (2007), se trata más de una vivencia interna de la propia persona que comparte con sus iguales.

También debemos considerar la diferencia generacional en el hecho de ser joven hoy y el ser joven hace unos años. Aquellos jóvenes de ayer, son los padres de hoy. La realidad de estos últimos era bien distinta puesto que tenían menos oportunidades de elección, económicas y culturales. De hecho, el acceso a estudios universitarios era harto complicado para buena parte de ellos.

Hoy día alcanzar la vida adulta implica un cierto grado de incertidumbre. Una incertidumbre debida en gran medida, a las condiciones socioeconómicas que padecen los jóvenes y que son resultado de una gran inestabilidad en el mercado laboral actual. A todo esto se añade la importancia e influencia que ejerce en nuestra cultura la familia. Es en el núcleo familiar donde se socializa a los jóvenes y se desarrollan como adultos. Este proceso viene mediatizado por las condiciones estructurales, especialmente la clase social familiar. A través de ella se individualiza la pertenencia a un colectivo social “up” o “down” o sea de rango social elevado o “desaventajado” socialmente (Ayllon, 2009).

Angulo (2008), polemiza sobre esta transición y afirma que actualmente no existe un retraso en la emancipación de los jóvenes, y su paso a la vida adulta. Eso si, la gestión de sus vidas depende de muchos factores, como las políticas sociales, la clase

social, el género, la etnia de pertenencia, el contexto socioeconómico, la familia y los valores culturales.

Gallie y Paugam (2000) utilizan la tipología del Estado del bienestar para describir los modelos de políticas de juventud desarrollados por un Estado y que a su vez repercuten en el sistema familiar. España se caracteriza por un modelo “sub-institucionalizado”, similar a otros países mediterráneos (ej. Portugal e Italia). A nivel institucional comparte un apoyo económico bastante limitado, que unido a la precariedad del mercado laboral y del sistema educativo, provocan una dilatación de su estancia en el núcleo familiar. Es la familia pues, la que figura como principal agente y soporte de su autonomía, tanto material como psicológica.

Pero el verdadero responsable de este panorama no son los padres, sino el contexto socioeconómico en el que se encuentran: desempleo, precariedad e inestabilidad laboral, disfunción entre el grado de formación y la categoría de los puestos de trabajo, tanto a nivel cualificado como retributivo. Todo ello explica la continua dependencia de los jóvenes hacia sus familias, y su demora y retraso en la emancipación.

Cuadro 8: Descripción de la ocupación de los jóvenes en España según el Informe juventud 2006 (Instituto de la Juventud Española, INJUVE, 2006).

Ocupación	2008	2009
Jóvenes Ocupados	4.623.300	3.876.600
% Jóvenes ocupados	56,10%	48,10%
Variación del empleo juvenil	-	-746.600
Contratos temporales población joven	2.064.400	1.579.300
Tasa de temporalidad juvenil	48,90%	44,30%
Tasa de paro juvenil	15,60%	27,40%
Tasa de paro de 16 y más años	9,60%	17,40%
Diferencia Tasa paro juvenil – Tasa paro total	5,90%	10,00%
Tasa de paro juvenil – hombres	14,30%	28,70%
Tasa de paro juvenil – mujeres	17,10%	25,90%
Número de jóvenes parados/as	852.100	1.461.500
Variación del paro juvenil		609.400

Debemos considerar dos cuestiones en apariencia contradictorias; por un lado la dependencia familiar de los jóvenes ha aumentado, pero por otro lado, éstos resultan ser más autónomos. Además el nivel educativo y grado de formación es mayor, pero les resulta complicado encontrar una colocación estable y duradera.

En el pasado, la transición a la vida adulta se entendía como un cambio de interdependencias más que como un simple logro de la independencia y autonomía personal. La relación interdependiente implica que todos los participantes sean autónomos emocional, económica y/o moralmente, pero a su vez, requiere de la colaboración y apoyo mutuo del grupo.

Por lo tanto actualmente, ya no existe una vinculación directa entre abandono de hogar familiar e independencia, como existía tiempo atrás. Si anteriormente la

transición a la vida adulta se relacionaba con una independencia económica y con vivir fuera del hogar familiar, ahora las cosas han cambiado ya que el alcance a dicha autonomía se ha dilatado en el tiempo.

Sin embargo, los jóvenes de hoy tienen una amplia libertad para formarse sus propias opiniones, dudas y temores (Mietzel, 2005). Los adolescentes se enfrentan a difíciles decisiones como: qué profesión prepararse, elección de una forma de vida futura (solos, conviviendo con su pareja sin casarse o en matrimonio), tener hijos o no, etc. A afrontar estos retos también se aprende mediante un proceso de madurez que atraviesa todo el ciclo vital.

6.3. Procesos de madurez: biológicos, cognitivos, afectivos, motivacionales, sociales

La definición de madurez también resulta ser polémica. El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua delimita la madurez como “el buen juicio o prudencia con que el hombre se gobierna”. Este concepto nos remite inevitablemente a la base semántica, de los conceptos de madurez y maduración biológica.

Se entiende que en el desarrollo biofísico de una especie existe un punto en el que el individuo consigue reunir en un todo aquellas características biológicas específicas, tras el correspondiente proceso de cambios progresivos.

En el ser humano se consideraría a un individuo entre 20 y 25 años como biológicamente maduro, con la mayor parte de las funciones corporales y sensoriales completamente desarrolladas (Zacarés y Serra, 1998).

No obstante, el término madurez resulta ser polisémico y ambiguo. También se pueden encontrar caracterizaciones generales del concepto de madurez psicológica que revelan connotaciones sociales. De hecho, Serra y Zacarés (1991) afirman que la madurez se asocia directamente con la edad del sujeto, y que implica significados claramente diferenciales si se emplea en sentido positivo o negativo (maduro/madurez o inmaduro/inmadurez).

Los usos sociales del término madurez son diversos. En el Código de Derecho Canónico (1983) por ejemplo, se recurre a la falta de madurez de juicio como causa de nulidad matrimonial (canon, 1095). Desde el punto de vista social se consideran “maduros” los que tienen y se mantienen en un empleo, que son económicamente independientes o que han formado una familia propia. Para la ley, la madurez se identifica con la edad cronológica, a través de la cual el individuo puede conducir, tomar bebidas alcohólicas, votar, contraer matrimonio, abrir un negocio público, obtener el permiso de armas de fuego, la edad penal, etc. Sin embargo, todos conocemos casos de personas demasiado inmaduras a pesar de su edad para poder cumplir tales obligaciones (Zacarés y Serra, 1998).

Por tanto, el proceso de madurez al igual que el concepto de juventud, se resiste a una definición precisa y puntual. De esta manera, el término madurez tiende a sustituirse por otros relacionados como autorrealización, salud mental positiva, competencia, funcionamiento efectivo, etc. Para Taranto (1989) y Thomas (1991), es bastante frecuente considerar la sabiduría y la madurez psicológica como sinónimos,

especialmente aplicados a sujetos de edad avanzada. Pero la madurez no es un concepto unidireccional. En dicho proceso puede haber crisis, involuciones y conflictos.

Los procesos de madurez que experimentan los jóvenes se pueden analizar en tres esferas: cognitivos, afectivos y sociales. Éstas son de enorme importancia en cuanto que desarrollan diversos aspectos de la persona estrechamente relacionados entre sí. Al mismo tiempo, dichos factores, tienen que ver con los rasgos fundamentales de la existencia autónoma del individuo.

La madurez biológica y fisiológica

Desde un punto de vista biológico, se entiende por maduración el conjunto de fenómenos de crecimiento y de diferenciación celular que contribuyen a la aparición de determinadas funciones en el organismo. La expresión “estar maduro” alude, en primera instancia, a un cierto estado de aptitud e idoneidad alcanzado por el sujeto a lo largo de su desarrollo (Asensio, 1987).

La madurez fisiológica se atribuye a un individuo dado durante su vida, cualquiera que sea su edad real, según el estado del conjunto de sus órganos y de sus funciones, en tanto que un individuo normal presentaría este estado en una determinada edad cronológica, según tablas patrón (Arbesú y Fabregoul, 1993).

Como en la salud y en la enfermedad, nuestro aspecto fisiológico no es determinista y se encuentra mediatizado por una serie de factores sociales y culturales, como el contexto en el que se integra el joven y sus estilos de vida en relación a la alimentación, ejercicio físico, etc.

Un estudio piloto dirigido por Cumming, Standage, Gillison y Dompier (2009), estableció como objetivo examinar las relaciones entre la madurez biológica, el tamaño corporal, y el comportamiento de ocio y el tiempo de ejercicio en los estudiantes ingleses. La edad biológica y el tamaño del cuerpo se analizaron en 103 varones y 82 chicas en clases de educación física. En la investigación se administró el Leisure-Time Questionnaire de Godin Shephard (1985), sobre las pautas de ocio de la muestra. El estado de madurez se relacionaba positivamente con la participación en diversas formas de ejercicio físico moderado.

Procesos cognitivos

En este proceso se alcanza el desarrollo de la inteligencia, acaba la etapa del egocentrismo y la persona inicia un tipo de pensamiento cercano a la experimentación científica. En psicología, el constructivismo explica estos desarrollos a través de los postulados piagetianos que sitúan al individuo siempre en interacción con su medio. En el constructivismo psicológico, la persona no es un receptor pasivo de experiencias y aprendizajes, sino un constructor activo de sus estructuras de relación.

En el mundo actual experimentamos un desarrollo del aprendizaje intelectual, en el que tiene una mayor cabida el pensamiento objetivo en detrimento de las fantasías. Los jóvenes no escapan a este fenómeno, en el que se da paso a reflexiones concretas y objetivas. En definitiva, esta etapa desarrolla un pensamiento empírico, dejando atrás el

pensamiento mágico. Este último se fundamenta en creencias cuya lógica no presenta un patrón racional. Suele estar basado en percepciones subjetivas del individuo o del grupo. Sin una base crítica o real, dicho pensamiento puede basarse en hipótesis irracionales. Por el contrario, el pensamiento empírico, no acepta como válida una idea si no esta fundamentada en hipótesis rigurosas y contrastables.

De esta forma nace el método científico o empírico que consiste en la reproducibilidad, es decir, la capacidad de repetir un determinado experimento en cualquier lugar y por cualquier persona y en la confrontabilidad, es decir, toda proposición científica tiene que ser susceptible de ser contrastada y confirmada. En el pensamiento mágico, por el contrario, se toman como postulados válidos ciertas creencias fuertemente arraigadas en el pasado, y sobre éstas se construye un mundo aparentemente racional, siguiendo pautas lógicas y pseudocientíficas, aparentando a simple vista, que las ideas tienen fundamento y coherencia.

En la madurez cognitiva se encuentra la conquista de la identidad, la aceptación social (el peso de la opinión de los demás), la independencia de la familia, la importancia de los amigos, la pareja y la emancipación y los eventuales conflictos que se desarrollan en el entorno de cada joven (Ghazarian y Buehler, 2010). Por ejemplo, la asociación entre el conflicto interparental y el rendimiento académico fue examinada por Ghazarian y Buehler (2010) en una muestra de 2.297 jóvenes, en su mayor parte americanos y europeos (82%). Los resultados mostraron que el conflicto interparental es un factor de riesgo de menor rendimiento académico, lo que sugiere que las interacciones familiares y del entorno en general, desempeñan un papel significativo.

A su vez, una investigación realizada por Cicognani y Zani (2010), profundizaba en el estilo de los conflictos (ej. la agresión dentro de las relaciones padres-hijos). Participaron 302 parejas con sus respectivos hijos (604 jóvenes). Fueron evaluadas las diferencias según el sexo y la edad del joven y la perspectiva (descripción de sí mismo y de los jóvenes). Las dimensiones del cuestionario utilizado (When We Disagree, WWD) que correlacionaron con un mayor peso específico para la solución de situaciones difíciles fueron la comunicación familiar y la autoeficacia familiar.

Procesos afectivos y motivacionales

Los jóvenes deben desarrollar en este periodo la capacidad de llegar a la progresiva integración de todos los aspectos de su personalidad y de esa forma encaminar su vida. La conducta del adolescente-joven no es lógica, sino psicológica. La diferencia de la madurez de un adulto y la de un adolescente-joven, radica en la experiencia vivida por cada uno de ellos. La persona adulta ya ha pasado por numerosas etapas y experiencias, mientras que el adolescente, todavía tiene que vivir y sentir esos cambios físicos, emocionales y cognitivos propios de su desarrollo. De ahí que se hable de conducta prelógica-adolescente en contraposición a la lógica-adulta relacionada con la experiencia, reflexión y madurez. Esto no significa que los adultos no yerren nunca, sino que afrontan las vicisitudes de forma distinta respecto a los adolescentes.

Lo que opinen los demás, los vecinos, los amigos, la familia y todo lo concerniente al aspecto social adquiere una gran importancia en el adolescente-joven, ya que desea alcanzar su aprobación y prestigio, resistiéndose a los cambios y mostrando una tendencia natural a agruparse entre sus iguales.

Los jóvenes reflejan su personalidad de acuerdo a las emociones, pensamientos irracionales, que han aprendido a lo largo de los procesos de enseñanza-aprendizaje, y que han vivido durante su socialización. Un ejemplo de ello son los estudios llevados a cabo por Ovejero, De la Villa y Pastor (1998) sobre la autoimagen física como elemento constitutivo del concepto de uno mismo. Éstos autores confirmaron la existencia de una conexión directa entre la percepción negativa de la imagen corporal y algunos trastornos emocionales (depresión/ansiedad, inseguridad/inestabilidad) y socioafectivos (problemas de relación y conductas agresivas). Lo hicieron con una muestra de 630 jóvenes estudiantes de secundaria. Al mismo tiempo, se evidenció el peso de la influencia social en la construcción de la autoimagen corporal ya que dicha imagen constituye un elemento central en la estabilidad del concepto de sí mismo y en la construcción de la identidad social.

Durante la adolescencia -concebida como construcción social, histórica y culturalmente determinada- la percepción-interpretación de las opiniones y actitudes del grupo de iguales y los estándares propugnados por instancias más macrosociales como los mass-media, son los que modulan su identidad psicosocial y su autoimagen física. Esta etapa, se ve sometida a los cánones estéticos actuales. La adecuación a estos ideales representa la prognosis de un buen ajuste en la construcción de la autoimagen física. Pero la crisis pubertaria, aunque mayoritariamente resuelta de forma adaptativa, puede conllevar desajustes en el plano psicoafectivo y emocional e incluso un cierto rechazo real o interpretado del grupo de iguales - en especial en aquellos que no se acomodan a los cánones establecidos.

En la juventud tardía, la personalidad se ha desarrollado y existe un grado de motivación suficiente orientado a lograr resultados que previamente han sido prefijados por ellos mismos. Entre sus aficiones destacan el gusto por la práctica del deporte, la música, la lectura, el cine, el teatro, etc. Las posibilidades en nuestra sociedad actual son muy amplias tanto en un sentido de vulnerabilidad y riesgo como de protección y salutogenesis. De hecho, Lester, Battuello, Innamorati, Falcone, De Simoni, Del Bono, Tatarelli y Pompili (2010) resaltan cómo la actividad física y la práctica deportiva, pueden tener un impacto benéfico a la hora de hacer frente a situaciones de riesgo de exclusión social.

En el joven supone un gran logro la conquista de la identidad y la adaptación social. Aspectos como formar parte de un grupo, tener amistades significativas, una pareja, ser independiente de la familia, cobran gran importancia en sus vidas. Pero la emancipación y el hecho de sentirse autónomo, es un logro que no se obtiene de un día para otro, sino que es resultado de un trabajo desarrollado a lo largo de la vida. En este sentido, la identidad social se tiende a asimilar con la imagen que los jóvenes dan de sí mismos, con sus estilos y modos de vida, de vestir, de pasarlo bien.

Las diferencias de género en los procesos de identificación personal se manifiestan en estas edades en diversas motivaciones. Erik Erikson (1974) sostenía que los hombres jóvenes están más interesados en conseguir autonomía e independencia, así como en exhibir resultados, mientras que las mujeres de la misma edad, muestran un mayor interés en encontrar pareja y tener hijos. En los años cincuenta y sesenta muchos hombres jóvenes relacionaban su identidad con su profesión, mientras que las mujeres

se referían a ella a partir de sus relaciones sociales. Actualmente, la situación ha cambiado mucho. En comparación con sus progenitoras, las mujeres jóvenes no sólo están mucho más interesadas en formarse para una profesión, sino que también, compiten con creciente éxito en el mercado laboral con sus colegas masculinos (Mietzel, 2005).

Según Streitmatter (1993), las mujeres buscan y encuentran su identidad personal a la misma edad que los hombres. Ambos sexos se esfuerzan por su realización académica y/o profesional; pero las mujeres siguen manteniendo interés en relacionarla con sus redes sociales, la pareja y la familia (Archer, 1992; Patterson et al., 1992), mientras que para los hombres la independencia sigue siendo el aspecto principal (Cramer, 2000). Para Archer (1992), las jóvenes se preocupan más por cómo conciliar las exigencias laborales y familiares. Eso sí, hay que tener en cuenta que las mujeres del siglo XXI, disfrutan de más opciones que sus antecesoras a la hora de configurar su futuro.

Sin embargo, el camino hacia la consecución de la propia identidad resulta ser más complicado para ellas que para ellos, ya que el deseo de conciliar trabajo y familia conlleva inevitables conflictos y desajustes personales (Gallie y Paugman, 2000). Cramer (2000) menciona una serie de razones por las cuales se plantean mayores exigencias para el sexo femenino que para el masculino en el marco del desarrollo de su identidad personal; parte de la base de que a los chicos se los anima a tomar como ejemplo a su padre y a otros hombres, y prácticamente no reciben estímulo alguno para orientar su identidad hacia la de su madre. Por el contrario, hoy en día a las chicas, se las desafía y condena a enfrentarse a ambas sendas estereotipadas; tanto la del desarrollo femenino como del masculino. Este autor nos muestra la figura de una mujer en cuyo camino a la búsqueda de la identidad, deberá afrontar mayores retos y esfuerzos en relación a los de sus compañeros.

Nuestros agentes sociales deben hacer todo lo posible para que las mujeres y los hombres no sólo lleguen a la igualdad de oportunidades, sino para que también, ambos tengan las mismas posibilidades de definir su identidad a través de áreas de actividad de la misma categoría y valor en la sociedad (Mietzel, 2005).

Por lo tanto, el desarrollo de la personalidad y la motivación del joven no es ajeno al contexto en el se integre y a los valores y representaciones culturales que comparte.

Procesos sociales

Si el desarrollo de los jóvenes se transforma en autonomía, se dice que es porque ha sabido reunir en un todo las convicciones personales con los valores presentados por la sociedad, la religión, el grupo y el ambiente de trabajo o de estudio. Si el mismo desarrollo toma un cauce orientado hacia la dependencia, el joven se convertirá en un persona vinculada a los demás tendente a padecer crisis a la hora de enfrentarse a los diversos problemas que se le presenten.

En el ámbito vocacional, el joven se orienta hacia una profesión que él elige en consonancia con un proyecto de vida que armoniza con sus valores, con la orientación a la propia vida y con la orientación dinámica de su futuro. Ese proyecto puede sufrir modificaciones. Para ser válido un proyecto ha de tenerse en cuenta el hecho fundamental de la existencia, las convicciones religiosas y el compromiso de la persona.

Los factores que intervienen a la hora de su elección son principalmente: sus objetivos, su escala de valores y prioridades, además de la visión que tiene del mundo.

En cuanto a la vida afectiva y sexual, los jóvenes descubren el amor. El joven varón, a parte de buscar el atractivo físico de la mujer, en estos momentos necesita encontrar y amar a una sola persona con quien construir un proyecto de vida. Al mismo tiempo, las chicas aceptan al chico por como es, empezando a pensar en el amor auténtico más que en el príncipe azul.

En esta etapa ya el amor no se considera un simple pasatiempo, una necesidad social, un escape, una compensación, sino un compromiso serio y respetuoso con la persona que se ama. De esta forma los jóvenes son ya dueños de sí mismos, son capaces de controlar sus impulsos responsabilizándose de sus propias acciones de forma oportuna.

En el ámbito social los jóvenes son capaces de distinguir lo que es prioritario de lo que es urgente, en una escala de valores. Ellos mismos no aceptan la imposición y la rechazan no con agresividad, sino con una sana rebeldía. Son responsables de sus actos y de los valores morales que le pertenecen. En esta edad (aproximadamente entre los 18 y los 25 años), los jóvenes tienen claro el concepto del bien y del mal.

No obstante, en ocasiones los jóvenes hacen un mal uso de la libertad de la que disfrutan a través de conductas violentas, acciones irresponsables y nefastas. Es muy difícil explicar exactamente las causas por las que llegan a tener este tipo de conductas. Los delitos más numerosos del año 2005 en España (Gil Villa, 2007) han sido relativos a la propiedad, robo con fuerza (6.618), sustracción de vehículos con intimidación (5.016), robo con violencia o intimidación (4.706) y hurto (1.713). Un dato a destacar es el hecho de que los jóvenes “aceptan/justifican” más que el resto de la población las siguientes conductas: conducción sin permiso o sin seguro, el consumo de drogas, vandalismo, peleas y robos (Gil Villa, 2007).

Es evidente que los jóvenes que han sido procesados, son más propensos a presentar más pautas de conducta violenta. Pero este comportamiento no está ligado de un modo determinista al tipo de familia a la que pertenece, puesto que los estudios empíricos establecen que tan sólo una parte de estos menores juzgados pertenecen a familias problemáticas. Lo que sí es cierto es que los jóvenes no viven separados de los adultos, sino que comparten sus problemas (Gil Villa, 2007).

Según Pérez (2006), la situación actual desde el punto de vista legal en España, obedece a un contexto sociológico propio de las familias españolas, donde los padres resultan ser más flexibles y permisivos que en otros momentos históricos. Sin embargo este panorama, no concede a los jóvenes una mayor posibilidad de libertad y felicidad, sino que por el contrario, esta situación propicia la ruptura con la norma. Quizás esta rebeldía se deba al hecho de que como expone Jung (1999), anteriormente, la modernidad se distinguía por ser exclusiva y tolerante y en nuestra época, resulta ser restrictiva e intolerante en otros aspectos. Así, hoy día, una buena parte de los jóvenes experimenta una situación de inestabilidad impensable e inexistente en otras épocas históricas, que puede llevar a la desesperación y a la búsqueda de “soluciones alternativas” en las drogas y la violencia.

Todo esto no se desarrolla de forma inconsciente. Los jóvenes asumen la vida como tarea, son conscientes de su solidaridad con los demás, tienen la convicción de que sus vidas están orientadas hacia los demás, y están abiertos a nuevas responsabilidades. Las personas cuyo temprano ajuste sigue un curso normal, no presentan dificultades insalvables en sus relaciones emocionales con los otros; son capaces de establecer nuevos lazos, de profundizarlos o de romperlos sin conflictos cuando la situación lo requiere (Aichhorn, 2006).

La actitud hacia la sociedad y sus miembros obedece a un modelo normativizado, empezando por la familia y las relaciones emocionales establecidas dentro de ésta. Los padres son los que asumen una gran responsabilidad en la orientación social del niño y del joven, por lo que según Aichhorn (2006), si algo falla en la familia a nivel de educación, las consecuencias se verán reflejadas en la sociedad.

En esta etapa se desarrollan profundas transformaciones en el pensamiento religioso, acercándose o alejándose de la iglesia. Al pensamiento religioso se une la adscripción a diversas ideologías (Weller, 2010).

7. LA JUVENTUD EN SU CONTEXTO

En el análisis contextualizado de estas tendencias de desarrollo en los jóvenes se ha de tener en cuenta el hecho de que entornos como la comunidad europea está formada por países con situaciones económicas muy diferentes, que generan dinámicas diferenciales en los procesos de independización, autonomía e identidad de sus ciudadanos. Por tanto, en los siguientes datos sobre los rasgos generales de los jóvenes europeos habrá que tener en cuenta factores como: el marco de referencia, el país y la situación socio económica.

7.1. Características de la juventud europea

En Europa el periodo de la juventud se extiende hasta los 30 años debido a la prolongación del período de escolarización, la difícil y lenta entrada al mundo laboral y la dificultad y retraso para conseguir la independencia económica. El informe elaborado por la Comisión Europea en 2009 “Juventud Europea, Inversión y Empoderamiento”, informa que en el 2007, 96 millones de europeos se encontraban en una edad comprendida entre los 15 y los 29 años (un 19,4% de los ciudadanos de la Unión). Si las previsiones de envejecimiento poblacional se cumplen, dicha cifra se reducirá considerablemente durante las próximas décadas, aunque su dependencia funcional aumentará (2050: un 15,3%).

La media de años que los jóvenes europeos necesitan para su formación académica es de 17. Un 15% de los estudiantes europeos es mayor de 30 años. El género femenino se distingue por continuar su periodo formativo en los niveles superiores de educación (54% de las jóvenes europeas), mientras que el 57% de los jóvenes varones europeos, orientan su formación a una preparación para el empleo (European Union Labour Force Survey, EU LFS y European Union Survey on Income and Living Conditions EU SILC, 2009).

En la mayoría de los países europeos, se ha registrado un aumento de la población que ha alcanzado un nivel de enseñanza secundaria (a excepción de Alemania, los países bálticos, Rumania y Suecia). Uno de cada 7 jóvenes europeos (entre 18 y 24 años: 6 millones) abandona el sistema escolar. Este abandono es más frecuente en los países europeos del Sur, como España (Comisión Europea, 2009).

Los jóvenes europeos con conocimientos formales adquiridos, aún deben afrontar un obstáculo más, y es que existe una gran diferencia entre dichos conocimientos y la demanda real del mercado laboral. Esto sin contar, el factor mayor de riesgo de exclusión laboral si en el joven se encuentra la pertenencia o integración en una familia económicamente desfavorecida.

Las cifras ocupacionales avalan estas tendencias e incluso las agravan en el caso de que el joven no haya alcanzando un nivel mínimo de instrucción formal. La mitad de los empleados europeos entre los 15 y los 24 años, presenta una baja cualificación u ocupación con respecto al nivel de formación de la escuela primaria. En esta edad, un 40% disfruta de un trabajo con carácter temporal, mientras un 25% lo hace a tiempo parcial (Comisión Europea, 2009).

Es llamativo que un tercio de los jóvenes entre los 15 y los 24 años no realiza ninguna actividad formativa o/y laboral. A esta generación se le conoce como generación NI NI (NEET, Not Currently Engaged in Employment, Education or Training; FREETER y TWIXTER). De hecho, el acrónimo NEET nació recientemente en el Reino Unido. Según el Libro Blanco de la Economía laboral, su cifra en 2004 alcanzaba el millón de jóvenes británicos (Gallego y Gandara, 2008).

Esta tendencia se ha extendido y de hecho está aumentando cada vez más en toda Europa (Gil-Lacruz, 2010). Las razones son distintas y no están relacionadas con la pertenencia a familias desfavorecidas económicamente, sino más bien con una forma de vivir y de ver el mundo, lo que para muchas personas puede resultar incomprensible.

El problema reside en cómo integrar en el sistema a estos jóvenes que no quieren ni estudiar ni trabajar. Si en tiempos de crisis resulta complicado encontrar una colocación a personas con cierto nivel de formación, para los NI NI las cosas se complican mucho más, debido sobre todo a la falta de experiencia en el mundo laboral y también de formación.

Las autoridades públicas no sin cierto retraso han empezado a tomar nota de esta situación. En abril de 2010, el Ejecutivo español presentó a los agentes sociales un documento sobre la reforma del mercado laboral. En este informe se amplía la edad límite para realizar contratos de formación de 21 años a 24 años. Se fijó un salario mínimo equivalente al salario mínimo interprofesional (SMI) a partir del segundo año, de aproximadamente 633 euros mensuales. Este tipo de contrato de prácticas estaría destinado a jóvenes con formación y titulación académica, ya que para jóvenes sin ningún tipo de titulación se destina una alternativa formativa paralela cuyas competencias asumen las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Empleo. Estas rutas formativas se completan con un periodo de prácticas no laborales en empresas. En este periodo de tiempo, los jóvenes reciben una beca mensual y las empresas una compensación mensual por su colaboración.

La forma de vida NINI en la gran mayoría de los casos, es una elección tomada por los mismos jóvenes, que no reparan en pensar en el futuro, sino que tienden a vivir el día a día. El hecho de no ocupar su tiempo en ninguna actividad productiva (recordemos, no estudian, ni trabajan), puede llevarles a desviar su conducta hacia actividades fuera de la legalidad vigente (consumir sustancias, robar, etc.), traspasando la frontera de lo que supone ser un problema a nivel interno familiar, a un problema externo de la sociedad en general (Gil Lacruz, 2010).

Si la edad media de emancipación se sitúa en 25 años, ¿qué ocurrirá si estos jóvenes hoy menores de edad, llegan a esta franja sin ningún tipo de formación?

En generaciones anteriores las expectativas y los proyectos de vida diferían bastante de los actuales. Las mujeres sólo podían aspirar al matrimonio a muy temprana edad: 18 años. Hoy en día, se casan y tienen su primer hijo por primera vez a los 27,3 años como media. Es llamativo el dato de los bebés nacidos fuera de la pareja, en un 37% de los nacimientos.

En España, los jóvenes retrasan el momento de su independencia más tiempo que el promedio de sus compañeros europeos. Factores a destacar serían el aumento desorbitado de los precios de la vivienda y el aumento de la tasa de empleo temporal y de la desocupación laboral. De hecho, la edad de emancipación en España es una de las más altas de Europa. Este fenómeno encuentra justificaciones de peso en la crisis económica, el cambio rápido de valores, los retos demográficos y sobre todo, la existencia de un prototipo de familia sobreprotectora.

En relación al tiempo dedicado al ocio, los jóvenes europeos declaran dedicar un 20% de su tiempo al mismo. Un 49% de ellos, es miembro de un equipo o club deportivo, mientras que un 16% es voluntario ocasional o asiduo y sólo un 4% participa en actividades políticas. A la mitad les gusta salir con los amigos, y una quinta parte de ellos se dedica a la lectura en su tiempo libre.

Para los jóvenes entre los 16 y 24 años, el uso del ordenador es diario (en el 2004, esta cifra era del 50%). En estas edades, el 60% utiliza Internet, convirtiéndose en una herramienta indispensable en su vida diaria (Comisión Europea, 2009), no solo para la búsqueda de noticias actuales (económicas, política, etc.), sino para mantener los contactos con los amigos, la búsqueda de empleo, su propia formación.

La idea compartida que se tiene de esta franja de población se refiere a la ausencia idílica de problemas. Un verso resume esta premisa: “juventud, divino tesoro”. Las consecuencias de esta representación social conllevan bastantes dificultades a la hora del acceso y disposición de datos relativos a la calidad de vida de este colectivo. Es más frecuente encontrar estudios sobre la prevención de problemas que afectan al colectivo como las drogas, la delincuencia o la violencia, que análisis empíricos sobre cual es su nivel de bienestar y felicidad.

Excepciones a esta regla son las investigaciones a nivel europeo relacionadas con el estudio de la calidad de vida de los jóvenes, desarrolladas por Pitchler. El autor utiliza el European Social Survey. Se trata de una encuesta administrada a más de 40.000 personas entre 15 y 29 años de 22 países europeos, en diferentes situaciones, ej. en edad

escolar, que viven en casa o que tienen ya una familia. Las preguntas relativas a la calidad de vida tienen como rango de respuesta de 0 a 10 (0 corresponde a extremadamente insatisfecho y 10 extremadamente satisfecho) y algunos ejemplos de cuestiones formuladas son:

- En general, ¿cuan satisfecho estas hoy en día de tu vida?;
- En general, ¿cuán feliz te consideras?

Estos dos indicadores se integran en una escala conjunta que se reduce a la medida de 5 categorías:

- De 0 a 8 muy baja;
- De 9 a 12 bastante baja;
- De 13 a 16 intermedia;
- De 17 a 18 bastante alta;
- De 19 a 20 muy alta.

En el trabajo de Pitchler (2006) se observa cómo los jóvenes entre 15 y 29 años de Dinamarca, Finlandia, Suecia y Noruega disfrutan una mejor calidad de vida que los adultos de sus países (casi el 50% de ellos). Estos porcentajes van descendiendo en los jóvenes de Suiza y Austria (40%), Alemania (31%) e Italia (17%). En cuanto a España, un 36% de los jóvenes españoles declara tener bastante o buena calidad de vida. De ellos sólo un 15% afirma que es muy o bastante baja. Por tanto, casi la mitad de los entrevistados en nuestro país se encuentra en un nivel intermedio.

Según Pichler (2006), la calidad de vida depende tanto de las condiciones de vida objetivas y de la posición social que ocupa la gente en la sociedad, como de su percepción subjetiva. La correlación entre calidad de vida y factores objetivos (por ej. ingresos, tipo de ocupación) establece una perspectiva materialista de la evaluación del bienestar de la gente. La percepción subjetiva de la calidad de vida de los jóvenes europeos depende también de las distintas formas del capital humano (social, político y participación financiera). Para medir el capital social en los jóvenes son importantes los contactos sociales, la pertenencia a una organización y poder tener como punto de apoyo la disponibilidad de los padres. Por tanto, es importante saber si los padres trabajan o no, conocer su nivel de ingresos y si tienen la posibilidad de obtener crédito en caso de problemas financieros.

En el entorno europeo estas condiciones de vida distan mucho de ser perfectas. Las cifras de Eurostat (2004) señalan que el desempleo se evidencia mayormente entre los jóvenes de menos de 26 años, siendo superior a la población adulta. En Polonia llega hasta un 40%, mientras en Bélgica, Grecia, España, Francia, Italia y Finlandia es alrededor del 20%.

La situación se complica cuando se pretende relacionar el estudio de la calidad de vida con temas específicos como la salud. La necesidad de profundizar sobre las tendencias juveniles en relación a los comportamientos saludables, se puede extrapolar a factores como: el desarrollo de la identidad, la influencia de los contextos familiares, educativos, de los iguales y de los procesos de socialización diferenciales entre chicos y chicas.

Cuadro 9: Diferencias entre jóvenes europeos entre 15 y 29 años sobre la evaluación subjetiva de la calidad de vida (Pichler, 2006).

Calidad de vida	Austria	Bélgica	Suiza	Republica Checa	Alemania	Dinamarca
Muy bajo	5%	4%	4%	6%	7%	3%
Bastante bajo	15%	9%	8%	22%	16%	8%
Intermedio	40%	49%	43%	48%	47%	39%
Muy alto	16%	11%	16%	6%	7%	19%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Calidad de vida	España	Finlandia	Francia	Gran Bretaña	Grecia
Muy bajo	2%	4%	5%	7%	8%
Bastante bajo	13%	5%	14%	15%	23%
Intermedio	49%	41%	45%	50%	43%
Bastante alto	20%	38%	21%	21%	18%
Muy alto	16%	13%	15%	7%	8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Calidad de vida	Hungría	Irlanda	Italia	Luxemburgo	Noruega
Muy bajo	11%	4%	10%	4%	3%
Bastante bajo	23%	13%	23%	14%	9%
Intermedio	39%	47%	50%	39%	43%
Bastante alto	21%	23%	12%	26%	29%
Muy alto	7%	13%	5%	18%	17%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Calidad de vida	Polonia	Portugal	Suecia	Eslovenia
Muy bajo	10%	4%	6%	6%
Bastante bajo	23%	20%	16%	16%
Intermedio	42%	53%	47%	47%
Bastante alto	15%	14%	24%	24%
Muy alto	9%	9%	7%	7%
Total	100%	100%	100%	100%

En la encuesta europea desarrollada en relación a los comportamientos saludables, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) del 2005/2006 se constatan diferencias importantes en las tendencias de salud física y mental en cuanto al género. Por ejemplo, el estrés es más frecuente en los chicos jóvenes y aminora conforme van entrando en la edad adulta. La ansiedad es más frecuente en las chicas. Éstas, manifiestan tener una peor salud y más síntomas de dolor, incapacidad, etc. que sus compañeros, que por otra parte, están más satisfechos con su vida y, sin embargo, son más propensos a sufrir accidentes.

La imagen corporal es más valorada por las jóvenes. De hecho, se encuentra un mayor índice de hombres jóvenes que sufren obesidad que de mujeres jóvenes. Aunque, ellos practican más ejercicio físico, ven la televisión más horas al día (promedio 4,5).

En relación al hábito de fumar, se está llegando a una cierta igualdad entre chicos y chicas. Pero son los jóvenes, los que con más frecuencia adoptan conductas de riesgo, como beber alcohol, pelearse y comportamientos sexuales negligentes. Es decir, de estos datos se deduce que el impacto de la presión cultural y social es distinto en relación a un género u otro.

La Comisión Europea (2009) informa que:

- Un 17% de los jóvenes europeos entre los 15 y los 24 años presentan problemas de sobrepeso y un 9% no alcanzan por defecto su peso ideal.
- El 24% de los jóvenes europeos de entre 15 y 29 años fuma diariamente.
- Su primera borrachera se produce entre los 13 y los 14 años. Un 13% de los jóvenes de entre los 25 y los 34 años consume marihuana.
- Un 60% de las muertes anuales en la gente joven europea se debe a causas externas:
 - 14.760 por accidentes de tráfico
 - 7.341 por suicidio
 - 2.246 por abuso de drogas
 - 1.024 por homicidio
 - 467 por el virus de la inmunodeficiencia adquirido

Alrededor de dos millones de jóvenes europeos presentan problemas de salud mental. De éstos, un 14% sufren enfermedades cuyas causas son psicológicas, con sus correspondientes secuelas de dependencia y discapacidad (López, Mathers, Ezzati, Jamison y Murray, 2006; Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips, et al., 2007).

Uno de los indicadores más importantes de salud mental de la población es el suicidio (WHO, 2001). La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de un millón de personas se quitan la vida cada año. Esto quiere decir que se suicidan 16 personas cada 100.000 habitantes. Entre los 13 y los 19 años la tasa es del 1,02 por cada 100.000, la cual se eleva a 2,7 por cada 100.000 jóvenes entre los 20 y 29 años (Comisión Europea, 2009).

En España, la tasa de suicidio se ha triplicado entre los años 1975 y 1995 en los jóvenes de 15 a 24 años. Para los mayores de 18 años, la existencia de pensamientos suicidas es de un 3,1% dentro de este colectivo (Consejo de la Juventud de España, 2001).

El suicidio se distingue por su carácter complejo y multifactorial. Diversos factores de riesgo influyen sobre él. Entre los principales factores para la población adolescente y joven española destacan problemas psicológicos como: el trastorno depresivo mayor (18,5%), los trastornos de adaptación (18,5%) o los trastornos de personalidad (7,4%). A estos se añaden problemas de ansiedad, trastornos de conducta o episodios de tipo psicótico, siendo la discusión con los padres (38,8%), el principal desencadenante. Por el contrario, entre los factores que resultan ser protectores de este tipo de situaciones encontramos: un nivel bajo de impulsividad, una comunicación adecuada, una buena autoestima, adecuadas habilidades de afrontamiento a los problemas, etc.

Otros aspectos como la depresión especialmente en los menores de 21 años, generan más hospitalizaciones y procesos de recuperación largos y costosos en el tiempo. Suele asociarse con el abuso de drogas, comportamientos antisociales, ansiedad y prácticas sexuales de riesgo (Greden, 2001, Saluja, 2004).

La probabilidad de padecer algún tipo de problema relacionado con enfermedades y trastornos mentales en España se incrementa con la edad, y hasta los 18 años es más frecuente en las chicas que en los chicos. El 1,6% de los jóvenes españoles declara estar bajo tratamiento psicológico (Consejo de la Juventud de España, 2001), mientras el 32% presenta problemas de ansiedad, el 24% padece depresión, el 12% psicosis, el 8% problemas con los estudios y con el mismo porcentaje, problemas con las drogas.

No es posible relacionar de forma genérica, el perfil del joven europeo con trastornos de salud mental ya que cada territorio presenta peculiaridades e idiosincrasias propias. Sin embargo, si se observan los contextos de referencia del joven, se puede obtener gran cantidad de información. En el ámbito educativo los síntomas de estos trastornos se traducen en un menor logro académico, peores relaciones con los profesores, además de aislamiento y rechazo por parte de los compañeros (Roeser, Eccles y Strobel, 1998).

El Flash Eurobarometer Survey on the Mental Health and Wellbeing of Children and Young People, ha estudiado las percepciones de los padres sobre la salud mental de sus hijos, investigando en los 27 países miembros de la Unión Europea, una muestra final de 12.750 padres (o tutores) de niños entre 6 y 17 años, seleccionados de forma aleatoria.

Se les entrevistó haciendo incidencia en los siguientes aspectos; la calidad de vida de sus hijos, bienestar físico (nivel de energía y comportamiento saludable), bienestar emocional (presencia de emociones negativas y estrés), autonomía (entendida como capacidad del niño para disponer y disfrutar de su tiempo de ocio), apoyo social (momentos de diversión con otros compañeros) o ambiente escolar (rendimiento del niño en la escuela y problemas de aprendizaje).

Los padres europeos coincidieron en describir que la salud de sus hijos era excelente en un 26% o muy buena en un 38%. En relación al bienestar emocional, los indicadores también fueron buenos, aunque 1 de cada 5 padres dijo que su hijo se encontraba regularmente triste (18% "bastante a menudo", 2% "muy a menudo" y 1% "siempre") y 1 de cada 10 padres señaló que su hijo se sentía sólo "bastante a menudo" en un 8% o "muy a menudo" en un 1%.

Comparando los resultados españoles con la media europea, se observa que los niños españoles se sitúan en los mejores puestos en lo que respecta a "autonomía" (80% vs. 58% de la media europea) y "apoyo social" (92% vs. 70%). Están muy por debajo de la media europea en "bienestar emocional" (41% vs. 74% de la media europea).

La preocupación de los padres españoles se centra sobre todo en el consumo de drogas de sus hijos. La percepción de utilidad de las medidas que combaten esta lacra social esta cambiando considerablemente en la sociedad de nuestro país. En este sentido en la década de 1995-2005, se percibían como estrategias preventivas prioritarias: la educación en las escuelas, las campañas de publicidad, el control policial y de fronteras

y las leyes estrictas contra las drogas (Encuesta domiciliaria sobre consumo de alcohol y drogas, en España, 2005).

En 2005, se valoraban como alternativas al consumo adictivo: el tratamiento obligatorio para abandonar las drogas, la administración médica de metadona, la administración médica de heroína cuando otros tratamientos fallaban y la legalización de la marihuana.

En la evolución de estas valoraciones se encuentra implícita la crítica al sistema educativo. Hay que tener en cuenta, que los medios de comunicación incrementan la peligrosidad de estas conductas, y favorecen la creación de un estigma social de la enfermedad mental y su necesidad de reclusión y/o medidas drásticas individualizadas.

Los estudios llevados a cabo sobre la evaluación de programas preventivos de consumo, han demostrado que las actuaciones preventivas son más efectivas si se basan en promover competencias y variables psicosociales relacionadas con el consumo (Gómez, Luengo y Romero, 2003).

Botvin y Tortu (1988) de la Universidad de Cornell desarrollaron un programa centrado en el entrenamiento de las habilidades para la vida, el cual partía de la consideración del consumo de drogas como resultado de un comportamiento socialmente aprendido y con un elevado valor funcional entre los adolescentes (consumiendo regularmente las drogas se satisfacen ciertas necesidades personales y sociales relacionadas con el establecimiento de la identidad, la autoestima, y el afrontamiento de situaciones estresantes). La eficacia de este análisis se ha demostrado igualmente aplicable con abusos de otro tipo de sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, anfetaminas y los tranquilizantes (Botvin, Griffin, Díaz, Séller, Williams y Epstein, 2000).

7.2. Características de la juventud española

En nuestro contexto español la juventud concebida como colectivo social se ha reconocido de manera independiente en un momento histórico reciente. La sociedad tradicional sólo distinguía al adulto y al niño. La infancia podía extenderse hasta la etapa infanto-juvenil. Se consideraba que una persona cruzaba de un estadio a otro, a partir de su emancipación a través de su integración en el mundo laboral y de la creación de una familia. El periodo comprendido entre la infancia y la madurez, ha estado ligado a un concepto instrumental, puesto que la persona en su niñez no era más que un aprendiz (Cisneros, 2004).

Romay (1998) reflexiona sobre cómo en las últimas décadas, los jóvenes españoles se integran en el mercado laboral, analizando la imbricación del contexto socio-económico, el entorno social y familiar del joven, y las características personales. El contexto socioeconómico está representado en gran medida por la familia, ya que cuando ésta no dispone de una significativa red social, el sujeto se puede distanciar del mercado laboral. No obstante, son los jóvenes los que con sus actitudes y estrategias modulan la interacción social.

Según Peiró, Ripoll y Caballar (1998), la trayectoria de los jóvenes en nuestro país hasta la vida adulta y laboral se aleja cada vez más de la pauta tradicional, extendiéndose en el tiempo con respecto al pasado. En esta época se alterna con bastante frecuencia estudio, empleo y desempleo.

A todo esto se suma, el fenómeno actual de la “sobreeducación” y “sobrecualificación”, y que es comprensible si lo observamos en el hecho de que la sociedad ha alcanzado un alto nivel de escolarización, pero existe una gran carencia de ofertas de trabajo acordes a la cualificación de las personas. Tal y como advierte Romay (1998), para una inserción laboral hacen falta tanto las condiciones adecuadas del entorno como las adecuadas características psicosociales de los individuos.

Desde la intervención educativa se llega a la misma conclusión de necesidad de confluencia de las competencias del individuo y las condiciones de su contexto. Emilio Lesta (1992), psicólogo del Plan Comunitario del Ayuntamiento de la Coruña, atiende a jóvenes que dejaron los estudios a la edad de quince años. Estos jóvenes se encuentran en la mayoría de los casos alejados del sistema educativo, del mercado laboral y del sistema sanitario, en cuanto que no tienen edad, formación o intereses, convirtiéndose así, en lo que se ha venido denominando “juventud invisible”. Tampoco los actuales programas de garantía social española establecidos por la LOGSE, se adaptan a ellos y sus necesidades (Romay, 1998).

Según Riádigos (1998), actualmente los jóvenes tienen que afrontar bastantes dificultades. El principal, radica en la falta de comunicación dentro de la familia. La interacción directa es sustituida por la televisión, los videos juegos, etc. La anulación de las jerarquías, el cambio de las estructuras sociales dentro del núcleo familiar y el desprecio de la experiencia de los mayores por parte de la juventud, aumentan las dificultades en este contexto.

En algunas familias, la sobreprotección de los padres hace que los hijos crezcan y maduren más tarde. En el extremo opuesto se encuentran familias desestructuradas que más que proteger, abandonan a sus descendientes, por lo que no es difícil predecir, que estos jóvenes desarrollaran una personalidad y forma de ser complicada, insociable e intolerante. Según Riádigos (1998), es posible que esta soledad y falta de comunicación se erijan como factores determinantes en la constitución de las bandas juveniles, pues el joven busca apoyo y comprensión externos entre sus iguales.

Hoy día, en España dos millones de jóvenes (es decir el 20% de los mismos) ni estudian ni trabajan. Por otro lado, tan sólo el 29% de los jóvenes, entre 23 y 29 años, trabajan y se encuentran moderadamente satisfechos con su vida personal y familiar. Datos que nos invitan a la reflexión y que nos explican con mayor acierto la razón de estos cambios en el contexto familiar, ya que las expectativas personales y socioeconómicas, no muy halagüeñas, provocan una extensión en la convivencia de los jóvenes con la familia.

Los cambios de valores y costumbres también han influido en instituciones tan arraigadas como el matrimonio. La edad media de matrimonio en los hombres españoles es de 29 años y de 26 para las mujeres (Riádigos, 1998). En este sentido, Riádigos (1998) establece una prioridad en el proceso de madurez del joven: el desarrollo y asunción de unos valores propios, aunque sean ficticios como: la exaltación de la propia

imagen, el culto al cuerpo, el vivir día a día, el disfrutar al máximo. Estos valores no siempre guían el comportamiento de manera consecuente.

Cuadro 10: Los valores de la juventud española asociados a finalidades (Rodríguez, Navarro y Megías, 2001).

Ítems	Muy o bastante de acuerdo (10 a 7)	Medio (6 y 5)	Poco o nada de acuerdo (4 a 1)	%	Media en la escala de 1 a 10	N
Tener unas buenas relaciones familiares.	78,9%	13,9%	7,2%	100%	7,99%	1.597
Vivir al día sin pensar en el mañana.	35,6%	28,9%	35,5%	100%	5,39%	1.589
Vivir como a cada uno le gusta sin pensar en el que dirán.	66,1%	20,8%	13,1%	100%	7,14%	1.594
Hacer cosas para mejorar mi barrio o mi comunidad.	37,2%	29,6%	33,2%	100%	5,45%	1.594
Preocuparse por lo que ocurre en otros lugares del mundo.	47,9%	28,7%	23,4%	100%	6,06%	1.597
Obtener un buen nivel de capacitación cultural y profesional.	76,0%	17,2%	6,9%	100%	7,65%	1.597
Respetar la autoridad.	56,0%	25,9%	18,1%	100%	6,44%	1.593
Disponer de mucho tiempo libre/ocio.	85,4%	10,3%	4,3%	100%	8,11%	1.596
Ganar dinero.	85,8%	10,2%	4%	100%	8,34%	1.596

Una investigación de Rodríguez, Navarro y Megías (2001) desarrollada con 1.600 jóvenes de Madrid entre 14 y 24 años, nos muestra los valores de estos en función de su género, edad y lugar de residencia. De esta forma se explica en parte la consecuente adaptación de su conducta social.

Un 85,8% de los jóvenes consideran importante ganar dinero y 85,4% disponerlo en abundancia. Siguen por orden de prioridad con el 78,9%, tener buenas relaciones familiares y con 76% obtener un buen nivel de capacitación cultural y profesional. Más de la mitad de los entrevistados está muy de acuerdo con el respeto a la autoridad, mientras que un 35,6% piensa que se puede vivir al día sin pensar en el mañana. Solo un 37,2% está muy de acuerdo en hacer cosas para mejorar su barrio o su comunidad.

A partir de los resultados descriptivos y una vez realizado el análisis factorial se constató como la diversidad de respuesta de los jóvenes se puede agrupar entorno a diferentes ejes de valores. Los autores los clasifican en valores finalistas y relacionados con el comportamiento. El primer grupo o relativo a los valores finalistas de altruismo-pragmatismo y presentismo resultaron ser más identificativos de la manera de pensar de nuestros jóvenes.

Cuadro 11: Categorías de los valores de la juventud española (Rodríguez, Navarro y Megías, 2001).

Categorías	Porcentaje varianza	Identificación del colectivo juvenil
Altruista-normativo	25,2%	89,9%
Pragmático	17,9%	69,7%
Presentista	15,6%	22,9%
Hedonista-	48%	
Aventurero	25,5%	
Defensa aborto-eutanasia	15,3%	
Autoritario- Xenófobo	10,5%	
Incívico-ventajista	33,1%	

Los tres factores altruista-normativo, pragmático y presentista explican el 58,6% del total de la varianza.

En el factor altruista-normativo se encuentran los jóvenes que comparten valores de solidaridad, cooperación, de integración social y familiar. Integra cinco variables: preocuparse por lo que ocurre en otros lugares del mundo, hacer cosas para mejorar su propio barrio o comunidad, obtener un buen nivel de capacitación cultural y profesional, tener buenas relaciones familiares y respetar la autoridad. Más de ocho de cada diez jóvenes madrileños se identifica con este eje valorativo, sobre todo las franjas de mayor edad, predominando las mujeres, los jóvenes de clases medias y católicos practicantes.

El valor pragmático se refiere a los aspectos operativos de la vida personal y social, como ganar dinero y disponer de mucho tiempo libre/ocio. El 78% de los jóvenes está bastante o muy de acuerdo (7 a 10); el 19,9% está en posiciones intermedias (4.01 a 6.99) y sólo el 2,1% se muestra nada o poco de acuerdo (1 a 4). En este eje se identifican más los chicos que las chicas.

El tercer y último factor, el presentista se centra en aspectos de la vida más inmediatos y desinhibidos, como vivir al día sin pensar en el mañana y vivir como a cada uno le guste sin pensar en el que dirán. Con este tipo de valores el 31,9% de los jóvenes madrileños está bastante o muy de acuerdo; el 50,9% está en posiciones intermedias y el 17,2% está poco o nada de acuerdo. En este eje se identifican casi seis de cada diez jóvenes encuestados, perteneciendo a todos los grupos de la escala sociodemográfica.

Además de estos tres ejes: altruista-normativo, pragmático y presentista, el factor hedonista es muy importante en cuanto explica el 48% de la varianza. Aquí se valoran positivamente el placer y disfrute de sensaciones nuevas y excitantes. Los jóvenes

expresan estos valores manifestando su acuerdo a frases como: es condición clave para una fiesta mantener siempre las copas llenas; me gustaría tomar sustancias que aumenten la excitación sexual y me gustaría tener experiencias y sensaciones nuevas y excitantes, no importa si son poco convencionales y un poco ilegales. Los jóvenes que están bastante o muy de acuerdo (7 a 10) son un 9,9% del total de los madrileños entrevistados, el 34,6% se sitúa en una posición intermedia (4.01 a 6.99) y la mayoría de ellos está bastante o muy en desacuerdo (1 a 4), con el 55,5%. Con el valor hedonista se identifican más los hombres que las mujeres, quién carece de ideología religiosa o sustenta posturas políticas radicales.

El factor aventurero obtiene el 22,5% de la varianza. Define a jóvenes a los que les gustaría explorar zonas extrañas de la ciudad, aunque supusiera algún riesgo y buscan en la práctica de los deportes excitación, aventura. El 21,2% de los jóvenes entrevistados está bastante o muy de acuerdo con el valor aventurero; el 39,5% está en una posición intermedia, mientras el 39,2% están muy o bastante en desacuerdo. Se adscriben a este grupo los jóvenes, de menor edad y de clase media acomodada.

En los valores relacionados con “finalidades” los jóvenes cooperan, se integran y sus comportamientos se identifican con la ayuda a los demás, mientras si los valores con los que se identifican están relacionados con el comportamiento tienden a radicalizar un aspecto u otro, como en el caso del hedonista, defensa aborto-eutanasia, autoritario-xenófobo, incívico-ventajista.

Los valores relacionados con el comportamiento se han agrupado a su vez, en tres grandes ejes: incívico-ventajista; defensa aborto-eutanasia, autoritario-xenófobo. Estos tres factores explican el 59% del total de la varianza.

El factor incívico-ventajista es el más importante porque integra seis de las diez variables contempladas. A este eje (incívico) pertenecen: enfrentamiento violento con la policía, robar artículos en grandes almacenes, romper el mobiliario urbano y exceso de velocidad en la ciudad, mientras al ventajista no le importa hacer trampas en exámenes y oposiciones, o aprovecharse de una promoción profesional desde la recomendación irregular. Sólo el 3,7% está bastante o muy de acuerdo con estos comportamientos, mientras un 27,1% se sitúa en posiciones intermedias y el 69,3% de los entrevistados madrileños está bastante o muy en desacuerdo. En este grupo se identifican los varones más jóvenes, de la clase media e ideología política de derecha o en los extremos políticos.

En el factor defensa aborto-eutanasia se obtiene el 15,3% de la varianza. La mayoría de los entrevistados (38,3%) están bastante o muy de acuerdo en que se aplique la eutanasia a todos los que la pidan, y que exista la libertad total para abortar; el 35,9% se sitúa en una posición intermedia y el 25,9% está bastante o muy en desacuerdo. Estos valores tienden a no ser sustentados por aquellos jóvenes con creencias religiosas. No resulta clara la influencia de la ideología política en estas respuestas.

En el último valor, llamado autoritario-xenófobo, se incluyen las preguntas sobre la aplicación de la pena de muerte a personas con delitos graves y contratar en peores condiciones laborales a un extranjero. Sólo un 6,1% del total de los entrevistados está bastante o muy de acuerdo; un 27,6% se encuentra en una posición intermedia, mientras

el 66,3% está bastante o muy en desacuerdo. Aproximadamente el 30% del colectivo entrevistado defiende este valor, más presente en los varones, con escasos estudios (no hay correlación con la edad), con trabajos esporádicos y de derecha radical. Se oponen las chicas licenciadas de tendencia política de centro izquierda.

La ordenación de estos factores, según el porcentaje de varianza explicada para cada uno de ellos, no se corresponde necesariamente con el grado de aceptación que presentan entre los jóvenes. De hecho, el grado de aceptación del pragmático es del 84,9%; del altruista 80,9%; de la defensa aborto-eutanasia 69,7%; del presentista 58,4%; del aventurero 33,5%; del autoritario 28,6% y del incívico 22,9%. La identificación con varios factores puede ser compatible entre sí, puede estarse de acuerdo con el factor altruista-normativo y pragmático y defensa aborto-eutanasia; o con el de autoritario-xenófobo y el incívico-ventajista. La incompatibilidad se encontraría en el hecho de que un joven se decantase claramente por la pertenencia a un grupo u otro, pero muchos de los entrevistados se identifican y se adscriben a distintos factores. La puntuación global media es de 5,51, por lo que cuatro de los siete tipos de valores esenciales gozan de mayor acuerdo, sobre todo el pragmático y el altruista-normativo y la defensa del aborto-eutanasia y el presentista.

Así, los valores y actitudes que caracterizan a la juventud española se mezclan entre sí generando situaciones difíciles de generalizar. En un intento de recapitulación de este epígrafe recogemos la descripción general que propone Del Rey (2006): “los jóvenes españoles valoran lo próximo (en vez de la gran historia). Son pragmáticos. Se sienten dentro de la sociedad, aunque aparcados (stand by). No hay ruptura generacional, más bien se podría hablar de “jóvenes consentidos” a veces temerosos de salir del nido con la intemperie competitiva. Viven el presente, con un criterio de acción social más “emocional” que “racional”. Son puntualmente solidarios, aceptan al diferente: tolerantes. Entre ellos existen contradicciones entre los valores finalistas (pacifismo, tolerancia, lealtad) y los valores instrumentales (esfuerzo, abnegación, autorresponsabilidad). Por otro lado, son deficitarios en el compromiso y la participación”.

7.2.1. Estilos de vida

Los valores, los principios y la educación tanto escolar como familiar de los jóvenes presentan una estrecha relación con los estilos de vida, en cuanto este colectivo se comporta y se relaciona con los demás según lo que ha interiorizado, las creencias y lo que consideran prioritario e importante.

El estilo de vida de los jóvenes ha sido investigado por Comas, Orizo, Espinosa y Ochaita (2003) en los municipios españoles de más de 20.000 habitantes durante el periodo comprendido entre 1999 y 2002. Este estudio ofrece información de interés sobre las actividades realizadas por los jóvenes, de entre 15 y 24 años, tanto en fin de semana como en días laborables. Para su elaboración se entrevistó a un total de 1.700 sujetos elegidos de forma aleatoria en función de la estratificación vinculada al número de habitantes de cada Comunidad Autónoma. El nivel de confianza seleccionado en este estudio es del 95,5%.

Además, resulta interesante conocer el tipo de actividades que practican los jóvenes, a través de sus estilos de vida, para ver en que forma puede repercutir sobre su salud. La

OMS (1986) define el estilo de vida como una forma general de comportamiento que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta debida a factores socioculturales y personales. El estilo de vida se define también como el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o grupal a fin de poder satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

Las actividades del tiempo libre que los jóvenes españoles suelen practicar tienen que ver con el deporte, las salidas, el estudio, charlar con los amigos, escuchar música, etc., y se agrupan en modelos de comportamiento que se comparten socialmente. Las actividades de tiempo libre y su configuración en estilos de vida ha sido utilizada por Comas et al. (2003), para categorizar la diversidad de comportamientos juveniles en nuestro país.

Cuadro 12: Clasificación de los jóvenes en función del tipo de actividades que practican (Comas et al., 2003).

Categorías principales			
Estudiosos	Marchosos	Voluntarios ilustrados	Tecnológicos
Categorías complementarias			
Activistas culturales		Hogareños	Consumidores
Categorías secundarias			
Pulcros	Religiosos	Tranquilos	Espectadores

Comas et al. (2003), caracterizan a los jóvenes españoles en diversos grupos, diferenciando entre categorías principales, complementarias y secundarias.

Dentro de las categorías principales se encuentran cuatro tipos de comportamientos:

- Estudiosos (varianza del 7,6%). Se caracterizan por su dedicación al estudio, no realizando ningún trabajo remunerado. Estos jóvenes pasan gran parte de su tiempo en clase, inclusive los jueves y viernes, y estudian además los fines de semana.
- Marchosos (varianza del 5,7%). Disfrutan su tiempo libre charlando con los amigos, tomando copas y escuchando música.
- Voluntarios ilustrados (varianza del 5,5%). Realizan diversas actividades, entre ellas religiosas, de voluntariado, y la lectura de libros y prensa.
- Tecnológicos postmodernos (varianza del 5,2%). Distribuyen su tiempo en múltiples actividades, entre las que destacan: escuchar la radio y música, utilizar el ordenador, navegar por internet, jugar con videojuegos y ver la televisión, además reservan parte de su tiempo para estudiar.

Las categorías complementarias integran tres variantes:

- Activistas culturales (varianza del 4,7%). Esta categoría representa a aquellos grupos de jóvenes preocupados por la cultura (cine, teatro y espectáculos en general), que además ven la televisión y el video y practican deporte.
- Hogareños (varianza del 4,4%). Realizan visitas de cortesía, gestiones burocráticas y tareas del hogar.
- Consumidores (varianza del 4,2%). Estos jóvenes compaginan actividades como ir de tiendas y la práctica de algún deporte, con el estudio y los trabajos domésticos.

En las categorías secundarias se diferencian cuatro tipologías:

- Pulcros (varianza del 4,1%). Se caracterizan por su cuidado y aseo personal, al que dedican bastante tiempo. Estos jóvenes acuden asiduamente a espectáculos deportivos y hacen uso de los ordenadores y videojuegos.
- Religiosos (varianza del 3,9%). Son jóvenes que asisten con frecuencia a eventos religiosos, si bien también disponen de tiempo para el estudio y otras actividades como pasear e ir de excursión.
- Tranquilos (varianza del 3,8%). Estos jóvenes realizan tareas domésticas y dedican tiempo a ir de excursión y pasear.
- Espectadores (varianza del 3,7%). Les gusta presenciar espectáculos deportivos y asistir a celebraciones religiosas.

De acuerdo con esta información, se diferencian un total de 11 tipos de jóvenes, con los que se explica el 52,8% de la varianza de las respuestas, lo que da una idea de la complejidad inherente al tema de los estilos de vida juveniles.

Al analizar el grupo formado por las categorías principales, que son los que mayores varianza representan (24%), se observa que dentro de este grupo de jóvenes se definen arquetipos duales. De manera que este grupo acoge, por un lado a los buenos estudiantes, y por otro a aquellos jóvenes que tienen el hábito de salir a la calle y sólo piensan en divertirse. Además este último grupo abarca tanto a los activistas que tienen conciencia social como a los jóvenes enganchados con las nuevas tecnologías en general y a internet en particular. La proporción de estudiosos es mayor que la de los jóvenes marchosos y éstos a su vez tienen mayor representatividad que los voluntarios ilustrados. Finalmente, el colectivo de los tecnólogos postmodernos son los que menor número de jóvenes integra dentro de las categorías principales.

Una vez analizados las distintas tipologías de jóvenes, se aprecia que algunas actividades discriminan factores mientras que otras no, como por ejemplo la propensión para interactuar con los demás, la capacidad de escucha, la participación en eventos culturales, etc. Las actividades que mejor discriminan son las que permiten diferenciar los distintos estilos de vida: trabajar, estudiar, comprar, pasear, ir de tiendas, realizar visitas de cortesía, charlar con los amigos, actuar como voluntario, salir, tomar copas, leer libros, cuidar el aseo personal, escuchar música, ir al cine o el teatro, realizar gestiones burocráticas, navegar por internet y jugar a videojuegos. Otras actividades nos permiten realizar una diferenciación parcial de dichos estilos, entre las cuales se

encuentra: leer prensa, ver televisión y videos, realizar tareas domésticas, practicar deportes, escuchar la radio, asistir a espectáculos deportivos y acudir a actividades religiosas.

Entre las actividades que no distinguen categorías estandarizadas, cabe mencionar algunos ejemplos como dedicarse a la alimentación, las actividades culturales, practicar algún hobby, bailar en discotecas y dejar pasar el tiempo sin hacer nada. Todas estas actividades son poco significativas; esto es debido a que o bien todos los jóvenes las practican o, si una minoría las desarrolla, su práctica no implica la definición de un modo de vida característico.

En general el estilo de vida de los jóvenes españoles se caracteriza por su diversidad. Siguen una lógica dual, lo que implica que a cada estilo de vida le corresponde un posible estilo alternativo.

Esta situación se observa en su posible agrupación en clusters. En primer lugar, destaca el cluster de los jóvenes estudiosos, este es el grupo más numeroso y engloba al 42% de los jóvenes. En segundo lugar, se encuentran aquellos jóvenes que trabajan pero no estudian y tampoco van de marcha, en esta categoría quedan representados el 23% de los jóvenes. En tercer lugar, se integran los jóvenes marchosos que también acoge a parte de los voluntarios ilustrados (su representatividad respecto al conjunto de los jóvenes es del 17%). En cuarto lugar, están los jóvenes de carácter tranquilo y con tendencia al consumismo (representan el 12% de la juventud). Finalmente, se encuentra el grupo menos numeroso, con tan sólo el 6% de los jóvenes. Este último agrupa a jóvenes catalogados como hogareños, espectadores, religiosos, y activistas culturales.

Según Comas et al. (2003) estos cinco clusters parecen definir bien las actividades de los jóvenes españoles. A partir de esta información se deduce que la mayoría de los jóvenes se pueden caracterizar como: estudiosos, a estos le siguen los trabajadores, los amantes del ocio, los consumistas y finalmente, los jóvenes hogareños.

Resulta significativo el hecho de que, siendo jóvenes, encontremos más trabajadores que marchosos. La ausencia del cluster conformado por los tecnológicos queda justificado entendiendo que el acceso a las nuevas tecnologías no constituye ‘per se’ un estilo de vida específico.

Cuadro 13: Relación de tipos de jóvenes en función de las actividades que realizan (Comas et al., 2003).

	Estudiosos	Marchosos	Hogareños	Consumistas	Trabajadores
Estudiante	87,5%	54,2%	40,8%	58,3%	4,1%
Trabajador	0,6%	16,1%	27,2%	19,6%	74,3%
Estudia/Trabaja	9,2%	16,8%	9,7%	11,8%	14,8%
Parado	1,4%	7%	9,7%	4,4%	1,8%
Se ocupa de casa	-	1,7%	10,7%	0,5%	1%
Nada	-	0,7%	1%	2%	0,8%
NS/NC	1,3%	3,5%	1%	3,4%	3,3%

En cuanto a la discriminación de género, en el binomio estudio/trabajo se da cierta igualdad entre chicas y chicos. Respecto a las actividades en las que se encuentra mayor diferenciación de género resaltan las de “ir de marcha” y “comprar”. De igual forma, dentro del grupo de jóvenes hogareños las chicas predominan en su adscripción. El tipo de jóvenes que más se acercan al perfil medio de la población adulta es el grupo de los consumistas.

En lo referente a la edad, se observa que los jóvenes estudiosos principalmente son adolescentes mientras que los trabajadores son mayores, pudiendo identificarse estos últimos como jóvenes adultos.

Dentro del grupo de trabajadores no se aprecian diferencias de género en cuanto al número de chicas y chicos. El estilo de vida de los jóvenes trabajadores se inicia a los 18 años, si bien no empieza a ser importante hasta los 20 años, siendo mayoritario a los 24 años. Los jóvenes marchosos se encuentran en el rango de edad comprendido entre los 19 y los 22 años.

La representación de los jóvenes marchosos aumenta cuanto mayor es el rango de edad de los jóvenes. Estos empiezan a salir a los 16 años aumentando el número de salidas hasta los 21 años. De igual forma el porcentaje de jóvenes hogareñas se incrementa con la edad.

En líneas generales, se puede decir que a edades tempranas, 16 años, los jóvenes son mayoritariamente estudiosos y consumistas y a los 16 empiezan a ir de marcha.

A los 24 años se observa un proceso de fragmentación asociado a los estilos de vida. A esta edad predominan los trabajadores (50,9%), seguido de los estudiosos (21,1%), los marchosos (10,5%) y, en el mismo porcentaje (8,8%) los consumistas y hogareñas. Éstas últimas son mayoritariamente estudiantes, si bien hay muchas trabajadoras y paradas en cuyo caso se ocupan principalmente de las labores del hogar. En este sentido, cabe señalar que un porcentaje muy elevado de los jóvenes estudiosos, chicos y chicas, se desentienden de las labores del hogar.

Los jóvenes que mayoritariamente eligen vivir con los progenitores son los estudiantes. Los marchosos prefieren residir con amigos en primer lugar, en segundo lugar con su pareja y en tercer lugar con otros familiares. Las hogareñas y trabajadores conviven más frecuentemente con su pareja. Aunque en menor medida que los trabajadores y hogareñas, la situación de convivencia en pareja es la elegida mayoritariamente por los consumistas.

Estos estilos de vida y tipologías tienen consecuencias en el bienestar y calidad de vida de los jóvenes, al considerar que en la mayoría de los casos los estudiantes no tienen posibilidad de elegir si vivir por su cuenta o con sus padres; a veces trabajadores, hogareños y consumistas viven en pareja para ahorrar, gastar menos de hipoteca y alquiler; mientras que los marchosos dan prioridad a las salidas con amigos.

A menudo, a los parados les afecta la situación en la que se encuentran, en cuanto no pueden construirse un futuro, comprarse una vivienda, casarse, tener hijos, viajar, apuntarse a un gimnasio, etc. Es también importante analizar en que manera influye en

los jóvenes el ciclo vigilia-sueño, el consumo de alcohol y tabaco, las drogas, el deporte y como se organizan en el tiempo libre, para observar como todo esto determina sus estilos de vida.

- **1. Sueño.** Respecto al ciclo horario de los jóvenes en relación a la vigilia y el sueño, se observa que éstos duermen mucho más los días laborables que los fines de semana, de lo que se deduce que ni el trabajo ni el estudio restan horas del sueño y si lo hace el ocio. Los jóvenes duermen una media de siete horas y media durante el fin de semana. Esta disminución en las horas del sueño durante el fin de semana implica que el número de horas de sueño de los jóvenes se reduzca en 3 horas, pasando de 54 a 51 horas semanales (Comas et al., 2003).

La mayoría de los jóvenes que hacen la siesta o duermen por la tarde no se han levantado después de la salida nocturna. A las dos de la tarde de días laborables, el 9,6% de los jóvenes todavía duerme. Estas cifras aumentan a lo largo del fin de semana de manera que la proporción de jóvenes que sigue durmiendo a estas horas los viernes es del 10,5%, los sábados del 18,5% y los domingos alcanza el 29%.

Respecto a las pautas de sueño de los días laborables, resulta que los jóvenes duermen menos (entre siete y ocho y media horas) durante el fin de semana.

Durante la semana los horarios son relativamente estables, teniendo en cuenta que van a clase o a trabajar, mientras el fin de semana (sábado y domingo) los jóvenes se levantan tarde o muy tarde. Los resultados han demostrado que no hay grandes diferencias por sexo. Probablemente esto es debido a los preparativos para salir por la noche.

Hasta los diecisiete años la casi totalidad de adolescentes se levantan entre las siete y las ocho y media, en coherencia con los horarios escolares (ya que las clases se inician de ocho a nueve) y a la cercanía/lejanía del centro escolar. Después de los diecisiete años se levantan entre las seis y las siete, por razones de trabajo o Universidad, pero aumenta también el número de los que duermen hasta las nueve de la mañana.

En general, los chicos se levantan más tarde que las chicas; los adolescentes más temprano que los jóvenes, siendo los de 21-22 años los que duermen hasta más tarde.

Respecto a 1996, actualmente los adolescentes son más madrugadores.

La mayoría de los jóvenes entrevistados por Comas et al. (2003) se acuesta en los días laborables antes de media noche (el 29,1% entre las 23,30 y las 23,59). Respecto a las horas de acostarse por género y edad en los días laborables se observa que el 30% de las chicas se acuestan entre las 23,30 y las 23,59, mientras los chicos son un 28,3%. Los viernes antes de las 22 se acuestan el 26,3% de las chicas y el 13,1% de los chicos.

Los jóvenes de 19-22 años constituyen el colectivo que se acuesta más tarde. En este sentido, existe una fuerte correspondencia entre el perfil de las horas de acostarse y las de levantarse. Comas et al. (2003) plantean que en cuanto a la hora de levantarse en los días laborables, los estudiosos se levantan un poco antes que los marchosos. Esta tendencia cambia el fin de semana, siendo los hogareños, luego los consumistas, los

estudiosos y los marchosos los que se levantan antes. En la adolescencia madrugan más los estudiosos o consumistas; a partir de los 16 años comienza la costumbre de salir de marcha y los chicos se acuestan más tarde. A los 23 años cambia esta tendencia y especialmente cuando se empieza a trabajar. Las hogareñas son las que se levantan más tarde que la media los días laborables y son las primeras en levantarse el fin de semana.

- **2. Consumo de alcohol.** Charlar, bailar en discotecas y tomar copas ocupan la mayor parte del tiempo de ocio del fin de semana. El 85% de los jóvenes entrevistados toman copas en locales públicos durante la semana y el 90% el fin de semana. Sólo el 11% declara beber por la calle en los días festivos (los adolescentes en un 18%). Se puede concluir que el consumo de alcohol entre los jóvenes se concentra en los locales públicos y no en la calle.

Según el estudio de Comas et al. (2003), el consumo de alcohol se da más el viernes, respecto a otros días de la semana. Aproximadamente, 90.000 jóvenes españoles practican el "botellón" el viernes; el sábado la cifra total se eleva a 126.000 jóvenes.

Los hogareños son tras los marchosos los que más beben. Aunque curiosamente no salen a tomar copas y a la vez fuman menos. Son los consumistas los que beben menos alcohol y a pesar de su edad los que menos practican el botellón. Según Gastón (2002), Zaragoza se sitúa en la segunda posición después de Teruel en ir de copas y beber, con el 25% (un 1,8% por debajo de la media regional: 26,8%).

- **3. Tabaco.** Comas et al. (2003), observan que el consumo de tabaco actual respecto a anteriores investigaciones parece mantenerse estable o aumentar ligeramente. En un estudio de Navarro (1986), los jóvenes consumidores diarios de tabaco eran 41,4%; en el de Comas (1994) un 41,5%. En el 2002, los resultados se mantienen parecidos ya que se encuentra que el 54,1% de los jóvenes de 15 a 24 años es fumador. De los que se declaran fumadores el 5,4% fuma poco, cinco o menos cigarrillos al día. Los adolescentes se inician en este hábito entorno a los 15 y 16 años, aumentando el número de fumadores a los 17-18 años, con un 44,4% de fumadores y aún más en el grupo de 21-22 años (50,9%).

Los jóvenes se acercan al consumo de tabaco de forma similar, independientemente del sexo aunque en el año 2002 eran más las fumadoras (47,3%) que los fumadores (44,5%). No obstante, las fumadoras suelen fumar de forma más moderada que sus compañeros.

Según Comas et al. (2003) los marchosos son los que fuman más que los demás. Al contrario de lo que podría parecer los consumistas son los que menos fuman. Entre los marchosos se encuentran estudiantes y parados. Son ellos los que comparten un estilo de vida más cercano al riesgo. El número de cigarrillos que fuman los marchosos es más del 50% superior a la media de lo que fuman los demás cualquier día de la semana; llegando a un porcentaje más alto el fin de semana. Al contrario, los hogareños son los que precisamente el sábado fuman menos tabaco y no marcan distinciones entre el fin de semana y los días laborables.

El consumo de tabaco es un discriminante de actitudes y comportamientos, en cuanto el joven no le da demasiada importancia ni a la cantidad ni a la gravedad de este

hábito, probablemente porque se hace de forma automática y con un carácter marcadamente socializador.

- 4. Drogas. En las investigaciones de Comas et al. (2003) se afirma que recientemente ha crecido el número de los jóvenes que prueban las drogas ilegales. Por ejemplo en el 1979, sólo el 34% de los jóvenes las había probado, respecto al 53,9% del 2002. Este aumento se debe sobre todo al consumo de cánnabis y en menor medida de anfetaminas, alucinógenos y cocaína. El 12,4% de los jóvenes afirman haber probado cocaína alguna vez (16,8% chicos y 8% chicas). El 17,8% de los jóvenes de 15 y 16 años han probado alguna vez alguna de estas sustancias y el 43,5% lo han hecho entre los 17 y 18 años. El cánnabis presenta un inicio precoz de consumo con el 17% de los jóvenes entre 15 y 16 años que ya lo han probado y casi un 43% de los de 17-18 años. El inicio resulta también temprano en el consumo de anfetaminas y alucinógenos o la cocaína y el crack. El 58,7% de los jóvenes reconoce haber probado alguna vez alguna droga.

En los datos del 2002, respecto a los del 1999 se observa que ha aumentado notablemente el consumo precoz, sobre todo en el grupo de 17-18 años. También destaca el hecho de que asciende el número de chicas que se han acercado a las drogas, aunque prueban menos que sus compañeros, a excepción de los tranquilizantes y opiáceos. El 46,1% de los jóvenes entrevistados reconoce haber consumido alguna droga durante el último año. Del mismo modo, se constata un incremento de consumo habitual en las chicas, aún siendo inferior respecto a los chicos.

Según Comas et al. (2003) en el uso de sustancias ilegales: los marchosos son el colectivo que integrando al 69,2% de los jóvenes mas ha probado el cánnabis, mientras estudiosos y hogareños son los que se encuentran más alejados del consumo de las drogas ilegales.

- 5. Deporte. Según el estudio de Hernán, Ramos y Fernández (2002), entre el 81% y el 86% de los chicos menores de 18 años practica deporte, mientras las chicas lo hacen entre el 63% y el 70%. No obstante, un 10% de las chicas urbanas declara que le gustaría practicarlo. El abandono del deporte por parte de los jóvenes empieza a partir de los 15 años. El fútbol es el deporte más practicado, seguido del baloncesto, natación y atletismo. Entre las chicas el abanico de deportes que se practican es más amplio. Cuando se les pregunta a los jóvenes sobre las razones por las cuales practican o no deporte, contestan que es para divertirse (46,2%) y no lo hacen por falta de tiempo (44,5%). Las chicas declaran hacer deporte sin competir, mientras más de la mitad de los chicos menores de 18 años compiten con amigos o en campeonatos. Con la edad disminuye el nivel de competición en las mujeres y varones urbanos, mientras aumenta en los varones rurales.

La mayoría de los jóvenes españoles sufre el mal del sedentarismo (un 61%). Perciben los beneficios que el deporte y la actividad física reportan a su salud y bienestar personal, pero sus estilos de vida no les permiten disfrutar de esas actividades y, por tanto, tampoco de sus beneficios.

Al consultarles cuál es su grado de acuerdo respecto a la afirmación "la práctica deportiva y la actividad física son buenas para la salud", el 98% se muestra de acuerdo. Además, entre quienes realizan deporte, "mejorar y/o mantener la salud y el bienestar

físico y psíquico" es la segunda de las razones mencionadas (un 32%). Por último, sobre el interés por el deporte y su nivel de práctica, más de la mitad (un 60%) afirman sentirse interesados por esta actividad.

El interés hacia el deporte y su unanimidad con respecto a sus beneficios, se traduce tan sólo en que algo más de un tercio de la población lo practica (36%) y, entre éstos, únicamente una cuarta parte lo hace de forma habitual (26%). Además, apenas cuatro de cada diez personas (un 40%) afirman caminar al menos una hora al día. Por último, en el tiempo destinado a las ocupaciones diarias, los españoles casi no realizan actividad física, pues seis de cada diez (un 57%) manifiestan pasar la jornada laboral sentados (un 30%), o de pie la mayor parte del día sin realizar grandes esfuerzos (un 27%).

"La falta de tiempo", "el trabajo" y "las cargas familiares" son las razones esgrimidas por la mitad de los españoles (un 52%) para justificar su inactividad deportiva. A esas circunstancias se unen dos impedimentos adicionales: la escasa transmisión de hábitos deportivos en el seno de las familias y las dificultades socioeconómicas entre algunas personas, que suele incidir en una menor oportunidad de su práctica.

El estilo de vida condiciona la percepción subjetiva de nuestra salud. Entre quienes practican deporte, un 83% consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno, mientras que, entre los que no lo realizan, este porcentaje desciende al 66%. Entre quienes caminan o pasean, la opinión de que su estado de salud es bueno o muy bueno representa a un 79%, mientras que sólo supone un 20% entre los sedentarios. De la misma manera, la opinión de que el estado de salud es malo o muy malo es especialmente elevada entre quienes están la mayor parte del tiempo sentados (un 50%).

Disponer de una buena salud es una condición básica para realizar deporte a ciertas edades, por cuanto que la salud posibilita o dificulta el desarrollo de ciertas actividades físicas y deportivas. La ausencia de salud puede ser el peor enemigo para intentar mejorar la salud (por ejemplo entre los mayores), ya que limita la realización de actividades como el ejercicio físico y el deporte, que mejoran su condición. A su vez, disfrutar de un buen estado de salud (como suele ocurrir en la juventud) puede constituir igualmente una barrera para la práctica deportiva, ya que, si alguien percibe que su salud es buena, puede que no se plantee cuidarla mediante la actividad física.

Los jóvenes de entre 16 y 34 años son el grupo de población que más deporte y ejercicio físico practica en la población española. Pese a ello, es preocupante la cifra (un 52%) de quienes no lo desarrollan. Sólo siete de cada diez (un 71%) afirman caminar diariamente y más de la mitad (un 54%) pasan el día sentados o de pie debido a la importancia concedida al ocio digital y el nocturno. Además, los jóvenes afirman encontrarse expuestos a un férreo sistema meritocrático que les induce a adquirir permanentemente cualificación, impidiéndoles dedicar más tiempo a tareas básicas de cuidado personal y a cultivar relaciones sociales. Este estilo de vida sedentario no influye, sin embargo, en una percepción negativa de la salud entre los jóvenes, dado que, en este tramo de edad, se goza todavía de una situación relativamente ajena de morbilidades. No obstante, a medida que aumenta el nivel de ejercicio físico y práctica deportiva, más positiva será también la valoración del bienestar percibido.

Cuadro 14: Descripción de los motivos de no práctica deportiva, según grupos de jóvenes en función del género (Orizo, 2002).

Categorías	%Hombres	%Mujeres	%/Total
Falta de tiempo	60,6%	58,1%	59%
No le gusta o no le interesa	8,7%	14,9%	12,6%
Por el trabajo	16,5%	4,7%	9%
Por falta de dinero	0%	0,9%	0,8%
Por pereza	11%	8,8%	9,6%
Por motivos de salud	7,9%	7,9%	8%
Realiza otras actividades	1,6%	2,8%	2,3%
Por las cargas familiares	1,6%	8,9%	4,6%
Por falta de costumbre	0,8%	1,4%	9%
Por la edad	0%	0%	0%
Falta de apoyo y estímulo	0%	0,5%	0,3%
Por falta de instalaciones cercanas	0%	1,9%	1,2%
Porque anda o camina	0%	0,9%	0,5%
Porque se siente con salud	0%	0,5%	0,3%
No le gusta salir de casa	0%	0,5%	0,2%

La práctica deportiva constituye un ejemplo ilustrativo de cómo un comportamiento que define el estilo de vida se encuentra mediatizado por cuestiones relativas a los valores, a las representaciones culturales y a los estilos de vida. Pensamiento y conducta no son dos comportamientos estancos pero la congruencia entre ambos tampoco es automática.

- **6. Tiempo libre.** Según Comas, Aguinaga, Orizo, Espinosa y Ochaita (2003), la residencia propia es el lugar en el que el joven pasa más tiempo cualquier día, aún excluyendo las horas de sueño, mientras en los días laborables aparecen los centros escolares o de trabajo y los fines de semana los locales públicos de ocio o diversión. Según este estudio el 91,9% de los estudiantes acude a clase en los días laborables (79,7%); en estos días los estudiantes son los que más utilizan el ordenador y practican deportes y también ven la televisión. El fin de semana les gusta presenciar espectáculos deportivos. El sábado por la noche van a bailar a las discotecas. El estilo de vida de los estudiosos se caracteriza porque no hacen voluntariado, no hacen trabajos domésticos, no trabajan, etc. Al mismo tiempo, son los que menos leen prensa, libros y no se apuntan a actividades religiosas y culturales, pese a que se declaran católicos. Durante la semana son también los que menos salen de copas.

Los marchosos (17%) son los que más copas toman cualquier día de la semana, charlan con los amigos, acuden a discotecas, escuchan música y salen por la noche. Ellos son los más cultos, ilustrados y solitarios: leen más libros y prensa que los demás, escuchan la radio no musical y hacen voluntariado sobre todo el fin de semana.

Los hogareños (6%) se caracterizan por colaborar con las tareas domésticas, acudir a visitas sociales y de cortesía, practicar actividades religiosas y realizar gestiones burocráticas. En los días laborables, los jóvenes hogareños adoptan un perfil marchoso y cultural, ya que salen por la noche, bailan en discotecas, van al cine, teatro y

espectáculos, hacen voluntariado y participan en actividades culturales. Son también los que menos manejan el ordenador y los que menos estudian, pese a que muchos de ellos son estudiantes. Al llegar el fin de semana no salen de marcha, ni asisten a eventos culturales y casi todos prefieren quedarse en casa y no hacer nada.

Cuadro 15: Actividades preferidas por los jóvenes el fin de semana (Hernán et al., 2002).

Actividades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Al aire libre	126	23,6%
Deportivas	111	20,8%
Relacionadas con la movida (ir de bares, ir a discotecas, fiestas)	85	15,9%
Cambiar de aires, viajar	72	13,5%
Algo diferente (cambiar de ambiente, no ir todo el tiempo en discotecas, otro tipo de marcha)	49	9,2%
Culturales: cine, teatro, etc.	46	8,6%
Música	9	1,7%
Asociacionismo	7	1,3%
Más sexo	7	1,3%
Estar con la familia	7	1,3%
Descansar	6	1,1%
Trabajar o estudiar	3	0,6%
TOTAL	535	100

Los consumistas (12%) van todos los días de compras, salen de excursión y practican un hobby. Los fines de semana acuden a actividades culturales, espectáculos deportivos y manejan el ordenador. Son los jóvenes que menos ven la televisión, practican deportes, bailan en discotecas, leen, se asean, asisten a actividades religiosas, van menos al cine y escuchan menos la radio. Son adolescentes, con un perfil similar a los estudiosos, pero sin estudiar ni salir demasiado de marcha, ni cumplir con sus tareas familiares. Se identifican con el consumismo y el rechazo en el cumplir sus obligaciones.

Los trabajadores (23%) desarrollan su labor profesional los fines de semana. El sábado salen de copas y el domingo van al cine y practican algún deporte. No van a clase, no estudian, no son altruistas, no realizan actividades culturales, no leen libros ni prensa, no charlan con los amigos, no practican actividades religiosas, no manejan el ordenador y son también los que prefieren estar sin hacer nada. Integrando el colectivo de mayor de edad, su estilo de vida parece condicionado por una jornada laboral que conduce a una regresión cultural y escasa dedicación a los trabajos domésticos.

Hernán, Ramos y Fernández (2002) en su investigación sobre los intereses de los jóvenes españoles el fin de semana, intentaron relacionar dichos intereses con su estado de salud, sus hábitos y sus necesidades en materia de salud. Pretendían profundizar en el por qué y el cómo de las necesidades y hábitos más estrechamente relacionados con la salud de los jóvenes españoles. Por esta razón entrevistaron a 1.693 jóvenes entre los 13 y 29 años, con el fin de obtener una muestra representativa del país.

Los resultados de la investigación de Hernán et al. (2002), demuestran que los jóvenes españoles prefieren las actividades al aire libre (23,6%), deportivas (20,8%) y relacionadas con la movida (15,9%) a las demás, probablemente en cuanto se asocian a la libertad, como por ejemplo de elegir el deporte que se prefiere.

Las actividades al aire libre incluyen: ir de acampada, a la montaña, a la playa, etc. Más de una tercera parte de las actividades deportivas señaladas corresponden a los llamados deportes de riesgo: parapente, puenting, escalada, rafting, etc.

Sólo a un pequeño grupo de jóvenes entrevistados (entre el 0,6% y el 1,7%) le gusta la música, el asociacionismo, estar en familia, descansar, trabajar o estudiar.

Para charlar los jóvenes prefieren hacerlo por la calle más que en los locales públicos, con escasa diferencia respecto a la propia vivienda y el centro de estudio o trabajo. El fin de semana se charla más con los amigos en los locales públicos (50%), que en la calle (36%) y se mantiene la charla en el hogar (28%).

Del siguiente cuadro se deducen qué tipo de actividades son las preferidas por los jóvenes en días laborables y con quién prefieren realizarlas. Entre las preferencias de la juventud española está la de realizar algún tipo de actividad cultural, preferiblemente en compañía de amigos (62,5%). Esta misma compañía es la elegida por la mitad de los entrevistados que asisten a actividades religiosas. En cuanto a espectáculos deportivos, el 50% de los chicos prefieren asistir solos. Por el contrario, las actividades deportivas como el fútbol o el voleibol, entre otras, se asocian al mismo sexo, esto es debido a que este tipo de actividad se suelen practicar en equipos masculinos o femeninos.

Cuadro 16: Listado de actividades elegidas por los jóvenes para realizar en días laborables y preferencia (%) en cuanto a compañía elegida para su realización según la investigación de Comas, Orizo, Espinosa y Ochaita (2003).

Actividades	Solo	Pareja	Padres	Fami- liares	Ambos sexos	Mismo sexo	Ns/Nc
Actividades culturales	8,3%	4,2%	4,2%	4,2%	62,5%	16,7%	-
Actividades religiosas	7,1%	7,1%	7,1%	-	50%	21,4%	7,1%
Asistiendo espectáculos deportivos	50%	-	-	-	33,3%	16,7%	-
Practicando deportes	24%	6,3%	6,6%	-	26,4%	41,7%	1%
Viendo tiendas/paseando ciudad	12,9%	27,4%	5,7%	3,1%	27,4%	31,1%	0,6%
Ir de excursión al campo, o a la playa	4,5%	13,6%	4,5%	-	59,1%	13,6%	4,5%
Tomando copas, vinos o aperitivos	1,9%	17,9%	1,6%	1,6%	51,6%	34,4%	1%
Charlando	3,4%	14,2%	20,5%	3,2%	53,3%	30,5%	0,6%
Bailando en discotecas	-	10%	-	-	80%	10%	-
Practicando hobby	25,5%	2,8%	18,9%	2,8%	22,6%	32,1%	0,9%
Visita de cortesía o social	5%	25%	10%	30%	25%	10%	2,5%
Viendo televisión/video	23,1%	8%	77,9%	8,5%	2,8%	3%	0,1%
Escuchando la radio (no musical)	36,8%	8,8%	51,8%	4,4%	2,6%	7%	0,9%

A los jóvenes les gusta pasear por la ciudad, ver tiendas y elegir un regalo o seleccionar que ropa les sienta mejor con amigos. Además prefieren realizar las excursiones en compañía.

De igual forma, los amigos son la compañía elegida mayoritariamente por la gente joven para salir a tomar aperitivos o de copas (51,6%), charlar (53,3%), bailar (80%) o practicar algún hobby (32,1%). La mayoría de los jóvenes realizan las visitas sociales o de cortesía en compañía de familiares (30%). Los padres son la compañía elegida para ver la televisión (77,9%) y escuchar la radio sintonizando emisoras no musicales (51,8%).

Cabe señalar que ningún sujeto de los encuestados desea realizar actividades religiosas o deportivas, ni salir a bailar o ir de excursión con los familiares durante los días laborables. Descartan la presencia de sus padres cuando quieren asistir a

espectáculos deportivos o salir a bailar a discotecas. La totalidad de los entrevistados no quiere igualmente asistir a espectáculos deportivos con su pareja en estos días.

De la respuesta dada por los jóvenes en cuanto a las actividades que suelen realizar tanto en días laborables como en sábado, se deduce que casi todas las actividades de ocio elegidas por los jóvenes las realizan en compañía de amigos de ambos sexos, como las actividades culturales (59,4%) y religiosas (45,2%), asistir a espectáculos deportivos (38,2%), ver tiendas/pasear por la ciudad (35,6%), ir de excursión al campo o a la playa (47,2%), tomar copas (69,1%), charlar (54,1%) bailar en discoteca (80,5%), practicar hobby (32%) y hacer visitas de cortesía (25,5%).

Se prefieren amigos del mismo sexo para practicar deporte (53,9%). Los padres se tienen en cuenta para ver la televisión/video (69,3%) y escuchar la radio (52,5%).

Cuadro 17: Listado de actividades elegidas por los jóvenes para realizar los sábados y preferencia (%) en cuanto a compañía elegida para su realización según la investigación de Comas, Orizo, Espinosa y Ochaita (2003).

Actividades	Solo	Pareja	Padres	Fami- liares	Ambos sexos	Mismo sexo	Ns/Nc
Actividades culturales	3,1%	9,4%	6,3%	-	59,4%	12,5%	9,4%
Actividades religiosas	-	-	29%	9,7%	45,2%	6,5%	9,7%
Asistiendo a espectáculos deportivos	7,3%	9,1%	7,3%	5,5%	38,2%	36,4%	1,8%
Practicando deportes	14%	2,9%	8,2%	2,5%	22,6%	53,9%	1,2%
Viendo tiendas/paseando ciudad	5,9%	27,3%	7,4%	3,2%	35,6%	30,6%	0,2%
Ir de excursión, al campo, o a la playa	2,4%	21,1%	14,6%	2,4%	47,2%	16,3%	2,4%
Tomando copas, vinos o aperitivos	0,9%	19,1%	3,8%	2,2%	69,1%	21,3%	0,4%
Charlando	1,9%	18,7%	20,2%	6,6%	54,1%	32,6%	0,7%
Bailando en discotecas	0,7%	8,6%	1,8%	1,3%	80,5%	11,7%	0,7%
Practicando hobby	19%	7,5%	17%	5,4%	32%	26,5%	1,4%
Visita de cortesía o social	3,2%	22,3%	20,2%	22,3%	25,5%	12,8%	-
Viendo televisión/video	22%	10,4%	69,3%	7,9%	5,2%	5,6%	0,2%
Escuchando la radio (no musical)	32,3%	8,1%	52,5%	1%	6,1%	9,1%	-

De acuerdo con los resultados de esta misma investigación (Comas et al., 2003) se dan notables variaciones en la hora de regreso a casa de los jóvenes tras las salidas

nocturnas efectuadas en días laborables y fines de semana. Esto resulta aún mas evidente en los días laborables cuando apenas sale nadie.

Los adolescentes en general, prefieren salir la noche del sábado al domingo que la del viernes al sábado. Así pues los adolescentes salen más y regresan un poco más tarde la noche del sábado al domingo, respecto a los otros días de la semana. Más allá de las seis y media de la madrugada sólo regresan el 1,8% de los jóvenes. Las adolescentes vuelven a casa antes que los chicos, de forma que a las tres de la madrugada por cada tres chicas en la calle hay cinco chicos.

En fin de semana, los jóvenes de entre 19 y 22 años salen más que los de otras edades, sin embargo estos salen menos que la media en los días laborables. En días laborables los chicos entre 23 y 24 años salen más que las chicas. Los jóvenes de más de 23 años no muestran preferencia en el día elegido para salir durante el fin de semana, escogiendo indistintamente la noche del viernes o sábado.

Los jóvenes trabajadores y parados salen los días laborables en mayor medida que los estudiantes, estos últimos salen algo más la noche del jueves al viernes. Un elevado porcentaje de jóvenes trabajadores sale la noche del viernes al sábado, en mayor medida que los estudiantes. Este hecho se justifica porque los jóvenes trabajadores presentan una mayor edad. La noche del sábado al domingo es cuando la gente sale mayoritariamente independientemente de su ocupación.

7.2.2. Bienestar y felicidad

Como hemos analizado, estudiar la felicidad de los jóvenes no parece un tema prioritario, en cuanto que existen otros problemas juveniles de mayor magnitud o relevancia social como son la violencia, la precariedad laboral o el consumo de drogas. A menudo, se confunde la felicidad con la comodidad o el confort, pensando que los jóvenes son felices en nuestra sociedad del bienestar y que la felicidad los hace conformistas, resignados y excesivamente relajados. Se les concibe como personas apostadas en una especie de deliciosa placidez, que puede convertirlos en egocéntricos, irresponsables y despreocupados, indiferentes a los problemas e inquietudes del mundo. Esta es una imagen de la felicidad fronteriza con la apatía y la indiferencia. Para Javaloy (2007) este modelo de felicidad genera un efecto adormecedor como si se tratara del “opio del pueblo”.

Pese a estas críticas, las instituciones públicas han optado por analizar la evolución de esta percepción, porque tal y como comentamos en capítulos anteriores, la felicidad de nuestros jóvenes es parte fundamental de la formación de nuestro capital humano y social. El “Barómetro. Expectativas 1998” (CIS, 1997) realizado en octubre de 1997 con población española de ambos sexos entre 15 y 29 años, dio como resultado que un 68,4% de nuestros jóvenes españoles se consideraba bastante satisfecho con su vida personal, un 11,7% muy satisfecho, un 10,6% ni satisfecho ni insatisfecho y un 7,5% bastante insatisfecho. De manera complementaria, el 16,8%, se definía como muy feliz y el 70,8% bastante feliz. Solo un pequeño porcentaje (9,6%) se consideró poco feliz, nada felices un 1,5% y no contestaron un 1,3% de los encuestados.

En otro estudio similar (CIS, 2002) sobre “Actitudes y valores en las relaciones interpersonales II” realizado con población adulta española de ambos sexos adultos

(mayores de 18 años), se observó que el 14,2% afirmaba ser muy feliz, más de la mitad (60,2%) bastante feliz, un 23,7%, ni feliz ni desgraciado y muy desgraciado el 2%. No contestaron un 4%. La satisfacción con la vida en general obtuvo una puntuación media de 7,54 con una desviación típica de 1,55.

En estos dos estudios dirigidos por el CIS se puede advertir como la felicidad con el paso del tiempo disminuye (70,8% en el 1997 frente al 60,2% en el 2002). Ocurre lo mismo con aquellos que se declaran muy felices (16,8% en el 1997 frente al 14,2% en el 2002).

No obstante, los datos obtenidos por el INJUVE (2004) resultaron ser más positivos. Esto puede ser debido al modo de formulación de la pregunta y al contexto en el que se realizó el estudio, ya que la sensación de felicidad puede estar muy influida por la situación laboral, bastante holgada en el momento en el que se realizó el estudio en relación a la situación actual de crisis.

Respecto a la evolución de la felicidad general de los jóvenes, Orizo (2004) en “Los nuevos valores de los españoles”, compara los resultados obtenidos en los años 1981-1990, en relación a los sentimientos de felicidad y satisfacción. El 84% de los españoles se siente muy o bastante feliz y el 80% puntúa su grado de satisfacción con la vida en general con un 5 en una escala del 1 a 10.

A través del “Informe Juventud en España” (INJUVE, 2004) sabemos que los jóvenes españoles no manifiestan grandes preocupaciones vitales, y su grado de optimismo y felicidad ante la vida es alto. Lo mismo podría decirse en otras investigaciones similares llevadas a cabo desde las Comunidades Autónomas.

Cuadro 18: Descripción del grado de satisfacción vital de los españoles, comparación 1981-1990 (Orizo, 2004).

Estados de felicidad	1981	1990	Grado de satisfacción con la vida		
			1981	1990	
Muy feliz	20%	21%	Insatisfecho	19%	28%
Bastante feliz	58%	63%	Satisfecho	80%	72%
No muy feliz	18%	14%	NS/NC	1%	0%
NS/NC	2%	2%	MEDIA	7,13	6,16
Nada feliz	2%	1%	TOTAL	100%	100%

Cuadro 19: Descripción del grado de felicidad (Orizo, 2004).

Pregunta: En general ¿diría que es muy feliz, ni feliz ni desgraciado, bastante?	Septiembre 1987	Enero 2002
Muy feliz	12%	14%
Bastante feliz	55%	60%
Ni feliz ni desgraciado	30%	24%
Bastante desgraciado	2%	1%
Muy desgraciado	2%	1%
NC	1%	0%
N=	2.500	2.493

Cuadro 20: Descripción de los motivos que hacen felices a los españoles (Orizo, 2004).

¿Podrías decirme qué es lo que te hace feliz?	Media
Mi pareja	7,3%
Tener unos estudios	1,9%
Los hijos	3,3%
Los amigos	12,3%
Tener un buen trabajo	4,4%
Tener dinero para vivir bien	2,5%
Tener salud	3%
Encontrar el amor	1,3%
Tener una casa	1%
Realizarme personalmente	6,5%
Estar con mi familia	14,8%
Los deportes	1,2%
Estar bien con la gente que me rodea	6,6%
Salir, ir de copas	3,7%
Vivir la vida que llevo	4,8%
Otras respuestas	4,8%
Todo	12,9%
Ns	6,1%
Nc	1%

En Cataluña, en “Joves i Valors. Els joves catalans en l’enquesta europea de valors” (Estradé, Flaquer, Font, Padilla, Salvadó, Roque y Torralba, 2002) se comprobó que en términos generales, los jóvenes catalanes se sentían bastante satisfechos con su vida y eran bastante felices. En este estudio, los resultados hacían referencia a la medición de las variables asociadas a la felicidad en general y a las causas promotoras de la felicidad en los jóvenes españoles.

En el estudio comparativo internacional realizado a través de la Encuesta Social Europea (ESE, 2003), los jóvenes españoles manifiestan ser más felices que los adultos. En comparación con los jóvenes europeos, se observan niveles de felicidad superiores a la media. Es decir, que la juventud española es tan feliz como la juventud de los países europeos con mejor calidad de vida que la nuestra. De hecho, su optimismo ante la vida

solo es superado por países como Dinamarca, Finlandia, Noruega o Suiza con altos niveles de vida y de bienestar.

Esta situación contrasta con las puntuaciones de los adultos españoles. De hecho, los españoles en general no sobresalen por sus grandes dosis de optimismo cuando se les pregunta en las encuestas sobre su satisfacción personal o grado de felicidad. España se encuentra por debajo de la media europea, coincidiendo con otros países con similares condiciones de vida, como Italia e Irlanda, y con los datos reflejados en el Barómetro Mundial de la Felicidad (1999).

Javaloy (2007: 73), catedrático de psicología social de la Universidad de Barcelona, trata de analizar estos contrastes y plantea la siguiente premisa disciplinar: “la psicología exige que se añada a su estudio la medida del bienestar subjetivo o felicidad, porque de poco sirve que las personas sean más ricas si no son también más felices”.

En una reciente investigación sobre el bienestar de la juventud española realizada en la Universidad de Barcelona y en la del País Vasco en 2007 cuyo coordinador fue Javaloy, se evidencia la interrelación de factores asociados a la felicidad. Se tuvieron en consideración variables sociodemográficas, ámbitos de satisfacción vital, frecuencia y disfrute en actividades de ocio, personalidad y creencias personales, comparación social (comparación de la felicidad de unas personas con la de otras) y nacionalidad.

Javaloy nos muestra cómo las puntuaciones positivas de los españoles desde 1981 hasta 1990, han aumentado, pasando del 20% al 21% los que declaran sentirse muy felices y del 58% a 63% los que se encuentran bastante felices. Por otro lado, aquellos que no se muestran muy felices, han disminuido del 18% a 14%.

En la juventud, los factores determinantes que mediatizan la felicidad resultan ser los siguientes: la familia con una media del 14,8%, los amigos con un 12,3% y disponer de una casa propia el 1%. Con mucha probabilidad si la misma encuesta se hubiera aplicado a los habitantes de otros países o en otra época, los resultados hubieran sido distintos, debido al hecho de que los valores, ideas y prioridades se encuentran directamente relacionados con el contexto en el que se vive.

Los jóvenes españoles son optimistas, comparten una visión positiva del mundo, tienen una alta auto-estima, expresan sus emociones, aunque no se pronuncian a la hora de responder a la cuestión relativa a si el mundo es justo o injusto (Javaloy, 2007).

Los jóvenes felices desarrollan personalidades con mayor asertividad, con mayor control del entorno, le atribuyen más sentido a la vida y son más estables emocionalmente y optimistas.

Los optimistas están satisfechos con su salud y creen que triunfar es desarrollar sus potencialidades. Aquellos que afirman que el mundo es justo, están satisfechos con la familia, con la economía y son conservadores. La expresividad emocional, la alta autoestima y la confianza en los otros se asocia directamente a la felicidad. Una gran mayoría de este colectivo, está de acuerdo al afirmar que para que un individuo sea feliz tiene que desarrollarse como persona.

Cuando los jóvenes comparan su felicidad con la de otros jóvenes, tienden a creerse ellos mismos más felices que los demás y no es raro que sobreestimen la percepción de su propia felicidad. Seis jóvenes de cada diez, creen ser más felices que la media, cuando sólo deberían serlo cinco. El 5% de los jóvenes que manifiestan ser menos felices que la media, lo son realmente en coherencia con las respuestas dadas al resto de las cuestiones planteadas.

La satisfacción con la situación económica, el trabajo y las relaciones afectivas contribuyen a los sentimientos de felicidad en los jóvenes españoles y extranjeros de forma similar. También autóctonos y foráneos coinciden en el grado en el que consideran que controlan su mundo y tienen el poder y la capacidad para cambiarlo. Si que se observan diferencias importantes en cuanto al optimismo con el que encarar el futuro (mayor en los inmigrantes). La creencia en que el mundo es justo y benevolente es más frecuente en los jóvenes autóctonos y curiosamente, es la variable que más impacto presenta en la explicación de la felicidad del colectivo.

Posteriormente, Javaloy (2007) realizó una segunda aproximación a los resultados obtenidos (“La felicidad en perspectiva”). Estudió la relación entre esta variable y las demás en un marco más amplio, para profundizar en las distintas correlaciones. Lo hizo con el mismo instrumento y muestra, pero analizando las diferencias de género en las actividades de ocio, tiempo libre, deporte, etc.

Se encontraron interesantes diferencias significativas en las preguntas sobre “qué es lo que te hace feliz” y “qué significa para ti triunfar en la vida”. Así, los chicos daban prioridad al trabajo con respecto a la familia, siendo a la inversa en las chicas. Respecto a la satisfacción con diferentes ámbitos de la vida, los varones manifestaron alcanzar un mayor grado de satisfacción con el trabajo y con el tiempo libre de que disponen, mientras que las jóvenes lo relacionaban más con los estudios, con las relaciones de pareja y con la vida sexual.

En relación a las actividades de ocio, los chicos declaraban disfrutar más cuando van de copas con los amigos, hacen deporte, asisten a competiciones deportivas y juegan con el ordenador. Las mujeres preferían ir a discotecas, ir a bailar, salir de viaje, ir al teatro o a conciertos y leer libros o revistas.

Los chicos apuntaron experimentar más emociones positivas que las chicas mientras que éstas manifestaron sentir más emociones negativas (aburrimiento, tristeza).

Se ha de tener en cuenta que la felicidad, o predominio de las emociones positivas, genera en la persona recursos físicos, psicológicos y sociales, lo cual permite un desarrollo más completo de la misma, a la vez que una mejora de las relaciones sociales y de la conducta solidaria (Javaloy, 2007). El bienestar individual y social se encuentran interrelacionados y se reflejan tanto en el comportamiento como en los valores sociales del individuo.

En la juventud española la permisividad, la tolerancia normativa y el hecho de no tener que justificar numerosas prácticas eran mayores en 2005 que en 1984. Del Eurobarómetro especial de jóvenes de agosto 2001, se deduce que los valores éticos se han liberalizado. Respecto a sus coetáneos europeos, los jóvenes españoles resultan ser

más permisivos, no obstante, son más estrictos en la justificación de la pena de muerte (Elzo, 2009).

Cuadro 21: Porcentajes de jóvenes de diversos países europeos que están “más bien de acuerdo con las siguientes prácticas” (Orizo, 2004).

	Unión Europea	España	Alemania	Francia	Italia	Países Bajos	Suecia	Gran Bretaña
Eutanasia	54%	67%	57%	44%	42%	80%	64%	52%
Pena de muerte	27%	19%	30%	25%	26%	22%	21%	36%
Adopción de niños por homosexuales	41%	54%	46%	43%	20%	62%	41%	43%
Relaciones sexuales antes del matrimonio	88%	95%	89%	89%	87%	92%	91%	77%
Clonación	12%	19%	10%	8%	16%	11%	12%	10%
Frecuencia	9.760	601	1.265	602	596	749	604	597

Con estos resultados, se estableció una tipología de jóvenes a partir del criterio de la felicidad que éstos declaraban percibir, y su motivación hacia los valores. Pudieron apreciarse dos perfiles contrapuestos de jóvenes: los motivados por valores, que llamamos “eudemonistas” o idealistas, dispuestos a asumir riesgos y sacrificios por determinadas causas (como la paz o los derechos humanos) y los no motivados por valores o “pragmáticos”. Los primeros se diferenciaban significativamente de los segundos en numerosos rasgos, mostrando una personalidad más sana, mejores relaciones sociales y un nivel más elevado de felicidad.

Estos resultados muestran la incongruencia de un buen número de tópicos y mitos sobre la felicidad; en particular en cuanto a la afirmación de que ésta incrementa el hedonismo y el egoísmo de la juventud y al hecho de que carece de utilidad y de beneficios sociales (Javaloy, 2007).

7.3. Características de la juventud aragonesa

Según Criado (1998) los estudios sobre jóvenes en España muestran una falta de marco teórico explícito. Con estudios meramente descriptivos, se interpreta la realidad a través del sentido común y la ideología dominante. Para algunas de estas investigaciones la consecuencia es la pérdida de utilidad potencial. El Colectivo IOE (1989) matiza que cuando se recurre a teorías en dichos trabajos se distinguen tres enfoques, cuyo objetivo es investigar a los jóvenes en un contexto histórico y en una realidad social:

a) Estructural. Se analizan los mecanismos de producción y reproducción social, a través de los cuales una generación se inserta. Según Marx (1969 trad.) el modo de producción de la vida material condiciona el proceso de vida social, política e intelectual en general. El proceso social de producción es al mismo tiempo proceso de reproducción, en cuanto que replica las condiciones políticas, sociales, institucionales e ideo-culturales que aseguran la desigualdad que permite su acumulación. Por ello resulta necesario analizar la forma en la que los jóvenes participan en los procesos creativos, de producción y reproducción social. Hoy día las nuevas tecnologías, el ocio

y el consumo son las tres grandes dimensiones interrelacionadas que definen muchas de las prácticas cotidianas de la actual generación en nuestro contexto aragonés.

b) Psicológico. Se tiene en cuenta el proceso evolutivo de la personalidad de cada individuo. Este proceso evolutivo se desarrolla a lo largo de la vida y puede ser explicado a través de una serie de continuos cuyos polos se encuentran enfrentados: la normativa versus la ideografía, la continuidad versus la discontinuidad, etc. De esta forma los jóvenes elegirán si casarse, ir a vivir juntos con su pareja sin formalizar el matrimonio, tener hijos, buscar trabajo en otra ciudad u otro país. Este desarrollo debe ser entendido como un proceso continuo, global y de gran flexibilidad. Las diferencias ínter subjetivas serán entonces entendidas como el conjunto de experiencias vividas por un individuo en un determinado contexto histórico, social y cultural (en este caso, una Comunidad Autónoma). En el joven, el desarrollo de su personalidad se integra a partir de la internalización que el sujeto realiza de las que son las normas sociales del grupo en el que interactúa.

c) Cultural. Por cultura se entiende el conjunto de formas, modelos y patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad regula el comportamiento de la gente que la conforma. En la misma se incluyen costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas, religión y rituales. Se considera una categoría sociológica especial por distintas razones. Por ejemplo, la manera en la que un joven europeo entiende lo que es la diversión o el rol de la mujer son muy distintas respecto a como las puede entender un coetáneo africano. También se encuentran diferencias en un mismo contexto geográfico. En Italia, el fin de semana la mayoría de los jóvenes prefieren ir a cenar a una pizzería, para luego ir a bailar o a los bares, mientras en España es más típico cenar con tapas y en Francia quedarse en casa con los amigos. Estas diferencias culturales entre países o regiones influyen en la educación que reciben los jóvenes, en las forma de ver las cosas y de relacionarse.

Estas diferencias se pueden encontrar también a nivel local y entre ciudades de la misma Comunidad Autónoma. En Aragón se ha desarrollado un ejemplo de investigación sobre aspectos culturales de ocio y tiempo libre juvenil gracias al equipo de profesores del departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza, liderados por el profesor Gastón (2002).

Un elemento de análisis cultural es el tipo de actividad cultural que se desarrolla en cada país o región, tanto fuera de casa como en casa. En Aragón este estudio ha sido desarrollado por Gastón, Casajus, Castillo, Dalmasso, Gastón, Pueyo y De Simon (2002), los cuales de un listado muy amplio de actividades han pedido a los jóvenes que señalaran la preferencia entre ellas, aportando interesantes resultados.

En esta investigación conducida por Gastón et al. (2002) se analizan las actividades de ocio en Zaragoza, Huesca y Teruel, entre los jóvenes de ambos sexos entre 15 y 29 años. Se entrevistaron 2.200 personas mediante una encuesta de setenta y cuatro preguntas. Se realizaron encuestas en 75 municipios de la Comunidad Autónoma de Aragón: 27 de la provincia de Huesca, 29 de la de Teruel y 19 de Zaragoza, además de 10 barrios urbanos y 6 rurales de Zaragoza capital.

Respecto a las otras dos provincias, los jóvenes de Zaragoza son los que más beben y van de copas (25%), viajan (13,9%), van al cine (9,7%), bailan (7,9%) y acuden a conciertos (2,7%).

Cuadro 22: Actividad que más gusta realizar fuera de casa en la Comunidad Autónoma de Aragón (Gastón et al., 2002).

Actividad	Total Aragón	Huesca	Teruel	Zaragoza
Beber, ir de copas	26,8%	23,5%	31,4%	25%
Bailar	7,9%	8,5%	7,1%	7,9%
Hacer deporte	15,5%	18,1%	15,3%	13,9%
Ir de excursión	7,9%	9,8%	5,8%	8,1%
Viajar	12,3%	10,4%	12,0%	13,9%
Ir al cine	7,8%	7,4%	5,5%	9,7%
Ir al teatro	0,6%	0,3%	0,1%	0,1%
Ir a museos	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%
Ir a conciertos	2,5%	2,3%	2,5%	2,7%
Leer libros	1,0%	1,0%	1,3%	0,7%
Leer periódicos	0,1%	0,3%	-	-
Leer revistas	0,2%	0,6%	-	0,1%
Salir con amigos	9,2%	9,3%	11,3%	7,6%
Otras respuestas	4,7%	4,4%	4,5%	5,0%
Implican relación	43,8%	41,3%	49,7%	41,4%
Ninguna en particular	2,8%	3,6%	2,3%	2,7%
Ns/Nc	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%

No obstante, los jóvenes aragoneses en general, prefieren en un porcentaje mayor que los zaragozanos en particular, realizar actividades que implican relacionarse (43,8%), beber e ir de copas (26,8%), hacer deporte (15,5%), salir con amigos (9,2%) leer libros (1%), ir al teatro (0,6%), a museos (0,2%), leer revistas (0,2%) y periódicos (0,1%).

Huesca se caracteriza por hacer deporte (18,1%) e ir de excursión (9,8%), mientras Teruel por desarrollar la vida social (49,7%), beber e ir de copas (31,4%), superando la media regional.

Un dato preocupante tanto a nivel regional como por cada provincia resulta ser la falta o nula lectura de periódicos, revistas o libros y escasa participación de los jóvenes en las actividades culturales como acudir a teatros y museos. Estos resultados son tan relevantes que serían necesarias actuaciones públicas especiales para subsanar esta carencia. En la ciudad de Zaragoza, el trabajo de Sanz, Navarrete y Pac (2007) profundiza en estas cuestiones.

En el 2004, el Servicio de Juventud del Ayuntamiento de Zaragoza, realizó un estudio sobre los jóvenes de la ciudad, a través de entrevistas personales en su domicilio, para establecer un diagnóstico de las condiciones de vida de los jóvenes como paso previo para la elaboración del III Plan Joven. Para ello se revisó la bibliografía sobre estudios teóricos de la juventud, sondeos periódicos sobre distintos

aspectos de los jóvenes, llevados a cabo del CIS e INJUVE, se estudió la documentación del Servicio de Juventud sobre los diversos Planes Joven en la ciudad de Zaragoza y se analizaron las investigaciones sobre jóvenes de Zaragoza y de Aragón realizados por el Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza.

Cuadro 23: Actividad que más gusta realizar en casa en la Comunidad Autónoma de Aragón (Gastón et al., 2002).

	Total Aragón	Huesca	Teruel	Zaragoza
Beber	0,2%	0,4%	0,1%	0,1%
Bailar	0,6%	0,4%	0,4%	0,9%
Ver la televisión	23,8%	23,5%	28,1%	21,0%
Manejar el ordenador	5,8%	6,3%	5,8%	5,4%
Manejar los videojuegos	3,1%	3,4%	2,7%	3,2%
Dormir, descansar, no hacer nada	18,6%	19,8%	18,2%	17,9%
Trabajar en las tareas del hogar	1,8%	3,0%	2,0%	0,8%
Estudiar	2,3%	2,0%	3,4%	1,8%
Oír música	24,9%	21,7%	23,9%	28,1%
Leer libros	10,6%	10,5%	7,9%	12,6%
Leer periódicos	0,4%	0,6%	0,1%	0,5%
Leer revistas	1,1%	1,7%	1,1%	0,6%
Otras respuestas	4,0%	4,3%	4,0%	3,9%
Ninguna en particular	1,8%	1,9%	1,4%	2,1%
Ns/Nc	0,9%	0,6%	0,8%	1,1%

El cuestionario que propusieron los coordinadores del estudio (Sanz, Navarrete y Pac, 2007) se componía de tres apartados:

- El estudio de los procesos o itinerarios de formación, inserción en el mercado del trabajo y emancipación familiar de los jóvenes (basado en el cuestionario utilizado por el Grup de Recerca y Educació i Treball de la Universidad Autónoma de Barcelona).
- Grado de satisfacción de los jóvenes.
- Contenidos habituales de consulta a los jóvenes españoles por parte del CIS y del INJUVE para conocer los valores, actividades de ocio, posiciones políticas, disponibilidad y uso de tecnologías de comunicación, etc., de los jóvenes zaragozanos.

El trabajo pretendía estudiar a este colectivo en su contexto histórico y sus tendencias generales de estilo de vida, para reflexionar en profundidad sobre su realidad. Sobre este aspecto, el Grup de Recerca Educació i Treball de la Universidad Autónoma de Barcelona (GRET) dirigido por Joaquín Casal, lleva 20 años trabajando teóricamente un modelo de análisis de los jóvenes: Transición a la Vida Adulta (TVA). Este modelo se plantea que con el fin de analizar a los jóvenes debemos atender a su itinerario de transición a la vida adulta. ¿Qué factores determinan la diversidad de los itinerarios?

La respuesta a esta cuestión se encuentra en función principalmente de su origen social, su paso por el sistema educativo y entrada en el mercado laboral. Está basado en tres proposiciones esenciales:

- Distinción entre los jóvenes (cohorte de edad) y juventud (proceso).
- Perspectiva biográfica: itinerarios y trayectorias (supera la adultocracia y el narcisismo).
- Articulación de edades, promociones y contextos (construcción material del joven). Sería parecido a utilizar el concepto de generación: grupo definido por compartir las mismas condiciones de existencia.

Esto implica tres presupuestos básicos en la investigación:

- No hay juventud sin jóvenes.
- Configuraciones familiares diferentes “hacen” jóvenes diferentes.
- Importancia de las trayectorias educativas y laborales en la construcción de las percepciones de los jóvenes.

En el estudio de Sanz et al. (2007), el tamaño de la muestra fue de 1.800 jóvenes, realizando 300 entrevistas por zona o distrito. En Zaragoza capital, el nivel de confianza fue de 95,5% (dos sigmas) y $P=Q$, el error aproximado de $\pm 2,3$. Se dividieron los grupos de forma equitativa: 900 entrevistas a hombres y 900 a mujeres; 452 a jóvenes entre 15 y 19 años (24,52%), 592 entre 20 y 24 años (32,85%) y 756 entre 25 y 29 años. La distribución fue representativa de los diferentes barrios. El vecindario de Casablanca constituyó un 2,5% de la muestra con 46 cuestionarios. Este barrio pertenece al distrito número 5, junto con las zonas de Universidad y Oliver-Valdefierro.

Cuadro 24: Descripción de la distribución de la muestra por grupos de edad y zonas (Sanz et al., 2007).

Zonas	Número de cuestionarios	Edades 15-19	20-24	25-29
Universidad	147	36	49	62
Casablanca	46	13	16	17
Oliver – Valdefierro	107	27	36	44

En la siguiente tabla se puede observar el lugar de nacimiento de los jóvenes entrevistados en el estudio. Tres de cada cuatro jóvenes de Zaragoza ha nacido en la propia ciudad.

Cuadro 25: Descripción del lugar de nacimiento del entrevistado (Sanz et al., 2007).

Lugar de nacimiento	Porcentaje
Zaragoza	74%
Otro Municipio de Aragón	8,2%
Otro Municipio de España	9,5%
País Europa Comunitaria	1%

Los niveles de estudio de las familias de los jóvenes zaragozanos muestran diferencias por sexo: las madres de nuestros entrevistados tienen niveles educativos inferiores que los padres. Un 20% de los padres han alcanzado niveles educativos universitarios y un 14% las madres.

Cuadro 26: Descripción del nivel de estudios de los padres (Sanz et al., 2007).

Nivel escolar	Padre	Madre
Estudios primarios incompletos	10,8%	13,8%
Estudios primarios	41,4%	49,7%
Bachillerato y similares	23,4%	21,6%
Estudios universitarios	19,8%	14,9%

En el 2004-2005 más de la mitad (52%) de los jóvenes encuestados estudiaban. A través de estas cifras se constata como en España a partir de la década de 1980 se produce un aumento de la escolarización obligatoria y post-obligatoria que se refleja en las Comunidades Autónomas. Las consecuencias pueden resumirse en las siguientes cifras: la edad de educación obligatoria se eleva de 14 a 16 años; se prolongan los itinerarios formativos post-obligatorios; se produce la sobre-representación de las mujeres en las licenciaturas y en estudios de doctorado; mientras que los hombres están sub-representados en los estudios de bachillerato.

Según datos del Capital Educativo Familiar (CEF, 2002) de nuevo se observa que a mayor nivel de estudios de los padres, mayores posibilidades de estar realizando estudios universitarios presentan los hijos.

Cuadro 27: Descripción de jóvenes dentro del sistema educativo por niveles, según CEF (2002).

Estudios que realiza por niveles:	Pobre	Bajo	Medio	Alto
Nivel obligatorio	28,1%	13,4%	15,6%	8,8%
Nivel estudios medios	40,6%	27,9%	33,8%	26,4%
Nivel universitario	31,3%	58,6%	50,7%	64,8%

En el siguiente cuadro, al analizar la situación de los jóvenes que ya no están en el sistema educativo, se aprecia que:

- Un 6,6% de los jóvenes no llega a la titulación básica.
- Un 17,7% alcanzó como máxima titulación la ESO o EGB (estudios obligatorios).
- Un 40,7% abandona el sistema educativo al concluir sus estudios de Bachillerato o Ciclos Formativos.
- Un 35,1% de los jóvenes han alcanzado estudios universitarios.

Se observan importantes diferencias por sexo. Las mujeres alcanzan niveles de instrucción y educativos superiores a los varones.

Cuadro 28: Descripción del nivel de instrucción de los jóvenes zaragozanos (CEF, 2002).

Titulaciones	Varones	Mujeres	Total
Sin titulación básica	8%	5,2%	6,6%
Titulación básica	22%	13,4%	17,7%
Estudios medios	43,7%	37,7%	40,7%
Estudios universitarios	26,4%	43,8%	35,1%

Uno de cada tres encuestados con edades comprendidas entre los 15 a 29 años se encuentra fuera del mercado de trabajo. De hecho, están inactivos: el 75% entre los 15 y 29 años, un 12,9% entre los 20 y 24 años y el 16% entre los 25 y 29 años.

La explicación de este retraso se debe a la prolongación de los estudios post-obligatorios, que llega a un 16% entre los zaragozanos en edades comprendidas entre los 25 y 29 años.

Según Villa (1990), en la estructuración del mercado de trabajo resulta fundamental el poder social de negociación, es decir, la posición que ocupan los jóvenes en el mercado del trabajo.

Cuadro 29: Descripción de la situación de los jóvenes según su relación con la actividad laboral y edad (Sanz et al., 2007).

Edad	Inactivos	Activos
15	96,4%	3,6%
16	83,6%	16,4%
17	77,3%	22,7%
18	62,2%	37,8%
19	60,6%	39,4%
20	45,1%	54,9%
21	44,3%	55,7%
22	34,5%	65,5%
23	21,4%	78,6%
24	15,4%	84,6%
25	19,9%	80,1%
26	14%	86%
27	9%	91%
28	8,5%	91,5%
29	7,4%	92,6%

De nuevo encontramos diferencias significativas en función del sexo, grupo de edad y titulación alcanzada. Los hombres jóvenes comparten una mejor situación de empleo. Las tasas de empleo resultan estables (contrato indefinido o por cuenta propia), y presentan también tasas más bajas de empleo sumergido. Las condiciones de empleo mejoran con la edad de los jóvenes. El desempleo afecta más a los jóvenes de 15 a 19 años (38%), respecto a los de 25-29 (11,8%).

Cuadro 30: Descripción de la situación de los jóvenes de 15 a 19 años activos, en % (Sanz et al., 2007).

Situación laboral	Sexo		Grupos de edad			
	Ambos sexos	Hombre	Mujer	15-19	20-24	25-29
Desempleado	17,4%	16,4%	18,5%	38%	21,4%	11,8%
Trabaja sin contrato	9,9%	7%	12,9%	17%	10,8%	8,1%
Trabajo temporal	37,1%	37,2%	37%	32%	38,3%	37,3%
Trabajo estable	33,8%	38,1%	29,3%	13,0%	27,5%	41%
Otros (trabajos con contrato)	1,8%	1,3%	2,2%	-	2%	1,8%

En cuanto a los jóvenes y sus actividades de ocio en Zaragoza y España observamos como para el 98,3% de ellos la prioridad se da en salir y reunirse con amigos, seguida por el 97,2% que prefieren escuchar música, mientras el porcentaje más bajo de preferencia con un 37,7% se encuentra en el asistir a conferencias ó coloquios.

Cuadro 31: Preferencia de actividades de ocio de los jóvenes de Zaragoza y de España en % horizontales para cada ámbito geográfico (Sanz et al., 2007).

Actividades de ocio	Zaragoza en %			España en %			- Zgz- España en %
	SI	NO	NS/NC	SI	NO	NS/NC	
Beber, ir de copas	79,8%	19,3%	0,9%	73,3%	26,1%	0,6%	6,5%
Ir a discotecas, bailar	74,4%	24,8%	0,8%	74,8%	24,6%	0,5%	-0,4%
Salir o reunirse con los amigos	98,3%	0,8%	0,9%	97,1%	2,3%	0,6%	1,2%
Asistir a competiciones deportivas	54,0%	45,1%	0,9%	49,3%	49,7%	1%	4,7%
Ir de excursión	82,2%	16,7%	1%	77,3%	22,0%	0,7%	4,9%
Viajar	94,2%	4,7%	1,1%	92,2%	7,3%	0,5%	2%
Ir al cine	91,9%	7,2%	0,9%	91,1%	8,2%	0,5%	0,8%
Ir a teatro	61,1%	37,1%	1,3%	43,3%	55,9%	0,8%	17,8%
Ir a conciertos	87,1%	11,9%	1%	72,4%	26,8%	0,8%	14,7%
Escuchar música	97,2%	2%	0,8%	97,3%	2,2%	0,5%	-0,1%
Ir a museos, exposiciones	59%	39,9%	1,1%	43,1%	56,2%	0,7%	15,9%
Asistir a conferencias,	37,7%	60,9%	1,4%	23,9%	75,2%	0,8%	13,8%
Leer libros	78,4%	20,7%	0,9%	63,2%	36,1%	0,7%	15,2%
Leer prensa	90,7%	8,5%	0,8%	73,3%	25,7%	1%	17,4%
Ver la televisión	91,7%	7,6%	0,8%	92,6%	6,8%	0,6%	-0,9%
Oír la radio	87,1%	12%	0,9%	83,6%	15,6%	0,7%	3,5%
Descansar, no hacer nada	92,7%	6,6%	0,7%	86,4%	12,9%	0,8%	6,3%

Los jóvenes de Zaragoza presentan porcentajes más altos en las preferencias y prácticas de las distintas actividades del tiempo libre que sus coetáneos de otras ciudades del país. En general, esto se traduce en que hay una mayor satisfacción del ocio que en España. Las actividades culturales son las menos preferidas por los

zaragozanos, respecto a los jóvenes españoles. Tal y como se comentó en páginas anteriores, no debe olvidarse que el ocio y el tiempo libre constituyen indicadores culturales de la calidad de vida.

8. LA JUVENTUD Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

8.1. Importancia del estudio

El largo y complejo proceso de independencia personal depende de distintos factores, como el contexto institucional, el mercado de la vivienda y de la propia cultura familiar. En esta transición a la vida adulta el camino es difícil, incierto y precario, debido a los numerosos cambios que nuestra sociedad afronta (Moreno, 2008). El apoyo de las familias, de las amistades, de la pareja es de fundamental importancia, en cuanto a que esta incertidumbre se da en el trabajo, la salud, la familia, etc. Las consecuencias para los jóvenes, en el caso de que las bases no sean lo suficientemente sólidas, consistirán en no poder programar su futuro adecuadamente.

Como plantean Hayes y Ross (1996), los factores sociales influyen en la salud y por ejemplo quién dispone de mayores ingresos práctica más deporte, come mejor y disfruta de una mejor salud física, respecto a los demás. Problemas como la pobreza, el abandono escolar, la inseguridad alimenticia, vivienda, laboral, etc., afectan directamente al estado del bienestar, la salud, las enfermedades y la mortalidad.

Si los investigadores se preocupan de desarrollar cuestionarios sobre la calidad de vida en los jóvenes y en general, en las personas en función de su edad, se debe a la importancia de obtener estos datos para afrontar programas de intervención y cambio basados en las necesidades sociales. De este modo, el tema de estudio se revela muy interesante y actual, aunque resulta difícil de afrontar y requiere una aproximación metodológica rigurosa.

8.2. Aproximación metodológica

Con el fin de abordar el estudio metodológico de las investigaciones que abordan la calidad de vida de los jóvenes, se ha tenido en cuenta el criterio cronológico en relación a la edad de la muestra: desde aquellos estudios que incluyen jóvenes que se encuentran en el final de la infancia, hasta aquellos en los que los jóvenes encuestados inician los procesos de independencia y madurez propios de los adultos. La edad se revela como una variable importante.

Con el fin de contemplar esta diversidad situacional, se ha realizado una búsqueda bibliográfica desde ISI Web of Knowledge, Dialnet e International Society for Quality of Life Research (isoqol; <http://www.isoqol.org>), desde el 2000 con las siguientes palabras claves: la calidad de vida relacionada a la salud, índice de salud, calidad de vida en niños y adolescentes, escalas de la salud en niños, salud de los jóvenes y perfil de la enfermedad, satisfacción en la escuela, clima escolar en jóvenes y adolescentes, comportamiento de salud en edad escolar en los países de la comunidad europea, calidad de vida, World Health Organization Quality of Life (WHOQOL. Calidad de vida en la organización mundial de la salud), World Health Organization Quality of Life version breve (WHOQOL-BREF), factores de riesgo para la salud.

Lógicamente, la primera dificultad se encuentra en el hecho de que en la literatura científica no se dispone de un instrumento único de medida, ya que tal y como se plantea en esta investigación se trata de un intervalo de edad muy amplio. Con el fin de facilitar su exposición se han establecido tres tipos de instrumentos: 1) específicos para los más jóvenes, 2) que engloban la medición de la calidad de vida de la juventud en la población adulta, 3) relativos a la Organización Mundial de la Salud y su proyecto de medición de calidad de vida y salud mental (WHOQOL).

1) En la medida de la calidad de vida de los más jóvenes (ej. de 16 años a 18) se tiende a utilizar escalas infantiles. A menudo, los investigadores adoptan varios instrumentos, con el objeto de completar las dimensiones analizadas y mejorar la validez de las escalas. A continuación se exponen algunos ejemplos de investigaciones desarrolladas con este colectivo empezando por aquellas que se han realizado en un contexto internacional y continuando con las que a lo largo de este texto se han mencionado en relación al contexto nacional.

A) Con niños y adolescentes hasta 18 años se ha utilizado el Kidscreen -52 (Calidad de Vida relacionada con la Salud en Niños y Adolescentes). El Kidscreen presenta como ventaja su adaptación a la edad de los entrevistados. Analiza el estado socioeconómico de la familia, la presencia o ausencia de una enfermedad médica crónica y el apoyo social, lo que permite comprobar si la percepción del estado de salud de los padres influye en la de los hijos y en sus relaciones entre ellos.

Giannakopoulos, Dimitrakaki, Pedeli, Kolaitis, Rotsika, Ravens-Sieberer y Tountas (2009) utilizaron esta escala en Grecia para relacionar la calidad de vida con la salud de los jóvenes y la medida con los padres. Los cuestionarios fueron administrados a 1.194 jóvenes hasta los 18 años y a 973 padres. Los resultados de este estudio establecieron que cuando los padres consideraban que tenían un buen estado de salud mental, los hijos tenían un mejor bienestar físico y psíquico y una mejor relación con los padres.

B) Yqol-S (Youth Quality Of Life Instrument, Instrumento sobre la Calidad de Vida de los Jóvenes) que mide la relación entre padres e hijos en términos de comunicación y apoyo, las expectativas de futuro y los problemas psíquicos y emocionales.

Topolski y Patrick (2001) en su artículo sobre los comportamientos de riesgo que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud, utiliza este instrumento que aplica a 2.801 estudiantes. El apoyo familiar, a través de la presencia de los padres, el poderse relacionar con adultos y el no tener una visión pesimista del futuro son tres de los factores que más influyen de forma positiva sobre la salud y la calidad de vida de los jóvenes encuestados. De los resultados también se infiere la situación complementaria, pudiéndose afirmar que los jóvenes que tienen una visión más positiva sobre el futuro presentan una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

C) El HRQOL (Health-Related Quality Of Life, Medida de la Salud relacionada con la Calidad de Vida) mide la salud mental y psíquica, la salud percibida del individuo y las posibles limitaciones en las actividades diarias de los individuos.

Con este instrumento se tiene en cuenta de manera específica el entorno escolar. Se mide la salud en general, la salud mental de los estudiantes, a través de la alimentación

y el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas cuyo consumo a menudo se inicia por la presión del grupo de los iguales.

Zulling (2005) utilizó este instrumento para analizar la relación entre la satisfacción percibida de la vida y la calidad relacionada con la salud física y mental de los jóvenes. Entrevistó estudiantes americanos hasta los 18 años con problemas de salud mental planteándoles una serie de preguntas en torno a: la familia, los amigos, el entorno, la escuela y ellos mismos.

En los resultados obtenidos se observa como la satisfacción con la vida, varía según la percepción personal que el joven tiene sobre las conductas de salud y del contexto en el que vive. Los que presentaron peores resultados fueron aquellos que vivían en un contexto de escasas interacciones sociales, con bajos ingresos socioeconómicos.

Zulling (2009) continuó con esta línea de investigación en el entorno escolar entrevistando a 200 jóvenes norteamericanos, y añadiendo otras variables como: la satisfacción con la institución escolar, el comportamiento sexual, el clima en el aula, y la salud mental de los estudiantes. La medida de la calidad de vida se relacionó directamente con el clima escolar, la satisfacción institucional y el nivel académico.

Giannakopoulos, Dimitrakaki, Pedeli, Kolaitis, Rotsika, Ravens-Sieberer y Tountas (2009) también utilizaron este instrumento para comparar la relación y congruencia entre la percepción de los padres con respecto de sus hijos en cuanto a temas de salud y calidad de vida, en una muestra griega.

Michel, Bisegger, Fuhr and Abel (2009) utilizaron recientemente el HRQOL en una muestra internacional (21.590 niños y adolescentes) de 12 países europeos. En este estudio interesaba de manera prioritaria determinar diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud en función de la edad y el sexo. Se realizaron análisis de regresión de multinivel para modelar la estructura jerárquica de los datos. Además se calcularon las diferencias sexuales dentro de cada categoría de edad. Los niños generalmente mostraban mejor calidad de vida relacionada con la salud que los adolescentes. Mientras los muchachos y muchachas presentaban una puntuación similar entre los más jóvenes, el grado de calidad de vida de las chicas disminuyó más que el de sus compañeros conforme se avanzaba en la edad. La variación entre países también fue significativa.

D) HPCRS (Healthy Pathways Child Report Scales, Escalas sobre Estrategias Saludables del Niño). Destaca su especificidad en cuanto a la percepción de la salud. Tiene en cuenta las siguientes dimensiones: salud psíquica, mental, reacción negativa al estrés, la nutrición, la vitalidad, la relación con la familia y los profesores, la imagen corporal, los resultados académicos y la agresividad.

En un estudio de Bevans, Riley and Forrest (2010), el cuestionario se aplicó a 2.095 jóvenes menores de 21 años (80% caucásicos, 17% afro-americanos, 3% hispanos) en 34 escuelas. Se quería estudiar la relación entre enfermedad, salud y calidad de vida con un instrumento valido y fiable, capaz de distinguir entre niños con o sin enfermedades crónicas y diferenciar los resultados en función del género.

E) Además de los instrumentos estandarizados comentados, se dispone de información en las numerosas encuestas que con carácter nacional desarrollan los diferentes sistemas de salud. Por ejemplo, en Estados Unidos, el National Health Interview Survey entrevista a niños de 0 a 18 años y analiza especialmente los factores sociales y el estatus socio económico.

F) Los investigadores Verdugo y Sabeh (2002) utilizaron en una muestra hispano-argentina, constituida por niños de ambos países con edades comprendidas entre los 8 y los 14 años el cuestionario Revidierter Kinder Lebensqualitätsfragebogen, cuya sigla es KINDL (de Bullinger y Ravens-Sieberer, 1997). El KINDL es un instrumento que presenta diferentes formatos adaptados a diferentes edades (llegando como máximo a los 16 años).

El objetivo de la investigación era identificar las dimensiones de la calidad de vida en estos niños y valorar la calidad de vida percibida por los mismos. La investigación se dividió en dos partes: la primera con tres preguntas abiertas y la segunda, con el KINDL, cuestionario de 40 ítems en formato escala Likert, que mide 4 factores: bienestar físico, bienestar psíquico, actividades de la vida diaria, y relaciones sociales.

En las preguntas abiertas sobre las dimensiones de la calidad de vida, los participantes expresaron 867 respuestas (oraciones) a las preguntas planteadas. Las dimensiones codificadas posteriormente fueron: ocio y actividades recreativas, rendimiento, relaciones interpersonales, bienestar físico y emocional, bienestar colectivo y valores y bienestar material.

Los datos se analizaron considerando las diferencias existentes según el género, la edad y la nacionalidad. No se encontraron diferencias sexuales significativas en ninguno de los factores contemplados. En función del país, se encontraron diferencias significativas en los factores: bienestar físico y bienestar psíquico. Los niños argentinos presentaron un bienestar físico y psíquico menor que los niños españoles. También se encontraron diferencias significativas en los factores: bienestar físico y actividades de la vida diaria medidos a partir de diversos grupos de edad. Los niños de 12 años obtuvieron una mejor puntuación en bienestar físico que los niños de 8 años. En cambio en las actividades de vida diaria, los niños de 8 años manifestaron una situación más cercana al bienestar.

Cuadro 32: Resumen de los instrumentos utilizados específicos para menores de edad.

Nombre	Investigadores	Procedencia y tamaño de la muestra	Dimensiones principales
Kidscreen -52.	Giannakopoulos, Dimitrakaki, Pedeli, Kolaitis, Rotsika, Ravens-Sieberer y Tountas (2009).	Grecia, 1.194 jóvenes, 973 padres.	Estado socioeconómico de la familia, presencia o ausencia de enfermedad médica crónica y el apoyo social, percepción del estado de salud.
Yqol-S.	Topolski y Patrick (2001).	Estados Unidos 2.801 estudiantes.	Interacción, comunicación y apoyo entre padres e hijos, y los problemas psíquicos y emocionales.
Hrqol.	Zulling (2005).	Estados Unidos. 200 jóvenes.	Salud mental, la salud percibida y la limitación en las actividades diarias de los individuos.
	Michel, Bisegger, Fuhr and Abel (2009).	12 países europeos: Austria, Suiza, Republica Checa, Alemania, Grecia, España, Francia, Hungría, Países Bajos, Polonia, Suecia y Reino.	Salud en general, la salud mental y psíquica de los estudiantes, a través la alimentación, el uso de tabaco, alcohol y otras drogas.
	Giannakopoulos, Dimitrakaki, Pedeli, Kolaitis, Rotsika, Ravens-Sieberer y Tountas (2009).	21.590 jóvenes. Grecia, 1194 jóvenes, 973 padres.	Estado socioeconómico de la familia, presencia o ausencia de enfermedad médica crónica, apoyo social, percepción del estado de salud.
Healthy pathways child report scales.	Bevans, Riley and Forrest (2010).	2.095 chicos (49% varones, 80% blancos, 17% afro-americanos, 3% hispanicos).	Salud psíquica, mental, reacción negativa al estrés, nutrición, vitalidad, relación con la familia y los profesores, imagen corporal, resultados académicos y agresividad.
Kindl	Bullinger y Ravens-Sieberer (1997) Verdugo y Sabeh (2002)	España y Argentina, 215 niños.	Ocio y actividades recreativas, rendimiento, relaciones interpersonales, bienestar físico y emocional, bienestar colectivo y valores y bienestar material.

Los resultados obtenidos también muestran ciertas diferencias culturales entre los dos países a la hora de priorizar diferentes valores y dimensiones de la calidad de vida. Mientras que en Argentina se da mucha importancia a la relación interpersonal que se genera entre alumno-profesor, en España se valora más, el rendimiento propio del alumno. Estas diferencias podrían deberse a la diversidad socioeconómica de las familias (situación más holgada en España) y el estilo de vida. Las familias españolas privilegian el valor instrumental del entorno educativo de los hijos, siendo más exigentes sobre su rendimiento escolar. Además, en Argentina la escuela pública vive en una situación de deterioro, que influye sobre la calidad de la enseñanza, por lo que es probable que los padres argentinos y sus niños no valoren tanto el resultado visible de sus calificaciones escolares.

2) En relación a la medida de la calidad de vida relacionada con la salud y con población adulta incluyendo jóvenes mayores de 18 años, destacan las investigaciones que utilizan los siguientes instrumentos:

A) EUROQOL 5D (European Quality Of Life, Medida de la Calidad de Vida Europea), incluye las dimensiones psicológicas, sociales y físicas de la calidad de vida. Entre las variables se integra la medida de la ansiedad y la depresión que son estadísticamente significativas para los jóvenes con respecto a otras edades y se sufren de manera especial en el colectivo de las mujeres jóvenes.

En una investigación llevada a cabo por Burström, Johannesson y Rehnberg (2007) se analizó con este instrumento el cambio y el estado de salud en Suecia de jóvenes y adultos. En las dimensiones psicológicas propuestas (ansiedad, depresión, dolor, incomodidad), se evidenció que las mujeres jóvenes presentaban porcentajes más altos de problemas de salud. De manera complementaria, estas cifras disminuían en los hombres más jóvenes. El hecho de que Suecia sea un país donde la crisis socioeconómica extendida a nivel mundial no tenga una fuerte repercusión a nivel sociolaboral, podría ser la razón por la cual los más jóvenes no presenten un nivel muy elevado de ansiedad. O quizás podría ser debido a su temprano proceso de independización familiar que les permite desarrollar con más perspectiva que otros jóvenes de la Unión Europea sus expectativas de futuro. El artículo concluye destacando la importancia de esta investigación y su relación con el estado de salud de la población entrevistada.

B) En nuestro entorno europeo, destaca también la aplicación de los cuestionarios de la familia del Short Form Health Survey (SF, Formulario Breve sobre Salud), que es un instrumento que permite evaluar elementos que definen la salud, en sus dimensiones biopsicológicas, socioeconómicas y culturales, de forma dinámica y multidimensional (Tuesca, Centeno, de la Ossa, García y Lobo, 2008). Este cuestionario no se aplica solo y exclusivamente a los jóvenes sino al núcleo familiar.

Por ejemplo, en un estudio de Kristjansdottir, Sundelin y Naessen (2009), desarrollado en el ámbito de la obstetricia y la ginecología con 1.495 personas hasta los 25 años realizado en Suecia, se estudiaron con el SF36 las dimensiones: función física y mental de mujeres jóvenes. La importancia de este estudio radica en su enfoque holístico de la salud y la promoción de la misma desde una perspectiva psicológica. Los resultados obtenidos con este cuestionario fueron comparados con otras muestras. El trabajo se desarrolló a lo largo de 12 meses. Los datos indicaron que especialmente las

chicas muestran una baja percepción de la salud física y mental, mientras que la de los chicos es mucho mejor. Se propone la realización de estudios longitudinales para poder observar si con el tiempo, la percepción de la salud mental y de la propia calidad de vida puede variar en las muestras de población analizadas.

En el estudio de Jörngården, Wettergen y Von Essen (2006) se diseñó la combinación de diferentes instrumentos: el SF-36 (Short Form), el HADS (Hospital Anxiety And Depresión Scale, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) y diferentes estrategias muestrales (entrevista directa, por correo y por teléfono). Se contó con 585 jóvenes distribuidos en tres grupos: de 13 a 15 años, de 16 a 19 y de 20 a 23. La misma proporción de encuestas fue implementada a chicos y chicas. Los resultados subrayan la importancia de la edad, del género, y el método de desarrollo de la encuesta. Los sujetos que contestaron por teléfono o por correo, se encontraban más cómodos disminuyendo incluso su nivel de ansiedad desde la situación del anonimato. De todos los entrevistados las mujeres presentaban un mayor nivel de ansiedad y mayores síntomas depresivos, que disminuían cuando no existía el contacto ocular con las mismas.

Cuadro 33: Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud utilizados en muestras de adultos y jóvenes mayores de edad.

Nombre	Investigadores	Procedencia y tamaño de la muestra	Dimensiones principales
Euroqol 5D.	Burström, Johannesson y Rehnberg (2007).	Suecia. 4950 adultos.	Dimensiones psicológicas, sociales y físicas. Ansiedad, depresión, dolor, incomodidad.
SF 36	Tuesca, Centeno, de la Ossa, García y Lobo (2008).	Colombia. 845 estudiantes.	Salud, dimensiones biopsicológicas, socioeconómicas y culturales (ámbito de la obstetricia y la ginecología).
	Kristjansdottir, Sundelin y Naessen (2009).	Suecia. 1.495 personas.	Vitalidad, rol emocional y mental.
Encuesta de Juventud de Zaragoza	Sanz, Navarrete y Pac (2007)	España (Zaragoza). 1.800 personas	Instrucción, itinerario laboral, situación familiar, adscripción política, asociacionismo, percepción de la ciudad.

C) Ayuntamiento de Zaragoza. En el estudio de Sanz, Navarrete y Pac (2007) se analizaba: itinerario formativo, laboral, de emancipación-autonomía, la percepción de futuro, los programas y actividades del servicio de juventud, las nuevas tecnologías, el ocio, la política, el asociacionismo, los valores y la percepción de la ciudad. En la

muestra constituida por 1.800 sujetos, se pretendía analizar la calidad de vida de los jóvenes, teniendo en cuenta las variables género, nivel de escolarización, situación laboral, ocio, estudios de los padres y lugar de nacimiento. La amplitud de la muestra y el nivel de confianza alcanzado han permitido afirmar que es el primer estudio de estas características desarrollado en Zaragoza, a fin de orientar una política de juventud que se recoge en el III Plan Joven.

3. Cuestionarios de la familia WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) desarrollados desde el proyecto de salud y calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones con muestras de jóvenes.

El hecho de que este instrumento se utilice a nivel mundial, permite llevar a cabo un posterior trabajo de análisis y comparaciones de resultados muy enriquecedores para nuestro estudio. Además a diferencia de otros instrumentos que se centran más en otras características como las sociodemográficas o los estilos de vida, el Whoqol evalúa de manera multidimensional e interdisciplinariamente la calidad de vida relacionada con la salud.

En su aplicación internacional encontramos diferentes versiones:

- La versión original está constituida por 100 ítems que evalúan la CV percibida por el sujeto. Estructuralmente, se compone de seis áreas, las cuales a su vez se subdividen en un total de 24 facetas, además de la valoración de la CV y la salud general: salud física, funciones psicológicas, independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad/religión/creencias personales. Proporciona un perfil de CV, aportando una puntuación global y factorialización específica de algunos aspectos sobre la calidad de vida, como por ejemplo las sensaciones positivas, el apoyo social, los recursos financieros, las relaciones sociales, la calidad de vida y la salud en el área psicológica.
- Adaptaciones culturales como la turca en la que se realizan pequeñas variaciones en el número de ítems (98 ítems frente a los 100 originales).
- La versión BREF que también agrupa y reduce el número de factores generales y que esta muy extendida dada sus características psicométricas de fiabilidad y validez siendo una escala breve. En relación a los estudios de juventud tiende a ser la escala más utilizada a nivel internacional.

A) WHOQOL 98. En Turquía la versión larga del WHOQOL 98 se ha reducido a 98 ítems para poder ser adaptada mejor a la muestra elegida, en el contexto escolar y de instituto (Cilga, 2010). Se entrevistó a una muestra de 243 estudiantes, de diferentes niveles escolares: 135 de la escuela primaria (55,6%), 108 de la secundaria (44,4%) y género (122 chicas, correspondientes al 50,2% y 121 chicos, con el 49,8% de la muestra). La selección de la muestra de estudiantes de primaria y secundaria se desarrolló en una zona de riesgo socioeconómico en relación a la calidad de vida - salud (Kecioren-Ankara).

En la misma línea de integrar la investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud en entornos no sanitarios, resulta muy interesante la aplicación del Whoqol por Cilga (2010) en relación a la violencia escolar.

B) WHOQOL Bref. Se ha utilizado con frecuencia para medir la calidad de vida en jóvenes entre 16 y 30 años. El trabajo de adaptación del Whoqol Bref ha sido arduo y laborioso en su traducción lingüístico- semántica a diferentes culturas. No obstante, las investigaciones en el entorno internacional demuestran que el Whoqol Bref, resulta ser una herramienta fiable y válida para analizar la calidad de vida relacionada con la salud.

El Whoqol-Bref (1998) es más fácil de administrar respecto a sus versiones extensas ya que consta únicamente de 26 ítems. Esta versión reducida contempla la medida de la percepción del individuo del estado de salud, el estado psicosocial y otros aspectos de la calidad de vida. En este sentido, se recogen preguntas sobre el modo de vivir, las propias expectativas y las preocupaciones personales. Prioriza y sintetiza las dimensiones originales del cuestionario en cuatro áreas generales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Estos aspectos coinciden con los objetivos de nuestro estudio, lo que ha sido decisivo para su elección frente a otros cuestionarios con excesivo peso epidemiológico, que también fueron evaluados en el diseño de los instrumentos.

Por ejemplo, en el artículo de Saxena, Carlson, Billington y Orley (2001), se utilizó el Whoqol Bref, para entrevistar 4.804 jóvenes y adultos de 15 centros hospitalarios y en 12 idiomas. Los centros estaban localizados en Tailandia, Reino Unido, España, Israel, Zimbabwe, India, Australia, Panamá, Francia, Estados Unidos, Rusia, Países Bajos, Japón y Croacia. Las mujeres entrevistadas constituyeron el 53,2% de la muestra.

En la medida de la calidad de vida, los jóvenes consideraban más importantes algunos aspectos psicológicos, como pensar claramente, unas expectativas positivas de futuro y algunos aspectos sociales y de trabajo (relacionarse con otra gente, ser capaz de trabajar). Los adultos entrevistados priorizaban otros aspectos como el medio ambiente, ayudas sociales adecuadas, transporte, asistencia médica adecuada, sentirse físicamente bien.

El estudio de Li, Ky y Nokkaew (2008) profundizó en las características psicométricas de este instrumento con una muestra de estudiantes universitarios de Bangkok. Se entrevistaron a 406 jóvenes (177 varones y 229 mujeres). El Whoqol bref tiende a presentar una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,73 - 0,83$) en las diferentes muestras internacionales.

Además de la utilización del Whoqol bref, en investigaciones sobre salud y calidad de vida en general, este instrumento también se ha aplicado en estudios más específicos en relación al impacto de los estilos de vida y factores de riesgo.

Por ejemplo en la investigación sobre la relación entre salud mental y alimentación en los jóvenes en la ciudad de Dhaka, capital del Bangladesh, se estableció una comparación entre el medio urbano y rural. Los autores del mismo Isutzu, Tsutsumi, Islam, Kato, Wakai y Kurita (2006) analizaron una muestra compuesta por 187 niños y 137 niñas del área rural, y 157 niños y 121 niñas del área urbana. Se aplicaron escalas de salud que medían entre otros los desordenes neurológicos, los problemas psicológicos (la ansiedad, depresión) y las situaciones de pobreza. A cada entrevistado se le midió la estatura y el peso, para observar cómo influían sobre la calidad de vida

relacionada con la salud. Todas las diferencias significativas sobre las características demográficas y unidades antropométricas reflejaban peores condiciones de vida en las áreas urbanas que no urbanas. Los resultados también reflejaron que las mujeres presentan mayores niveles de depresión que sus compañeros y que la población del medio urbano desarrollaba más sus habilidades sociales, respecto a los del medio rural, debido en gran medida, a la cantidad de estímulos y posibilidades de elección que se compartían en la urbe.

Estos resultados nos remiten a la importancia del contexto donde se desarrolla la persona, convirtiéndose en un indicador fundamental de calidad de vida, especialmente en los países en vías de desarrollo.

Hay que tener en cuenta que un entorno como el urbano puede presentar también sus riesgos para la salud más específicos, como son los accidentes de tráfico (United Nations Environment Programme, 1995 y WHO, 2001), las enfermedades respiratorias (Lovik, Dybing and Smith, 1996, Italian Studies on Respiratory Disorders in Childhood, SIDRIA, 1997), el cáncer (Schouten, Meijer, Huveneers y Kiemenev, 1996), las enfermedades cardiovasculares e hipertensión (Barnett, Strogatz, Armstrong y Wing, 1996; Kaufman, Owoaje, James, Rotimi y Cooper, 1996; Mufundu, Sigola, Chifamba y Vengesa, 1994), la mortalidad infantil y juvenil (Backmann, London y Barron, 1996, Kuate Defo, 1996; Sastry, 1997) y los problemas de salud mental (Cheng, 1989; Gillis, Welman Kock and Joyi, 1991; Mueller, 1981; Rahim and Cederblad, 1986; Shepherd, 1984; Sijuwade, 1995; Varma et al., 1997).

De hecho, Takano (1996) indica que los problemas de salud mental entre los jóvenes aumentan en las ciudades, debido a una mayor propensión al consumo de drogas, alcohol, tabaco, problemas sexuales y psicológicos.

Por ejemplo en Bangladesh, Islam, Ali, Ferroni y Underwood y Alam (2003) lideraron un estudio comunitario con población urbana en Dhaka y se constató que el 28% de los entrevistados presentaba problemas psiquiátricos. Sin embargo, los autores al comparar la calidad de vida de los jóvenes residentes del medio urbano y del medio rural, demostraron que los factores debidos a la alimentación, nivel de escolarización, posición económica y social, falta de condiciones higiénicas y saludables se repartía de una manera geográfica diferencial. En las zonas rurales también se sufren numerosos riesgos para la salud. Uno de los más evidentes se produce en el traslado masivo de familias campesinas al entorno urbano, los jóvenes tienden a padecer un mayor riesgo epidemiológico, a no ser aceptados por sus pares y debido en algunos casos a la falta de escolarización y dificultades para encontrar un trabajo. En el entorno rural donde las nuevas tecnologías no son conocidas y aplicadas, sobre todo en países muy pobres, los factores de riesgo son notables, debido a la falta de recursos tanto materiales como sociales.

Cuadro 34: Resumen de WHOQOL 98 y Bref utilizados con jóvenes.

Nombre	Investigadores	Procedencia tamaño de muestra	y de la	Aplicaciones
WHOQOL 98	Cilga (2010).	Turquía, estudiantes.	243	Calidad de vida en el ámbito escolar.
WHOQOL Bref	Saxena, Carlson, Billington y Orley (2001).	15 centros y idiomas.4.804 jóvenes y adultos.	12	Actividades diarias, salud física y mental, vitalidad, percepción de si mismo y los demás, imagen corporal y vida sexual de forma cultural y mundial.
	Isutzu, Tsutsumi, Islam, Kato, Wakai y Kurita (2006).	Bangladesh. chicos y 137 chicas de la área no urbana.	187	Desórdenes neurológicos y problemas psicológicos de los entrevistados. Ansiedad, depresión y pobreza de los entrevistados.
	Li, Kay y Nokkaew (2008).	406 jóvenes varones y mujeres).	(177 229	La calidad de vida de estudiantes de las más grandes universidades de Bangkok.

En el apartado metodológico analizamos las características propias de la aplicación del WHOQOL Bref en un contexto comunitario como es el barrio de Casablanca. Nuestro estudio aporta a la línea de trabajo internacional la comprensión y análisis del impacto de lo local.

MARCO EMPÍRICO

PARTE I: DISEÑO METODOLÓGICO

1. OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio se corresponden con las prioridades internacionales y nacionales en materia de mejora de la calidad de vida y de la salud de los jóvenes y promoción de hábitos saludables en general. Para su selección se han consultado las estrategias y políticas diseñadas por los organismos e instituciones más relevantes sobre estas materias.

- 1.- Analizar aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida de los jóvenes del barrio de Casablanca, centrándose en cuestiones como los hábitos de vida saludables en función de variables como la edad, el estado civil, el número de miembros de la familia y la situación laboral y educativa.
- 2.- Constatar de qué manera la falta de un contrato laboral estable, presentar un periodo de instrucción reducido, no independizarse económicamente influyen en la calidad de vida, en la salud física y mental, y en la elección de hábitos de vida saludables de los jóvenes. Además este tema de estudio permitirá inferir proyectos de prevención y promoción de la salud en el barrio con dicho colectivo.
- 3.- Observar como en un entorno comunitario concreto se configuran dentro de un marco local de referencia los determinantes sociales de la calidad de vida relacionada con la salud y de esta manera acercarnos a la comprensión de cómo los jóvenes toman decisiones sobre su propia salud y sus estilos de vida.

2. HIPÓTESIS

- El sexo, la edad, el nivel educativo, la situación socioeconómica y el estado civil son variables sociodemográficas que condicionan los estilos de vida e influyen sobre la salud y el nivel de bienestar percibido de los jóvenes.
- La falta de trabajo, de recursos educativos y/o de ingresos económicos son factores que repercuten negativamente en la calidad de vida y en la percepción de la salud del colectivo juvenil del barrio, pudiéndose detectar grupos especialmente vulnerables.
- Los determinantes sociales de la salud expuestos para los jóvenes en la adopción de hábitos saludables y en su calidad de vida, se distribuyen diferencialmente en función de las características familiares y comunitarias en las que dicho colectivo se integra.

3. UNIVERSO

En los artículos 2 y 32 del Reglamento de órganos territoriales y de participación ciudadana en el Ayuntamiento de Zaragoza, de 30-10-2002 se establece que en el casco urbano de Zaragoza se encuentran catorce distritos municipales, regidos por Juntas Municipales: Centro, Casco Histórico, Delicias, Universidad, San José, Las Fuentes, Almozara, Oliver-Valdefierro, Torrero, Actur-Rey Fernando, Arrabal, Casablanca, Santa Isabel y Miralbueno. En el resto del término municipal de Zaragoza se integran quince barrios rurales, regidos por sus respectivas Juntas Vecinales: Alfocea, Casetas, Garrapinillos, Juslibol, La Cartuja Baja, Montañana, Monzalbarba, Movera, Peñafior, San Gregorio, San Juan de Mozarrifar, Torrecilla, Venta de Olivar, Villamayor y Villarrapa. Los distritos municipales se agrupan en cinco Consejos de Distrito Municipales:

- Distrito 1: Juntas de Actur –Rey Fernando, de Arrabal y Santa Isabel;
- Distrito 2: Juntas de Centro y Casco Histórico;
- Distrito 3: Juntas de Delicias y Almozara;
- Distrito 4: Juntas de Las Fuentes, San José y Torrero;
- Distrito 5: Juntas de Universidad, Casablanca y Oliver-Valdefierro.

Casablanca se encuentra ubicada en el distrito 5 de la ciudad, junto con Universidad y Oliver-Valdefierro. Ha sido elegida para este estudio por la proporción elevada de población juvenil residente y por la heterogeneidad socioeconómica de la misma.

Si por algo se caracteriza el barrio de Casablanca es por su diversidad. De ser a finales del siglo XIX una zona de regadíos y de recreo (por la presencia del Canal Imperial de Aragón), evolucionó a mitad del siglo XX a zona residencial periférica de una ciudad polo de desarrollo industrial (Zaragoza). Desde 1960 y hasta la fecha, la estructura poblacional y las tradicionales tareas agrarias e industriales, se han transformado en actividades económicas y socioprofesionales urbanas.

Hoy en día, constituye un vecindario marcado por los contrastes y las diferencias de composición sociodemográfica, que en parte se justifican por la aceleración de los cambios pasados (Federación de Asociaciones de Vecinos, 1981; Gobierno de Aragón, 1994). El núcleo tradicional de calles estrechas y viviendas de ladrillo de tres, cuatro plantas sin ascensor, convive con el actual proceso de especulación y los chalets unifamiliares (Garrido, 2001). El estudio de la trayectoria histórica y social del barrio puede ser de gran utilidad para entender los procesos vecinales de otras comunidades.

El padrón poblacional del núcleo histórico de Casablanca refleja una distribución de vecinos (3.136) y vecinas (3.378) similar a la que encontramos en Zaragoza. Sin embargo, dos tendencias diferencian esta comunidad del resto de la ciudad: la relativa juventud del barrio en relación a la ciudad (en Casablanca la población menor de 30 años constituye el 43,59% del barrio, mientras que en Zaragoza es de un 40,67%) y el elevado porcentaje de personas que residen en Casablanca y han nacido en otra comunidad Autónoma (el 25,11% de la población procede de Andalucía y Extremadura).

La expansión en los últimos años del uso residencial del suelo ha hecho que Casablanca sea hoy el distrito más amplio de los que configuran el mapa de la ciudad. A los aproximadamente diez mil habitantes del barrio inicial, se suman los cerca de nueve mil habitantes de Montecanal y Rosales del Canal. El crecimiento de la ciudad hacia el sur ha propiciado la creación de nuevos barrios como Arco Sur y Ecociudad Valdespartera donde, una vez ocupadas las más de nueve mil viviendas (30.000 personas) proyectadas, se convertirá en el distrito más extenso y poblado de la ciudad.

La elección de este universo se debe a su diversidad sociodemográfica (Gil-Lacruz, Laborda, García y Pardos, 1993; Federación de Asociaciones de Vecinos, 1981), ya que es posible encontrar viviendas tanto de bajo standing como las del Centro Histórico como de alto standing, como las urbanizaciones de Fuentes Claras. Además se pueden observar diferencias de estratificación social en diversas zonas del territorio, delimitadas por barreras naturales (carretera nacional de Valencia y canal imperial de Aragón).

Dado que Casablanca pertenece a un distrito en expansión se puede analizar el índice de natalidad y fecundidad del distrito 5 en el que se integra para observar como crece la población, teniendo en cuenta que los datos de Grilló (2002), se refieren a los años que abarcan del 1979 al 1996.

Cuadro 35: La situación sociodemográfica actual en el distrito 5: índice de natalidad (Grilló, 2002).

Ámbito de análisis	Población < 1 año	Por 1.000	Ciudad
Término municipal	4.929	8,250	100
Gran Vía/Bretón	53,2	5,450	66
Ciudad Universitaria	24	5,230	63
La Romareda	92	8,230	100
Parque	16	6,360	77
Gran Vía/La Salle	38,2	5,490	67
Gran vía/Goya	45,2	7,120	86
Ruiseñores	54	6,830	83
Casablanca	35	6,700	81
Ojo del Canal	13,6	7,080	86
C. ^a Valencia/Valdespartera	21,8	8,490	103
Ensanche	393	6,660	81

El índice de natalidad en Casablanca con niños con edades inferiores a un año resulta ser medio/bajo. En el distrito 5, el valor más alto lo presenta el barrio de C.^a Valencia/Valdespartera con el 8,490 por mil nacidos y el más bajo corresponde a Ciudad Universitaria con 5,230.

Cuadro 36: La situación sociodemográfica actual en el distrito 5: tasa de fecundidad (Grilló, 2002).

Ámbito de análisis	Población 0-4	Mujer 20-44	Fecundidad	Ciudad
Término municipal	24.646	115.060	0,214	100
Gran Vía/Bretón	266	1.758	0,151	71
Ciudad Universitaria	120	781	0,154	72
La Romareda	460	2.082	0,221	103
Parque	80	446	0,179	84
Gran Vía/La Salle	191	1.208	0,158	74
Gran vía/Goya	226	1.151	0,196	92
Ruiseñores	270	1.356	0,199	93
Casablanca	175	1.013	0,173	81
Ojo del Canal	68	361	0,188	88
C. ^a	109	460	0,237	111
Valencia/Valdespartera				
Ensanche	1.965	10.616	0,185	86

Se observan marcadas diferencias en la distribución de las mujeres entre 20 y 44 años en el distrito 5. La mayor concentración se da de nuevo en la Romareda y la menor en el Ojo del Canal. La tasa de fecundidad más alta se da en los barrios con mayor número de mujeres. Casablanca ocupa una posición intermedia presentando un índice de 0,17 frente al promedio del distrito 5 (0,21).

Cuadro 37: Nivel de instrucción de la población del distrito 5 (Grilló, 2002).

Ámbito de análisis	Población > 5 años	Nivel bajo		Nivel medio		Nivel alto	
		% ciudad	100	% ciudad	100	% ciudad	100
Término municipal	565.021	68,3%	100	15,5%	100	16,1%	100
Gran Vía/Bretón	9.493	54,7%	80	18,9%	122	26,3%	163
Ciudad Universitaria	4.461	54,2%	79	18,0%	166	27,9%	173
La Romareda	10.710	46,2%	68	20,2%	130	33,7%	208
Parque	2.435	38,6%	57	24,1%	156	37,2%	230
Gran Vía/La Salle	6.762	46,0%	67	19,5%	126	34,5%	214
Gran vía/Goya	6.105	51,7%	76	18,4%	119	29,8%	185
Ruiseñores	7.599	53,5%	78	18,2%	117	28,3%	175
Casablanca	5.036	69,2%	101	16,6%	107	14,2%	88
Ojo del Canal	1.852	36,0%	53	22,8%	147	41,3%	256
C. ^a Valencia/ Valdespartera	2.452	55,1%	81	19,5%	126	25,3%	157
Ensanche	56.905	51,5%	75	19,2%	124	29,3%	181

Casablanca se distingue por ser la subzona del distrito 5 con el mayor porcentaje de nivel bajo de instrucción (69,2%), sólo un 14,2% de la población alcanza el nivel universitario. En este barrio la población mayor de 5 años es inferior al resto de la ciudad, si se tiene en cuenta que el distrito con niños más numeroso es el de la Romareda y el menor, Ojo de Canal. Una explicación podría encontrarse en el hecho que de los tres barrios la Romareda es el que está más cerca de la Universidad y disfruta de un abanico más grande de oferta en educación.

La mayoría de la actividad laboral se da en el sector empresarial (87% de los empadronados en Casablanca), ya que las actividades profesionales sólo alcanzan el 13%. El sector empresarial se dirige fundamentalmente al comercio, restauración, hostelería y reparaciones (55,16% del sector empresarial, abarcando a un total de 262 empresas dedicadas a este tipo de actividades).

Como elemento para la reflexión resalta la evolución desigual de la actividad laboral en función del sexo. El paro se da más entre las mujeres y los jóvenes del barrio. El cierre de empresas y los recortes de personal llevan a unas perspectivas de futuro poco halagüeñas para los colectivos desfavorecidos del barrio. La situación se refleja en una paradoja: la población originaria busca otras zonas residenciales de la ciudad con mejores opciones laborales y por otra, profesionales liberales acuden a las nuevas urbanizaciones del barrio, en busca de mejores condiciones de residencia.

4. MUESTRA

En base a los 2.129 jóvenes residentes empadronados en el barrio, se constata que para que la muestra sea representativa del barrio con un nivel de confianza del 90% y un margen de error ± 5 (en el caso más desfavorable que es el que se corresponde con la proporcionalidad equivalente para los dos sexos) es necesario encuestar a 241 personas mayores de 15 años y menores de 30 años. Se trabaja con una población de 6.514 personas (inferior a 100.000 habitantes y $N < 20n$). Esto quiere decir que el universo contiene menos de 20 veces el tamaño muestral (Mateo y García, 1989).

La muestra definitiva se estratificó según el sexo (hombres y mujeres) y la zona de residencia (Viñedo Viejo, las Nieves y Fuentes Claras). A los 241 casos necesarios para que la muestra fuera representativa de la población se añadieron 4 entrevistas más para tener cierta holgura de interpretación para las respuestas en blanco. En Viñedo Viejo, se entrevistó a un 62% de la muestra, en las Nieves a un 16% y en Fuentes Claras a un 22%.

Cuadro 38: Composición de la muestra en función de la edad y sexo.

Edad	Sexo		Total
	Chico	Chica	
16	10	20	30
17	14	8	22
18	8	6	14
19	9	9	18
20	10	15	25
21	5	10	15
22	18	18	36
23	9	7	16
24	13	5	18
25	6	8	14
26	4	4	8
27	5	6	11
28	4	5	9
29	7	2	9
Total	122	123	245

Cuadro 39: Composición de la muestra en función de la zona de residencia y el sexo.

Zona	Sexo		Total	%
	Chico	Chica		
Viñedo Viejo	79	73	152	62%
Las Nieves	12	28	40	16%
Fuentes Claras	31	22	53	22%
Total	122	123	245	100%

El criterio que se ha seguido en la estratificación de la muestra en función de la edad se basa en cuestiones estadísticas e institucionales que van a permitir comparar los resultados del estudio con otras investigaciones, y así, poder apuntar estrategias de intervención adaptadas al sistema de trabajo de los servicios públicos.

El grupo de jóvenes abarca según el Instituto de la Juventud (2004) desde los 15 hasta los 30 años. Nosotros distinguimos a su vez aquellos que son mayores de edad frente a los que no lo son. La edad mínima de los encuestados es de 16 años tal y como se propone en las encuestas nacionales de salud. De esta forma, la edad constituye una variable determinante de los procesos de socialización, los diferentes modelos generacionales de jóvenes y el acceso y roles en relación al trabajo y la independencia. La situación laboral favorece la capacidad adquisitiva y por tanto, la posibilidad de elegir entre diferentes opciones, lo que repercute en la capacidad de obtener ayuda en caso de necesidad. Al mismo tiempo, el nivel educativo y la zona de residencia influyen notablemente en la salud y resultan ser un indicador de estratificación social.

Cuadro 40: La situación sociodemográfica actual en el distrito 5: índice de juventud (Grilló, 2002).

Ámbito de análisis	Población < 15 años	Juventud	Ciudad
Término municipal	84.464	14,13%	100
Gran Vía/Bretón	1.063	10,88%	77
Ciudad Universitaria	456	9,95%	70
La Romareda	1.813	16,22%	115
Parque	311	12,36%	87
Gran Vía/La Salle	723	10,39%	74
Gran vía/Goya	696	10,97%	78
Ruiseñores	888	11,23%	80
Casablanca	672	12,86%	91
Ojo del Canal	290	15,09%	107
C. ^a Valencia/Valdespartera	388	15,10%	107
Ensanche	7.300	12,38%	88

El 1 de enero de 2004, los jóvenes entre 15 y 19 años que residían en el municipio de Zaragoza eran 130.120. En el distrito 5 el menor número de jóvenes se concentra en la Ciudad Universitaria, el mayor en C.^a Valencia/Valdespartera, mientras Casablanca está en la media con un 12,86%.

Anterior a esta tesis doctoral, se realizó un estudio sociológico sobre los jóvenes de Zaragoza (Sanz, Navarrete y Pac, 2007) entrevistando 1.804 personas, de los cuales 304 jóvenes residían en el distrito n.º 5, que incluye la zona Universidad, Casablanca y Oliver-Valdefierro. En Casablanca, se entrevistaron 46 sujetos (23 hombres y 23 mujeres) entre los 15 y los 29 años. De los jóvenes entre 15 y 19 años se realizaron entrevistas a 6 chicos y a 7 chicas; entre los 20 y 24 años un total de 16, divididas en el mismo número entre chicos y chicas; entre los 25 y los 29 años: 9 hombres y 8 a mujeres.

En la investigación de Sanz, Navarrete y Pac (2007) el objetivo general era conocer las opiniones, valores y necesidades de los jóvenes de Zaragoza, partiendo de sus itinerarios formativos y ocupacionales, sus procesos de emancipación (incorporación al mercado de trabajo y a la vivienda independiente), etc., en función de su grupo o clase social de pertenencia y/o referencia. Además, se intentaba proporcionar al Ayuntamiento de Zaragoza argumentos para orientar las políticas municipales de juventud. Para ello se contó con la participación permanente del Servicio de Juventud y de sus responsables técnicos.

Esta encuesta planteaba además de las cuestiones sociodemográficas básicas (relativas al sexo, edad, nivel de estudios, zona de residencia, etc.) preguntas relativas a la satisfacción con su ocupación y/o estudios, el tiempo previsto para su finalización, el tipo de contrato y el nivel de cualificación, los ingresos habituales y los gastos mensuales. Se les preguntó sobre la percepción del futuro laboral y familiar. Otras cuestiones versaron sobre el conocimiento y opinión de la política juvenil del Ayuntamiento de Zaragoza, la disponibilidad de medios tecnológicos, la preferencia y práctica de distintas actividades de ocio y tiempo libre, la auto-identificación ideológica,

los problemas sociales que más preocupan a los jóvenes y las actuaciones posibles para mejorar la calidad de vida de los jóvenes de Zaragoza.

Desde una perspectiva regional, el estudio sociológico realizado por Gastón, Casajus, Castillo, Dalmaso, Gastón, Pueyo y De Simon (2002) contó con una muestra de 2.200 jóvenes aragoneses encuestados entre los 15 y 29 años. Se realizaron entrevistas en 75 municipios de la Comunidad Autónoma de Aragón: 27 de la provincia de Huesca, 29 de la de Teruel y 19 de Zaragoza, además de 10 barrios urbanos y 6 rurales de Zaragoza capital. El muestreo fue polietápico y estratificado por tamaño de hábitat. Como en el caso anterior, el objetivo general de esta investigación fue establecer un diagnóstico del estado actual de los jóvenes, conociendo también sus necesidades y expectativas, para luego poderlos comparar con el resto de españoles de su edad.

Las preguntas abarcaban temas como las actividades que más le gustaban realizar fuera y dentro de casa, los planes futuros de trabajo de las chicas, la valoración de las consecuencias de la emancipación, el localismo versus cosmopolitismo, las razones para ir a Europa, la frecuencia de conexiones a Internet, lectura de revistas y libros, la práctica deportiva, la situación actual respecto a los estudios, si pertenecen a algún partido político o sindicato, el consumo de alcohol y tabaco y la situación económica general.

5. INSTRUMENTOS

En la investigación de Casablanca se ha optado por una metodología cuantitativa en formato encuesta para el diseño del estudio porque su objetivo se sitúa en el análisis de frecuencias, diferencias entre colectivos y detección de grupos y comportamientos de riesgo.

Las encuestas de salud permiten analizar una variedad de factores que se aproximan a la medida del nivel de salud de los jóvenes. Son encuestas donde emergen las opiniones, necesidades, creencias, actitudes y experiencias de los mismos. La ventaja de seleccionar variables psicosociales estriba en la posibilidad de definir grupos de riesgo, necesidades sociales y recursos para poder diseñar intervenciones, programas preventivos y promotores de la salud. En este sentido, ocupan un lugar esencial y fundamental tanto en la investigación como en la intervención en temas de salud y calidad de vida (Gil-Lacruz, 2000).

El siguiente cuadro se corresponde con las variables del cuestionario integrado. Los resultados obtenidos podrán compararse con estudios de carácter autonómico, nacional e internacional.

Cuadro 41: Instrumentalización de los conceptos utilizados en la investigación.

Conceptualización	Fuentes utilizadas en el diseño de instrumentos específicos
Características sociodemográficas	Estudio Sociológico sobre los Jóvenes (2007)
	European Household Panel Data (2001)
	Encuesta sobre Condiciones de Vida (2007)
	Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (2008)
Calidad de vida y salud	Encuesta Nacional de Salud (2006)
	Versiones españolas del World Health Organization Quality of Life Assessment y WHOQOL-BREF (1998)
Estilos de vida	Estudio Sociológico sobre los Jóvenes (2007)
	Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (2008)
	Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (2002)
	Estudio de los Estilos de Vida de la Población en España (2004)

5.1. Características sociodemográficas

Por variables sociodemográficas se entienden las características de la población del distrito representativas de la muestra, como: sexo, edad, estado civil, nivel escolar, ingresos, situación laboral, territorio de procedencia y antigüedad de residencia. Con este estudio se pretende evaluar cuáles son las condiciones sociales, económicas y familiares en las que viven los encuestados, con el fin de analizar el ambiente físico y social en el que se desenvuelven y las opciones con las que cuentan en su desarrollo.

Se ha elaborado un instrumento específico sobre las características sociales, familiares y laborales de la población juvenil del barrio de Casablanca. Se contemplan las siguientes dimensiones: edad, estado civil, número de miembros en el hogar, nivel de estudios (propio y del cónyuge), situación laboral y situación económica objetiva y percibida. Para su diseño se seleccionaron indicadores del Estudio Sociológico de los Jóvenes (2007) realizado por el European Household Panel Data (2001), la Encuesta sobre Condiciones de Vida (2007) y la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (2008).

5.2. Calidad de vida y salud

Se utilizan dos instrumentos: uno para medir el estado general de salud y el consumo de medicamentos y el otro para evaluar la calidad de vida. Respecto al concepto de salud, se adopta la definición multidimensional promulgada por la OMS, como un estado completo de bienestar físico, mental y social. Asimismo, se integra aquí el concepto de calidad de vida por considerar que incorpora aspectos como las expectativas o preocupaciones personales, esenciales para profundizar sobre la percepción de los jóvenes respecto a su situación vital y su entorno.

En el instrumento de estado general de salud y consumo de medicamentos, se consideraron las facetas relativas a la salud percibida de la Encuesta Nacional de Salud (2006). Incluye preguntas sobre estado físico, consumo de medicamentos y percepción de la salud.

En relación a los estudios de la OMS, se utilizan las versiones españolas del World Health Organization Quality of Life Assessment y WHOQOL-Bref (1998). Se recogen preguntas sobre el modo de vivir, las propias expectativas y las preocupaciones personales. Se desarrollan de forma específica cuatro áreas generales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Estos aspectos coinciden con los objetivos del estudio, lo que fue decisivo para su elección frente a otros cuestionarios disponibles sobre salud, con excesivo peso epidemiológico, que también fueron evaluados en el diseño de los instrumentos (ver marco teórico).

Se puede considerar el coeficiente α de Cronbach general como el promedio de todos los coeficientes de correlación elaborados para todas las posibles divisiones en mitades en la escala, siendo para este cuestionario el coeficiente resultante más elevado. De hecho, su puntuación es de 0,904.

Además, como señala Herrero (1994), debido a que las correlaciones entre las dos mitades y los ítems pares e impares se hallan a partir de un número de elementos de $n/2$, se puede utilizar la fórmula de Spearman-Brown para completar estos resultados. Esta fórmula permite una estimación de cuál sería el coeficiente de correlación entre dos mitades si éstas tuvieran el doble de longitud, equiparándose al total de la escala.

Se encuentra otra alternativa a este procedimiento en el cálculo del coeficiente de Guttman, relacionando la varianza de error debida a la diferencia en las puntuaciones de un individuo en cada una de las mitades y la varianza de las puntuaciones totales.

Cuadro 42: Consistencia interna de los datos.

Estadísticos de fiabilidad			
Alfa de Cronbach general			0,904
N de elementos			26
Alfa de Cronbach por mitades	Parte 1	Valor	0,860
		N de elementos	13
	Parte 2	Valor	0,813
		N de elementos	13
Correlación entre formas			0,742
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual y longitud desigual		0,852
Dos mitades de Guttman			0,851

En el cuadro 42 se puede observar que los coeficientes de fiabilidad son elevados (> 0,70).

Las diferentes dimensiones del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud utilizadas en este trabajo (WHOQOL Bref), junto con el nombre de la variable por

el que se le denominará en posteriores análisis y los elementos de los que se compone, se reflejan en cuadro 43.

Cuadro 43: Nombre de las variables y elementos.

Dimensiones	Items del cuestionario
Salud física	(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18
Salud psicológica	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)
Relaciones sociales	Q20 + Q21 + Q22
Aspectos ambientales	Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25

- La salud física es la percepción del estado físico o la salud, entendida como la evaluación que hace un individuo de sus posibles enfermedades o ausencia de las mismas, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. En esta dimensión, el cuestionario seleccionado incluye: la percepción del dolor, del tratamiento médico, de desplazamiento, energía, sueño y la satisfacción con el trabajo. Las preguntas desarrolladas han sido las siguientes: “¿hasta qué punto piensas que el dolor te impide hacer lo que necesitas?”, “¿cuánto necesitas de tratamiento médico para funcionar en tu vida?”, “¿tienes energía suficiente para tu vida diaria?”, “¿eres capaz de desplazarte de un lugar a otro?”, “¿cuán satisfecho estás con tu sueño?”, “¿cuán satisfecho estas con tu habilidad para realizar tus actividades en la vida diaria?”, “¿cuán satisfecho estás con tu capacidad de trabajo?”.
- La dimensión psicológica de la salud consiste en la valoración del individuo de su estado cognitivo y afectivo. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como: el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, los sentimientos positivos y negativos, la imagen corporal, el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración. Las preguntas del cuestionario relativas a la medida de este factor son: “¿cuánto disfrutas de la vida?”, “¿hasta qué punto sientes que tu vida tiene sentido?”, “¿cuál es tu capacidad de concentración?”, “¿eres capaz de aceptar tu apariencia física?”, “¿cuán satisfecho estás de ti mismo?”, “¿con qué frecuencia tienes sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión?”.
- La dimensión social se refiere a la capacidad de relacionarse con los demás, a través de los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social. Es interesante saber en qué posición el individuo piensa que esta situado dentro del grupo de amigos y si estas relaciones se consideran satisfactorias o no dentro de su contexto. Las preguntas han sido: “¿cuán satisfecho estás con tus relaciones personales?”, “¿cuán satisfecho estás con tu vida sexual?”, “¿cuán satisfecho estás con el apoyo de tus amigos?”.
- Los aspectos ambientales son elementos, actividades, productos o servicios de una organización que pueden interactuar con el ambiente. El individuo analiza la libertad y seguridad, el ambiente físico, los recursos económicos, la oportunidad de información, el ocio y el descanso, el hogar y la atención sanitaria/social. Las

preguntas que se plantean en el WHOQOL Bref son: “¿cuánta seguridad sientes en tu vida diaria?”, “¿cuán saludable es el ambiente físico de tu alrededor?”, “¿tienes suficiente dinero para cubrir tus necesidades?”, “¿qué disponible tienes la información que necesitas en tu vida?”, “¿hasta qué punto tienes ocasión de realizar actividades de ocio?”, “¿cuán satisfecho estás con el lugar donde vives?”, “¿cuán satisfecho estás con el acceso a los servicios sanitarios?”, “¿cuán satisfecho estás con tu transporte?”.

5.3. Estilos de vida

El estilo de vida se define como un conjunto de patrones de conducta relativamente estable que condicionan la salud. Establecer cuáles son estas conductas permite entender cómo viven los jóvenes y cuál es su actitud hacia los hábitos de vida saludables.

Se elaboró un instrumento de medida específico partiendo de distintos estudios sobre estilos de vida, uso del tiempo y condiciones de trabajo de la población juvenil tanto nacional como europea. Se incluyen preguntas abiertas y cerradas relativas a aspectos condicionantes de los modos de vida y de la salud como el cuidado (propio), el uso del tiempo libre, la práctica de ejercicio físico, la calidad del sueño y la participación social. Para elaborar este instrumento se seleccionaron preguntas relativas a cuatro encuestas: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (2008), Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (2002), Estudio Sociológico sobre los Jóvenes (2007) y Estudio de los Estilos de Vida de la Población en España (2004).

6. RECOGIDA DE DATOS

El orden interno de las variables y dimensiones de la investigación busca evitar el cansancio y la distracción de los encuestados, aportando a la situación de la entrevista, un sentido lógico e integrado. En algunas cuestiones como el nivel de ingresos, la autopercepción de clase social, o la composición familiar, se ha intentado priorizar la facilidad y simplicidad en su formulación.

El presente estudio comenzó con una fase de contacto e información con los recursos comunitarios en la que se explicaron los fines y la utilidad del estudio y se recogieron las inquietudes de estas entidades respecto al tema.

Una vez desarrollada esta fase previa en la que se finalizó el proceso de diseño, se seleccionaron las unidades últimas de muestreo. De nuevo, en este momento fue importante contar con la colaboración vecinal y de las organizaciones sociales. Su participación en el proyecto fue voluntaria y su captación se desarrolló desde las entidades gubernamentales y no gubernamentales. El muestreo de este modo no resulta aleatorio pero si se puede concluir que por el tamaño muestral puede ser representativo de las características de la juventud del barrio.

Destaca el apoyo comunitario de: la asociación de los vecinos “Tomás Pelayo”, los institutos de bachillerato “Virgen del Pilar” y “Miguel Catalán”, las parroquias (Santa Gema y San Vicente de Paúl), el centro cívico “Isaac Valero”, la biblioteca del barrio

“Jesús M. Alemany Briz”, la casa de Juventud, la asociación “El Tejar” los bares, tiendas, restaurantes y estudios de fotografía: “El barrio”, “la Taverna”, “Nido de Robin”, “La Vía”, “Argualas”, “Moulin Rouge”, “las campanas de Florencia”, “Estudio imagen”, “Tabernalia Rosales”, etc.

A pesar de la inestimable ayuda de estos informantes comunitarios clave, no siempre ha resultado sencillo contactar y entrevistar a los jóvenes que residen en este barrio. A veces, por razones de que trabajan o estudian fuera del barrio acuden a Casablanca solo por la noche o para comer. De hecho, algunos de ellos trabajan en barrios distintos o lejanos y si sus familias disponen de segunda residencia en un pueblo se van también el fin de semana. En temporada de examen si salen el fin de semana no siempre se quedan en el barrio.

Valoramos de un modo muy positivo la implicación y compromiso de la directora del Instituto de Bachillerato Miguel Catalán. Con su apoyo, conseguimos integrar a la comunidad escolar en el desarrollo del muestreo. La salud es un eje transversal de nuestro sistema educativo y es de agradecer que sus profesionales se involucren altruistamente en su proceso.

En este sentido, esta investigación también debe mucho al trabajo desinteresado del bibliotecario del centro cívico. Es un profesional con una larga trayectoria de convivencia en el barrio, numerosos contactos e inspiró la suficiente confianza como para que los usuarios jóvenes de la biblioteca participaran en el estudio. Además, en este centro se organizan periódicamente talleres y actividades culturales y de tiempo libre para jóvenes y gente mayor. La asistencia a uno de estos cursos permitió a uno de los miembros del equipo de investigación acercarse a las dinámicas comunitarias desde una óptica participativa.

En relación a las parroquias, hubo menos dificultad para entrevistar jóvenes en la parroquia de San Vicente de Paúl respecto a la de Santa Gema, tanto por las facilidades dadas por el párroco como por la implicación del entorno de Caritas en el estudio. Ha resultado más sencillo entrevistar a los chicos más jóvenes, ya que muchos de ellos están estudiando en los institutos públicos del barrio. Sin duda ha sido una ventaja, el hecho de que nos ayudaran para colaborar tanto los profesores como los orientadores y las asociaciones de padres de los alumnos. En Casablanca, el bar de copas más frecuentado por los jóvenes, especialmente el fin de semana, se llama el “Barrio-la Taverna”. De nuevo, la implicación del dueño del bar fue muy útil para animar a sus clientes jóvenes a que participaran en la investigación.

El hecho de que los encuestadores fueran convenientemente acreditados por la Universidad ha sido positivo en el encuentro con los jóvenes, ya que muchos de ellos conocen y respetan dicha institución. Antes de completar la encuesta algunas de las preguntas más frecuentes realizadas por los jóvenes del barrio han sido sobre: los objetivos de la encuesta, la utilidad y si eran anónimas, generando este último punto algunas suspicacias. Comentarios similares surgieron en relación a cuestiones relativas a las características sociodemográficas, la pregunta sobre el salario y los ingresos mensuales del hogar. Una solución frecuente ha sido la selección de la respuesta “no sabe, no contesta”.

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las respuestas de la encuesta se codificaron mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. El análisis cuantitativo de la información se inició con el análisis de frecuencias. Se han utilizado medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación) para analizar las variables ordinales y de intervalo.

Al tratarse de una muestra heterogénea, interesa profundizar en las diferencias descriptivas que se puedan producir en función de las variables transversales: edad, situación laboral, composición familiar, género y zona de residencia. A partir de esta información, se procede a la dimensionalización y factorialización de los ítems principales y se desarrolla el análisis explicativo de los datos mediante la utilización de técnicas inferenciales.

De este modo, el diseño de explotación de resultados se basa en una línea jerárquica ascendente en cuanto al procedimiento de análisis de los datos. Primero, descripción/exploración de las frecuencias, segundo: análisis explicativo/confirmatorio. Así, la interacción entre variables (análisis correlacional y de varianza), nos ayuda a inferir las relaciones más significativas. Por último y en función de estos resultados, se utilizó como principales procedimientos estadísticos el análisis discriminante y el análisis de regresión.

Con estas construcciones abstractas se pretende el desarrollo de la teoría desde los datos (inducción). Por tanto, las generalizaciones proceden de los datos y no es previa a su recogida. El correcto desarrollo de esta fase, implica un método de comparación, en el que los datos se interpretan constantemente para integrarse de manera coherente con la teoría (Glaser y Strauss, 1967).

Antes de cerrar la redacción definitiva de este apartado metodológico, se procedió a una doble revisión:

- En primer lugar, por parte de las entidades colaboradoras con el equipo y sus representantes comunitarios. El objetivo de la evaluación social estribó en el pleno desarrollo del sentido y vocación comunitaria del estudio. También interesaba profundizar en aquellos resultados que por ejemplo, en relación a conductas o grupos de riesgo, pudieran requerir una intervención posterior. Se pretende que con los resultados de nuestro estudio se puedan plantear programas de desarrollo comunitario e igualdad de oportunidades con una mayor base científica. Al mismo tiempo, el carácter científico de estos resultados también depende de su utilidad y ética interventora.
- A lo largo del proceso, y como segunda fuente de evaluación, se contó con la colaboración de profesores universitarios del Área de Psicología Social externos al proyecto. La valoración externa del proyecto por parte de compañeros del Área se ha desarrollado incluso durante el diseño del mismo (ej. prof. Silverio Barriga de la Universidad de Sevilla, Cátedra de Psicología Social de la Facultad de Psicología). El feedback que estos compañeros proporcionó, enriqueció sobremanera la calidad del estudio y nuestra formación como equipo.

La revisión comunitaria y científica también supuso una primera fase de difusión de los resultados en el barrio, que como se ha venido haciendo hasta la fecha, se comparte tanto en foros científicos como en foros comunitarios y de divulgación general.

PARTE II: RESULTADOS

1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

1.1. Características sociodemográficas

1.1.1. Sexo y edad

Como se puede apreciar en el cuadro siguiente, la distribución de edades y sexos en la muestra, se corresponde al diseño previsto inicialmente y es representativa tanto por su número como por su proporcionalidad, con el universo del estudio y sus correspondientes estratos (hombre/mujer; juventud/adultos/tercera edad).

Se han entrevistado a 122 chicos y 123 chicas residentes en el barrio de Casablanca. Estas frecuencias suponen una proporción de un 49,8% y 50% respectivamente de la muestra, que coincide con los porcentajes obtenidos en la población general (Patrón Municipal). La media muestral en cuanto a la edad es de 21,32 años, siendo la moda de 22 y la desviación típica de 3,73.

Las diferencias territoriales del distrito se reflejan en su composición demográfica. La mayoría de los entrevistados residen en Viñedo Viejo (152), en las Nieves (53) y por último en Fuentes Claras (40). La media de edad en Viñedo Viejo es de 22 años, mientras Fuentes Claras y Las Nieves coinciden en 20.

Cuadro 44: Composición de la muestra en función de la zona de residencia y del sexo con porcentajes de frecuencias.

	Chicos		Chicas		Total	%
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Viñedo Viejo	79	32,24%	73	29,79%	152	62%
Las Nieves	12	5%	28	11,43%	40	16%
Fuentes Claras	31	12,65%	22	8,98%	53	22%
Total	122	49,8%	123	50,2%	245	100%

1.1.2. Estado civil y situación familiar

En cuanto al estado civil de los encuestados destaca un pequeño porcentaje de personas que están casadas o residen con una pareja estable en el distrito (4,1% del total de la muestra). Sólo el 0,8% de la muestra está separada o divorciada. Los solteros, con un 95,1% del total, constituyen el grupo más numeroso.

Cuadro 45: Distribución de frecuencias por categoría de la variable: estado civil.

Categorías	Chicos		Chicas		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Soltero	117	95,9%	116	95,9%	233
Casado (pareja estable)	4	3,3%	6	4,9%	10
Separado/divorciado	1	0,8%	1	0,8%	2
Total	122	100%	123	100%	245

La mayoría de los encuestados vive con sus padres. La mediana y moda del número de miembros que forman el hogar es de 4. Respecto al número promedio de hijos que viven con los padres, es de 2.

Cuadro 46: Distribución de frecuencias por número de miembros, de hijos y de ascendientes que residen en el hogar.

	Números de miembros que residen en el hogar	Número de hijos que residen en el hogar	Números de ascendientes dependientes
Media	3,88	1,88	0,45
Mediana	4	2	0
Moda	4	2	0
Desviación típica	1,47	1,32	0,89
Mínimo	1	0	0
Máximo	8	6	5
Total	245	245	245

1.1.3. Lugar de nacimiento y años de residencia en el barrio

Con una frecuencia de 215 y un porcentaje de 87,8% los entrevistados del barrio de Casablanca han nacido en Aragón, seguidos de aquellos originarios de Cataluña y Canarias (2% y 1,2% respectivamente).

Cuadro 47: Distribución de frecuencias en función del lugar de nacimiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Aragón	215	87,8%
Cataluña	5	2%
Extranjeros	5	2%
Canarias	3	1,2%
Rioja	3	1,2%
Castilla León	2	0,8%
Andalucía	2	0,8%
Madrid	2	0,8%
Murcia	2	0,8%
Navarra	2	0,8%
Islas Baleares	1	0,4%
Comunidad Valenciana	1	0,4%
Extremadura	1	0,4%
País Vasco	1	0,4%
Total	245	100%

No obstante, el barrio de Casablanca en cuanto a su población adulta se caracteriza por la heterogeneidad de sus residentes en cuanto al lugar de nacimiento de los mismos. Dicha diversidad se explica por la constitución en Zaragoza capital de un polo de desarrollo económico durante los años sesenta. Durante esta época, se realizan grandes obras públicas en los alrededores del distrito, por ejemplo el Hospital Miguel Servet y se instalan diversas fábricas en la zona de Las Nieves, por su cercanía a grandes vías de comunicación. Por tanto, en este barrio la población está constituida también por gente adulta que llega de otras Comunidades Autónomas y del entorno rural.

La estancia media de los encuestados jóvenes que residen en el barrio de Casablanca es de 15,09 años, con una desviación típica de 7,09.

1.1.4. Situación socioeconómica: estudios, trabajo, ingresos

Casi la mitad de los entrevistados (48,2%) ha alcanzado el nivel de estudio secundario, mientras el 43,6% posee titulación universitaria. Sólo el 0,4% de los jóvenes no han cursado los estudios primarios.

Cuadro 48: Distribución de frecuencias por nivel de estudios.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	1	0,4%
Primaria	19	7,8%
Secundaria	118	48,2%
Universitarios	107	43,6%
Total	245	100%

Cuadro 49: Distribución de frecuencias por sexo y nivel de estudios.

			Sin estudios	Primaria	Secundaria	Universitarios	Total
Sexo	Chico	N	0	12	57	53	122
		% de sexo	0%	9,8%	46,7%	43,4%	100%
	Chica	N	1	7	61	54	123
		% de sexo	0,8%	5,7%	49,6%	43,9%	100%
Total		N	1	19	118	107	245
		% de sexo	0,4%	7,8%	48,2%	43,7%	100%

Las chicas alcanzan mayores niveles de estudios respecto a los chicos (49,6% frente a 46,7%, que consiguen terminar la instrucción secundaria y 43,9% frente a 43,4% que cursan estudios universitarios).

De los entrevistados, los chicos son los que más trabajan por cuenta propia y ajena respecto a las chicas (7,4% y 36,1% frente a 5,7% y 26,8%). Las entrevistadas son las que más estudian, superando los chicos en casi un 10%.

En la muestra seleccionada trabaja un 37,9% de los encuestados, frente al 62% que no realiza una actividad laboral. Más de la mitad de los chicos entrevistados son estudiantes (55,9%) y casi ninguno está en el paro ni trabaja por cuenta propia (5,3% y 6,5%, respectivamente).

Los entrevistados dedican 23,34 horas a la semana a su actividad laboral, esto quiere decir que como promedio trabajan poco más que media jornada al día.

Cuadro 50: Distribución de frecuencias por situación laboral.

	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja por cuenta propia	16	6,5%
Trabaja por cuenta ajena	77	31,4%
Parado/desempleado	13	5,3%
Estudiante	137	55,9%
Labores del hogar	2	0,8%
Total	245	100%

Cuadro 51: Distribución de frecuencias por situación laboral por sexo.

	Chicos		Chicas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja por cuenta propia	9	7,4%	7	5,7%
Trabaja por cuenta ajena	44	36,1%	33	26,8%
Parado/desempleado	6	4,9%	7	5,7%
Estudiante	63	51,6%	74	60,2%
Labores del hogar	0	0%	2	1,6%
Total	122	100%	123	100%

Cuadro 52: Distribución de frecuencias por salario neto mensual.

	Frecuencia	Porcentaje
Igual o menos de 150 euros	14	5,7%
De 150,01 a 300 euros	11	4,5%
De 300,01 a 450 euros	10	4,1%
De 450,01 a 600 euros	10	4,1%
De 600,01 a 900 euros	17	6,9%
De 900,01 a 1200 euros	23	9,4%
De 1200,01 a 1500 euros	11	4,5%
De 1500,01 a 1800 euros	9	3,7%
De 1800,01 a 2400 euros	4	1,6%
Más de 2400 euros	4	1,6%
No sabe, no contesta	132	53,9%
Total	245	100%

El 9,4% de los jóvenes entrevistados gana entre 900,01 y 1.200 euros, mientras el 6,9% entre los 600,01 y 900 euros, frente al 1,6% que gana entre 1.800,01 y más de 2.400 euros. Un 18,4% de la muestra que presenta ingresos no alcanza el nivel del salario mínimo interprofesional. Más de la mitad de los encuestados prefiere no contestar a la pregunta (53,9%), y esta situación se corresponde a 132 personas.

En los siguientes cuadros se analiza la distribución de frecuencias con respecto a la variable percepción del nivel de ingresos netos anuales (de todos los miembros residentes en la unidad familiar).

El 31,8% de los encuestados ahorra dinero y el 29% no suele tener dificultades para llegar a fin de mes. Las respuestas dadas por los jóvenes pueden ser debidas al hecho de que quizás dispongan de ingresos estacionales o asignaciones familiares (los hijos no pagan alquiler, gastos, etc.).

Los chicos ganan más dinero que las chicas, siendo un 2,5% de los entrevistados frente a 0,4% de ellas, los que ganan más de 2.400 euros al mes. Superan a las chicas en todos los niveles salariales, a excepción de los que ganan entre 150,01 y 300 euros.

Cuadro 53: Distribución de frecuencias por salario o pensión mensual por sexo.

	Chicos		Chicas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Igual o menos de 150 euros	8	6,6%	6	4,9%
De 150,01 a 300 euros	2	1,6%	9	7,3%
De 300,01 a 450 euros	5	4,1%	5	4,1%
De 450,01 a 600 euros	5	4,1%	5	4,1%
De 600,01 a 900 euros	9	7,4%	8	6,5%
De 900,01 a 1200 euros	13	10,7%	10	8,1%
De 1200,01 a 1500 euros	7	5,7%	4	3,3%
De 1500,01 a 1800 euros	9	7,4%	0	0%
De 1800,01 a 2400 euros	3	2,5%	1	0,8%
Más de 2400 euros	3	2,5%	1	0,4%
No sabe, no contesta	58	47,5%	74	60,2%
Total	122	100%	123	100%

Cuadro 54: Distribución de frecuencias por situación económica.

	Frecuencia	Porcentaje
Tengo dificultades para llegar a fin de mes	32	13,1%
No suelo tener dificultades para llegar a fin de mes	71	29%
Llego sin problemas a fin de mes	44	18%
Ahorro	78	31,8%
Total	225	91,8%

Cuadro 55: Evaluación de la situación económica.

Categorías	Chicos		Chicas		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Tengo dificultades para llegar a fin de mes	14	12,3%	18	16,2%	32
No suelo tener dificultades para llegar a fin de mes	33	28,9%	38	34,2%	71
Llego sin problemas a fin de mes	27	23,7%	17	15,3%	44
Ahorro	40	35,1%	38	34,2%	78
Total	122	100%	123	100%	225

Con una leve diferencia entre chicas y chicos (34,2% frente a 35,1%) son ellas las que ahorran menos y también las que a la vez tienen más dificultades para llegar a fin de mes (12,3% chicos; 16,2% chicas). Esta tendencia al gasto es matizable por el resultado contradictorio de que las chicas también son el colectivo que presenta menos dificultades económicas. Estos datos pueden ser interpretados por la heterogeneidad de composición del grupo de chicas entrevistadas frente al de sus compañeros. Se utiliza una numeración de respuesta que va de 1 (menor gasto) a 4 (mayor gasto).

Cuadro 56: Conceptos de gasto y distribución entre los jóvenes de Casablanca.

			Alimentos y bebidas no alcohólicas	Bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	Artículos de vestir y calzado	Vivienda, gastos corrientes de vivienda y mobiliario
Sexo	Chico	Media	2,73	2,47	2,20	2,93
		N	81	60	86	44
		Desv. Típ.	1,10	1,14	0,96	0,97
	Chica	Media	2,75	2,11	2,77	2,71
		N	79	55	97	42
		Desv. Típ.	1,19	1,22	1,11	1,17
Total	Media		2,74	2,30	2,50	2,83
	N		160	115	183	86
	Desv.		1,14	1,19	1,08	1,07
	Típ.					
			Salud	Transportes y comunicaci ones	Ocio, espectácul os, cultura y enseñanza, hostelería y restauración	Otros bienes y servicios
Sexo	Chico	Media	1,92	2,36	2,52	2,56
		N	25	69	73	25
		Desv. Típ.	0,95	1,05	1,21	1,41
	Chica	Media	2,07	2,35	2,54	1,77
		N	27	81	72	26
		Desv. Típ.	0,99	0,89	1,04	1,03
Total	Media		2	2,35	2,53	2,16
	N		52	150	145	51
	Desv.		0,97	0,97	1,13	1,28
	Típ.					

Entre los jóvenes entrevistados las medias resultan muy parecidas por sexos en cuanto al gasto en: el transporte, el ocio, los espectáculos, la cultura, la enseñanza, la hostelería y la restauración. Las diferencias resultan más evidentes en cuanto a la salud, siendo las chicas las que gastan más.

1.2. Calidad de vida y salud

1.2.1. Morbilidad y consumo de medicamentos

Con una frecuencia de 191 sobre 245 entrevistados, el 78% de los chicos y chicas no presentan problemas de salud, en el momento de realizar la encuesta.

Cuadro 57: Distribución de frecuencias por problemas de salud.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin problemas de salud	191	78%
Bronquitis o asma/neumonía	13	5,2%
Lumbago o dolor de espalda, tendinitis y parálisis	11	4,4%
Alergia	8	3,2%
Dolores de garganta y cuerdas vocales	5	2%
Ansiedad y estrés	3	1,6%
Dermatitis y soriasis	3	1,2%
Problemas con los ojos	3	1,2%
Hipotiroidismo y Tiroidismo	2	0,8%
Diabetes	1	0,4%
Temperatura baja	1	0,4%
Infertilidad congénita	1	0,4%
Nefrectomía derecha, periodontitis, ovario, etc.	1	0,4%
Dolencias de estómago	1	0,4%
Síndrome de Cronw	1	0,4%
Total	245	100%

El porcentaje más alto de entrevistados que presenta complicaciones de salud sufre de bronquitis o asma (5,2%), seguido de alergias (3,2%) y lumbago (4,4%). Los demás porcentajes son muy bajos y se han obtenido casi en la misma medida (0,4%).

Cuadro 58: Distribución de frecuencias por sexo y diagnóstico de servicio médico en función del sexo.

			Diagnóstico de servicio médico		Total
			Si	No	
Sexo	Chico	N	22	100	122
		% de sexo	18%	82%	100%
	Chica	N	31	92	123
		% de sexo	25,2%	74,8%	100%
Total		N	53	192	245
		% de sexo	21,6%	78,4%	100%

El 25,2% de las chicas ha sido diagnosticada de sus dolencias frente al 18% de los chicos. Siendo las chicas las que gastan más en salud, son también las que en un 7% más respecto a sus compañeros han acudido con más frecuencia a consultas de servicios médicos.

Cuadro 59: Distribución de frecuencias de consumo de medicamentos en las últimas dos semanas en función del sexo.

			Medicamentos consumidos en las últimas dos semanas		Receta de los medicamentos		Consumo Total
			Si	No	Si	No	
Sexo	Chico	N	32	90	21	101	122
		% de sexo	26,2%	73,8%	17,2%	82,8%	100%
	Chica	N	58	65	43	80	123
		% de sexo	47,2%	52,8%	35%	65%	100%
Total		N	90	155	64	181	245
		% de sexo	36,7%	63,3%	26,1%	73,9%	100%

Al 73,9% de la muestra no se le han recetado medicamentos por parte del Servicio Sanitario correspondiente. Los que fueron recetados han sido 64, con un porcentaje del 26,1%. Estos datos son congruentes con la relativa salud de la muestra ya que como expusimos anteriormente el 78% de la misma no presenta complicaciones de salud.

En las últimas dos semanas el 63,3% de los entrevistados no ha consumido ningún medicamento, frente al 36,7% que lo hizo.

Los chicos que han tomado medicinas sin consulta médica han sido 11, frente a 15 chicas.

Más de la mitad de los entrevistados cuando tiene problemas de salud no toma ninguna medicina. Los medicamentos para el catarro, la gripe, el malestar de garganta y problemas de bronquios son más consumidos por las chicas (22,8%) que por los chicos (12,3%). Porcentajes parecidos se han obtenido sobre el uso de medicinas para el dolor, como aspirinas. Sólo el 26% de las chicas y el 16,4% de los chicos hacen uso de estos remedios contra el dolor, mientras el 83,6% y 74% de los entrevistados de ambos sexos esperan que se les pase sin recurrir a ningún producto. En caso de fiebre, sólo el 4,9% de los chicos y el 8,9% de las chicas entrevistadas toman algún medicamento. Los reconstituyentes como vitaminas, minerales y tónicos son en cierta medida más utilizados por las chicas (4,9% frente al 3,3% de los chicos), mientras los medicamentos para los vómitos son más consumidos por los chicos (4,1% frente al 3,3% de las chicas).

Ambos sexos coinciden a la hora de tomar medicamentos para la diarrea (3,3%). Respecto a los laxantes ninguno de los chicos entrevistados los ha utilizado, mientras un 1,6% de las chicas manifiesta haberlo hecho.

Los resultados se invierten en el uso de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir. Los consumidores más habituales resultan ser los chicos (3,3%), mientras que ninguna de las entrevistadas los ha utilizado.

El uso de antibióticos es más frecuente entre el sexo femenino (4,9%) que entre el masculino (3,3%). De la misma manera, los medicamentos para las alergias son más consumidos por las chicas (7,3%) que por los chicos (2,5%). En cuanto a otros medicamentos son los chicos los que los utilizan mayoritariamente (7,4%) respecto a las chicas (6,5%).

En “otros medicamentos” se incluyen: anticonceptivos, antiinflamatorios, cremas farmacéuticas con y sin antibiótico, cremas dermatológicas para el acné, gotas para los ojos, productos homeopáticos (ansiolíticos), hormonas y estrógenos, inhaladores, insulina, medicamentos para el asma y el acné y vitaminas para el embarazo. Con un porcentaje del 1,6% de la muestra los más utilizados entre este grupo de “otros medicamentos” por los jóvenes de Casablanca son los anticonceptivos.

1.2.2. Fuentes de mejora de la salud

Las preguntas relativas a las fuentes de mejora de la salud y en qué consiste cuidarse se han dejado abiertas para no sesgar las respuestas. Su análisis requiere un proceso de codificación de los datos que incluye la reunión y clasificación de los mismos que se refieren a temas, ideas e interpretaciones similares, según el modelo propuesto de Taylor y Bogdan (1992). En este caso, la categorización de las respuestas se realizó en las siguientes fases secuenciales:

- Transcripción literal de las aportaciones del encuestado en el momento de la entrevista. El profesional no podía influir sobre la contestación de la persona. El elevado número de profesionales que realizan entrevistas y encuestados, la situación y el momento de la entrevista, la duración extensa de la misma, etc., pueden haber influido en una recogida de información heterogénea y en ocasiones resumida.
- Se seleccionaron posibles patrones de interpretación basados en el análisis y la frecuencia de las contestaciones. En algunos casos, el tipo de respuesta tiene una formulación ambigua o no responde exactamente a alguno de los patrones señalados.
- Surgió la necesidad de subdividir y agrupar ciertas categorías próximas entre sí. Se redefinieron los criterios y en especial el bloque temático, en el que aparecen subapartados. Se definen de forma teórico-operativa, los criterios de las respuestas más frecuentes.
- Catalogación definitiva y extrapolación en el total de la muestra. La fiabilidad de los criterios se realiza en el caso de respuestas de difícil clasificación, por el consenso en tres bandas de profesionales con competencias en la investigación: profesional de administración y gestión, trabajadora social, psicopedagoga y psicólogo social.
- Informatización de las contestaciones. Se diseñó una base de datos específica en el programa SPSS 15.0 con un código del cuestionario y otro de interpretación de las respuestas. Este procedimiento permite el cruce con el resto de los datos, y es coherente con la sistematización de las respuestas del instrumento.
- Detección y corrección de los errores y de los datos no válidos. Se detectan:

- Fallos en la codificación de las respuestas del cuestionario. En algunas fuentes de mejora, fue difícil llegar a un consenso sobre su interpretación que no resultara arbitrario. De hecho, algunas decisiones fueron tomadas por mayoría que no por unanimidad y susceptibles de variaciones a lo largo del proceso.
- Error de transcripción de la respuesta. Se revisaron las frecuencias y sus valores correspondientes.

En la tabla siguiente se presentan algunos ejemplos que ilustran la utilización de estos criterios.

Cuadro 60: Distribución de frecuencias de las fuentes de mejora de la salud.

Categorías	Ejemplo	Frecuencia	Porcentaje
Deporte	“Hacer más deporte”	52	22,2%
	“Hacer un poco de ejercicio físico”		
Cuidarse	“Ir de viaje”	52	20,8%
	“Hacer reposo y prevenir”		
	“Trabajar menos horas”		
Dieta	“Controlarse en comidas y bebidas”	45	18%
	“Perder kilos”		
	“Comer menos dulces”		
Sociales	“Hacer cosas que gustan hacer”	14	5,6%
	“Tener el ánimo alegre”		
	“Tener una vida activa y productiva”		
Tabaco, alcohol, café	“Fumar menos”	8	3,2%
	“Dejar de fumar”		
	“Beber menos y consumir menos café”		
Sueño	“Dormir las horas correspondientes”	3	1,2%
	“Dormir más horas”		
Total respuestas		174	71%
No sabe/No contesta		71	29%
Total		245	100%

En cuanto a las fuentes de mejora de la salud: el 22,2% de los entrevistados considera que en primer lugar está el deporte, luego el cuidarse (20,8%) y la dieta (18%). En menor medida han contestado el sueño (1,2%) y los aspectos ambientales (0,8%), mientras en una posición intermedia priorizan los agentes sociales (4,8%) y el tabaco (3,2%).

Cuadro 61: Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de lo que se cuida.

	Percepción de lo que se cuida							
	Chicos				Chicas			
	Frec	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Tot.	%
Nada	4	1,6%	1	0,8%	3	2,5%	4	1,6%
Poco	23	9,4%	11	9%	12	9,9%	23	9,4%
Lo normal	136	55,5	64	52,5	72	59,5	136	55,5
Bastante	73	29,8	39	32%	34	28,1	73	29,8
Demasiado	7	2,9%	7	5,7%	0	0%	7	2,9%
No sabe/No contesta	2	0,8%	0	0%	2	0%	2	0,8%
Total	245	100%	122	100%	123	100%	245	100%

Por cuidado personal, los jóvenes de Casablanca entienden prestar atención a: la manera de alimentarse, la práctica de ejercicio físico, la lectura, el estudio, las horas de sueño, el descanso, el pensamiento positivo, el aseo, el uso del tiempo libre, evitar el consumo de drogas y tabaco, etc. Ejemplos de lo que plantean literalmente son: “abusar menos de ciertos vicios de fin de semana”; “comer sano” y “hacer más deporte”; “andar mucho todos los días”; “comer menos dulces”; “aprender a vivir sin estrés” y “hacer más ejercicio físico”; “no tomar estupefacientes”; “dormir bien”; “dejar de fumar”; “tener un ánimo alegre”; “utilizar el tiempo para el ocio”; “comer a las horas pertinentes”; “tener una vida activa y continuamente ocupada”; “viajar de vez en cuando a la montaña”; “vivir sin estrés”, etc.

Los entrevistados tienen una buena percepción de lo que se cuidan. El 88,2% de los jóvenes tiene una percepción de lo que se cuida que va de normal a demasiado, frente al 11,8% que es nada o poco.

El 5,7% y 32% de los chicos se cuidan demasiado y bastante, mientras que ninguna de las entrevistadas considera que se presta demasiada atención y bastante solo en 28,1%. Con un porcentaje más elevado respecto a los chicos y en una posición intermedia, las chicas se cuidan lo normal (59,5% frente a 52,5%).

1.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud

Cuadro 62: Distribución de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL Bref).

	N Válidos	Media	Mediana	Moda	Desviación típica
Calidad de vida	245	4	4	4	0,719
Satisfacción con la salud	244	3,95	4	4	0,802
Incapacidad por el dolor	243	1,64	1	1	0,932
Necesidad de tratamiento médico	244	1,57	1	1	0,846
Disfrute de la vida	244	4,07	4	4	0,666
Sentido de la vida	244	4,01	4	4	0,811
Capacidad de concentración	244	3,39	3	4	0,885
Seguridad ante la vida diaria	244	3,65	4	4	0,774
Salubridad del ambiente físico	244	3,65	4	4	0,768
Energía suficiente para la vida diaria	245	4,03	4	4	0,834
Aceptación de la apariencia física	245	4,04	4	4	0,879
Disponibilidad de suficiente dinero	245	3,64	4	4	0,920
Disponibilidad de suficiente información	245	3,86	4	4	0,779
Ocasión de realizar actividades de ocio	244	3,72	4	4	0,874
Capacidad de desplazamiento	242	4,1	4	5	0,882
Satisfacción con su sueño	243	3,51	4	4	0,929
Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	244	3,74	4	4	0,728
Satisfacción con la capacidad de trabajo	244	3,61	4	4	0,851
Satisfacción con uno mismo	244	3,91	4	4	0,819
Satisfacción con sus relaciones personales	241	3,99	4	4	0,871
Satisfacción con su vida sexual	230	3,71	4	4	1,027
Satisfacción con el apoyo de sus amigos	242	4,08	4	4	0,816
Satisfacción con el lugar donde vive	242	4,01	4	4	0,895
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	243	3,56	4	4	0,886
Satisfacción con el transporte	243	3,41	3	3	0,955
Frecuencia con sentimientos negativos	244	2,30	2	2	0,745

El WHOQOL Bref es un cuestionario de 26 ítems que se ha redactado con formato escala tipo Likert, puntuando 1 a las respuestas relativas a la insatisfacción y 5 a la valoración positiva de los ítems.

En general, la percepción de la calidad de vida resulta positiva, si se tiene en cuenta que los jóvenes entrevistados la consideran bastante o muy elevada (76,7%), frente al 23,3% que la percibe poco o lo suficientemente satisfactoria.

Respecto a su salud el 27,4% está poco o lo suficiente satisfecho, mientras que el 72,2% se considera totalmente o bastante contento, con un frecuencia de 177 sobre 245. En cuanto a la necesidad de tratamiento médico el 84,5% no lo necesita o si lo utiliza es solo en ocasiones. Los entrevistados se consideran extremadamente o bastante satisfechos en cuanto al disfrute de la vida (85,3%) y el sentido de la misma (75,5%). Los jóvenes afirman tener una muy buena o buena capacidad de concentración (48,2%), normal (21,2%) y mala o nula (2,8%). En relación a la seguridad en la vida diaria, con una frecuencia de 148 la mayoría de los jóvenes entrevistados afirma sentirse bastante o extremadamente seguro, con el 60,4%, frente al 5,7% que está nada o poco.

Excepto la satisfacción con el transporte, la capacidad de concentración y la frecuencia de sentimientos negativos, en todas las demás respuestas la mediana es 4. La moda es también mayoritariamente de 4 en casi todas las respuestas. El nivel de media más alto corresponde al apoyo de los amigos (4,08), y el más bajo a la necesidad de tratamiento médico (1,57). Son muy pocos los que necesitan de este tratamiento, esto probablemente es debido a su juventud o a su escasa disposición para acudir a un centro sanitario.

Cuadro 63: Concepto de calidad de vida y satisfacción con la salud.

		Calidad de vida	Satisfacción con la salud
Chico	Media	4,08	3,96
	N	122	121
	Desviación Típica	0,68	0,84
Chica	Media	3,92	3,93
	N	123	123
	Desviación Típica	0,74	0,76
Total	Media	4	3,95
	N	245	244
	Desviación Típica	0,71	0,80

Los chicos perciben una mayor calidad de vida y resultan más satisfechos con la salud que las chicas, no obstante las diferencias se pueden considerar mínimas (4,08 frente a 3,92 y 3,96 respecto a 3,93).

Cuadro 64: Análisis de tendencias en las dimensiones del WHOQOL Bref.

		Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
N	Válidos	238	242	230	240
	Perdidos	7	3	15	5
Media		27,73	23,12	11,74	29,49
Mediana		28,00	24,00	12,00	30,00
Desviación típica		3,60	3,24	2,13	4,31
Mínimo		18	10	3	8
Máximo		35	30	15	40

Se ha realizado una división de *cluster* para diferenciar los grupos de individuos en la variable dependiente: calidad de vida relacionada con la salud.

La principal utilidad del análisis de *cluster* consiste en la clasificación de los sujetos de la muestra en un número de grupos establecidos a priori. Dichos grupos satisfacen según Herrero (1994: 261) “dos condiciones: a) máxima proximidad entre las puntuaciones de un grupo b) máxima distancia entre las puntuaciones de distintos grupos”. En esta investigación se ha realizado la asignación de los sujetos a los grupos mediante la técnica del *cluster* K-Means, que maximiza el promedio de la variación entregrupo y minimiza la variación intragrupo.

Para la variable seleccionada “calidad de vida relacionada con la salud”, se especifican las medidas centrales (centroides iniciales) que corresponden aproximadamente a los valores máximos y mínimos de la muestra obtenidos. Éstas son las medidas iniciales desde las cuales se optimiza la clasificación de los grupos ya que en el proceso denominado K-Means o K-Medias se va recalculando medias en función de la proximidad de cada punto del conjunto de éstos a esos centroides en cada iteración. De este modo, se asigna el número de casos que corresponde a cada uno de los grupos en la última iteración.

El resultado del análisis de *cluster* realizado para la variable “calidad de vida relacionada con la salud” se presenta en la siguiente tabla. En esta primera fase, las medidas centrales “centroides”, adquieren valores cercanos al mínimo (12) y máximo (120) obtenido en la muestra. Sin embargo, la clasificación en dos grupos se optimiza cuando las medias alcanzan las magnitudes de 74 y 97.

Este reagrupamiento final distribuye las frecuencias de resultados en dos niveles de percepción. Así, de 72 sujetos entrevistados se puede inferir un nivel de calidad de vida relacionada con la salud bajo, mientras que en 172 entrevistas, los encuestados manifiestan en este sentido una calidad de vida alta.

Cuadro 65: Análisis de *cluster* de la variable calidad de vida relacionada con la salud en 244 entrevistados.

<i>Cluster</i>	Centroides iniciales	Media del grupo en la variable	Casos en cada grupo	Calidad de vida de la salud
1	12	74	72	Menor
2	120	97	172	Mayor

1.3. Estilos de vida

En los estilos de vida se han tomado en cuenta las pautas del sueño, el consumo de alcohol, cigarrillos, la práctica de ejercicio físico, el uso del tiempo libre y el asociacionismo porque tal y como se expuso en el marco teórico se consideran variables de notable influencia sobre la calidad de vida de los jóvenes relacionada con la salud.

1.3.1. Pautas de sueño

La media general de las horas de sueño de los jóvenes entrevistados es de 8,19. Respecto a este tema los entrevistados duermen como promedio menos durante los días laborables que en el fin de semana (7,51 horas frente a 8,88). En general, los jóvenes duermen poco menos de 8 horas al día durante la semana, siendo los chicos los que duermen más que las chicas (7,52 horas frente a 7,49 horas). Los datos se invierten si se considera el fin de semana. En este caso las chicas duermen más que los chicos (9,03 horas respecto a 8,73 horas).

Cuadro 66: Distribución de frecuencias según las horas de sueño.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Promedio de horas de sueño durante los días laborables	241	4	12	7,51	1,20
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	241	0	17	8,88	2,06
Total	241				

1.3.2. Consumo de alcohol

El consumo mayoritario de alcohol que suelen hacer los jóvenes tanto durante la semana como en el fin de semana es de cerveza. De los 245 chicos entrevistados en el barrio, el 43,7% de ellos nunca toma vino, frente al 29,4% que lo toma ocasionalmente. Los jóvenes casi nunca toman aperitivos (39,6%), ni sidra (66,1%). Casi dos terceras partes de los entrevistados (el 60%) toma cerveza (sólo el 31,8% nunca la ha tomado) y casi la mitad de los jóvenes encuestados (49%) nunca ha tomado brandy, licores ni whisky (56,7%).

Cuadro 67: Distribución de frecuencias según el consumo de alcohol.

	Vino		Aperitivo		Sidra	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Nunca	107	43,7%	97	39,6%	162	66,1%
Ocasionalmente	72	29,4%	60	24,5%	48	19,6%
1 o 2 veces por semana (fin de semana)	30	12,2%	26	10,6%	3	1,2%
3 o 4 veces por semana	5	2%	10	4,1%	0	0%
1 vez al día	3	1,2%	12	4,9%	0	0%
2 veces al día	1	0,4%	5	2%	0	0%
3 veces al día	0	0,1%	4	1,6%	0	0%
No sabe o no contesta	27	11%	31	12,7%	32	13,1%
Total	245	100%	245	100%	245	100%

	Cerveza		Brandy/Licores		Whisky	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Nunca	78	31,8%	120	49%	139	56,7%
Ocasionalmente	47	19,2%	44	18%	36	14,7%
1 o 2 veces por semana (fin de semana)	57	23,3%	49	20%	33	13,5%
3 o 4 veces por semana	21	8,6%	3	1,2%	4	1,6%
1 vez al día	17	6,9%	1	0,4%	2	0,8%
2 veces al día	1	0,4%	0	0%	0	0%
3 veces al día	4	1,6%	0	0%	0	0%
No sabe o no contesta	20	8,2%	28	11,4%	31	12,7%
Total	245	100%	245	100%	245	100%

Casi dos terceras partes de los jóvenes entrevistados prefieren tomar alcohol en discotecas (65,7%), seguido de cafeterías o bares (38,4%) y en casas de otras personas (17,1%).

Cuadro 68: Distribución de frecuencias y porcentajes según el lugar de consumo de alcohol.

Consumo de alcohol			Otros lugares de consumo de bebida alcohólicas		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
En casa	37	15,1%	Calle	5	2%
En el trabajo	1	0,4%	En el parque con botellón	4	1,6%
En casa de otra persona	42	17,1%	Local de amigos	1	0,4%
En cafetería o al bar	94	38,4%			
En restaurante	37	15,1%			
En discotecas	161	65,7%	No menciona cual	1	0,4%
En otro lugar	13	5,3%			
Total encuestados	245	100%		245	100%

Los jóvenes que prefieren tomar alcohol en el parque, por ejemplo en “botellones” (1,6%), presentan un número reducido frente a la preferencia mayoritaria de discotecas y bares.

Casi el 80% de los jóvenes prefiere tomar alcohol en compañía de amigos y en menor medida de otros familiares (7,8%).

Cuadro 69: Distribución de frecuencias según la compañía de consumo de alcohol.

Consumo de alcohol		
	Frecuencia	Porcentaje
Con amigos	192	78,4%
Con otros familiares	19	7,8%
Con vecinos	17	6,9%
Con compañeros de trabajo	17	6,9%
Con el cónyuge	13	5,3%
Con los padres	9	3,7%
Con clientes o relaciones profesionales	4	1,6%
Solo	4	1,6%
Con los hijos	1	0,4%

1.3.3. Consumo de cigarrillos

En cuanto al consumo de tabaco, los chicos fuman más que las chicas, con los siguientes promedios: 4,61 (días laborales) y 8,06 (fines de semana) para los chicos y 3,41 (laborales) y 6,16 (festivos) las chicas.

El 56,7% y 52,2% de los jóvenes encuestados no fuma ni durante el fin de semana ni en los días laborables. Los que lo hacen suelen fumar sobre todo el fin de semana, con una media de 7,10 cigarrillos frente a 4 de los días laborables.

Cuadro 70: Distribución de frecuencias y porcentajes de consumo de cigarrillos.

Número de cigarrillos	Cigarrillos fumados durante los días laborables		Cigarrillos fumados en los fines de semana	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0	139	56,7%	128	52,2%
5	171	2,4%	149	3,3%
10	205	6,5%	168	4,9%
15	222	4,1%	193	7,3%
20	238	5,7%	226	12,2%
25	-	-	227	0,4%
30	239	0,4%	235	3,3%
40	-	-	238	1,2%
60	-	-	239	0,4%
No sabe/No contesta	6	2,4%	6	2,4%
Total	245	100%	245	100%

1.3.4. Práctica de ejercicio físico

El 38% de los entrevistados practica deporte varias veces a la semana, frente al 12,7% que lo hace sólo los fines de semana o una vez por semana. El 11% de los jóvenes encuestados realiza ejercicio todos los días y con un porcentaje muy parecido se encuentra el grupo de encuestados que no practica nada (11,4%). Las chicas son las que practican más deporte que los chicos (3,97% frente a 2,73%), aunque paradójicamente la percepción de los que se cuidan bastante y demasiado es mayor entre los jóvenes que entre las encuestadas (32% frente a 28,1% y 5,7% frente a 0%).

Cuadro 71: Distribución de frecuencias y porcentajes de la práctica de ejercicio físico.

Práctica de ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días	27	11%
Varias veces a la semana	93	38%
Sólo los fines de semana/una vez por semana	31	12,7%
Varias veces al mes	24	9,8%
Una vez al mes	5	2%
De vez en cuando durante el año	27	11%
No practico nada	28	11,4%
Perdidos	10	4,1%
Total	245	100%

1.3.5. Tiempo libre y asociacionismo

Los jóvenes entrevistados dedican bastante tiempo al ocio, sobre todo el fin de semana. Su duración oscila de un mínimo de 0 a un máximo de 80 horas durante el sábado y el domingo, frente a un máximo de 72 horas en los días laborables.

Cuadro 72: Distribución de frecuencias y porcentajes del tiempo libre.

Horas disponibles para sus aficiones	Tiempo libre					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.	
Durante los días laborables	231	0	72	5,72	7,12	
Durante los fines de semana	230	0	80	14,87	12,09	

Durante los días laborables a los jóvenes de Casablanca les gusta escuchar música (81,6%), conectarse a Internet (80,8%), ver la televisión (79,2%) y leer (69%). En el fin de semana, ven a los amigos (88,6%), van a la discoteca (78,8%), escuchan música (66,1%) y van al teatro, conciertos o al cine (64,9%).

Cuadro 73: Distribución de frecuencias de las actividades de ocio en los días laborables y el fin de semana.

Actividades de ocio	Días laborables		Fin de semana	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Oír música/radio	200	81,6%	162	66,1%
Internet	198	80,8%	168	68,6%
Ver la televisión	194	79,2%	153	62,4%
Leer	169	69%	91	37,1%
Practicar deporte	118	48,2%	108	44,1%
Salir con amigos	100	40,8%	217	88,6%
Teatro/conciertos/cine	31	12,7%	159	64,9%
Cuidar de los niños	28	11,4%	21	8,6%
Manualidades	28	11,4%	25	10,2%
Espectáculos deportivos	25	10,2%	95	38,8%
Museos/exposiciones	19	7,8%	47	19,2%
Excursiones	14	5,7%	125	51%
Otras actividades	9	3,7%	11	4,5%
Discotecas	7	2,9%	193	78,8%
Voluntariado	5	2%	18	7,3%
Asistir a actos religiosos	3	1,2%	28	11,4%

Cuadro 74: Distribución de frecuencias del asociacionismo.

	Asociaciones				Total	
	Chicos		Chicas			
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frecuencia	Porcentaje
Deportivas	47	38,5%	28	23,3%	75	30,6%
Voluntariado	4	3,3%	7	5,8%	11	4,5%
Otras asociaciones	7	5,7%	1	0,8%	8	3,3%
Intelectuales	3	2,5%	3	2,5%	6	2,4%
Culturales	0	0%	6	5%	6	2,4%
Religiosas	4	3,3%	1	0,8%	5	2%
De vecinos	1	0,8%	4	3,3%	5	2%
Medio ambiente	1	0,8%	1	0,8%	2	0,8%
Cooperación	2	1,6%	0	0%	2	0,8%

Los jóvenes del barrio se apuntan sobre todo a asociaciones deportivas (30,6%) y en menor medida a actividades de voluntariado (4,5%). Un 0,8% de los entrevistados está afiliado a entidades de medio ambiente y cooperación. En la categoría de otras asociaciones se incluyen: coches, gays y lesbianas, juvenil, marketing, música, peña y tambor.

Los chicos respecto a las chicas prefieren afiliarse a asociaciones deportivas (38,5% de ellos frente a 23,3%), religiosas (3,3% respecto al 0,8%) y de cooperación (1,6% y 0%). Las chicas prefieren las del voluntariado (5,8% frente al 3,3%) y las culturales (5%). El 0,8% y el 2,5% de ambos sexos frecuentan asociaciones de medio ambiente e intelectuales.

Cuadro 75: Distribución de frecuencias y porcentajes de los lugares de reunión con los amigos.

Lugar de reunión con los amigos		
	Frecuencia	Porcentaje
En casa	14	5,7%
En casa de amigos	45	18,4%
Al aire libre	52	21,2%
En un bar o <i>pub</i>	109	44,5%
En un restaurante o	16	6,5%
En una asociación	1	0,4%
Otros	3	1,2%
No sabe/no contesta	5	2%
Total	245	100%

Los entrevistados prefieren reunirse con los amigos en los bares o *pubs* (44,5%), frente al 18,4% en casa de amigos. Sólo el 0,4% lo hace en una asociación.

Con el mismo porcentaje (0,4%) los jóvenes se reúnen en la calle, en el cine, en una peña o en otro local.

1.4. Normalidad de las variables: prueba de Kolmogorov-Smirnov

La distribución normal es la distribución más importante de la práctica estadística, y el que las frecuencias de una variable cuantitativa tengan esta característica es relevante por su utilización en análisis estadísticos que impliquen su relación con otras variables (por ejemplo, análisis de varianza, discriminante).

Dada esta utilidad, y a pesar de que a partir de una determinada cantidad de observaciones (30 según Mateo y García Fernando, 1989) ya se puede a empezar a considerar la distribución normal, se ha preferido verificar su existencia mediante el test de Kolmogorov - Smirnov. En la tabla correspondiente se exponen los resultados tipificados de dicha prueba, las diferencias más extremas encontradas y su nivel de significación, en este caso favorable en todas las variables analizadas.

Cuadro 76: Normalidad de las variables cuantitativas prueba de Kolmogorov – Smirnov.

	Diferencias más extremas			Sig. asintót. (bilateral)
	Absoluta	Positiva	Negativa	
Edad	,089	,089	-,077	,043
Número miembros que residen en el hogar	,234	,234	-,151	,000
Nivel de estudios	,282	,272	-,282	,000
Horas semanales dedica a su actividad laboral	,140	,138	-,140	,002
Salario o pensión mensual	,361	,295	-,361	,000
Evaluación de la situación económica	,223	,213	-,223	,000
Orden del gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas	,208	,148	-,208	,000
Orden del gasto en bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	,192	,192	-,158	,000
Orden del gasto en artículos de vestir y calzado	,180	,176	-,180	,000
Orden del gasto en vivienda, gastos corrientes de vivienda y mobiliario	,216	,138	-,216	,001
Orden del gasto en salud	,233	,233	-,156	,007
Orden del gasto en transportes y comunicaciones	,229	,229	-,161	,000
Orden del gasto en ocio, espectáculos, cultura y enseñanza, hostelería y restauración	,177	,177	-,172	,000
Orden del gasto en otros bienes y servicios	,286	,286	-,199	,000
Calidad de vida	,267	,255	-,267	,000
Satisfacción con la salud	,252	,215	-,252	,000
Incapacidad por el dolor	,370	,370	-,247	,000
Necesidad de tratamiento médico	,369	,369	-,250	,000
Disfrute de la vida	,315	,308	-,315	,000
Sentido de la vida	,254	,217	-,254	,000
Capacidad de concentración	,237	,188	-,237	,000
Seguridad ante la vida diaria	,280	,216	-,280	,000
Salubridad del ambiente físico	,265	,212	-,265	,000
Energía suficiente para la vida diaria	,280	,222	-,280	,000
Aceptación de la apariencia física	,267	,194	-,267	,000
Disponibilidad de suficiente dinero	,241	,179	-,241	,000
Disponibilidad de suficiente información	,258	,223	-,258	,000
Ocasión de realizar actividades de ocio	,287	,209	-,287	,000
Capacidad de desplazamiento	,243	,154	-,243	,000

	Diferencias más extremas			Sig. asintót. (bilateral)
	Absoluta	Positiva	Negativa	
Satisfacción con su sueño	,222	,188	-,222	,000
Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	,282	,230	-,282	,000
Satisfacción con la capacidad de trabajo	,230	,210	-,230	,000
Satisfacción con uno mismo	,247	,208	-,247	,000
Satisfacción con sus relaciones personales	,222	,177	-,222	,000
Satisfacción con su vida sexual	,233	,149	-,233	,000
Satisfacción con el apoyo de sus amigos	,257	,214	-,257	,000
Satisfacción con el lugar donde vive	,238	,175	-,238	,000
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	,223	,204	-,223	,000
Satisfacción con el transporte	,225	,225	-,195	,000
Frecuencia de sentimientos neativos	,330	,330	-,252	,000
Promedio de horas de sueño durante los días laborales	,208	,208	-,191	,000
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	,169	,169	-,149	,000
Frecuencia consumo de vino	,270	,270	-,221	,000
Frecuencia consumo de aperitivos	,284	,284	-,237	,000
Frecuencia consumo de sidra	,467	,467	-,294	,000
Frecuencia consumo de cerveza	,194	,194	-,175	,000
Frecuencia consumo de brandy	,338	,338	-,215	,000
Frecuencia consumo de whisky	,384	,384	-,265	,000
Consumo de alcohol en casa	,510	,333	-,510	,000
Consumo de alcohol en el trabajo	,522	,474	-,522	,000
Consumo de alcohol en casa de otra persona	,501	,321	-,501	,000
Consumo de alcohol en cafetería o bar	,393	,288	-,393	,000
Consumo de alcohol en un restaurante o similar	,510	,333	-,510	,000
Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	,434	,434	-,248	,000
Consumo de alcohol en otro lugar	,540	,404	-,540	,000
Consumo de alcohol solo	,535	,448	-,535	,000
Consumo de alcohol con el cónyuge	,540	,405	-,540	,000
Consumo de alcohol con uno o varios de sus hijos	,522	,474	-,522	,000
Consumo de alcohol con padres	,541	,421	-,541	,000
Consumo de alcohol con otros familiares	,536	,384	-,536	,000
Consumo de alcohol con amigos	,497	,497	-,316	,000

	Diferencias más extremas			Sig. asintót. (bilateral)
	Absoluta	Positiva	Negativa	
Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	,537	,390	-,537	,000
Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	,537	,390	-,537	,000
Consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales	,535	,448	-,535	,000
Frecuencia con la que se fuma	,318	,318	-,232	,000
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborales	,321	,321	-,261	,000
Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana	,296	,296	-,240	,000
Práctica de ejercicio	,262	,262	-,145	,000
Percepción de lo que se cuida	,296	,296	-,264	,000
Horas disponibles durante los días laborales para sus aficiones	,229	,229	-,211	,000
Horas disponibles durante los fines de semana para sus aficiones	,237	,237	-,163	,000

2. RESULTADOS INFERENCIALES

2.1. Correlaciones en relación a la calidad de vida

2.1.1. Correlaciones entre las variables sociodemográficas y los factores del WHOQOL Bref

Cuadro 77: Correlaciones entre las variables sociodemográficas y los factores del WHOQOL Bref.

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Edad	0,069 p= 0,284	-0,019 p= 0,773	0,015 p= 0,822	0,001 p= 0,987	-0,131* p= 0,043
Números de miembros que residen en el hogar	0,158 p= 0,014	0,183** p= 0,005	0,234** p= 0,000	0,125 p= 0,062	0,292** p= 0,000
Nivel de estudios	0,242** p= 0,000	0,178** p= 0,006	0,255** p= 0,000	0,287** p= 0,000	0,153* p= 0,018
Horas semanales dedicadas a la actividad laboral	-0,017 p= 0,823	0,007 p= 0,931	-0,023 p= 0,764	0,064 p= 0,420	-0,035 p= 0,655

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Salario	-0,082 P= 0,201	0,029 P= 0,661	-0,028 P= 0,663	0,014 P= 0,828	0,097 P= 0,133
Ingresos mensuales del hogar	-0,005 P= 0,936	0,186** P= 0,004	0,026 P= 0,689	-0,048 P= 0,470	0,105 P= 0,104
Evaluación de la situación económica	0,031 P= 0,644	0,133* P= 0,049	0,133* P= 0,048	-0,064 P= 0,347	0,190** P= 0,005
Orden del gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas	-0,031 P= 0,694	-0,052 P= 0,519	-0,039 P= 0,623	-0,061 P= 0,457	0,019 P= 0,813
Orden del gasto en bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	-0,107 P= 0,254	-0,091 P= 0,336	-0,199* P= 0,034	-0,086 P= 0,368	-0,126 P= 0,184
Orden de gasto en artículos de vestir y calzado	-0,128 P= 0,085	0,028 P= 0,711	-0,101 P= 0,175	-0,123 P= 0,109	-0,110 P= 0,141
Orden de gasto en vivienda, gastos corrientes de vivienda y mobiliario	0,081 P= 0,457	-0,062 P= 0,575	0,057 P= 0,607	0,236* P= 0,032	-0,009 P= 0,938
Orden de gasto en salud	0,125 P= 0,379	0,108 P= 0,451	0,112 P= 0,436	0,152 P= 0,304	0,181 P= 0,204
Orden de gasto en transporte y comunicaciones	-0,030 P= 0,712	0,022 P= 0,792	-0,025 P= 0,766	-0,055 P= 0,516	-0,055 P= 0,507
Orden de gasto en ocio, espectáculos, cultura, enseñanza, hostelería y restauración	0,023 P= 0,787	-0,005 P= 0,952	0,054 P= 0,517	-0,007 P= 0,936	0,035 P= 0,682
Orden de gasto en otros bienes y servicios	0,232 p= 0,101	0,058 P= 0,687	0,143 P= 0,316	0,058 P= 0,694	0,136 P= 0,346

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las correlaciones entre las variables sociodemográficas y la puntuación global del WHOQOL Bref muestran una correlación positiva con:

- El nivel de estudios (Correlaciones: 0,242; $p = 0,000 < 0,01$)

Al aumentar el nivel de estudios, se incrementa simultáneamente la puntuación global obtenida en todas las puntuaciones globales del WHOQOL Bref.

Las correlaciones entre las variables sociodemográficas y la salud física resultan significativas en:

- El número de miembros que residen en el hogar (Correlaciones: 0,183; $p = 0,005 < 0,05$)
- Nivel de estudios (Correlaciones: 0,178; $p = 0,006 < 0,05$)
- Ingresos mensuales del hogar (Correlaciones: 0,186; $p = 0,004 < 0,05$)
- Evaluación de la situación económica (Correlaciones: 0,133; $p = 0,049 < 0,05$)

Se observa una mejora en la percepción de la salud física conforme aumenta el nivel de estudios, los ingresos mensuales del hogar y la evaluación de la situación económica.

Las correlaciones entre las variables sociodemográficas y la salud psicológica muestran una correlación positiva en:

- El número de miembros que residen en el hogar (Correlaciones: 0,234; $p = 0,000 < 0,01$)
- Nivel de estudios (Correlaciones: 0,255; $p = 0,000 < 0,01$)
- Evaluación de la situación económica (Correlaciones: 0,133; $p = 0,048 < 0,05$)

El número de miembros que residen en el hogar, el nivel de estudios y la evaluación de la situación económica se relaciona con la evaluación de la salud psicológica.

La satisfacción con las relaciones sociales presenta una correlación significativa con:

- Nivel de estudios (Correlaciones: 0,287; $p = 0,000 < 0,01$)
- Orden de gasto en vivienda, gastos corrientes de vivienda y mobiliario (Correlaciones: 0,236; $p = 0,032 < 0,05$)

Un nivel elevado de estudios y de gastos en la vivienda se corresponde con una percepción más favorable de las propias relaciones sociales.

La evaluación positiva de aspectos ambientales se relaciona de forma positiva con:

- El número de miembros que residen en el hogar (Correlaciones: 0,292; $p = 0,000 < 0,01$)
- Nivel de estudios (Correlaciones: 0,153; $p = 0,018 < 0,05$)
- Evaluación de la situación económica (Correlaciones: 0,190; $p = 0,005 < 0,05$)

Y negativa con:

- Edad (Correlaciones: -0,131; $p = 0,043 < 0,05$)

La evaluación de calidad de vida de los aspectos ambientales mejora conforme aumenta el número de miembros que residen en el hogar, el nivel de estudios y la evaluación de la propia situación económica. De forma inversa, esta valoración del ambiente disminuye conforme aumenta la edad.

2.1.2. Correlaciones entre los estilos de vida y los factores del WHOQOL Bref

Cuadro 78: Correlaciones entre las pautas de sueño y los factores del WHOQOL Bref.

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Promedio de horas de sueño durante los días laborables	-0,032 P= 0,619	0,099 P= 0,132	0,091 P= 0,164	-0,091 P= 0,172	-0,020 P= 0,756
Promedio durante los fines de semana	0,019 P= 0,765	0,033 P= 0,616	0,083 P= 0,201	-0,009 P= 0,890	0,018 P= 0,786

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las pautas de sueño, los factores del WHOQOL Bref y tampoco su factorialización (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y aspectos ambientales).

Cuadro 79: Correlaciones entre la frecuencia y consumo de alcohol y los factores del WHOQOL Bref.

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Frecuencia consumo de vino	0,017 p= 0,807	-0,085 P= 0,217	0,126 P= 0,071	-0,030 P= 0,661	-0,099 P= 0,148
Frecuencia consumo de aperitivos	0,083 p= 0,229	-0,018 P= 0,799	0,077 P= 0,278	0,070 P= 0,312	0,037 P= 0,593
Frecuencia consumo de sidra	0,028 p= 0,685	-0,120 P= 0,086	-0,002 P= 0,977	-0,016 P= 0,820	0,008 P= 0,905
Frecuencia consumo de cerveza	0,044 p= 0,509	-0,037 P= 0,581	0,052 P= 0,446	-0,032 P= 0,633	-0,074 P= 0,273
Frecuencia consumo de brandy	0,005 p= 0,937	-0,070 P= 0,313	0,038 P= 0,589	-0,097 P= 0,155	-0,198** P= 0,004
Frecuencia consumo de whisky	0,057 p= 0,410	-0,079 P= 0,259	0,051 P= 0,472	-0,084 P= 0,225	0,003 P= 0,969
Consumo de alcohol en casa	-0,057 p= 0,382	0,063 P= 0,342	-0,108 P= 0,107	-0,017 P= 0,800	0,028 P= 0,675
Consumo de alcohol en el trabajo	-0,009 p= 0,888	-0,060 P= 0,364	-0,008 P= 0,908	0,002 P= 0,970	0,053 P= 0,423
Consumo de alcohol en casa de otra persona	-0,114 p= 0,079	-0,057 P= 0,391	-0,077 P= 0,254	-0,017 P= 0,794	-0,082 P= 0,215

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Consumo de alcohol en cafetería o bar	0,038 p= 0,561	0,052 P= 0,432	0,049 P= 0,454	0,094 P= 0,161	0,118 P= 0,072
Consumo de alcohol en un restaurante o similar	-0,027 p= 0,674	0,066 P= 0,317	-0,013 P= 0,843	-0,016 P= 0,807	-0,042 P= 0,522
Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	-0,100 p= 0,126	0,049 P= 0,463	0,044 P= 0,506	-0,042 P= 0,537	0,103 P= 0,119
Consumo de alcohol en otro lugar	0,099 p= 0,132	0,196** P= 0,003	0,163* P= 0,013	0,099 P= 0,142	0,085 P= 0,198
Consumo de alcohol solo	0,139* p= 0,033	0,219** P= 0,001	0,158* P= 0,015	0,048 P= 0,478	0,167* P= 0,011
Consumo de alcohol con el cónyuge	-0,077 p= 0,238	-0,035 P= 0,594	-0,072 P= 0,272	-0,092 P= 0,173	-0,004 P= 0,949
Consumo de alcohol con uno o varios hijos	0,064 p= 0,326	0,141* P= 0,033	0,165* P= 0,011	0,055 P= 0,412	-0,039 P= 0,558
Consumo de alcohol con padres	-0,008 p= 0,901	0,015 P= 0,824	0,076 P= 0,244	-0,013 P= 0,846	0,001 P= 0,989
Consumo de alcohol con familiares	-0,017 p= 0,794	0,129 P= 0,051	0,030 P= 0,643	-0,020 P= 0,764	-0,041 P= 0,537
Consumo de alcohol con amigos	-0,072 p= 0,270	0,047 P= 0,478	0,119 P= 0,068	0,032 P= 0,640	0,141* P= 0,031
Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	0,070 p= 0,283	0,060 P= 0,365	0,133* P= 0,042	-0,008 P= 0,909	0,041 P= 0,534
Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	-0,010 p= 0,882	0,037 P= 0,577	0,000 P= 0,998	-0,065 0,336	-0,065 P= 0,322
Consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales	-0,041 p= 0,535	0,091 P= 0,171	-0,026 P= 0,694	0,000 P= 0,997	-0,124 P= 0,060

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las correlaciones entre el consumo de alcohol y los factores del WHOQOL Bref muestran una correlación positiva con:

- El consumo de alcohol en soledad (Correlación: 0,139; p= 0,033 < 0,05)

Al aumentar el consumo de alcohol en soledad, mayor es la puntuación obtenida en los factores del WHOQOL Bref.

La salud física se relaciona positivamente con:

- El consumo de alcohol en otros lugares (Correlación: 0,196; $p= 0,003 < 0,05$)
- Consumo de alcohol solo (Correlación: 0,219; $p= 0,001 < 0,05$)
- Consumo de alcohol con uno o varios hijos (Correlación: 0,141; $p= 0,033 < 0,05$)

Conforme mejora la salud física mayor es el consumo de alcohol en otros lugares, en soledad y con uno o varios hijos.

La salud psicológica muestra correlaciones positivas con:

- El consumo de alcohol en otros lugares (Correlación: 0,163; $p= 0,013 < 0,05$)
- Consumo de alcohol en soledad (Correlación: 0,158; $p= 0,015 < 0,05$)
- Consumo de alcohol con uno o varios hijos (Correlación: 0,165; $p= 0,011 < 0,05$)
- Consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: 0,133; $p= 0,042 < 0,05$)

Cuanto mayor es el consumo de alcohol en otros lugares, en soledad, con uno o varios hijos, con vecinos o conocidos mayor es la salud psicológica.

Las relaciones sociales no muestran ninguna correlación significativa (positiva o negativa) con el consumo de alcohol.

Los aspectos ambientales se relacionan positivamente con:

- Consumo de alcohol solo (Correlación: 0,167; $p= 0,011 < 0,05$)
- Consumo de alcohol con amigos (Correlación: 0,141; $p= 0,031 < 0,05$)

Y negativamente con:

- La frecuencia de consumo de brandy (Correlación: -0,198; $p= 0,004 < 0,05$)

Al mejorar la percepción de la salud del medio ambiente aumenta el consumo de alcohol en soledad y con amigos mientras disminuye el consumo de brandy.

Cuadro 80: Correlaciones entre el consumo de tabaco, el desarrollo de ejercicio y los factores del WHOQOL Bref.

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Frecuencia con la que se fuma	-0,024 p= 0,707	-0,163* P= 0,013	-0,152* P= 0,019	0,015 P= 0,822	-0,182** P= 0,005
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	-0,027 p= 0,675	-0,146* P= 0,026	-0,146* P= 0,025	-0,009 P= 0,888	-0,154* P= 0,018
Cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana	-0,011 p= 0,868	-0,146* P= 0,026	-0,148* P= 0,022	0,006 P= 0,928	-0,116 P= 0,077
Práctica de ejercicio	-0,145* p= 0,027	-0,263** P= 0,000	-0,207** P= 0,002	-0,035 P= 0,603	-0,270** P= 0,000

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las correlaciones entre el consumo de tabaco, el desarrollo de ejercicio y los factores del WHOQOL Bref resultan significativas en:

- La práctica de ejercicio (Correlación: -0,145; $p = 0,027 < 0,005$)

Al aumentar la práctica en la realización de ejercicio, disminuye la satisfacción con la propia calidad de vida.

La salud física se relaciona negativamente con:

- La frecuencia con la que se fuma (Correlación: -0,163; $p = 0,013 < 0,005$)
- Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables (Correlación: -0,146; $p = 0,026 < 0,005$)
- Cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana (Correlación: -0,146; $p = 0,026 < 0,005$)
- Práctica de ejercicio (Correlación: -0,263; $p = 0,000 < 0,001$)

Cuanto mayor es la frecuencia y la cantidad de tabaco consumido menor es la valoración de la propia salud física. De la misma manera esta disminuye al aumentar el ejercicio físico.

La salud psicológica muestra correlaciones negativas con:

- La frecuencia con la que se fuma (Correlación: -0,152; $p = 0,019 < 0,005$)
- Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables (Correlación: -0,146; $p = 0,025 < 0,005$)

- Cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana (Correlación: -0,148; $p = 0,022 < 0,005$)
- Práctica de ejercicio (Correlación: -0,207; $p = 0,002 < 0,005$)

Cuanto más elevada es la valoración de la propia salud psicológica menor es la frecuencia y la cantidad de consumo de cigarrillos y la práctica de ejercicio.

No se encuentra ninguna correlación positiva o negativa respecto a las relaciones sociales, la práctica de ejercicio y la frecuencia y consumo de tabaco.

Los aspectos ambientales se correlacionan negativamente con:

- La frecuencia con la que se fuma (Correlación: -0,182; $p = 0,005 < 0,005$)
- Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables (Correlación: -0,154; $p = 0,018 < 0,005$)
- Práctica de ejercicio (Correlación: -0,270; $p = 0,000 < 0,001$)

Al aumentar la frecuencia con la que se fuma y la práctica de ejercicio mejora la evaluación de calidad de vida de los aspectos ambientales.

Cuadro 81: Correlaciones entre la pertenencia a asociaciones, tiempo libre, la percepción de lo que se cuida y los factores del WHOQOL Bref.

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Percepción de lo que se cuida	0,192** p= 0,003	0,233** P= 0,000	0,303** P= 0,000	0,201** 0,002	0,253** P= 0,000
Pertenencia a alguna asociación	-0,038 p= 0,557	0,057 P= 0,385	0,065 P= 0,317	-0,028 P= 0,670	0,119 P= 0,066
Horas disponibles durante los días laborables para las aficiones	0,114 p= 0,084	0,151* P= 0,024	0,091 P= 0,170	0,054 P= 0,426	0,123 P= 0,063
Horas disponibles durante el fin de semana para las aficiones	0,069 p= 0,301	0,109 P= 0,104	-0,004 P= 0,951	0,041 P= 0,553	0,001 P= 0,991

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las correlaciones entre la percepción de lo que se cuida, la pertenencia a alguna asociación, las horas de tiempo libre disponibles durante los días laborables y el fin de semana para las aficiones y los factores del WHOQOL Bref.

Los factores del WHOQOL Bref resultan significativos en:

- La percepción de lo que se cuida (Correlación: 0,192; $p = 0,003 < 0,005$)

El aumento de la percepción de lo que se cuida, implica una mayor calidad de vida obtenida con los factores del WHOQOL Bref.

La salud física se correlaciona de forma positiva con:

- La percepción de lo que se cuida (Correlación: 0,233; $p = 0,000 < 0,001$)
- Horas disponible durante los días laborables para sus aficiones (Correlación: 0,151; $p = 0,024 < 0,005$)

La satisfacción con la propia salud física tiene que ver con la percepción de lo que se cuida el encuestado. De la misma forma el incremento de las horas disponibles durante los días laborables para el asociacionismo y el tiempo libre repercuten en una mejor satisfacción con la calidad de vida.

La salud psicológica se relaciona de manera positiva con:

- La percepción de lo que se cuida (Correlación: 0,303; $p = 0,000 < 0,001$)

Cuanto mejor es la percepción de lo que el individuo se cuida, mejor es la percepción de salud psicológica.

Las relaciones sociales muestran relaciones positivas con:

- La percepción de lo que se cuida (Correlación: 0,201; $p = 0,002 < 0,005$)

El aumento de la percepción de lo que se cuida implica una valoración más positiva de las relaciones sociales.

La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en su aspecto ambiental se encuentra asociada de forma positiva con: la percepción de lo que se cuida (Correlación: 0,253; $p = 0,000 < 0,001$)

Conforme aumenta la percepción de lo que se cuida aumenta la percepción y valoración positiva de la calidad de vida en relación con los aspectos ambientales.

Cuadro 82: Correlaciones entre las aficiones durante los días laborables y los factores del WHOQOL Bref.

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Dedicación a teatro, cine y conciertos	0,010 p= 0,877	-0,042 P= 0,519	-0,004 P= 0,947	0,001 P= 0,984	0,021 P= 0,750
Dedicación a visitar museos y exposiciones	0,010 p= 0,880	0,064 P= 0,332	-0,006 P= 0,924	-0,018 P= 0,789	-0,017 P= 0,796
Dedicación a ir a discotecas	-0,065 p= 0,316	-0,056 P= 0,391	-0,018 P= 0,783	0,039 P= 9,561	-0,079 P= 0,223
Dedicación a salir con los amigos	-0,009 p= 0,887	0,044 P= 0,507	0,107 P= 0,099	0,106 P= 0,111	0,164* P= 0,011
Dedicación a hacer excursiones	0,014 p= 0,824	0,052 P= 0,425	-0,073 P= 0,261	-0,104 P= 0,120	-0,011 P= 0,871
Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	-0,055 P= 0,399	0,003 P= 0,960	-0,033 P= 0,609	-0,074 P= 0,268	0,007 P= 0,911
Dedicación a practicar deportes	-0,095 P= 0,143	-0,179** P= 0,006	-0,049 P= 0,449	0,024 P= 0,715	-0,124 P= 0,057
Dedicación a ver la televisión	-0,079 P= 0,222	-0,014 P= 0,833	0,018 P= 0,778	0,072 P= 0,279	-0,040 P= 0,539
Dedicación a oír música y radio	-0,078 P= 0,230	0,024 P= 0,712	-0,027 P= 0,673	-0,001 P= 0,986	-0,010 P= 0,881
Dedicación a cuidar de los niños	-0,004 P= 0,952	0,017 P= 0,791	0,055 P= 0,395	-0,015 P= 0,823	-0,006 P= 0,932
Dedicación a leer	-0,018 P= 0,777	-0,014 P= 0,828	-0,020 P= 0,763	-0,112 P= 0,092	-0,013 P= 0,838
Dedicación a manualidades	-0,022 P= 0,732	0,046 P= 0,481	0,047 P= 0,467	-0,056 P= 0,400	-0,069 P= 0,291

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Dedicación a asistir a actos religiosos	-0,056 P= 0,387	-0,051 P= 0,432	-0,020 P= 0,759	-0,122 P= 0,067	-0,119 P= 0,067
Dedicación al voluntariado	-0,039 P= 0,543	-0,069 P= 0,289	-0,041 P= 0,528	-0,047 P= 0,479	-0,025 P= 0,703
Dedicación a Internet	-0,035 P= 0,589	0,004 P= 0,954	-0,007 P= 0,915	-0,032 P= 0,628	0,047 P= 0,471
Dedicación a otras actividades	-0,014 p= 0,834	0,011 P= 0,872	-0,096 P= 0,137	-0,034 P= 0,613	-0,071 P= 0,279
Dedicación a nada en particular	0,019 p= 0,773	0,086 P= 0,187	0,055 P= 0,399	0,023 P= 0,730	0,102 P= 0,117

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

A partir de los datos obtenidos con las correlaciones se observa que la relación entre las aficiones durante los días laborables y los factores del WHOQOL Bref no es significativa.

Durante los días laborables la salud física se correlaciona de forma negativa con:

- La dedicación a practicar deporte (Correlación: -0,179; $p = 0,006 < 0,005$)

El aumento de la salud física facilita el aumento de la dedicación a practicar deporte.

No se encuentran correlaciones (positivas y negativas) entre la salud psicológica, la valoración de la calidad de vida de las relaciones sociales y las aficiones durante los días laborables.

La valoración de la calidad de vida en relación con el medio ambiente se relaciona de forma positiva con:

- La dedicación a salir con los amigos (Correlación: 0,164; $p = 0,011 < 0,005$)

Conforme aumenta la calidad de vida con respecto a los aspectos ambientales se dedica más tiempo a salir con los amigos.

Cuadro 83: Correlaciones entre las aficiones durante el fin de semana y los factores del WHOQOL Bref.

	Puntuación global del WHOQOL Bref	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Aspectos ambientales
Dedicación a teatro, cine y conciertos	-0,121 p= 0,062	-0,114 P= 0,081	-0,117 P= 0,072	-0,137* P= 0,040	-0,152* P= 0,020
Dedicación a visitar museos y exposiciones	-0,026 p= 0,693	0,018 P= 0,787	-0,028 P= 0,670	-0,046 P= 0,487	-0,077 P= 0,236
Dedicación a ir a discotecas	-0,125 p= 0,052	-0,037 P= 0,570	-0,112 P= 0,085	-0,114 P= 0,086	-0,064 P= 0,327
Dedicación a salir con los amigos	0,070 p= 0,280	-0,017 P= 0,790	0,079 P= 0,224	0,055 P= 0,412	-0,015 P= 0,818
Dedicación a hacer excursiones	0,017 p= 0,794	-0,079 P= 0,229	0,002 P= 0,970	0,028 P= 0,670	-0,040 P= 0,542
Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	-0,111 p= 0,086	-0,037 P= 0,574	-0,106 P= 0,103	-0,064 P= 0,337	-0,103 P= 0,113
Dedicación a practicar deportes	-0,143* p= 0,026	-0,117 P= 0,074	-0,139* P= 0,032	-0,068 P= 0,312	0,211** P= 0,001
Dedicación a ver la televisión	0,007 p= 0,911	0,011 P= 0,863	0,034 P= 0,604	0,089 P= 0,183	-0,012 P= 0,118
Dedicación a oír música y radio	-0,010 p= 0,879	0,055 P= 0,404	0,020 P= 0,753	0,101 P= 0,129	0,018 P= 0,787
Dedicación a cuidar de los niños	-0,166** p= 0,010	-0,135* P= 0,040	-0,087 P= 0,181	-0,057 P= 0,394	-0,169** P= 0,009
Dedicación a leer	-0,059 p= 0,362	-0,044 P= 0,504	-0,124 P= 0,055	-0,009 P= 0,893	-0,049 P= 0,451
Dedicación a manualidades	0,065 p= 0,316	0,132* P= 0,043	0,105 P= 0,105	0,069 P= 0,298	-0,074 P= 0,255
Dedicación a asistir a actos religiosos	-0,164* p= 0,011	-0,248** P= 0,000	-0,207** P= 0,001	-0,180** P= 0,006	-0,312** P= 0,000
Dedicación al voluntariado	0,020 p= 0,753	-0,082 P= 0,208	0,009 P= 0,896	0,082 P= 0,221	-0,050 P= 0,442
Dedicación a Internet	-0,046 p= 0,474	0,021 P= 0,749	-0,005 P= 0,933	0,043 P= 0,520	-0,004 P= 0,955
Dedicación a otras actividades	-0,049 p= 0,445	-0,064 P= 0,327	-0,074 P= 0,254	0,022 P= 0,747	-0,083 P= 0,202
Dedicación a nada en particular	-0,003 p= 0,967	0,078 P= 0,234	0,015 P= 0,816	0,006 P= 0,932	0,044 P= 0,495

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las correlaciones entre las aficiones y los factores del WHOQOL Bref durante el fin de semana muestran una correlación positiva con:

- La dedicación a practicar deportes (Correlación: -0,143, $p= 0,026 < 0,05$)
- Dedicación a cuidar de los niños (Correlación: -0,166, $p= 0,010 < 0,05$)
- Dedicación a asistir a actos religiosos (Correlación: -0,164, $p= 0,011 < 0,05$)

Se observa una disminución en la percepción global de la calidad de vida relacionada con la salud conforme aumenta la dedicación a practicar deporte, cuidar de los niños y asistir a actos religiosos.

La salud física durante el fin de semana se correlaciona positivamente con:

- La dedicación a manualidades (Correlación: 0,132, $p= 0,043 < 0,05$)

Y negativamente con:

- La dedicación a cuidar de los niños (Correlación: -0,135, $p= 0,040 < 0,05$)
- Dedicación a asistir a actos religiosos (Correlación: -0,248, $p= 0,000 < 0,01$)

Al aumentar la percepción de la propia salud física aumenta la dedicación a manualidades y disminuye la dedicación a cuidar de los niños y a asistir a actos religiosos.

La salud psicológica muestra correlaciones negativas con:

- La dedicación a practicar deportes (Correlación: -0,139, $p= 0,032 < 0,05$)
- Dedicación a asistir a actos religiosos (Correlación: -0,207, $p= 0,001 < 0,05$)

La dedicación a practicar deportes y a asistir a actos religiosos se asocia a una menor salud psicológica.

La satisfacción con las relaciones sociales se relaciona de manera negativa con:

- La dedicación a teatro, cine, conciertos, etc. (Correlación: -0,137, $p= 0,040 < 0,05$)
- Dedicación a asistir a actos religiosos (Correlación: -0,180, $p= 0,006 < 0,05$)

La asistencia al teatro, cine, conciertos, etc. y a actos religiosos durante el fin de semana implica una menor calidad de vida en las relaciones sociales.

La valoración positiva de la calidad de vida relacionada con los aspectos ambientales presenta correlaciones negativas con:

- La dedicación a teatro, cine, conciertos, etc. (Correlación: -0,152, $p= 0,020 < 0,05$)
- Dedicación a practicar deporte (Correlación: -0,211, $p= 0,001 < 0,05$)
- Dedicación a cuidar de los niños (Correlación: -0,169, $p= 0,009 < 0,05$)
- Dedicación a asistir a actos religiosos (Correlación: -0,312, $p= 0,000 < 0,01$)

Al aumentar la dedicación a teatro, cine, conciertos, etc., a practicar deporte, a cuidar de los niños y a asistir a actos religiosos menor es la valoración de la calidad de vida en los aspectos relativos al medio ambiente.

2.1.3. Correlaciones entre las puntuaciones del WHOQOL Bref

Cuadro 84: Correlaciones entre los factores del WHOQOL Bref.

	1	2	3	4
1 Salud física	1	0,631** p= 0,000	0,686** p= 0,000	0,658** p= 0,000
2 Salud psicológica	0,631** p= 0,000	1	0,482** p= 0,000	0,384** p= 0,000
3 Relaciones sociales	0,686** p= 0,000	0,482** p= 0,000	1	0,629** p= 0,000
4 Aspectos ambientales	0,658** p= 0,000	0,384** p= 0,000	0,629** p= 0,000	1

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las dimensiones del WHOQOL Bref se relacionan positivamente entre sí. Analizando los datos obtenidos para cada una de estas variables por separado se observa que la salud física muestra una correlación positiva con:

- La salud psicológica (Correlación: 0,631; $p = 0,000 < 0,01$)
- Relaciones sociales (Correlación: 0,686; $p = 0,000 < 0,01$)
- Aspectos ambientales (Correlación: 0,658; $p = 0,000 < 0,01$)

Así pues, la percepción positiva de la salud física se relaciona con una mejor valoración de la salud psicológica, las relaciones sociales y los aspectos ambientales.

La salud psicológica se relaciona positivamente con:

- Las relaciones sociales (Correlación: 0,482; $p = 0,000 < 0,01$)
- Los aspectos ambientales (Correlación: 0,384; $p = 0,000 < 0,01$)

Una evaluación positiva de la salud psicológica implica el aumento de la satisfacción con las relaciones sociales y los aspectos ambientales.

La satisfacción con las relaciones sociales muestra una correlación positiva con:

- Los aspectos ambientales (Correlación: 0,629; $p = 0,000 < 0,01$)

La valoración positiva de las relaciones sociales mejora la percepción de los aspectos ambientales.

2.2. Análisis de varianza

2.2.1. Análisis de varianza en función de las variables sociodemográficas

2.2.1.1. Análisis de varianza en función del sexo

Cuadro 85: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables sociodemográficas).

VARIABLES	Suma Cuadrática	F	P	Media Chicos	Media Chicas
Números de miembros que residen en el hogar	0,99	0,45	0,50	3,95	3,82
Nivel de estudios	0,05	0,13	0,71	3,34	3,37
Horas semanales dedicadas a la actividad laboral	497,66	1,74	0,18	24,97	21,56
Salario	7845,45	3,58	0,60	49,92	61,24
Ingresos mensuales del hogar	152,16	0,08	0,76	70,13	71,71
Evaluación de la situación económica	1,10	0,94	0,33	2,82	2,68
Orden del gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas	0,014	0,01	0,91	2,73	2,75
Orden de gasto en bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	3,66	2,61	0,10	2,47	2,11
Orden del gasto en artículos de vestir y calzado	15,09	13,75	0,00	2,20	2,77
Orden del gasto en vivienda, gastos corrientes de vivienda y mobiliario	1,01	0,87	0,35	2,93	2,71
Orden del gasto en salud	0,30	0,32	0,57	1,92	2,07
Orden del gasto en transporte y comunicaciones	0,01	0,01	0,91	2,36	2,35
Orden del gasto en ocio, espectáculos, cultura y enseñanza, hostelería y restauración	0,01	0,01	0,91	2,52	2,54
Orden del gasto en otros bienes y servicios	7,97	5,22	0,02	2,56	1,77

En la tabla anterior se exponen los resultados obtenidos: suma de cuadrados, valor de la F, su probabilidad asociada y la puntuación media para cada uno de los grupos (chicos y chicas).

En el análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo, se encuentran diferencias significativas en cuanto al orden de gasto en artículos de vestir y calzado, siendo las chicas las que gastan más ($F= 13,75$; $p= 0,00$) ($2,20$ chicos $<$ $2,77$ chicas) ($\alpha= 0,01$).

El orden del gasto en otros bienes y servicios es superior en los chicos que en las chicas ($F= 5,22$; $p= 0,02$) ($2,56$ chicos $>$ $1,77$ chicas) ($\alpha= 0,05$).

Cuadro 86: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables relativas a la calidad de vida).

Variables	Suma Cuadrática	F	P	Media Chicos	Media Chicas
Calidad de vida	1,63	3,19	0,07	4,08	3,92
Satisfacción con la salud	0,03	0,05	0,81	3,96	3,93
Incapacidad por el dolor	10,43	12,59	0,00	1,43	1,84
Necesidad de tratamiento médico	0,25	0,35	0,55	1,54	1,60
Disfrute de la vida	0,93	2,12	0,14	4,13	4,01
Sentido de la vida	1,98	3,04	0,08	4,10	3,92
Capacidad de concentración	0,09	0,12	0,73	3,41	3,37
Seguridad ante la vida diaria	4,83	8,30	0,00	3,79	3,51
Salubridad del ambiente físico	0,83	1,42	0,23	3,71	3,59
Energía suficiente para la vida diaria	5,29	7,83	0,00	4,18	3,89
Aceptación de la apariencia física	9,03	12,23	0,00	4,24	3,85
Disponibilidad de suficiente dinero	0,65	0,76	0,38	3,69	3,59
Disponibilidad de suficiente información	4,40	7,45	0,00	3,99	3,72
Ocasión de realizar actividades de ocio	1,18	1,55	0,21	3,79	3,65
Capacidad de desplazamiento	1,33	1,72	0,19	4,02	4,17
Satisfacción con su sueño	0,75	0,87	0,35	3,46	3,57
Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	0,33	0,62	0,43	3,78	3,70
Satisfacción con la capacidad de trabajo	3,44	4,83	0,02	3,73	3,49
Satisfacción con uno mismo	6,23	9,63	0,00	4,07	3,75
Satisfacción con sus relaciones personales	3,25	4,35	0,03	4,11	3,88
Satisfacción con su vida sexual	0,37	0,35	0,55	3,67	3,75
Satisfacción con el apoyo de sus amigos	0,59	0,89	0,34	4,13	4,03
Satisfacción con el lugar donde vive	0,20	0,25	0,61	4,04	3,98
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	0,99	1,27	0,26	3,62	3,49
Satisfacción con el transporte	1,88	2,07	0,15	3,50	3,32
Frecuencia de sentimientos negativos	4,19	7,77	0,00	2,16	2,43

En las variables relativas a la calidad de vida resultan numerosas diferencias significativas según el sexo, siendo casi siempre los chicos los que obtienen mejores resultados, como por ejemplo:

- En la seguridad ante la vida diaria (F= 8,30; p= 0,00) (3,79 chicos > 3,51 chicas) ($\alpha= 0,01$)

- Energía suficiente para la vida diaria (F= 7,83; p= 0,00) (4,18 chicos > 3,89 chicas) ($\alpha= 0,01$)
- Aceptación de la apariencia física (F= 12,23; p= 0,00) (4,24 chicos > 3,85 chicas) ($\alpha = 0,01$)
- Disponibilidad de suficiente información (F= 7,45; p= 0,00) (3,99 chicos > 3,72 chicas) ($\alpha= 0,01$)
- Satisfacción con la capacidad de trabajo (F= 4,83; p= 0,02) (3,73 chicos > 3,49 chicas) ($\alpha= 0,05$)
- Satisfacción con uno mismo (F=9,63; p= 0,00) (4,07 chicos > 3,75 chicas) ($\alpha= 0,01$)
- Satisfacción con las relaciones personales (F= 4,35; p= 0,03) (4,11 chicos > 3,88 chicas) ($\alpha= 0,05$)

De manera complementaria, las chicas presentan una mayor incapacidad para el dolor (F= 12,59, p= 0,00) (1,43 chicos < 1,84 chicas) ($\alpha= 0,01$) y frecuencia de sentimientos negativos (F= 7,77; p= 0,00) (2,16 chicos < 2,43 chicas) ($\alpha= 0,01$).

Cuadro 87: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (para las dimensiones del WHOQOL Bref).

VARIABLES	Suma Cuadrática	F	P	Media Chicos	Media Chicas
Salud física	46,81	3,65	0,05	28,17	27,28
Salud psicológica	109,78	10,87	0,00	23,79	22,45
Relaciones sociales	4,33	0,95	0,33	11,87	11,60
Aspectos ambientales	97,52	5,32	0,02	30,13	28,86

De los 4 factores del WHOQOL Bref (salud física, psicológica, relaciones sociales y aspectos ambientales) se encuentran diferencias significativas en salud psicológica y ambiental, siendo la media de los chicos superior a la de las chicas:

- En salud psicológica (F= 10,87; p= 0,00) (23,79 chicos > 22,45 chicas) ($\alpha= 0,01$)
- En aspectos ambientales (F= 5,32; p= 0,02) (30,13 chicos > 28,86 chicas) ($\alpha= 0,05$)

La percepción de lo que se cuidan los chicos es mejor que la de sus compañeras:

- La percepción de lo que se cuidan (F= 4,49; p= 0,03) (3,33 chicos > 3,13 chicas) ($\alpha= 0,05$)

Cuadro 88: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables relativas a estilos de vida).

Variables	SC	F	P	Media Chicos	Media Chicas
Promedio de horas de sueño durante los días laborables	0,05	0,03	0,85	7,52	7,49
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	5,34	1,25	0,26	8,73	9,03
Frecuencia consumo de vino	1,31	1,30	0,25	0,85	0,69
Frecuencia consumo de aperitivos	5,26	1,83	0,17	1,37	1,06
Frecuencia consumo de sidra	0,49	2,26	0,13	0,30	0,20
Frecuencia consumo de cerveza	30,91	12,15	0,00	1,89	1,15
Frecuencia consumo de brandy	0,68	0,81	0,77	0,74	0,70
Frecuencia consumo de whisky	14,34	18,12	0,00	0,83	0,31
Consumo de alcohol en casa	0,45	3,47	0,64	1,80	1,89
Consumo de alcohol en el trabajo	0,00	0,96	0,32	1,99	2,00
Consumo de alcohol en casa de otra persona	0,00	0,15	0,90	1,83	1,82
Consumo de alcohol en cafetería o bar	0,88	3,69	0,05	1,54	1,66
Consumo de alcohol en un restaurante o similar	0,01	0,08	0,77	1,85	1,84
Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	0,79	3,71	0,05	1,38	1,26
Consumo de alcohol en otro lugar	0,04	0,90	0,34	1,96	1,93
Consumo de alcohol solo	0,01	0,94	0,33	1,98	1,99
Consumo de alcohol con el cónyuge	0,00	0,12	0,72	1,95	1,94
Consumo de alcohol con uno o varios hijos	0,00	1,03	0,31	2,00	1,99
Consumo de alcohol con padres	0,04	1,14	0,28	1,98	1,95
Consumo de alcohol con familiares	0,04	0,62	0,42	1,93	1,91
Consumo de alcohol con amigos	0,36	2,39	0,12	1,23	1,15
Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	0,09	1,40	0,23	1,91	1,95
Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	0,32	4,87	0,02	1,89	1,97
Consumo de alcohol con clientes o relaciones personales	0,01	0,94	0,33	1,98	1,99
Frecuencia con la que fuma	0,26	0,14	0,70	2,22	2,15
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	85,56	2,20	0,13	4,61	3,41
Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana	215,80	2,15	0,14	8,06	6,16
Práctica de ejercicio	90,37	25,73	0,00	2,73	3,97
Percepción de lo que se cuida	2,32	4,49	0,03	3,33	3,13

En cuanto a las variables relativas a los estilos de vida los chicos consumen mayor cantidad que las chicas de:

- Cerveza (F= 12,15; p= 0,00) (1,89 chicos > 1,15 chicas) ($\alpha= 0,01$)
- Whisky (F= 18,12; p= 0,00) (0,83 chicos > 0,31 chicas) ($\alpha= 0,01$)

Las chicas se distinguen en cuanto al consumo con compañeros de trabajo (F= 4,87; p= 0,02) (1,89 chicos < 1,97 chicas) ($\alpha= 0,05$).

Respecto a los chicos, las chicas practican con más frecuencia ejercicio físico (F= 25,73; p= 0,00) (2,73 chicos < 3,97 chicas) ($\alpha= 0,01$).

Cuadro 89: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables relativas al asociacionismo).

Variables	SC	F	P	Media Chicos	Media Chicas
Pertenencia a alguna asociación	0,83	3,45	0,06	1,47	1,35
Pertenencia a asociaciones deportivas	1,39	6,65	0,01	1,61	1,77
Pertenencia a asociaciones intelectuales	0,00	0,00	0,98	1,98	1,98
Pertenencia a asociaciones culturales	0,15	6,38	0,01	2,00	1,95
Pertenencia a asociaciones religiosas	0,03	1,78	0,18	1,97	1,99
Pertenencia a asociaciones de medio ambiente	0,00	0,00	0,99	1,99	1,99
Pertenencia a asociaciones de voluntariado	0,03	0,90	0,34	1,97	1,94
Pertenencia a asociaciones de cooperación	0,01	1,98	0,16	1,98	2,00
Pertenencia a asociaciones de vecinos	0,03	1,88	0,17	1,99	1,97
Pertenencia a otras asociaciones	0,14	4,60	0,03	1,94	1,99

En el asociacionismo se han constatado diferencias significativas entre las respuestas masculinas y femeninas, habiendo obtenido los chicos puntuaciones mayores en la pertenencia a asociaciones culturales (F= 6,38; p= 0,01) (2,00 chicos > 1,95 chicas) ($\alpha= 0,05$), mientras las chicas en las deportivas (F= 6,65; p= 0,01) (1,61 chicos < 1,77 chicas) ($\alpha= 0,05$) y en otras asociaciones (F= 4,60; p= 0,03) (1,94 chicos < 1,99 chicas) ($\alpha= 0,05$).

Cuadro 90: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).

Variables	SC	F	P	Media Chicos	Media Chicas
Horas disponibles para sus aficiones	33,85	0,66	0,41	6,09	5,33
Dedicación a teatro, cine y conciertos	0,00	0,03	0,84	1,88	1,87
Dedicación a visitar museos y exposiciones	0,03	0,51	0,47	1,93	1,91
Dedicación a ir a discotecas	0,00	0,14	0,70	1,97	1,98
Dedicación a salir con los amigos	0,00	0,00	1,00	1,59	1,59
Dedicación a hacer excursiones	0,01	0,30	0,58	1,93	1,95
Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	0,20	2,18	0,14	1,87	1,93
Dedicación a practicar deportes	1,05	4,27	0,04	1,45	1,58
Dedicación a ver la televisión	0,06	0,41	0,52	1,18	1,21
Dedicación a oír música y radio	0,17	0,11	0,73	1,17	1,18
Dedicación a cuidar de los niños	0,25	2,51	0,11	1,92	1,85
Dedicación a leer	0,93	4,45	0,03	1,36	1,24
Dedicación a manualidades	0,14	1,45	0,23	1,86	1,91
Dedicación a asistir a actos religiosos	0,00	0,33	0,56	1,98	1,99
Dedicación al voluntariado	0,00	0,20	0,65	1,98	1,98
Dedicación a Internet	0,14	0,99	0,31	1,16	1,21
Dedicación a otras actividades	0,03	1,03	0,31	1,95	1,98
Dedicación a nada en particular	0,15	1,05	0,30	1,84	1,79

Resulta significativo que las chicas durante los días laborables dedican con más frecuencia su tiempo libre a practicar deporte ($F=4,27$; $p=0,04$) (1,45 chicos < 1,58 chicas) ($\alpha=0,05$), mientras los chicos a la lectura ($F=4,45$; $p=0,03$) (1,36 chicos > 1,24 chicas) ($\alpha=0,05$).

Cuadro 91: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).

Variables	SC	F	P	Media Chicos	Media Chicas
Horas disponibles para sus aficiones	152,96	1,04	0,30	15,67	14,04
Dedicación a teatro, cine y conciertos	0,07	0,34	0,55	1,32	1,36
Dedicación a visitar museos y exposiciones	0,50	3,21	0,07	1,76	1,85
Dedicación a ir a discotecas	0,03	0,22	0,63	1,19	1,21
Dedicación a salir con los amigos	0,33	3,63	0,05	1,14	1,07
Dedicación a hacer excursiones	0,20	0,80	0,37	1,45	1,51
Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	2,18	9,44	0,00	1,51	1,70
Dedicación a practicar deportes	2,90	12,23	0,00	1,44	1,66
Dedicación a ver la televisión	0,03	0,15	0,69	1,38	1,36
Dedicación a oír música y radio	0,59	2,69	0,10	1,38	1,28
Dedicación a cuidar de los niños	0,33	4,18	0,04	1,95	1,88

VARIABLES	SC	F	P	Media Chicos	Media Chicas
Dedicación a leer	0,03	0,15	0,69	1,64	1,61
Dedicación a manualidades	0,03	0,39	0,52	1,88	1,91
Dedicación a asistir a actos religiosos	0,00	0,00	1,00	1,88	1,88
Dedicación al voluntariado	0,00	0,00	1,00	1,93	1,93
Dedicación a Internet	0,01	0,07	0,78	1,31	1,30
Dedicación a otras actividades	0,10	2,38	0,12	1,93	1,98
Dedicación a nada en particular	0,00	0,01	0,91	1,72	1,73

Durante el fin de semana las chicas asisten con mayor frecuencia a espectáculos deportivos ($F= 9,44$; $p= 0,00$) (1,51 chicos < 1,70 chicas) ($\alpha= 0,01$) y practican deporte ($F= 12,23$; $p= 0,00$) (1,44 chicos < 1,66 chicas) ($\alpha= 0,01$), mientras que más chicos se dedican al cuidado de niños ($F= 4,18$; $p= 0,04$) (1,95 chicos > 1,88 chicas) ($\alpha= 0,05$).

2.2.1.2. Análisis de varianza en función de la edad

Cuadro 92: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables sociodemográficas).

VARIABLES	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Número de miembros que residen en el hogar	2	42,21	21,10	10,40	0,00
Años de residencia en el barrio	2	674,80	11,48	36,16	0,00
Nivel de estudios	2	22,96	11,48	36,16	0,00
Horas semanales dedicadas a la actividad laboral	2	5.057,38	2.528,69	9,73	0,00
Salario	2	109.487,58	54.743,79	30,79	0,00
Ingresos mensuales del hogar	2	9.751,48	4.875,74	2,81	0,06
Evaluación de la sit. económica	2	5,36	2,68	2,31	0,10
Orden del gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas	2	1,53	0,76	0,58	0,56
Orden de gasto en bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	2	2,74	1,37	0,96	0,38
Orden del gasto en artículos de vestir y calzado	2	4,22	2,11	1,81	0,16
Orden del gasto en vivienda, gastos corrientes de vivienda y mobiliario	2	4,73	2,36	2,09	0,12
Orden del gasto en salud	2	0,73	0,36	0,38	0,68
Orden del gasto en transporte y comunicaciones	2	0,15	0,07	0,08	0,92
Orden del gasto en ocio, espectáculos, cultura y enseñanza, hostelería y restauración	2	0,89	0,44	0,34	0,70
Orden del gasto en otros bienes y servicios	2	1,10	0,55	0,32	0,72

Cuadro 93: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables sociodemográficas).

Variables (medias)	1	2	3	1 2 3		
	Hasta 18 años	De 19 a 24 años	De 25 a 29 años			
Números de miembros que residen en el hogar	4,32	3,95	3,10	1'	2'	3' * *
Años de residencia en el barrio	12,38	16,40	15,35	1'	2' *	3'
Nivel de estudios	2,85	3,55	3,49	1'	2' *	3' *
Horas semanales dedicadas a la actividad laboral	15,27	22,98	31,26	1'	2' *	3' * *
Salario	87,42	50,20	27,98	1'	2' *	3' *

Los resultados del ANOVA realizado en función de esta variable se describen en la tabla expuesta anteriormente: grado de libertad, suma cuadrática, media cuadrática, valor de F y su probabilidad asociada. En la siguiente: puntuación media en cada uno de los grupos de la variable edad y diferencias significativas entre dichas medias una vez aplicado el test de Tukey, mediante su simbolización en la última columna de la izquierda con estrellas, por lo que su aparición entre dos grupos implica la existencia de diferencias significativas.

En el análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad, se encuentran diferencias significativas entre los jóvenes (hasta los 18 años, de 19 a 24 años, de 25 a 29 años), respecto a los que residen en el hogar ($F= 10,40$; $p= 0,00$), años de residencia en el barrio ($F= 36,16$; $p= 0,00$), niveles de estudio ($F= 36,16$; $p= 0,00$), horas semanales dedicadas a la actividad laboral ($F= 9,73$; $p= 0,00$) y salario ($F= 30,79$; $p= 0,00$).

En la variable edad del test de Tukey la significatividad entre las medias y la edad se encuentra en:

- Los que residen en el hogar:
- Los más jóvenes (4,32) > las demás edades (3,95) > (3,10)

Los más jóvenes son los que tienen una media superior respecto al número de miembros que residen en el hogar.

Los años de residencia en el barrio:

- Los que se encuentran entre los 19 y los 24 años (16,40) > los más jóvenes (12,38)
- Lógicamente, los jóvenes de 19 a 24 años llevan más tiempo residiendo en el barrio que los jóvenes de 18 o menos años.

Nivel de estudios:

- Los más jóvenes (2,85) < a los demás (3,55) < (3,49)
- Los que tienen un menor nivel de estudios son los más jóvenes respecto a las demás edades.

Horas semanales dedicadas a la actividad laboral:

- Los más jóvenes (15,27) < a los demás (22,98) < (31,26)
- Los mayores de 25 años dedican más horas a la actividad laboral que los demás.

Salario:

- Los más jóvenes (87,42) > los que se encuentran entre los 19 y los 24 años (50,20) > los chicos entre los 25 y 29 años (27,98)

En cuanto al salario, los que ganan más dinero son los jóvenes.

Cuadro 94: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas a la calidad de vida).

Variables	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Calidad de la vida	2	3,56	1,78	3,52	0,03
Satisfacción con la salud	2	3,00	1,50	2,36	0,09
Disfrute de la vida	2	2,77	1,38	3,18	0,04
Sentido de la vida	2	2,16	1,08	1,65	0,19
Capacidad de concentración	2	2,98	1,49	1,91	0,14
Seguridad ante la vida diaria	2	1,76	0,88	1,48	0,22
Salubridad del ambiente físico	2	2,26	1,13	1,93	0,14
Energía suficiente para la vida diaria	2	3,62	1,81	2,64	0,07
Aceptación de la apariencia física	2	1,33	0,67	0,86	0,42
Disponibilidad de suficiente dinero	2	0,11	0,05	0,06	0,93
Disponibilidad de suficiente información	2	1,48	0,74	1,22	0,29
Ocasión de realizar actividades de ocio	2	3,32	1,66	2,20	0,11
Capacidad de desplazamiento	2	2,76	1,38	1,78	0,17
Satisfacción con su sueño	2	0,01	0,00	0,01	0,99
Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	2	1,20	0,60	1,14	0,32
Satisfacción con uno mismo	2	0,47	0,23	0,35	0,70
Satisfacción con sus relaciones personales	2	0,90	0,45	0,59	0,55
Satisfacción con su vida sexual	2	5,93	2,96	2,86	0,05

Variables	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Satisfacción con el apoyo de sus amigos	2	6,09	3,04	4,72	0,01
Satisfacción con el lugar donde vive	2	4,83	2,41	3,06	0,04
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	2	4,38	2,19	2,83	0,06
Satisfacción con el transporte	2	0,65	0,32	0,35	0,69
Frecuencia de sentimientos negativos	2	1,23	0,61	1,11	0,32

Cuadro 95: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables relativas a la calidad de vida).

Variables (medias)	1	2	3			
	Hasta 18 años	De 19 a 24 años	De 25 a 29 años	1	2	3
Calidad de vida	4,18	3,97	3,84	1'		
				2'		
				3'	*	
Satisfacción con el apoyo de sus amigos	4,34	4,01	3,94	1'		
				2'	*	
				3'	*	

En las variables relativas a la calidad de vida las diferencias significativas según la edad se encuentran en los siguientes factores:

- Calidad de la vida global ($F= 3,52$; $p= 0,03$) (hasta los 18 años 4,18 > de 25 a 29 años 3,84). Los jóvenes hasta los 18 años perciben una mayor calidad de vida respecto a los que se encuentran entre los 25 y 29 años.
- Satisfacción con el apoyo de sus amigos ($F= 4,72$; $p= 0,01$) (hasta los 18 años 4,34 > de 19 a 24 años 4,01 > de 25 a 29 años 3,94). Los más satisfechos resultan ser los más jóvenes respecto a los demás.

Cuadro 96: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (para las dimensiones del WHOQOL Bref).

Variables	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Salud física	2	7,72	3,86	0,29	0,74
Salud psicológica	2	6,49	3,24	0,30	0,73
Relaciones sociales	2	3,66	1,83	0,40	0,67
Aspectos ambientales	2	83,12	41,56	2,25	0,10

La percepción de lo que se cuida la persona es mayor entre los más jóvenes que entre los que se encuentran entre los 19 y 24 años ($F= 3,85$; $p= 0,02$) (hasta los 18 años $3,44 >$ de 19 a 24 años $3,15$).

Cuadro 97: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas a estilos de vida).

VARIABLES	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Promedio de horas de sueño durante los días laborables	2	7,97	3,99	2,80	0,06
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	2	36,07	18,03	4,33	0,01
Frecuencia consumo de vino	2	7,40	3,70	3,77	0,02
Frecuencia consumo de aperitivos	2	10,33	5,16	1,80	0,16
Frecuencia consumo de sidra	2	1,38	0,69	3,23	0,04
Frecuencia consumo de cerveza	2	22,15	11,07	4,26	0,01
Frecuencia consumo de brandy	2	3,08	1,54	1,86	0,15
Frecuencia consumo de whisky	2	2,90	1,45	1,71	0,18
Consumo de alcohol en casa	2	0,52	0,26	1,99	0,13
Consumo de alcohol en el trabajo	2	0,01	0,00	1,82	0,16
Consumo de alcohol en casa de otra persona	2	0,14	0,07	0,50	0,60
Consumo de alcohol en cafetería-bar	2	3,37	1,68	7,39	0,00
Consumo de alcohol en un restaurante o similar	2	0,84	0,42	3,22	0,04
Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	2	6,45	3,22	16,82	0,00
Consumo de alcohol en otro lugar	2	0,00	0,00	0,02	0,97
Consumo de alcohol solo	2	0,03	0,01	0,89	0,40
Consumo de alcohol con el cónyuge	2	0,18	0,09	1,78	0,17
Consumo de alcohol con uno o varios hijos	2	0,01	0,00	1,44	0,23
Consumo de alcohol con padres	2	0,00	0,00	0,03	0,96
Consumo de alcohol con familiares	2	0,08	0,04	0,56	0,57
Consumo de alcohol con amigos	2	3,36	1,68	12,07	0,00
Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	2	0,14	0,07	1,08	0,33
Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	2	0,13	0,06	0,97	0,38
Consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales	2	0,08	0,04	2,66	0,07
Frecuencia con la que fuma	2	29,80	14,90	8,73	0,00
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	2	629,74	314,87	8,60	0,00
Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana	2	1545,82	772,91	8,12	0,00
Práctica de ejercicio	2	43,03	21,51	5,76	0,00
Percepción de lo que se cuida	2	3,95	1,97	3,85	0,02

Cuadro 98: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables relativas a estilo de vida).

Variables (medias)	1	2	3			
	Hasta 18 años	De 19 a 24 años	De 25 a 29 años	1	2	3
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	9,51	8,61	8,73	1'	*	
				2'		
				3'		
Frecuencia consumo de vino	0,45	0,89	0,85	1'	*	
				2'		
				3'		
Frecuencia consumo de sidra	0,13	0,32	0,24	1'	*	
				2'		
				3'		
Frecuencia consumo de cerveza	1,02	1,62	1,89	1'	*	
				2'		
				3'		
Consumo de alcohol en cafetería o bar	1,80	1,54	1,51	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Consumo de alcohol en un restaurante o similar	1,93	1,83	1,76	1'	*	
				2'		
				3'	*	
Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	1,41	1,17	1,57	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Consumo de alcohol con amigos	1,36	1,08	1,24	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Frecuencia con la que fuma	1,68	2,50	2,02	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	1,79	5,50	3,08	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana	3,81	9,48	5,35	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Práctica de ejercicio	2,67	3,68	3,35	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Percepción de lo que se cuida	3,44	3,15	3,16	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	

En cuanto a los estilos de vida resultan significativos:

- Promedio de horas de sueño durante los fines de semana (F= 4,33; p= 0,01)
- Frecuencia en el consumo de vino (F= 3,77; p= 0,02)
- Frecuencia en el consumo de sidra (F= 3,23; p= 0,04)
- Frecuencia en el consumo de cerveza (F= 4,26; p= 0,01)
- Consumo de alcohol en cafetería o bar (F= 7,39; p= 0,00)
- Consumo de alcohol en un restaurante o similar (F= 3,22; p= 0,04)
- Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas (F= 16,82; p= 0,00)
- Consumo de alcohol con amigos (F= 12,07; p= 0,00)
- Frecuencia de lo que fuma (F= 8,73; p= 0,00)
- Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables (F= 8,60; p= 0,00)
- Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana (F= 8,12; p= 0,00)
- Práctica de ejercicio (F= 5,76; p= 0,00)
- Percepción de lo que se cuida (F= 3,85; p= 0,02)

En cuanto al test de Tukey:

Promedio de horas de sueño durante los fines de semana:

- Los más jóvenes superan a los de 19 a 24 años (9,51 > 8,61)
- Durante los fines de semana duermen más horas los más jóvenes respecto a los que están entre los 19 y 24 años.

Frecuencia de consumo de vino:

- Hasta los 18 años (0,45) < los de 19 a 24 años (0,89)
Consumen con más frecuencia vino los de edades comprendidas entre los 19 y 24 años que los entrevistados menores de 18 años.

Frecuencia de consumo de sidra:

- Hasta los 18 años (0,13) < los de 19 a 24 años (0,32)
En cuanto al consumo de sidra es mayor entre los vecinos de Casablanca de 19 a 24 años que entre los más jóvenes.

Frecuencia de consumo de cerveza:

- Hasta los 18 años (1,02) < los de 25 a 29 años (1,89)
Los jóvenes de 25 a 29 años consumen con más frecuencia cerveza que los menores de 18 años.

Consumo en una cafetería o bar:

- Hasta los 18 años (1,80) > los demás (1,54) > (1,51)
El consumo de alcohol en una cafetería o bar es mayor entre los más jóvenes respecto a los demás.

Consumo de alcohol en un restaurante o similar:

- Hasta los 18 años (1,93) > los de 25 a 29 años (1,76)
Los más jóvenes prefieren consumir en un restaurante o similar respecto a los más mayores.

Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas:

- Hasta los 18 años (1,41) > los de 19 a 24 años (1,17)
- Los de 19 a 24 años (1,17) < hasta los 18 años (1,41) < los de 25 a 29 años (1,57)
- Los de 25 a 29 años (1,57) > los de 19 a 24 años (1,17)

El consumo de alcohol en discotecas y salas de fiesta es mayor entre los más jóvenes y mayores que en los encuestados de 19 a 24 años.

Consumo de alcohol con amigos:

- Hasta los 18 años (1,36) > los de 19 a 24 años (1,08)
- Los de 19 a 24 años (1,08) < hasta los 18 años (1,36) < los de 25 a 29 años (1,24)
- Los de 25 a 29 años (1,24) > los de 19 a 24 años (1,08)

El consumo de alcohol con los amigos es menor entre las edades comprendidas entre los 19 a 24 años que las demás (hasta los 18 años y de 25 a 29 años).

Frecuencia con la que fuma:

- Los de 19 a 24 años (2,50) > hasta los 18 años (1,68)

Los chicos y chicas de 19 a 24 años fuman con más frecuencia que los más jóvenes.

Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables:

- Hasta los 18 años (1,79) < los de 19 a 24 años (5,50)
- Los de 19 a 24 años (5,50) > hasta los 18 años (1,79) > los de 25 a 29 años (3,08)
- Los de 25 a 29 años (3,08) < los de 19 a 24 años (5,50)

Los que fuman mayor cantidad de cigarrillos durante los días laborables son los encuestados de 19 a 24 años respecto a las demás edades.

Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana:

- Hasta los 18 años (3,81) < los de 19 a 24 años (9,48)
- Los de 19 a 24 años (9,48) > hasta los 18 años (3,81) > los de 25 a 29 años (5,35)
- Los de 25 a 29 años (5,35) < los de 19 a 24 años (9,48)

La cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana es mayor entre los chicos y chicas de 19 a 24 años que entre las demás edades.

Práctica de ejercicio:

- Hasta los 18 años (2,67) < los de 19 a 24 años (3,68)

Practican más ejercicio los jóvenes de 19 a 24 años respecto a los de menor edad.

Cuadro 99: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas al asociacionismo).

Variables	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Pertenencia a alguna asociación	2	0,38	0,19	0,78	0,45
Pertenencia a asociaciones deportivas	2	1,92	0,96	4,16	0,01
Pertenencia a asociaciones intelectuales	2	0,01	0,00	0,34	0,70
Pertenencia a asociaciones culturales	2	0,00	0,00	0,07	0,93
Pertenencia a asociaciones religiosas	2	0,02	0,01	0,71	0,48
Pertenencia a asociaciones de medio ambiente	2	0,00	0,00	0,40	0,67
Pertenencia a asociaciones de voluntariado	2	0,10	0,05	1,21	0,29
Pertenencia a asociaciones de cooperación	2	0,00	0,00	0,40	0,67
Pertenencia a asociaciones de vecinos	2	0,00	0,00	0,21	0,80
Pertenencia a otras asociaciones	2	0,14	0,07	2,31	0,10

Pertenecen con mayor frecuencia a asociaciones deportivas los encuestados de edad comprendida entre los 19 y 24 años respecto a los más jóvenes ($F= 4,16$; $p= 0,01$; de 19 a 24 años $1,75 >$ hasta los 18 años $1,55$).

Cuadro 100: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables relativas al asociacionismo).

Variables (medias)	1	2	3			
	Hasta 18 años	De 19 a 24 años	De 25 a 29 años	1	2	3
Pertenencia a asociaciones deportivas	1,55	1,75	1,73	1'	2'	3'
					*	

Cuadro 101: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).

Variables	Gl	Suma	Media	F	P
		Cuadrática	Cuadrática		
Horas disponibles para sus aficiones	2	204,21	102,10	2,03	0,13
Dedicación a teatro, cine y conciertos	2	0,84	0,42	3,85	0,02
Dedicación a visitar museos y exposiciones	2	0,00	0,00	0,00	0,99
Dedicación a ir a discotecas	2	0,00	0,00	0,15	0,85
Dedicación a salir con los amigos	2	1,31	0,65	2,73	0,06
Dedicación a hacer excursiones	2	0,91	0,45	8,88	0,00
Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	2	0,16	0,08	0,87	0,41
Dedicación a practicar deportes	2	0,39	0,19	0,78	0,45
Dedicación a ver la televisión	2	0,30	0,15	0,96	0,38
Dedicación a oír música y radio	2	0,12	0,06	0,42	0,65
Dedicación a cuidar de los niños	2	0,14	0,07	0,71	0,48
Dedicación a leer	2	0,82	0,41	1,96	0,14
Dedicación a manualidades	2	0,05	0,02	0,25	0,77
Dedicación a asistir a actos religiosos	2	0,01	0,00	0,40	0,66
Dedicación al voluntariado	2	0,01	0,00	0,23	0,79
Dedicación a Internet	2	0,63	0,31	2,12	0,12
Dedicación a otras actividades	2	0,00	0,00	0,12	0,88
Dedicación a nada en particular	2	0,16	0,08	0,56	0,57

Cuadro 102: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).

Variables (medias)	1	2	3			
	Hasta 18 años	De 19 a 24 años	De 25 a 29 años	1	2	3
Dedicación a teatro, cine y conciertos	1,97	1,83	1,84	1'	2'	3'
					*	
Dedicación a hacer excursiones	1,85	1,99	1,94	1'	2'	3'
					*	

Durante los días laborables los entrevistados en el tiempo libre prefieren:

- La dedicación al teatro, cine y conciertos (F= 3,85; p= 0,02) (hasta los 18 años 1,97 > de 19 a 24 años 1,83)
- Dedicación a hacer excursiones (F= 8,88; p= 0,00) (hasta los 18 años 1,85 < de 19 a 24 años 1,99).

Los más jóvenes se dedican con mayor frecuencia a ir al teatro, cine y conciertos, respecto a los de 19 a 24 años, mientras los resultados se invierten en la dedicación a hacer excursiones.

Dedicación a visitar museos y exposiciones:

- Hasta los 18 años (1,86) > de 25 a 29 años (1,59)
 - De 19 a 24 años (1,87) > de 25 a 29 años (1,59)
 - De 25 a 29 años (1,59) < hasta los 18 años jóvenes (1,86) < de 19 a 24 años (1,87)
- Entre semana visitan con más frecuencia museos y exposiciones los chicos y chicas de 19 a 24 años respecto a los demás.

Dedicación a ir a discotecas:

- Hasta los 18 años (1,32) > De 19 a 24 años (1,11)
 - De 19 a 24 años (1,11) < hasta los 18 años (1,32) < de 25 a 29 años (1,27)
 - De 25 a 29 años (1,27) > De 19 a 24 años (1,11)
- Se dedican menos a ir a discotecas los encuestados de 19 a 24 años respecto a las demás edades.

Dedicación a practicar deportes:

- De 19 a 24 años (1,64) > hasta los 18 años (1,46) > de 25 a 29 años (1,44)
- Entre semana, los que practican más deporte se corresponden con los jóvenes de 19 a 24 años frente a los demás.

Dedicación a asistir a actos religiosos:

- Hasta los 18 años (1,77) < de 25 a 29 años (1,94)
- En los días laborables los jóvenes de 25 a 29 años se dedican con mayor frecuencia a asistir a actos religiosos respecto a los más pequeños.

Dedicación a Internet:

- Hasta los 18 años (1,22) < de 25 a 29 años (1,45)
- Durante la semana los encuestados de 25 a 29 años dedican más tiempo a Internet que los otros grupos de edad.

Cuadro 103: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).

Variables	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Horas disponibles para sus aficiones	2	699,86	349,93	2,42	0,09
Dedicación a teatro, cine y conciertos	2	0,43	0,21	0,97	0,38
Dedicación a visitar museos y exposiciones	2	3,05	1,52	10,50	0,00
Dedicación a ir a discotecas	2	2,26	1,13	7,34	0,00
Dedicación a salir con los amigos	2	0,22	0,11	1,18	0,30
Dedicación a hacer excursiones	2	1,47	0,73	2,99	0,05
Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	2	0,41	0,20	0,85	0,42
Dedicación a practicar deportes	2	2,19	1,10	4,55	0,01
Dedicación a ver la televisión	2	0,35	0,17	0,75	0,46
Dedicación a oír música y radio	2	0,30	0,15	0,68	0,50
Dedicación a cuidar de los niños	2	0,17	0,08	1,07	0,34
Dedicación a leer	2	0,14	0,07	0,30	0,73
Dedicación a manualidades	2	0,23	0,11	1,23	0,29
Dedicación a asistir a actos religiosos	2	1,19	0,59	6,04	0,00
Dedicación al voluntariado	2	0,30	0,15	2,25	0,10
Dedicación a Internet	2	1,62	0,81	3,90	0,02
Dedicación a otras actividades	2	0,05	0,02	0,56	0,56
Dedicación a nada en particular	2	0,24	0,12	0,61	0,54

Cuadro 104: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas en el fin de semana (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).

Variables (medias)						
	1 Hasta 18 años	2 De 19 a 24 años	3 De 25 a 29 años	1	2	3
Dedicación a visitar museos y exposiciones	1,86	1,87	1,59	1' 2' 3'	*	*
Dedicación a ir a discotecas	1,32	1,11	1,27	1' 2' 3'	*	*
Dedicación a practicar deportes	1,46	1,64	1,44	1' 2' 3'	*	*
Dedicación a asistir a actos religiosos	1,77	1,92	1,94	1' 2' 3'	*	
Dedicación a Internet	1,22	1,29	1,45	1' 2' 3'	*	

Durante el fin de semana los entrevistados en el tiempo libre prefieren:

- Visitar museos y exposiciones (F= 10,50; p= 0,00) (de 25 a 29 años 1,59 < de 19 a 24 años 1,87 < hasta los 18 años 1,86)
Los de 19 a 24 años se dedican con mayor frecuencia a visitar museos y exposiciones respecto a los demás.
- Dedicación a ir a discotecas (F= 7,34; p= 0,00) (hasta los 18 años 1,32 > de 19 a 24 años 1,11 > de 25 a 29 años 1,27)
Los más jóvenes se dedican con mayor frecuencia a ir a discotecas respecto a las demás edades.
- Dedicación a practicar deporte (F= 4,55; p= 0,01) (de 25 a 29 años 1,44 < de 19 a 24 años 1,64 < hasta los 18 años 1,46)
En el fin de semana los jóvenes de 19 a 24 años practican más deporte frente a los demás.
- Dedicación a asistir a actos religiosos (F= 6,04; p= 0,00) (hasta los 18 años 1,77 < de 25 a 29 años 1,94)
Se dedican menos a asistir a actos religiosos los encuestados hasta los 18 años respecto a los más mayores.
- Dedicación a Internet (F= 3,90; p= 0,02) (hasta los 18 años 1,22 < de 25 a 29 años 1,45)
Durante el fin de semana los chicos y chicas de 25 a 29 años dedican más tiempo a Internet que los más pequeños.

2.2.1.3. Análisis de varianza en función de la zona de residencia

Cuadro 105: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables sociodemográficas).

VARIABLES	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Edad	2	165,40	82,70	6,18	0,00
Número de miembros que residen en el hogar	2	9,80	4,90	2,26	0,10
Años de residencia en el barrio	2	300,66	150,33	3,03	0,05
Nivel de estudios	2	0,32	0,16	0,40	0,67
Horas semanales dedicadas a la actividad laboral	2	3.425,26	1.712,63	6,35	0,00
Salario	2	28.174,50	14.087,25	6,66	0,00
Ingresos mensuales del hogar	2	5.039,51	2.519,75	1,43	0,24
Evaluación de la situación económica	2	4,58	2,29	1,97	0,14
Orden del gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas	2	0,59	0,30	0,22	0,79
Orden de gasto en bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	2	1,34	0,67	0,46	0,62

Variables	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Orden del gasto en artículos de vestir y calzado	2	3,06	1,53	1,31	0,27
Orden del gasto en vivienda, gastos corrientes de vivienda y mobiliario	2	1,86	0,93	0,80	0,45
Orden del gasto en salud	2	2,95	1,47	1,60	0,21
Orden del gasto en transporte y comunicaciones	2	0,23	0,11	0,12	0,88
Orden del gasto en ocio, espectáculos, cultura y enseñanza, hostelería y restauración	2	0,85	0,42	0,33	0,71
Orden de gasto en otros bienes y servicios	2	3,11	1,55	0,94	0,39

Cuadro 106: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables sociodemográficas).

Variables (medias)	1	2	3			
	Viñedo Viejo	Fuentes Claras	Las Nieves	1	2	3
Edad	21,95	19,98	20,53	1'	2' *	3' *
Años de residencia en el barrio	15,77	12,56	14,94	1'	2' *	3'
Horas semanales dedicadas a la actividad laboral	26,77	19,14	16,56	1'	2'	3' *
Salario	48,40	77,65	59,60	1'	2' *	3'

En cuanto a la variable zona al igual que se hizo con la variable edad se han tomado en cuenta: grado de libertad, suma cuadrática, media cuadrática, valor de F y P (probabilidad asociada).

En el análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona, se encuentran diferencias significativas en cuanto a la edad ($F= 6,18$; $p= 0,00$), el número de miembros que residen en el hogar ($F= 10,40$; $p= 0,00$), años de residencia en el barrio

($F= 36,16$; $p= 0,00$), niveles de estudio ($F= 36,16$; $p= 0,00$), horas semanales dedicadas a la actividad laboral ($F= 6,35$; $p= 0,00$) y salario ($F= 6,66$; $p= 0,00$).

Edad:

Las Fuentes (19,98) < Viñedo Viejo (21,95)

Las Nieves (20,53) < Viñedo Viejo (21,95)

El promedio de edad es mayor en Viñedo Viejo que en las demás zonas.

Años de residencia en el barrio:

Las Fuentes (12,56) < Viñedo Viejo (15,77)

Los jóvenes de Casablanca presentan un mayor tiempo de residencia en Viñedo Viejo que en las Fuentes.

Horas semanales dedicadas a la actividad laboral:

Las Nieves (16,56) < Viñedo Viejo (26,77)

En Viñedo Viejo se dedican más horas semanales a la actividad laboral que en Las Nieves.

Salario:

Las Fuentes (77,65) > Viñedo Viejo (48,40)

El salario es más elevado en Las Fuentes que en Viñedo Viejo.

Cuadro 107: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas a la calidad de vida).

VARIABLES	GI	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Calidad de la vida	2	6,60	3,30	6,69	0,00
Salud física	2	6,42	3,21	5,16	0,00
Incapacidad por el dolor	2	1,27	0,63	0,73	0,48
Necesidad de tratamiento médico	2	1,72	0,86	1,20	0,30
Disfrute de la vida	2	4,79	2,39	5,61	0,00
Sentido de la vida	2	0,14	0,07	0,10	0,89
Capacidad de concentración	2	3,09	1,54	1,99	0,13
Seguridad ante la vida diaria	2	0,77	0,38	0,64	0,52
Salubridad del ambiente físico	2	2,40	1,20	2,05	0,13
Energía suficiente para diario	2	2,12	1,06	1,53	0,21
Aceptación de la apariencia física	2	0,83	0,41	0,53	0,58
Disponibilidad de suficiente dinero	2	3,99	1,99	2,38	0,09
Disponibilidad de suficiente información	2	4,10	2,05	3,45	0,03
Ocasión de realizar activ. de ocio	2	9,47	4,73	6,48	0,00
Capacidad de desplazamiento	2	4,12	2,06	2,68	0,07
Satisfacción con su sueño	2	3,55	1,77	2,08	0,12
Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	2	5,73	2,86	5,61	0,00
Satisfacción con uno mismo	2	2,90	1,45	2,18	0,11
Satisfacción con sus relaciones personales	2	5,61	2,80	3,78	0,02

Variables	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Satisfacción con su vida sexual	2	1,06	0,53	0,50	0,60
Satisfacción con el apoyo de sus amigos	2	5,73	2,86	4,43	0,01
Satisfacción con el lugar donde vive	2	8,49	4,24	5,50	0,00
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	2	5,03	2,51	3,26	0,04
Satisfacción con el transporte	2	2,61	1,30	1,43	0,23
Frecuencia de sentimientos negativos	2	1,57	0,78	1,42	0,24

Cuadro 108: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables relativas a la calidad de vida).

Variables (medias)	1	2	3	1	2	3
	Viñedo Viejo	Fuentes Claras	Las Nieves			
Calidad de vida	3,88	4,28	4,15	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Satisfacción con la salud	3,82	4,10	4,19	1'		
				2'	*	
				3'	*	
Disfrute de la vida	3,96	4,28	4,23	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Ocasión de realizar actividades de ocio	3,60	4,15	3,72	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	3,63	4,03	3,85	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Satisfacción con sus relaciones personales	3,87	4,15	4,21	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Satisfacción con el apoyo de sus amigos	3,98	4,40	4,13	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Satisfacción con el lugar donde vive	3,87	4,35	4,15	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	3,48	3,88	3,54	1'	*	
				2'	*	
				3'	*	

Las siguientes variables relativas a la calidad de vida resultan significativas según la zona de residencia en el barrio:

- Calidad de vida (F= 6,69; p= 0,00)
- Satisfacción con la salud (F= 5,16; p= 0,00)
- Disfrute de la vida (F=5,61; p=0,00)
- Disponibilidad de suficiente información (F=3,45; p=0,03)
- Ocasión de realizar actividades de ocio (F= 6,48; p= 0,00)
- Satisfacción con la habilidad para realizar actividades (F= 5,61; p= 0,00)
- Satisfacción con sus relaciones personales (F= 3,78; p= 0,02)
- Satisfacción con el apoyo de sus amigos (F= 4,43; p= 0,01)
- Satisfacción con el lugar donde vive (F= 5,50; p= 0,01)
- Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (F= 3,26; p= 0,04)

Calidad de vida:

- Fuentes Claras (4,28) > Viñedo Viejo (3,88)
- Las Nieves (4,15) > Viñedo Viejo (3,88)

La calidad de vida resulta más elevada en Fuentes Claras que en las otras zonas.

Satisfacción con la salud (F= 5,16; p= 0,00)

- Las Nieves (4,19) > Viñedo Viejo (3,82)

En Las Nieves la satisfacción con la salud es superior que la percibida en Viñedo Viejo.

Disfrute de la vida:

- Fuentes Claras (4,28) > Viñedo Viejo (3,96)
- Las Nieves (4,23) > Viñedo Viejo (3,98)

El disfrute de la vida es en Fuentes Claras más elevado respecto a las demás zonas.

Ocasión de realizar actividades de ocio:

- Fuentes Claras (4,15) > Viñedo Viejo (3,60)
- Las Nieves (3,72) < Fuentes Claras (4,15)

Los jóvenes de Casablanca consideran que tienen más oportunidades de realizar actividades de ocio en Fuentes Claras que en Viñedo Viejo y las Nieves.

Satisfacción con la habilidad para realizar actividades:

- Fuentes Claras (4,03) > Viñedo Viejo (3,63)

La satisfacción con la habilidad propia para realizar actividades es superior en Las Fuentes que en Viñedo Viejo.

Satisfacción con sus relaciones personales:

- Las Nieves (4,21) > Viñedo Viejo (3,87)

En cuanto a la satisfacción con las relaciones personales, los jóvenes de Las Nieves difieren significativamente de los jóvenes de Viñedo Viejo que comparten una valoración peor de sus interacciones sociales.

Satisfacción con el apoyo de sus amigos:

- Fuentes Claras (4,40) > Viñedo Viejo (3,98)

La satisfacción con el apoyo de los amigos es superior en Fuentes Claras que en Viñedo Viejo.

Satisfacción con el lugar donde vive:

- Fuentes Claras (4,35) > Viñedo Viejo (3,87)

La mayor satisfacción con el lugar donde se vive se da en Fuentes Claras, respecto a Viñedo Viejo.

Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios:

- Fuentes Claras (3,88) > Viñedo Viejo (3,48)

En Fuentes Claras la satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios es mayor que en Viñedo Viejo.

Cuadro 109: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (para las dimensiones del WHOQOL Bref).

VARIABLES	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Salud física	2	45,156	22,57	1,75	0,17
Salud psicológica	2	56,46	28,23	2,72	0,06
Relaciones sociales	2	22,11	11,05	2,46	0,08
Aspectos ambientales	2	249,36	124,68	7,02	0,00

Cuadro 110: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (para las dimensiones del WHOQOL Bref).

VARIABLES (medias)	1	2	3

1	2	3
2'	*	
3'		

En cuanto a los aspectos ambientales Fuentes Claras presenta una valoración más positiva de su calidad de vida respecto a Las Nieves (F= 7,02; p= 0,00; 31,50 > 29,98).

Cuadro 111: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas a estilos de vida).

VARIABLES	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Promedio de horas de sueño durante los días laborables	2	0,00	0,00	0,00	0,99
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	2	11,62	5,81	1,36	0,25
Frecuencia consumo de vino	2	5,69	2,84	2,87	0,05
Frecuencia consumo de aperitivos	2	3,17	1,58	0,54	0,57
Frecuencia consumo de sidra	2	0,31	0,15	0,71	0,49
Frecuencia consumo de cerveza	2	2,20	1,10	0,41	0,66
Frecuencia consumo de brandy	2	9,07	4,53	5,68	0,00
Frecuencia consumo de whisky	2	5,64	2,82	3,37	0,03
Consumo de alcohol en casa	2	0,08	0,04	0,33	0,71
Consumo de alcohol en el trabajo	2	0,02	0,01	2,55	0,08
Consumo de alcohol en casa de otra persona	2	0,78	0,39	2,71	0,06
Consumo de alcohol en cafetería o bar	2	1,11	0,55	2,34	0,09
Consumo de alcohol en un restaurante o similar	2	0,07	0,03	0,26	0,76
Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	2	0,19	0,09	0,45	0,63
Consumo de alcohol en otro lugar	2	0,04	0,02	0,37	0,68
Consumo de alcohol solo	2	0,03	0,01	1,06	0,34
Consumo de alcohol con el cónyuge	2	0,12	0,06	1,16	0,31
Consumo de alcohol con uno o varios hijos	2	0,00	0,00	0,31	0,72
Consumo de alcohol con padres	2	0,02	0,01	0,38	0,68
Consumo de alcohol con familiares	2	0,02	0,01	0,15	0,85
Consumo de alcohol con amigos	2	0,54	0,27	1,79	0,16
Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	2	0,14	0,07	1,07	0,34
Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	2	0,04	0,02	0,32	0,72
Consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales	2	0,01	0,00	0,40	0,66
Frecuencia con la que fuma	2	2,63	1,31	0,72	0,48
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	2	76,27	38,13	0,97	0,37
Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana	2	55,71	27,85	0,27	0,76
Práctica de ejercicio	2	23,21	11,61	3,04	0,05
Percepción de lo que se cuida	2	1,43	0,71	1,37	0,25

Cuadro 112: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables relativas a estilos de vida).

Variables (medias)	1	2	3			
	Viñedo Viejo	Fuentes Claras	Las Nieves	1	2	3
Frecuencia consumo de brandy	0,73	0,31	0,98	1'	2' *	3' *
Frecuencia consumo de whisky	0,49	0,49	0,88	1'	2'	3' *

Resulta significativa la frecuencia de consumo de brandy ($F= 5,68$; $p= 0,00$; Fuentes Claras $0,31 <$ Viñedo Viejo $0,73 <$ Las Nieves $0,98$), siendo más elevado en Las Nieves que en Viñedo Viejo y Fuentes Claras.

El consumo de whisky ($F= 3,37$; $p= 0,03$; Las Nieves $0,88 >$ Viñedo Viejo $0,49$) es mayor en Las Nieves que en Viñedo Viejo.

En relación a los resultados obtenidos con el análisis de varianza entre los grupos de la variable zona y el asociacionismo, no se han encontrado diferencias significativas.

Cuadro 113: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas al asociacionismo).

Variables	Gl	Suma	Media	F	P
		Cuadrática	Cuadrática		
Pertenencia a alguna asociación	2	0,01	0,00	0,03	0,96
Pertenencia a asociaciones deportivas	2	0,33	0,16	0,77	0,46
Pertenencia a asociaciones intelectuales	2	0,00	0,00	0,05	0,95
Pertenencia a asociaciones culturales	2	0,05	0,02	1,20	0,30
Pertenencia a asociaciones religiosas	2	0,02	0,01	0,58	0,55
Pertenencia a asociaciones de medio ambiente	2	0,00	0,00	0,54	0,57
Pertenencia a asociaciones de voluntariado	2	0,08	0,04	1,00	0,36
Pertenencia a asociaciones de cooperación	2	0,01	0,00	0,92	0,39
Pertenencia a asociaciones de vecinos	2	0,00	0,00	0,02	0,97
Pertenencia a otras asociaciones	2	0,05	0,02	0,81	0,44

Cuadro 114: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).

Variables	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Horas disponibles para sus aficiones	2	99,22	49,61	0,97	0,37
Dedicación a teatro, cine y conciertos	2	0,35	0,17	1,58	0,20
Dedicación a visitar museos y exposiciones	2	0,14	0,07	0,96	0,38
Dedicación a ir a discotecas	2	0,09	0,04	1,73	0,17
Dedicación a salir con los amigos	2	0,44	0,22	0,90	0,40
Dedicación a hacer excursiones	2	0,02	0,01	0,22	0,80
Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	2	0,05	0,02	0,26	0,76
Dedicación a practicar deportes	2	0,80	0,40	1,62	0,20
Dedicación a ver la televisión	2	0,04	0,02	0,13	0,87
Dedicación a oír música y radio	2	0,00	0,00	0,00	1,00
Dedicación a cuidar de los niños	2	0,01	0,00	0,06	0,93
Dedicación a leer	2	0,85	0,42	2,04	0,13
Dedicación a manualidades	2	0,35	0,18	1,76	0,17
Dedicación a asistir a actos religiosos	2	0,01	0,00	0,55	0,57
Dedicación al voluntariado	2	0,06	0,03	1,56	0,21
Dedicación a Internet	2	0,06	0,03	0,21	0,80
Dedicación a otras actividades	2	0,20	0,10	2,85	0,06
Dedicación a nada en particular	2	0,18	0,09	0,61	0,54

Cuadro 115: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).

Variables (medias)	1	2	3	
	Viñedo Viejo	Fuentes Claras	Las Nieves	1 2 3
Dedicación a otras actividades	1,98	1,90	1,96	1' 2' * 3'

En los días laborables la dedicación a otras actividades es menor en Fuentes Claras que en Viñedo Viejo ($F= 2,85$; $p= 0,06$; Fuentes Claras $1,90 <$ Viñedo Viejo $1,98$).

Cuadro 116: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).

Variables	Gl	Suma Cuadrática	Media Cuadrática	F	P
Horas disponibles para sus aficiones	2	67,07	33,53	0,22	0,79
Dedicación a teatro, cine y conciertos	2	0,94	0,47	2,11	0,12
Dedicación a visitar museos y exposiciones	2	0,15	0,07	0,49	0,61
Dedicación a ir a discotecas	2	0,34	0,17	1,07	0,34
Dedicación a salir con los amigos	2	0,22	0,11	1,19	0,30
Dedicación a hacer excursiones	2	0,36	0,18	0,72	0,48
Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	2	1,39	0,69	2,95	0,05
Dedicación a practicar deportes	2	0,67	0,33	1,36	0,25
Dedicación a ver la televisión	2	1,15	0,57	2,49	0,08
Dedicación a oír música y radio	2	0,05	0,02	0,11	0,89
Dedicación a cuidar de los niños	2	0,43	0,21	2,78	0,06
Dedicación a leer	2	0,38	0,19	0,82	0,44
Dedicación a manualidades	2	0,40	0,20	2,20	0,11
Dedicación a asistir a actos religiosos	2	1,84	0,92	9,60	0,00
Dedicación al voluntariado	2	0,11	0,05	0,85	0,42
Dedicación a Internet	2	1,48	0,74	3,56	0,03
Dedicación a otras actividades	2	0,13	0,07	1,60	0,20
Dedicación a nada en particular	2	0,27	0,13	0,69	0,50

Cuadro 117: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).

Variables (medias)	1	2	3			
	Viñedo Viejo	Fuentes Claras	Las Nieves	1	2	3
Dedicación a asistir a actos religiosos	1,94	1,70	1,87	1'	*	
				2'		*
				3'		
Dedicación a Internet	1,37	1,23	1,19	1'		
				2'		*
				3'		

La dedicación a asistir a actos religiosos ($F= 9,60$; $p= 0,00$; Fuentes Claras $1,70 <$ Las Nieves $1,87 <$ Viñedo Viejo $1,94$) es mayor en Viñedo Viejo que en las otras zonas del distrito durante los fines de semana.

La dedicación a Internet ($F= 3,56$; $p= 0,03$; Las Nieves $1,19 <$ Viñedo Viejo $1,37$) es mayor en Viñedo Viejo que en Las Nieves durante los fines de semana.

2.2.2. Análisis de varianza en función de las variables relativas a la calidad de vida

Cuadro 118: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables sociodemográficas).

VARIABLES	Suma Cuadrática	F	P	Media escasa CV	Media elevada CV
Edad	1,77	0,12	0,72	21,21	21,40
Número de miembros que residen en el hogar	13,31	6,31	0,01	3,51	4,02
Nivel de estudios	3,52	8,87	0,00	3,17	3,43
Horas semanales dedicadas a la actividad laboral	447,28	1,56	0,21	25,90	22,33
Salario	2.063,30	0,93	0,33	59,92	53,54
Ingresos mensuales del hogar	6,29	0,00	0,95	71,06	70,70
Evaluación de la situación económica	2,26	1,94	0,16	2,59	2,81
Orden del gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas	1,38	1,05	0,30	2,88	2,68
Orden de gasto en bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	0,65	0,45	0,50	2,41	2,25
Orden del gasto en artículos de vestir y calzado	0,02	0,01	0,89	2,52	2,50
Orden del gasto en vivienda, gastos corrientes de vivienda y mobiliario	0,34	0,29	0,58	2,71	2,86
Orden del gasto en salud	0,09	0,09	0,76	1,94	2,03
Orden del gasto en transporte y comunicaciones	0,00	0,00	0,92	2,37	2,35
Orden del gasto en ocio, espectáculos, cultura y enseñanza, hostelería y restauración	0,00	0,00	0,95	2,52	2,53
Orden del gasto en otros bienes y servicios	0,95	0,57	0,45	2,00	2,28

En cuanto a las diferencias de medias entre escasa y elevada calidad de vida, resultan significativas las siguientes variables:

- El número de miembros que reside en el hogar (F= 6,31; p= 0,01) (Escasa CV 3,51 < Elevada CV 4,02) ($\alpha= 0,05$)
- El nivel de estudios (F= 8,87; p= 0,00) (Escasa CV 3,17 < Elevada CV 3,43) ($\alpha= 0,01$)

La calidad de vida es mayor cuando aumenta tanto el número de miembros que residen en el hogar como el nivel de estudios del encuestado.

Cuadro 119: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas a la calidad de vida).

Variables	Suma Cuadrática	F	P	Media escasa CV	Media elevada CV
Calidad de vida	16,23	36,12	0,00	3,60	4,16
Satisfacción con la salud	16,42	28,53	0,00	3,54	4,11
Incapacidad por el dolor	6,63	7,83	0,00	1,90	1,53
Necesidad de tratamiento médico	11,83	17,64	0,00	1,92	1,43
Disfrute de la vida	25,32	74,77	0,00	3,56	4,27
Sentido de la vida	32,77	62,09	0,00	3,44	4,24
Capacidad de concentración	14,55	19,99	0,00	3,01	3,55
Seguridad ante la vida diaria	32,10	68,36	0,00	3,08	3,88
Salubridad del ambiente físico	15,78	29,83	0,00	3,25	3,81
Energía suficiente para la vida diaria	38,25	70,92	0,00	3,42	4,28
Aceptación de la apariencia física	31,44	48,73	0,00	3,49	4,27
Disponibilidad de suficiente dinero	19,84	25,72	0,00	3,19	3,82
Disponibilidad de suficiente información	31,01	64,15	0,00	3,31	4,09
Ocasión de realizar actividades de ocio	25,02	37,74	0,00	3,22	3,92
Capacidad de desplazamiento	35,60	55,97	0,00	3,49	4,34
Satisfacción con su sueño	29,52	39,71	0,00	2,97	3,74
Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	33,78	86,11	0,00	3,17	3,98
Satisfacción con la capacidad de trabajo	31,47	52,69	0,00	3,06	3,84
Satisfacción con uno mismo	33,46	62,60	0,00	3,33	4,15
Satisfacción con sus relaciones personales	33,18	53,30	0,00	4,41	4,23
Satisfacción con su vida sexual	17,94	18,29	0,00	3,25	3,88
Satisfacción con el apoyo de sus amigos	24,32	42,91	0,00	3,59	4,28
Satisfacción con el lugar donde vive	25,85	37,13	0,00	3,50	4,22
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	14,98	20,63	0,00	3,17	3,72
Satisfacción con el transporte	19,03	22,74	0,00	2,97	3,59
Frecuencia de sentimientos negativos	22,95	49,51	0,00	2,77	2,10

El establecimiento de dos grupos en la muestra en relación a la calidad de vida, resulta significativo con todas las dimensiones analizadas del WHOQOL. Esta correspondencia es un indicador de la fiabilidad del instrumento y no se interpreta para evitar la redundancia expositiva.

Cuadro 120: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (para las dimensiones del WHOQOL Bref).

VARIABLES	Suma Cuadrática	F	P	Media escasa CV	Media elevada CV
Salud física	1395,27	196,47	0,00	23,82	29,23
Salud psicológica	958,62	146,08	0,00	20,00	24,39
Relaciones sociales	234,47	66,33	0,00	10,10	12,36
Aspectos ambientales	1478,58	118,27	0,00	25,54	31,05

Cuadro 121: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas a estilos de vida).

VARIABLES	SC	F	P	Media escasa CV	Media elevada CV
Promedio de horas de sueño durante los días laborables	0,44	0,30	0,57	7,57	7,48
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	0,51	0,11	0,73	8,94	8,84
Frecuencia consumo de vino	0,32	0,32	0,57	0,71	0,80
Frecuencia consumo de aperitivos	0,31	0,10	0,74	1,16	1,24
Frecuencia consumo de sidra	0,07	0,32	0,57	0,28	0,24
Frecuencia consumo de cerveza	3,97	1,49	0,22	1,32	1,61
Frecuencia consumo de brandy	0,00	0,00	0,92	0,73	0,72
Frecuencia consumo de whisky	1,29	1,52	0,21	0,46	0,63
Consumo de alcohol en casa	0,16	1,22	0,26	1,88	1,83
Consumo de alcohol en el trabajo	0,00	0,41	0,52	2,00	1,99
Consumo de alcohol en casa de otra persona	0,37	2,57	0,11	1,88	1,80
Consumo de alcohol en cafetería-bar	0,13	0,53	0,46	1,57	1,62
Consumo de alcohol en un restaurante o similar	0,01	0,10	0,74	1,86	1,84
Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	0,52	2,43	0,12	1,39	1,29
Consumo de alcohol en otro lugar	0,37	7,20	0,00	1,88	1,97
Consumo de alcohol solo	0,16	10,19	0,00	1,94	2,00
Consumo de alcohol con el cónyuge	0,16	3,10	0,08	1,99	1,93
Consumo de alcohol con uno o varios hijos	0,01	2,43	0,12	1,99	2,00
Consumo de alcohol con padres	0,00	0,07	0,78	1,96	1,96
Consumo de alcohol con familiares	0,04	0,57	0,44	1,90	1,93

Variables	SC	F	P	Media escasa CV	Media elevada CV
Consumo de alcohol con amigos	0,35	2,31	0,13	1,25	1,16
Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	0,08	1,25	0,26	1,90	1,94
Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	0,00	0,00	0,98	1,93	1,93
Consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales	0,00	0,03	0,85	1,99	1,98
Frecuencia con la que fuma	0,71	0,39	0,53	2,27	2,15
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	56,12	1,44	0,23	4,76	3,69
Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana	51,88	0,51	0,47	7,83	6,80
Práctica de ejercicio	55,22	15,04	0,00	4,12	3,04
Percepción de lo que se cuida	2,93	5,70	0,01	3,06	3,30

En el análisis de la varianza entre los jóvenes que puntúan con escasa y elevada calidad de vida, resultan significativos: el consumo de alcohol en otro lugar ($F= 7,20$; $p= 0,00$; escasa CV 1,88 < elevada CV 1,97; ($\alpha= 0,01$); consumo de alcohol solo ($F=10,19$; $p= 0,00$; escasa CV 1,94 < elevada CV 2,00; $\alpha= 0,01$); la práctica de ejercicio ($F= 15,04$; $p= 0,00$; escasa CV 4,12 > elevada CV 3,04; $\alpha= 0,01$) y percepción de lo que se cuida ($F= 5,70$; $p= 0,01$; escasa CV 3,06 < elevada CV 3,30; $\alpha= 0,05$).

En cuanto a los estilos de vida, la calidad de vida es más elevada entre los jóvenes que consumen alcohol en otro lugar y los que lo hacen solos. Es más alta también entre los que se cuidan, mientras que es más baja entre los que practican ejercicio.

Cuadro 122: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas al asociacionismo).

Variables	SC	F	P	Escasa CV	Elevada CV
Pertenencia a alguna asociación	0,04	0,17	0,67	1,39	1,42
Pertenencia a asociaciones deportivas	0,12	0,58	0,44	1,73	1,68
Pertenencia a asociaciones intelectuales	0,00	0,05	0,81	1,97	1,98
Pertenencia a asociaciones culturales	0,04	2,37	0,12	1,96	1,99
Pertenencia a asociaciones religiosas	0,04	2,09	0,14	2,00	1,97
Pertenencia a asociaciones de medio ambiente	0,00	0,82	0,36	2,00	1,99
Pertenencia a asociaciones de voluntariado	0,01	0,29	0,58	1,94	1,96
Pertenencia a asociaciones de cooperación	0,00	0,82	0,36	2,00	1,99
Pertenencia a asociaciones de vecinos	0,04	2,09	0,14	2,00	1,97
Pertenencia a otras asociaciones	0,10	3,40	0,06	2,00	1,95

Cuadro 123: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).

VARIABLES	SC	F	P	Escasa CV	Elevada CV
Horas disponibles para sus aficiones	174,55	3,46	0,06	4,35	6,27
Dedicación a teatro, cine y conciertos	0,02	0,22	0,63	1,89	1,86
Dedicación a visitar museos y exposiciones	0,05	0,82	0,36	1,90	1,94
Dedicación a ir a discotecas	0,02	0,79	0,37	1,99	1,96
Dedicación a salir con los amigos	0,12	0,52	0,46	1,55	1,60
Dedicación a hacer excursiones	0,00	0,01	0,91	1,94	1,95
Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	0,00	0,00	0,97	1,90	1,90
Dedicación a practicar deportes	1,79	7,32	0,00	1,65	1,46
Dedicación a ver la televisión	0,34	2,19	0,14	1,25	1,17
Dedicación a oír música y radio	0,87	6,19	0,01	1,27	1,14
Dedicación a cuidar de los niños	0,05	0,56	0,45	1,86	1,89
Dedicación a leer	0,24	1,15	0,28	1,35	1,28
Dedicación a manualidades	0,03	0,30	0,58	1,90	1,88
Dedicación a asistir a actos religiosos	0,01	1,26	0,26	2,00	1,98
Dedicación al voluntariado	0,00	0,21	0,64	1,99	1,98
Dedicación a Internet	0,37	2,56	0,11	1,24	1,15
Dedicación a otras actividades	0,00	0,06	0,79	1,96	1,96
Dedicación a nada en particular	0,08	0,58	0,44	1,79	1,83

En los días laborables la variable calidad de vida (escasa y elevada) resulta significativa en la dedicación a practicar deportes ($F= 7,32$; $p= 0,00$) ($1,65 > 1,46$) ($\alpha= 0,01$) y a escuchar música y radio ($F= 6,19$; $p= 0,01$) ($1,27 > 1,14$) ($\alpha= 0,05$).

Cuadro 124: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).

VARIABLES	SC	F	P	Escasa CV	Elevada CV
Horas disponibles para sus aficiones	72,86	0,49	0,48	14,00	15,25
Dedicación a teatro, cine y conciertos	0,52	2,32	0,12	1,41	1,31
Dedicación a visitar museos y exposiciones	0,06	0,43	0,51	1,83	1,79
Dedicación a ir a discotecas	0,86	5,38	0,02	1,30	1,16
Dedicación a salir con los amigos	0,11	1,19	0,27	1,07	1,12
Dedicación a hacer excursiones	0,00	0,00	0,96	1,48	1,48
Dedicación a asistir a eventos deportivos	0,17	0,74	0,39	1,65	1,59
Dedicación a practicar deportes	1,49	6,16	0,01	1,68	1,50
Dedicación a ver la televisión	0,20	0,88	0,34	1,32	1,39
Dedicación a oír música y radio	0,00	0,01	0,89	1,34	1,33
Dedicación a cuidar de los niños	0,09	1,22	0,27	1,94	1,90

Variables	SC	F	P	Escasa CV	Elevada CV
Dedicación a leer	0,04	0,19	0,66	1,65	1,62
Dedicación a manualidades	0,13	1,48	0,22	1,86	1,91
Dedicación a asistir a actos religiosos	0,36	3,53	0,06	1,94	1,86
Dedicación al voluntariado	0,00	0,02	0,87	1,93	1,92
Dedicación a Internet	0,20	0,95	0,32	1,35	1,29
Dedicación a otras actividades	0,03	0,70	0,40	1,97	1,95
Dedicación a nada en particular	0,05	0,26	0,60	1,70	1,74

Durante el fin de semana resulta significativa la dedicación a ir a discotecas ($F=5,38$; $p=0,02$) ($1,30 > 1,16$) ($\alpha=0,05$) y practicar deportes ($F=6,16$; $p=0,01$) ($1,68 > 1,50$) ($\alpha=0,05$).

Tanto durante los días laborables como el fin de semana, el grupo de jóvenes que perciben su CV como escasa resulta superar al grupo de elevada CV en la práctica del deporte, oír música, radio e ir a discotecas.

2.3. Regresiones

Para estimar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas sobre la calidad de vida relacionada con la salud se ha realizado un análisis de regresión lineal múltiple (método “enter”) tomando como variables predictoras a las sociodemográficas (edad, número de miembros que residen en el hogar, nivel de estudio, horas semanales dedicadas a su actividad laboral, salario, ingresos mensuales del hogar y evaluación de la situación económica). El conjunto de variables consideradas explican el 8,6% de la varianza criterio (calidad de vida). El siguiente cuadro muestra los coeficientes de todas las variables consideradas, destacando que únicamente el nivel de estudios tiene un peso distinto de cero, y con valor medio bajo ($\beta=0,211$).

Cuadro 125: Regresión de variables sociodemográficas sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Variable	Coeficiente no estandarizados		Coeficientes tipificados		
	B	Error típico	Beta	t	P
Edad	0,100	0,382	0,025	0,261	0,795
Número de miembros que residen en el hogar	1,662	0,911	0,155	1,823	0,070
Nivel de estudios	4,439	1,792	0,211	2,477	0,014
Horas semanales dedicadas a su actividad laboral	-0,047	0,070	-0,057	-0,677	0,499
Salario	-0,017	0,028	-0,057	-0,615	0,539
Ingresos mensuales del hogar	-0,007	0,028	-0,021	-0,256	0,798
Evaluación de la situación económica	0,647	0,995	0,051	0,650	0,516

Con respecto a la capacidad predictiva de los estilos de vida en la calidad de vida relacionada con la salud se ha utilizado un análisis de regresión lineal múltiple (método “enter”) tomando como variables predictoras los estilos de vida (práctica de ejercicio, cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables y el fin de semana, percepción de lo que se cuida, pertenencia a alguna asociación, promedio de horas de sueño durante los días laborables y el fin de semana). El conjunto de estas variables explican el 8,6% de la varianza criterio (calidad de vida). El siguiente cuadro muestra los coeficientes de todas las variables consideradas, destacando que tanto la práctica de ejercicio como la percepción de lo que se cuida tiene un valor distinto de cero, y con valor medio bajo ($\beta = -0,145$ y $\beta = 0,187$).

Cuadro 126: Regresión de variables relativas a los estilos de vida sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Variable	Coeficiente no estandarizados		Coeficientes tipificados Beta	t	P
	B	Error típico			
Práctica de ejercicio	-0,978	0,479	-0,145	-2,040	0,043
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	0,034	0,280	0,016	0,122	0,903
Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana	0,028	0,168	0,021	0,169	0,866
Percepción de lo que se cuida	3,413	1,255	0,187	2,720	0,007
Pertenencia a alguna asociación	-3,058	1,845	-0,113	-1,657	0,099
Promedio de horas de sueño durante los días laborables	-1,086	0,793	-0,100	-1,369	0,172
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	0,484	0,468	0,077	1,034	0,302

2.4. Análisis discriminante

Se han analizado los resultados del análisis discriminante para comprobar de qué manera la calidad de vida influye de forma conjunta en las variables de la investigación (sociodemográficas y estilo de vida). Este análisis es una técnica estadística multivariante que sirve para describir las diferencias entre grupos de objetos que se observan y las variables. De esta forma se comparan y describen las medias de las variables clasificadoras a través de los grupos. Se considera un modelo de predicción de una variable respuesta categórica (variable grupo) a partir de las variables explicativas (variables clasificadoras). Los cluster han sido divididos en dos grupos: al primer grupo corresponde el de los jóvenes que en el WHOQOL Bref han puntuado con baja calidad

de vida y el segundo a aquellos que han puntuado una elevada calidad de vida (ver cuadro 65). Una vez obtenida esta división se han descrito las comparaciones estadísticas y su correspondiente función discriminante.

Cuadro 127: Calidad de vida: Funciones discriminantes canónicas.

Función	Autovalor	Porcentaje de Varianza	Porcentaje Acumulado	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Gl	p
1*	0,222	100,0	100,0	0,426	0,818	28,882	16	0,025

Al trabajar con dos grupos en la variable dependiente, sólo se ha podido realizar una función discriminante estadísticamente significativa. La función obtenida en el análisis de la calidad de vida presenta un autovalor de 0,222. Para poder profundizar en la relación entre la función discriminante obtenida y los niveles de los grupos, se analiza la correlación canónica que se encuentra en el intervalo 0,1 y es igual a 0,426.

Para establecer la probabilidad de que los resultados sean representativos de diferencias significativas entre los grupos, se ha utilizado el estadístico Lambda de Wilks (0,818). Dicha magnitud se ha aproximado a una distribución del chi cuadrado de 28,882, con 16 grados de libertad y permite inferir la probabilidad asociada ($p < 0,005$) de que la inferencia de las diferencias sea cierta. Se puede afirmar que dichas diferencias encontradas en la muestra son representativas de las que existen en la población; por lo tanto, la función discriminante es estadísticamente significativa.

Cuadro 128: Calidad de vida: Coeficientes para la función discriminante.

	Función f
	1*
Edad	-0,028
Número de miembros que residen en el hogar	0,388
Nivel de estudios	0,578
Horas semanales dedicadas a su actividad laboral	-0,409
Salario	-0,216
Ingresos mensuales del hogar	-0,009
Evaluación de la situación económica	0,191
Promedio de horas de sueño durante los días laborables	-0,225
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	0,080
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	-0,069
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	0,329
Práctica de ejercicio	-0,459
Percepción de lo que se cuida	0,260
Pertenencia a alguna asociación	-0,055
Horas semanales disponible durante los días laborables para sus aficiones	0,109
Horas semanales disponible durante los fines de semana para sus aficiones	-0,174

Además de analizar la capacidad discriminante de la función, sería interesante profundizar en la contribución de cada variable independiente a esa función. En este trabajo, se ha seleccionado el método stepwise que inicia el análisis con todas las variables y progresivamente las elimina hasta quedarse con aquellas con mayor capacidad discriminante. Los coeficientes resultantes al estar estandarizados se expresan en puntuaciones típicas. De esta manera, por ejemplo, un incremento en una desviación típica en las puntuaciones de la variable edad, produce -0,028 desviaciones típicas en la puntuación final de la función.

En este sentido, la mayor incidencia en la variable dependiente la realiza la variable “nivel de estudios” (0,578), seguida por las variables “número de miembros que residen en el hogar” (0,388), “cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables” (0,329), “percepción de lo que se cuida” (0,260), “evaluación de la situación económica” (0,191), “horas semanales disponibles durante los días laborables para sus aficiones” (0,109), “promedio de horas de sueño durante los fines de semana” (0,080), “ingresos mensuales del hogar” (-0,009), “edad” (-0,028), “pertenencia a alguna asociación” (-0,055), “cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables” (-0,069), “horas semanales disponible durante los fines de semana para sus aficiones” (-0,174), “salario” (-0,216), “promedio de horas de sueño durante los días laborables” (-0,225), “horas semanales dedicadas a su actividad laboral” (-0,409), “práctica de ejercicio” (-0,459).

Cuadro 129: Calidad de vida: Saturaciones de las variables en la función.

	Función f
	1*
Nivel de estudios	0,498
Número de miembros que residen en el hogar	0,491
Práctica de ejercicio	-0,412
Percepción de lo que se cuida	0,353
Horas semanales dedicadas a su actividad laboral	-0,347
Evaluación de la situación económica	0,258
Horas disponibles durante los días laborables para sus aficiones	0,194
Promedio de horas de sueño durante los fines de semana	-0,104
Edad	-0,081
Promedio de horas de sueño durante los días laborables	-0,054
Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	-0,052
Cantidad de cigarrillos fumados durante los fines de semana	0,048
Ingresos mensuales del hogar	0,039
Pertenencia a alguna asociación	0,037
Salario	-0,020
Horas disponible durante los fines de semana para sus aficiones	-0,009

Con el fin de complementar esta información, se analiza la contribución de todas las variables mediante la correlación entre las puntuaciones de cada variable con las puntuaciones de la función. Las variables que mayor saturación presentan serían: “nivel de estudios” (0,498), “número de miembros que residen en el hogar” (0,491), “práctica de ejercicio” (-0,412), “percepción de lo que se cuida” (0,353) y “horas semanales

dedicadas a su actividad laboral” (-0,347). La práctica de ejercicio presenta un menor valor explicativo, pero su correlación es negativa con dichas puntuaciones.

Cuadro 130: Funciones en los centroides de cada grupo.

Cluster de suma de dimensiones de calidad de vida	Función 1*
Escasa Calidad de vida percibida	-0,752
Elevada Calidad de vida percibida	0,291

Cuadro 131: Predicción de la función discriminante.

Grupo/asignación	Observaciones	Baja Calidad de vida	Alta Calidad de vida
Grupo 1: Escasa C.V. percibida	43	29	14
	100%	67,4%	32,6%
Grupo 2: Elevada C.V. percibida	111	32	79
Total	100%	28,8%	71,2%

De un total de 154 personas, a 29 se les pronostica baja calidad de vida, que corresponde al 67,4% de los casos acertados. Sobre 111 sujetos que se presuponía que tenían alta calidad de vida, se predijo adecuadamente al 71,2%.

Porcentajes de casos clasificados correctamente: $70,13\% = 100 \times (29+79)/154$.

CONCLUSIONES

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud en nuestros jóvenes presenta la dificultad de “traducir” un concepto complejo y ambiguo a un colectivo en proceso de cambio. De ahí que en las siguientes líneas se intente aunar las lecturas correspondientes al marco teórico con los resultados obtenidos. Este trabajo de coherencia se ha sistematizado en los siguientes apartados:

- Las dificultades con las que se enfrentan los jóvenes en el desarrollo de su independencia. La juventud del barrio de Casablanca participa de tendencias muy similares a lo que ocurre en otros contextos. Si la calidad de vida se inicia con la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida y de futuro, las condiciones socioeconómicas son determinantes importantes. No todos los chicos y chicas del vecindario parten de la misma igualdad de oportunidades.
- En relación a la investigación sobre los estilos de vida, se han contemplado los resultados obtenidos con los instrumentos de preguntas cerradas, pero también y muy importante con las respuestas dadas a preguntas abiertas, como la fuente de mejora de la propia salud y lo que para la persona significa “cuidarse”. En dicho estudio, se integra el análisis tanto de los condicionantes objetivos del modo de vida, como las actitudes y valores asumidos por el grupo de referencia.
- En el último apartado se reflexiona sobre las principales tendencias observadas en la medida de la calidad de vida relacionada con la salud, utilizando el instrumento de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-bref). Se aportan posibles líneas de investigación futuras y una visión multidisciplinar de lo que agentes sociales como psicólogos y pedagogos deberían considerar en el estudio e intervención sobre este tema.

1. EL DIFÍCIL CAMINO HACIA LA EMANCIPACIÓN

En este apartado se analiza el momento de transición a la vida adulta tomando como referencia el contexto europeo, nacional y local. Se planteó en la introducción teórica de este trabajo que en este período histórico, la globalización genera la interdependencia socioeconómica. Esto no es sinónimo de homogeneidad, pero sí de la necesidad de considerar lo local desde su referencia más amplia y viceversa; los estudios de juventud deben ser sensibles a las peculiaridades locales.

Actualmente, en Europa se plantea la ampliación del concepto de juventud frente a décadas anteriores, fijándolo las autoridades competentes en torno a los 30 años, debido en gran medida a la dilatación del período de escolarización y el retraso en el inicio de la vida laboral, pasos previos para la mayoría de los jóvenes, en el camino hacia la independencia económica.

En el entorno europeo, Gallego y Gándara (2008) exponen cómo son las chicas las que alcanzan un mayor nivel académico con respecto a sus compañeros, observación que también se constatará tanto a nivel nacional como local.

En el contexto nacional, la postergación de la independencia se dilata en el tiempo y sin lugar a dudas, se puede decir que los jóvenes españoles son en este sentido, las grandes víctimas de la crisis socioeconómica. En España, más de la mitad de los jóvenes entre los 18 y 34 años reside con sus padres (Instituto de la Juventud, 2004), añadiendo a este retraso un obstáculo fundamental: la mitad de ellos necesita ayuda económica para sobrevivir.

La juventud española se debate entre las consecuencias del fracaso escolar y la sobre-educación y sobre-cualificación en determinados sectores. Es cierto que la democracia ha favorecido claramente el acceso al sistema educativo, pero en estos momentos, el mercado laboral es incapaz de absorber la demanda de trabajo, infravalorando el perfil del trabajador con respecto a su formación. La incertidumbre actual del mercado laboral que se experimenta, con altas tasas de paro, y sueldos de escasa cuantía, hacen que el paso a la vida adulta sea cada vez más complicado para el joven español.

En la transición a su independencia económica, el joven debe ir forjando su camino en la medida en la que toma una serie de decisiones que determinarán su futuro: los estudios, la orientación profesional, la convivencia en pareja, matrimonio, tener hijos, etc. Durante este proceso es muy importante el apoyo del entorno más inmediato de la persona, ya que como indica Moreno (2008), no se trata de un camino fácil, sino incierto, en el que los cambios en la sociedad son rápidos y numerosos. En este sentido, la familia actual tiende a ser más permisiva y generosa que en el pasado, hasta el punto de que a pesar de la sobrecarga que implica esta convivencia forzosa, no se puede hablar en nuestro país de conflicto intergeneracional (Pérez, 2006).

Se entiende pues, que para aquellos jóvenes que presentan carencias con respecto a este tipo de apoyos, se torna más vulnerable e incierto, si cabe, el planteamiento de un futuro con calidad de vida. No debe olvidarse que en 2008 aproximadamente un tercio de los jóvenes españoles pertenecían a la generación ni-ni (ni estudiaban ni trabajaban) (Gállego y Gándara, 2008).

El joven español de entre 23 y 29 años presenta un índice de paro muy elevado con respecto a la media europea, ya que es un colectivo muy sensible al contexto económico tan complejo por el que está atravesando el país en la actualidad. Su relación con el aumento excesivo del precio de la vivienda, la difícil incorporación al mercado laboral, los bajos sueldos percibidos y la cultura española de sobreprotección familiar, explican la tendencia general a la paulatina demora de su emancipación.

En relación al barrio de Casablanca objeto de estudio, se observan ciertos agravantes en la situación laboral, sobre todo respecto a la cualificación, ya que está por debajo de la media nacional: sólo un 14,2% de los residentes en el vecindario alcanza el nivel universitario.

A pesar de que las mujeres ostentan un nivel académico mayor (el 49,6% de las chicas frente al 46,7% de los chicos alcanzan la instrucción secundaria y el 43,9% frente al 43,4%, cursan estudios universitarios) y a pesar de que en el barrio estudian un 10% más ellas, que el colectivo masculino, esta preparación extra no redundará posteriormente en una mejor proyección profesional.

Es el sexo masculino quien, con una menor formación, alcanza mayores índices de ocupación, centrados especialmente en el sector empresarial orientado en su mayor parte al sector terciario. Lógicamente, su nivel de ingresos, en todos los niveles salariales (a excepción de los que ganan entre 150 y 300 euros al mes) es mayor que el de sus compañeras. No es de extrañar que sean ellas las que ahorren menos (34,2% frente a 35,1%) y presenten más dificultades para llegar a fin de mes (12,3% chicos; 16,2% chicas).

En el análisis llevado a cabo, se advierten diferencias bastante notables, entre los sectores poblacionales que conforman el barrio del Casablanca: Viñedo Viejo, Fuentes Claras y Las Nieves.

Las desigualdades socioeconómicas entre las diferentes zonas del barrio se reflejan en otras variables en relación a las características juveniles de los vecinos como el promedio de edad, la edad de emancipación, las horas semanales dedicadas a la actividad laboral y el nivel de ingresos.

Son los jóvenes residentes en el centro histórico del barrio los que presentan porcentajes y cifras más relacionadas con un nivel de vida más austero si se comparan con los jóvenes de Fuentes Claras, y Las Nieves. En el centro histórico, los jóvenes son más mayores, llevan más tiempo viviendo en el barrio, trabajan más horas y disponen de menos ingresos. En este sentido, los hijos “heredan” la situación de su familia. La mayoría de los jóvenes del barrio (87,8%) son aragoneses y en esta zona concreta proceden del éxodo rural de sus padres que se instalaron en Casablanca a partir de los años cincuenta. La colonización de Fuentes Claras es posterior y las familias acudieron recientemente al barrio gozando de una situación en algunos casos, privilegiada.

Este panorama dista mucho de la imagen idílica de la juventud como “paraíso perdido”. Como plantea Del Rey (2006) ante esta situación, es fácil que los jóvenes se refugien en el presentismo y oscilen en sus valores entre diversas contradicciones que comparten con los adultos como el hedonismo, el individualismo, el pasotismo, la resignación y el compromiso social y familiar. La idealización de este período del ciclo vital presenta consecuencias en las políticas de intervención dedicadas a este colectivo, que a menudo se centran en el consumo y tienden a obviar su difícil camino hacia la emancipación.

2. ESTILOS DE VIDA

El estudio de los estilos de vida en la adolescencia y la juventud resulta un tema trascendente para las políticas públicas y especialmente, para el diseño de estrategias de salud comunitaria y educación para la salud. La prevalencia de enfermedades crónicas en las sociedades económicamente desarrolladas, remite constantemente a la incidencia de las actitudes y comportamientos de la población sobre su estado de salud. El coste asociado (económico, social, personal, etc.) al tratamiento de los trastornos prevenibles es muy elevado. No es una cuestión menor plantearse el porqué y el cómo de la adopción de determinados hábitos saludables, como por ejemplo la práctica deportiva y de conductas de riesgo como el abuso de alcohol.

En el reto de este estudio se encuentran claves para el cambio y la mejora. Invertir en la investigación sobre la juventud supone por tanto, invertir en el futuro de la población, pero también y de modo muy claro en su calidad de vida presente. Con este fin, en este apartado se retoma la definición del objeto de estudio y su relación con los valores y representaciones sociales de la salud. Posteriormente, se priorizan los resultados más relevantes que hacen referencia a las conductas observables en relación a la salud física. Termina la exposición con un tema subyacente a la adopción de los estilos de vida y que tiene que ver con el desarrollo psicosocial y el desarrollo del ocio y del tiempo libre.

2.1. Definición y valores

No disponemos de una definición única de lo que se entiende por estilo de vida. No obstante, las investigaciones actuales retoman de los modelos clásicos weberianos la importancia concedida a la observación del comportamiento del grupo social de adscripción. Esta influencia resulta especialmente importante en el colectivo juvenil. La presencia de los “iguales” es constante en decisiones tan cotidianas como el disfrutar del tiempo libre o realizar determinados tipos de consumo. Dichas conductas, a su vez, repercutirán claramente en la salud presente y futura de estas generaciones.

En relación a la salud y la calidad de vida, la propia Organización Mundial de la Salud (2004) considera el estilo de vida como una forma general de comportamiento, que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta debidos a factores socioculturales y personales. Esta aproximación se complementa con la incidencia en el comportamiento de actitudes y valores que las personas desarrollan de forma individual o grupal con el fin de poder satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

Por tanto, en el estudio de los estilos de vida en relación a la salud de los jóvenes es necesario recurrir a una lectura tanto de los condicionantes socioeconómicos que les afectan, como a una perspectiva cultural, en la que se integre su percepción subjetiva y escala de valores.

En la investigación sobre la primera cuestión, no se debe perder de vista el contexto internacional y nacional en el que se desarrollan. Tal como se comentaba en el apartado anterior, los jóvenes españoles retrasan el momento de su independencia más que el promedio de sus compañeros europeos. La situación de desempleo involuntario a largo plazo y las dificultades para su independencia económica afectan claramente a sus estilos de vida.

En primer lugar, esta dependencia se reflejará en un aumento del tiempo libre y en un menor nivel de ingresos, lo que reducirá sus posibilidades de realizar ciertas actividades de ocio. Dado que nuestra sociedad actual organiza a menudo dicha esfera de la vida personal en función del consumo, las posibilidades de su disfrute disminuyen sin disponibilidad de gasto.

También el desempleo forzoso, unas expectativas de futuro poco halagüeñas, el difícil acceso a la vivienda, tanto la sobre-cualificación como el fracaso escolar, etc., pueden conllevar un estado de apatía e indefensión en nuestra juventud, al ver reducidas sus posibilidades de desarrollo personal y emancipación. A su vez, desde estos estados

carenciales es muy difícil hablar de formación para las competencias del mercado laboral y de motivación para el trabajo (Romay, 1988).

No es de extrañar que ante esta situación, los jóvenes tiendan a priorizar valores hedonistas como el “vivir el momento presente” (Del Rey, 2006). Aunque se consideren parte de la sociedad, son conscientes de su estado de exclusión y por tanto, tienden a ser solidarios en situaciones puntuales y desde criterios emotivos, más que racionales. Como los adultos que les preceden, presentan contradicciones entre los valores finalistas (ej. pacifismo, tolerancia, lealtad) e instrumentales (esfuerzo, autorresponsabilidad) que les sirven de guía para su comportamiento.

La idiosincrasia del “presentismo” y del “sálvese quien pueda” se observa también en los fines vitales que se persiguen. En el estudio realizado por Rodríguez, Navarro y Mejías (2001): un 85% de los jóvenes españoles considera importante ganar dinero y un 85,4% disponer de él en abundancia; un 76% obtener un buen nivel de capacitación cultural y profesional; un 35,6% piensa que se puede vivir el día a día sin pensar en el futuro y un 37% está muy de acuerdo en hacer cosas por mejorar su barrio o su comunidad (aunque el porcentaje de voluntarios que colaboran activamente para esta mejora, es mucho menor del 37%).

El déficit de compromiso social se traduce en la cotidianidad y en la carencia de interés por determinadas cuestiones sociales. De hecho, un dato preocupante tanto a nivel regional como provincial es la escasa o nula lectura de periódicos, revistas o libros y la escasa participación de los jóvenes en las actividades culturales, como la asistencia a obras de teatro, exposiciones y museos. ¿Cómo se traducen estas tendencias nacionales en la juventud del barrio de Casablanca?, ¿qué consecuencias presentan estos datos en su percepción de la salud y en su calidad de vida? En las siguientes líneas se abordan estas cuestiones desde los resultados obtenidos.

2.2. Relación con la salud. Comportamientos saludables y de riesgo

Una parte importante de los estudios de epidemiología centrada en la juventud se ha dedicado al análisis pormenorizado de ciertas conductas. En este sentido, destacan como referencias clásicas el estudio del consumo de alcohol y tabaco y la práctica de ejercicio físico. Este hecho se debe en buena medida al impacto evidente que dichas conductas ejercen sobre la salud y también a que dada la profusión de literatura científica resulta más sencillo establecer líneas base que en otros comportamientos con efectos no tan visibles o menos estudiados (ej. bases de datos consultadas para el desarrollo de las preguntas de la encuesta: Encuesta Nacional de Salud, Encuesta sobre Condiciones de Vida, Encuesta sobre Drogas a la población Escolar, Estudio de los Estilos de Vida de la Población en España). El hábito del sueño constituye un buen ejemplo de la tendencia a incorporar nuevos indicadores.

A pesar de que un porcentaje elevado de la muestra no relata padecer ninguna dolencia (78%), un 37% de los entrevistados ha consumido algún medicamento durante las últimas dos semanas previas a la realización de la encuesta. Esta cifra es especialmente preocupante en el caso de las chicas. Las jóvenes encuestadas consumen el doble de medicamentos que sus compañeros (especialmente para el caso de las afecciones respiratorias, gripe, malestar de garganta, etc.).

CONCLUSIONES

Las complicaciones de salud más frecuentes en el colectivo juvenil del barrio han sido: bronquitis o asma (5,2%), alergias (3,2%) y lumbago (4,4%). El 25,5% de las chicas encuestadas ha sido diagnosticado de sus dolencias por un servicio médico, frente al 18% de los chicos.

En consonancia con los datos nacionales e internacionales, la variable género influye de una manera estadísticamente significativa en la percepción de la salud. En la encuesta europea sobre comportamientos saludables (Health Behaviour in School-aged Children, 2006), la ansiedad era más frecuente entre las chicas encuestadas, que informaban de padecer con más frecuencia síntomas de dolor e incapacidad. Ellos, pese a manifestar sentirse más satisfechos con la vida, eran más propensos a sufrir accidentes.

En Casablanca, las chicas tienden a sufrir ansiedad y entre el colectivo de los menores de 18 años, presentan una mayor probabilidad de padecer enfermedades y trastornos mentales que los chicos. Los indicadores de peor salud y de una mayor sintomatología de dolor e incapacitación son más frecuentes entre ellas, como ocurre también en las encuestas de salud de los adultos españoles (Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2007).

La explicación de esta evaluación negativa debe aunar las diferencias culturales y estructurales subyacentes en el esquema de género. En sociedades tradicionales donde dicho esquema se encuentra diferenciado, la expresión del malestar físico y mental se permite en mayor medida a las mujeres (Herrero, 1994).

Sin embargo, no se debe renunciar a buscar en la multiplicidad de roles desarrollados por la mujer, en una peor situación socioeconómica y en una mayor exposición a situaciones estresantes, causas importantes a las que se pueden atribuir estas diferencias. En la muestra de Casablanca, las encuestadas comparten un mayor índice de desempleo y de ingresos, a pesar de tener mayor formación que sus compañeros. Si además tenemos en cuenta que a día de hoy todavía existe diferencia entre los salarios percibidos entre hombres y mujeres que desempeñan el mismo trabajo ocupando el mismo puesto, no resulta tan extraño que ellas sufran más de estrés, así como de otro tipo de afecciones como las respiratorias, relacionadas directamente con el sistema inmunológico.

Llama la atención el hecho de que esta percepción negativa se mantenga incluso cuando se intenta aislar el efecto en la salud de los comportamientos de riesgo y hábitos relativos a la salud. A pesar de que en Casablanca, las jóvenes encuestadas practican más deporte, asisten con mayor frecuencia a consultas médicas y de estética, valoran más el físico e invierten más dinero en tratamientos de salud y estética, mantienen una peor percepción sobre el cuidado de su propia salud que los chicos. Ninguna de las chicas encuestadas plantea que “se cuida demasiado”.

A nivel nacional, ellos afirman estar satisfechos con su vida, practican menos deporte, ven más la televisión, padecen de obesidad en mayor porcentaje que ellas, adoptan conductas de riesgo con mayor frecuencia, como consumir alcohol en cantidades excesivas, pelearse y tener comportamientos sexuales negligentes. Sin embargo consideran que en general “se cuidan bastante” (Gil-Lacruz, 2010).

Quizá para entender esta paradoja se puede recurrir de nuevo, a la existencia de una mayor presión social y cultural a la que las chicas se encuentran sometidas, ya que las exigencias para este género no sólo se dan a nivel profesional, sino también en todo lo relativo a la imagen personal, como sinónimo de control y éxito personal.

Lo que las chicas y los chicos del barrio comparten es una representación social muy parecida de lo que se entiende por salud y cuáles son los cuidados básicos y sus fuentes de mejora: La práctica de deporte (22,8%), cuidarse (20,8%), mantener una dieta equilibrada (18%) y en menor medida el sueño y aspectos ambientales (ruidos, luz,..).

A su vez el “cuidarse” tiene que ver con: la manera de alimentarse, la lectura, el estudio, el descanso, el aseo personal, el pensamiento positivo, el tiempo libre, evitar el consumo de drogas, etc. Los siguientes ejemplos de respuestas literales ilustran este posible programa de mejora: “abusar menos de ciertos vicios de fin de semana”, “comer sano”, “andar mucho todos los días”, “comer menos dulces”, “aprender a vivir sin estrés”, “tener un ánimo alegre”, “viajar esporádicamente a la montaña”.

En estas respuestas, se constata la importancia de los programas educativos y la divulgación de la información relativa a la salud. No obstante, saber cómo mejorar la propia salud no es sinónimo de estar dispuesto a invertir un tiempo y un esfuerzo en ello. A continuación se analizan los diferentes hábitos y conductas saludables que adopta la muestra.

De hecho, aunque la práctica de deporte se considere muy saludable, en la población general española, según el estudio de Hernán, Ramos y Fernández (2002), se observa que sólo el 36% de la población practica deporte y dentro de este porcentaje sólo 1 de cada 4 lo hace de forma habitual. Lo que sí que es cierto, es que el ejercicio físico se relaciona de forma directa con una percepción positiva de la propia salud. Entre los que practican deporte, un 83% considera que su estado de salud es bueno o muy bueno. Esta percepción positiva desciende conforme disminuye la actividad; es compartida en un 79% entre los que pasean; 66% los que no practican ningún deporte de forma habitual y sólo por un 20% entre los sedentarios.

¿Qué motivos se alegan para el sedentarismo, si su práctica es considerada una fuente de salud y sus beneficiosos resultados son reconocidos por todos? Curiosamente, quienes no lo practican alegan que sus estilos de vida no se lo permiten. Los motivos más frecuentemente expuestos son: principalmente el trabajo y en menor medida, las cargas familiares y la falta de tiempo en general.

En los jóvenes el fenómeno es muy similar. Hernán, Ramos y Fernández (2002) han comprobado que en nuestro país entre el 81% y el 86% de los chicos menores de 18 años practica deporte. Las cifras de las chicas menores de edad descienden a un 67% de práctica aproximadamente. Dadas estas diferencias, no es de extrañar que el fútbol sea el deporte más practicado a nivel nacional, seguido del baloncesto, natación y atletismo. Pero estas cifras disminuyen considerablemente cuando los jóvenes terminan su periodo de escolarización y por tanto, no tienen contacto con una institución que facilita claramente su práctica (ya sea en horario escolar o extra escolar).

CONCLUSIONES

Conforme se avanza en la edad se pierden los hábitos deportivos. El abandono de la práctica deportiva empieza a partir de los 15 años. Si en el colectivo de los jóvenes incluimos a aquellas personas que tienen hasta 35 años, se observa como el nivel de práctica desciende vertiginosamente. Más de la mitad de los jóvenes pasan el día sentados o de pie (54%), aproximándose a la cifra del 56% de sus padres, que pasan la mayor parte de la jornada laboral sentados (Hernán, Ramos y Fernández, 2002).

La mayoría de los jóvenes (98%) reconoce que la práctica deportiva y la actividad física en general resultan beneficiosas para la salud, pero tan sólo un 38% lo practica de forma habitual. El 13% lo practican sólo los fines de semana y el 11% todos los días. En ese mismo porcentaje se encuentran los que no lo practican nunca. Las razones para su práctica se encuentran en la diversión (en un 46,2% de la muestra) y la ausencia de su práctica en la falta de tiempo (44,5%). Por tanto, como en la población adulta, los jóvenes españoles manifiestan interés por el deporte y son conscientes de sus efectos saludables pero un 60% presenta un nivel de actividad diaria que podría calificarse de sedentario (Hernán, Ramos y Fernández, 2002).

Sin embargo, en Casablanca, estos resultados pueden matizarse en función del género, ya que a diferencia de lo que ocurre a nivel nacional, las chicas practican más deporte que sus compañeros (3,97% de las chicas frente al 2,73% de los chicos). También la edad es un importante factor diferencial de práctica; son los jóvenes de edades comprendidas entre los 19 y 24 años los que en el barrio practican más deporte y también son los que con más frecuencia hacen excursiones.

Sería interesante profundizar en estas cifras porque el deporte además de una importante fuente de salud, se encuentra asociado con otros comportamientos saludables. El deporte se tiende a practicar en grupo, constituyendo una importante fuente de socialización, y a determinados niveles, implica una evitación consciente de ciertos hábitos perniciosos. Mantenerse sano requiere una apuesta consciente por un conjunto de decisiones saludables en el día a día (Gómez, Luengo y Romero, 2003).

La literatura científica nos aporta numerosos ejemplos de cómo los comportamientos de riesgo y los comportamientos saludables se tienden a predecir mutuamente. Por ejemplo, a menudo, el consumo de tabaco está muy relacionado con el consumo de alcohol. Los jóvenes urbanos no son una excepción a esta regla (Aguinaga, Orizo, Espinosa y Ochaita, 2003).

En relación al consumo de alcohol y los resultados de la encuesta de Casablanca, es de resaltar el hecho de que el consumo de diferentes bebidas alcohólicas tienda a presentar correlaciones estadísticamente significativas; aquellos que consumen un tipo de bebida alcohólica tienden a probar y/consumir las demás. La cerveza constituye la bebida más frecuente; casi dos terceras partes de los entrevistados (60%) la toma. Sólo el 31,8% de la muestra no la ha probado.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las pautas de consumo en función del sexo y de la edad. En general, las chicas beben menos que los chicos, y con los años cambian las preferencias de consumo. Los jóvenes de 19 a 24 años suelen consumir más cerveza, probablemente por ser la bebida alcohólica más asequible. Los jóvenes que menos alcohol consumen son los de edades comprendidas entre los 25 y 29 años que al mismo tiempo, son los que más vino consumen.

Ambos tipos de bebidas presentan a su vez un escenario diversificado. La cerveza y el whisky suelen asociarse a locales nocturnos, discotecas, bares, etc. El vino se encuentra más relacionado con la esfera de las comidas, restaurantes, celebraciones en el hogar. Cuando los análisis de varianza se realizaron en función de la zona de residencia, el consumo de licores más caros como el brandy y el whisky también fue menor en la zona del barrio más degradada.

El aspecto social de este consumo se relaciona por tanto, con el “escenario” donde tiene lugar la ingesta y las personas con las que se comparte. Un tercio de los encuestados manifiestan consumir alcohol en discotecas y el resto en cafeterías y bares. Tan sólo una minoría expresa beber en la calle o en un parque (sólo un 1,6% de los encuestados hacen “botellón”). Un 80% de los encuestados prefiere la compañía de sus amigos para beber alcohol.

Estos datos coinciden con el estudio desarrollado por Comas et al. (2003) a un nivel nacional. Cuando se les pregunta sobre los lugares de preferencia para reunirse con los amigos, los encuestados eligen en un 44,5% bares o pubs, mientras que un 18% lo hace en casa de sus amigos y sólo un 0,4% en la calle, el cine u otros locales. Charlar, bailar en discotecas y tomar copas son las actividades que ocupan la mayor parte del tiempo de ocio durante el fin de semana. En el estudio de Gastón et al. (2002) también se repetía con frecuencia el “ir de copas y beber” como alternativa de ocio para la jóvenes de la provincia de Zaragoza.

Estos resultados, junto con el hecho de que los jóvenes consumen más alcohol durante los fines de semana que entre semana, llevan a asociar dicho consumo como un acto “comunal”. Por tanto, como se analizará posteriormente, las alternativas al consumo excesivo de alcohol no pueden reducirse a la divulgación de campañas preventivas en relación a sus consecuencias perniciosas sobre la salud, sino que deberían de focalizarse en el desarrollo de opciones saludables, que contemplaran tanto el establecimiento de entornos saludables como la importancia de dicha socialización. Las campañas basadas en la práctica deportiva, ocio saludable y el desarrollo de habilidades sociales (ej. asertividad: “tu puedes decir no a las drogas”) están basadas en estas premisas.

Lo mismo se puede decir en relación al consumo de tabaco, pese a que sus pautas están evolucionando en la sociedad española. Así, en un estudio de Navarro (1986) casi la mitad de los jóvenes españoles (41,3%) fumaban a diario. Ocho años después, en el estudio liderado por Comas (1994), esta cifra era similar. En el 2002, había alcanzado al 54,1% de los jóvenes en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años. Según este último estudio las chicas ya sobrepasaban a sus compañeros en el hábito tabáquico. Como ocurría con el alcohol, el tabaco resulta un consumo de “carácter socializador” (Comas et al., 2003).

En los jóvenes además, especialmente en los adolescentes, se da más el fenómeno perceptivo de la “invulnerabilidad al riesgo”. Es decir, la creencia ilusoria de que determinados problemas de salud, accidentes, etc., no le ocurrirán a uno. El sesgo de “autocontrol” también influye en la tendencia a mostrar conductas de riesgo, sin pensar demasiado en las consecuencias. Los efectos perjudiciales del tabaco con tendencia a

diferirse en el tiempo, tampoco contribuyen a que el fumador adopte una actitud más responsable.

En el barrio de análisis, ambos géneros coinciden en cuanto al consumo de tabaco ya que todos fuman casi el doble de cigarrillos durante el fin de semana que en los días laborables. La diferencia en la media por géneros es muy reducida (chicos entre semana promedio de cigarrillos consumido 4,61, fin de semana: 8,06; chicas entre semana 3,41, fines de semana 6,16 cigarrillos). Este fenómeno, que también se da en el caso del alcohol induce a su asociación, y por los mismos motivos, con el carácter socializador del consumo de tabaco y alcohol.

Si el consumo de tabaco y el alcohol tienden a vincularse a actividades lúdicas y de fin de semana, otras pautas relacionadas con la salud se verán afectadas. En este sentido, la literatura científica empieza a interesarse por las consecuencias que los cambios de hábitos y estilos de vida tienen en los jóvenes durante los días no lectivos. Las pautas de sueño constituyen un ejemplo interesante de este efecto.

En general, los jóvenes de Casablanca duermen en torno a 8 horas diarias entre semana, siendo este porcentaje algo superior en el caso de los chicos que en el de las chicas. Los jóvenes duermen mucho más los fines de semana (promedio 8,88 horas) que entre semana (7,51 horas), esto se puede deber a que el ocio centrado en discotecas, pubs, terrazas, etc., basado en las salidas nocturnas, suele pasar factura al día siguiente.

En los estudios nacionales se observa que dichos comportamientos también tienen mucho que ver con la situación socioeconómica del joven (Comas et al., 2003). Por ejemplo, a las dos de la tarde los días laborables, un 9,6% de jóvenes todavía duerme. Este porcentaje se podría asociar con los trabajadores a turno nocturno o rotatorio, estudiantes universitarios de turno de tarde, desempleados, etc.

Los sábados, este porcentaje se dobla, llegando a un 18,5% y los domingos llega a triplicarse con 29% de jóvenes que siguen durmiendo a las dos de la tarde. Este dato es coherente con las conclusiones obtenidas en los apartados anteriores; la noche del sábado es la preferida para las salidas nocturnas, la mayoría de los jóvenes se reúnen con sus amigos en discotecas y pubs. El hábito de beber alcohol y fumar más con este tipo de ocio se refleja en una mayor necesidad de descanso durante el domingo.

2.3. Relación con el bienestar. Ocio y tiempo libre

A menudo, las investigaciones sobre los comportamientos de salud de nuestros jóvenes, caen en cierto reduccionismo, al limitar su estudio a conductas observables y centradas en hábitos y conductas de riesgo. La necesidad de profundizar en estas pautas de comportamiento en relación a la salud va más allá de la cuantificación de conductas. Factores como el desarrollo de la identidad, la influencia de los contextos familiares, educativos y de los iguales, ocupan un papel muy destacado en la adopción de una “constelación de comportamientos saludables” (Gil-Lacruz, 2007a).

Fumar, beber, comer, hacer deporte, dormir, son acciones que enmarcan en un entorno social. Según Comas et al. (2003), la residencia propia es el lugar en el que el joven español pasa más tiempo (excluyendo las horas de sueño), mientras los centros escolares, laborales y públicos de ocio, son los que predominan los fines de semana. La

esfera privada y la pública se combinan constantemente en la adopción de los estilos de vida. Se ha analizado cómo en el barrio dichos comportamientos se desarrollan con determinadas compañías, en determinados contextos y con determinados significados.

El ocio y el tiempo libre constituyen en nuestras sociedades modernas, un reto en relación a nuestro propio desarrollo y bienestar psicosocial. Si una buena parte de los jóvenes del barrio no trabajan y algunos no estudian: ¿a qué dedican su jornada?, ¿qué actividades les motivan? Contestar a estos interrogantes es observar no sólo lo que efectivamente hacen y cómo se comportan sino contemplar cómo piensan, cuáles son sus preferencias y qué oportunidades de desarrollo se les presentan.

Los jóvenes europeos dedican el 20% de su tiempo a actividades de ocio, de las cuales la prioritaria (50% de los encuestados) es salir con amigos y en menor medida otras actividades: leer (20%), voluntariado (16%) y participar en actividades políticas (4%). Para los jóvenes entre 16 y 24 años el uso del ordenador es diario; el 60% utiliza internet y lo consideran una herramienta indispensable en su vida diaria (Gil-Lacruz, 2010) no sólo para la búsqueda de noticias actuales y para realizar consultas concretas, sino también para mantener el contacto con amigos, buscar empleo y ampliar su formación.

La preferencia por los amigos como fuente de socialización se constata también en las encuestas nacionales. Llama la atención el hecho que los amigos sean la compañía elegida para actividades tan diversas como salir de marcha (51,6%), charlar (53,3%), bailar (80%) o practicar aficiones (32,1%). Se busca el contacto con los familiares para realizar visitas de cortesía (30%), ver la televisión (77,9%) y escuchar la radio sintonizando emisoras no musicales (51,8%). También está muy claro qué tipo de actividades no se quiere realizar en determinadas compañías. Por ejemplo, la pareja se descarta para asistir conjuntamente a espectáculos deportivos y los progenitores para: bailar, ir de excursión, practicar deporte, asistir a actos religiosos.

Desde una perspectiva nacional, Comas et al. (2003) en un intento de simplificar la diversidad de comportamientos juveniles en el tiempo libre, establece una serie de categorías: estudiosos, marchosos, voluntarios ilustrados, tecnológicos postmodernos, activistas culturales, hogareños, consumidores. Un dato que llama la atención es que dicho intento de sistematización se plantea a partir de una serie de preferencias en las actividades de ocio, que según los autores, permite discriminar diferentes estilos de vida: trabajar, estudiar, comprar, pasear, ir de tiendas, charlar con los amigos, tomar copas, leer libros, escuchar música, navegar por internet, etc.

En cuanto a los jóvenes zaragozanos, un 98% prefiere dedicar su tiempo de ocio a salir y reunirse con sus amigos, en un porcentaje similar les gusta escuchar música y en menor proporción (38%) asistir a conferencias o coloquios.

Las actividades de ocio varían entre los días laborables y los fines de semana. En el barrio de Casablanca, entre semana, las actividades que con más frecuencia practican los jóvenes son: escuchar música (82%), utilizar Internet (81%), ver la televisión (79%), y en menor proporción (70%), leer.

CONCLUSIONES

Se pueden destacar en el barrio tres rangos de edad en los jóvenes en función de sus aficiones y preferencias definidas: entre 19 y 24 años; practican más deporte que los demás y también hacen más excursiones. Entre 25 y 29 años; se conectan con más frecuencia a Internet y también asisten con mayor frecuencia que el resto a actos religiosos.

Los fines de semana, los vecinos de 19 a 24 años suelen visitar museos y exposiciones con mayor frecuencia que el resto, mientras que los más jóvenes van a discotecas. De nuevo, los que menos van a discotecas son también los que menos alcohol consumen (19 a 24 años). Se cumple también la tendencia complementaria; los que más frecuentan las discotecas son los que consumen más alcohol (menores de 25 años).

Está relacionado un mayor tiempo dedicado al cuidado infantil con la asiduidad a visitar museos y exposiciones, asistir a espectáculos deportivos, hacer excursiones, escuchar música y radio y hacer manualidades. Además se relaciona de un modo estadísticamente significativo con un menor uso de Internet y menos salidas a discotecas. Si tenemos presente que entre el colectivo de encuestados entre los 18 y los 29 años nos encontramos con que a pesar de representar un porcentaje reducido, algunos son padres y madres, es coherente asociar estos resultados con la paternidad y la maternidad, por la compatibilidad de las primeras actividades y la incompatibilidad de las últimas, con el cuidado infantil.

Por otro lado, una mayor asiduidad a salir con los amigos, se asocia con la frecuencia en el uso de Internet, la asistencia a espectáculos deportivos y hacer “nada en particular”. El tiempo libre de los jóvenes se dedica a la socialización con los iguales.

La zona de residencia también influye en el tipo de actividad que se desarrolla. Por ejemplo, durante el fin de semana es más frecuente que los jóvenes del centro histórico del barrio acudan a actos religiosos que sus compañeros de otras urbanizaciones.

Las esferas de relación que constantemente están reflejando estas tendencias, son en buena medida fruto de la opción personal del joven sobre cómo desarrollarse en su tiempo libre. Desde el constructivismo psicológico, se entiende que la persona no es un mero receptor de experiencias y aprendizajes, sino un constructor activo de sus estructuras de relación. Este ejercicio de socialización se encuadra dentro de las redes informales, porque tal como se aprecia a través de los resultados, no se traduce necesariamente en la consolidación de redes formales como puede ser el caso del asociacionismo.

Los jóvenes del barrio se apuntan sobre todo a asociaciones deportivas (31%) y en menor medida a actividades de voluntariado (4,5%). Los chicos prefieren afiliarse a asociaciones deportivas, religiosas y de cooperación, mientras que las chicas se apuntan en mayor porcentaje a las de voluntariado y las culturales. Queda también patente que la muestra prefiere como lugar de reunión los bares o pubs (44,5% de la muestra) frente a otros lugares como las casas de los amigos (18,4% de la muestra). El que sólo un 0,4% de los encuestados manifieste su preferencia por las reuniones asociativas es un indicador de la importancia de la red informal.

3. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

El estudio de las condiciones de vida y de los estilos de vida en los jóvenes de Casablanca, nos remite a la definición de la calidad de vida relacionada con la salud, concepto que integra tanto las dimensiones objetivas como subjetivas del modo de vida de estos jóvenes. Tan importante es conocer el contexto y la situación socioeconómica en la que se desarrolla la persona como la vivencia de la misma. Ambas esferas son indisolubles porque permiten comprender de qué manera los jóvenes afrontan su salud y bienestar.

No se debe olvidar el hecho de que esta doble vertiente de la investigación supone un aliciente adicional para el conocimiento básico del punto en que nos encontramos y hacia dónde deberíamos dirigirnos a través de la intervención social. Investigar sobre la calidad de vida sugiere afrontar programas de intervención y cambio, basados en las necesidades sociales de la población. Dicho estudio en la juventud es crucial si se quiere intervenir con los adultos del mañana. Como planteamos con el estudio de los estilos de vida, presenta pues, un carácter preventivo relevante, aunque el estudio es importante en sí mismo y desde el momento actual.

La investigación sobre la juventud a menudo adolece de cargar las tintas en los conflictos y dificultades que atraviesan sus protagonistas. De hecho, en esta tesis se ha explicado su difícil camino hacia la independencia. Pero ante las mismas condiciones de partida, algunos jóvenes afrontan su futuro desde la esperanza y el emprendimiento y otros no. ¿De qué factores depende esta diferencia de actitudes? Para responder a esta pregunta, resulta necesario tener en cuenta su opinión y valoración de temas que les incumben directamente y que otros agentes sociales no pueden ni deben responder por ellos.

En este sentido, la encuesta de Casablanca ha partido de una serie de cuestiones que pretenden medir la línea base del estado de salud para profundizar posteriormente en la representación social que comparten los jóvenes del barrio. Las cuestiones hacen referencia a un modelo biomédico orientado a la ausencia de enfermedad (si no padezco dolencias estoy sano), a la función de la salud (estoy sano porque no tengo limitaciones en el día a día) y emocional (estoy sano porque me siento bien).

De este modo, en la encuesta se ha empezado preguntando por los condicionantes objetivos de la salud necesarios para la supervivencia, abarcando cuestiones funcionales y adaptativas, para finalizar con aquellos interrogantes que entran de lleno en la definición personal de bienestar.

No obstante, la frontera entre estos términos se difumina, ya que el concepto que una persona puede inferir sobre su propia salud es tanto individual como social. No elaboramos nuestros juicios de valor ajenos a nuestro entorno familiar, laboral, residencial, etc. La calidad de vida relacionada con la salud presenta una vocación multidisciplinar, ya que es objeto de estudio tanto desde las ciencias de la salud como de las sociales y educativas.

3.1. WHOQOL-bref: tendencias principales

La selección del instrumento de medida de la calidad de vida en este trabajo, WHOQOL-bref, ha resultado coherente con esta consigna multidisciplinar. El cuestionario recoge en un número reducido de ítems cuatro grandes factores que trascienden una visión simplificada de la salud:

- La salud física como la percepción del estado físico o la interpretación que hace el individuo de sus posibles complicaciones de salud o la ausencia de las mismas.
- La dimensión psicológica que integra la valoración del individuo de su estado cognitivo y afectivo.
- El factor social que se refiere a la capacidad de relacionarse con los demás y disponer de un entorno de afecto y apoyo que propicie la convivencia. La satisfacción con las relaciones sociales es un recurso personal decisivo para la medida del bienestar. Pero en la interacción social de un individuo no solo se debe contemplar su esfera íntima y familiar, sino que es también importante considerar cómo valora la función que desempeña dentro de la sociedad y el sentido que le da a su propia existencia.
- La dimensión ambiental incorpora la valoración del lugar en el que se reside, su seguridad y posibilidades de transporte, el acceso a la información. No todas las zonas residenciales aportan la misma tranquilidad y calidad de vida a sus vecinos. Esta valoración también presenta su impacto en nuestra salud.

Las cuatro dimensiones se relacionan entre sí de un modo estadísticamente significativo. Por ejemplo, una evaluación positiva de la salud física se asocia a su vez, con una mejor valoración psicológica, de las relaciones sociales y de los aspectos ambientales del lugar en el que se reside.

Se trata además de un instrumento que presenta unas características interesantes de fiabilidad y validez. Cuenta con una breve historia pero un largo recorrido ya que se ha utilizado con diferentes muestras, de diferentes edades, condiciones físicas y en distintos países. En muestras con juventud también se ha utilizado para analizar la incidencia de diferentes temas como por ejemplo, los estudios sobre la violencia escolar de Cilga (2010). En nuestro trabajo se ha revelado como una herramienta de investigación interesante que permite el cruce de variables con otras medidas contempladas como las características demográficas, socioeconómicas, estilos de vida, fuentes de mejora de salud, pautas de ocio y tiempo libre, cuidado personal, etc.

Llama la atención el hecho de que con los resultados obtenidos con las variables de este instrumento se ha confirmado la tendencia según la cual las variables que predicen una mejor calidad de vida relacionada con la salud de los jóvenes (más cercana a los que tienen mayores ingresos y formación) son distintas a las que predicen una peor valoración de dicho constructo (ej. como la experiencia negativa con la propia salud, la escasez de horas de sueño, la falta de ejercicio físico, etc.). En el marco teórico se apuntaba la hipótesis de que el bienestar no tiene porqué contemplarse como una medida cuantitativa continua.

A partir de estos instrumentos y la multidimensionalidad de estos conceptos, la literatura científica también ha destinado buena parte de sus esfuerzos en analizar cuáles son las variables que mejor predicen la calidad de vida relacionada con la salud. La edad y el sexo son dos coordenadas básicas.

Aunque en los estudios desarrollados sobre este tema con jóvenes los resultados suelen ser positivos, en ellos encontramos que el colectivo juvenil dista mucho de constituir un grupo homogéneo. En el trabajo de Pitchler (2006) se observa cómo un 50% de los jóvenes entre 15 y 29 años de Dinamarca, Finlandia, Suecia y Noruega disfrutaban de una mejor calidad de vida que los adultos de sus países. Estos porcentajes van descendiendo en los jóvenes de Suiza, Austria (40%), y Alemania (31%).

En España, un 36% de los jóvenes declara tener bastante o buena calidad de vida, superando a la media europea en cuanto a felicidad, incluso en comparación con otros países con una mejor situación socioeconómica. También es cierto que dicha percepción viene además mediatizada por el hecho de que nuestros jóvenes tienden a pensar que ellos mismos son más felices que los demás.

En el estudio de Javaloy (2007) con jóvenes españoles, dicha felicidad parece depender fundamentalmente de las relaciones con la familia y los amigos. En nuestro estudio, curiosamente aquellos jóvenes que viven dentro de familias numerosas, puntuaron también más alto en calidad de vida.

En la investigación de Casablanca, la percepción de la calidad de vida relacionada de un modo específico con la salud, resulta positiva si se tiene en cuenta que los jóvenes entrevistados la consideran bastante buena o muy elevada (76,7%) frente al 23,3% que la percibe poco o no lo suficientemente satisfactoria. El 72,2% se considera bastante o totalmente contento. El 84,5% no necesita tratamiento médico. Un 85,3% se manifiestan satisfechos en cuanto al disfrute de la vida y un 75,5% le encuentran sentido. También es de destacar que los entrevistados que manifestaron “cuidarse” de una forma activa, tienden a percibir que su calidad de vida es mayor.

A partir de estas tendencias generales, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, dentro del mismo colectivo. Los entrevistados más jóvenes, (aquellos que tienen entre los 16 y 18 años) valoran de un modo más positivo su situación actual que los que están entre los 25 y los 29 años. Esta distancia puede interpretarse en términos de su ocupación principal ya que la mayoría están estudiando y no se han enfrentado al mercado laboral, viven protegidos en el seno familiar y su principal preocupación suele ser sentirse integrados en su contexto social. De hecho, también son los más jóvenes los que manifiestan estar más contentos con el apoyo de sus amigos.

También se constata con los resultados del barrio que chicos y chicas no evalúan su calidad de vida de manera similar. Los chicos comparten una mejor valoración de su seguridad ante la vida diaria, la aceptación de la apariencia física, la satisfacción con la capacidad de trabajo, la satisfacción con las relaciones personales y con uno mismo, también con la sensación de disponer de suficiente energía para la vida diaria y la disponibilidad de la información que necesitan. Las chicas manifiestan una mayor

frecuencia de dolores físicos, también de padecer sentimientos negativos y sentir más emociones negativas que sus compañeros (aburrimiento, tristeza, etc.).

El hecho de que las chicas encuestadas puntúen más bajo en todas las dimensiones analizadas es coherente con las tendencias internacionales. Por ejemplo, en la encuesta europea desarrollada en relación a los comportamientos saludables, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) del 2005/2006, se evidencian diferencias importantes en las tendencias de salud física y mental en cuanto al género.

La valoración negativa de las chicas puede explicarse en base a interpretaciones de diferente naturaleza. Herrero (1994) nos propone tres posibles modelos:

- Una primera interpretación desde una perspectiva biomédica considera que pese a que la mujer tiene una mayor esperanza de vida, sufre y padece más trastornos fisiológicos, especialmente de carácter crónico frente a una mayor propensión a la morbilidad aguda derivada de los hombres. La siniestralidad laboral y de tráfico es mayor entre los varones.
- Una segunda interpretación cultural se centra en las normas sociales diferenciales que se mantienen hoy en día en cuanto a la expresión de síntomas de debilidad y dolencia en función del género (en el hombre no está bien visto que se manifiesten públicamente dolores y lamentos). En las chicas, la expresión de este tipo de comunicaciones no supone un mayor problema y por lo tanto, compartirlo con los demás es mucho más frecuente.
- Desde una tercera postura más estructuralista, las chicas presentan una peor calidad de vida relacionada con la salud, como síntoma y reflejo de situaciones socioeconómicas y culturales injustas. Se encuentran expuestas a una situación de mayor estrés y presión para desempeñar multiplicidad de roles ej. Madre, amiga, trabajadora, educadora, etc. etc. En Casablanca, las chicas a pesar de presentar un mayor nivel de instrucción que sus compañeros, sufren un mayor índice de desempleo y discriminación salarial. La frustración a la que pueden llevar estas situaciones de injusticia nada tiene que ver con la calidad de vida.

El dato a interpretar y que nos coloca frente a la necesidad de una mayor denuncia social, es que estas mismas conclusiones se extrajeron de los resultados obtenidos con la percepción de la salud, la fuente de mejora y los cuidados de uno mismo y las diferencias de género en cuanto a los estilos de vida. Dicho esquema se repite en los diferentes temas que se han abordado en este estudio. La equidad de salud en cuanto a género dista mucho de ser una realidad. Lo preocupante es que estos resultados se den también de forma recurrente entre el colectivo juvenil.

En cuanto a la zona de residencia, también se observan diferencias significativas en relación a la vivencia de satisfacción. La mayor calidad de vida se encuentra en la zona de Fuentes Claras; en ella residen los jóvenes más satisfechos con el apoyo de sus amigos, con el lugar donde viven y con los aspectos ambientales de la zona de residencia. A esto se añade el hecho de que los jóvenes que residen en la zona más pudiente del barrio, piensan que tienen más oportunidades de realizar actividades de ocio y manifiestan disfrutar más de la vida.

La zona de clase media (Las Nieves), se ubica en un mejor lugar en cuanto a la percepción de la propia salud y la satisfacción con las necesidades personales que el centro histórico del barrio (Viñedo Viejo). A pesar de que el centro de salud se encuentra en Viñedo Viejo, los vecinos jóvenes que residen en esta zona los evalúan de un modo más insatisfactorio y tampoco están tan contentos con sus interacciones sociales.

Las diferencias encontradas entre los jóvenes de Casablanca en cuanto a su calidad de vida relacionada con la salud en función de la edad, el sexo y la zona de residencia, nos llevan a priorizar el impacto de las diferencias educativas y socioeconómicas encontradas entre los jóvenes del barrio.

Dichas tendencias son acordes con las que se han encontrado en otros estudios basados en los determinantes sociales de la salud. La propia Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud aporta evidencia empírica de cómo dichas condiciones repercuten directamente sobre la salud.

En Casablanca, el poder adquisitivo y la situación socioeconómica se relacionan directamente con algunos ítems analizados con el WHOQOL: Capacidad de desplazamiento, transporte, acceso a los recursos sanitarios, acceso a la información, seguridad ante la vida diaria, salubridad del ambiente físico, oportunidades de realizar actividades de ocio, satisfacción con el sueño, autoestima (valoración positiva de uno mismo), etc. (ver apartado de correlaciones significativas).

Si de estas variables tuviéramos que resaltar la que presenta un mayor peso estadístico (constante en los análisis de varianza, correlaciones y análisis de regresión) destacaría por su importancia el nivel educativo de los jóvenes. A mayor nivel de instrucción aumentan de forma simultánea tanto las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones contempladas de la calidad de vida (salud física, psicológica, social y ambiental), como la puntuación global en el instrumento.

El importante peso específico de la variable educación puede considerarse un puente entre las características socioeconómicas del individuo y su capital humano. Seguramente, un mayor nivel de estudios se relaciona en la muestra con un entorno familiar con más posibilidades económicas que pueden invertir en este tema. Sin embargo, no se debe obviar el papel que la formación tiene en el desarrollo de la persona. La educación nos permite ampliar nuestro mundo y nuestras posibilidades. Supone un ejercicio de enriquecimiento personal y social que se puede reflejar en el desarrollo de una mayor capacidad crítica y de adaptación en nuestra cotidianidad. La información es poder y en este caso, también capacidad de elegir.

Además, como educadores debemos dar un paso más y plantearnos la causalidad inversa: ¿en qué determinantes de nuestra salud y la calidad de vida repercute nuestra propia autoestima? La respuesta no es sencilla y requeriría un próximo estudio en profundidad. Un adelanto de los ítems del instrumento en los que desarrollar este estudio, consistiría en los siguientes: capacidad de concentración, energía para la vida cotidiana, capacidad para el trabajo, capacidad para realizar actividades, seguridad ante la vida diaria, satisfacción con las relaciones personales, satisfacción con la vida sexual,

satisfacción con el apoyo de los amigos, encontrar sentido a la vida, etc. (ver apartado de correlaciones significativas).

Estas variables que podríamos considerar dependientes de la persona y en cierto sentido, “educables” nos plantean nuevos interrogantes de investigación sobre la dirección de la interacción entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Si, como se expuso en el marco teórico de este trabajo, el bienestar se puede entender como una utopía, un estado y/o un proceso que nos define, el individuo, el joven y sus educadores tienen mucho que decir.

3.2. Nuevos retos y líneas de investigación

La autoestima se desarrolla desde la infancia y constituye un proceso de aprendizaje que no finaliza. Desde el entorno escolar y universitario puede ser fomentada. Desde el trabajo, pero también desde el ocio y el tiempo libre, el asociacionismo, etc. puede crecer y desarrollarse. En la lectura de la salud, también se constata que la autoestima nos hace más competentes para mejorar nuestra calidad de vida. A cuidarse y quererse también se aprende.

En el marco teórico, se apuntó cómo los programas preventivos más efectivos (ej. ante el consumo de drogas) son aquellos que promueven habilidades sociales y recursos personales que hacen a los individuos más resistentes a las presiones del entorno (Gómez, Luengo y Romero, 2003).

La necesidad de profundizar sobre las tendencias juveniles en relación a los comportamientos saludables, se puede extrapolar a factores como: el desarrollo de la identidad, la influencia de los contextos familiares, educativos, de los iguales y de los procesos de socialización diferenciales entre chicos y chicas.

En este sentido, la educación para la salud y la igualdad no son asignaturas superadas. Aún hoy, chicos y chicas difieren en su percepción de la calidad de vida y en los ámbitos en los que focalizan su felicidad. En el estudio de Javaloy (2007) cuando a los jóvenes se les preguntó qué era lo que les hacía felices y o qué significaba para ellos “triunfar en la vida”, los chicos priorizaron en sus respuestas, el trabajo con respecto a la familia. Sus fuentes principales de satisfacción se encontraban en el trabajo y en el tiempo libre. Las chicas relacionaron estas cuestiones con el estudio, las relaciones de pareja y la vida sexual. Para ellas, la familia seguía siendo prioritaria a la ocupación laboral.

Estas cuestiones nos plantean la necesidad de propiciar un cambio social no sólo desde los condicionantes objetivos (que lógicamente requieren una mayor sensibilidad y denuncia social) sino también en cuanto a la formación de nuestra subjetividad. Javaloy (2007: 18), catedrático de psicología social de la Universidad de Barcelona, lo plantea con claridad: “la psicología exige que se añada a su estudio la medida del bienestar subjetivo o felicidad, porque de poco sirve que las personas sean más ricas si no son también más felices”.

El mismo autor, en un estudio sobre la felicidad en los jóvenes españoles, encontraba que aquellos que son felices tienden a desarrollar personalidades con mayor asertividad, con mayor control del entorno, le atribuyen más sentido a la vida y son más optimistas y

emocionalmente estables. Los optimistas están satisfechos con su salud y creen que triunfar es desarrollar sus potencialidades. La expresividad emocional, la alta autoestima y la confianza en los otros se asocia directamente con la felicidad. La mayoría coincide en que para que un individuo sea feliz necesita desarrollarse como persona.

La educación para el bienestar y la felicidad, lejos de hacernos más hedonistas y egoístas, nos lleva a una situación de mayor receptividad y tolerancia hacia los demás. A su vez, las relaciones sociales positivas, repercuten en nuestra calidad de vida y nos hacen querernos y cuidarnos más.

Estudiar la calidad de vida relacionada con la salud de la juventud no consiste sólo en recoger las pautas epidemiológicas de la población y sus comportamientos de riesgo. En nuestro trabajo, la puntuación global obtenida con el WHOQOL se correlacionaba de un modo estadísticamente significativo con un buen número de variables que podríamos considerar de interacción social: el sentido de la vida, la seguridad ante la vida diaria, la salubridad del ambiente físico, la disponibilidad de suficiente dinero e información para vivir, la aceptación de la apariencia física, la ocasión de desarrollar actividades de ocio, la capacidad de desplazamiento, la habilidad para realizar actividades, la capacidad de trabajo, la satisfacción con las relaciones personales y con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios.

Una asignatura pendiente en relación a la prioridad del análisis de las relaciones sociales y su impacto en el bienestar, es el análisis psicosocial de los jóvenes dentro de su comunidad. Para los jóvenes entrevistados, la esfera social es parte indisoluble de sus posibilidades de desarrollo y progreso. Internet y otros medios de comunicación permiten a nuestros jóvenes interactuar con personas distantes y ampliar su horizonte residencial. No cabe duda de que la tecnología con la que están familiarizados expande y enriquece sus posibilidades de comunicación.

Sin embargo, con frecuencia se olvida que la esfera social cotidiana también presenta un componente de inmediatez y territorio. ¿Qué papel ocupan los jóvenes en el barrio?, ¿cómo participan en las dinámicas comunitarias?

En nuestro estudio hemos abordado el tema del asociacionismo. Se ha contemplado como un indicador de la disposición de los jóvenes a colaborar altruistamente en beneficio de la comunidad. Los jóvenes de Casablanca, al igual que los jóvenes españoles no se caracterizan precisamente por sus elevadas tasas de afiliación asociativa. ¿A qué se debe esta carencia?, ¿déficit democrático?, ¿falta de modelos adultos?, ¿crisis institucional?, ¿nuevos cauces de participación?

A menudo, cuando se les pregunta a los jóvenes que optan por ser voluntarios, una razón subyacente importante es la búsqueda de un tipo de ocio y de nuevas amistades. Es tan importante lo que se hace como tener claro por qué se hace. Recuérdese que en el trabajo de Javaloy (2007), los jóvenes españoles partían de una visión positiva del mundo y de sus relaciones, pero no se pronunciaban a la hora de valorar si dicho mundo es justo o injusto. Aquellos que respondieron que el mundo “está bien como está” tienden a estar satisfechos con su familia y a compartir una ideología conservadora.

En Aragón, el estudio de Sanz, Navarrete y Pac (2007) también nos induce a pensar en una cierta apatía social, ya que de igual manera que sucede en Casablanca, la asistencia a eventos culturales como teatros o museos y la lectura de periódicos, revistas o libros en el tiempo libre, es muy minoritaria. No obstante, a la hora de evaluar la implicación social de los jóvenes en su comunidad y su contexto político, económico y social, existen además otras formas de participación de mayor repercusión, que no pueden omitirse; los jóvenes han sido agentes activos de numerosos movimientos sociales recientemente, tomando como ejemplo y referencia el 15 M.

A esto debemos añadir el hecho de que la conducta de compromiso comunitario puede estar también implícita en comportamientos no formalizados como la ayuda espontánea al vecino o conductas cívicas como el reciclaje responsable, etc. El capital social de los jóvenes se desarrolla a partir de los contactos sociales, del apoyo brindado por su sistema familiar y del acceso equitativo a los recursos formales. Sabemos poco de los procesos que les llevan a una mayor implicación social.

Por tanto, en nuestro trabajo, el análisis del asociacionismo se queda corto en la evaluación de la influencia que tienen los jóvenes en su territorio. El estudio de esta cuestión debería enriquecerse con otras preguntas explícitas y relativas a qué piensan y cómo se sienten en su lugar de residencia, qué pautas de encuentro establecen, de qué depende su sentimiento de pertenencia e integración a la comunidad, qué repercusión consideran que tiene lo que hacen y/o qué se podría hacer para mejorar dicho contexto.

Creemos que una de las fortalezas de esta tesis reside precisamente en que parte del análisis de una unidad territorial definida. A menudo, los estudios de juventud establecen sus muestras a partir de su adscripción a instituciones educativas como el instituto y la universidad. ¿Son estos jóvenes estudiantes representativos de la población en general?, Es cierto que el concepto de barrio y comunidad en nuestros días ha cambiado mucho. Pero el que nuestras zonas residenciales cada vez sean más individualistas y deshumanizadas, dependientes de un vehículo y aisladas, lejos de quitarle vigencia al tema, lo coloca en un primer plano si queremos hacer una definición realista de lo que entendemos por bienestar cotidiano.

Calidad de vida relacionada con la salud también es poder pasear, poder comunicarse con el vecino, residir en un entorno donde se pueda disfrutar mínimamente de la naturaleza, donde uno pueda hacer algo más que reponer sus necesidades básicas. Nuestra salud y bienestar se dirime también en la esfera de la comunidad (Takano, 1996). ¿Lo entienden así nuestros jóvenes? Esta cuestión nos remite a su vez, a la polémica educación para la ciudadanía y a la importancia de la participación social. ¿Qué patrimonio cívico legamos a nuestros jóvenes, si de niños no pueden ni siquiera jugar en las calles? (seguramente porque donde empezamos a residir, este concepto de “calle” no existe).

Al igual que estas cuestiones “espaciales” requerirían un análisis más exhaustivo en el futuro, la variable tiempo también resulta muy interesante a contemplar en próximos proyectos. Esta tesis ha optado por un estudio descriptivo en una única medida. Es evidente que nuestros jóvenes crecerán y con ellos cambiará su calidad de vida. Un estudio longitudinal de estas cuestiones nos permitiría obtener información muy valiosa acerca de qué variables son más importantes a la hora de priorizar nuestras intervenciones educativas y sociales.

Del mismo modo, el sistema de recogida de datos de esta investigación, basado en un cuestionario, puede conducir a sesgos de respuesta entre los jóvenes pertenecientes a distintos grupos socioeconómicos (debido a la deseabilidad social). En este caso, podrían complementarse estos datos con otros obtenidos por otros agentes sociales como los servicios sociales o los centros educativos y de ocio y tiempo libre.

En esta línea, se ha iniciado de manera paralela a este trabajo el desarrollo de grupos de discusión, que permiten obtener una información más abierta. El tratamiento de los datos desde una metodología cualitativa, sin duda, complementará y arrojará nuevas luces a los datos cuantitativos que se están manejando aquí.

La propia definición de la salud es esquiva a una consideración simplista de sus determinantes objetivos y subjetivos; incluso en la valoración de la condición física del individuo, las medidas biomédicas deben complementarse con la información aportada por el individuo en relación a su cotidianidad, independencia funcional, satisfacción, incapacitación, etc. Reivindicar el factor psicosocial en la definición de estos temas, implica considerar el valor predictivo que presentan nuestras creencias, actitudes y atribuciones en relación a las conductas de salud y enfermedad. Profundizar en esta línea de investigación nos permitiría entender mejor el escaso uso que los jóvenes hacen de los servicios sanitarios, la tendencia a adaptar el tratamiento médico a sus propias necesidades, o la asunción de comportamientos de riesgo para su salud.

En consonancia con los trabajos realizados por la Comisión de los Determinantes Sociales o la Comisión para la Equidad en Salud de la OMS, también sería conveniente detectar con este tipo de estudios, cuáles son los colectivos vulnerables dentro de este grupo en relación con los estilos de vida: ej. sedentarismo, alcoholismo, estrés, trastornos de alimentación y con situaciones de desprotección social como el desempleo o el acceso a la vivienda. La importancia de reconocer estos grupos es fundamental para reducir las desigualdades sociales y mejorar su salud.

En un futuro, se plantea la posibilidad de seguir estudiando la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los jóvenes, en relación a otros colectivos como la población de adultos y personas mayores. Esta comparativa nos aporta información relevante sobre cómo dicha evaluación cambia a lo largo del ciclo vital. Sabemos por otras investigaciones que por ejemplo en la tercera edad adquiere un peso mucho más específico la importancia de la autonomía y de la independencia funcional.

El conocimiento de estas prioridades diferenciales puede ser de gran ayuda en la elaboración de programas específicos de intervención y prevención. En ese sentido, uno de los fines de esta tesis es que mejore la calidad de vida en el barrio a través de sus correspondientes políticas educativas (ej. educación para la salud, para la autoestima, habilidades sociales) sanitarias (ej. planificación familiar, acceso a los recursos sanitarios, campañas de ejercicio físico, etc.) comunitarias (ej. participación comunitaria, desarrollo de programas de ocio y tiempo libre), sociales (ej. orientación formativa y laboral, igualdad de oportunidades).

La investigación psicosocial no es ajena al compromiso social. El análisis de las desigualdades desde el enfoque psicosocial, adopta un rol fundamental, si tenemos en

CONCLUSIONES

cuenta que el sedentarismo, la escasa o excesiva nutrición, el excesivo consumo de alcohol y tabaco y el estrés, no son hábitos que los jóvenes “viven” de forma individual y aislada, sino que los comparten con su pareja, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y familiares, al relacionarse a diario con su entorno. Son comportamientos que no se dan en un vacío social; se reproducen en un contexto comunitario. No todos nacemos con las mismas oportunidades para la salud y el bienestar.

Los profesionales de lo psicosocial por lo tanto, tenemos que aunar esfuerzos y poner en práctica estas estrategias de intervención y sensibilización desde la multisectorialidad y la transversalidad. Hemos de ser primero conscientes de nuestro nivel de conocimiento y competencias, ya que el primer paso para la prevención y el cambio es tener la información. Trabajar con jóvenes requiere de una dosis extra de energía, motivación y determinación. La necesidad de esta sinergia entre profesionales y agentes sociales requiere el asumir dichas responsabilidades desde lo individual, lo profesional y lo institucional.

El bienestar individual y el social se encuentran interrelacionados y se reflejan tanto en el comportamiento como en los valores sociales del individuo. Por eso, los resultados de este trabajo nos obligan a reflexionar sobre cuál es el rol del educador en una época marcada por la crisis y la incertidumbre. Y además a repensar, reinventar, rehacer, de manera urgente, el valor de la utopía del bienestar y la equidad, que hemos de saber graduar para que nuestros jóvenes y por tanto también nosotros mismos, estemos más próximos a su alcance.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, D. and Ferres, S. (1986). Reading strategies for children and adults. A quantitative model. *Psychological Review*, 93 (1), 89-112.
- Aguinaga, J., Orizo, F., Espinosa, A. y Ochaita, E. (2003). *Jóvenes y estilo de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid: Instituto de la Juventud Española y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Aichhorn, A. (2006). *Juventud desamparada*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Alguacil, J. (1999). La calidad de vida como marco relacional para el desarrollo de los derechos humanos y constitucionales. *Documentación social*, 114, 143-166.
- Allardt, E. (1997). Minorities: The new Europe's old issue. *Ethnic and Racial Studies*, 20 (2), 416-418.
- Allport, G. W. (1985). The historical background of social psychology. In G. Lindzey and E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology*. New York: McGraw Hill.
- Alonso, L. (1999). *Trabajo y ciudadanía. Estudios sobre la crisis de la sociedad salarial*. Madrid: Trotta.
- Altman, D. (2001). Systematic reviews in health care. Systematic reviews of evaluations of prognostic variables. *British Medical Journal*, 323 (7306), 224-228.
- Anand, V. (2004). Goddess Amba unwelcome in Edison. New Jersey. Report of a town's xenophonic conflation of race and religion. *Democracy and Religion: free exercise and diverse visions*, 3, 282-292.
- Andrews, F. and Withey, S. (1974). Developing measures of perceived life quality. Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1 (1), 1-26.
- Angel, R. and Thoits, P. (1987). The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture Medicine and Psychiatry*, 11 (4), 465-494.
- Angulo, J. (2008). Proposal for a method of demographical analysis in the emancipation of the youth. *Scripta nova-Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, 12 (266), 1-13.
- Arbesú, A. y Fabregoul, B. (1993). *Vocabulario de Psicología*. Madrid: Akal.
- Archer, J. (1992). Campus in crisis. Coping with fear and panic related to serial murder. *Journal of counselling and development*, 71 (1), 96-100.
- Aróstegui, I. (1998). Atte, O. (1992). *Indigenous local knowledge as a key to local level development: possibilities, constraints and planning issues*. Ames: Iowa State University.
- Asensio, J. (1987). Maduración biológica y aptitudes cognitivas. *Educación*, 12, 109-124.
- Atte, O. (1992). *Indigenous local knowledge as a key to local level development: possibilities, constraints and planning issues*. Ames: Iowa State University.
- Austin, J. and Vancouver, J. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120 (3), 338-375.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ayllon, S. (2009). Poverty and living arrangements among youth in Spain, 1980-2005. *Demographic Research*, 20 (17), 403-434.
- Backmann, M., London, L. and Barron, P. (1996). Infant mortality rate inequalities in the Western Cape province of South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 25, 966-972.
- Bandura, A. (1997). The anatomy of stages of change. *American journal of health promotion*, 12 (1), 8-10.

- Bankston, C. and Zhou, M. (2002). Social capital as process: The meanings and problems of a theoretical metaphor. *Sociological Inquiry*, 72 (2), 285-317.
- Barnett, E., Strogatz, D., Armstrong, D. and Wing, S. (1996). Urbanization and coronary heart disease mortality among African Americans in the US south. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 252-257.
- Barriga, S. (1988). Salud y diseño arquitectónico: elementos de psicología ambiental de la salud. *Jornadas de psicología ambiental*, 1, 371-376.
- Barriga, S. (2009). Iguales y diferentes: arriesgados retos para la convivencia en la diversidad, XI Congreso Nacional de Psicología Social, *Análisis multidimensional del riesgo: reto actual del bienestar*, 1-21.
- Barriga, S. y Trujillo, I. (2004). Los servicios sociosanitarios en la sociedad de bienestar. *Revista andaluza de Ciencias Sociales*, 4, 11-30.
- Bech, P. (1993). Health related quality of life. *Annals of Medicine*, 25 (2), 103-104.
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health-status, and clinical research. *Medical Care*, 27 (3), S148-S156.
- Best, C. and Cummins, R. (2000). The quality of rural and metropolitan life. *Australian Journal of Psychology*, 52 (2), 69-74.
- Bevans, K., Riley, A. and Forrest, C. (2010). Development of the Healthy Pathways Child-Report Scales. *Quality of Life Research*, 19, 1195-1214.
- Bjørnskov, C. (2003). The happy few: Cross-country evidence on social capital and life satisfaction. *Kyklos*, 56, 3-16.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005a). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 16, 448-455.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005b). El bienestar social. *Psicología social y problemas sociales*, 4, 553-560.
- Borrell, C. y Benach, J. (2008). Trends in socioeconomic mortality inequalities in a southern European urban setting at the turn of the 21st century. *Journal of Epidemiology and Community*, 62 (3), 258-266.
- Borthwich-Duffy, S. (1992). *Quality of life and quality of care in mental retardation*. Berlin: Rowitz.
- Botvin, G. and Tortu, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In J.A. Gómez, A. Luengo, y E. Romero (2003). Drug-abuse prevention in the school: Four-year follow up of a programme. *Psychology in Spain*, 7, 29-38.
- Botvin, G., Griffin, K., Díaz, T., Scheie, L., Williams, C. and Epstein, J. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: Long term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors*, 25, 769-774.
- Bradburn, N. (1969). Working wives and marriage happiness. *American Journal of Sociology*, 74 (4), 392-407.
- Broch, J. (1993). ¿Cómo revisamos los textos? *Cuaderno de psicología*, 216, 85-86.
- Brülde, B. (2007). Mental Disorder and Values. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 14 (2), 93-102.
- Bryant, F. and Marquez, J. (1986). Educational status and the structure of subjective well-being in men and women. *Social Psychology Quarterly*, 49 (2), 142-153.
- Bullinger, M. y Ravens-Sieberer, U. (1997). Cuestionario KINDL. En M.A. Verdugo y E.N. Sabeh (2002). Evaluación de la percepción de la calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14, 86-91.
- Bundesjugendvertretung (2005) WAL (16) Geht zu den Wahlen.

- Burström, K., Johannesson, M. and Rehnberg, C. (2007). Deteriorating health status in Stockholm 1998-2002: results from repeated population surveys using the EQ-5D. *Quality of Life Research*, 16, 1547-1553.
- Cabañero, M. J. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16 (3), 448-455.
- Campbell, C. (2000). Social capital and health: Contextualising health promotion within local community networks. In C.Campbell and S.Jovcheovitch (Eds.). Health community and development: towards a social psychology of participation. *Journal of Community Applied Social Psychology*, 10, 225-270.
- Campbell, C., Wood, R. and Kelly, M. (1999). Social capital and health. London: *Health Education Authority*.
- Cantera, L. (2004). Aproximación empírica a la agenda oculta en el campo de la violencia en la pareja. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 13 (2), 219-230.
- Cantor, C. (1992). Issues of suicide prevention. You cannot counsel the dead. *Preventing Youth Suicide*, 13, 183-195.
- Cantor, N., Norem, J. and Brower, A. (1987). Life tasks and cognitive strategies in a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1178-1191.
- Casas, J. (1993). Beyond questions and discussions, there is a need for action. A response. *Counseling psychologist*, 21 (2), 233-239.
- Castel, R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Cuadernos de crítica de la cultura*, 21, 27-36.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (1997). *Estudio CIS 2442*, 41, Madrid: CIS.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2002). *Estudio CIS 1703*, 29, Madrid: CIS.
- Cervone, D. and Shoda, Y. (1999). Social-cognitive theories and the coherence of personality. In D. Cervone and Y. Soda (Eds.). *The coherence of personality: Social-cognitive bases of consistency, variability and organization* (pp. 3-33). New York: Guilford Press.
- Cheng, T. (1989). Urbanization and minor psychiatric morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 309-316.
- Cicognani, E. and Zani, B. (2010). An instrument for measuring parents' perceptions of conflict style with adolescents: The "When We Disagree" scales. *European Journal of Developmental Psychology*, 7 (3), 390-400.
- Cilga, I. (2010). Research on Students' quality of life and risky living conditions. *Egitim arastirmalari Eurasian Journal of Educational Research*, 10 (38), 55-70.
- Cisneros, M.P. (2004). Análisis sociológico de la juventud española actual. *Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo*, 14, 7-20.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120.
- Coleman, J. (1990). *Foundations of Social Theory*. England: Harvard University Press.
- Comas, D., Aguinaga, J., Orizo, F., Espinosa, A. y Ochaita, E. (2003). *Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid: Instituto de la Juventud Española y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Contreras, R. (1993). High NaCl intake of rat dams alters maternal-behavior and elevates blood-pressure of adult offspring. *American Journal of Psysiology*, 264 (2), R296-R304.
- Costa, P. y Mc Crae, R.R. (1980). Influencia de la extraversión y neuroticismo en el bienestar subjetivo: la gente feliz e infeliz. *Diario de la Personalidad y Psicología Social*, 38 (4), 668-678.
- Costa, P. and Mc Crae, R.R. (1984). Personality as a life-long determinant of

- psychological well-being. In C. Malatesta and C. Izard (Eds.). *Affective processes in adult development and aging*. Beverly Hills: Sage Publicatins.
- Costa, P. and Mc Crae, R.R. (1985). Hypochondrias, neuroticism and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40, 19-28.
- Costa, P. and Mc Crae, R.R. (1998). Six approaches to the explication of facet-level traits: Example from conscientiousness. *European journal of Personality*, 12, 117-134.
- Costanza, R. (2007). *Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being*. New York: Ecological economics.
- Coulter, J. (1996). Human practices and the observability of the macrosocial. *Zeitschrift fur Soziologie*, 25 (5), 337-345.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637-646.
- Criado, M. E. (1998). *Producir la juventud*. Madrid: ISTMO.
- Cummins, D. (1997). Rationality in reasoning. The problem of deductive competente. Commentary. *Cahiers de psychologie. Current Psychology of Cognition*, 16 (1-2), 78-86.
- Cummins, R. y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva, *Intervención Psicosocial*, 9 (2), 185-198.
- Cumming, S.P., Standage, M., Gillison, F.B. and Dompier, T. P. (2009). Biological maturity status, body size, and exercise behaviour in British youth: A pilot study. *Journal of Sports Science*. 27 (7), 677-686.
- Cummins, S. (1999). Health and illness in a changing society. *Sociology. The journal of the British Sociological Association*, 33 (1), 207-208.
- Del Rey Calero, J. (2006). Cambio demográfico y gestión de salud. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 1, 153-174.
- Díaz Morales, J. y Sánchez-López, M^a (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de psicología*, 17 (2), 151-158.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., Suh, M., Lucas, E. and Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Dumont, J. (1983). Project health care at Bellevue Hospital. *Urban Health*, 12 (3), 45-48.
- Durkin, J. (2000). Measuring social capital and its economic impact. *Working Paper University of Chicago*.
- Elzo, J. (2009). ¿Son los jóvenes españoles diferentes?: comparación de algunos valores de los jóvenes españoles con los de los jóvenes europeos. *Cuadernos del Mediterráneo*, 11, 239-244.
- Emmons, L. (1986). Food procurement and the nutritional adequacy of diets in low-income families. *Journal of the American dietetic association*, 86 (12), 1684-1693.
- Emmons, R. (1995). Levels and domains in personality. An introduction. *Journal of Personality*, 63 (3), 341-364.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Erikson, R. (1996). Preface. *European Sociological Review*, 12 (2), U4-U4.
- Esnaola, I. (2005). Desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia y principio de la juventud. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58 (2), 265-277.
- Estradé, A., Flaquer, L., Font, J., Padilla, J., Salvadó, A., Roque, M.A. y Torralba, F. (2002). *Joves i Valors. Els joves catalans en l'enquesta europea de valors*. Madrid:

Injuve.

- Fayers, P. and Jones, D. (1983). Measuring and analysing quality of life in cancer clinical trials: a review. *Statistics in Medicine*, 2 (4), 429-446.
- Federación de Asociaciones de Vecinos (1981). *Zaragoza barrio a barrio: Casco Viejo, Casablanca*. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza.
- Ferrado, M. (2008). La desigualdad también mata en países de Occidente - Los estudios desvelan graves contrastes en esperanza de vida en una misma ciudad, *El País*, 13/11/2008.
- Ferrel, B., Wisdom, C. and Wenzl, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*, 63, 2321-2327.
- Ferrence, R. (2001). Diffusion theory and drug use. *Addiction*, 96, 165-173.
- Freeman, M.A., Henessy, E.V. and Marzullo, D.M. (2001). Defensive evaluation of antismoking messages among college age smokers. The role of possible selves. *Health Psychology*, 20, 424-433.
- Frey, B. and Stutzer, A. (2002). *Happiness and Economics*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Friedman, J. (2002). Effective health risk messages: A step by step guide. *Journal of American College Health*, 50 (6), 315-316.
- Fukuyama, M. (1999). Personal narrative: Growing up biracial. *Journal of Counseling and Development*, 77 (1), 12-14.
- Gallego, E. y Gandara, J. de la (2008). Hikikomori y tumbados. Un análisis literario y social sobre la conducta patológica de aislamiento social. *Psiquiatría*, 12 (4), 56-79.
- Gallie, D. and Paugman, S. (2000). The experience of unemployment in Europe: The debate. In D. Gallie and S. Paugman. *Welfare Regimes and the Experience of Unemployment in Europe*. Oxford: Oxford University Press.
- García Ferrando, M. (1992). *Socioestadística: Introducción a la estadística en sociología*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- García Viniegras, C. y González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 586-592.
- Garrido, J. (2001). *Proceso histórico y socioeconómico del barrio de Casablanca*. Zaragoza: Graficas Mola.
- Garrido, V. (1995). A model for the treatment of young offenders in Spain: Searching for effectiveness. *Psychology, Law and Criminal Justice*, 478-484.
- Gastón, E., Casajus, L., Castillo, M., Dalmasso, E., Gastón, D., Pueyo, C. y De Simon, E. (2002). *La juventud aragonesa a principios del siglo XXI*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Gobierno de Aragón y Elegido Editorial.
- Ghazarian, S. and Buehler, C. (2010). Interparental conflict and academic achievement: An examination of mediating and moderating factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 39 (1), 23-25.
- Giannakopoulos, G., Dimitrakaki, C., Pedeli, X., Kolaitis, G., Rotsika, V., Ravens-Sieberer, U. and Tountas, Y. (2009). *Adolescents' wellbeing and functioning: Relationships with parents' subjective general physical and mental health*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 1-9.
- Gil-Lacruz, A.I. (2004). *Análisis económico del consumo de alcohol entre los jóvenes: capital humano, capital social y bienestar*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.
- Gil-Lacruz, A.I. y Aguado Aguaron, E. (2004). *Análisis económico y social del precio de la vivienda en Aragón. ¿Existe burbuja especulativa?*. Dirección General de Consumo. Gobierno de Aragón.
- Gil-Lacruz, A.I. y Gil-Lacruz, M. (2004). La edad mínima de venta de bebidas

- alcohólicas como instrumento para frenar el consumo de alcohol en los adolescentes españoles. *Revista de Gestión Pública y Privada*, 9.
- Gil-Lacruz, A.I. y Gil-Lacruz, M. (2007). Percepción de la salud según sexo y edad. *Revista de Ciencias Sociales*, 117-118, 183-195.
- Gil-Lacruz, M. (2000). *Salud y fuentes de apoyo social. Análisis de una comunidad*. Madrid: Centro de Investigación Sociológica.
- Gil-Lacruz, M. (2002). Sistema Sanitario y Comunidad. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.
- Gil-Lacruz, M. (2007a). *Psicología social y bienestar: una aproximación interdisciplinar*. Zaragoza: Prensas Universitarias.
- Gil-Lacruz, M. (2007b). *Psicología social: un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias.
- Gil-Lacruz, M. (2010). European Youth and Mental Health: Tendencias and challenges from an international perspective. In T. Miyanishi (ed.). *Look at social withdrawal from a transcultural viewpoint* (pp. 58-71). Wakayama: Asahi.
- Gil-Lacruz, M. y Gil-Lacruz, A. (2006a). Del capital humano al capital social: estrategias de prevención del consumo de alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 31 (1), 79-92.
- Gil-Lacruz, M. y Gil-Lacruz, A. (2006b). Capital humano y capital social, implicaciones en el crecimiento económico. *Serie Economía y Sociología. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 61, 93-104.
- Gil-Lacruz, M., Laborda, N., García, M.A. y Pardos, M. (1993). *Casablanca: aproximación a los fenómenos de marginación*. Zaragoza: Servicio de inserción y normalización social, Gobierno de Aragón.
- Gil Villa, F. (2007). *Juventud a la deriva*. Barcelona: Edición Ariel.
- Gillis, L., Welman, M., Kock, A. and Joyi, M. (1991). Psychological distress and depression in urbanizing elderly black persons. *South African Medical Journal*, 79, 490-495.
- Glaser, B.G. and Strauss, A.L. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for Qualitative Research. En A.V. Casasempere (2005). *Curso introductorio de Atlas.ti*. Alcoy: Material Reprografiado.
- Gobierno de Aragón (1994). *Aproximación psicosocial al barrio de Casablanca*. Zaragoza: Departamento de Bienestar Social.
- Gobierno de Aragón (1997). *Educación para la Salud. Conceptos y bases para el desarrollo de programas*. Zaragoza: Departamento de Sanidad.
- Godin, G. and Shephard, R. (1985). A simple method to access exercise behaviour in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 10, 141-146.
- Gómez, J.A., Luengo, A., and Romero, E. (2003). Drug-abuse prevention in the school: Four-year follow up of a programme. *Psychology in Spain*, 7 (1), 29-38.
- Gong-Guy, E. y Hammen, C.L. (1980). Causal perceptions of stressful life events in depressed and non depressed outpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 662-669.
- Goodinson, S. y Singleton, J. (1989). Quality of life. A critical. Review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, 28 (4), 327-341.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *Apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Gradstein, A. and Justman, M. (2000). Education, social cohesión and economic growth. *American Economic*, 92 (4), 1192-1204.
- Greden, J. (2001). The burden of recurrent depression: causes consequences, and future prospects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 22), 5-9.

- Grilló, E. (2002). *Zaragoza barrio a barrio, veinte años después*. Zaragoza: IberCaja, Departamento Obra Social y Cultural.
- Guyatt, G.H. (1989). Specific and generic measures of the quality of life. *CMAJ*, *140*, 1441-8.
- Haes, J. and Van Knippenberg's, F. (1985). The quality of life of cancer patients: A review of the literatura. In N. K. Aronson and J. Beckmann (eds.). *The quality of life of cancer patients*. New York: Raven press.
- Hayes, K. and Ross, L. (1996). Measuring changes in multiproduct market structure: An application to US airlines. *Review of industrial organization*, *11* (4), 493, 509.
- Hemmeter, J. and Gilby, E. (2009). The age 18 redetermination and postredetermination participation in SSI. *Social Security Bulletin*, *69* (4), 1-25.
- Hernán, M., Ramos M. y Fernández, A. (2002). *Salud y juventud*. Madrid: Consejo de la Juventud de España.
- Herrero, J. (1994). Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social. *Tesis doctoral*. Facultad de psicología. Universitat de Valencia.
- Herrero, J. (2004). Online social participation. *Psicothema*, *16* (3), 456-460.
- Higgins, E. (1987). Self-discrepancy. A theory relating self and affect. *Psychological Review*, *94* (3), 319-340.
- Hofferth, S. (1982). Research results of the national day-care study. *Contemporary sociology. A journal of reviews*, *11* (1), 64-65.
- Instituto de la Juventud Española (2004). *Informe sobre la juventud española*. Madrid: Instituto de la Juventud, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2002). *Familia y reparto de responsabilidades*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Islam, M., Ali, M., Ferroni, P., Underwood, P. and Alam, M.F. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in an urban community in Bangladesh. *General Hospital Psychiatry*, *25* (5), 353-357.
- Italian Studies on Respiratory Disorders in Childhood and the Environment (SIDRIA) (1997). Asthma and respiratory symptoms in 6-7 years old Italian children: Gender, latitude, urbanization and socioeconomic factors. *European Respiratory Journal*, *10* (8), 1780-1786.
- Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, A., Kato, S., Wakai, S. and Kurita, H. (2006). Mental Health, quality of life, and nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: Comparison between an urban slum and a non-slum area. *Social Science and Medicine*, *63*, 1477-1488.
- Javaloy, F. (2007). *Bienestar y felicidad de la juventud española*. Barcelona: Injuve.
- Jörngården, A., Wettergen, L. and Von Essen, L. (2006). Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and Quality of Life Outcomes*, *4*, 1-10.
- Jung, D. (1999). Adaptative self-regulation: meeting others' expectations of leadership and performance. *The Journal of Social Psychology*, *142* (2), 211-232.
- Kaufman, J., Owoaje, E., James, S., Rotimi, C. and Cooper, R. (1996). Determinants of hypertension in West Africa: Contribution of anthropometric and dietary factors to

- urban-rural and socioeconomic gradients. *American Journal of Epidemiology*, 143, 1203-1218.
- Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K. and Prothrowstith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 87 (9), 1491-1498.
- Keyes, C. (1998). Social well being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.
- Keyes, C. and Shapiro, A. (en prensa). Social well-being in the United States: a descriptive epidemiology. In O. Brim, C. Ryff and R. Kessler (eds.): *Midlife in the United States*. Chicago. University of Chicago Press.
- Kristjansdottir, J., Sundelin, C. and Naessen, T. (2009). Health related self-assessed quality of life in young people at a youth centre in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (3), 465-472.
- Kuate Defo, B. (1996). Areal and socioeconomic differential in infant and child mortality in Cameroon. *Social Science and Medicine*, 42, 399-420.
- Layand, R. (2005). *La felicidad: lecciones de una nueva ciencia*. México: Taurus ediciones.
- Lee, V. and Croninger, R. (2001). The elements of social capital in the context of six high schools. *Journal of Socio-Economics*, 30, 165-167.
- Leigh, J. and Fries, J. (1994). Education, gender, and the compression of morbidity. *International Journal of Aging and Human Development*, 3 (39), 233-246.
- Lester, D., Battuello, M., Innamorati, M., Falcone, I., De Simoni, E., Del Bono, S.D., Tatarelli, R. and Pompili, M. (2010). Participation in sports activities and suicide prevention. *International Journal of Sports Psychology*. 41 (1), 58-72.
- Li, K., Kay, N. and Nokkaew, N. (2008). The performance of the World Health Organization's WHOQOL-BREF in Assessing of Quality of Life of Thai College Students. *Social Indicators Research*, 90, 489-501.
- Little, S. (1999). Achievement motivation profile. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 17 (1), 90-94.
- Logroño, S. (2006). Elementos para una re-visión del desarrollo humano y social: del progreso a la satisfacción con la vida. *Pensamiento Psicológico*, 2 (6), 2006, 115-135.
- Lomas, J. (1998). Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science and Medicine*, 47 (9), 1181-1188.
- López, A., Mathers, C., Ezzati, M., Jamison, D. and Murray, C. (2006). Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors. In A. López, C. Mathers, M. Ezzati, D. Jamison y C. Murray (eds.). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York: Oxford University Press.
- López Garrido, D. (1995). Hacia una nueva etapa de la democracia española. *Revista de Documentación Social*, 99-100, 106-121.
- Loury, G. (1977). A dynamic theory of racial income difference. In P. Wallace and A. Lemund (eds.). *Women, minorities and employment discrimination*. Lexington (Massachusetts): Lexington books.
- Lovik, M., Dybing, E. and Smith, E. (1996). Environmental chemicals and respiratory hypertension: A synopsis. *Toxicology Letters*, 86, 211-222.
- Lucas, J. (1998). Leadership status, gender, group size and emotion in face to face

- group. *Sociological Perspectives*, 41 (3), 617-637.
- Lucas, R. y Salva, A. (2007) (dirs.). *Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya*. Barcelona: Fundacio Viure i Conviure.
- Markova, I. (2000). The individual and society in psychological theory. *Theory and Psychology*, 10 (1), 107-116.
- Martín, J. (2006). Positions, perspectivas, and persons. *Human Development*, 49 (2), 93-95.
- Martín, P. (2002). Demandas y recursos del ambiente laboral: una extensión del modelo psicológico: validación del instrumento. Conductas de innovación de contenidos. *Apuntes de Psicología*, 17, 235-248.
- Marx, K. (1969). *Escritos sobre arte*. Selección, prólogo y notas de Carlo Salinari. Barcelona: Península (trad. del italiano).
- Mateo, M.J. y García Ferrando, M. (1989). *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid: Uned.
- McAdams, D. and Emmons, R. (1995). What do we know when we know a person?. *Journal of Personality*, 63, 365-396.
- McHorney, L. (1999). Specific and generic measures of the quality of life. *Annual Review Public Health*, 20, 309-35.
- Michalos, A. and Zumbo, B. (1999). Public services and the quality of life. *Social Indicators Research*, 48 (2), 125-156.
- Michalos, A., Zumbo, B. and Hubley, A. (2000). Health and the quality of life. *Social Indicators Research*, 51, 245-286.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. and Abel, T. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 18, 1147-1157.
- Mietzel, G. (2005). *Claves de la psicología evolutiva. Infancia y Juventud*. Barcelona: Herder.
- Mischel, W. (1999). Implications of person situation interaction. Getting over the field's borderline personality disorder. *European Journal of Personality*, 13 (5), 455-461.
- Mischel, W. and Shoda, Y. (1995). A cognitive affective system theory of personality. Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102, 246-286.
- Monteagudo, O., Hernando, L. y Palomar, J.A. (2007). *Calidad de vida y salud en población general de la Región de Murcia*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Montenegro, M. (2002). Ideology and community social psychology: Theoretical considerations and practical implications. *American Journal of Community Psychology*, 30 (4), 511-527.
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. En G. Buesa, V. Caballo y J. Sierra. Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno Domínguez, A. (2008). Rasgos característicos de la transición a la vida adulta de los jóvenes españoles en el marco comparado europeo. Inclusión y ciudadanía: perspectivas de la juventud en Iberoamérica. *Pensamiento Iberoamericano*, 3, 17-46.
- Mortier, F. (1997). Competence in children: A Philosophical Perspective. *Understanding*

- Children's Rights*, 3, 16-27.
- Mueller, D.P. (1981). The current status of urban rural differences in psychiatric disorder: An emerging trend for depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 18-27.
- Mufundu, J., Sigola, L.B., Chifamba, J., and Vengesa, P.M. (1994). Aspects of Insulin resistance in urbanization-related hypertension in Zimbabwe: A preliminary report. *Journal of Human Hypertension*, 8, 481-484.
- Nordenfelt, L. (1991). *Health, Science, and Ordinary Language*. New York: Editions Rodopi.
- Norton, E., Lindrooth, R. and Ennett, S. (1998). Controlling for the endogeneity of peer substance use on adolescent alcohol and tobacco use. *Health Economics*, 7, 439-453.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2001). *The well-being of the nations: the role of human capital and social capital*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publications.
- Orizo, F.A. (2004). *Sentimientos de felicidad y satisfacción*. Madrid: Fundación Santa María.
- Ovejero, A., De la Villa, M. y Pastor, J. (2008). La construcción de la conexión entre percepción de la autoimagen física en adolescentes y la identidad psicosocial. *Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz*, 2, 1-87.
- Palys, T. and Little, B. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (6), 1221-1230.
- Patrick, D.L. and Erickson P. (1993). Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. En O. Monteagudo, L. Hernando y J.A. Palomar. *Calidad de vida y salud en población general de la región de Murcia*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Patterson, M., Dansereau, D. and Newbern, D. (1992). Effects of communication aids and strategies on cooperative teaching. *Journal of Educational Psychology*, 84 (4), 453-461.
- Pavot, W., Frujita, F. and Diener, E. (1997). The relation between self-aspect congruence, personality and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 22 (2), 183-191.
- Peiró, J., Ripoll, P. y Caballer, A. (1998). El proceso de integración de los jóvenes en el mercado laboral. En J. Romay (ed.), *Xuventude retos e esperanzas* (pp. 95-126). Coruña: Universidade da Coruña.
- Pérez Abellán, F. (2006): *Pequeños monstruos*. Barcelona: Ediciones B.
- Pervin, L. (1989). Personality. *Theory and Review of Psychology*, 46, 295-328.
- Pichardo, J. (2004). Fórum universal de la cultura: Barcelona 2004. *Revista de antropología iberoamericana*, 38, 1578-9705.
- Pichler, F. (2006). Subjective quality of life of young Europeans. Feeling happy but who knows why? *Springer*, 75, 419-444.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R. and Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Putnam, R. (2001). Community based social capital and educational performance. En D. Ravich, and J. Viteritti. *Making Good Citizens. Educational and civil society*. New Haven and London. Yale University Press.
- Quintana, J., Escobar, A., Aróstegui, I., Bilbao, A., Azkarate, J., Goenaga, J. and

- Arenaza, J. (2006). Health-related quality of life and appropriateness of knee or hip joint replacement. *Archives of Internal Medicine*, 166 (2), 220-226.
- Rahim, S.I.A., and Cederblad, M. (1986). Effects on rapid urbanization on child behaviour and health in a part of Khartoum, Sudan: II. Psycho-social influences on behaviour. *Social Science and Medicine*, 22, 723-730.
- Real Academia Española (2010). Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo segunda edición. <http://buscon.ra.es/drae/>
- Reimel, S. y Muñoz, C. (1990). Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida. *Comportamiento*, 1 (2), 51-59.
- Riádigos Lalín, T. (1998). La esperanza de la juventud actual. En J. Romay (ed.), *Xuventude retos e esperanzas* (pp. 151-157). Coruña: Universidade da Coruña.
- Rodríguez, E., Navarro, J. y Megías I. (2001). *Jóvenes y medios de comunicación. La comunicación mediática entre los jóvenes madrileños*. Madrid: Instituto de la Juventud Española y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Rodríguez Marín, J., Pastor, M. y López Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Roeser, R., Eccles, J. and Strobel, K. (1998). Linking the study of schooling and mental health: Selected issues and empirical illustrations at the level of the individual. *Educational Psychologist*, 33 (4), 153-176.
- Romay Martínez, J. (1998). *Xuventude retos e esperanzas*. La Coruña: Universidade da Coruña.
- Rose, M. (2010). Reform: to what end? *Educational leadership*, 67 (7), 6-11.
- Ryan, R. and Deci, E. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. and Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Ryff, C., Schmutte, P. and Lee, Y. (1996). How children turn out: Implications for parental self-evaluation. In C. D. Ryff y M. Seltzer (Eds.). *The parental experience in midlife*. Chicago. University of Chicago Press.
- Salomone, M. (2008). La ciencia descubre las claves de la felicidad. *El País*, 28/12/2008.
- Saluja, G. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 760-765.
- Sanz, A., Navarrete, M. y Pac, D. (2007). Los jóvenes en Zaragoza 2004-2005. Zaragoza: Universidad de Zaragoza y Ayuntamiento de Zaragoza. Servicio de Juventud.
- Sastry, N. (1997). What explains rural-urban differentials in child mortality in Brazil. *Social Science and Medicine*, 44, 989-1002.
- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R. and Orley, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL_Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*, 10, 711-721.
- Schalock, R., Verdugo, M., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J. and Lachapelle, Y. (2005). Cross-cultural study of quality of life indicators. *American journal on mental retardation*, 110 (4), 298-311.
- Schouten, L.J., Meijer, H., Huveneers, J.A.M. and Kiemeneij, L.A.L.M. (1996). Urban-rural differences in cancer incidence in the Netherlands, 1989-1991. *International Journal of Epidemiology*, 25, 729-736.
- Seligman, M. and Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

- Sen, A. (1999). Democracy as universal value. *Journal of Democracy*, 10, 3-17.
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11 (8), 659-666.
- Serra, E. y Zacarés, J.J. (1991). A qué llamamos madurez. *Revista de psicología de la educación*, 3 (8), 1-18.
- Shepherd, M. (1984). Urban factors in mental disorders: An epidemiological approach. *British Medical Bulletin*, 40, 401-404.
- Sijuwade, P. O. (1995). Urbanization and mental health problems in Nigeria: Implications for social policy. *International Review of Sociology*, 25, 43-54.
- Smith, M., Redd, W., Peyser, C. and Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer. *Psycho-Onchology*, 8, 521-537.
- Snyder, C. and Lopez, S. (2002). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Solar, O. and Irwin, A. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Souto, S. (2007). Determinantes psicosociales de la percepción de la salud. Universidad de A Coruña: *Proyecto de tesis doctoral (material mecanografiado)*.
- Spilker, B. (1996). Virtual drug development on a global basis. *Drug News and Perspective*, 9 (9), 524-531.
- Stancliffe, R. (2005). Semi independent living and group homes in Australia. In R. Standcliffe and K. Lakin (Eds), *Costs and outcomes of community services for people with intellectual disabilities*. Baltimore: Paul Brookes.
- Streitmatter, R. (1993). The Advocate: Setting the standard for the gay liberation press. *Journalism History*, 19 (3), 93-102.
- Summer, J. (1996). Medical communication: an oxymoron? *Family Medicine*, 28 (9), 614.
- Sutherland, G., Andersen, M. and Stooove, M. (2001). Can aerobic exercise training affect health related quality of life for people with multiple sclerosis?. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 23 (2), 122-135.
- Takano, T., Nakamura, K. and Watanabe, M. (1996). Increased female drinking in accordance with post industrial urbanization in Japan. *Alcohol and Alcoholism*, 31, 41-49.
- Taranto, M. (1989). Facets of wisdom. A theoretical synthesis. *International Journal of Aging and Human*, 29 (1), 1-21.
- Taylor, S.E. and Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Taylor, T. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Thomas, G. (1991). Defining role in the new classroom teams. *Educational Research*, 33 (3), 186-198.
- Tifner, S. (2007). La multidimensionalidad del bienestar y de la calidad de vida. En M. Gil-Lacruz (ed.). *Psicología social y bienestar: una aproximación interdisciplinar*. Zaragoza: Prensas Universitarias.
- Topolski, T. and Patrick, D. (2001). Quality of Life and Health-Risk Behaviors Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 426-435.
- Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M. (2003). *Formulación de un modelo teórico de calidad de vida desde la psicología*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Trzesniewski, K. and Donnellan, M. (2010). Rethinking “Generation Me”: A study of Cohort Effects From 1976-2006. *Perspective in Psychological Science*, 5 (1), 58-75.

- Tuesca, R., Centeno, H., de la Ossa, M., García, N. y Lobo, J. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 24 (1), 53-63.
- United Nations. (1995). *World urbanization prospects: The 1994 revision: Estimates and projections of urban and rural populations and of urban agglomerations*. New York: United Nations Publication.
- Vaandragen, H.W. and Koelen, M.A. (1997). Consumer involvement in nutritional issues: the role of information. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65 (suppl), 1980S-4S.
- Varma, V.K., Wig, N.N., Phookun, H.R., Misra, A. K., Khare, C.B. and Tripathi, B. M. (1997). First-onset Schizophrenia in the community: Relationship of urbanization with onset, early manifestations and typology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 431-438.
- Veenhoven, R. (1994). Lo que sabemos de la felicidad. *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*, 7, 17-56.
- Veenhoven, R. (1998). Two state trait discussions on happiness. A reply to Stones et al. *Social Indicators Research*, 43 (3), 211-225.
- Veenstra, G. (2002). Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Social Science and Medicine*, 54 (6), 849-868.
- Verdugo, M.A. y Sabeh, E.N. (2002). Evaluación de la percepción de la calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14, 86-91.
- Verdugo, M.A., Schalock, R., Keith, K. and Stancliffe, R. (2005). Calidad de vida y su medida: principios y directrices importantes. *Diario de la discapacidad intelectual de Investigación*, 49 (10), 707-717.
- Watson, D. and Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Weinstein, N.D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.
- Weller, S. (2010). Young people's social capital: Complex identities, dynamic networks. *Ethnic and Racial Studies*, 33 (5), 872-888.
- Wenzlaff, K. (2008). Youth, culture, negotiation and politics. *Asia Europe Journal*, 5 (4), 573-594.
- Wilson, M. (2009). Responsive writing assessment. *Educational Leadership*, 67 (3), 58-62.
- World Health Organization (WHO) (1948). *Basic Documents*. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (1996). ¿Qué es calidad de vida?. *Foro mundial de la salud*, 17 (4), 385-387.
- World Health Organization (WHO) (1997). *Tratado de Yakarta*. Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization (WHO) (1998). *Health in Europe 1997 [Brochure]*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2001, February). *Strategic Action Plan for the health of women in Europe. Endorsed at the Third Meeting of Focal Points for Reproductive Health, Women's Health and Gender Mainstreaming in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2001). *The world health report 2001: Mental health, new understanding, new hope*. Geneva: WHO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization (WHO) (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. *Actas de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: WHA57.17.
- Wintersberger, H. (2009). Edad electoral 16 años. La reforma electoral austriaca 2007. *Revista de Estudios de Juventud*, 85, 1-22.
- Zacarés, J. J. y Serra, E. (1998). *La madurez personal: perspectivas desde la psicología*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Zulling, K., Koopman, T. and Huebner, S. (2009). Beyond GPA: Toward More Comprehensive Assessments of Students' School Experiences. *Child Indicators Research*, 2, 95-108.
- Zulling, K., Valois, R., Huebner, E. and Drane, W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research*, 14, 1573-1584.

ANEXOS

1. INSTRUMENTO

Versión referenciada del cuestionario

El presente cuestionario tiene el objetivo de conocer algunos aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida de los jóvenes del barrio de Casablanca, centrándose en cuestiones como los hábitos de vida saludables. Tu colaboración puede ser muy valiosa para la correcta ejecución de este estudio.

Gracias por tu ayuda

Grupo de investigación: Bienestar y capital social
Área de Psicología Social Universidad de Zaragoza

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

P.1 SEXO

Hombre
Mujer

P.3 (1) ESTADO CIVIL

Soltero / a
Casado / a u otras uniones de convivencia
Separado / a-Divorciado / a
Viudo / a
Otro

P.2 EDAD

--	--

P.4 (2) Número de miembros que residen en el hogar

--	--

P.5 (2) Número de hijos dependientes de la unidad familiar

--	--

P.6 (2) Número de ascendientes dependientes de la unidad familiar

--	--

P.7 (3) Lugar de nacimiento

Andalucía
Aragón
Asturias
Islas Baleares
Canarias
Cantabria
Castilla León
Castilla la Mancha
Cataluña
Comunidad Valenciana

Extremadura
Galicia
Madrid
Murcia
Navarra
País Vasco
Rioja
Ceuta / Melilla
Extranjeros
País.....

P.8 Zona de residencia en el barrio:

Viñedo Viejo (núcleo central del barrio)
Fuentes Claras
Las Nieves

P.9 Años de residencia en el barrio

--	--

P.10 Nivel de estudios

Sin estudios	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Universitarios	<input type="checkbox"/>

P.11 (4) Situación en relación con la actividad económica

Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/>
Trabaja por cuenta ajena	<input type="checkbox"/>
Parado / desempleado	<input type="checkbox"/>
Estudiante	<input type="checkbox"/>
Jubilado / pensionista	<input type="checkbox"/>
Labores del hogar	<input type="checkbox"/>

P.12 ¿Cuántas horas dedicas a tu actividad laboral a la semana?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

P.13 (2) (3) ¿Podrías decirme cuál es tu salario o pensión mensual?

Menos de 25.000 pts. (150,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 25.001 a 50.000 pts. (150,01 a 300,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 50.001 a 75.000 pts. (300,01 a 450,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 75.001 a 100.000 pts. (450,01 a 600,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 100.001 a 150.000 pts. (600,01 a 900,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 150.001 a 200.000 pts. (900,01 a 1200,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 200.001 a 250.000 pts. (1200,01 a 1500,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 250.001 a 300.000 pts. (1500,01 a 1800,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 300.001 a 400.000 pts. (1800,01 a 2400,00 €)	<input type="checkbox"/>
Mas de 400.000 pts. (2400,00 €)	<input type="checkbox"/>
No sabes / No contestas	<input type="checkbox"/>

P.14 ¿Podrías decirme los ingresos mensuales del hogar?

Menos de 25.000 pts. (150,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 25.001 a 50.000 pts. (150,01 a 300,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 50.001 a 75.000 pts. (300,01 a 450,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 75.001 a 100.000 pts. (450,01 a 600,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 100.001 a 150.000 pts. (600,01 a 900,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 150.001 a 200.000 pts. (900,01 a 1200,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 200.001 a 250.000 pts. (1200,01 a 1500,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 250.001 a 300.000 pts. (1500,01 a 1800,00 €)	<input type="checkbox"/>
De 300.001 a 400.000 pts. (1800,01 a 2400,00 €)	<input type="checkbox"/>
Mas de 400.000 pts. (2400,00 €)	<input type="checkbox"/>
No sabes / No contestas	<input type="checkbox"/>

P.15 (3) Nos gustaría que nos indicases con cuál de las siguientes situaciones te sientes identificado. Señala sólo **UNA** respuesta.

Tengo dificultades para llegar a fin de mes	<input type="checkbox"/>
No suelo tener dificultades para llegar a fin de mes	<input type="checkbox"/>
Llego sin problemas a fin de mes	<input type="checkbox"/>
Ahorro	<input type="checkbox"/>

P.16 (3) De los siguientes grupos, selecciona los cuatro a los que destinas mayor gasto. Ordena del 1 (menor gasto) al 4 (mayor gasto) los grupos seleccionados.

Grupo 1. Alimentos y bebidas no alcohólicas	<input type="text"/>
Grupo 2. Bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	<input type="text"/>
Grupo 3. Artículos de vestir y calzado	<input type="text"/>
Grupo 4. Vivienda, gastos corrientes de vivienda y mobiliario	<input type="text"/>
Grupo 5. Salud	<input type="text"/>
Grupo 6. Transportes y comunicaciones	<input type="text"/>
Grupo 7. Ocio, espectáculos, cultura y enseñanza, hostelería y restauración	<input type="text"/>
Grupo 8. Otros bienes y servicios	<input type="text"/>

CALIDAD DE VIDA Y SALUD

P.1 (5) Si tienes algún problema de salud, ¿Cuál es?

.....

P.2 (5) Tu enfermedad, ¿ha sido diagnosticada por un servicio médico?

Sí	
No	

P.3 (5) ¿Durante las dos últimas semanas has tomado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, jarabes, etc.?)

Sí	
No	

P.4 (5) Estos medicamentos, ¿han sido recetados por un servicio médico?

Sí	
No	

P.5 (6) ¿Qué tipo de medicamento?

	Sí	No	NS / NC
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios			
Medicinas para el dolor (aspirinas, etc.)			
Medicinas para bajar la fiebre			
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos			
Medicamentos para los vómitos			
Medicamentos para la diarrea			
Laxantes			
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir			
Antibióticos			
Medicamentos para la alergia			
Otros ¿cuáles?.....			

P.6 En tu opinión ¿cuál crees que es la principal fuente de mejora de su salud?

.....

P.7 En tu opinión ¿en qué consiste cuidarse?

.....

P.8 ¿Cuál es tu percepción de lo que te cuidas?

Nada	
Poco	
Lo normal	
Bastante	
Demasiado	

(7) A continuación se hacen una serie de preguntas relacionadas con tu calidad de vida.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
P.1	¿Cómo puntuarías tu calidad de vida?					

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
P.2	¿Cuán satisfecho estás con tu salud?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto has experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
P.3	¿Hasta qué punto piensas que el dolor te impide hacer lo que necesitas?					
P.4	¿Cuánto necesitas de tratamiento médico para funcionar en tu vida?					
P.5	¿Cuánto disfrutas de la vida?					
P.6	¿Hasta qué punto sientes que tu vida tiene sentido?					
P.7	¿Cuál es tu capacidad de concentración?					
P.8	¿Cuánta seguridad sientes en tu vida diaria?					
P.9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de tu alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán totalmente experimentas o has sido capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Total- mente
P.10	¿Tienes energía suficiente para tu vida diaria?					
P.11	¿Eres capaz de aceptar tu apariencia física?					
P.12	¿Tienes suficiente dinero para cubrir tus necesidades?					
P.13	¿Qué disponible tienes la información que necesitas en tu vida?					
P.14	¿Hasta qué punto tienes ocasión de realizar actividades de ocio?					

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
P.15	¿Eres capaz de desplazarte de un lugar a otro?					

		Muy insatis- fecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satis- fecho
P.16	¿Cuán satisfecho estás con tu sueño?					
P.17	¿Cuán satisfecho estás con tu habilidad para realizar tus actividades en la vida diaria?					
P.18	¿Cuán satisfecho estás con tu capacidad de trabajo?					
P.19	¿Cuán satisfecho estás de ti mismo?					
P.20	¿Cuán satisfecho estás con tus relaciones personales?					
P.21	¿Cuán satisfecho estás con tu vida sexual?					
P.22	¿Cuán satisfecho estás con el apoyo de tus amigos?					
P.23	¿Cuán satisfecho estás con el lugar donde vives?					
P.24	¿Cuán satisfecho estás con el acceso a los servicios sanitarios?					
P.25	¿Cuán satisfecho estás con tu transporte?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que has sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Rara- mente	Mediana- mente	Frecuente- mente	Siempre
P.26	¿Con qué frecuencia tienes sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

ESTILOS DE VIDA

P.1 (8) ¿Cuántas horas duermes al día por término medio?

Horas en los días laborables	Horas en los fines de semana

P.2 (8) ¿Qué tipo de bebidas consumes habitualmente y con qué frecuencia?

	Vino	Aperitivos	Sidra	Cerveza	Brandy / licores	Whisky
Diariamente						
Tres o más veces al día						
Dos veces al día						
Una vez al día						
Semanalmente						
Tres o cuatro veces por semana						
Una o dos veces por semana (ej. fines de semana)						
Ocasionalmente						
Nunca						

P.3 (8) Si tomas bebidas alcohólicas, ¿en qué lugar o lugares lo haces más frecuentemente?

En casa	□
En el trabajo	□
En un restaurante o similar	□
En discotecas, salas de fiestas, pubs o similar	□
En otro lugar (mencionar cuál)	□
En casa de otra persona	□
En una cafetería o bar	□

P.4 (8) ¿Con qué frecuencia fumas?

Nunca	□
En ocasiones especiales	□
Semanalmente	□
Diariamente	□

P.5 (8) ¿Con quién suele beber?

Solo	□
Con uno o varios de tus hijos	□
Con tus padres	□
Con otros familiares	□
Con amigos	□
Con vecinos o conocidos	□
Con compañeros de trabajo	□
Con clientes o relaciones profesionales	□

P.6 (8) ¿Qué cantidad de tabaco fumas por término medio al día?

Días laborales	Fines de semana
□ □ Cigarrillos	□ □ Cigarrillos

P.7 (8) Si practicas algún tipo de ejercicio, ¿con qué frecuencia lo practicas?

Todos los días	□
Varias veces a la semana	□
Sólo los fines de semana / una vez por semana	□
Varias veces al mes	□
Una vez al mes	□
De vez en cuando durante el año	□
No practico nunca	□

P.8(9) ¿Eres miembro de alguna de las siguientes asociaciones?

Ninguna	
Deportiva	
Intelectual (tertulia literaria, filosófica, etc)	
Cultural (teatro, pintura, etc.)	
Religiosa	
Medio Ambiente	
Voluntariado	
Cooperación	
De vecinos	

P.9 (9) En cuanto a las reuniones con tus amigos, ¿dónde suelen realizarse? Selecciona sólo UNA respuesta.

En casa	
En casa de mis amigos	
Al aire libre	
En un bar o pub	
En restaurante o cafetería	
En una asociación	
En la parroquia	
Otros 1 (mencionar)	
Otros 2 (mencionar)	

P.10 (8) Ahora nos gustaría saber algo sobre tus aficiones y actividades, ¿de cuántas horas dispones al día para dedicarte a sus aficiones y pasatiempos?

Horas en los días laborales		Horas en los fines de semana	

P.11 (8) (9) ¿A qué dedicas tu tiempo libre?

	Días laborales	Fines de semana
Ir al teatro / cine / conciertos / espectáculos / etc.		
Visitar museos / exposiciones		
Discotecas / salas de fiestas		
Salir con los amigos		
Hacer excursiones		
Asistir a espectáculos deportivos		
Practicar deportes		
Ver la TV		
Oír música / radio		
Cuidar de los niños		
Leer / escribir		
Manualidades		
Asistencia a actos religiosos		
Voluntariado		
Internet		
Otros ¿Cuáles?		
A nada en particular, simplemente descanso		

REFERENCIAS

- 1.- EDIS (2007). *Estudio Sociológico sobre los Jóvenes: Instituto de la Juventud.*
- 2.- Eurostat-INE (2007). Adaptado Encuesta de Condiciones de Vida.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística (2008). Encuesta Continua de Presupuestos Familiares.
- 4.- CE (2001). Adaptado European Household Panel Data.
- 5.- OMS (1998). Version española del World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100). Cuestionario de Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.
- 6.- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Encuesta Nacional de Salud.
- 7.- OMS (1998). Versión española del World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF). Cuestionario de Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.
- 8.- Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). Estudio de los Estilos de Vida de la Población Adulta en España.
- 9.- Ministerio De Sanidad y Consumo (2002). Adaptado Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar.

2. RESULTADOS CORRELACIONALES

2.1. Correlaciones entre las variables sociodemográficas

Cuadro 1: Correlaciones entre variables sociodemográficas.

	1	2	3	4	5	6
1 Números de miembros que residen en el hogar	1	0,066 p= 0,310	-0,188* p= 0,014	0,191** p= 0,003	0,163* p= 0,011	0,168* p= 0,013
2 Nivel de estudios	0,066 p= 0,310	1	0,101 P= 0,186	-0,172** p= 0,007	-0,016 p= 0,804	0,025 p= 0,714
3 Horas semanales dedicadas a la actividad laboral	-0,188* p= 0,014	0,101 p= 0,186	1	-0,327** p= 0,000	-0,175* p= 0,022	-0,010 P= 0,901
4 Salario	0,191** p= 0,003	-0,172** p= 0,007	-0,327** p= 0,000	1	0,303** p= 0,000	0,156* P= 0,019
5 Ingresos mensuales del hogar	0,163* p= 0,011	-0,016 p= 0,804	-0,175* p= 0,022	0,303** p= 0,000	1	0,101 P= 0,129
6 Evaluación de la situación económica	0,168* p= 0,013	0,025 p= 0,714	-0,010 p= 0,901	0,156* p= 0,019	0,101 p= 0,129	1

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observa que el número de miembros del hogar se relaciona positivamente con:

- El salario (Correlación: 0,191; $p = 0,003 < 0,05$)
- Los ingresos mensuales del hogar (Correlación: 0,163; $p = 0,011 < 0,05$)
- La evaluación de la situación económica (Correlación: 0,168; $p = 0,013 < 0,05$)

Y negativamente con:

- Las horas semanales dedicadas a la actividad laboral (Correlación: -0,188; $p = 0,014 < 0,05$)

Cuanto mayor es el número de miembros que residen en la unidad familiar, mayor es el salario e ingresos mensuales del hogar y, por tanto, la evaluación de la situación económica es más positiva. Esta misma variable presenta una relación inversa con las horas semanales dedicadas a la actividad laboral. Así, conforme aumenta el número de miembros que residen en la unidad familiar disminuyen las horas semanales dedicadas a la actividad laboral (Correlación: -0,188; $p = 0,014 < 0,05$).

El nivel de estudios se relaciona negativamente con:

- El salario (Correlación: -0,172; $p = 0,007 < 0,05$)

El aumento del nivel de estudios conlleva una disminución del salario percibido.

Las horas semanales dedicadas a la actividad laboral presentan una correlación negativa con:

- El salario (Correlación: -0,327; $p = 0,000 < 0,01$)
- Los ingresos mensuales del hogar (Correlación: -0,175; $p = 0,022 < 0,05$)
- La evaluación de la situación económica (Correlación: -0,010; $p = 0,901 < 0,05$)

Cuanto mayor es el número de horas que se dedican a la actividad laboral menor es el salario e ingresos mensuales en el hogar, este hecho implica que la evaluación de la situación económica se vea mermada.

El salario se relaciona de manera positiva con:

- Los ingresos mensuales en el hogar (Correlación: 0,303; $p = 0,000 < 0,01$)
- La evaluación de la situación económica (Correlación: 0,156; $p = 0,019 < 0,05$)

El aumento del salario se relaciona directamente con el aumento de los ingresos mensuales en el hogar, esto hace que la evaluación de la situación económica sea positiva.

2.2. Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud

2.2.1. Correlaciones entre las puntuaciones del WHOQOL Bref

Cuadro 2a: Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud.

	1	2	3	4	5	6	7
1 Calidad de vida	1	0,584** p= 0,000	-0,008 p= 0,896	-0,095 p= 0,141	0,412** p= 0,000	0,366** p= 0,000	0,291** P= 0,000
2 Satisfacción con la salud	0,584** p= 0,000	1	-0,108 p= 0,094	-0,140* p= 0,029	0,350** p= 0,000	0,313** p= 0,000	0,195** P= 0,002
3 Incapacidad por el dolor	-0,008 p= 0,896	-0,108 p= 0,094	1	0,353** p= 0,000	-0,085 p= 0,185	-0,042 p= 0,517	-0,063 P= 0,328
4 Necesidad de tratamiento médico	-0,095 p= 0,141	-0,140* p= 0,029	0,353** p= 0,000	1	-0,093 p= 0,149	-0,139* p= 0,030	0,002 P= 0,979

5 Disfrute de la vida	0,412** p= 0,000	0,350** p= 0,000	-0,085 p= 0,185	-0,093 p= 0,149	1	0,486** p= 0,000	0,226** P= 0,000
6 Sentido de la vida	0,366** p= 0,000	0,313** p= 0,000	-0,042 p= 0,517	-0,139* p= 0,030	0,486** p= 0,000	1	0,345** P= 0,000
7 Capacidad de concentración	0,291** p= 0,000	0,195** p= 0,002	-0,063 p= 0,328	0,002 p= 0,979	0,226** p= 0,000	0,345** p= 0,000	1
8 Seguridad ante la vida diaria	0,392** p= 0,000	0,315** p= 0,000	-0,076 P= 0,240	-0,136* p= 0,034	0,455** p= 0,000	0,405** p= 0,000	0,363** P= 0,000
9 Salubridad del ambiente físico	0,312** p= 0,000	0,350** p= 0,000	-0,022 P= 0,735	-0,073 p= 0,254	0,385** p= 0,000	0,295** p= 0,000	0,299** P= 0,000
10 Energía suficiente para la vida diaria	0,431** p= 0,000	0,422** p= 0,000	-0,135* P= 0,035	-0,155* p= 0,016	0,528** p= 0,000	0,430** p= 0,000	0,261** P= 0,000
11 Aceptación de la apariencia física	0,279** p= 0,000	0,272** p= 0,000	-0,075 P= 0,241	- 0,256** p= 0,000	0,352** p= 0,000	0,472** p= 0,000	0,188** P= 0,003
12 Disponibilidad de suficiente dinero	0,378** p= 0,000	0,275** p= 0,000	-0,145* p= 0,024	-0,162* p= 0,011	0,317** p= 0,000	0,297** p= 0,000	0,265** P= 0,000
13 Disponibilidad de suficiente información	0,264** p= 0,000	0,245** p= 0,000	-0,103 p= 0,110	- 0,181** p= 0,005	0,423** p= 0,000	0,275** p= 0,000	0,213** P= 0,001
14 Ocasión de realizar actividades de ocio	0,267** p= 0,000	0,130* p= 0,042	-0,144* p= 0,025	-0,079 p= 0,221	0,394** p= 0,000	0,236** p= 0,000	0,202** P= 0,002
15 Capacidad de desplazamiento	0,290** p= 0,000	0,205** p= 0,001	-0,038 p= 0,563	- 0,186** p= 0,004	0,314** p= 0,000	0,319** p= 0,000	0,093 P= 0,150
16 Satisfacción con el sueño	0,180** p= 0,005	0,168** p= 0,009	- 0,084** p= 0,193	- 0,180** p= 0,005	0,318** p= 0,000	0,350** p= 0,000	0,140* P= 0,030

17	0,337**	0,379**	-0,153*	-0,120	0,564**	0,485**	0,268**
Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,017	p= 0,061	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,000
18	0,254**	0,215**	-0,152*	-0,107	0,294**	0,440**	0,506**
Satisfacción con la capacidad de trabajo	p= 0,000	p= 0,001	p= 0,018	p= 0,097	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,000
19	0,308**	0,313**	-0,069	-0,070	0,390**	0,497**	0,353**
Satisfacción con uno mismo	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,288	p= 0,274	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,000
20	0,231**	0,311**	-0,009	0,035	0,503**	0,431**	0,313**
Satisfacción con las relaciones personales	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,892	p= 0,592	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,000
21	0,166*	0,190**	0,021	-0,025	0,326**	0,371**	0,270**
Satisfacción con la vida sexual	p= 0,012	p= 0,004	p= 0,752	p= 0,709	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,000
22	0,281**	0,161*	0,109	-0,020	0,418**	0,287**	0,196**
Satisfacción con el apoyo de los amigos	p= 0,000	p= 0,013	p= 0,091	p= 0,753	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,002
23	0,276**	0,291**	0,014	-0,103	0,284**	0,314**	0,204**
Satisfacción con el lugar donde vive	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,835	p= 0,112	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,001
24	0,222**	0,178**	-0,095	-0,143*	0,252**	0,267**	0,266**
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	p= 0,000	p= 0,006	p= 0,140	p= 0,026	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,000
25	0,175**	0,126*	-0,089	-0,135*	0,212**	0,245**	0,175**
Satisfacción con el transporte	p= 0,006	p= 0,049	p= 0,170	p= 0,036	p= 0,001	p= 0,000	P= 0,006
26 Frecuencia de sentimientos negativos	- 0,284**	- 0,308**	0,176**	0,275**	- 0,266**	- 0,311**	- 0,205**
	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,006	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,001

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Cuadro 2b: Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud.

	8	9	10	11	12	13	14
1 Calidad de vida	0,392** p= 0,000	0,312** p= 0,000	0,431** p= 0,000	0,279** p= 0,000	0,378** p= 0,000	0,264** p= 0,000	0,267** P= 0,000
2 Satisfacción con la salud	0,315** p= 0,000	0,350** p= 0,000	0,422** p= 0,000	0,272** p= 0,000	0,275** p= 0,000	0,245** p= 0,000	0,130* P= 0,042
3 Incapacidad por el dolor	-0,076 p= 0,240	-0,022 p= 0,735	-0,135* p= 0,035	-0,075 p= 0,241	-0,145* p= 0,024	-0,103 p= 0,110	-0,144* P= 0,025
4 Necesidad de tratamiento médico	-0,136* p= 0,034	-0,073 p= 0,254	-0,155* p= 0,016	0,256** p= 0,000	-0,162* p= 0,011	- p= 0,181** 0,005	-0,079 P= 0,221
5 Disfrute de la vida	0,455** p= 0,000	0,385** p= 0,000	0,528** p= 0,000	0,352** p= 0,000	0,317** p= 0,000	0,423** p= 0,000	0,394** P= 0,000
6 Sentido de la vida	0,405** p= 0,000	0,295** p= 0,000	0,430** p= 0,000	0,472** p= 0,000	0,297** p= 0,000	0,275** p= 0,000	0,236** P= 0,000
7 Capacidad de concentración	0,363** p= 0,000	0,299** p= 0,000	0,261** p= 0,000	0,188** p= 0,003	0,265** p= 0,000	0,213** p= 0,001	0,202** P= 0,002
8 Seguridad ante la vida diaria	1	0,432** p= 0,000	0,432** p= 0,000	0,331** p= 0,000	0,294** p= 0,000	0,360** p= 0,000	0,331** P= 0,000
9 Salubridad del ambiente físico	0,432** p= 0,000	1	0,351** p= 0,000	0,175** p= 0,006	0,285** p= 0,000	0,383** p= 0,000	0,247** P= 0,000
10 Energía suficiente para la vida diaria	0,432** p= 0,000	0,351** p= 0,000	1	0,468** p= 0,000	0,421** p= 0,000	0,430** p= 0,000	0,333** P= 0,000
11 Aceptación de la apariencia física	0,331** p= 0,000	0,175** p= 0,006	0,468** p= 0,000	1	0,284** p= 0,000	0,357** p= 0,000	0,262** P= 0,000
12 Disponibilidad de suficiente dinero	0,294** p= 0,000	0,285** p= 0,000	0,421** p= 0,000	0,284** p= 0,000	1	0,442** p= 0,000	0,321** P= 0,000
13 Disponibilidad de suficiente información	0,360** p= 0,000	0,383** p= 0,000	0,430** p= 0,000	0,357** p= 0,000	0,442** p= 0,000	1	0,375** P= 0,000

14 Ocasión de realizar actividades de ocio	0,331** p= 0,000	0,247** p= 0,000	0,333** p= 0,000	0,262** p= 0,000	0,321** p= 0,000	0,375** p= 0,000	1
15 Capacidad de desplazamiento	0,226** p= 0,000	0,209** p= 0,001	0,319** p= 0,000	0,166** p= 0,010	0,338** p= 0,000	0,251** p= 0,000	0,215** P= 0,001
16 Satisfacción con el sueño	0,323** p= 0,000	0,180** p= 0,005	0,331** p= 0,000	0,240** p= 0,000	0,259** p= 0,000	0,336** p= 0,000	0,214** P= 0,001
17 Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	0,417** p= 0,000	0,368** p= 0,000	0,555** p= 0,000	0,377** p= 0,000	0,319** p= 0,000	0,427** p= 0,000	0,299** P= 0,000
18 Satisfacción con la capacidad de trabajo	0,330** p= 0,000	0,244** p= 0,000	0,358** p= 0,000	0,302** p= 0,000	0,275** p= 0,000	0,213** p= 0,001	0,134* P= 0,037
19 Satisfacción con uno mismo	0,448** p= 0,000	0,216** p= 0,001	0,384** p= 0,000	0,538** p= 0,000	0,314** p= 0,000	0,372** p= 0,000	0,302** P= 0,000
20 Satisfacción con las relaciones personales	0,350** p= 0,000	0,282** p= 0,000	0,365** p= 0,000	0,408** p= 0,000	0,204** p= 0,001	0,316** p= 0,000	0,270** P= 0,000
21 Satisfacción con la vida sexual	0,204** p= 0,002	0,159* p= 0,016	0,141* p= 0,033	0,158* p= 0,016	0,155* p= 0,018	0,113 p= 0,088	0,120 P= 0,070
22 Satisfacción con el apoyo de los amigos	0,407** p= 0,000	0,271** p= 0,000	0,337** p= 0,000	0,341** p= 0,000	0,183** p= 0,004	0,422** p= 0,000	0,306** P= 0,000
23 Satisfacción con el lugar donde vive	0,270** p= 0,000	0,260** p= 0,000	0,349** p= 0,000	0,315** p= 0,000	0,221** p= 0,001	0,352** p= 0,000	0,122 P= 0,059

24	0,302**	0,273**	0,306**	0,340**	0,282**	0,366**	0,267**
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	P=0,000
25	0,224**	0,265**	0,265**	0,240**	0,259**	0,245**	0,119
Satisfacción con el transporte	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	P=0,064
26 Frecuencia de sentimientos negativos	0,366**	0,254**	0,353**	0,215**	0,306**	0,277**	0,225**
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,001	p=0,000	p=0,000	P=0,000

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Cuadro 2c: Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud.

	15	16	17	18	19	20	21
1 Calidad de vida	0,290**	0,180**	0,337**	0,254**	0,308**	0,231**	0,166*
	p=0,000	p=0,005	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	P=0,012
2 Satisfacción con la salud	0,205**	0,168**	0,379**	0,215**	0,313**	0,311**	0,190**
	p=0,001	p=0,009	p=0,000	p=0,001	p=0,000	p=0,000	P=0,004
3 Incapacidad por el dolor	-0,038	-0,084	-0,153*	-0,152*	-0,069	-0,009	0,021
	p=0,563	p=0,193	p=0,017	p=0,018	p=0,288	p=0,892	P=0,752
4 Necesidad de tratamiento médico	0,186**	0,180**	p=0,061	p=0,097	p=0,274	p=0,592	P=0,709
	p=0,004	p=0,005					
5 Disfrute de la vida	0,314**	0,318**	0,564**	0,294**	0,390**	0,503**	0,326**
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	P=0,000
6 Sentido de la vida	0,319**	0,350**	0,485**	0,440**	0,497**	0,431**	0,371**
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	P=0,000
7 Capacidad de concentración	0,093	0,140*	0,268**	0,506**	0,353**	0,313**	0,270**
	p=0,150	p=0,030	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	P=0,000
8 Seguridad ante la vida diaria	0,226**	0,323**	0,417**	0,330**	0,448**	0,350**	0,204**
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	P=0,002
9 Salubridad del ambiente físico	0,209**	0,180**	0,368**	0,244**	0,216**	0,282**	0,159*
	p=0,001	p=0,005	p=0,000	p=0,000	p=0,001	p=0,000	P=0,016

10 Energía suficiente para la vida diaria	0,319** p= 0,000	0,331** p= 0,000	0,555** p= 0,000	0,358** p= 0,000	0,384** p= 0,000	0,365** p= 0,000	0,141* P= 0,033
11 Aceptación de la apariencia física	0,166** p= 0,010	0,240** p= 0,000	0,377** p= 0,000	0,302** p= 0,000	0,538** p= 0,000	0,408** p= 0,000	0,158* P= 0,016
12 Disponibilidad de suficiente dinero	0,338** p= 0,000	0,259** p= 0,000	0,319** p= 0,000	0,275** p= 0,000	0,314** p= 0,000	0,204** p= 0,001	0,155* P= 0,018
13 Disponibilidad de suficiente información	0,251** p= 0,000	0,336** p= 0,000	0,427** p= 0,000	0,213** p= 0,001	0,372** p= 0,000	0,316** p= 0,000	0,113 P= 0,088
14 Ocasión de realizar actividades de ocio	0,215** p= 0,001	0,214** p= 0,001	0,299** p= 0,000	0,134* p= 0,037	0,302** p= 0,000	0,270** p= 0,000	0,120 P= 0,070
15 Capacidad de desplazamiento	1 p= 0,000	0,298** p= 0,000	0,398** p= 0,000	0,202** p= 0,002	0,226** p= 0,000	0,176** p= 0,007	0,166* P= 0,012
16 Satisfacción con el sueño	0,298** p= 0,000	1	0,562** p= 0,000	0,305** p= 0,000	0,308** p= 0,000	0,239** p= 0,000	0,080 P= 0,228
17 Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	0,398** p= 0,000	0,562** p= 0,000	1	0,508** p= 0,000	0,518** p= 0,000	0,495** p= 0,000	0,290** P= 0,000
18 Satisfacción con la capacidad de trabajo	0,202** p= 0,002	0,305** p= 0,000	0,508** p= 0,000	1	0,520** p= 0,000	0,447** p= 0,000	0,328** P= 0,000
19 Satisfacción con uno mismo	0,226** p= 0,000	0,308** p= 0,000	0,518** p= 0,000	0,520** p= 0,000	1	0,624** p= 0,000	0,369** P= 0,000
20 Satisfacción con las relaciones personales	0,176** p= 0,007	0,239** p= 0,000	0,495** p= 0,000	0,447** p= 0,000	0,624** p= 0,000	1	0,511** p= 0,000

21	0,166*	0,080	0,290**	0,328**	0,369**	0,511**	1
Satisfacción con la vida sexual	p= 0,012	p= 0,228	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	
22	0,153*	0,355**	0,371**	0,308**	0,459**	0,475**	0,269**
Satisfacción con el apoyo de los amigos	p= 0,018	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,000
23	0,136*	0,328**	0,400**	0,343**	0,410**	0,317**	0,201**
Satisfacción con el lugar donde vive	p= 0,035	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,002
24	0,232**	0,291**	0,333**	0,302**	0,310**	0,233**	0,109
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,099
25	0,262**	0,227**	0,299**	0,372**	0,312**	0,229**	0,155*
Satisfacción con el transporte	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,018
26 Frecuencia de sentimientos negativos	- 0,188**	- 0,322**	- 0,299**	- 0,239**	- 0,271**	- 0,253**	- 0,178**
	p= 0,003	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,007

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Cuadro 2d: Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud.

	22	23	24	25	26
1 Calidad de vida	0,281**	0,276**	0,222**	0,175**	-0,284**
	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,006	P= 0,000
2 Satisfacción con la salud	0,161*	0,291**	0,178**	0,126*	-0,308**
	p= 0,013	p= 0,000	p= 0,006	p= 0,049	P= 0,000
3 Incapacidad por el dolor	0,109	0,014	-0,095	-0,089	0,176**
	p= 0,091	p= 0,835	p= 0,140	p= 0,170	P= 0,006
4 Necesidad de tratamiento médico	-0,020	-0,103	-0,143*	-0,135*	0,275**
	p= 0,753	p= 0,112	p= 0,026	p= 0,036	P= 0,000
5 Disfrute de la vida	0,418**	0,284**	0,252**	0,212**	-0,266**
	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,001	P= 0,000
6 Sentido de la vida	0,287**	0,314**	0,267**	0,245**	-0,311**
	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,000
7 Capacidad de concentración	0,196**	0,204**	0,266**	0,175**	-0,205**
	p= 0,002	p= 0,001	p= 0,000	p= 0,006	P= 0,001

8 Seguridad ante la vida diaria	0,407** p= 0,000	0,270** p= 0,000	0,302** p= 0,000	0,224** p= 0,000	-0,366** P= 0,000
9 Salubridad del ambiente físico	0,271** p= 0,000	0,260** p= 0,000	0,273** p= 0,000	0,265** p= 0,000	-0,254** P= 0,000
10 Energía suficiente para la vida diaria	0,337** p= 0,000	0,349** p= 0,000	0,306** p= 0,000	0,265** p= 0,000	-0,353** P= 0,000
11 Aceptación de la apariencia física	0,341** p= 0,000	0,315** p= 0,000	0,340** p= 0,000	0,240** p= 0,000	-0,215** P= 0,001
12 Disponibilidad de suficiente dinero	0,183** p= 0,004	0,221** p= 0,001	0,282** p= 0,000	0,259** p= 0,000	-0,306** P= 0,000
13 Disponibilidad de suficiente información	0,422** p= 0,000	0,352** p= 0,000	0,366** p= 0,000	0,245** p= 0,000	-0,277** P= 0,000
14 Ocasión de realizar actividades de ocio	0,306** p= 0,000	0,122 p= 0,059	0,267** p= 0,000	0,119 p= 0,064	-0,225** P= 0,000
15 Capacidad de desplazamiento	0,153* p= 0,018	0,136* p= 0,035	0,232* p= 0,000	0,262** p= 0,000	-0,188** P= 0,003
16 Satisfacción con el sueño	0,355** p= 0,000	0,328** p= 0,000	0,291** p= 0,000	0,227** p= 0,000	-0,322** P= 0,000
17 Satisfacción con la habilidad para realizar actividades	0,371** p= 0,000	0,400** p= 0,000	0,333** p= 0,000	0,299** p= 0,000	-0,299** P= 0,000
18 Satisfacción con la capacidad de trabajo	0,308** p= 0,000	0,343** p= 0,000	0,302** p= 0,000	0,372** p= 0,000	-0,239** P= 0,000
19 Satisfacción con uno mismo	0,459** p= 0,000	0,410** p= 0,000	0,310** p= 0,000	0,312** p= 0,000	-0,271** P= 0,000

20	0,475**	0,317**	0,233**	0,229**	-0,253**
Satisfacción con las relaciones personales	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	P= 0,000
21	0,269**	0,201**	0,109	0,155*	-0,178**
Satisfacción con la vida sexual	p= 0,000	p= 0,002	p= 0,099	p= 0,018	P= 0,007
22	1	0,370**	0,277**	0,202**	-0,156*
Satisfacción con el apoyo de los amigos		p= 0,000	p= 0,000	p= 0,002	P= 0,015
23	0,370**	1	0,412**	0,411**	-0,198**
Satisfacción con el lugar donde vive	p= 0,000		p= 0,000	p= 0,000	P= 0,002
24	0,277**	0,412**	1	0,484**	-0,174**
Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios	p= 0,000	p= 0,000		p= 0,000	P= 0,007
25	0,202**	0,411**	0,484**	1	-0,150*
Satisfacción con el transporte	p= 0,002	p= 0,000	p= 0,000		P= 0,020
26 Frecuencia de sentimientos negativos	-0,156*	-0,198**	-0,174**	-0,150*	1
	p= 0,015	p= 0,002	p= 0,007	p= 0,020	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a las variables sobre la calidad de vida relacionada con la salud, se observa que la calidad de vida se relaciona positivamente con:

- La satisfacción con la salud (Correlación: 0,584; $p = 0,000 < 0,01$)
- El disfrute de la vida (Correlación: 0,412; $p = 0,000 < 0,01$)
- El sentido de la vida (Correlación: 0,366; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de concentración (Correlación: 0,291; $p = 0,000 < 0,01$)
- La seguridad ante la vida diaria (Correlación: 0,392; $p = 0,000 < 0,01$)
- La salubridad del ambiente físico (Correlación: 0,312; $p = 0,000 < 0,01$)
- La energía suficiente en la vida diaria (Correlación: 0,431; $p = 0,000 < 0,01$)
- La aceptación de la apariencia física (Correlación: 0,279; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: 0,378; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,264; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,267; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,290; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,180; $p = 0,005 < 0,05$)

- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,337; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,254; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,308; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,231; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,166; $p = 0,012 < 0,05$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,281; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,276; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,222; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,175; $p = 0,006 < 0,05$)

Y negativamente con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,284; $p = 0,000 < 0,01$)

La calidad de vida se correlaciona positivamente con la satisfacción con la salud, el disfrute y sentido de la vida, la capacidad de concentración, la seguridad ante la vida diaria, la salubridad del ambiente físico, la energía suficiente en la vida diaria, la aceptación de la apariencia física, la disponibilidad de suficiente dinero e información, la ocasión de desarrollar actividades de ocio, la capacidad de desplazamiento, la satisfacción con el sueño, la habilidad para realizar actividades, la capacidad de trabajo, la satisfacción con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. Por el contrario, la calidad de vida presenta una correlación inversa con la frecuencia de sentimientos negativos.

La satisfacción con la salud presenta una correlación positiva con:

- El disfrute de la vida (Correlación: 0,350; $p = 0,000 < 0,01$)
- El sentido de la vida (Correlación: 0,313; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de concentración (Correlación: 0,195; $p = 0,002 < 0,05$)
- La seguridad ante la vida diaria (Correlación: 0,315; $p = 0,000 < 0,01$)
- La salubridad del ambiente físico (Correlación: 0,350; $p = 0,000 < 0,01$)
- La energía suficiente en la vida diaria (Correlación: 0,422; $p = 0,000 < 0,01$)
- La aceptación de la apariencia física (Correlación: 0,272; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: 0,275; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,245; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,130; $p = 0,042 < 0,05$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,205; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,168; $p = 0,009 < 0,05$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,379; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,215; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,313; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,311; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,190; $p = 0,004 < 0,05$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,161; $p = 0,013 < 0,05$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,291; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,178; $p = 0,006 < 0,05$)

0,05)

- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,126; $p = 0,049 < 0,05$)

Y negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,308; $p = 0,000 < 0,01$)
- La necesidad de tratamiento médico (Correlación: -0,140; $p = 0,029 < 0,05$)

A mayor satisfacción con la salud, mayor es el disfrute y sentido de la vida, la capacidad de concentración, la seguridad ante la vida diaria, la salubridad del ambiente físico, la energía suficiente en la vida diaria, la aceptación de la apariencia física, la disponibilidad de suficiente dinero e información, el desarrollo de actividades de ocio, la capacidad de desplazamiento, la satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. De igual forma, conforme aumenta la satisfacción con la salud, disminuye la frecuencia de sentimientos negativos y la necesidad de tratamiento médico.

La incapacidad por el dolor se correlaciona de manera positiva con:

- La necesidad de tratamiento médico (Correlación: 0,353; $p = 0,000 < 0,01$)
- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: 0,176; $p = 0,006 < 0,05$)

Y de manera negativa con:

- La energía suficiente en la vida diaria (Correlación: -0,135; $p = 0,035 < 0,05$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: -0,145; $p = 0,024 < 0,05$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: -0,144; $p = 0,025 < 0,05$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: -0,084; $p = 0,193 < 0,05$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: -0,153; $p = 0,017 < 0,05$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: -0,152; $p = 0,018 < 0,05$)

La incapacidad causada por el dolor provoca que tanto la necesidad de tratamiento médico como la frecuencia de sentimientos negativos se incrementen. De forma inversa, esta merma de capacidad, conlleva la disminución de las siguientes variables: la energía suficiente en la vida diaria, la disponibilidad de suficiente dinero, la ocasión para practicar actividades de ocio, la satisfacción con el sueño, la satisfacción con la habilidad para realizar actividades y la satisfacción con la capacidad de trabajo.

La necesidad de tratamiento médico muestra una correlación negativa con:

- El sentido de la vida (Correlación: -0,139; $p = 0,030 < 0,05$)
- La seguridad ante la vida diaria (Correlación: -0,136; $p = 0,034 < 0,05$)
- La energía suficiente en la vida diaria (Correlación: -0,155; $p = 0,016 < 0,05$)
- La aceptación de la apariencia física (Correlación: -0,256; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: -0,162; $p = 0,011 < 0,05$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: -0,181; $p = 0,005 < 0,05$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: -0,186; $p = 0,004 < 0,05$)

- La satisfacción con el sueño (Correlación: -0,180; $p = 0,005 < 0,05$)

Cuanto mayor es la necesidad de tratamiento médico menor es el sentido de la vida, la seguridad ante la vida diaria, la energía suficiente en la vida diaria, la aceptación de la apariencia física, la disponibilidad de suficiente dinero e información, la capacidad de desplazamiento y la satisfacción con el sueño.

El disfrute de la vida se relaciona positivamente con:

- El sentido de la vida (Correlación: 0,486; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de concentración (Correlación: 0,226; $p = 0,000 < 0,01$)
- La seguridad ante la vida diaria (Correlación: 0,455; $p = 0,000 < 0,01$)
- La salubridad del ambiente físico (Correlación: 0,385; $p = 0,000 < 0,01$)
- La energía suficiente en la vida diaria (Correlación: 0,528; $p = 0,000 < 0,01$)
- La aceptación de la apariencia física (Correlación: 0,352; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: 0,317; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,423; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,394; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,314; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,318; $p = 0,005 < 0,05$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,564; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,294; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,390; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,503; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,326; $p = 0,000 < 0,05$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,418; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,284; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,252; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,212; $p = 0,001 < 0,05$)

Y negativamente con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,266; $p = 0,000 < 0,01$)

Conforme aumenta el disfrute de la vida aumenta el sentido de la vida, la capacidad de concentración, la seguridad ante la vida diaria, la salubridad del ambiente físico, la energía suficiente en la vida diaria, la aceptación de la apariencia física, la disponibilidad de suficiente dinero e información, la ocasión para realizar actividades de ocio y la capacidad de desplazamiento. De igual forma, se incrementa la satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. Por el contrario, el disfrute de la vida presenta una relación inversa con la frecuencia de sentimientos negativos, de manera que cuando disminuye el disfrute de la vida se produce el aumento de la frecuencia de sentimientos negativos.

El sentido de la vida muestra una correlación positiva con:

- La capacidad de concentración (Correlación: 0,345; $p = 0,000 < 0,01$)
- La seguridad ante la vida diaria (Correlación: 0,405; $p = 0,000 < 0,01$)
- La salubridad del ambiente físico (Correlación: 0,295; $p = 0,000 < 0,01$)
- La energía suficiente en la vida diaria (Correlación: 0,430; $p = 0,000 < 0,01$)
- La aceptación de la apariencia física (Correlación: 0,472; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: 0,297; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,275; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,236; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,319; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,350; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,485; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,440; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,497; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,431; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,371; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,287; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,314; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,267; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,245; $p = 0,000 < 0,01$)

Y una correlación negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,311; $p = 0,000 < 0,01$)

El aumento del sentido de la vida implica el aumento de la capacidad de concentración, la seguridad ante la vida diaria, la salubridad del ambiente físico, la energía suficiente en la vida diaria, la aceptación de la apariencia física, la disponibilidad de suficiente dinero e información, el desarrollo de actividades de ocio y la capacidad de desplazamiento. Asimismo conlleva también el aumento de la satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. El sentido de la vida se relaciona con la frecuencia de sentimientos negativos de manera inversa, de forma que al aumentar el sentido de la vida decrece la frecuencia de sentimientos negativos.

La capacidad de concentración muestra una correlación positiva con:

- La seguridad ante la vida diaria (Correlación: 0,363; $p = 0,000 < 0,01$)
- La salubridad del ambiente físico (Correlación: 0,299; $p = 0,000 < 0,01$)
- La energía suficiente en la vida diaria (Correlación: 0,261; $p = 0,000 < 0,01$)
- La aceptación de la apariencia física (Correlación: 0,188; $p = 0,003 < 0,05$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: 0,265; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,213; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,202; $p = 0,002 < 0,05$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,140; $p = 0,030 < 0,05$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,268; $p = 0,000 < 0,01$)

- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,506; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,353; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,313; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,270; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,196; $p = 0,002 < 0,05$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,204; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,266; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,175; $p = 0,006 < 0,05$)

Y una correlación negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,205; $p = 0,001 < 0,05$)

Al aumentar la capacidad de concentración aumentan las variables asociadas a la calidad de vida relacionada con la salud, esta premisa se cumple en todas las variables teniendo como única excepción la frecuencia de sentimientos negativos. Esta última variable (frecuencia de sentimientos negativos) disminuye conforme aumenta la capacidad de concentración.

La seguridad ante la vida diaria se relaciona positivamente con:

- La salubridad del ambiente físico (Correlación: 0,432; $p = 0,000 < 0,01$)
- La energía suficiente en la vida diaria (Correlación: 0,432; $p = 0,000 < 0,01$)
- La aceptación de la apariencia física (Correlación: 0,331; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: 0,294; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,360; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,331; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,226; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,323; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,417; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,330; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,448; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,350; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,204; $p = 0,002 < 0,05$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,407; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,270; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,302; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,224; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativamente con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,366; $p = 0,000 < 0,01$)

El aumento de la seguridad ante la vida diaria provoca el aumento de diversas variables ligadas a la calidad de vida relacionada con la salud (salubridad del ambiente físico, energía suficiente en la vida diaria, aceptación de la apariencia física, disponibilidad de suficiente dinero e información, ocasión de actividades de ocio, capacidad de

desplazamiento, satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte). Además, la percepción positiva de la seguridad ante la vida diaria conlleva la disminución de la frecuencia de sentimientos negativos.

La salubridad percibida del ambiente físico presenta una correlación positiva con:

- La energía suficiente en la vida diaria (Correlación: 0,351; $p = 0,000 < 0,01$)
- La aceptación de la apariencia física (Correlación: 0,175; $p = 0,006 < 0,05$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: 0,285; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,383; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,247; $p = 0,000 < 0,01$)
- Capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,209; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,180; $p = 0,005 < 0,05$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,368; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,244; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,216; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,282; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,159; $p = 0,016 < 0,05$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,271; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,260; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,273; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,265; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,254; $p = 0,000 < 0,01$)

Conforme mejora la percepción de calidad del ambiente físico mejora también la valoración de la propia energía necesaria en la vida diaria, la aceptación de la apariencia física, la disponibilidad de suficiente dinero e información, el desarrollo de actividades de ocio, la capacidad de desplazamiento, la satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. Por el contrario, el aumento de la salubridad del ambiente físico provoca el detrimento de la frecuencia de sentimientos negativos.

La energía suficiente para la vida diaria presenta una correlación positiva con:

- La aceptación de la apariencia física (Correlación: 0,468; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: 0,421; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,430; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,333; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,319; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,331; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,555; $p =$

0,000 < 0,01)

- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,358; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,384; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,365; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,141; $p = 0,033 < 0,05$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,337; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,349; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,306; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,265; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,353; $p = 0,000 < 0,01$)

La sensación de tener la energía suficiente para encarar la vida diaria implica una mayor aceptación de la apariencia física, la disponibilidad de suficiente dinero e información, la mayor ocasión de desarrollar actividades de ocio y la capacidad de desplazamiento. El aumento de esta variable conlleva asimismo el aumento de la satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, la satisfacción con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. Del mismo modo, la sensación de tener la energía suficiente para manejarse en la vida provoca la disminución de la frecuencia de sentimientos negativos.

La aceptación de la apariencia física se relaciona de manera positiva con:

- La disponibilidad de suficiente dinero (Correlación: 0,284; $p = 0,000 < 0,01$)
- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,357; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,262; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,166; $p = 0,010 < 0,05$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,240; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,337; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,302; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,538; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,408; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,158; $p = 0,016 < 0,05$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,341; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,315; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,340; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,240; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,215; $p = 0,001 < 0,05$)

Cuanto mayor es la aceptación de la apariencia física mayor es la percepción de disponibilidad de suficiente dinero e información, la posibilidad de desarrollo de

actividades de ocio y las facilidades para el desplazamiento, la satisfacción con: el sueño, la habilidad para realizar actividades, la capacidad de trabajo, con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. Además, una mayor aceptación de la apariencia se relaciona con una menor frecuencia de sentimientos negativos.

La disponibilidad de suficiente dinero muestra una correlación positiva con:

- La disponibilidad de suficiente información (Correlación: 0,442; $p = 0,000 < 0,01$)
- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,321; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,338; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,259; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,319; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,275; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,314; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,204; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,155; $p = 0,018 < 0,05$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,183; $p = 0,004 < 0,05$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,221; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,282; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,259; $p = 0,000 < 0,01$).

Y negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,306; $p = 0,000 < 0,01$).

La disponibilidad de suficiente dinero se relaciona de manera directa con la disponibilidad de suficiente información, el desarrollo de actividades de ocio, la capacidad de desplazamiento, la satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, la satisfacción con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. Esta variable muestra una relación inversa con la frecuencia de sentimientos negativos, de manera que conforme aumenta la percepción de disponibilidad de dinero disminuye la frecuencia de sentimientos negativos.

La disponibilidad de suficiente información se relaciona positivamente con:

- La ocasión de actividades de ocio (Correlación: 0,375; $p = 0,000 < 0,01$)
- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,251; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,336; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,427; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,213; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,372; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,316; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,422; $p = 0,000 < 0,01$)

- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,352; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,366; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,245; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativamente con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,277; $p = 0,000 < 0,01$)

Una mayor disponibilidad de acceso a la información necesaria para el desarrollo personal, implica una mayor capacidad de desplazamiento y la oportunidad de actividades de ocio. Del mismo modo, aumenta la satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, la satisfacción con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. De manera complementaria, cuanto mayor es la disponibilidad de acceder a la información menor es la frecuencia de sentimientos negativos.

La ocasión de realizar actividades de ocio presenta una correlación positiva con:

- La capacidad de desplazamiento (Correlación: 0,215; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,214; $p = 0,001 < 0,05$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,299; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,134; $p = 0,037 < 0,05$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,302; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,270; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,306; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,267; $p = 0,000 < 0,01$)

Y una correlación negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,225; $p = 0,000 < 0,01$)

El aumento de las ocasiones para realizar actividades de ocio implica el aumento de la capacidad de desplazamiento, a su vez, conlleva el incremento de la satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, con la satisfacción con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. También, el desarrollo positivo de actividades de ocio predispone a la disminución de la frecuencia de sentimientos negativos.

La capacidad de desplazamiento se correlaciona de forma positiva con:

- La satisfacción con el sueño (Correlación: 0,298; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,398; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,202; $p = 0,002 < 0,05$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,226; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,176; $p = 0,007 < 0,05$)

- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,166; $p = 0,012 < 0,05$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,153; $p = 0,018 < 0,05$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,136; $p = 0,035 < 0,05$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,232; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,262; $p = 0,000 < 0,01$)

Y de forma negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,188; $p = 0,003 < 0,05$)

A mayor capacidad de desplazamiento mayor es la satisfacción con el sueño, con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, con la satisfacción con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. El aumento de la capacidad de desplazamiento produce una merma en la frecuencia de sentimientos negativos.

- La satisfacción con el sueño se relaciona positivamente con:

- La satisfacción con la habilidad para realizar actividades (Correlación: 0,562; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,305; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,308; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,239; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,355; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,328; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,291; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,227; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativamente con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,322; $p = 0,000 < 0,01$)

La satisfacción con el sueño favorece la satisfacción con la habilidad para realizar actividades, con la capacidad de trabajo, con la satisfacción con uno mismo, con las relaciones personales, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y con el transporte. El aumento de esta variable implica el detrimento de la frecuencia de sentimientos negativos.

La satisfacción con la habilidad para realizar actividades de ocio muestra una correlación positiva con:

- La satisfacción con la capacidad de trabajo (Correlación: 0,508; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,518; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,495; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,290; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,371; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,400; $p = 0,000 < 0,01$)

- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,333; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,299; $p = 0,000 < 0,01$)

Y una correlación negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,299; $p = 0,000 < 0,01$)

Cuanto mayor es la satisfacción con la habilidad para realizar actividades de ocio mayor es la satisfacción con la actividad de trabajo, con la satisfacción con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y el transporte. Al mismo tiempo, cuanto mayor es la satisfacción con la habilidad para realizar actividades, menor es la frecuencia de sentimientos negativos.

La satisfacción con la capacidad de trabajo se relaciona positivamente con:

- La satisfacción con uno mismo (Correlación: 0,520; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,447; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,328; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,308; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,343; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,302; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,372; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativamente con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,239; $p = 0,000 < 0,01$)

Una mayor satisfacción con la capacidad de trabajo implica una mayor satisfacción con uno mismo, con las relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y el transporte. Al mismo tiempo, conlleva una disminución de la frecuencia de sentimientos negativos.

La satisfacción con uno mismo se correlaciona de manera positiva con:

- La satisfacción con las relaciones personales (Correlación: 0,624; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,369; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,459; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,410; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,310; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,312; $p = 0,000 < 0,01$)

Y de manera negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,271; $p = 0,000 < 0,01$)

Cuanto mayor es la satisfacción con uno mismo, mayor es la satisfacción con las

relaciones personales, con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y el transporte. Esta satisfacción personal se relaciona de forma inversa con la frecuencia de sentimientos negativos.

- La satisfacción con las relaciones personales presenta una correlación positiva:

- La satisfacción con la vida sexual (Correlación: 0,511; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,475; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,317; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,233; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,229; $p = 0,000 < 0,01$)

Y una correlación negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,253; $p = 0,000 < 0,01$)

El aumento de la satisfacción con las relaciones personales posibilita el aumento de la satisfacción con la vida sexual, con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive, con el acceso a los servicios sanitarios y el transporte; e implica la disminución de la frecuencia de sentimientos negativos.

La satisfacción con la vida sexual se relaciona positivamente:

- La satisfacción con el apoyo de los amigos (Correlación: 0,269; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,201; $p = 0,002 < 0,05$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,155; $p = 0,018 < 0,05$)

Y negativamente con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,178; $p = 0,007 < 0,05$)

Conforme aumenta la satisfacción con la vida sexual aumenta la satisfacción con el apoyo de los amigos, con el lugar donde vive y con el transporte. El aumento de la satisfacción con la vida sexual implica una menor frecuencia de sentimientos negativos.

La satisfacción con el apoyo de los amigos muestra una correlación positiva con:

- La satisfacción con el lugar donde vive (Correlación: 0,370; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,277; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,202; $p = 0,002 < 0,05$)

Y una correlación negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,156; $p = 0,015 < 0,05$)

El aumento de la satisfacción con el apoyo de los amigos conlleva el aumento de la satisfacción con el lugar donde vive, el acceso a los servicios sanitarios y el transporte. Al mismo tiempo implica la disminución de la frecuencia de sentimientos negativos.

La satisfacción con el lugar donde vive se relaciona positivamente con:

- La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios (Correlación: 0,412; $p = 0,000 < 0,01$)
- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,411; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativamente con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,198; $p = 0,002 < 0,05$)

Cuando aumenta la satisfacción con el lugar donde se vive se incrementa la satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios y el transporte. De igual forma, este aumento de la satisfacción asociada al lugar donde se vive conlleva la disminución de la frecuencia de sentimientos negativos.

La satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios se relaciona de manera positiva con:

- La satisfacción con el transporte (Correlación: 0,484; $p = 0,000 < 0,01$)

Y de manera negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,174; $p = 0,007 < 0,05$)

Al aumentar la satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios, aumenta la satisfacción con el transporte y disminuye la frecuencia de sentimientos negativos.

La satisfacción con el transporte muestra una correlación negativa con:

- La frecuencia de sentimientos negativos (Correlación: -0,150; $p = 0,020 < 0,05$)

Conforme aumenta la satisfacción con el transporte se produce la disminución de la frecuencia de sentimientos negativos.

2.2.2. Correlaciones entre las variables estilos de vida y la calidad de vida relacionada a la salud

Cuadro 3a: Correlaciones entre la frecuencia y compañía en el consumo de alcohol.

	1	2	3	4	5	6
1 Frecuencia consumo de vino	1	0,146* p= 0,036	0,224** p= 0,001	0,470** p= 0,000	0,320** p= 0,000	0,291** p= 0,000
2 Frecuencia consumo de aperitivos	0,146* P= 0,036	1	0,205** p= 0,003	0,180** p= 0,009	0,151* p= 0,029	0,194** p= 0,005
3 Frecuencia consumo de sidra	0,224** P= 0,001	0,205** p= 0,003	1	0,370** p= 0,000	0,265** p= 0,000	0,204** p= 0,003

4 Frecuencia consumo de cerveza	0,470** P= 0,000	0,180** p= 0,009	0,370** p= 0,000	1	0,447** p= 0,000	0,350** p= 0,000
5 Frecuencia consumo de brandy	0,320** P= 0,000	0,151* p= 0,029	0,265** p= 0,000	0,447** p= 0,000	1	0,301** p= 0,000
6 Frecuencia consumo de whisky	0,291** P= 0,000	0,194** p= 0,005	0,204** p= 0,003	0,350** p= 0,000	0,301** p= 0,000	1
7 Consumo de alcohol en casa	-0,248** P= 0,000	0,014 p= 0,837	-0,155* p= 0,024	-0,304** p= 0,000	-0,172* p= 0,011	-0,174* p= 0,011
8 Consumo de alcohol en el trabajo	-0,083 P= 0,224	-0,032 p= 0,642	-0,110 p= 0,112	-0,225** p= 0,001	-0,021 p= 0,764	0,043 p= 0,532
9 Consumo de alcohol en casa de otra persona	-0,199** P= 0,003	-0,017 p= 0,806	-0,131 p= 0,057	-0,205** p= 0,002	-0,062 p= 0,364	-0,262** p= 0,000
10 Consumo de alcohol en cafetería o bar	-0,229** P= 0,001	-0,130 p= 0,059	-0,259** p= 0,000	-0,401** p= 0,000	-0,243** p= 0,000	-0,218** p= 0,001
11 Consumo de alcohol en un restaurante o similar	-0,146* P= 0,031	-0,088 p= 0,201	-0,174* p= 0,012	-0,174** p= 0,009	-0,026 p= 0,710	-0,116 p= 0,093
12 Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	-0,231** P= 0,001	-0,208** p= 0,002	-0,146* p= 0,035	-0,203** p= 0,002	-0,355** p= 0,000	-0,284** p= 0,000
13 Consumo de alcohol en otro lugar	-0,008 P= 0,911	-0,008 p= 0,907	-0,101 p= 0,144	-0,143* p= 0,034	-0,008 p= 0,902	-0,110 p= 0,112
14 Consumo de alcohol solo	-0,167* P= 0,014	-0,085 p= 0,217	-0,073 p= 0,294	-0,142* p= 0,034	-0,155* p= 0,023	-0,175* p= 0,011
15 Consumo de alcohol con el cónyuge	-0,114 P= 0,094	-0,078 p= 0,256	0,003 p= 0,964	-0,032 p= 0,639	0,023 p= 0,740	0,078 p= 0,260
16 Consumo de alcohol con uno o varios hijos	0,053 P= 0,439	0,008 p= 0,903	-0,110 p= 0,112	0,063 p= 0,349	0,054 p= 0,428	0,043 p= 0,532
17 Consumo de alcohol con padres	-0,092 P= 0,176	-0,078 p= 0,259	-0,181** p= 0,008	-0,070 p= 0,299	-0,032 p= 0,639	-0,036 p= 0,599
18 Consumo de alcohol con familiares	-0,033 P= 0,625	-0,117 p= 0,088	-0,264** p= 0,000	-0,085 p= 0,208	-0,031 p= 0,646	-0,078 p= 0,260
19 Consumo de alcohol con amigos	-0,286** P= 0,000	-0,223** p= 0,001	-0,230** p= 0,001	-0,353** p= 0,000	-0,361** p= 0,000	-0,298** p= 0,000

20 Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	-0,169* P= 0,013	-0,012 p= 0,859	-0,098 p= 0,154	-0,066 p= 0,329	-0,079 p= 0,246	-0,244** p= 0,000
21 Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	-0,116 P= 0,090	-0,010 p= 0,889	-0,220** p= 0,001	-0,196** p= 0,003	-0,062** p= 0,363	-0,203** p= 0,003
22 Consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales	-0,026 P= 0,701	-0,032 p= 0,639	-0,105 p= 0,127	-0,057 p= 0,396	-0,036 p= 0,602	-0,184** p= 0,007

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Cuadro 3b: Correlaciones entre la frecuencia y compañía en el consumo de alcohol.

	7	8	9	10	11	12
1 Frecuencia consumo de vino	-0,248** P= 0,000	-0,083 p= 0,224	-0,199** p= 0,003	-0,229** p= 0,001	-0,146* p= 0,031	0,231** p= 0,001
2 Frecuencia consumo de aperitivos	0,014 P= 0,837	-0,032 p= 0,642	-0,017 p= 0,806	-0,130 p= 0,059	-0,088 p= 0,201	-0,208** p= 0,002
3 Frecuencia consumo de sidra	-0,155* P= 0,024	-0,110 p= 0,112	-0,131 p= 0,057	-0,259** p= 0,000	-0,174* p= 0,012	-0,146* p= 0,035
4 Frecuencia consumo de cerveza	-0,304** p= 0,000	-0,225** p= 0,001	-0,205** p= 0,002	-0,401** p= 0,000	-0,174** p= 0,009	-0,203** p= 0,002
5 Frecuencia consumo de brandy	-0,172* P= 0,011	-0,021 p= 0,764	-0,062 p= 0,364	-0,243** p= 0,000	-0,026 p= 0,710	0,355** p= 0,000
6 Frecuencia consumo de whisky	-0,174* P= 0,011	0,043 p= 0,532	-0,262** p= 0,000	-0,218** p= 0,001	-0,116 p= 0,093	-0,284** p= 0,000
7 Consumo de alcohol en casa	1	-0,028 p= 0,667	0,317** p= 0,000	0,221** p= 0,001	0,167* p= 0,010	0,144* p= 0,027
8 Consumo de alcohol en el trabajo	-0,028 P= 0,667	1	-0,030 p= 0,643	-0,053 p= 0,417	-0,028 p= 0,667	-0,096 p= 0,143
9 Consumo de alcohol en casa de otra persona	0,317** P= 0,000	-0,030 p= 0,643	1	0,255** p= 0,000	0,409** p= 0,000	0,175** p= 0,007
10 Consumo de alcohol en cafetería o bar	0,221** P= 0,001	-0,053 p= 0,417	0,256** p= 0,000	1	0,268** p= 0,000	-0,021 p= 0,749

11 Consumo de alcohol en un restaurante o similar	0,167* P= 0,010	-0,028 p= 0,667	0,409** p= 0,000	0,268** p= 0,000	1	0,044 p= 0,501
12 Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	0,144* P= 0,027	-0,096 p= 0,143	0,175** p= 0,007	-0,021 p= 0,749	0,044 p= 0,501	1
13 Consumo de alcohol en otro lugar	0,048 P= 0,462	-0,016 p= 0,809	0,081 p= 0,217	0,072 p= 0,272	-0,054 p= 0,411	0,087 p= 0,187
14 Consumo de alcohol solo	0,214** p= 0,001	-0,009 p= 0,896	0,025 p= 0,705	0,027 p= 0,677	0,034 p= 0,607	0,019 p= 0,770
15 Consumo de alcohol con el cónyuge	0,151* p= 0,020	-0,016 p= 0,810	0,179** p= 0,006	0,145* p= 0,026	0,100 p= 0,125	0,045 p= 0,490
16 Consumo de alcohol con uno o varios hijos	-0,028 p= 0,667	-0,004 p= 0,948	-0,030 p= 0,643	-0,053 p= 0,417	-0,028 p= 0,667	-0,096 p= 0,143
17 Consumo de alcohol con padres	0,279** p= 0,000	-0,013 p= 0,843	0,139* p= 0,033	0,109 p= 0,094	0,279** p= 0,000	-0,007 p= 0,919
18 Consumo de alcohol con familiares	0,258** p= 0,000	-0,119 p= 0,768	0,147* p= 0,024	0,205** p= 0,002	0,301** p= 0,000	-0,032 p= 0,623
19 Consumo de alcohol con amigos	0,147* p= 0,024	-0,136* p= 0,036	0,194** p= 0,003	0,345** p= 0,000	0,057 p= 0,385	0,678** p= 0,00
20 Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	0,105 p= 0,107	-0,018 p= 0,781	0,213** p= 0,001	0,075 p= 0,254	0,195** p= 0,003	-0,056 p= 0,390
21 Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	0,105 p= 0,107	0,234** p= 0,000	0,085 p= 0,195	0,108 p= 0,098	0,240** p= 0,000	-0,021 p= 0,748
22 Consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales	-0,057 p= 0,387	-0,009 p= 0,896	0,025 p= 0,705	0,027 p= 0,677	0,124 p= 0,057	-0,051 p= 0,432

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Cuadro 3c: Correlaciones entre la frecuencia y compañía en el consumo de alcohol.

	13	14	15	16	17	18
1 Frecuencia consumo de vino	-0,008 p= 0,911	-0,167* p= 0,014	-0,114 p= 0,094	0,053 p= 0,439	-0,092 p= 0,176	-0,033 p= 0,625
2 Frecuencia consumo de aperitivos	-0,008 p= 0,907	-0,085 0,217	-0,078 p= 0,256	0,008 p= 0,903	-0,078 p= 0,259	-0,117 p= 0,088
3 Frecuencia consumo de sidra	-0,101 p= 0,144	-0,073 p= 0,294	0,003 p= 0,964	-0,110 p= 0,112	-0,181** p= 0,008	-0,264** p= 0,000
4 Frecuencia consumo de cerveza	-0,143* 0,034	-0,142* p= 0,034	-0,032 p= 0,639	0,063 p= 0,349	-0,070 0,299	-0,085 p= 0,208
5 Frecuencia consumo de brandy	-0,008 p= 0,902	-0,155* p= 0,023	0,023 p= 0,740	0,054 p= 0,428	-0,032 0,639	-0,031 p= 0,646
6 Frecuencia consumo de whisky	-0,110 p= 0,112	-0,175* p= 0,011	0,078 p= 0,260	0,043 p= 0,532	-0,036 p= 0,599	-0,078 p= 0,260
7 Consumo de alcohol en casa	0,048 p= 0,462	0,214** p= 0,001	0,151* p= 0,020	-0,028 p= 0,667	0,279** p= 0,000	0,258** p= 0,000
8 Consumo de alcohol en el trabajo	-0,016 p= 0,809	-0,009 p= 0,896	-0,016 p= 0,810	-0,004 p= 0,948	-0,013 p= 0,843	-0,019 p= 0,768
9 Consumo de alcohol en casa de otra persona	0,081 p= 0,217	-0,025 p= 0,705	0,179** p= 0,006	-0,030 p= 0,643	0,139* p= 0,033	0,147* p= 0,024
10 Consumo de alcohol en cafetería o bar	0,072 p= 0,272	0,027 p= 0,677	0,145* p= 0,026	-0,053 p= 0,417	0,109 p= 0,094	0,205** p= 0,002
11 Consumo de alcohol en un restaurante o similar	-0,054 p= 0,411	0,034 p= 0,607	0,100 p= 0,125	-0,028 p= 0,667	0,279** p= 0,000	0,301** p= 0,000
12 Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	0,087 p= 0,187	0,019 p= 0,770	0,045 p= 0,490	-0,096 p= 0,143	-0,007 p= 0,919	-0,032 p= 0,623
13 Consumo de alcohol en otro lugar	1	-0,256** p= 0,000	-0,056 p= 0,391	0,270** p= 0,000	0,049 p= 0,460	0,140* p= 0,032
14 Consumo de alcohol solo	0,256** p= 0,000	1	0,032 p= 0,628	0,497** p= 0,000	0,145* p= 0,026	0,202** p= 0,002

15 Consumo de alcohol con el cónyuge	-0,056 p= 0,391	-0,032 p= 0,628	1	0,016 p= 0,810	0,243** p= 0,000	0,065 p= 0,319
16 Consumo de alcohol con uno o varios hijos	0,270** p= 0,000	0,497** p= 0,000	-0,016 p= 0,810	1	0,328** p= 0,000	0,220** p= 0,001
17 Consumo de alcohol con padres	0,049 p= 0,460	0,145* p= 0,026	0,243** p= 0,000	0,328** p= 0,000	1	0,266** p= 0,000
18 Consumo de alcohol con familiares	0,140* p= 0,032	0,202** p= 0,002	0,065 p= 0,319	0,220** p= 0,001	0,266** p= 0,000	1
19 Consumo de alcohol con amigos	0,117 p= 0,075	-0,021 p= 0,743	0,116 p= 0,076	0,031 p= 0,633	0,039 p= 0,556	0,062 p= 0,345
20 Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	0,220** p= 0,001	0,344** p= 0,000	0,005 p= 0,944	0,234** p= 0,000	0,201** p= 0,002	0,219** p= 0,001
21 Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	0,148* p= 0,024	0,217** p= 0,001	-0,067 p= 0,303	0,234** p= 0,000	0,116 p= 0,076	0,219** p= 0,001
22 Consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales	0,112 p= 0,088	0,237** p= 0,000	-0,032 p= 0,628	0,497** p= 0,000	0,145* p= 0,026	0,202** p= 0,002

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Cuadro 3d: Correlaciones entre la frecuencia y compañía en el consumo de alcohol.

	19	20	21	22
1 Frecuencia consumo de vino	-0,286** p= 0,000	-0,169* p= 0,013	-0,116 p= 0,090	-0,026 p= 0,701
2 Frecuencia consumo de aperitivos	-0,223** p= 0,001	-0,012 0,859	-0,010 p= 0,889	-0,032 p= 0,639
3 Frecuencia consumo de sidra	-0,230** p= 0,001	-0,098 p= 0,154	-0,220** p= 0,001	-0,105 p= 0,127
4 Frecuencia consumo de cerveza	-0,353** 0,000	-0,066 p= 0,329	-0,196** p= 0,003	-0,057 p= 0,396
5 Frecuencia consumo de brandy	-0,361** p= 0,000	-0,079 p= 0,246	-0,062 p= 0,363	-0,036 p= 0,602

6 Frecuencia consumo de whisky	-0,298** p= 0,000	-0,244** p= 0,000	-0,203** p= 0,003	-0,184** p= 0,007
7 Consumo de alcohol en casa	0,147* p= 0,024	0,105 p= 0,107	0,105 p= 0,107	-0,057 p= 0,387
8 Consumo de alcohol en el trabajo	-0,136* p= 0,036	-0,018 p= 0,781	0,234** p= 0,000	-0,009 p= 0,896
9 Consumo de alcohol en casa de otra persona	0,194** p= 0,003	0,213** p= 0,001	0,085 p= 0,195	0,025 p= 0,705
10 Consumo de alcohol en cafetería o bar	0,345** p= 0,000	0,075 p= 0,254	0,108 p= 0,098	0,027 p= 0,677
11 Consumo de alcohol en un restaurante o similar	0,057 p= 0,385	0,195** p= 0,003	0,240** p= 0,000	0,124 p= 0,057
12 Consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas	0,678** p= 0,000	-0,056 p= 0,390	-0,021 p= 0,748	0,051 p= 0,432
13 Consumo de alcohol en otro lugar	0,117 p= 0,075	0,220** p= 0,001	0,148* p= 0,024	0,112 p= 0,088
14 Consumo de alcohol solo	-0,021 p= 0,743	0,344** p= 0,000	0,217** p= 0,001	0,237** p= 0,000
15 Consumo de alcohol con el cónyuge	0,116 p= 0,076	0,005 p= 0,944	-0,067 p= 0,303	-0,032 p= 0,628
16 Consumo de alcohol con uno o varios hijos	0,031 p= 0,633	0,234** p= 0,000	0,234** p= 0,000	0,497** p= 0,000
17 Consumo de alcohol con padres	0,039 p= 0,556	0,201** p= 0,002	0,116 p= 0,076	0,145* p= 0,026
18 Consumo de alcohol con familiares	0,062 p= 0,345	0,219** p= 0,001	0,219** p= 0,001	0,202** p= 0,002
19 Consumo de alcohol con amigos	1	-0,077 p= 0,238	0,007 p= 0,913	-0,021 p= 0,743
20 Consumo de alcohol con vecinos o conocidos	-0,077 p= 0,238	1	0,366** p= 0,000	0,217** p= 0,001

21 Consumo de alcohol con compañeros de trabajo	0,007 p= 0,913	0,366** p= 0,000	1	0,344** p= 0,000
22 Consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales	-0,021 p= 0,743	0,217** p= 0,001	0,344** p= 0,000	1

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La frecuencia en el consumo de vino se relaciona positivamente con:

- La frecuencia del consumo de aperitivos (Correlación: 0,146; p = 0,036 < 0,05)
- La frecuencia del consumo de sidra (Correlación: 0,224; p = 0,001 < 0,05)
- La frecuencia del consumo de cerveza (Correlación: 0,470; p = 0,000 < 0,01)
- La frecuencia del consumo de brandy (Correlación: 0,320; p = 0,000 < 0,01)
- La frecuencia del consumo de whisky (Correlación: 0,291; p = 0,000 < 0,01)

Y negativamente con:

- El consumo de alcohol en casa (Correlación: -0,248; p = 0,000 < 0,01)
- El consumo de alcohol en casa de otra persona (Correlación: -0,199; p = 0,003 < 0,05)
- El consumo de alcohol en cafetería o bar (Correlación: -0,229; p = 0,001 < 0,05)
- El consumo de alcohol en un restaurante o similar (Correlación: -0,146; p = 0,031 < 0,01)
- El consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas (Correlación: -0,231; p = 0,001 < 0,05)
- El consumo de alcohol solo (Correlación: -0,167; p = 0,014 < 0,05)
- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: -0,286; p = 0,000 < 0,01)
- El consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: -0,169; p = 0,013 < 0,05)

De acuerdo con esta información, se constata que un mayor consumo de vino conlleva el aumento de la frecuencia en el consumo de aperitivos, sidra, cerveza, brandy y whisky. El aumento de esta variable presenta una correlación inversa con el consumo de alcohol en casa, en casa de otra persona, en una cafetería o bar, en un restaurante o similar, en discotecas y sala de fiestas, solo, con amigos y vecinos.

La frecuencia en el consumo de aperitivos se relaciona de manera positiva con:

- La frecuencia del consumo de sidra (Correlación: 0,205; p = 0,003 < 0,05)
- La frecuencia del consumo de cerveza (Correlación: 0,180; p = 0,009 < 0,05)
- La frecuencia del consumo de brandy (Correlación: 0,151; p = 0,029 < 0,05)
- La frecuencia del consumo de whisky (Correlación: 0,194; p = 0,005 < 0,05)

Y de manera negativa con:

- El consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas (Correlación: -0,208; $p = 0,002 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: -0,223; $p = 0,001 < 0,05$)

El aumento de la frecuencia de consumo de aperitivos implica el aumento de la frecuencia en el consumo de bebidas tales como sidra, cerveza, brandy y whisky. Esta variable, se relaciona de manera inversa con la frecuencia de consumo en discotecas, sala de fiestas y en presencia de amigos.

La frecuencia en el consumo de sidra muestra una correlación positiva con:

- La frecuencia del consumo de cerveza (Correlación: 0,370; $p = 0,000 < 0,01$)
- La frecuencia del consumo de brandy (Correlación: 0,265; $p = 0,000 < 0,01$)
- La frecuencia del consumo de whisky (Correlación: 0,204; $p = 0,003 < 0,05$)

Y negativa con:

- El consumo de alcohol en casa (Correlación: -0,155; $p = 0,024 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en cafetería o bar (Correlación: -0,259; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol en un restaurante o similar (Correlación: -0,174; $p = 0,012 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas (Correlación: -0,146; $p = 0,035 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con padres (Correlación: -0,181; $p = 0,008 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con familiares (Correlación: -0,264; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: -0,230; $p = 0,001 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: -0,220; $p = 0,001 < 0,05$)

Cuando aumenta el consumo de sidra tiende a aumentar el consumo de cerveza, brandy y disminuir el consumo en casa, cafetería, restaurante, discotecas, con padres, familiares, amigos y compañeros de trabajo.

La frecuencia en el consumo de cerveza se relaciona positivamente con:

- La frecuencia del consumo de brandy (Correlación: 0,447; $p = 0,000 < 0,01$)
- La frecuencia del consumo de whisky (Correlación: 0,350; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativamente con:

- El consumo de alcohol en casa (Correlación: -0,304; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol en el trabajo (Correlación: -0,225; $p = 0,001 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en casa de otra persona (Correlación: -0,205; $p = 0,002 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en cafetería o bar (Correlación: -0,401; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol en un restaurante o similar (Correlación: -0,174; $p = 0,009 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas (Correlación: -0,203; $p = 0,002 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en otro lugar (Correlación: -0,143; $p = 0,034 < 0,05$)
- El consumo de alcohol solo (Correlación: -0,142; $p = 0,034 < 0,05$)

- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: $-0,353$; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: $-0,196$; $p = 0,003 < 0,05$)

El hecho de consumir cerveza se relaciona positivamente con la frecuencia en el consumo de brandy y whisky mientras que disminuye el consumo en casa, en el trabajo, en casa de otra gente, en la cafetería o bar, en un restaurante, en discotecas y salas de fiestas, en otro lugar, solo, con amigos y compañeros de trabajo.

La frecuencia en el consumo de brandy muestra una correlación positiva con:

- La frecuencia del consumo de whisky (Correlación: $0,301$; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativa con:

- El consumo de alcohol en casa (Correlación: $-0,172$; $p = 0,011 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en cafetería o bar (Correlación: $-0,243$; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas (Correlación: $-0,355$; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol solo (Correlación: $-0,155$; $p = 0,023 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: $-0,361$; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: $-0,062$; $p = 0,363 < 0,05$)

Conforme aumenta la frecuencia en el consumo de brandy, aumenta la frecuencia en el consumo de whisky a la par que disminuye el consumo en casa, en cafetería o bar, en discotecas, salas de fiestas, solo, con amigos y compañeros de trabajo.

La frecuencia de consumo de whisky se relaciona negativamente con:

- El consumo de alcohol en casa (Correlación: $-0,174$; $p = 0,011 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en casa de otra persona (Correlación: $-0,262$; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol en cafetería o bar (Correlación: $-0,218$; $p = 0,001 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas (Correlación: $-0,284$; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol solo (Correlación: $-0,175$; $p = 0,011 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: $-0,298$; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: $-0,244$; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: $-0,203$; $p = 0,003 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales (Correlación: $-0,184$; $p = 0,007 < 0,05$)

Analizando la relación entre la frecuencia en el consumo de whisky y el resto de variables, se obtienen correlaciones estadísticamente negativas. El aumento de la frecuencia en el consumo de whisky conlleva la disminución en el consumo de bebidas alcohólicas en casa propia y ajena, en una cafetería o bar, en discotecas, en salas de fiestas, solo, con amigos o conocidos, con compañeros de trabajo y clientes o con relaciones profesionales.

El consumo de alcohol en casa muestra una correlación positiva con:

- El consumo de alcohol en casa de otra persona (Correlación: 0,317; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol en cafetería o bar (Correlación: 0,221; $p = 0,001 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en un restaurante o similar (Correlación: 0,167; $p = 0,010 < 0,05$)
- El consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas (Correlación: 0,144; $p = 0,027 < 0,05$)
- El consumo de alcohol solo (Correlación: 0,214; $p = 0,001 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con el cónyuge (Correlación: 0,151; $p = 0,020 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con padres (Correlación: 0,279; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con familiares (Correlación: 0,258; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: 0,147; $p = 0,024 < 0,05$)

El incremento en el consumo de alcohol en casa a su vez, conlleva el aumento en el consumo de alcohol en casa de otra gente, en una cafetería o bar, restaurante o similares, discotecas, salas de fiestas, solo, con el cónyuge, padres, familiares y amigos.

El consumo de alcohol en el trabajo se relaciona positivamente con:

- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: 0,234; $p = 0,000 < 0,01$)

Y negativamente con:

- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: -0,136; $p = 0,036 < 0,05$)

Conforme aumenta el consumo de alcohol en el trabajo aumenta también el consumo con compañeros de trabajo, mientras que disminuye el consumo en presencia de amigos.

El consumo de alcohol en casa de otra persona presenta correlaciones positivas con:

- El consumo de alcohol en cafetería o bar (Correlación: 0,256; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol en un restaurante o similar (Correlación: 0,409; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol en discotecas, salas de fiestas (Correlación: 0,175; $p = 0,007 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con el cónyuge (Correlación: 0,179; $p = 0,006 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con padres (Correlación: 0,139; $p = 0,033 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con familiares (Correlación: 0,147; $p = 0,024 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: 0,194; $p = 0,003 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: 0,213; $p = 0,001 < 0,05$)

El consumo de alcohol en casa de otra persona se asocia a un mayor consumo de alcohol en una cafetería o bar, en restaurante o similar, en discotecas y salas de fiestas y en presencia del cónyuge, de los padres, familiares, amigos y vecinos.

El consumo de alcohol en una cafetería o bar se relaciona de manera positiva con:

- El consumo de alcohol en un restaurante o similar (Correlación: 0,268; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con el cónyuge (Correlación: 0,145; $p = 0,026 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con familiares (Correlación: 0,205; $p = 0,002 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: 0,345; $p = 0,000 < 0,01$)

Cuanto mayor es el consumo de alcohol en una cafetería o bar, mayor es el consumo en un restaurante o similar, con el cónyuge, los familiares y los amigos.

El consumo de alcohol en un restaurante o similar se encuentra asociado de forma positiva con:

- El consumo de alcohol con padres (Correlación: 0,279; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con familiares (Correlación: 0,301; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: 0,195; $p = 0,003 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: 0,240; $p = 0,000 < 0,01$)

El consumo de alcohol en un restaurante o similar conlleva a su vez, el incremento en el consumo con los padres, familiares, vecinos, conocidos y compañeros de trabajo.

El consumo de alcohol en discotecas y salas de fiestas muestra relaciones positivas con:

- El consumo de alcohol con amigos (Correlación: 0,678; $p = 0,000 < 0,01$)

Al aumentar el consumo de alcohol en discotecas y salas de fiesta se produce el aumento en el consumo de alcohol en presencia de amigos.

El consumo de alcohol en otro lugar muestra una correlación positiva con:

- El consumo de alcohol solo (Correlación: 0,256; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con uno o varios hijos (Correlación: 0,270; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con familiares (Correlación: 0,140; $p = 0,032 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: 0,220; $p = 0,001 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: 0,148; $p = 0,024 < 0,05$)

El aumento de consumo de alcohol en otro lugar implica un aumento en el consumo de alcohol solo, con uno o varios hijos, con familiares, vecinos o conocidos y compañeros de trabajo.

El consumo de alcohol solo se relaciona de manera positiva con:

- El consumo de alcohol con uno o varios hijos (Correlación: 0,497; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con padres (Correlación: 0,145; $p = 0,026 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con familiares (Correlación: 0,202; $p = 0,002 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: 0,344; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: 0,217; $p = 0,001 < 0,05$)
- El consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales (Correlación: 0,237; $p =$

0,000 < 0,01)

Conforme aumenta el consumo de alcohol en soledad aumenta el consumo con uno o varios hijos, con los padres, familiares, vecinos o conocidos, compañeros de trabajo, clientes o relaciones profesionales.

El consumo de alcohol con el cónyuge se correlaciona positivamente con:

- El consumo de alcohol con padres (Correlación: 0,243; $p = 0,000 < 0,01$)

El consumo de alcohol con el cónyuge facilita el aumento del consumo de alcohol en compañía de los padres.

El consumo de alcohol con uno o varios hijos se relaciona de forma positiva con:

- El consumo de alcohol con padres (Correlación: 0,328; $p = 0,000 < 0,01$)

- El consumo de alcohol con familiares (Correlación: 0,220; $p = 0,001 < 0,05$)

- El consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: 0,234; $p = 0,000 < 0,01$)

- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: 0,234; $p = 0,000 < 0,01$)

- El consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales (Correlación: 0,497; $p = 0,000 < 0,01$)

Al aumentar el consumo de alcohol con uno o varios hijos aumenta simultáneamente el consumo de alcohol con los padres, familiares, vecinos o conocidos, compañeros de trabajo, clientes o relaciones profesionales.

El consumo de alcohol con los padres se correlaciona positivamente con:

- El consumo de alcohol con familiares (Correlación: 0,266; $p = 0,000 < 0,01$)

- El consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: 0,201; $p = 0,002 < 0,05$)

- El consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales (Correlación: 0,145; $p = 0,026 < 0,05$)

El consumo de alcohol con los padres conlleva un aumento del consumo de alcohol en presencia de familiares, vecinos o conocidos, clientes o relaciones profesionales.

El consumo de alcohol con familiares se correlaciona positivamente con:

- El consumo de alcohol con vecinos o conocidos (Correlación: 0,219; $p = 0,001 < 0,05$)

- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: 0,219; $p = 0,001 < 0,05$)

- El consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales (Correlación: 0,202; $p = 0,002 < 0,05$)

El incremento en el consumo de alcohol con familiares lleva implícito el aumento en el consumo con vecinos o conocidos, compañeros de trabajo, clientes o relaciones profesionales.

El consumo de alcohol con vecinos o conocidos se relaciona de forma positiva con:

- El consumo de alcohol con compañeros de trabajo (Correlación: 0,366; $p = 0,000 < 0,01$)
- El consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales (Correlación: 0,217; $p = 0,001 < 0,05$)

El consumo de alcohol con vecinos o conocidos implica un aumento en el consumo de alcohol con compañeros de trabajo, clientes o relaciones profesionales.

El consumo de alcohol con compañeros de trabajo muestra una correlación positiva con:

- El consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales (Correlación: 0,344; $p = 0,000 < 0,01$)

Conforme aumenta el consumo de alcohol con compañeros de trabajo simultáneamente aumenta el consumo de alcohol con clientes o relaciones profesionales.

Cuadro 4: Correlaciones entre el consumo de tabaco y la practica de ejercicio.

	1	2	3	4
1 Frecuencia con la que se fuma	1	0,782** p= 0,000	0,787** p= 0,000	0,247** p= 0,000
2 Cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables	0,782** p= 0,000	1	0,852** p= 0,000	0,222** p= 0,001
3 Cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana	0,787** p= 0,000	0,852** p= 0,000	1	0,170** p= 0,009
4 Práctica de ejercicio	0,247** p= 0,000	0,222** p= 0,001	0,170** p= 0,009	1

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a las variables sobre el consumo de tabaco, todos los ítems se correlacionan positivamente entre ellos.

La frecuencia con la que se fuma se correlaciona positivamente con:

- La cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables (Correlación: 0,782; $p = 0,000 < 0,01$)
- La cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana (Correlación: 0,787; $p = 0,000 < 0,01$)
- La práctica de ejercicio (Correlación: 0,247; $p = 0,000 < 0,01$)

Cuanto mayor es la frecuencia del consumo de tabaco mayor es la cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables y en el fin de semana. El aumento de esta variable se asocia, a su vez, al aumento en la práctica de ejercicio.

La cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables muestra correlaciones positivas con:

- La cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana (Correlación: 0,852; $p =$

0,000 < 0,01)

- La práctica de ejercicio (Correlación: 0,222; $p = 0,001 < 0,05$)

Conforme aumenta la cantidad de cigarrillos fumados durante los días laborables mayor es la cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana y se produce un aumento en la práctica de ejercicio.

La cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana se relaciona de manera positiva con:

- La práctica de ejercicio (Correlación: 0,170; $p = 0,009 < 0,05$)

El aumento de la cantidad de cigarrillos fumados durante el fin de semana conlleva una mayor práctica de ejercicio.

Cuadro 5: Correlaciones entre la pertenencia a asociaciones, tiempo libre y la percepción de lo que se cuida.

	1	2	3	4
1 Percepción de lo que se cuida	1	0,113 p= 0,079	0,209** p= 0,001	0,062 p= 0,353
2 Pertenencia a alguna asociación	0,113 p= 0,079	1	0,018 p= 0,791	0,006 p= 0,933
3 Horas disponibles durante los días laborables para las aficiones	0,209** p= 0,001	0,018 p= 0,791	1	0,329**
4 Horas disponibles durante el fin de semana para las aficiones	0,062 p= 0,353	0,006 p= 0,933	0,329** p= 0,000	1

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La percepción de lo que se cuida se relaciona positivamente con:

- Las horas disponibles durante los días laborables para las aficiones (Correlación: 0,209; $p = 0,001 < 0,05$)

Conforme mejora la percepción de lo que se cuida mayor es el número de horas disponibles durante los días laborables para las aficiones.

Respecto al ítem pertenencia a alguna asociación, no se observa ninguna correlación significativa (positiva o negativa) con el resto de variables estudiadas.

Las horas disponibles durante los días laborables para las aficiones se correlacionan de manera positiva con:

- Las horas disponibles durante el fin de semana para las aficiones (Correlación: 0,329; $p = 0,000 < 0,01$)

El aumento de las horas disponibles durante los días laborables para las aficiones lleva implícito el aumento en el número de horas disponibles para el ocio durante el fin de semana.

Cuadro 6: Correlaciones entre las aficiones durante los días laborables.

	1	2	3	4	5	6
1 Dedicación a teatro, cine y conciertos	1	0,348** p= 0,000	0,155* p= 0,016	0,181** P= 0,005	0,011 p= 0,866	-0,008 p= 0,899
2 Dedicación a visitar museos y exposiciones	0,348** p= 0,000	1	0,041 p= 0,523	0,067 p= 0,299	0,059 p= 0,359	0,204* p= 0,001
3 Dedicación a ir a discotecas	0,155* p= 0,016	0,041 p= 0,523	1	0,106 p= 0,102	0,168** p= 0,009	0,022 p= 0,728
4 Dedicación a salir con los amigos	0,181** p= 0,005	0,067 p= 0,299	0,106 p= 0,102	1	-0,136* p= 0,034	0,239** p= 0,000
5 Dedicación a hacer Excursiones	0,011 p= 0,866	0,059 p= 0,359	0,168** p= 0,009	-0,136* p= 0,034	1	0,032 p= 0,618
6 Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	-0,008 p= 0,899	0,204** p= 0,001	0,022 p= 0,728	0,239** p= 0,000	0,032 p= 0,618	1
7 Dedicación a practicar deportes	0,071 p= 0,269	0,053 p= 0,409	-0,020 p= 0,752	0,071 p= 0,270	0,006 p= 0,924	0,266* p= 0,000
8 Dedicación a ver la televisión	0,067 p= 0,302	0,030 p= 0,647	0,024 p= 0,710	0,060 p= 0,355	-0,099 p= 0,126	0,033 p= 0,613
9 Dedicación a oír música y radio	0,078 p= 0,228	0,134* p= 0,038	0,014 p= 0,829	0,119 p= 0,065	0,020 p= 0,756	0,048 p= 0,457
10 Dedicación a cuidar de los niños	0,054 p= 0,403	0,134* p= 0,037	0,014 p= 0,824	-0,066 p= 0,309	0,187** p= 0,004	-0,038 p= 0,553
11 Dedicación a leer	0,090 p= 0,162	0,125 p= 0,052	0,060 p= 0,355	-0,052 p= 0,422	0,009 p= 0,894	-0,014 p= 0,834
12 Dedicación a manualidades	0,016 p= 0,805	0,039 p= 0,551	0,092 p= 0,155	0,011 p= 0,861	0,187** p= 0,003	0,132* p= 0,040
13 Dedicación a asistir a actos religiosos	-0,043 p= 0,506	0,106 p= 0,100	-0,019 p= 0,765	-0,018 p= 0,778	-0,028 p= 0,667	-0,038 p= 0,556
14 Dedicación al voluntariado	0,031 p= 0,629	0,066 p= 0,309	-0,025 p= 0,698	0,055 p= 0,394	-0,036 p= 0,577	0,142* p= 0,028
15 Dedicación a Internet	0,085 p= 0,190	0,018 p= 0,779	-0,046 p= 0,472	0,200** p= 0,002	-0,159* p= 0,014	0,019 p= 0,766
16 Dedicación a otras actividades	0,055 p= 0,391	0,105 p= 0,103	-0,034 p= 0,600	0,057 p= 0,379	-0,049 p= 0,451	0,005 p= 0,938
17 Dedicación a nada en particular	-0,020 p= 0,752	-0,018 p= 0,779	-0,017 p= 0,787	0,148* p= 0,021	0,021 p= 0,747	0,086 p= 0,180

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Durante los días laborables, la dedicación a ir al teatro, cine y conciertos se correlaciona positivamente con:

- La dedicación a visitar museos y exposiciones (Correlación: 0,348; $p = 0,000 < 0,01$)
- La dedicación a ir a discotecas (Correlación: 0,155; $p = 0,016 < 0,05$)
- La dedicación a salir con los amigos (Correlación: 0,181; $p = 0,005 < 0,05$)

El aumento del tiempo destinado a ir al teatro, cine y conciertos, conlleva el aumento en el tiempo invertido en actividades tales como visitar museos y exposiciones, ir a discotecas y salir con los amigos.

El tiempo que se destina a visitar museos y exposiciones se relaciona de manera positiva con:

- La dedicación a asistir a espectáculos deportivos (Correlación: 0,204; $p = 0,001 < 0,05$)
- La dedicación a oír música y radio (Correlación: 0,134; $p = 0,038 < 0,05$)
- La dedicación a cuidar de los niños (Correlación: 0,134; $p = 0,037 < 0,05$)

Conforme aumenta la asiduidad a visitar museos y exposiciones, mayor es el tiempo dedicado a asistir a espectáculos deportivos, oír música y radio y cuidar de los niños.

Las horas que se destinan a ir a discotecas muestra una correlación positiva con:

- La dedicación a hacer excursiones (Correlación: 0,168; $p = 0,009 < 0,05$)

El aumento en la asiduidad a ir a discotecas implica un aumento en el tiempo invertido en hacer excursiones.

El tiempo destinado a salir con los amigos presenta correlaciones positivas con:

- La dedicación a asistir a espectáculos deportivos (Correlación: 0,239; $p = 0,000 < 0,01$)
- La dedicación a Internet (Correlación: 0,200; $p = 0,002 < 0,05$)
- La dedicación a nada en particular (Correlación: 0,148; $p = 0,021 < 0,05$)

Y negativas con:

- La dedicación a hacer excursiones (Correlación: -0,136; $p = 0,034 < 0,05$)

Cuanto mayor es la asiduidad con la que se sale con los amigos, con mayor frecuencia se asiste a espectáculos deportivos, se consulta Internet y se dedica a hacer nada en particular. Este aumento en el tiempo destinado a salir con amigos implica a su vez el detrimento en el tiempo dedicado a hacer excursiones.

La dedicación a hacer excursiones muestra una correlación positiva con:

- La dedicación a cuidar de los niños (Correlación: 0,187; $p = 0,004 < 0,05$)
- La dedicación a manualidades (Correlación: 0,187; $p = 0,003 < 0,05$)

Y negativa con:

- La dedicación a Internet (Correlación: -0,159; $p = 0,014 < 0,05$)

El hacer excursiones con frecuencia conlleva que el tiempo destinado al cuidado de los niños y hacer manualidades sea mayor. El incremento de este ítem se asocia, a su vez, con un menor uso de Internet.

La asiduidad con la que se asiste a espectáculos deportivos presenta correlaciones positivas con:

- La dedicación a practicar deportes (Correlación: 0,266; $p = 0,000 < 0,01$)
- La dedicación a manualidades (Correlación: 0,132; $p = 0,040 < 0,05$)

Al aumentar el tiempo dedicado a asistir a espectáculos deportivos mayor es el número de horas que se destinada a la práctica de deportes y a hacer manualidades. No se encuentra ninguna correlación significativa negativa con el resto de variables analizadas.

Cuadro 7: Correlaciones entre las aficiones durante el fin de semana.

	1	2	3	4	5	6
1 Dedicación a teatro, cine y conciertos	1	0,237** p= 0,000	0,116 p= 0,072	0,129* p= 0,045	0,144* p= 0,026	0,125 p= 0,052
2 Dedicación a visitar museos y exposiciones	0,237** p= 0,000	1	0,065 p= 0,311	-0,005 p= 0,939	0,266** p= 0,000	0,333* p= 0,000
3 Dedicación a ir a discotecas	0,116 p= 0,072	0,065 p= 0,311	1	0,201** p= 0,002	-0,076 p= 0,239	0,152* p= 0,018
4 Dedicación a salir con los amigos	0,129* p= 0,045	-0,005 p= 0,939	0,201** p= 0,002	1	0,079 p= 0,220	0,078 p= 0,225
5 Dedicación a hacer excursiones	0,144* p= 0,026	0,266** p= 0,000	-0,076 p= 0,239	0,079 p= 0,220	1	0,236* p= 0,000
6 Dedicación a asistir a espectáculos deportivos	0,125 p= 0,052	0,333** p= 0,000	0,152* p= 0,018	0,078 p= 0,225	0,236** p= 0,000	1
7 Dedicación a practicar deportes	0,097 p= 0,136	0,167** p= 0,009	-0,010 p= 0,874	0,049 p= 0,450	0,150* p= 0,020	0,366* p= 0,000
8 Dedicación a ver la televisión	0,049 p= 0,46	0,093 p= 0,150	0,064 p= 0,325	0,135* p= 0,035	0,000 p= 0,994	0,210* p= 0,001
9 Dedicación a oír música y radio	0,040 p= 0,541	0,012 p= 0,854	0,214** p= 0,001	0,166** p= 0,010	0,058 p= 0,366	0,061 p= 0,343
10 Dedicación a cuidar de los niños	-0,119 p= 0,066	-0,038 p= 0,560	-0,100 p= 0,122	0,009 p= 0,894	0,094 p= 0,145	0,115 p= 0,075
11 Dedicación a leer	0,035 p= 0,584	0,072 p= 0,266	-0,055 p= 0,397	-0,045 p= 0,488	0,000 p= 0,999	0,005 p= 0,940
12 Dedicación a manualidades	0,072 p= 0,266	0,211** p= 0,001	0,002 p= 0,974	-0,019 p= 0,773	0,138* p= 0,032	0,172* p= 0,007
13 Dedicación a asistir a actos religiosos	-0,023 p= 0,727	0,149* p= 0,020	-0,075 p= 0,246	0,038 p= 0,558	0,143* p= 0,026	0,106 p= 0,100
14 Dedicación al voluntariado	0,104 p= 0,107	0,100 p= 0,122	-0,014 p= 0,829	0,044 p= 0,491	0,054 p= 0,406	0,062 p= 0,334
15 Dedicación a Internet	0,130* p= 0,045	0,031 p= 0,630	0,157* p= 0,015	0,040 p= 0,536	-0,068 p= 0,294	0,056 p= 0,386
16 Dedicación a otras actividades	0,115 p= 0,075	0,194** p= 0,002	-0,038 p= 0,555	-0,056 p= 0,383	0,092 p= 0,154	0,150* p= 0,020
17 Dedicación a nada en particular	0,107 p= 0,097	0,070 p= 0,280	0,128* p= 0,047	0,028 p= 0,665	0,044 p= 0,494	0,070 p= 0,278

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a las aficiones desarrolladas durante el fin de semana, la asiduidad con la que se acude a espectáculos tales como el teatro, el cine y los conciertos se correlaciona positivamente con:

- La dedicación a visitar museos y exposiciones (Correlación: 0,237; $p = 0,000 < 0,01$)
- La dedicación a salir con los amigos (Correlación: 0,129; $p = 0,045 < 0,05$)
- La dedicación a hacer excursiones (Correlación: 0,144; $p = 0,026 < 0,05$)
- La dedicación a Internet (Correlación: 0,130; $p = 0,045 < 0,05$)

Conforme mayor es el tiempo destinado a acudir al teatro, cine y conciertos durante los fines de semana mayor es la asiduidad con la que se visitan museos y exposiciones, salir con los amigos, hacer excursiones y hacer uso de Internet.

El tiempo dedicado a visitar museos y exposiciones se relaciona de manera positiva con:

- La dedicación a hacer excursiones (Correlación: 0,266; $p = 0,000 < 0,01$)
- La dedicación a asistir a espectáculos deportivos (Correlación: 0,333; $p = 0,000 < 0,01$)
- La dedicación a practicar deportes (Correlación: 0,167; $p = 0,009 < 0,05$)
- La dedicación a manualidades (Correlación: 0,211; $p = 0,001 < 0,05$)
- La dedicación a asistir a actos religiosos (Correlación: 0,149; $p = 0,020 < 0,05$)
- La dedicación a otras actividades (Correlación: 0,194; $p = 0,002 < 0,05$)

Durante el fin de semana conforme aumenta el tiempo empleado en la visita de museos y exposiciones, mayor es la dedicación a hacer excursiones, asistir a espectáculos deportivos, practicar deporte, hacer manualidades, asistir a actos religiosos y otras actividades.

La dedicación a ir a discotecas se correlaciona positivamente con:

- La dedicación a salir con los amigos (Correlación: 0,201; $p = 0,002 < 0,05$)
- La dedicación a asistir a espectáculos deportivos (Correlación: 0,152; $p = 0,018 < 0,05$)
- La dedicación a oír música y radio (Correlación: 0,214; $p = 0,001 < 0,05$)
- La dedicación a Internet (Correlación: 0,157; $p = 0,015 < 0,05$)
- La dedicación a nada en particular (Correlación: 0,128; $p = 0,047 < 0,05$)

El hecho de ir a discotecas se relaciona positivamente con salir con los amigos, asistir a espectáculos deportivos, oír música y radio, navegar por Internet o hacer nada en particular.

El tiempo que se destina a salir con los amigos muestra correlaciones positivas con:

- La dedicación a ver la televisión (Correlación: 0,135; $p = 0,035 < 0,05$)
- La dedicación a oír música y radio (Correlación: 0,166; $p = 0,010 < 0,05$)

Cuanto más asiduamente se sale con los amigos en el fin de semana mayor es el tiempo que se dedica a ver la televisión y escuchar música y radio.

El tiempo destinado a hacer excursiones se relaciona de manera positiva con:

- La dedicación a asistir a espectáculos deportivos (Correlación: 0,236; $p = 0,000 < 0,01$)
- La dedicación a practicar deportes (Correlación: 0,150; $p = 0,020 < 0,05$)
- La dedicación a manualidades (Correlación: 0,138; $p = 0,032 < 0,05$)
- La dedicación a asistir a actos religiosos (Correlación: 0,143; $p = 0,026 < 0,05$)

Cuando aumenta la frecuencia con la que se realizan excursiones, aumenta el tiempo empleado en asistir a espectáculos deportivos, practicar deportes, hacer manualidades y asistir a actos religiosos.

La dedicación a asistir a espectáculos deportivos muestra correlaciones positivas con:

- La dedicación a practicar deportes (Correlación: 0,366; $p = 0,000 < 0,01$)
- La dedicación a ver la televisión (Correlación: 0,210; $p = 0,001 < 0,05$)
- La dedicación a manualidades (Correlación: 0,172; $p = 0,007 < 0,05$)
- La dedicación a otras actividades (Correlación: 0,150; $p = 0,020 < 0,05$)

Conforme aumenta el tiempo destinado a asistir a espectáculos deportivos, aumenta la asiduidad con la que se practica deportes, se ve la televisión, se hacen manualidades y se desempeñan otras actividades.

3. ÍNDICE DE TABLAS

Cuadro 1: Contextualización diacrónica de las definiciones (Alguacil, 1999).	41
Cuadro 2: Formulación de un modelo empírico de la calidad de vida desde la psicología (Trujillo et al., 2003, pág. 95).	43
Cuadro 3: Comparación de modelos biomédicos y biopsicosocial (Friedman, 2002, p.70).	45
Cuadro 4: Medidas genéricas y específicas de la calidad de vida relacionada con la salud. Adaptado de Guyatt (1989).	48
Cuadro 5: Aparición cronológica de los principales cuestionarios específicos y genéricos de calidad de vida relacionada con la salud.	49
Cuadro 6: Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Martín, 2006, Schalock, 1996 y Schalock et al., 2005).	52
Cuadro 7: Descripción de los principales cuestionarios genéricos de calidad de vida en relación con la salud disponible para población general en España (Monteagudo et al., 2007).	55
Cuadro 8: Descripción de la ocupación de los jóvenes en España según el Informe juventud 2006 (Instituto de la Juventud Española, INJUVE, 2006).	65
Cuadro 9: Diferencias entre jóvenes europeos entre 15 y 29 años sobre la evaluación subjetiva de la calidad de vida (Pichler, 2006).	76
Cuadro 10: Los valores de la juventud española asociados a finalidades (Rodríguez, Navarro y Megías, 2001).	81
Cuadro 11: Categorías de los valores de la juventud española (Rodríguez, Navarro y Megías, 2001).	82
Cuadro 12: Clasificación de los jóvenes en función del tipo de actividades que practican (Comas et al., 2003).	85
Cuadro 13: Relación de tipos de jóvenes en función de las actividades que realizan (Comas et al., 2003).	87
Cuadro 14: Descripción de los motivos de no práctica deportiva, según grupos de jóvenes en función del género (Orizo, 2002).	93
Cuadro 15: Actividades preferidas por los jóvenes el fin de semana (Hernán et al., 2002).	94
Cuadro 16: Listado de actividades elegidas por los jóvenes para realizar en días laborables y preferencia (%) en cuanto a compañía elegida para su realización según la investigación de Comas, Orizo, Espinosa y Ochaita (2003).	96
Cuadro 17: Listado de actividades elegidas por los jóvenes para realizar los sábados y preferencia (%) en cuanto a compañía elegida para su realización según la investigación de Comas, Orizo, Espinosa y Ochaita (2003).	97
Cuadro 18: Descripción del grado de satisfacción vital de los españoles, comparación 1981-1990 (Orizo, 2004).	99
Cuadro 19: Descripción del grado de felicidad (Orizo, 2004).	100
Cuadro 20: Descripción de los motivos que hacen felices a los españoles (Orizo, 2004).	100
Cuadro 21: Porcentajes de jóvenes de diversos países europeos que están “más bien de acuerdo con las siguientes prácticas” (Orizo, 2004).	103
Cuadro 22: Actividad que más gusta realizar fuera de casa en la Comunidad Autónoma de Aragón (Gastón et al., 2002).	105
Cuadro 23: Actividad que más gusta realizar en casa en la Comunidad	106

Autónoma de Aragón (Gastón et al., 2002).	
Cuadro 24: Descripción de la distribución de la muestra por grupos de edad y zonas (Sanz et al., 2007).	107
Cuadro 25: Descripción del lugar de nacimiento del entrevistado (Sanz et al., 2007).	107
Cuadro 26: Descripción del nivel de estudios de los padres (Sanz et al., 2007).	108
Cuadro 27: Descripción de jóvenes dentro del sistema educativo por niveles, según CEF (2002).	108
Cuadro 28: Descripción del nivel de instrucción de los jóvenes zaragozanos (CEF, 2002).	109
Cuadro 29: Descripción de la situación de los jóvenes según su relación con la actividad laboral y edad (Sanz et al., 2007).	109
Cuadro 30: Descripción de la situación de los jóvenes de 15 a 19 años activos, en % (Sanz et al., 2007).	110
Cuadro 31: Preferencia de actividades de ocio de los jóvenes de Zaragoza y de España en % horizontales para cada ámbito geográfico (Sanz et al., 2007).	110
Cuadro 32: Resumen de los instrumentos utilizados específicos para menores de edad.	115
Cuadro 33: Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud utilizados en muestras de adultos y jóvenes mayores de edad.	117
Cuadro 34: Resumen de WHOQOL 98 y Bref utilizados con jóvenes.	121
Cuadro 35: La situación sociodemográfica actual en el distrito 5: índice de natalidad (Grilló, 2002).	127
Cuadro 36: La situación sociodemográfica actual en el distrito 5: tasa de fecundidad (Grilló, 2002).	128
Cuadro 37: Nivel de instrucción de la población del distrito 5 (Grilló, 2002).	128
Cuadro 38: Composición de la muestra en función de la edad y sexo.	130
Cuadro 39: Composición de la muestra en función de la zona de residencia y el sexo.	130
Cuadro 40: La situación sociodemográfica actual en el distrito 5: índice de juventud (Grilló, 2002).	131
Cuadro 41: Instrumentalización de los conceptos utilizados en la investigación.	133
Cuadro 42: Consistencia interna de los datos.	134
Cuadro 43: Nombre de las variables y elementos.	135
Cuadro 44: Composición de la muestra en función de la zona de residencia y del sexo con porcentajes de frecuencias.	141
Cuadro 45: Distribución de frecuencias por categoría de la variable: estado civil.	142
Cuadro 46: Distribución de frecuencias por número de miembros, de hijos y de ascendientes que residen en el hogar.	142
Cuadro 47: Distribución de frecuencias en función del lugar de nacimiento.	143
Cuadro 48: Distribución de frecuencias por nivel de estudios.	143
Cuadro 49: Distribución de frecuencias por sexo y nivel de estudios.	144
Cuadro 50: Distribución de frecuencias por situación laboral.	144
Cuadro 51: Distribución de frecuencias por situación laboral por sexo	145
Cuadro 52: Distribución de frecuencias por salario neto mensual.	145
Cuadro 53: Distribución de frecuencias por salario o pensión mensual por sexo.	146
Cuadro 54: Distribución de frecuencias por situación económica.	146
Cuadro 55: Evaluación de la situación económica.	146
Cuadro 56: Conceptos de gasto.	147

Cuadro 57: Distribución de frecuencias por problemas de salud.	148
Cuadro 58: Distribución de frecuencias por sexo y diagnóstico de servicio médico en función del sexo.	148
Cuadro 59: Distribución de frecuencias de consumo de medicamentos en las últimas dos semanas en función del sexo.	149
Cuadro 60: Distribución de frecuencias de las fuentes de mejora de la salud.	151
Cuadro 61: Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de lo que se cuida.	152
Cuadro 62: Distribución de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL Bref).	153
Cuadro 63: Concepto de calidad de vida y satisfacción con la salud.	154
Cuadro 64: Análisis de tendencias en las dimensiones del WHOQOL Bref.	155
Cuadro 65: Análisis de <i>cluster</i> de la variable calidad de vida relacionada con la salud en 244 entrevistados.	156
Cuadro 66: Distribución de frecuencias según las horas de sueño.	156
Cuadro 67: Distribución de frecuencias según el consumo de alcohol.	157
Cuadro 68: Distribución de frecuencias y porcentajes según el lugar de consumo de alcohol.	157
Cuadro 69: Distribución de frecuencias según la compañía de consumo de alcohol.	158
Cuadro 70: Distribución de frecuencias y porcentajes de consumo de cigarrillos.	158
Cuadro 71: Distribución de frecuencias y porcentajes de la práctica de ejercicio físico.	159
Cuadro 72: Distribución de frecuencias y porcentajes del tiempo libre.	159
Cuadro 73: Distribución de frecuencias de las actividades de ocio en los días laborables y el fin de semana.	160
Cuadro 74: Distribución de frecuencias del asociacionismo.	160
Cuadro 75: Distribución de frecuencias y porcentajes de los lugares de reunión con los amigos.	161
Cuadro 76: Normalidad de las variables cuantitativas prueba de Kolmogorov - Smirnov.	162
Cuadro 77: Correlaciones entre las variables sociodemográficas y los factores del WHOQOL Bref	164
Cuadro 78: Correlaciones entre las pautas de sueño y los factores del WHOQOL Bref.	167
Cuadro 79: Correlaciones entre la frecuencia y consumo de alcohol y los factores del WHOQOL Bref.	167
Cuadro 80: Correlaciones entre el consumo de tabaco, el desarrollo de ejercicio y la puntuación global del WHOQOL Bref.	170
Cuadro 81: Correlaciones entre la pertenencia a asociaciones, tiempo libre, la percepción de lo que se cuida y los factores del WHOQOL Bref.	171
Cuadro 82: Correlaciones entre las aficiones durante los días laborables y los factores del WHOQOL Bref.	173
Cuadro 83: Correlaciones entre las aficiones durante el fin de semana y los factores del WHOQOL Bref.	175
Cuadro 84: Correlaciones entre los factores del WHOQOL Bref.	177
Cuadro 85: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables sociodemográficas).	178
Cuadro 86: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo	179

(variables relativas a la calidad de vida).	
Cuadro 87: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (para las dimensiones del WHOQOL Bref).	180
Cuadro 88: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables relativas a estilos de vida).	181
Cuadro 89: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables relativas al asociacionismo).	182
Cuadro 90: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).	183
Cuadro 91: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).	183
Cuadro 92: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables sociodemográficas).	184
Cuadro 93: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables sociodemográficas).	185
Cuadro 94: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas a la calidad de vida).	186
Cuadro 95: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables relativas a la calidad de vida).	187
Cuadro 96: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (para las dimensiones del WHOQOL Bref).	187
Cuadro 97: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas a estilos de vida).	188
Cuadro 98: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables relativas a estilo de vida).	189
Cuadro 99: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas al asociacionismo).	192
Cuadro 100: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables relativas al asociacionismo).	192
Cuadro 101: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).	193
Cuadro 102: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).	193
Cuadro 103: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).	195
Cuadro 104: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas en el fin de semana (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).	195
Cuadro 105: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables sociodemográficas).	196
Cuadro 106: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables sociodemográficas).	197
Cuadro 107: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas a la calidad de vida).	198
Cuadro 108: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables relativas a la calidad de vida).	199
Cuadro 109: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (para las dimensiones del WHOQOL Bref).	201
Cuadro 110: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (para las dimensiones del WHOQOL Bref).	201

Cuadro 111: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas a estilos de vida).	202
Cuadro 112: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables relativas a estilos de vida).	203
Cuadro 113: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas al asociacionismo).	203
Cuadro 114: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).	204
Cuadro 115: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).	204
Cuadro 116: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).	205
Cuadro 117: Medias en los grupos de la variable zona y diferencias significativas (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).	205
Cuadro 118: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables sociodemográficas).	206
Cuadro 119: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas a la calidad de vida).	207
Cuadro 120: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (para las dimensiones del WHOQOL Bref).	208
Cuadro 121: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas a estilos de vida).	208
Cuadro 122: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas al asociacionismo).	209
Cuadro 123: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas al tiempo libre durante los días laborables).	210
Cuadro 124: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable calidad de vida (variables relativas al tiempo libre durante el fin de semana).	210
Cuadro 125: Regresión de variables sociodemográficas sobre la calidad de vida relacionada con la salud.	211
Cuadro 126: Regresión de variables relativas a los estilos de vida sobre la calidad de vida relacionada con la salud.	212
Cuadro 127: Calidad de vida: Funciones discriminantes canónicas.	213
Cuadro 128: Calidad de vida: Coeficientes para la función discriminante.	213
Cuadro 129: Calidad de vida: Saturaciones de las variables en la función.	214
Cuadro 130: Funciones en los centroides de cada grupo.	215
Cuadro 131: Predicción de la función discriminante.	215
Cuadros en anexos	
Cuadro 1: Correlaciones entre variables sociodemográficas.	267
Cuadro 2a: Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud.	268
Cuadro 2b: Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud.	271
Cuadro 2c: Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud.	273
Cuadro 2d: Correlaciones entre las variables relativas a la calidad de vida relacionada con la salud.	275
Cuadro 3a: Correlaciones entre la frecuencia y compañía en el consumo de alcohol.	290

ANEXOS

Cuadro 3b: Correlaciones entre la frecuencia y compañía en el consumo de alcohol.	292
Cuadro 3c: Correlaciones entre la frecuencia y compañía en el consumo de alcohol.	294
Cuadro 3d: Correlaciones entre la frecuencia y compañía en el consumo de alcohol.	295
Cuadro 4: Correlaciones entre el consumo de tabaco y la practica de ejercicio.	303
Cuadro 5: Correlaciones entre la pertenencia a asociaciones, tiempo libre y la percepción de lo que se cuida.	304
Cuadro 6: Correlaciones entre las aficiones durante los días laborables.	305
Cuadro 7: Correlaciones entre las aficiones durante el fin de semana.	308