



Universidad de Granada

Facultad de Ciencias de la Educación

DOCTORADO EN EDUCACIÓN

***ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ESTUDIANTE
UNIVERSITARIO EN RELACION A HÁBITOS
Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES,
MOTIVACIONES Y EXPECTATIVAS
SOCIOEDUCATIVAS***

Tesis Doctoral Presentada por:

SILVIA SAN ROMÁN MATA

Tesis Doctoral Dirigida por:

DR. FÉLIX ZURITA ORTEGA

DRA. ASUNCIÓN MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Granada, 2018

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE
GRANADA**

***ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ESTUDIANTE
UNIVERSITARIO EN RELACION A HÁBITOS Y
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES,
MOTIVACIONES Y EXPECTATIVAS
SOCIOEDUCATIVAS***

Tesis doctoral presentada para aspirar al grado de
Doctor por Dña. SILVIA SAN ROMÁN MATA,
dirigida por los Doctores D. FÉLIX ZURITA ORTEGA
y, Dña. ASUNCIÓN MARTÍNEZ MARTÍNEZ.

Granada, mayo de 2018

Fdo. Silvia San Román Mata

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Silvia San Román Mata
ISBN: 978-84-9163-943-5
URI: <http://hdl.handle.net/10481/52516>

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE
GRANADA

D. **Félix Zurita Ortega**, Doctor por la Universidad de Granada y Dña.
Asunción Martínez Martínez, Doctora por la Universidad de Granada.

En calidad de Directores de la Tesis Doctoral que presenta Dña. Silvia San Román Mata, bajo el título " *ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO EN RELACION A HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, MOTIVACIONES Y EXPECTATIVAS SOCIOEDUCATIVAS* "

HACEN CONSTAR:

Que el trabajo realizado reúne las condiciones científicas y académicas necesarias para su presentación.

En Granada, mayo de 2018

Fdo. Félix Zurita Ortega

Fdo. Asunción Martínez Martínez

A mis padres Pedro y María del Mar,

Esta tesis es nuestra

Cuando este proceso va acabando y llega el momento de agradecer a todos aquellos que han estado a tu lado para que este trabajo salga hacia adelante, te das cuenta de la cantidad de personas cercanas que te han apoyado y más bien soportado durante tres años. Espero no dejarme en el tintero a nadie, porque son muchos los que quiero plasmar en este apartado.

En primer lugar quiero agradecer a mi agapornis melillense, Martita, y a su padre Daniel por acogerme y asesorarme cuando llegué a trabajar a la Universidad y especialmente por hacer posible que me incorporase a mi equipo de investigación Hum-238: La formación del profesor como mediador del conocimiento; y que conociese a mi director Félix Zurita Ortega, pues sin él, esta tesis no habría sido posible.

Me faltan palabras para expresar y reconocer tu labor, no podrías haber sido mejor director y si tuviese que volver a iniciar este proceso te habría escogido de nuevo, muchísimas gracias Félix. Gracias por tus regañinas, por tus consejos, por tus correcciones y correos continuos en días laborales y en días de fiesta, eres un crack y me siento afortunada por haberte conocido porque eres un excelente profesional y mejor persona, además de permitirme formar parte en el equipo tan maravilloso que diriges, de nuevo una y mil veces, gracias.

A mi codirectora, Asun, muchas gracias por tu cariño y acogida, no podría haber sido mejor. Me quedo con muy buen sabor de boca con todos los momentos compartidos, hay que hacer más quedadas y formar un buen equipo para ganar al quema!!!

A todos los componentes de mi equipo, en especial a Ramón, Manu, Tamara, Gabri, Pili, José Luis, Irwin, Pedro, a mi Antonio, alias “Toni” que me acompaña donde haga falta y es un sol lo mires por donde lo mires, a Mar Cepero por su simpatía y cariño...muchísimas gracias a todos, sois los mejores.

A Emilia Costa, que me acogió de la mejor manera posible cuando estuve en Faro muchísimas gracias por todo, es un placer trabajar contigo y tengo la certeza de que haremos muchas más cosas interesantes juntas, de nuevo, gracias.

Amiga, Begoña, has sido un gran descubrimiento y me encanta fluir contigo. Muchísimas gracias por todo, excepcional docente, enfermera y sobre todo una gran persona que pienso mantener en mi círculo de confianza si me lo permites. Experiencias inolvidables, un camino, una carreta, un Rocío y rodeada de buena gente que me han tratado como si me conociesen de toda la vida, espero repetir el año que viene, que lo sepas. Gracias por hacerme sentir en familia y gracias a tus allegadas María Jesús y Miriam por acogerme de la forma que lo habéis hecho. Muchas gracias a todas.

A mi amigo Alvar Barrios, gracias por acompañarme en el camino de Santiago para pedirle al Santo que todo fuese bien y me diese ánimo y fuerza para continuar y terminar esta tesis. Muchas gracias Alvar.

A mis compañeras del Colegio Al-Andalus, Mila, Lurdes y Mariví por entender mi decisión y por el cariño que me prestaron a mi paso por San Pedro de Alcántara. Muchas gracias por estar ahí aun cuando la ausencia se hace palpable, tengo la certeza de poder contar con vosotras siempre.

A mis alumnos, que son los que me motivan a seguir hacia adelante, Clemente, Estrada, José David, Nerea, Antonio, Carmen, Laura, Fran... y otros muchos más, gracias a todos.

A mis amigos de siempre, los Migueles, María, Nachote, Estíbaliz...por quererme de forma incondicional, por sentirse orgullosos de mi trabajo y esfuerzo, muchas gracias por estar a mi lado, por escucharme, por comprenderme y por quererme como me queréis. Muchas gracias, ya sabéis que es recíproco.

A mi Sandrita, resiliente como la que más, gracias por ser cómo eres y por ser ejemplo a seguir. Gracias a ti sé que todo es posible si te lo propones.

Gracias a José Manuel por sus refuerzos positivos y por su interés demostrado. Gracias, “Chino”

A mi amigo José Alarcón, no solo por lo bien que lo hemos pasado juntos sino por tus ayudas continuas con el inglés, es que tengo que quererte. Me encanta tenerte cerca aunque no lo estés. Muchas gracias, José.

A mi cómplice Yago, por quererme a su manera, por ser partícipe en mi desarrollo y gestión de emociones, gracias bicho.

A mi familia San Román, especialmente a mi tía Mari Carmen y Miguel por acogerme en su casa cada vez que voy a Madrid de congreso, que sepáis que en breve estoy allí de nuevo. Gracias.

Manyú, mi hermana por elección propia, mi confidente, mi apoyo, mi colega, mi todo...la que siempre está ahí cuando la necesitas y suelo necesitarte muy a menudo. Muchísimas gracias por nuestras video-llamadas diarias, por tu cariño, por aguantar mis formas, por entenderme, por tus horas invertidas en mi, por quererme, por hacerme partícipe en la educación de tus hijos, por ser cómo eres, gracias Manyú, sabes que te quiero a reventar.

A mis abuelos Paco y Pilili, allá donde estén y donde acabaré algún día, quiero dejar constancia de lo afortunada que he sido de teneros, estoy segura de lo orgullosos que estaríais, sobre todo tú, Paco, que aún te recuerdo pidiendo los certificados de notas. Gracias Pilili, por haber sido la mejor persona que estuvo presente a lo largo de mi vida. De nuevo, gracias a los dos.

A mis hermanos, Pedro y Bola, a mis cuñadas Grilli y María Jesús, a mis sobrinos Pedro, Africa, Lulu y Pedro Celso, muchas gracias por vuestro acompañamiento y comprensión a cada momento que he tenido que ausentarme de comidas y reuniones familiares para poder terminar esta aventura. Gracias, Pedro Francisco, por tus letras cuando me faltaban para mejorar mi expresión. Gracias, Bola por estar siempre que te necesito. Tengo la mejor familia que podría tener, os quiero infinito a todos, SIEMPRE.

A mis padres, Pedro y María del Mar, por estar siempre, SIEMPRE, por vuestra educación aunque a veces haya sido incomprendida y que al día de hoy valoro con creces.

Papá, eres la persona más resiliente que conozco, mi guía, la estrella que me ilumina en los momentos más difíciles, mi ejemplo a seguir en cuanto a honradez y honestidad, eres mi sentido del humor, eres el mejor padre del mundo mundial, las virtudes que posees son incalculables y por eso te quiero SIEMPRE

Mamá, cuanto tengo que agradecerte en esta vida y ahora me doy cuenta de las pocas veces que te lo digo, gracias por quererme, gracias por ayudarme con todo, gracias por estar a mi lado, gracias por anticiparte a mis necesidades, gracias y mil gracias. Si volviese a nacer, desearía que fueses mi madre de nuevo e intentaría darte el menor número de disgustos que te he podido causar a lo largo de la vida. Te quiero SIEMPRE.

Por último quería agradecer a la persona más importante de mi vida y la que más quiero en este mundo, a mi hija, Blanca. Llegaste al mundo hace 22 años y me hiciste ser más responsable, más trabajadora, más cariñosa, más todo... gracias cariño, gracias y gracias. Gracias por ser cómo eres, gracias por tus muestras de cariño y ánimo constante durante estos años, gracias por entenderme, gracias por ayudarme a gestionar mis emociones, gracias por ayudarme a ser resiliente, gracias por tus comentarios que a veces me sorprenden lo madura que eres en ciertos aspectos y lo niña que eres en otros. Gracias por ayudarme a cumplir mi último objetivo personal. Te quiero SIEMPRE.

INDICE

I. INTRODUCCION.....	39
II. MARCO TEORICO.....	45
II.1 PERFIL SOCIOLOGICO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	45
II.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y SOCIAL DEL CONCEPTO DE JUVENTUD	45
II.1.2. FASES Y FACTORES RELACIONADOS	49
II.1.2.1. FASES DE LA	49
 ADOLESCENCIA.....	
II.1.2.2. FACTORES ASOCIADOS A LA ETAPA	50
 ADOLESCENTE.....	
II.1.3. EL JOVEN PENINSULAR Y NO PENINSULAR.....	54
II.1.4. TENDENCIAS O INFLUENCIAS RELIGIOSAS EN LA ETAPA	
ADOLESCENTE.....	60
II.2 HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.....	66
II.2.1. SALUD.....	66
II.2. 2 HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA.....	69
II.2.3. SEDENTARISMO Y OBESIDAD.....	73
II.2.4. OCIO DIGITAL Y TIC.....	77
II.2.5. ACTIVIDAD FÍSICA.....	80
II.2.6. ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	83
II.3 FACTORES PSICOSOCIALES.....	87
II.3.1.MOTIVACIÓN DEL ESTUDIANTE.....	87
II.3.2. RESILIENCIA.....	90
II.3.3. INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	95
II.3. 4 ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	99
II.4 PROCESOS DE APRENDIZAJE EN EL SISTEMA EDUCATIVO.....	102
II.4.1. SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL.....	102
II.4 1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA.....	102
II.4.1.2. SITUACIÓN ACTUAL.....	103
II.4.2. TEORÍAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.....	107
II.4.3. SOCIEDAD Y EDUCACIÓN.....	110
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y, OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	117
III.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	117
III. 2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	118
III. 3 SUPUESTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	120
IV. MATERIAL Y METODOS.....	125
IV.1. INTRODUCCIÓN.....	125
IV.2. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	126
IV.3. OPCIÓN METODOLÓGICA.....	128
IV.4. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	130
IV.5. MUESTRA.....	131
IV.5.1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	131
IV.5.1.1. CONTEXTO GEOGRÁFICO.....	131

IV.5.1.2. CONTEXTO SOCIAL	135
IV.5.2. LA MUESTRA.....	137
IV.5.2.1. DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO.....	137
IV.5.2.2. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	137
IV.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	139
IV.6.1. VARIABLES.....	140
IV.6.2. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	141
IV.6.2.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y EDUCATIVO.....	142
IV.6.2.2. CUESTIONARIO DE CD-RISC	142
IV.6.2.3. INTELIGENCIA EMOCIONAL. TMMS-24.....	142
IV.6.2.4. ESCALA DE CONSUMO DE TABACO FTND.....	143
IV.6.2.5. ESCALA DE CONSUMO DE ALCOHOL AUDIT.....	144
IV.6.2.6. TEST DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA	144
IV.7. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	145
IV.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	146
V. RESULTADOS.....	149
V.1. DESCRIPTIVOS	149
V.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	149
V.1.2. VARIABLES PSICOSOCIALES.....	155
V.1.3. VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA.....	155
V.1.4. VARIABLES EDUCATIVAS.....	158
V. 2. RESULTADOS COMPARATIVOS.....	163
V.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOSOCIALES.....	163
V.2.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA.....	171
V.2.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EDUCATIVAS.....	176
V.2.4. VARIABLES PSICOSOCIALES Y DE CALIDAD DE VIDA.....	187
V.2.5. VARIABLES PSICOSOCIALES Y VARIABLES EDUCATIVAS.....	190
V.2.6. VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES EDUCATIVAS.....	197
V.3. ECUACIONES ESTRUCTURALES.....	204
VI. DISCUSIÓN.....	209
VII. CONCLUSIONES.....	221
VIII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	229
IX. PERSPECTIVAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	233
X. REFERENCIAS.....	237
XI. ANEXOS.....	281

INDICE TABLAS

Tabla II.1. Factores de los hábitos y estilos de vida saludables	67
Tabla II.2. Principios, estrategias y campos de acción (López-Fernández y Hormazábal, 2017)	67
Tabla II.3. Consulta de los términos Salud y Health en la Web of Science	83
Tabla II.4. Consulta de los términos Estilos de vida y Lifestyle en la Web of Science	84
Tabla II.5. Consulta de los términos Sedentarismo y SedentaryLifestyle en la Web of Science	85
Tabla II.6. Consulta de los términos Obesidad y Obesity en la Web of Science	85
Tabla II.7. Consulta de los términos Ocio digital y Digital leisure en la Web of Science	86
Tabla II.8. Consulta de los términos Actividad física y Physicalactivity en la Web of Science	86
Tabla II.9. Conceptualización del término resiliencia según diversos autores.	94
Tabla II.10. Consulta de los términos Motivación y Motivation en la Web of Science	99
Tabla II.11. Consulta de los términos Resiliencia y Resilience en la Web of Science	100
Tabla II.12. Consulta de los términos Inteligencia emocional y Emotionalintelligence en la Web of Science	101
Tabla II.13. Calendario de implantación de la LOMCE	106
Tabla IV.1. Fases de elaboración del trabajo de investigación	130
Tabla IV.2. Datos de la distribución muestral del profesorado	138
Tabla IV. 3. Valoración del resultado del cuestionario	143
Tabla V.1. Distribución de la variables sociodemográficas	149
Tabla V.2. Relación del género con el lugar de residencia	151
Tabla V.3. Relación del género con la tendencia religiosa	152
Tabla V.4. Relación del género con el campus universitario	152
Tabla V.5. Relación del lugar de residencia con la tendencia religiosa	153
Tabla V.6. Relación del lugar de residencia con el campus universitario	154
Tabla V.7. Relación de la tendencia religiosa con el campus universitario	154
Tabla V.8. Descriptivos de Resiliencia	155
Tabla V.9. Descriptivos de Inteligencia emocional	155
Tabla V.10. Descriptivos de Consumo de alcohol	156
Tabla V.11. Relación entre el consumo de tabaco y la adhesión a la dieta mediterránea	157
Tabla V.12. Descriptivos de la nota media del curso pasado	159
Tabla V.13. Relación de los estudios o actividad laboral previos con la recepción de beca	160
Tabla V.14. Relación de estudios previos con nota del curso pasado	160
Tabla V.15. Relación de estudios previos o actividad laboral previa con ámbito de conocimiento	161
Tabla V.16. Relación de recepción de beca y nota media del curso anterior	161
Tabla V.17. Relación de recepción de beca y ámbito de conocimiento	162
Tabla V.18. Relación de ámbito de conocimiento y nota media del curso anterior	162
Tabla V.19. Distribución del género según las dimensiones de la Resiliencia	163
Tabla V.20. Distribución del género según las dimensiones de la Inteligencia emocional	164
Tabla V. 21. Descriptivos de resiliencia según lugar de residencia	165
Tabla V. 22. Descriptivos de inteligencia emocional según lugar de residencia	166
Tabla V.23. Descriptivos de resiliencia según tendencia religiosa	167
Tabla V.24. Distribución de resiliencia según tendencia religiosa	168
Tabla V.25. Dimensiones de resiliencia y campus universitario	169

Tabla V. 26. Dimensiones de inteligencia emocional y campus universitario	170
Tabla V. 27. Distribución del consumo de alcohol según el género	171
Tabla V. 28. Distribución del consumo de tabaco según el género	172
Tabla V. 29. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea según el género	172
Tabla V. 30. Distribución del lugar de residencia y consumo de alcohol	173
Tabla V.31. Distribución del lugar de residencia y consumo de tabaco	174
Tabla V.32. Distribución del lugar de residencia y adhesión a la dieta mediterránea	174
Tabla V.33. Distribución del consumo de alcohol según campus universitario	175
Tabla V. 34. Distribución del consumo de tabaco según campus universitario	175
Tabla V. 35. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea según campus universitario	176
Tabla V. 36. Distribución del género y los estudios previos o actividad laboral previa	176
Tabla V. 37. Distribución del género y la recepción de beca	177
Tabla V. 38. Distribución del género y la nota media del curso anterior	177
Tabla V. 39. Distribución del género y el ámbito de conocimiento	178
Tabla V. 40. Distribución del lugar de residencia y estudios previos o actividad laboral previa	179
Tabla V. 41. Distribución del lugar de residencia y recepción de beca	179
Tabla V.42. Distribución del lugar de residencia y nota media del curso pasado	180
Tabla V. 43. Distribución del lugar de residencia y ámbito de conocimiento	180
Tabla V.44. Distribución de la tendencia religiosa según estudios previos o actividad laboral previa	181
Tabla V. 45. Distribución de la tendencia religiosa según recepción de beca	182
Tabla V.46. Distribución de la tendencia religiosa según nota media del curso anterior	182
Tabla V.47. Distribución de la tendencia religiosa según ámbito de conocimiento	183
Tabla V. 48. Distribución del campus universitario según estudios previos o actividad laboral previa	184
Tabla V. 49. Distribución del campus universitario según la recepción de beca	184
Tabla V.50. Distribución del campus universitario según la nota media del curso anterior	185
Tabla V. 51. Distribución del campus universitario según el ámbito de conocimiento	186
Tabla V. 52. Distribución de las dimensiones de resiliencia según el consumo de tabaco	187
Tabla V.53. Distribución de las dimensiones de resiliencia según la adhesión a la dieta mediterránea	188
Tabla V. 54. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según el consumo de tabaco	189
Tabla V. 55. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según la adhesión a la dieta mediterránea	190
Tabla V. 56. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según los estudios previos o actividad laboral previa	190
Tabla V. 57. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según la recepción o no de beca	191
Tabla V. 58. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según la nota media del curso anterior	192
Tabla V. 59. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según el ámbito de conocimiento	193
Tabla V. 60. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según estudios previos o actividad laboral previa	194
Tabla V.61. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según recepción de beca	195
Tabla V. 62. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según la nota media del curso anterior	196
Tabla V.63. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según el ámbito de conocimiento	196
Tabla V.64. Distribución del consumo de alcohol según estudios previos o actividad laboral previa	197

Tabla V. 65. Distribución del consumo de alcohol según recepción de beca	197
Tabla V. 66. Distribución del consumo de alcohol según la nota media del curso anterior	198
Tabla V. 67. Distribución del consumo de alcohol según el ámbito de conocimiento	199
Tabla V.68. Distribución del consumo de alcohol según el ámbito de conocimiento	199
Tabla V. 69. Distribución del consumo de alcohol según la recepción de beca	200
Tabla V. 70. Distribución del consumo de alcohol según la nota media del curso pasado	200
Tabla V. 71. Distribución del consumo de alcohol según el ámbito de conocimiento	201
Tabla V. 72. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y los estudios previos o actividad laboral previa	201
Tabla V.73. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y la recepción de beca	202
Tabla V.74. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y la nota media del curso anterior	202
Tabla V. 75. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y el ámbito de conocimiento	203
Tabla V. 76. Pesos de regresión y pesos estandarizados de regresión	205

INDICE FIGURAS

Figura II. 1. Mapa político de España.	54
Figura II.2. Imagen del Puerto de Melilla	55
Figura II.3. Imagen del Aeropuerto de Melilla	56
Figura II.4. Imagen de Ceuta y Melilla	56
Figura II. 5. Hospital Universitario de Ceuta	58
Figura II.6. Mapa Islas Canarias	58
Figura II. 7. Imagen del Ocio nocturno en Ibiza	59
Figura II. 8. Recorte del Sol del 12 de mayo de 1931	62
Figura II.9. Tasas globales de obesidad en el año 2014.	75
Figura II.10. Prevalencia de obesidad en España (2011)	75
Figura II.11. Estructura del Sistema Educativo LOMCE (Extraído de http://www.orientacion.info/e-orientacion-academica-y-profesional , 2015)	104
Figura II.12. Imagen de TICs. www.pinterest.es/pin/341710690453361016	114
Figura III.1. Modelo hipotético de resiliencia, autoconcepto y hábitos saludables.	121
Figura IV.1. Localización de Ceuta y Melilla	131
Figura IV.2. Localización de Melilla	132
Figura IV.3. Visualización de Melilla	132
Figura IV.4. Vista aérea de Ceuta	133
Figura IV.5. Campus universitario de Ceuta	133
Figura IV.6. Campus universitario de Melilla	134
Figura IV.7. Localización de Granada.	134
Figura IV.8. Té y pastas morunas	135
Figura IV.9. Visualización de Ciudad de Granada.(Just Es, 2014)	136
Figura IV.10.Fórmula para el cálculo del error muestral	138
Figura V.1. Distribución de los participantes por campus universitario	150
Figura V.2. Distribución de los participantes por lugar de residencia.	150

Figura V.3. Distribución de los participantes por tendencia religiosa	151
Figura V.4. Descriptivos variable consumo de tabaco	156
Figura V.5. Descriptivos variable adhesión a la dieta mediterránea	157
Figura V.6. Descriptivos variable estudios previos	158
Figura V.7. Descriptivos variable beca	158
Figura V.8. Descriptivos variable ámbito de conocimiento	159
Figura V.9 Distribución del género según las dimensiones de la Resiliencia	164
Figura V.10. Distribución del género según las dimensiones de la Inteligencia emocional	165
Figura V.11. Distribución del lugar de residencia según las dimensiones de Resiliencia	166
Figura V. 12. Distribución del lugar de residencia según las dimensiones de la Inteligencia Emocional	166
Figura V.13. Descriptivos de resiliencia según tendencia religiosa	168
Figura V.14. Distribución de inteligencia emocional según tendencia religiosa	169
Figura V.15. Dimensiones de resiliencia y campus universitario (p=0,006)	170
Figura V. 16. Dimensiones de inteligencia emocional y campus universitario	171
Figura V.17. Distribución del consumo de alcohol según el género	172
Figura V. 18. Distribución del lugar de residencia y consumo de alcohol	173
Figura V.19. Distribución del género y la recepción de beca (p=0,031)	177
Figura V. 20. Distribución del género según el ámbito de conocimiento	178
Figura V. 21. Distribución del lugar de residencia según ámbito de conocimiento	181
Figura V.22. Distribución de la tendencia religiosa según ámbito de conocimiento	183
Figura V. 23. Distribución del campus universitario según la recepción de beca	185
Figura V. 24. Distribución del campus universitario según la nota media del curso anterior	186
Figura V.25. Distribución del campus universitario según el ámbito de conocimiento (p=0,008***)	187
Figura V. 26. Distribución de las dimensiones de resiliencia según el consumo de tabaco	188
Figura V. 27. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según el consumo de tabaco	189
Figura V. 28. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según la recepción o no de beca	191
Figura V. 29. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según la nota media del curso anterior	193
Figura V. 30. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según el ámbito de conocimiento	194
Figura V. 31. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según estudios previos o actividad laboral previa	195
Figura V. 32. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según el ámbito de conocimiento	196
Figura V. 33. Distribución del consumo de alcohol según recepción de beca	198
Figura V. 34. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y la nota media del curso anterior	203
Figura V.35. Modelo de ecuaciones estructurales.	206

RESUMEN

Los estilos de vida son entendidos como un proceso activo y dinámico, del cual es responsable el propio individuo con sus conductas sanas e insanas, que determinan el grado de salud y de calidad de vida. Éstos, especialmente en la adolescencia y juventud, han sido considerados objeto de estudio a lo largo de los años ya que esta etapa evolutiva del desarrollo humano y es considerada como un periodo de transición y cambio no sólo biológico sino psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que se inicia en la pubertad.

Además de las modificaciones fisiológicas que inciden en el aspecto físico y la preocupación del joven por su apariencia y aceptación social, se producen otros cambios a nivel cognitivo en los que se desarrolla la capacidad analítica y el sentido crítico directamente se considera una etapa de descubrimiento de la propia identidad (psicológica, sexual o religiosa) así como de la búsqueda de autonomía individual y necesidad de emancipación, de evaluación de riesgos y donde a nivel social, los amigos sustituyen a la familia como grupo relevante, siendo una preocupación del adolescente la inserción y aceptación por parte del grupo de iguales.

Otra cualidad a tener en cuenta durante este periodo, es el aspecto emocional, donde la capacidad afectiva del joven se encuentra en plena ebullición de sentimientos y emociones que se identifican con el amor, haciendo uso de la capacidad de elección de amistades y personas a las que querer, personalizando y discriminando sus afectos.

A consecuencia de lo referido con anterioridad junto con la incorporación del pensamiento abstracto y la capacidad de relativizar, se va perfilando la personalidad de cada individuo.

En este sentido hay que aclarar que los estilos de vida son las prácticas que se llevan a cabo y no las creencias que se puedan tener al respecto, es decir, no basta con tener creencias positivas sino que hay que demostrarlas en la práctica diaria.

Es sabido que las conductas de riesgo que se inician durante este periodo van en aumento y que éstas inciden tanto en la calidad de vida de los jóvenes como en el rendimiento académico. Así pues, se percibe en ellos, una necesidad e impulsividad de experimentar nuevas experiencias y sensaciones placenteras que en numerosas

ocasiones implican conductas de riesgo, tales como los comportamientos sexuales sin protección o el consumo de sustancias nocivas para la salud, entre otros.

De hecho, de forma frecuente aparecen en los diferentes medios de comunicación las consecuencias del conocido “botellón”, como forma de ocio y diversión en la población más joven.

Asimismo, el consumo de alcohol y tabaco puede ser puerta de acceso a otro tipo de drogas a estas edades, de manera que diversos autores exponen el aumento considerable del consumo de hachís en estudiantes de secundaria durante las últimas décadas. En este sentido, el consumo de dichas sustancias se encuentra relacionado con el rendimiento académico o la disminución en las tareas o labores a realizar, incluso con comportamientos disruptivos o violentos que se pueden manifestar en el ámbito familiar, la pareja, las aulas y los grupos de iguales.

Del mismo modo, se expone la baja percepción del riesgo de consumir alcohol, hecho que aumenta la probabilidad de sufrir un accidente de tráfico provocando de esta forma lesiones de todo tipo en los jóvenes, debidos en gran medida a la pérdida de reflejos, la euforia y la irreal sensación de control. De hecho alrededor del 60% de los accidentes de tráfico presentan el triángulo jóvenes, alcohol, fin de semana.

Está aconteciendo otro problema asociado y es que parece ser que el uso o abuso de sustancias nocivas, la psicopatología y la ideación suicida tienen alguna relación. Llama la atención la elevada incidencia de suicidio en la adolescencia, entendiéndose como un suceso complejo y multicausal que se lleva a la práctica en todas las sociedades. Se plantea la idea de que el desequilibrio que presenta el adolescente, en cuanto a su desarrollo cognitivo para sopesar y estimar su propia muerte, al mismo tiempo que su inmadurez para controlarlo, está relacionado con las ideas suicidas en dicha etapa.

El suicidio se presenta como la segunda causa de muerte no natural en la adolescencia según confirma la OMS. Así pues, en menores de 15 años se sitúa como la primera causa de muerte en países como China, Australia, Irlanda y Nueva Zelanda.

Es conocido el hecho, de que el adolescente es un individuo influenciado y dúctil a la hora de adquirir conductas perjudiciales y que se encuentra rodeado de factores de riesgo y factores de protección, que le protegen o le deterioran su calidad de vida.

Es por eso que para contrarrestar los posibles factores de riesgo subyacentes y típicos de esta etapa, nos encontramos con factores de protección que sirven de apoyo y superación de cualquiera de las adversidades que se puedan plantear a estas edades, como puede ser la familia y/o el grupo de redes sociales disponibles por el joven. Del

mismo modo, factores individuales como por ejemplo la resiliencia, inteligencia emocional, autoestima o la motivación intrínseca del individuo, serán variables psicosociales a tener en cuenta para el adecuado desarrollo y conformación de la personalidad.

Además de los cambios propios de la adolescencia en el ámbito biológico, psicológico y social, tal y como se ha mencionado anteriormente, hay que tener en cuenta la influencia de cada entorno, influenciado por la cultura y el momento histórico de la sociedad, entendiéndose cultura como el conjunto de conceptos y conocimientos que se concede a un grupo social, unas formas de vida significativas en las cuales se proporciona una amplia red de actividades humanas, en las que se incluye la vida social, educativa, recreativa y económica uniendo así los círculos públicos y privados. En esta línea, se puede definir como el conjunto de interpretaciones que da un grupo de personas en un contexto espacio temporal determinado.

Cabe la posibilidad de confundir cultura con el término religión al tratar diferentes temas, aún no teniendo nada que ver, son conceptos que se retroalimentan y entremezclan, formando parte la religión de una cultura. Esto es debido a que la cuestión religiosa influye en diversos aspectos, tal y como podrían ser los hábitos y costumbres alimentarias, los rituales propios de cada religión en las diferentes etapas de la vida, además de relacionarse con otros temas y cuestiones de índole sanitario relacionadas con las transfusiones sanguíneas o donaciones de órganos, entre otros. Hechos que afectan a la calidad de vida y por lo que la religión es considerada un determinante de salud.

En este sentido la religión puede considerarse como un elemento del ser humano que comprende el conjunto de creencias, prácticas y valores implícitamente establecidos en determinadas tradiciones sociales o marcos institucionales, dependientes de la cultura y la educación.

Actualmente, se sabe que el período que abarca la adolescencia se ha incrementado respecto a décadas anteriores, propiciado por cuestiones de índole social y laboral. En este sentido, diferentes autores lo delimitan entre los 10 a 20 años, de tal forma que se podría mencionar que la etapa universitaria se vería incluida en dicho intervalo. Hecho que justificaría la gran cantidad de estudios existentes en relación con la adquisición de buenas medidas higiénico-dietéticas y más concretamente en la adhesión a la dieta mediterránea en estas edades.

De forma general y debido a las características esenciales de esta dieta (consumo adecuado de aceite de oliva, frutos secos y alimentos de origen vegetal de forma habitual, o de pescado, aves y lácteos y de forma esporádica la ingesta de carne roja y dulces) se considera como una de las más saludables, equilibradas y variadas, lo que favorece el adecuado desarrollo madurativo en cada una de las etapas evolutivas del individuo, así como el aumento de la esperanza de vida.

Además durante la adolescencia, aumenta el riesgo de adquisición de conductas insanas y es esta una edad clave para el de inicio de trastornos de la conducta alimentaria, tales como son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, entre otros comportamientos influenciados por múltiples factores socioculturales muy arraigados actualmente. Como la existencia de trabajos que determinan la relación tan alta existente entre la dieta mediterránea y los hábitos del ocio digital de los jóvenes universitarios. Así pues, en la literatura consultada destacan estudios, que corroboran que parte de la población universitaria necesita mejorar su patrón alimentario puesto que numerosos jóvenes comienzan un período de verdadera autonomía personal, en la que sólo ellos deben cuidarse a sí mismos y en la que son responsables de sus hábitos y estilos de vida.

Por lo que los estudiantes universitarios, se encuentran expuestos a una serie de factores que influyen en la dieta, de esta manera diversos autores aprecian una mejor acepción de ésta en el género femenino y expresan que el lugar donde residen o la tendencia religiosa que profesan son variables que también influyen sobre los hábitos alimenticios.

Se podría dar como explicación, el hecho de que en la etapa universitaria aproximadamente la mitad de los jóvenes abandonan el domicilio familiar, residiendo en pisos compartidos o residencias situadas a menor distancia del centro de estudios y reciben en ocasiones la influencia de los grupos de pares hacia este tipo de hábitos. En esta línea, se pone en relieve como la zona de residencia representa un factor determinante en el modo de vida, abarcando unos hábitos concretos.

Por lo que estas circunstancias a las que se exponen multitud de estudiantes, pueden ser generadoras de un estrés ambiental adicional que afecta al bienestar del joven, pudiendo llegar a ser detonantes de cualquier enfermedad mental ya que es sabido que la adolescencia tardía es considerada como uno de los momentos clave del surgir de ciertos trastornos mentales.

Del mismo modo, es posible que la situación de vulnerabilidad que presentan parte de los jóvenes a su incorporación al entorno universitario pueda desencadenar en conductas no saludables tal y como son el consumo de tabaco, alcohol, drogas, malos hábitos alimenticios, disminución de la actividad física, sedentarismo, sexualidad de riesgo, hábitos relacionados con una baja calidad de vida y con enfermedades de tipo cardiorespiratorio como cáncer o diabetes.

De hecho, el consumo de sustancias legales nocivas y adictivas que afecta de forma precoz en los jóvenes españoles, tales como el tabaco y el alcohol, se considera como un problema de salud pública y de interés social.

Este consumo se refleja en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, en la cual un 84% de los adolescentes indicaron haber consumido alcohol en alguna ocasión y alrededor del 44% manifestaron haber probado el tabaco.

Además, existen estudios que expresan, que los universitarios que perciben una cierta permisibilidad de su familia ante el alcohol, suelen beber más. Por consiguiente, variables sociodemográficas tales como el género, el lugar de residencia habitual y la tendencia que profesan los universitarios pueden estar relacionados con las variables de calidad de vida como pueden ser el consumo de alcohol y tabaco, así como la adhesión a la dieta mediterránea. Igualmente y junto con variables psicosociales tales como la resiliencia y la inteligencia emocional, pueden ser factores que incidan en las motivaciones y expectativas socioeducativas del alumnado universitario.

Por tanto, la investigación en el contexto pedagógico y educativo es considerada una de las más relevantes en el desarrollo humano y es por ello que nuestra investigación versa en dichos aspectos.

Este trabajo de investigación aporta datos novedosos sobre el perfil psicosocial y de salud del estudiante universitario, en base a esto los objetivos de este trabajo fueron describir las variables sociodemográficas (género, lugar de residencia, tendencia religiosa, campus universitario y edad), psicosociales (resiliencia e inteligencia emocional) de calidad de vida (consumo de alcohol y tabaco y adhesión a la dieta mediterránea) y educativa (campus universitario, recepción de beca universitaria, ámbito de conocimiento y nota media del curso anterior) de jóvenes universitarios (España) y establecer las relaciones existentes entre sí de dichos parámetros, y finalmente realizar un análisis de la resiliencia, dieta y hábitos saludables en función de variables descriptivas mediante el empleo de ecuaciones estructurales.

Participaron en este trabajo de carácter descriptivo y de corte transversal un total 597 estudiantes universitarios matriculados en el curso académico 2016/2017 en los campus universitarios de Granada, Ceuta y Melilla, con una edad media de 23 años, de los cuales un 73,9% eran féminas y un 26,1% eran varones.

Para el análisis de las distintas variables se emplearon instrumentos validados en todos los casos, así concretamente de las variables Sociodemográficas y Educativas se utilizó una hoja de autoregistro, de las variables psicosociales, para la resiliencia (escala de resiliencia CD-RISC) e inteligencia emocional (Trait Meta-Mood Scale, TMMS-24) y las de calidad de vida en cuanto al consumo de alcohol (Alcohol Use Disorders Identification, AUDIT), tabaco (Fagerström Test for Nicotina Dependence, FTND) y adhesión a la dieta mediterránea (test de adherencia a la dieta mediterránea, KIDMED). El análisis estadístico fue realizado mediante el programa SPSS 22.0

Los resultados depararon que más de la mitad del alumnado pertenecía al campus universitario de Melilla, casi una cuarta parte al de Ceuta y en menor proporción al de Granada, constatándose una presencia femenina de casi tres cuartas parte de los participantes. Además se verificó que seis de cada diez alumnos vivían en el domicilio familiar, tres de cada diez en pisos compartidos y muy pocos de ellos en residencias universitarias. Siendo la religión cristiana la mayor profesada y en mayor medida por alumnos de Ciencias de la Salud frente a los de Ciencias Sociales.

En lo referente a la resiliencia se mostraron niveles óptimos de resiliencia en todas sus dimensiones, excepto en la dimensión de espiritualidad donde se presentaban los índices más bajos, siendo los varones los que obtenían puntuaciones inferiores a las mujeres en este aspecto. Aunque los alumnos musulmanes fueron los que mostraban los valores más altos de espiritualidad, mostrándose así mismo el campus universitario de Melilla como el más espiritual.

En el caso de la dimensión relacionada con el desafío de la conducta orientada a la acción fueron las mujeres las que mostraban mejores puntuaciones, al igual que la religión cristiana es la que consigue mejores niveles al respecto. Además, en lo que respecta al optimismo y la adaptación a situaciones estresantes, fueron los hombres los mejor valorados.

Del mismo modo, los alumnos receptores de beca universitaria mostraron niveles de resiliencia superiores frente a los que no la recibieron y se constató la relación existente entre resiliencia y rendimiento académico, ya que los alumnos con mejores calificaciones académicas presentaban altos niveles de resiliencia.

Igualmente en relación a la inteligencia emocional se observó que las puntuaciones más bajas se obtenían en cuanto a percepción y comprensión de la misma, siendo los hombres los que revelaban puntuaciones inferiores a las mujeres en cuanto a su comprensión.

Se comprobó que los varones presentaban medias superiores frente a las mujeres en todas las dimensiones relacionadas con el consumo de alcohol y las medias más bajas se obtuvieron en la dimensión consumo dañino, tanto para hombres como para mujeres, frente a la dimensión: consumo abusivo, donde los valores medios eran bastante superiores para ambos sexos.

No sólo se pudo constatar estos hechos sino que se verificó que los estudiantes que residían en el hogar familiar presentaban un menor consumo de alcohol frente a los que residían en pisos compartidos y residencias universitarias, confirmando la idea de que la familia es considerada un factor de protección en cuanto al consumo de sustancias nocivas para la salud.

Asimismo, más de tres cuartas partes del alumnado mostraban una dependencia baja en relación al consumo de tabaco, sin apreciarse diferencias de género y resto de variables estudiadas.

En cuanto a la adhesión a la dieta mediterránea los resultados expusieron que más de las tres cuartas partes de los participantes presentaban una dieta óptima con respecto al patrón mediterráneo. Asimismo, se observó que los alumnos procedentes del campus universitario de Granada eran los que presentaban los valores más favorables. En este sentido, también se indicó la relación existente entre una dieta óptima y un mejor rendimiento académico reflejado en la nota media del curso anterior.

A propósito del nivel educativo anterior al ingreso a la universidad, se constató que gran parte del alumnado disponían estudios de Bachillerato mientras que casi un tercio de los mismos procedían de FP y apenas hubo muestra que reflejasen una actividad laboral previa.

En nuestro caso, se evidenció una mayor presencia de alumnos de Ciencias Sociales frente a los de Ciencias de la Salud.

Por otro lado, resaltar el campus de Melilla como el que recibe mayor número de becas universitarias, hecho que se da más en las mujeres que en los hombres, y el que obtiene mejores calificaciones académicas.

Por todo lo expuesto con anterioridad, podemos considerar que los hallazgos de nuestra investigación son relevantes en el ámbito objeto de estudio. A pesar de ello, se hacen

necesarios un mayor número de trabajos venideros en esta línea de investigación con el fin de ampliar conocimientos y mejorar la intervención socioeducativa en la población joven. Finalmente, se propone la implantación de programas de intervención desde la edad infantil y durante el resto de ciclos educativos, incluyendo la educación superior, que desarrollen capacidades tales como la resiliencia y la inteligencia emocional para mejorar el rendimiento académico y que a su vez favorezcan unos hábitos y estilos de vida saludables. Igualmente, se sugiere un seguimiento y evaluación de los mismos para comprobar su eficacia. Además, se plantea la inclusión de asignaturas en dichos ciclos formativos, que integren el desarrollo de habilidades sociales, estrategias y conductas resilientes y de gestión de emociones. Igualmente se aconseja promover jornadas de formación en jóvenes para el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación. Así como establecer nuevas variables o parámetros de medición, como pueden ser la autoestima y las habilidades sociales para futuras investigaciones.

PALABRAS CLAVE

Resiliencia; Inteligencia Emocional; Dieta mediterránea; Universitarios; Tabaco; Alcohol; Educación; Calidad de vida; Estilos de vida; Religión.

ABSTRACT

Lifestyles are understood as an active and dynamic process, for which the individual is responsible with their healthy and unhealthy behaviors, which determine the degree of health and quality of life. These, especially in adolescence and youth, have been considered an object of study over the years since this evolutionary stage of human development is considered a period of transition and change not only biologically but psychologically, sexually and socially straight after childhood and that starts at puberty. In addition to the physiological changes that affect the physical appearance and the young person's concern for their appearance and social acceptance, other changes occur at the cognitive level in which the analytical capacity is developed and the critical thinking is directly considered a stage of discovery of self-identity (psychological, sexual or religious) as well as the search for individual autonomy and the need for emancipation, risk assessment and where, at a social level, friends replace the family as a relevant group, with inclusion and acceptance by the peer group becoming a teenager's concern.

Another aspect to be taken into account during this period is the emotional aspect, where the affective capacity of the young person fully incorporates feelings and emotions that are identified with love, making use of the capacity of choice of friends and people to be loved, personalizing and discriminating their affections.

As a result of the aforementioned, together with the incorporation of abstract thinking and the ability to relativize, the personality of each individual is developed.

In this sense it is necessary to clarify that the lifestyles are the practices that are carried out and not the beliefs that can be had about it, that is, it is not enough to have positive beliefs but they have to be demonstrated in daily practice.

It is known that risky behaviors that begin during this period are increasing and that these affect both the quality of life of young people and academic performance. Thus, it is perceived in them a need and impulsiveness to experience new experiences and pleasurable sensations that in numerous occasions involve risky behaviors, such as unprotected sexual encounters or the consumption of substances that are harmful to a person's health, among others.

In fact, the consequences of the well-known "binge drinking" as a form of leisure and

entertainment in the younger population frequently appear in the media.

Also, the consumption of alcohol and tobacco can be a gateway to other types of drugs at these ages, and several authors expose the considerable increase of hashish consumption in high school students during the last decades. In this sense, the consumption of these substances is related to academic performance or the reduction in activities or tasks to be performed, even with disruptive or violent behaviors that can manifest in the family, in couples, classrooms and groups of equals.

Similarly, the low perception of risk associated to consuming alcohol is exposed, which increases the likelihood of suffering a traffic accident thus causing injuries of all kinds in young people, largely due to the loss of reflexes, euphoria and an unrealistic sense of control. In fact, around 60% of traffic accidents present the triangle young people, alcohol, weekend.

Another associated problem is occurring and it seems that the use or abuse of harmful substances, psychopathology and suicidal tendencies have some relation. The high incidence of suicide in adolescence stands out, being understood as a complex and multi-causal event that takes place in all societies. The idea that arises is that the imbalance that the adolescent presents, in terms of his cognitive development to weigh and estimate his own death, at the same time as his immaturity to control it, is related to the suicidal ideas in this stage.

Suicide is the second cause of unnatural death in adolescence, as confirmed by WHO. Thus, in children under 15 years of age, it is the leading cause of death in countries such as China, Australia, Ireland and New Zealand.

It is a fact well known that the adolescent is an easily influenced and ductile individual when it comes to acquiring harmful behaviors and that he is surrounded by risk factors and protective factors, which protect him or deteriorate his quality of life.

That is why to counteract the underlying risk factors typical of this stage, we find protective factors that serve as support and drive to deal with any of the adversities that may arise at these ages, such as the family and / or the group of social networks available to the young person. In the same way, individual factors such as resilience, emotional intelligence, self-esteem or the intrinsic motivation of the individual, will be psychosocial variables to be taken into account for the adequate development and conformation of the personality. In addition to the changes typical of adolescence in the biological, psychological and social level, as mentioned above, we must take into account the influence of each environment, influenced by culture and the historical

moment of society, understanding culture as the set of concepts and knowledge that is granted to a social group, significant life forms in which a wide network of human activities is provided, in which social, educational, recreational and economic life is included, thus uniting the private and public circles. In this line, it can be defined as the set of interpretations given by a group of people in a specific time-space context.

It is possible to mix up the terms culture and religion when dealing with different topics, even when they have nothing to do, they are concepts that feed each other and mingle, with religion often being a part of a culture. This is because the religious factor influences various aspects, such as food habits and traditions, the rituals of each religion in different stages of life, as well as relating to other issues and related health issues. with blood transfusions or donations of organs, among others. These are factors that affect the quality of life and the reason why religion is considered a determinant of health.

In this sense, religion can be considered as an element of the human being that comprises the set of beliefs, practices and values implicitly established in certain social traditions or institutional frameworks, dependent on culture and education.

Currently, it is known that the period covered by adolescence has increased compared to previous decades, caused by social and work issues. In this sense, different authors delimit it between 10 to 20 years, in such a way that it could be mentioned that the university stage would be included in said interval. Fact that would justify the large number of existing studies in relation to the acquisition of good hygienic-dietetic measures and more specifically in adherence to the Mediterranean diet in these ages.

In general and due to the essential characteristics of this diet (adequate consumption of olive oil, nuts and foods of vegetable origin on a frequent basis, or fish, poultry and dairy and sporadically the intake of red meat and sweets) it is considered one of the healthiest, most balanced and varied, which favors the appropriate maturational development in each of the evolutionary stages of the individual, as well as the increase in life expectancy.

Also during adolescence, the risk of acquiring unhealthy behaviors increases and this is a key age for the onset of eating disorders, such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder, among other behaviors influenced by multiple socio-cultural factors that are currently deeply rooted. Like the existence of works that determine the high relation between the Mediterranean diet and the digital leisure habits of university students. Thus, in the literature consulted, studies stand out which corroborate that part

of the university population needs to improve their dietary patterns since many young people begin a period of true personal autonomy, in which it is only up to them to take care of themselves and in which they are responsible for their habits and lifestyles.

Therefore university students are exposed to a number of factors that influence the diet, and in this way various authors observe a better dietary predisposition of the female gender and express that the place where individuals reside or the religious tendency followed are variables that also influence eating habits.

One could offer as an explanation the fact that at university stage approximately half of young people leave the family home, moving into shared flats or residences located at a lower distance from the center of studies and sometimes receive the influence of peer groups towards this type of habits. In this line, it is highlighted how the area of residence represents a determining factor in the way of life, encompassing some concrete habits.

So these circumstances to which many students are exposed can be generating an additional environmental stress that affects the well-being of the young person, with the potential of become a triggering force of mental illness since it is known that late adolescence is considered as one of the key moments of emergence of certain mental disorders.

Similarly, it is possible that the situation of vulnerability that some of the young people present in their incorporation into the university environment may lead to unhealthy behaviors such as the consumption of tobacco, alcohol, drugs, bad eating habits, decreased activity physical, sedentary lifestyle, risky sexual behaviours, habits related to a low quality of life and with cardiorespiratory diseases such as cancer or diabetes.

In fact, the consumption of harmful and addictive legal substances that affects young Spanish people early, such as tobacco and alcohol, is considered a public health and social issue.

This consumption is reflected in the State Survey on Drug Use in Secondary Education, in which 84% of adolescents indicated that they had used alcohol at some point and about 44% reported having tried tobacco.

In addition, there are studies that express that the university students who perceive certain permissibility from their family regarding alcohol, usually drink more. Therefore, sociodemographic variables such as gender, the place of habitual residence and the trend professed by university students may be related to the variables of quality of life such as alcohol and tobacco consumption, as well as adherence to the

Mediterranean diet. . Likewise and together with psychosocial variables such as resilience and emotional intelligence, they can be factors that influence the motivations and socio-educational expectations of university students.

Therefore, research in the pedagogical and educational context is considered one of the most relevant ones in human development and that is why our research deals with these aspects.

This research work provides novel data on the psychosocial and health profile of the university student, and based on this the objectives of this work were to describe the sociodemographic variables (gender, place of residence, religious tendency, university campus and age), but also psychosocial variables (resilience and emotional intelligence) quality of life variables (consumption of alcohol and tobacco and adherence to the Mediterranean diet) and education variables (university campus, receipt of university scholarship, field of knowledge and average grade of the previous course) of university students in Spain and establish the existing relationships between these parameters, and finally perform an analysis of resilience, diet and healthy habits based on descriptive variables through the use of structural equations.

A total of 597 university students enrolled in the academic year 2016/2017 participated in this descriptive and cross-sectional work on the university campuses of Granada, Ceuta and Melilla, with an average age of 23 years, of which 73.9 % were female and 26.1% were male.

For the analysis of the different variables validated instruments were used in all cases, and for the sociodemographic and educational variables a self-registration sheet was used. For psychosocial variables, resilience (resilience scale CD-RISC) and emotional intelligence (Trait Meta-Mood Scale, TMMS-24) and those of quality of life in terms of alcohol consumption (Alcohol Use Disorders Identification, AUDIT), tobacco (Fagerström Test for Nicotine Dependence, FTND) and adherence to the Mediterranean diet (test of adherence to the Mediterranean diet, KIDMED). The statistical analysis was performed through the SPSS 22.0 program.

The results showed that more than half of the students belonged to the university campus of Melilla, almost a quarter to Ceuta and in a smaller proportion to Granada, confirming a female presence of almost three quarters of the participants. In addition, it was verified that six out of ten students lived in the family home, three out of ten in shared apartments and very few of them in university residences. Christianity was the most professed religion and to a greater extent by students of Health Sciences compared

to those of Social Sciences.

In terms of resilience, optimal levels of resilience were shown in all its dimensions, except in the dimension of spirituality where the lowest rates were presented, with males obtaining lower scores than women in this regard. However, Muslim students were the ones who showed the highest values of spirituality, making the university campus of Melilla the most spiritual.

In the case of the dimension related to the challenge of action-oriented behavior, it was women who showed the best scores, just as the Christian religion obtains the best levels in this regard. In addition, with regard to optimism and adaptation to stressful situations, men achieved the highest scores.

Similarly, students receiving university scholarships showed higher levels of resilience than those who did not receive it, and a relationship between resilience and academic performance was found, since the students with the best academic qualifications had high levels of resilience.

Similarly, in relation to emotional intelligence, it was observed that the lowest scores were obtained in terms of perception and understanding of it, with men revealing lower scores to women in terms of their understanding.

It was found that men presented higher averages compared to women in all dimensions related to alcohol consumption and the lowest averages were obtained in the harmful consumption dimension, for both men and women, compared to the abusive consumption dimension, where the average values were much higher for both genders.

Not only could these facts be confirmed, but it was verified that the students residing in the family home had a lower consumption of alcohol compared to those who lived in shared flats and university residences, confirming the idea that the family is considered a factor of protection in terms of the consumption of substances that are harmful to health. Likewise, more than three quarters of the students showed a low dependency in relation to tobacco consumption, without revealing gender differences and other variables studied. Regarding adherence to the Mediterranean diet, the results showed that more than three quarters of the participants presented an optimal diet with respect to the Mediterranean pattern. Likewise, it was observed that the students coming from the university campus of Granada were those who presented the most favorable values. In this sense, the relationship between an optimal diet and a better academic performance reflected in the average grade of the previous course was also exposed.

Regarding the educational level prior to entering the university, it was found that a large

part of the students had Baccalaureate studies while almost a third of them came from vocational training and there was hardly any evidence that they reflected a previous work activity. In our case, there was a greater presence of students of Social Sciences compared to those of Health Sciences.

It is also worth highlighting that the Melilla campus receives the highest number of university scholarships, a fact that occurring more in women than in men, and is also the campus that obtains the best academic qualifications.

Given all of the above, we can consider that the findings of our research are relevant in the field under study. In spite of this, a greater number of future works are needed in this line of research in order to expand knowledge and improve socio-educational intervention in the young population.

Finally, we propose the implementation of intervention programs from childhood and during the rest of educational cycles, including higher education, to develop skills such as resilience and emotional intelligence in order to improve academic performance and in turn promote healthy habits and lifestyles. Likewise, their monitoring and evaluation is suggested to confirm their effectiveness. In addition, we contemplate the inclusion of subjects in these training cycles, which integrate the development of social skills, resilient strategies and behaviors and emotion management. It is also advisable to promote training sessions in young people for the development of social skills and communication, as well as establishing new variables or measurement parameters, such as self-esteem and social skills for future research.

KEYWORDS

Resilience; Emotional Intelligence; Mediterranean diet; University students; Tobacco; Alcohol; Education; Quality of life; Lifestyles; Religion

INTRODUCCIÓN



I. INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia tardía y concretamente en el periodo de la juventud se producen multitud de cambios a nivel físico, emocional y social, especialmente en la trascendental etapa universitaria, en la que el sujeto a pesar de la rebeldía propia de la edad, aún resulta ser bastante influenciado y susceptible a experimentar conductas de riesgo (Gómez, Ortiz y Eceiza, 2016).

Es por ello que la Universidad, como entidad e institución educativa reconocida, supone un marco y pilar de referencia en cuanto a la transformación y emancipación de jóvenes que deciden emprender procesos formativos y académicos con el fin de alcanzar un futuro confortable, con una adecuada capacidad de acción y un próspero bienestar personal y social (Serrate, Navarro y Muñoz, 2017).

Así mismo, el contexto académico, laboral y social que rodea a los jóvenes actualmente es incierto e imprevisible debido a diversos factores, entre los que se encuentra la crisis económica, social y especialmente política en la que estamos inmersos, además de la consecuente reforma laboral y las transformaciones que acarrea en relación a empleos y cargos de tipo laboral.

Todo ello desencadena en una mayor desmotivación e interés a la hora de integrarse en el mercado laboral o al emprender sus estudios universitarios (Martínez-Martínez, 2013), además hay que tener en cuenta que muchos de ellos no estudian las titulaciones deseadas, sino más bien las que les permite la nota de corte obtenida en la PAU. Por lo que el contexto motivacional que les rodea se encuentra sujeto a multitud de factores extrínsecos e intrínsecos que se involucran en las acciones tomadas (Merino, Morong, Arellano y Merino, 2015). En este sentido, muchos jóvenes comienzan a trabajar sin plantearse si quiera sus capacidades y limitaciones (Echevarría, 2010).

Es sabido que la vida universitaria supone una serie de cambios en hábitos y estilos de vida y aparición de agentes estresores en los jóvenes, tales como la alteración del rendimiento académico debido al exceso de trabajos, los exámenes o exposiciones orales a los que se ven expuestos. Al igual que el surgir de las primeras relaciones de pareja con su respectiva situación de amor y desamor. Además, muchos de ellos se ausentan del hogar familiar para

irse a vivir a pisos compartidos, residencias o colegios mayores, donde se produce una modificación de las relaciones interpersonales, novedades, experiencias, situaciones de peligro, vulnerabilidad y estrés, y donde ciertas capacidades juegan un papel importante en el adecuado desarrollo y maduración del individuo, tales como la resiliencia y la inteligencia emocional (Obradors-Rial, Ariza y Muntaner, 2014). Las cuales, se relacionan de forma positiva con calidad de vida, bienestar físico y psíquico, estado de ánimo, autoconcepto y con mecanismos de autorregulación que unifican la conducta y la motivación (Gaeta, Teruel y Orejudo, 2012).

Por tanto, en este periodo de desarrollo evolutivo y madurativo es de vital importancia establecer una serie de hábitos saludables, desarrollar habilidades sociales y de comunicación y aprender a generar estrategias de resolución de conflictos, sobre todo a la hora de demostrar la asertividad necesaria para decir “no” en más de una conducta de riesgo sugerida por la presión de grupo de iguales, tales como el consumo de sustancias nocivas como pueden ser el tabaco y alcohol.

De hecho, es imprescindible que durante esta etapa evolutiva, se consoliden e instauren hábitos psico-saludables en el joven para prevenir conductas disruptivas que puedan afectar a su salud física, psíquica y emocional (Chacón-Cuberos, Arufe-Giraldez, Espejo-Garcés, Cachón-Zagalaz, Zurita-Ortega y Castro-García., 2017).

Así pues, se pretende realizar con este trabajo, una investigación cuya importancia y justificación viene dada por el interés en conocer los factores que modelan la personalidad de los jóvenes universitarios, es decir, la tendencia y el perfil del estudiante matriculado en cuanto a diversos parámetros psico-sociales (resiliencia e inteligencia emocional), de estilos de vida (consumo de tabaco, alcohol, adhesión a la dieta mediterránea) y académicos que conforman a las personas en este período, con la finalidad de poder desarrollar proyectos de orientación laboral adecuados a las características y necesidades de dicha población.

Para dar respuesta a los objetivos planteados, los contenidos del presente trabajo se han estructurado en diferentes bloques, comenzando con la introducción. Posteriormente se expone el marco teórico que contextualiza nuestro estudio construido a partir de una detallada revisión bibliográfica en relación con las características y variables de estudio. Los objetivos y la hipótesis se configuran a continuación y seguidamente los aspectos metodológicos de la investigación. Tras éstos, se indican los resultados obtenidos a partir

de los instrumentos de recogida de datos utilizados y la discusión, queda recogida a posteriori. Finalizamos el trabajo indicando las conclusiones, limitaciones y proponiendo futuras líneas de investigación. Por último, se incluyen las referencias bibliográficas así como los anexos referenciados en el trabajo.

MARCO TEÓRICO



II. MARCO TEÓRICO

II.1. PERFIL SOCIOLÓGICO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

En el transcurso del siguiente apartado se propone una revisión de la literatura en relación a la conceptualización de los individuos que se encuentran en la etapa de la adolescencia/ juventud en cuanto a las fases y factores que la caracterizan. Del mismo modo y teniendo en cuenta, las diferencias existentes, también se estudia la zona geográfica en las que residen y la tendencia religiosa que profesan.

II.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y SOCIAL DEL CONCEPTO DE JUVENTUD

Con el paso de los años, se ha podido constatar el gran interés que despierta el estudio de ciertas etapas evolutivas de las personas, como es el caso de la adolescencia, entendida ésta como un periodo relevante y significativo del desarrollo humano (Ortuña, 2014). Se considera una etapa de transición y cambio biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que se inicia en la pubertad (Bretón y Castro, 2017; Gaete, 2015; Garaigordobil, Aliri y Martínez-Valderrey, 2015; Petito y Fostik, 2015; Vilches, 2015).

De tal forma que a pesar del surgimiento del concepto de adolescencia durante el siglo XIX, se tiene conciencia del interés mostrado en la Antigua Grecia por Platón y Aristóteles en algunos de sus escritos, hecho que no se observa durante la edad media al constatarse que niños y adultos son considerados de igual manera sin delimitar un periodo claro entre el cambio de niño a adulto (Bretón y Castro, 2017).

Una de las primeras definiciones que se pueden encontrar es la expuesta por Hall (1904) que expresa dicho concepto como que la adolescencia es: *“una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas”*.

Con el paso de los años, se han formulado diversas definiciones, que coinciden en varios aspectos, sobre todo al considerarla como una etapa trascendental en la vida, generada por el desarrollo biológico, cognitivo y emocional en la que se producen cambios corporales y transformaciones físicas, psicológicas y sociales (Wang, Davis, Wootton, Mottershaw y Haworth, 2017).

Una de las más actualizada es la que manifiestan Peña, Carvajal, Luna, y Pech (2016), los cuales describen esa etapa como: *“proceso de cambio, en todas las dimensiones constitutivas de la persona, proceso de búsqueda, de adaptación de las identidades, cambios no exentos de conflictos y tonalidades según el contexto familiar, social y cultural en el que se desarrollan, estos cambios están relacionados íntimamente con las conductas para la salud, y las prácticas nocivas”*.

Para su completa definición a lo largo de los años, se han presentado múltiples teorías que han querido explicar y concretar dicho concepto, son tres las más estudiadas y aceptadas, la psicoanalítica, la sociológica y la cognitiva-evolutiva.

En relación a la primera de ellas, **concepción psicoanalítica**, se destacan las transformaciones en el ámbito afectivo y social del adolescente, sin olvidar el resto de factores que generan el desarrollo evolutivo. Así mismo, la **teoría sociológica** enfatiza el papel social como elemento fundamental, que desempeña el adolescente a pesar de continuar dependiendo a un nivel económico, social y familiar. En cuanto al modelo **cognitivo-evolutivo**, se asienta en las adaptaciones de los esquemas de pensamiento e inteligencia durante el proceso evolutivo.

Entre otras teorías existentes, se encuentran los modelos psicosociales que son aquellos que consideran que tanto el desarrollo como el comportamiento son elementos simultáneos y presentes a nivel biológico, psicológico y social. Estos se basan en las relaciones existentes entre conducta, cognición, emoción y relación social (Castro, 2016; Vilches, 2015).

En contraposición a esta visión, se encuentra la ciencia comportamental del desarrollo, teoría que deja de lado el modelo psicológico y la epistemología positivista, basándose en disciplinas como la antropología, sociología, pediatría, psiquiatría infantil, demografía, criminología y educación, para darle una visión multidisciplinar (Castro, 2016).

Por otro lado, dentro de las teorías de la psicología positiva y de los sistemas del desarrollo humano, se encuentra la perspectiva del desarrollo positivo, cuya idea principal se basa en

alcanzar un desarrollo psicológicamente saludable, para lo cual se hace necesario aprender una serie de habilidades y competencias básicas para la vida y un entorno adecuado que favorezca sentimientos de apoyo y seguridad (Carreras, 2014).

Además de los anteriores modelos reseñados, se pueden encontrar otros con diferentes perspectivas y teorías conceptuales como los que señalan Bretón y Castro (2017), descritas a continuación:

- **Modelo sistémico** del desarrollo como uno de los más aceptados, enfatiza la importancia de las relaciones de todos los elementos que unen al sistema. Los elementos por sí mismos no son lo importante si no la relación que existe entre ellos y de qué forma sus interacciones afectan y transforman al sistema.
- **Modelo ecológico** del desarrollo humano: no sólo contempla los factores físicos y sociales, sino también las percepciones y cogniciones.
- Desarrollo desde la **teoría de los sistemas dinámicos**: Es una de las teorías más recientes y parte de las ciencias físico-naturales y la psicología, su principio básico radica en que las formas y funciones de organización superior (más complejas) emergen de la propia actividad entre los diferentes sistemas

Así pues, se puede decir que delimitar y definir la adolescencia es complicado ya que implica la interacción de multitud de factores y transformaciones de índole físico, biológico, intelectual, cognitivo, de identidad y personalidad, social, cultural y moral, encargados de modelar al individuo y de establecer las diferencias entre los jóvenes (Álvaro, 2015).

La adolescencia comprendería el tiempo transcurrido entre la pubertad y la edad adulta (Aranda, Montes-Berges y Castillo-Mayén, 2015; Paricio-Andrés, Florencia-Rodrigo y Vígüer-Seguí, 2017; Simkin, Azzollini y Voloschin, 2015) variando su duración según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas que se puedan consultar, se considera el inicio entre los 10 y 12 años y la finalización a los 19 ó 20 años. De modo que la Organización Mundial de la Salud (2014), la etiqueta como el intervalo comprendido entre los 10 y 19 años que se encuentra incluido dentro del período de la juventud, el cual abarca el tiempo transcurrido entre los 10 a 24 años, por lo que muchos de esos años estarían enmarcados y situados en ambas contextualizaciones (Romero, 2014), encontrando de forma frecuente en la literatura, el uso indistinto de ambos términos. Así mismo se hace

uso del concepto “*madurez*” en relación al momento vital en que una persona se convierte en adulto a nivel físico, intelectual, emocional, social y moral.

Durante la adolescencia los mayores cambios producidos a nivel fisio-biológico están relacionados con el aspecto físico y la aparición de la pubescencia o en otras palabras, con la madurez sexual y reproductiva debida en gran medida a los cambios del sistema hormonal (Domínguez-Fabars et al., 2017; Romero, 2014).

Por lo que su comienzo y desarrollo es diferente entre hombres y mujeres, y en cada individuo de forma particular. Así pues, el denominado estirón que suele durar aproximadamente dos años y la velocidad de crecimiento, es variable en ambos sexos pudiéndose observar que la edad de inicio del estirón suele comenzar un par de años más tarde en las chicas con respecto a los varones. Por tanto estas suelen ser más altas a la edad aproximada de 14 años, sin embargo estos acaban siendo más altos ya que el crecimiento de ellas se detiene antes (Iglesias, 2013).

Además de las modificaciones fisiológicas que inciden en el aspecto físico y la preocupación del joven por su apariencia y aceptación social, se producen otros cambios a nivel cognitivo en los que se desarrolla la capacidad analítica y el sentido crítico (Bustamante y Rengifo, 2015; Castro, 2016; López et al., 2015) directamente se considera una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual...) así como de la búsqueda de autonomía individual y necesidad de emancipación, de evaluación de riesgos y donde a nivel social, los amigos sustituyen a la familia como grupo relevante, siendo una preocupación del adolescente la inserción y aceptación por parte del grupo de iguales (Barón, Vázquez y Cava, 2016; Ruíz-Risueño y Ruíz-Juan, 2015).

Otra cualidad a tener en cuenta durante este periodo, es el aspecto emocional, donde la capacidad afectiva del joven se encuentra en plena ebullición de sentimientos y emociones que se identifican con el amor, haciendo uso de la capacidad de elección de amistades y personas a las que querer, personalizando y discriminando sus afectos.

A consecuencia de lo referido con anterioridad junto con la incorporación del pensamiento abstracto y la capacidad de relativizar, se va perfilando la personalidad de cada individuo.

II.1.2. FASES Y FACTORES RELACIONADOS

Aunque cuesta delimitar el período concreto que abarca la adolescencia y sus fases en términos generales, se presentan algunas de las ideas más aceptadas en relación a este aspecto. De igual forma, se explican algunos de los factores característicos y relacionados con esta etapa como son las conductas y hábitos, así como los riesgos a los que se encuentran expuestos los jóvenes, los cuales inciden en su calidad de vida.

II.1.2.1. Fases de la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que alrededor del 20% de la población mundial es adolescente y que la gran mayoría de ellos viven en países en vías de desarrollo o niveles socioeconómicos medios. La OMS fija la adolescencia como el periodo evolutivo comprendido entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, sin embargo esta condición no es similar ni pareja para todos los individuos si no que puede ser variable dependiendo de lo que considere dispuesto cada grupo sociocultural.

La OMS acepta dos etapas durante la adolescencia:

- Adolescencia Temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años.
- Adolescencia Tardía, de los 15 a los 19 años.

Se puede decir entonces que la primera fase denominada pubertad o adolescencia, suele comenzar a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y se mantiene hasta los 14-15 años. Mientras que la adolescencia media y tardía puede llegar a extenderse a los 19-20 años, incluso algunos estudios alargan la edad hasta los 25 años.

Autores como Muñoz y Martí (2008) y Ramos (2010) clasifican la adolescencia en tres etapas, tal y como se muestra a continuación:

- **Primera adolescencia (12-14 años):** Se producen los cambios más significativos a nivel biológico y psicológico.
- **Adolescencia media (15-17 años):** Suelen producirse a menudo fuertes cambios del estado anímico. El nivel de autoconciencia aumenta, concediendo gran importancia a la imagen que los demás perciben de ellos.
- **Adolescencia tardía (18-20 años):** Exposición y experimentación de conductas de riesgo tales como consumo de alcohol y drogas, conducción imprudente y relaciones sexuales de riesgo.

Así pues y teniendo en cuenta lo anteriormente referido y que la edad de inicio en la Universidad suele ser a los 18 años, podría considerarse que el estudiante universitario se encuentra inmerso en la segunda o tercera etapa de la adolescencia.

II.1.2.2. Factores asociados a la etapa adolescente.

Los factores físicos que acontecen en estas edades a causa de la alteración de la actividad dopaminérgica que es característica de esta etapa, producen en los jóvenes que éstos sienten el impulso a desarrollar experiencias placenteras y nuevas sensaciones que implican conductas de riesgo tales como los comportamientos sexuales sin protección, la ingesta de sustancias tóxicas y la conducción peligrosa, entre otras (Gómez et al., 2016).

En relación a las conductas sexuales en la adolescencia se puede decir que éstas suelen tener unos inicios ligeramente promiscuos, sin premeditación y muchas veces a causa de la presión de los amigos y sin una supervisión paternal. Del mismo modo y a pesar de conocer los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos y abortos no deseados, no son utilizados por los jóvenes habitualmente o lo hacen de forma inadecuada, de hecho no presentan una percepción del riesgo hacia posibles contagios de enfermedades crónicas relevantes como es el caso del SIDA (Del Toro, Gutiérrez, Hoyos, Romero y Sala, 2015). Además de ello es común que las relaciones sexuales se mantengan bajo los efectos del alcohol y otras drogas (Alfonso-Figueroa y Figueroa-Pérez, 2017) considerándose así una conducta de riesgo que incide en la salud y calidad de vida de los jóvenes (Ceballos-Ospino y Rodríguez-De Ávila, 2016).

Otro factor que sucede y ya que la adolescencia se presenta como un periodo crítico y de riesgo en el desarrollo de hábitos no saludables puede ser el consumo de alcohol y tabaco (Castro-Sánchez, Zurita, Chacón, Espejo, Martínez y Pérez, 2017; Cerkez, Culjak, Zenic, Seculik y Kondric, 2015; Chacón-Cuberos, Castro, Caracuel, Padiál, Collado y Zurita, 2016; Parka, McCoyb, Erausquinc y Bartlett, 2018). De hecho, el alcohol es una de las sustancias perjudiciales más consumida actualmente por los jóvenes, probablemente su aceptación cultural y su fácil acceso son elementos significativos que promueven o mantienen dicho consumo, pudiendo éste influir en el inicio del consumo de otras drogas (Lee, Corte, Stein, Park, Finnegan y McCreary, 2015; Míguez y Becoña, 2015). Tal es así,

que el tan conocido “*botellón*” se ha convertido en una forma de pasar el tiempo libre y de ocio durante los fines de semana de varias generaciones (Cermeño, 2016).

Además, Duperrouzel, Hawes, López-Quinteros, Pacheco, Comer y González (2017), exponen el aumento considerable del consumo de hachís en estudiantes de secundaria durante las últimas décadas, y Pollard, Tucker, Green, De la Haye y Espelague (2018), señalan al grupo de amigos como punto clave de inicio de dicho consumo. De hecho, Rhew, Flemings, Vander, Nicodimos y Zheng (2017) manifiestan que durante los diez últimos años, las dos sustancias más consumidas por los adolescentes estadounidenses han sido el alcohol y el hachís. Del mismo modo, Sheidell et al. (2017) exponen en Estados Unidos el consumo de marihuana, cocaína y heroína, que se encuentra presente en un 25% de los sujetos entre 18 y 25 años.

Otro aspecto a destacar es la relación existente entre el consumo de alcohol y el bajo rendimiento o disminución de productividad en las tareas o labores a realizar (Mezquita, Stewart, Kuntsche y Grant, 2016; San Román-Mata, Martínez, Ubago, Puertas, Pérez y González et al., 2017; Vinader-Caerols, Monleón y Parra, 2014).

Del mismo modo, se expone la baja percepción del riesgo de consumir alcohol (Musitu, 2016), hecho que aumenta la probabilidad de sufrir un accidente de tráfico provocando de esta forma lesiones de todo tipo en los jóvenes, debidos en gran medida a la pérdida de reflejos, la euforia y la irreal sensación de control. De hecho alrededor del 60% de los accidentes de tráfico presentan el triángulo jóvenes, alcohol, fin de semana (Ramos et al., 2016).

Está aconteciendo otro problema asociado y es que parece ser que el uso o abuso de sustancias nocivas, la psicopatología y la ideación suicida tienen alguna relación (Bousoño et al., 2017). Llama la atención la elevada incidencia de suicidio en la adolescencia, entendiéndose como un suceso complejo y multicausal que se lleva a la práctica en todas las sociedades (Casey, 2015; Navarro-Gómez, 2017). Se plantea la idea de que el desequilibrio que presenta el adolescente, en cuanto a su desarrollo cognitivo para sopesar y estimar su propia muerte, al mismo tiempo que su inmadurez para controlarlo, está relacionado con las ideas suicidas en dicha etapa (Ordaz, Goyer, Ho, Singh y Gotlib, 2018).

El suicidio se presenta como la segunda causa de muerte no natural en la adolescencia según confirma la OMS (2016). Así pues, en menores de 15 años se sitúa como la primera

causa de muerte en países como China, Australia, Irlanda y Nueva Zelanda (Soler, Pérez, Mejías, López y César, 2016).

Otro factor que se debe de considerar es que muchos de estos comportamientos característicos de la etapa de la adolescencia están relacionados con la violencia. Esta violencia se puede manifestar en el ámbito familiar, la pareja, las aulas y los grupos de iguales, entre otros ámbitos. Siendo un tema de estudio y actualidad por su incremento a nivel internacional, en especial los casos de comportamientos agresivos en la escuela y violencia de pareja en adolescentes (Cuesta, 2017; Garaigordobil, Martínez-Valderrey, y Aliri, 2014; Gutiérrez-Cobo, Cabello y Fernández-Berrocal, 2017; Kaufman-Parks, DeMaris, Giordano, Manning y Longmore, 2017; Odgers y Russell, 2017; Povedano, Cava, Monreal, Varela y Musitu, 2015; Planas, 2016; Puertas-Molero, Pérez, Castro, Ubago, Zurita y San Román, 2017).

Dicha conducta se ve ocasionada en muchos casos por la confusión que manejan acerca de sus derechos y su sentimiento de impunidad, en especial al ver la dificultad existente de control por parte de los adultos (March-Ortega, 2017).

Es conocido el hecho, de que el adolescente es un individuo influenciado y dúctil a la hora de adquirir conductas perjudiciales (Sánchez-Queija, Moreno, Rivera, y Ramos, 2015) y que se encuentra rodeado de factores de riesgo y factores de protección, que le protegen o le deterioran su calidad de vida (Romero, 2014).

Se podría definir “*factor de riesgo*” como la situación que aumenta la probabilidad de desarrollar conductas antisociales y perjudiciales para la salud, y se podría considerar “*factor de protección*”, aquella situación que la disminuye.

Tanto los factores de protección como los de riesgo, no actúan por separado, actúan de forma conjunta (González-Arratia, Valdez-Medina, Oudhof- Van Barneveld y González-Escobar, 2012). A su vez cualquier factor puede actuar indistintamente como protección o riesgo dependiendo de cada situación o circunstancia (Fuentes, Alarcón, García y Gracia, 2015).

Es por ello de vital importancia la detección de dichos factores, sobre todo los de riesgo, puesto que pueden afectar de forma negativa a las conductas de los jóvenes, con el fin, de poder elaborar programas de prevención, intervención y tratamiento de dichas conductas,

adaptados a las características individuales, sociales, familiares, culturales y escolares de los jóvenes, necesarios para la modificación de conductas disruptivas.

Otro de los factores de protección y de riesgo presentes en cualquier adolescente e incluidos en los ámbitos familiar, social e individual se pueden referir a la educación, la nutrición y la actividad física (Castro, 2016), la gestión del ocio, la familia y estilos educativos, los amigos, la gestión emocional, las oportunidades laborales, los cambios legislativos para los menores y el acceso a servicios de salud. Además de habilidades sociales y capacidades de carácter intrínseco tales como la autoestima, la resiliencia o la inteligencia emocional, entre otros, que son considerados factores de protección ante la inadaptación social en la adolescencia (Fernández, Viguer y Cantero, 2015).

De entre ellos, la familia juega un papel primordial en el desarrollo de los jóvenes como primer agente de socialización al igual que lo hace la escuela. Pero es la comunidad, como entidad de interacción entre sus miembros, la que realmente ocupará en momentos de la adolescencia un primer plano a tener en cuenta en el ajuste psicosocial del joven por aportar valores, normas y un sentido de pertenencia (Crespo-Ramos, Romero-Abrio, Martínez-Ferrer y Musito, 2017). Hechos que además de favorecer las relaciones sociales y las amistades, de un modo u otro dejarán huella en el adulto. Así mismo, Animoso, Johnson y Cheng (2018), inciden en la influencia de los amigos y grupos de iguales sobre los comportamientos de los jóvenes.

Así pues y ante las nuevas situaciones que van surgiendo en la vida del joven, en las que las emociones y la toma de decisiones juegan un papel relevante a la hora de mostrar conductas saludables y adaptativas, hay que mencionar que no todos son capaces de gestionarlas adecuadamente (Michelini, Acuña y Godoy, 2016) y por ello es importante el conocer los factores asociados en esta etapa.

Igualmente se hace necesario el desarrollo continuo de programas de educación para la salud, desde edades tempranas y más aún en la adolescencia, en relación a prácticas y hábitos saludables, con la finalidad de instaurar, adquirir y practicar estilos de vida óptimos y saludables que perduren a lo largo de la vida (Chacón-Cuberos et al., 2017).

II.1.3. EL JOVEN PENINSULAR Y NO PENINSULAR

España está compuesta por las Comunidades Autónomas que geográficamente se encuentran ubicadas en la Península Ibérica, aparte de las Islas Baleares y Canarias y las ciudades transfronterizas españolas de Ceuta y Melilla, situadas al norte del continente africano y del país colindante de Marruecos, las cuales se han caracterizado desde hace décadas por su diversidad étnica y cultural. Estas últimas son conocidas como las ciudades de las 4 culturas, donde conviven la cristiana, la musulmana, la hebrea y la hindú (Ananau y Bautista, 2016).



Figura II. 1. Mapa político de España.

Anteriormente, Ceuta y Melilla eran pequeñas comunidades monoétnicas compuestas de militares con sus familias y un mínimo sector de servicios debido a que la población marroquí tuvo prohibida su residencia en estas ciudades hasta el año 1868. Poco a poco, la población marroquí fue instalándose gracias a la actividad comercial con Marruecos. De manera que estas ciudades meramente militares en un principio, a día de hoy disponen de

un comercio estable entre españoles procedentes de la Península, marroquíes, judíos sefardíes e indios, entre otros (González, 2008). Constituyéndose así la realidad multicultural de ambas ciudades en cuanto a costumbres, celebraciones, rituales y gastronomía se refiere.

Teniendo en cuenta estos factores interculturales y multiculturales propios de los adolescentes residentes, se pueden encontrar algunas diferencias en relación con los de la península con respecto a sus comportamientos y calidad de vida.

Unos de los aspectos destacables en este sentido, es el que expone Romero (2014) en su estudio con jóvenes llevado a cabo en la Ciudad Autónoma de Melilla, donde en sus resultados se puede observar, un debut sexual tardío de la juventud melillense con respecto a otras Comunidades Autónomas de nuestro país. De entre los participantes y haciendo distinción por religión, los que perdieron la virginidad más tardíamente fueron la población musulmana, seguida de la hebrea y la católica. Siendo los que manifestaban no profesar ninguna religión en particular, aquellos más precoces en mantener relaciones sexuales, por lo que esta circunstancia puede tener relación con la religión y cultura de la población participante.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que estas localidades presentan limitaciones en cuanto al desplazamiento de sus residentes a otras zonas del país, ya que se hace necesario el uso del avión o del barco para poder visitar otras comunidades autónomas, lo que puede ocasionar sensación de aislamiento con respecto a las personas que viven en la península.

En las imágenes que se muestran a continuación se pueden observar la estación marítima de la Ciudad Autónoma de Melilla y su aeropuerto, elementos indispensables en el quehacer cotidiano de los residentes de esta ciudad.



Figura II.2. Imagen del Puerto de Melilla



Figura II.3. Imagen del Aeropuerto de Melilla

En concreto, las ciudades de Melilla y Ceuta son de interés de estudio, debido a su situación geográfica por ser una vía de acceso a Europa desde Marruecos, (Figura II.4) y por su demografía y composición de la población, que de forma excepcional y en comparación con otras ciudades españolas, presenta un alto índice de población musulmana.



Figura II.4. Imagen de Ceuta y Melilla

El hecho de estar próximos a zonas de pobreza y a núcleos de captación yihadista en Marruecos, hacen de estas ciudades puntos clave del Estado español en temas de seguridad nacional e internacional a la hora de detectar asuntos relacionados con el terrorismo y la

captación de jóvenes terroristas. Sin embargo el número de detenidos por estos motivos parece no haber incrementado en relación a otras ciudades españolas, en las cuales si se han aumentado considerablemente el número de operaciones y detenidos en los últimos años (Molina, 2017).

Otro aspecto a tener en cuenta y que para el trabajo a desarrollar se puede considerar de relevancia, es la migración de menores extranjeros no acompañados, los llamados MENA. Se estima que el porcentaje actual de adolescentes MENA en la ciudad de Melilla es del 10% (Castillejo, Muñoz-Bravo, García-Rodríguez, Ruiz-Olivares y Gutiérrez-Bedmar, 2016; Fuentes, 2014), una cifra considerable frente a otras ciudades españolas.

Estos menores suelen ser varones, con una edad media de 16 años de origen magrebí, y de familia numerosa, que presentan una edad cronológica diferente a la que tienen, desconocen el idioma y llegan a nuestro país con bajo peso y talla, con una mala salud bucodental y una condición económica precaria (Markezy Pastor, 2010; Sánchez, 2004). Además, muchos de ellos consumen habitualmente sustancias tóxicas, de las cuales las más frecuentes son “*hachís*” y el “*pegamento*”, en concreto el pegamento vulcanizante e industrial, de efectos muy potentes.

El conglomerado de todas estas situaciones acentúan, la exclusión social a la que estos adolescentes se ven sometidos de por sí y por otro lado, el aumento de la comisión de delitos. De hecho, las Ciudades de Ceuta y Melilla son las de mayor tasa de delincuencia juvenil (Salvador, 2013) con un elevado porcentaje de ingresos de jóvenes en Centros de Menores, tanto de protección como de reforma.

Por otro lado y en relación las infraestructuras sanitarias existentes, se puede observar, tanto en la Ciudad de Melilla como en la de Ceuta en donde únicamente se dispone de un Hospital. De manera que en el Hospital Comarcal de Melilla, un 15% de los servicios de urgencias prestados, un 25% de los servicios especiales de diálisis y más del 45 % de los partos que se llevan a cabo, son realizados a “extranjeros no residentes” (López-Bueno, 2011). Colapsándose frecuentemente diversos de los servicios disponibles, además de que en ciertas ocasiones se requiera el traslado de pacientes a servicios sanitarios no disponibles en la ciudad hacia los de la península, incidiendo de esta forma y por el simple hecho de tener que desplazarse a otra provincia o comunidad, en la calidad de vida de los residentes de la ciudad frente a los peninsulares.



Figura II. 5. Hospital Universitario de Ceuta

En cuanto a la población de las islas Canarias se refiere, se ha pasado de ser una comunidad agraria a ser una sociedad globalizada que vive de los servicios que presta y del turismo. En este sentido se expone una segunda transición demográfica, observándose un aumento de 100 personas por kilómetro cuadrado durante estas tres últimas décadas y explicando los cambios manifiestos producidos, los cuales son causas del incremento de la diversidad y pluralidad familiar y cultural. Igualmente, las migraciones internacionales juegan un papel relevante en dicha transformación, destacando los inmigrantes procedentes de países latinoamericanos, europeos, africanos, y asiáticos.



Figura II.6. Mapa Islas Canarias

Al igual que sucede en Ceuta y Melilla, se hace necesario el transporte marítimo y aéreo a nivel intrainsular y peninsular. Así mismo Manera, Garau y Serrano (2016), muestran las Islas Baleares como un punto de interés turístico, situadas en el Mediterráneo occidental que desde los años setenta se han convertido en uno de los destinos de mayor afluencia turística de nuestro país, siendo uno de los principales motivos de ello, el atractivo de sus playas y los parajes naturales. Hecho que ha transformado la organización socioeconómica de la población, originando cambios culturales y de forma negativa ha incidido en el medio ambiente. Otro de los aspectos a mencionar, es la falta de integración por gran parte de los turistas, que finalmente cohabitan en la región y sin embargo no quieren participar de la cultura local, es más acaban formando guetos en los que reunirse entre sí, en este sentido Baleares se considera plurilingüe y pluricultural (Pérez, 2003).

Además, el ocio nocturno se considera uno de los motivos que aumenta el turismo en nuestro país y las Islas Baleares, son uno de los puntos de referencia a nivel internacional en ese sentido. Por lo que teniendo en cuenta que el consumo de alcohol y otras drogas tienen relación con el ambiente y la diversión nocturna, en ciudades como Ibiza o Mallorca es frecuente encontrar conductas incívicas por parte de los jóvenes (Duch, Calafat y Juan, 2016).



Figura II. 7. Imagen del Ocio nocturno en Ibiza

Por todo ello, se constata que la situación geográfica y lugar de residencia, tal y como indica Temes-Cordovez (2017) es considerado un determinante de salud que afecta a la calidad de vida de los individuos que allí residen.

II.1.4. TENDENCIAS O INFLUENCIAS RELIGIOSAS EN LA ETAPA ADOLESCENTE

Además de los cambios propios de la adolescencia en el ámbito biológico, psicológico y social, tal y como se ha mencionado anteriormente, hay que tener en cuenta la influencia de cada entorno, influenciado por la cultura y el momento histórico de la sociedad (García-Ros, Pérez-González y Fuentes, 2016), entendiéndose cultura como el conjunto de conceptos y conocimientos que se concede a un grupo social, unas formas de vida significativas en las cuales se proporciona una amplia red de actividades humanas, en las que se incluye la vida social, educativa, recreativa y económica uniendo así los círculos públicos y privados (Simó, 2016). En esta línea, Oyserman (2017) la define como el conjunto de interpretaciones que da un grupo de personas en un contexto espacio temporal determinado.

Cabe la posibilidad de confundir cultura con el término religión al tratar diferentes temas, aun no teniendo nada que ver, son conceptos que se retroalimentan y entremezclan, formando parte la religión de una cultura. Esto es debido a que la cuestión religiosa influye en diversos aspectos, tal y como podrían ser los hábitos y costumbres alimentarias, los rituales propios de cada religión en las diferentes etapas de la vida, además de relacionarse con otros temas y cuestiones de índole sanitario relacionadas con las transfusiones sanguíneas o donaciones de órganos, entre otros (Jiménez-Díaz, Peña, Donaxi Pinto-Pérez y Martínez-Allegre, 2016; Laidouni, Briones-Vozmediano, Garrido y Gil, 2017). Hechos que afectan a la calidad de vida y por lo que la religión es considerada un determinante de salud.

En este sentido la religión puede considerarse como un elemento del ser humano que comprende el conjunto de creencias, prácticas y valores implícitamente establecidos en determinadas tradiciones sociales o marcos institucionales, dependientes de la cultura y la educación (San Román-Mata et al., 2017; Simkin y Azzollini, 2015)

De igual manera, religión y espiritualidad parecen términos semejantes con alguna distinción entre ellos. A la hora de referirse a los aspectos afectivo-relacionales de una conexión con un Ser Supremo asociados a una paz interior, el término más utilizado es el de espiritualidad. Considerándose ésta como la tendencia humana hacia una realidad no física vivida que surge de uno mismo sin poder manejar de forma consciente.

Desde el inicio de los tiempos, el ser humano ha buscado de diversas maneras relacionarse con el poder divino, ya sea mediante ceremonias, sacrificios, ritos u oraciones con el fin de recibir protección, evitar algún tipo de castigo, buscar respuestas o encontrar la conexión de los vivos con sus ancestros; es decir, la religión, término que se suele referir a los aspectos cognitivos y de organización derivados de una institución religiosa con sus correspondientes mediaciones empíricas y simbólicas, formalizaciones y objetivaciones, que pueden ser compartidas, tales como textos, espacios, ritos o liturgias, entre otros (Aguirre-Flores, Urzúa-Rivera, Reyes-Muñoz y Cortés-Figueroa 2017; Font, 2017;Habenicht, 2017).

En términos generales y debido al proceso de modernización en la que se ha visto inmersa Europa (Arroyo, 2014) se puede observar una decadencia y caída de las creencias religiosas por parte de la población más joven. A pesar de ello, las creencias espirituales son recursos habituales de afrontamiento que se encuentran presentes en muchos pacientes de diversa índole (García y Gómez- Maqueo, 2016; Prestes, 2017;Schinelli y Korman, 2012).

En concreto en España, uno de los factores más importantes y relacionados con la decadencia del catolicismo, como religión mayoritaria del país, tuvo que ver con el momento de la separación del Estado y de la Iglesia católica (Griera, Martínez-Ariño, Clot-Garrell y García-Romeral, 2015). Siendo la proclamación de la República en 1931 el mayor detonante del declive y punto de partida de los cambios producidos en la Iglesia, junto con una mayor secularización de la población (Pérez-Agote, 2003).

Así pues, en la actualidad gozamos de un Estado de Derecho y una Constitución que garantiza, en su artículo 16, el derecho fundamental a la libertad religiosa y la separación entre el estado y la Iglesia Católica, pero esto no siempre ha sido así.

Desde las etapas más antiguas, en la sociedad española han calado los planteamientos anticlericales, siendo numerosos los ejemplos de ello en los refraneros populares, la

literatura y el arte, tales como, Vocabulario de Refranes, El Libro del Buen Amor, El Lazarillo de Tormes, entre otros.

Desde el reinado de Carlos III, en el siglo XVIII, hasta la explosión de violencia vivida en nuestro país durante la Segunda República, fueron muchas las normas dictadas encaminadas a limitar el poder de la Iglesia. El culmen del anticlericalismo en España tuvo lugar con la quema de iglesias y conventos, el expolio y el holocausto religioso que se produjo durante la Segunda República, siendo para muchos autores e historiadores una de las causas fundamentales de la Guerra Civil Española (Jiménez-Guerrero, 2006; Moa, 2005). A continuación se muestra un recorte del periódico el Sol con fecha de 1931.



Figura II. 8. Recorte del Sol del 12 de mayo de 1931

Una vez superada la Guerra Civil y la etapa franquista, la Constitución Española de 1978 consagra la garantía de que ninguna confesión tendrá carácter estatal, lo cual no quiere decir que España sea un estado laico. Mientras que en un estado laico el estado mantiene una completa separación con las distintas confesiones, en nuestro país, el estado coopera

con la Iglesia Católica y las demás confesiones en aras de cumplir lo establecido en el artículo 9.2 de la Constitución: *“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”*.

En virtud de tales mandatos constitucionales, el Estado mantiene acuerdos con la Santa Sede, en los cuales se faculta a la Iglesia Católica para que ejerza las actividades que le son propias (culto, jurisdicción y magisterio), estableciéndose ciertas prerrogativas respecto al tratamiento fiscal y tributario.

Últimamente volvemos a asistir al resurgir de cierto anticlericalismo (curiosamente siempre contra la Iglesia Católica y no contra otras confesiones) basado en multitud de razones y argumentos poco o nada estudiados y con escaso rigor. Resulta desconcertante que en nuestro país esté socialmente aceptado criticar e injuriar a la Iglesia Católica, olvidando que si no fuese por ella, media España se encontraría en la indigencia; por no hablar del mantenimiento de todo el patrimonio histórico artístico nacional del que se hace cargo que, de tener que ser mantenido por el Estado, supondría el empleo de cantidades ingentes de recursos públicos (Jiménez-Guerrero, 2006; Moa, 2005).

En definitiva, España se ha caracterizado por ser un país religioso a lo largo de sus años de historia, donde la Iglesia Católica hasta la etapa franquista ha ejercido un papel fundamental en múltiples ámbitos, debido a su carácter oficial. Es tras la Constitución de 1978, cuando se apuesta por una libertad y pluralismo religioso, apenas inexistente, especificando en su artículo 16.3, segunda parte, la opción de un modelo cooperativo con las confesiones con arraigo en España, pero en particular con la Iglesia Católica (Diez de Velasco, 2016).

Así lo han corroborado sus leyes a nivel educativo que han garantizado el derecho de recibir la enseñanza de religión desde la educación infantil hasta el ciclo de educación secundaria como por ejemplo la Orden ECI/1957/2007, de 6 de junio, por la que se establecen los currículos de las enseñanzas de religión católica correspondientes a la educación infantil, a la educación primaria y a la educación secundaria obligatoria.

Del mismo modo, La Resolución de 11 de febrero de 2015, de la Dirección General de Evaluación y Cooperación Territorial, publica el currículo de la enseñanza de Religión de la Educación Primaria y de la Educación Secundaria Obligatoria, viene a decir que se respetará la libertad de los padres de escoger para sus hijos escuelas distintas de las creadas por las autoridades públicas, siempre que aquéllas satisfagan las normas mínimas que el Estado prescriba o apruebe en materia de enseñanza, y de hacer que sus hijos reciban la educación religiosa o moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.

Así mismo, en la LOMCE (Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa), la enseñanza de la religión católica (voluntaria para los alumnos y obligatoria para los centros) se amoldará a lo expuesto y consensuado en el Acuerdo sobre Enseñanza y Asuntos Culturales por la Santa Sede y el Estado español y la enseñanza de otras religiones según los Acuerdos de Cooperación entre el Estado y la Federación de Entidades Religiosas Evangélicas de España, la Federación de Comunidades Israelitas de España y la Comisión Islámica de España.

Por tanto, se muestra la asignatura de religión o valores sociales y cívicos, a elección de los padres o tutores legales durante el ciclo de primaria. A continuación, la asignatura de religión o valores éticos, puede ser elegida a criterio de los padres o del propio alumno en secundaria y en bachillerato la asignatura de religión, puede ser elegida en función de la oferta de los centros educativos y de la regulación y programación educativa que establezca cada administración educativa (Quesada y Gómez, 2017).

Así pues, se puede decir que la práctica religiosa en España se encuentra amparada desde la puesta en acción de la Ley Orgánica 7/1980 de libertad religiosa y que con anterioridad a este suceso las minorías religiosas eran mínimas en nuestro país. Sin embargo, es en la década de los 80, gracias a la democracia y a la posterior entrada en la Unión Europea, cuando comienzan cambios migratorios, de manera que España pasa de ser un país emigrante a receptor de emigración, siendo constante desde ese momento el aumento de diversidad religiosa y cultural (Alonso, 2016).

Por otro lado hay que tener en cuenta el arraigo con nuestro país de forma latente desde hace más de un siglo y el incremento de población musulmana en las últimas décadas, unas de las primeras minorías religiosas que dieron consistencia a su existencia y que se

evidencia con la Ley 26/1992 de 10 de noviembre al aprobarse el Acuerdo de Cooperación del Estado con la Comisión Islámica de España tratando aspectos tales como:

- Espacios de culto, Mezquitas y Cementerios
- Estatuto de los imanes
- Efectos civiles de los matrimonios islámicos
- Educación religiosa en las escuelas
- Las fiestas religiosas
- La alimentación
- La asistencia religiosa en prisiones y hospitales
- Conservación y fomento del patrimonio histórico-artístico
- Fomento del patrimonio cultural

Cabe mencionar, que todos estos acuerdos del año 1992, eran hechos establecidos en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla desde 1937 (Tarrés-Chamorro y Rosón-Lorente, 2017) por su peculiaridad geográfica y diversidad cultural, tal y como se ha comentado con anterioridad.

De forma que en 2015 el 4% de la población española era musulmana, que en cifras numéricas suponen 1.887.906 de la población general, de los cuales un 41% tienen la nacionalidad española (Ortega- Sánchez, 2016). Actualmente y a consecuencia del turismo y de los procesos migratorios que acontecen, entre los otros motivos anteriormente mencionados, España presenta un abanico diverso de minorías religiosas (Montes, 2016).

II.2. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

En el transcurso del apartado se da a conocer como el concepto de salud se ha transformado en función de las necesidades de la sociedad. Del mismo modo se contempla la importancia en la adquisición de hábitos de vida saludables, en cuanto a alimentación y actividad física se refiere, con el fin de evitar posibles complicaciones producidas por el sedentarismo y la obesidad.

II.2.1. SALUD

Con el transcurso de los años, el concepto de salud ha ido evolucionando. De manera que la idea que se manejaba desde épocas remotas como la ausencia de enfermedad, tuvo que ser ampliada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) en 1946 como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad.

Hecho que marcó el inicio de la evolución del concepto, al ser la primera definición dada por un organismo de carácter internacional especialista en salud, rompiendo esquemas al entenderla con una visión mucho más amplia (Gómez-Duarte, 2013; Gómez-Duarte, 2017).

Del mismo modo, esta definición se ha visto en la obligación de desarrollarse y actualizarse puesto que la definición dada por la OMS no tuvo en consideración ciertos aspectos relevantes, como pueden ser los diferentes grados de salud o simplemente porque ignoró la existencia de ciertas enfermedades asintomáticas que pueden no alterar el bienestar, entre otros aspectos. Además, el completo estado de bienestar parecería ser un objetivo inalcanzable y casi nadie gozaría de salud si se tuviese en cuenta esta definición (Ávila-Agüero, 2009). De hecho, la salud ha pasado de ser una cuestión meramente médica a ser una cuestión social vinculada a la cultura de las diferentes sociedades y que involucra a la comunidad (Berra, Franklin y Jennings, 2017; Sánchez-Torresa, 2016).

Se considera un derecho universal, tanto para el individuo en particular como para la comunidad y la sociedad de forma global. Está claro que la persona que presenta una buena salud será una persona que participe en la sociedad y sus acciones pueden resultar positivas para la comunidad (Bergueron, Abdy, Decorvi, Mensah, Remper y Manson, 2017; Temes-Cordovez, 2017). Sin embargo, definir el término salud es algo más complejo de lo que parece y para su adecuada contextualización hay que tener en consideración una serie de

factores y aspectos que van a incidir en estado del individuo y por ende en su calidad de vida, como por ejemplo plantean Colmenares y Eslava-Schmalbach (2015).

Tabla II.1. Factores de los hábitos y estilos de vida saludables

Factores Saludables		
Biológicos	Ambientales	De Valores
Hereditarios	Alimenticios	Educativos
Personales	Económicos	Sanitarios
Familiares	Laborales	Religiosos
Sociales	Culturales	

Todos estos factores, de alguna u otra forma fueron tenidos en cuenta por unos de los pioneros en el ámbito de la salud pública: el ministro canadiense de Salud, Marc Lalonde, que en la década de los 70 elaboró un modelo de salud pública que explicaba la importancia de dichos determinantes con respecto a la salud y su organización (Ávila-Agüero, 2009).

Cronológicamente otro de los momentos relevantes a considerar fue la Carta de Ottawa en 1986 que aportó su visión holística del concepto de salud. Con ella, además de presentar acciones y estrategias de mejora para la salud, se añadieron una serie de elementos de índole socioeconómico y ambiental que junto con los estilos de vida y las actividades relacionadas con la salud, son los que se implicaban en los sistemas y las estructuras existentes el desarrollo de acciones para fomentar el bienestar individual y colectivo (Vidal-Gutiérrez, Chamblas, Zavala, Muller, Rodríguez y Chavez, 2014).

Seguidamente, de forma gráfica y breve, se pueden observar algunos de dichos principios, estrategias y campos de acción, tal y como se muestra en la siguiente tabla adaptada de López-Fernández y Hormazábal (2017).

Tabla II.2. Principios, estrategias y campos de acción (López-Fernández y Hormazábal, 2017)

PRINCIPIOS	ESTRATEGIAS	CAMPOS DE ACCIÓN
La promoción de la salud consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y así poder controlarla.	Actuar de mediador	Elaborar políticas públicas saludables y reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud.
La salud es un recurso para la vida, no es el objetivo de la vida	Capacitar a las personas	Crear ambientes favorables para la salud.
La promoción de la salud se centra en buscar la equidad	Abogar por la salud	Reforzar la acción social en salud
Se trata de un concepto positivo que refuerza los recursos sociales y personales La salud se crea y se destruye en todos los sectores sociales, no solo en los servicios de salud		Desarrollar aptitudes personales para la salud

Actualmente y durante la última conferencia mundial de temas relacionados con la salud celebrada en Shanghai en 2016, se trataron temas relacionados con los determinantes de salud y el empoderamiento de las personas, cuya finalidad principal se basa en reforzar los conocimientos de salud de la población para mejorarlos, promoviendo de tal modo las ciudades saludables e incidiendo a los sectores gubernamentales y a la sociedad en general, sobre el rol que ocupan en este proceso (López-Dicastillo et al., 2017; Robertson, 2017).

Entre algunos los determinantes de salud básicos se pueden enumerar los siguientes:

- La paz
- La vivienda
- La educación
- El acceso a la alimentación y agua
- Un ecosistema sostenible con recursos sustentables
- Ingresos y un régimen equitativo y justo (Pérez, Marina-Alonso, Valencia y Caucil-García, 2017).

En este sentido la salud de los miembros de una comunidad están estrechamente relacionados con la política, economía, educación, participación social, trabajo en equipo y la interdisciplinariedad (Gispert, Castell-Florit y Lozano, 2016).

De tal manera que la situación geográfica, país, ciudad, barrio o lugar de residencia, se encuentran entre uno de los determinantes de salud más injustos que hacen presentar diferencias y desigualdades de base que afectan a la salud y calidad de vida de dicha población. Especialmente en aquellas zonas y países en vías de desarrollo donde la pobreza y la exclusión social están a la orden del día (Temes-Cordovez, 2017).

De forma que las personas que obtienen mayores beneficios de las acciones sanitarias en relación a la prevención y al tratamiento, son aquellas que pertenecen a los grupos sociales de mejor posición frente otros grupos marginales o de exclusión social con condiciones socioeconómicas más precarias, que disponen de menos recursos para hacer cambios en su modo de vida y con un menor acceso a servicios de salud de calidad (Acuña, Marina, Mendoza, Emmerick, Luiza y Azeredo, 2014). Hecho que podría ser evitable, si el sistema en su conjunto llevase a cabo unas acciones y unas políticas adecuadas en relación a la sanidad pública, que no permitiesen desigualdades frente a la población más vulnerable.

Por otro lado no hay que olvidar los avances científicos, tecnológicos y en la medicina, que gracias a muchos de ellos, hacen posible la modificación de gran parte de los determinantes de la salud con el fin de promover la salud y la calidad de vida de las personas.

Es por ello primordial una adecuada educación para la salud, que parta no solo desde el profesional sanitario sino que implique una participación multidisciplinar que emane de diversas ramas de conocimiento con el propósito de realizar programas de prevención e intervención para promocionar comportamientos y hábitos saludables (Evcili y Golbasi, 2017; Fernandes, Folson, Aurino y Gelli, 2017; Gruber, 2017; Lescay-Blanco, Arguello-Torres, Haro-Salazar y Núñez- Parra, 2017; Sadegholvad, Yeatman, Parrish y Worsley, 2017; Anguiano-Salazar, Islas-Moreno, García, Carrión, Valdés y Hernández, 2017).

De hecho, el papel que juega la escuela como entidad promotora de salud es primordial, enfocando sus objetivos a educar y formar alumnos con capacidad crítica y reflexiva en relación a estilos de vida saludable que favorezcan su salud y desarrollo (Rodríguez, Díaz y Rodríguez, 2016).

II.2. 2. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Se puede definir estilo de vida como un proceso activo y dinámico, del cual es responsable el propio individuo con sus actos y conductas sanas o insanas y que determinarán su grado de salud y calidad de vida. Estos conforman pautas de comportamiento, es decir hábitos que pueden incidir en la salud y calidad de vida, promocionándola o limitándola, según el contexto (Monsalve, 2013).

En términos generales, la calidad de vida es un aspecto concreto de cada individuo que persigue la mejora de las cuatro dimensiones:

- Estado de salud
- Económica
- Relaciones sociales
- Valores espirituales

En muchos casos, son las prácticas y no las creencias las que interfieren en el individuo a la hora de adquirir hábitos y estilos de vida saludables. No basta con tener creencias positivas, sino que también hay que demostrarlo en la práctica diaria. De este modo, hay buscar

estrategias que garanticen la adquisición de verdaderos modelos de salud a seguir (Trejo, Pérez, Morales, García, Rodríguez y Araujo, 2016).

El estudio de los hábitos y estilos de vida de los jóvenes proporciona información para guiar e instruir a los diversos profesionales implicados en una educación para la salud, al mismo tiempo que orienta y asesora sobre las prácticas personales. En cuanto a los estilos de vida saludable, está claro que una buena alimentación es un pilar básico en la salud por la gran cantidad de beneficios que aporta al organismo el consumo de una dieta saludable (Espejo-Garcés, Cabrera, Castro, López, Zurita y Chacón, 2015; González-Valero, Padial, Espejo, Chacón, Puertas y Pérez, 2017).

Se constata que la obesidad, junto con otras enfermedades crónicas que pueden instaurarse en el adulto, como la diabetes, hígado graso, apnea del sueño y los trastornos cardiovasculares entre otras, están altamente relacionadas con los hábitos alimentarios y los estilos de vida que acontecen en la sociedad actual. Es por ello de interés el estudio de la adhesión a la dieta mediterránea en población joven (Chacón-Cuberos et al., 2017), debido al período tan vulnerable en el que se ven inmersos los universitarios, sobre todo para aquellos que se han tenido que desplazar de su vivienda habitual y han tenido que comenzar a ser realmente independientes a la hora de elaborar sus comidas

Actualmente, se sabe que el período que abarca la adolescencia se ha incrementado tal y como se ha referido con anterioridad, respecto a décadas anteriores, propiciado por cuestiones de índole social y laboral. En este sentido, diferentes autores lo delimitan entre los 10 a 20 años, de tal forma que se podría mencionar que la etapa universitaria se vería incluida en dicho intervalo (Cornellái, 1999; Musitu y Cava, 2003). Hecho que justificaría la gran cantidad de estudios existentes en relación con la adquisición de buenas medidas higiénico-dietéticas y más concretamente en la adhesión a la dieta mediterránea en estas edades (Chacón-Cuberos, Castro, Muros, Espejo, Zurita y Linares, 2016; De la Montaña, Castro, Cobas, Rodríguez y Míguez, 2012; Navarro-González, Ros, Martínez-García, Rodríguez-Tadeo y Periago, 2016; Rodrigo, Ejeda, González y Mijancos, 2014).

De forma general y debido a las características esenciales de esta dieta (consumo adecuado de aceite de oliva, frutos secos y alimentos de origen vegetal de forma habitual, o de pescado, aves y lácteos y de forma esporádica la ingesta de carne roja y dulces) se considera como una de las más saludables, equilibradas y variadas, lo que favorece el

adecuado desarrollo madurativo en cada una de las etapas evolutivas del individuo, así como el aumento de la esperanza de vida (Alves de Oliveira, Torres, Oliveira, Ibarra, Torales y Martínez, 2016; García, Jaquete, Resina y Sainz, 2016; Salas-Salgadó, Guash, Lee, Struch, Clis y Ros, 2016).

Además durante la adolescencia, aumenta el riesgo de adquisición de conductas insanas y es esta una edad clave para el de inicio de trastornos de la conducta alimentaria, tales como son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, entre otros comportamientos influenciados por múltiples factores socioculturales muy arraigados actualmente. Como el estudiado por Chacón-Cuberos, Zurita, Castro, Espejo, Martínez-Martínez y Linares (2016) donde se determinan la relación tan alta existente entre la dieta mediterránea y los hábitos del ocio digital de los jóvenes universitarios.

Del mismo modo, también se establece que alimentarse viendo la televisión es un factor negativo en cuanto a la adquisición de hábitos saludables en relación con la nutrición de los jóvenes, ya que a través de los medios de comunicación se reciben mensajes distorsionados, en los que aparecen anuncios que intentan vender “*alimentos saludables*”, al hilo de esto Osorio-Murillo y Amaya-Rey (2011) manifiestan que esta información exterior, incide en el aumento de conductas de riesgo, tales como el saltarse las comidas o comer alimentos no considerados saludables.

Así pues, en la literatura consultada destacan estudios como el de Durá y Castroviejo (2011), los cuales corroboran que parte de la población universitaria necesita mejorar su patrón alimentario puesto que numerosos jóvenes comienzan un período de verdadera autonomía personal, en la que sólo ellos deben cuidarse a sí mismos y en la que son responsables de sus hábitos y estilos de vida.

En consonancia con lo anteriormente referido, Sánchez-Ojeda y De Luna-Bertos (2015), exponen un aumento del consumo de dietas hipercalóricas e inestables en dicha etapa universitaria, del mismo modo que Pérez de Eulate, Ramos, Liberal y Latorre (2005), revelan como algo significativo en su investigación que la cuarta parte de los participantes no realizaban las tres comidas fundamentales y casi un tercio de las chicas no solían desayunar, y Sánchez y Aguilar (2015) coinciden en que el desayuno no se realiza de forma habitual y afirman que los universitarios en época de exámenes suelen alimentarse de forma deficiente.

Por lo que los estudiantes universitarios, se encuentran expuestos a una serie de factores que influyen en la dieta, de esta manera Ruiz-Cabello, Aparicio, Fernández, Moratalla, Gregorio y Aranda (2015), aprecian una mejor concepción de ésta en el género femenino y expresan que el lugar donde residen o la tendencia religiosa que profesan son variables que también influyen sobre los hábitos alimenticios (Harford, Wechsler y Muthen, 2002; Martínez-González et al., 2014).

Se podría dar como explicación, el hecho de que en la etapa universitaria aproximadamente la mitad de los jóvenes abandonan el domicilio familiar, residiendo en pisos compartidos o residencias situadas a menor distancia del centro de estudios (Obradors-Rial et al., 2014) y reciben en ocasiones la influencia de los grupos de pares hacia este tipo de hábitos, tal y como afirman Martínez-González et al. (2014). En esta línea, Torres-Luque, Molero, Lara, Latorre, Cachón y Zagalaz (2014), pone en relieve como la zona de residencia representa un factor determinante en el modo de vida, abarcando unos hábitos concretos.

Por lo que estas circunstancias a las que se exponen multitud de estudiantes, pueden ser generadoras de un estrés ambiental adicional que afecten al bienestar del joven, pudiendo llegar a ser detonantes de cualquier enfermedad mental ya que es sabido que la adolescencia tardía es considerada como uno de los momentos clave del surgir de ciertos trastornos mentales (Wang et al., 2017).

Del mismo modo, es posible que la situación de vulnerabilidad que presentan parte de los jóvenes a su incorporación al entorno universitario pueda desencadenar conductas no saludables tal y como son el consumo de tabaco, alcohol, drogas, malos hábitos alimenticios, disminución de la actividad física, sedentarismo, sexualidad de riesgo, hábitos relacionados con una baja calidad de vida y con enfermedades de tipo cardiorespiratorio, cáncer o diabetes (Ayán, Molina, Varela, Cancela, Barrio y Martín, 2017; García-Iglesias, Lozano-Alonso, Álamo-Sanz y Vega-Alonso, 2015; Sánchez-Queija et al., 2015).

De hecho, el consumo de sustancias legales nocivas y adictivas que afecta de forma precoz en los jóvenes españoles, tales como el tabaco y el alcohol, es considerado como un problema de salud pública y de interés social (Álvaro, Zurita, Castro, Martínez y García, 2014; Barragán, Martos, Simón, Pérez, Molero y Gazquez, 2016).

Este consumo se refleja en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, en la cual un 84% de los adolescentes indicaron haber consumido alcohol en

alguna ocasión y alrededor del 44% manifestaron haber probado el tabaco (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

Además, Calhouna, Maggsa y Lokenb (2018), expresan que los universitarios que perciben una cierta permisibilidad de su familia ante el alcohol, suelen beber más.

En esta línea, Míguez y Becoña, (2015) exponen el consumo de tabaco y alcohol como vía de acceso a otras drogas tales como la marihuana, introduciéndose así mismo en un mundo de otras drogas duras de forma progresiva.

Además de tener en cuenta el consumo de sustancias, la nutrición y la actividad física, no hay que olvidar la existencia de otras conductas de salud que igualmente influyen en un estilo de vida saludable, tales como los hábitos y patrones de sueño y descanso (Maume, 2017), el acceso a la atención y recursos sociosanitarios y las prácticas de seguridad (Lawrence, Molborn y Hummer, 2017)

Así pues, es de vital importancia que durante este periodo, se afiancen conductas saludables en el individuo, con el fin de controlar múltiples factores de riesgo que influyen en la futura configuración del joven adolescente (Álvaro et al., 2014).

II.2.3. SEDENTARISMO Y OBESIDAD

Tal y como se viene observando durante las últimas décadas, se percibe una tendencia a la mínima actividad física y sedentarismo desde las edades tempranas (Chacón Cuberos et al., 2015; Espejo et al., 2015; Mozas, Gómez, Olmedo y Jiménez, 2016; Muros, Cofre, zurita, Castro, Linares y Chacón, 2016).

Una de las causas de esta acrecentada inactividad física puede tener relación con las características de nuestra sociedad actual. Así pues, el desarrollo de las telecomunicaciones se considera un factor de interés ya que ha fomentado el ocio digital como forma esencial de las relaciones sociales en los más jóvenes, además de ello hay que tener en cuenta la incorporación de las TICs en el sistema educativo y en el ámbito laboral.

Del mismo modo, los cambios demográficos y culturales acontecidos en la sociedad relacionados con los horarios laborales de los padres, el aumento del número de familias monoparentales o la reducción del número de hermanos, entre otros, han repercutido en el comportamiento de las familias en los aspectos relacionados con la actividad física y hábito

alimentario, propiciando la aparición de la obesidad a edades tempranas (Bermejo, Orozco, Ordoñez y Parga, 2016).

Además de la falta de tiempo libre en algunos casos, la dejadez y desgana de practicar actividad física, son algunas de las propuestas que aportan Bermúdez-Torres (2015) y Moscoso, Martin, Pedrajas y Sánchez (2013) como otros de los posibles motivos de dicho sedentarismo.

Todo lo que se señala con anterioridad va a repercutir en el concepto y aproximación hacia la comprensión de la obesidad infantil, la cual está considerada como uno de los problemas más graves de salud pública, donde la OMS (2016) la considera como la pandemia de nuestra era y que puede definirse como un exceso de tejido adiposo blanco a causa de un desequilibrio energético, al ingerir más energía de la que se consume. Hecho que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, cáncer y el aumento de muertes por dichos motivos (Corella del Toro, Miguel-Soca, Aguilera-Fuentes y Suárez-Peña, 2016; Serrano, Cascales y Martínez, 2016).

De modo que el hecho de triplicarse los casos de obesidad durante las tres últimas décadas y que cerca de 2000 millones de adultos de la población mundial la padezcan, hace que la prevención del exceso de peso infantil sea actualmente uno de los grandes retos de la salud pública (Linerós-González, Marcos, Ariza y Hernán, 2017; Marcos, 2016).

Así pues, se estima que el hecho de no tratar la obesidad desde la primera infancia es una de las causas de que se dicha enfermedad se instaure en la adolescencia y posteriormente en la edad adulta, favoreciendo con ello el desarrollo de otras patologías (Bermejo et al., 2016; Schyns, Roefs, Smulders y Jansen, 2018).

A continuación se muestran datos interesantes de forma gráfica y visual, en las siguientes figuras, por un lado los porcentajes de la población con obesidad a nivel mundial establecidos en el año 2014 por la Source World Health Organisation y por otro, los porcentajes en España según sus Comunidades Autónomas y diferenciándolas según el género obtenido en el estudio ALADINO por la Agencia Española de Nutrición y Seguridad Ciudadana (2011).

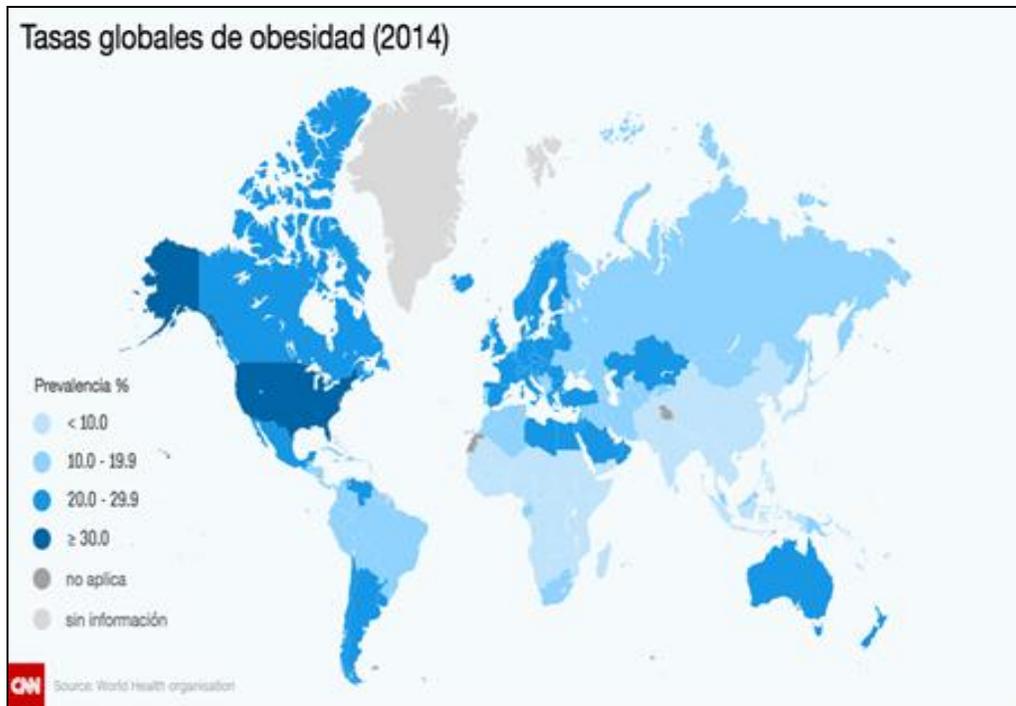


Figura II.9. Tasas globales de obesidad en el año 2014.

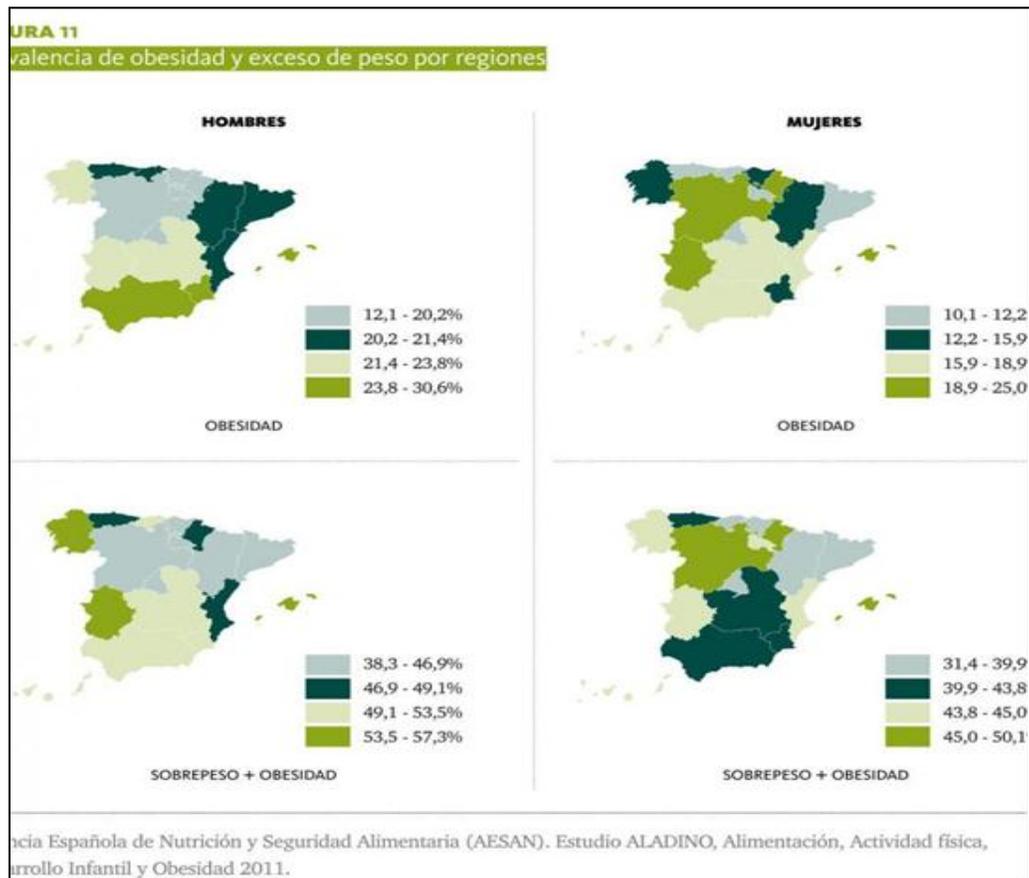


Figura II.10. Prevalencia de obesidad en España (2011)

En este sentido, el estudio llevado a cabo por Chacón-Cuberos et al. (2016) sobre obesidad e índice de masa corporal, donde se señaló que tres de cada diez escolares que participaron en el estudio presentaban problemas de peso y no estaban satisfechos con su imagen corporal.

La obesidad se contempla como una enfermedad crónica no transmisible, prevenible, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia a causa de una interacción genética y ambiental cuyas características más significativas son los desórdenes metabólicos y el aumento de grasa corporal.

De manera que Martos-Moreno, Serra-Juhé, Pérez-Jurado y Argente (2017), exponen diferentes tipos de obesidad, explicándolas de la siguiente forma:

- **Obesidad exógena común:** en principio es la que se suele conocer por una ingesta calórica elevada en ausencia de actividad física. Sin embargo la existencia de personas no obesas en dichos ambientes hace sospechar la influencia de los factores endógenos y genéticos en la descendencia familiar.
- **Obesidad poligénica:** referida a las alteraciones genéticas en el genoma (información genética) de un individuo a causa de factores ambientales.
- **Obesidad monogénica:** cuando la causa de la obesidad viene determinada por un único gen, siendo los tres grandes grupos más conocidos: Patología en genes del sistema adipocito hipotalámico (eje leptina-melanocortin), en los genes asociados con el desarrollo del hipotálamo y Obesidad asociada a Síndromes Polimalformativos.
- **Obesidad secundaria:** la que se produce fruto de otras patologías, como por ejemplo: las endocrinas, las que conllevan tratamiento farmacológico psicoactivo o aquellas que su terapia afecte a la zona hipotálamo-hipófisis.

Además de presentar trastornos físicos, la obesidad suele ir acompañada de problemas psicológicos (NCD-RisC, 2017), derivados de la discriminación social a la que es sometida, tales como:

- Baja autoestima
- Bajo rendimiento académico
- Introversión
- Absentismo escolar

- Comportamientos que puedan poner en riesgo la salud

De los cuales, la baja autoestima se relaciona a su vez con la ansiedad, depresión, tendencias suicidas, conductas agresivas y hábitos no saludables (Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre, 2016; Delgado-Floody et al., 2017; Zurita-Ortega, Castro, Linares y Chacón, 2017). Todas estas circunstancias pueden afectar en el niño obeso, condicionando la personalidad de éstos, al potenciar actitudes de aislamiento y soledad. Situación que provoca dificultad a la hora de relacionarse con su grupo de iguales (Losada y Rijavec, 2017).

En cuanto al tratamiento de la obesidad se proponen diversas medidas, como pueden ser los cambios en los estilos de vida, tratamiento psicológico de las posibles enfermedades concomitantes, tratamiento farmacológico y en los casos de obesidad grave que no han mejorado con los anteriores tratamientos, el quirúrgico (Luckie, Cortés e Ibarra, 2009).

En definitiva, durante la adolescencia se comienzan a instaurar comportamientos básicos que caracterizarán los estilos de vida que se mantendrán en el período adulto, como por ejemplo, los alimenticios, la inactividad o el sedentarismo (Osorio-Murillo y Amaya-Rey, 2011).

II.2.4. OCIO DIGITAL Y TIC

Es sabido que la incorporación de la Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en todas las actividades de la vida diaria, han supuesto cambios significativos en nuestra sociedad.

En lo que respecta a su aplicación en todos los sectores de la sociedad, hay que decir que con ellas se pretende mejorar cualquier intención de negocio o similar, además de gestionar y ordenar información. Por consiguiente, computadora, software y las telecomunicaciones, son elementos conectados a las TIC.

A consecuencia de la relación existente entre el uso de las TIC y la economía mundial, han aparecido nuevos términos vinculados a éstas, Tovar y Lee (2014) describen algunos de ellos, de los cuales se pueden enumerar:

- e-business y e-commerce (negocio y comercio electrónico)
- e-government (gobierno electrónico)
- e-health (sanidad electrónica)

- e-learning (educación a distancia)
- e-inclusion (inclusión social digital o el acceso a las TIC de los colectivos excluidos socialmente)
- e-skills (habilidades para el uso de las TIC)
- e-work (teletrabajo)
- e-mail (correo electrónico)
- domótica (control de electrodomésticos en el hogar)

En este sentido, los jóvenes de hoy día son llamados nativos digitales por el hecho de haber nacido en plena revolución digital, rodeados de tecnología, son una generación interactiva y autodidacta (Caballo, Varela y Nájera, 2017; Melendro, García y Goig, 2017). Circunstancia que les supone estar acostumbrados a estar conectados 24 horas al día y recibir recompensas inmediatas (McCauley, 2017), lo que puede llegar a causar cansancio debido a una sobrecarga de información (Lee, Son y Kim, 2016).

Al mismo tiempo que se desenvuelven fácilmente con las TIC, no tienen por qué ser competentes digitalmente ya que no son conscientes de que forman parte de una cultura digital, que hasta hace décadas no existía (Lazo, 2017). Tampoco perciben el potencial real de las mismas como herramientas de aprendizaje y empoderamiento ciudadano, lo que suscita bastante interés de estudio en relación a temas educativos y de ocio (Viñals, 2016).

Igualmente las tecnologías digitales y el uso de Internet son los responsables de las modificaciones producidas en la forma de disfrute del tiempo libre y el ocio de los jóvenes. Además de utilizarse como herramientas de comunicación online ilimitada a través de los nuevos smartphones, también se han convertido en sí mismas en una manera de disfrutar del ocio digital lúdico, ligado a los videojuegos (Viñals- Blanco y Cuenca-Amigo, 2016).

Es decir, no solo sirven para realizar llamadas de teléfono y comunicarse, sino que desde el teléfono pueden conectarse a internet y ver vídeos, escuchar música, encontrar lugares, compartir información y múltiples de más opciones, existiendo al día de hoy más de 100.000 aplicaciones para los mismos. Entre ellas se encuentra la de salud móvil como herramienta electrónica de salud, la cual presenta múltiples beneficios para los usuarios, especialmente para aquellos con enfermedades crónicas como la diabetes (Rayyaly et al., 2017), al igual que para obtener y comprender cualquier tipo de información de salud (Mackert, Mabry-Flynn, Champlin, Donovan y Pounders, 2016).

En este sentido, las nuevas tecnologías se han introducido en los hogares, de manera que el ocio familiar también se ha visto modificado. En épocas anteriores, los avances audiovisuales como el simple hecho de ver la televisión o escuchar la radio, era una forma de disfrutar en el (Gómez et al., 2016) hogar, que a su vez era controlado por los padres. Sin embargo, esto ha sufrido transformaciones al día de hoy, ya que los nuevos sistemas digitales, sus formatos y diversidad de dispositivos, inciden en la interacción familiar de forma que se disfruta de un ocio familiar bajo el mismo techo pero con experiencias distintas (López-Sintas, Rojas de Francisco y García-Álvarez, 2015).

Del mismo modo y a consecuencia de la multitud de cambios tecnológicos y sociales, se constata una alteración en los estilos de vida de la población actual con tendencia al sedentarismo tecnológico (Castro-Sánchez, Linares-Manrique, San Román-Mata y Pérez-Cortés, 2017) y desmejora de la alimentación, asociadas a la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y problemas musculoesqueléticos, entre otros (Chacón et al., 2017).

De hecho el uso de videojuegos como forma de disfrutar del ocio es una actividad instaurada en muchos de los jóvenes (Ricoy y Fernández-Rodríguez, 2016). Así mismo, la Asociación Española de Videojuegos (AEVI, 2015) expone que el 72% de los adolescentes afirma que les gusta jugar a los videojuegos y que más de un 60% juega de forma habitual, dedicando una media de 5,2 horas a la semana.

Así pues, hay que tener en cuenta que el abuso, afecta de manera negativa a nivel fisiológico, cognitivo y socio-afectivo, particularmente en las relaciones familiares y en el rendimiento académico (Chacón et al., 2017).

Por otro lado, se constatan diferencias de género en relación al uso de las TIC, que son utilizadas por las chicas, mayormente como medio de comunicación, frente al uso que hacen los chicos, relacionados más bien con el juego y entretenimiento (Fernández-Montalvo, Peñalva e Irazabal, 2015; Melendro, García y Goig, 2017; Viñals et al., 2014).

Pero no todo tiene que ser malo y es sabido de las múltiples ventajas que poseen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en la vida cotidiana de todas las personas y en todos los ámbitos.

Constatándose durante los últimos años, un cambio y evolución en el ámbito educativo, especialmente por los múltiples beneficios que aporta la utilización de las TIC en los

procesos de enseñanza-aprendizaje (Siddiq, Scherer y Tondeur, 2016) que se están llevando a cabo, de entre los cuales, se pueden enumerar los siguientes:

- Aumento y mejora de la oferta informativa
- Eliminación de barreras espacio-temporales
- Facilitación de trabajo colaborativo
- Aumento de la flexibilidad del aprendizaje
- Extensa variedad de espacios y herramientas, tales como el uso de pizarras digitales, WebQuests, Blogs, wikis, redes sociales, Youtube, Slideshare, o Flickr
- Inclusión Exergames (Chacón-Cuberos, Castro, Zurita, Espejo y Martínez, 2016). MUVes, juegos simulativos (Cela-Ranilla, Esteve-González, Esteve-Mon, González- Martínez y Gisbert-Cervera, 2017).
- Plataformas virtuales para el desarrollo y seguimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Así mismo es conocida la existencia de videojuegos de deportes y de aprendizaje interactivo que pueden ser utilizados para fomentar el ejercicio físico y el aprendizaje de conocimientos y tareas, implicando al sujeto a moverse o responder ante las cuestiones planteadas (Del Castillo, 2015).

Igualmente las redes de aprendizaje, tanto para la educación reglada como en la informal, suponen un método de aprendizaje en línea con múltiples ventajas ya que los participantes pueden compartir mediante el diálogo e intercambiar conocimientos y experiencias, de forma que la comunicación con el grupo es la causante de la construcción de nuevos significados. Por tanto podría ser un buen instrumento metodológico en el ámbito universitario, tal y como opinan Solórzano y García (2016), ya que fomentaría la libertad de acción e innovación de estudiantes y entidades universitarias.

En otras palabras, las redes sociales pueden ofrecer un espacio para reforzar las actividades académicas, promoviendo la interacción y participación, al mismo tiempo que se potencia el pensamiento crítico de los jóvenes (Cabero, Barroso, Llorente y Yanes, 2016).

II.2.5. ACTIVIDAD FÍSICA

Es sabida la importancia del deporte con respecto a la salud y mejora de la calidad de vida a lo largo de la historia. De hecho, algunas civilizaciones como por ejemplo la Antigua

China, conocían algunos de los beneficios de la actividad física para la salud. De tal manera que los chinos en el 2700 A. C. desarrollaron el Kung-fu con fines religiosos y con la idea de sanar el cuerpo de las enfermedades y debilidades del alma.

Por otro lado los griegos manifestaron la importancia de la actividad física al darle un papel relevante en la educación y especialmente por la celebración de los juegos de atletismo (Luarte, Garrido, Pacheco y Daolio, 2016).

Se puede definir la actividad física como un movimiento corporal que aumenta el gasto de energía por encima de la tasa del metabolismo basal o por encima de los niveles de reposo (Mamani, Fuentes y Machaca, 2017; Pancorbo y Pancorbo, 2011).

La OMS (2010) establece que la práctica de forma regular de actividad física es considerada un factor de protección ante enfermedades y aporta diversos beneficios tanto psicológicos como físicos (Alcaraz, Pons, Angulo-Brunet, y Cruz, 2017; Castañer, Saüch, Prat, Camerino y Anguera, 2016; García-González y Froment, 2018; Kyle, Hernández-Mendo, Reigal-Garrido y Morales-Sánchez, 2016; Murgui, García y García, 2016; Guillén-Pereira, Bueno-Fernández, Gutiérrez-Cruz y Guerra-Santisteban, 2018 ; Reynaga-Estrada, Arévalo, Verdesoto, Jiménez, Preciado, y Morales, 2016; Ruiz-Ariza, Ruiz, de la Torre-Cruz, Latorre-Román y Martínez-López, 2016), de entre los cuales, se pueden enumerar los siguientes:

- Mejora la autoestima y la imagen corporal
- Aporta una sensación saludable y mejora los niveles de activación
- Disminuye el estrés, la tensión nerviosa, la depresión y el cansancio
- Ayuda a tener más amigos, a conocer gente nueva, a tener más comunicación con los compañeros
- Cooperar en equipo
- Mejora el equilibrio motriz
- Mayor mineralización del hueso
- Incremento de la capacidad antioxidante de la sangre
- Mejora el rendimiento académico
- Aumenta la fuerza muscular

Además, se encuentran estudios como los de López y Zarate (2012) que indican la existencia de una relación positiva entre la práctica de actividad física y la prevención y tratamiento de ciertos tipos de cáncer tales como el de pulmón y colon. De forma que el ejercicio propicia la disminución de la inflamación crónica de pacientes oncológicos, y a consecuencia de ello, la fatiga y el cansancio se ven reducidos.

Igualmente, se encuentran estudios, en los que la actividad física es considerada un factor de prevención del consumo de sustancias nocivas, como por ejemplo el consumo de alcohol en adolescentes (Chacón-Cuberos et al., 2016; Espejo, Martínez, Chacón, Zurita, Castro y Chacón, 2017).

Otro de los beneficios que aporta la práctica de deporte y actividad física, es la mejora del autoconcepto físico. Así pues, la imagen corporal es algo que preocupa bastante a estas edades en la que se están perfilando la personalidad del adolescente, de forma que autores como Martínez y González (2017), afirman que el hecho de hacerse visible la fisiología del deportista, mejora la percepción social de aquel por el resto de iguales, mejorando así sus relaciones sociales y su rendimiento académico.

Es por ello, que la práctica regular de actividad física es considerada un elemento básico a la hora de adquirir estilos de vida saludables y un adecuado bienestar psicológico (Práxedes, Sevil, Moreno, del Villar y García-González, 2016).

Por tanto, se entiende que la educación física en el ámbito educativo proporciona uno de los contextos más propicios para instaurar prácticas saludables desde edades tempranas (Menéndez y Fernández-Río, 2017). A pesar ello, se observa que la actividad física disminuye en la adolescencia y que los jóvenes no dedican el tiempo suficiente a practicar ejercicio (Beltrán-Carrillo, Sierra, Jiménez, González, Martínez y Cervelló, 2017; Revuelta, Infante y Axpe, 2017), y que prefieren otras actividades de ocio más pasivas, alguna de ellas pueden ser:

- Ver televisión
- Navegar por internet
- Videojuegos
- Escuchar música
- Hablar por teléfono

Además, parece ser que los chicos mantienen un estilo de vida más activo que las chicas (Eime, Casey, Harvey, Sawyer, Symons y Payne, 2015; Beltrán-Carrillo et al., 2017; Yan, Voorhees, Beck, y Wang, 2014) y presentan una actitud una actitud más positiva que el género opuesto ante la práctica de actividad física (Aráujo y Dosil, 2016).

De hecho los últimos estudios con estudiantes universitarios señalan la baja actividad física en la que apenas llegan al 50% de las recomendaciones una práctica saludable (Cocca, Liukkonen, Mayorga-Vega y Viciano-Ramírez, 2014).

II.2.6. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, los estilos de vida y la salud de los jóvenes y adolescentes ha sido continuamente objeto de estudio y al día de hoy lo sigue siendo. Con el fin de ahondar en la temática de estudio se llevaron a cabo una serie de revisiones bibliográficas en diferentes bases de datos incluyendo parámetros que dictaminasen la importancia del tema objeto de estudio. Así pues, el comienzo de la búsqueda se inició introduciendo el parámetro de “Salud” en castellano y en inglés “Health” en la base de datos Web of Science, que a su vez engloba otras bases de datos como puede ser Journal Citation Report, MEDLINE y SCIELO, entre otras. Mientras que en castellano se obtuvieron 37.777 artículos relacionados durante los últimos 10 años (2008-2018), en la lengua inglesa se encontraron un total de 2.665.281 artículos, distribuyéndose de la siguiente manera en los últimos años:

Tabla II.3. Consulta de los términos Salud y Health en la Web of Science

Rango Búsqueda	Salud	Health	Total
Hasta 2000	4.216 Artículos	2.077.731 Artículos	2.081.947 Artículos
2001-2005	5.148 Artículos	669.322 Artículos	674.470 Artículos
2006-2010	12.087 Artículos	914.904 Artículos	926.991 Artículos
Desde 2011	29.439 Artículos	2.067.728 Artículos	2.097.167 Artículos
Total	50.890 Artículos	5.729.685 Artículos	5.780.575 Artículos

Del mismo modo, al introducir los parámetros “Estilos de Vida”, tanto en castellano como en inglés “lifestyle”, en las bases de datos de Web of Science, pudiéndose observar el aumento de artículos publicados durante los últimos años, tal y como se muestra a continuación en la siguiente tabla:

Tabla II.4. Consulta de los términos Estilos de vida y Lifestyle en la Web of Science

Rango Búsqueda	Estilos de vida	Lifestyle	Total
Hasta 2000	10 Artículos	15.355 Artículos	15.365 Artículos
2001-2005	102 Artículos	15.654 Artículos	15.756 Artículos
2006-2010	266 Artículos	28.488 Artículos	28.754 Artículos
Desde 2011	724 Artículos	79.499 Artículos	80.223 Artículos
Total	1.102 Artículos	138.996 Artículos	140.098 Artículos

De los estudios hallados en relación a la salud y estilos de vida de los adolescentes, podemos destacar los desarrollados en los últimos años de Bustos-Arcón y Russo de Sánchez (2018) que manifiestan la importancia de la salud mental y emocional en los procesos madurativos y consolidación de la personalidad. Por su parte, Durán et al. (2018) y autores como Ribeiro, Silveira y Teixeira (2018), realizan estudios similares en el campo de los estilos de vida universitarios en estudiantes latinoamericanos.

Del mismo modo, son de interés los estudios de los factores estresantes de los jóvenes universitarios que desarrollan Magoke, Maat, Vaandrager y Koelen (2018). Igualmente, Parker y Anthony (2018) llevan a cabo un estudio epidemiológico sobre el consumo de cannabis en los adolescentes, que resulta de interés para el desarrollo del tema, así como el desarrollado por Fairlie, García, Lee y Lewis (2018), sobre el consumo de alcohol y marihuana durante las relaciones sexuales en jóvenes de 18 a 25 años y sus posibles riesgos de salud. Así mismo, es de reseñar a Wilson, Cumming, Burkhalter, Langille, Ogilvie y Asbridge (2018) y su estudio del consumo de bebidas alcohólicas y energéticas en jóvenes y su relación con la conducción y conductas de riesgo.

Por otro lado, al introducir el parámetro “sedentarismo”, en castellano e inglés, “sedentarylifestyle” en las bases de datos que incluye Web of Science, se mostraron un aumento de artículos y publicaciones a lo largo de los años, como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla II.5. Consulta de los términos Sedentarismo y Sedentary Lifestyle en la Web of Science

Rango de búsqueda	Sedentarismo	SedentaryLifestyle	Total
Hasta 2000	2 Artículos	758 Artículos	Artículos
2001-2005	71 Artículos	1.004 Artículos	Artículos
2006-2010	225 Artículos	2.203 Artículos	Artículos
Desde 2011	472 Artículos	10.507 Artículos	Artículos
Total	Artículos	Artículos	Artículos

Así mismo, los parámetros “obesidad” y “obesity” fueron utilizados a través de la plataforma de Web of Science, donde se observó el aumento paulatino de publicaciones de forma progresiva durante los últimos años, como mostramos a continuación:

Tabla II.6. Consulta de los términos Obesidad y Obesity en la Web of Science

Rango Búsqueda	Obesidad	Obesity	Total
Hasta 2000	71 Artículos	216.861 Artículos	216.932 Artículos
2001-2005	429 Artículos	63.981 Artículos	64.410 Artículos
2006-2010	1.159 Artículos	112.676 Artículos	113.835 Artículos
Desde 2011	3.448 Artículos	253.077 Artículos	256.525 Artículos
Total	5.107 Artículos	646.595 Artículos	651.712 Artículos

En primer lugar y en referencia al sedentarismo podemos señalar el análisis crítico del sedentarismo, como punto de inicio y contextualización del término. También se deben de destacar los estudios como el de Salas et al. (2016), sobre los factores de riesgo producidos por el sedentarismo, así como los de Van Niekerk, du Toit, Loos y Engelbrecht (2108) que explican los trastornos metabólicos y su relación con el sedentarismo y la alimentación.

Es por ello que también son de interés los trabajos llevados a cabo por Riquelme y Giacomani (2018) acerca de los posibles beneficios de la comida en familia. En esta línea, podemos señalar el estudio desarrollado por Winkler, Moore, Bennett, Armstrong y Brandon (2016) sobre chicas adolescentes y sus madres en relación a las prácticas alimentarias y la obesidad. Además de todo ello, nos encontramos que autores como McCuen-Wurst, Ruggieri y Allison (2018) exponen que los trastornos alimenticios en cuanto a atracones de comida y el síndrome de alimentación nocturna, tienen relación con el sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, y referente a la actividad física, encontramos que Han, Fu, Cobley y Sanders (2018) realizan una revisión sistemática sobre los efectos del ejercicio físico para mejorar la coordinación motriz en obesidad. Igualmente, Lee, Pope y Gao (2016) revisan el impacto de la actividad física en los jóvenes y su relación con la misma.

Introduciendo los parámetros “Ocio digital” y “digital leisure” en la plataforma Web of Science y utilizando todas sus bases de datos, observamos la casi inexistencia de publicaciones en castellano y la escasez de las mismas en inglés, como se muestra y se desglosa en la siguiente tabla:

Tabla II.7. Consulta de los términos Ocio digital y Digital leisure en la Web of Science

Rango Búsqueda	Ocio digital	Digital leisure	Total
Hasta 2000	0 Artículos	52 Artículos	52 Artículos
2001-2005	0 Artículos	85 Artículos	85 Artículos
2006-2010	1 Artículos	225 Artículos	226 Artículos
Desde 2011	15 Artículos	809 Artículos	824 Artículos
Total	16 Artículos	1.171 Artículos	1.187 Artículos

En cuanto a los parámetros “Actividad física” y “physical activity” introducidos en la plataforma Web of Science podemos observar el aumento de publicaciones durante los últimos años, como se muestra a continuación:

Tabla II.8. Consulta de los términos Actividad física y Physical activity en la Web of Science

Rango Búsqueda	Actividad física	Physicalactivity	Total
Hasta 2000	44 Artículos	279.583 Artículos	279.627 Artículos
2001-2005	176 Artículos	53.251 Artículos	53.427 Artículos
2006-2010	509 Artículos	93.926 Artículos	94.435 Artículos
Desde 2011	1.960 Artículos	263.262 Artículos	265.222 Artículos
Total	2.689 Artículos	690.022 Artículos	692.711 Artículos

Así pues son de interés los estudios llevados a cabo por Chacón-Cuberos et al. (2017) con universitarios y su relación con el consumo de tóxicos y el uso de videojuegos, así como los de Arufe-Giráldez, Chacón-Cuberos, Zurita-Ortega, Lara-Sánchez y Castro-García (2017) sobre la práctica de actividad física y el ocio digital en jóvenes. También cabe destacar el estudio descriptivo del clima motivacional hacia el deporte y su relación con el ocio digital

en universitarios realizado por Chacón-Cuberos, Zurita-Ortega, Castro, Espejo, Martínez-Martínez y Pérez (2017). Además de señalar los trabajos sobre la adhesión a la dieta mediterránea y su relación con el ocio digital en universitarios desarrollados por Chacón-Cuberos et al. (2016).

En referencia a la importancia del entorno escolar en la práctica de actividad física, son destacables los estudios de Ruiz-Trasserra et al. (2017). Al igual que es necesario la identificación de variables de comportamiento y ambientales que incidan en la prevención de la obesidad para el desarrollo de programas de intervención (González-Valencia, Grijalva-Haro, Montiel-Carvajal y Ortega-Vélez, 2018).

Por último, señalar el estudio desarrollado por Martínez-Martínez, Ruiz-Rico, Zurita, Chacón, Castro-Sánchez y Cachón (2017) sobre la relación existente entre la actividad física y las conductas agresivas en adolescentes que se encuentran en acogimiento residencial.

II.3 FACTORES PSICOSOCIALES

Como se ha hecho referencia anteriormente, la adolescencia es una etapa crítica del individuo en la que los factores psicosociales adquieren un gran peso en la conformación de la personalidad y desarrollo conductual.

En este sentido, a lo largo del apartado se expondrán los conceptos de motivación del estudiante, resiliencia e inteligencia emocional como factores de protección en el ámbito académico del joven.

II.3.1.MOTIVACIÓN DEL ESTUDIANTE

A menudo los profesores recurren a la motivación como explicación a muchos de los problemas derivados de su práctica educativa y del proceso enseñanza-aprendizaje con respecto a sus alumnos, a veces sin conocer lo que realmente es estimulación y otras veces sin tener en cuenta la falta de motivación que se presenta en ellos mismos.

En este sentido, en el transcurso de los años, psicólogos y pedagogos han desarrollado estudios por lograr encontrar y mantener la motivación del alumnado (Agboola, 2015; Bahous, Bacha y Nabhani, 2011).

De forma que la contextualización del concepto motivación, se ha visto inmerso en una cantidad de variables que han complicado su definición, encontrando en la bibliografía su operacionalización desde diferentes corrientes teóricas (Valenzuela, Muñoz, Silva-Peña, Gómez y Precht, 2015; Precht, Valenzuela, Muñoz y Sepúlveda, 2016), junto con definiciones incompletas pero que facilitan la comprensión del proceso de motivación y que dotan al docente de estrategias que facilitan un entorno positivo en el estudiante para que aprenda de manera más satisfactoria (García, 2016).

En esta línea, el concepto de motivación viene a ser definida por Weinberg y Gould (2007) como un engranaje psicológico que guía la dirección (aludida a los objetivos que la persona escoge), la intensidad (referida a la cantidad de esfuerzo dedicado para alcanzarlos) y la constancia de la conducta (en relación al tiempo dedicado).

En este sentido debemos mencionar la existencia de diversas teorías en relación a la motivación. Entre ellas, una de las más relevantes es teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 1985) que intenta dar explicación al cómo los individuos pueden sentirse, intrínsecamente motivados, extrínsecamente motivados o sin ningún tipo de motivación hacia una actividad (Moreno, Cuevas, Cortés y Morales, 2016) y basándose en la declaración de que la conducta está impulsada por tres requisitos psicológicos elementales los cuales inciden en la motivación:

- Autonomía
- Competencia
- Relación con los demás

Esta teoría explica la motivación como un continuo con distintos niveles de autodeterminación, de forma que Ryan y Deci (2017) manifiestan que los comportamientos del individuo pueden pasar de una motivación extrínseca a una motivación intrínseca. Así pues de menor a mayor autodeterminación nos encontramos con:

- La desmotivación
- La motivación extrínseca (regulación externa, introyección, regulación identificada y la regulación integrada).
- La motivación intrínseca

La desmotivación o amotivación se refiere al estado en el que el individuo no está motivado de ninguna forma, sin ninguna meta preestablecida y con signos de apatía y desgana.

En cuanto a la de tipo extrínseca, entendida como un medio para alcanzar una meta y no para el propio beneficio en sí, pueden diferenciarse a su vez, subniveles de autodeterminación, siendo la regulación externa la menos autodeterminada y caracterizada porque la persona actúa por un incentivo externo; seguida de la introyección, como un deber en la que se actúa por evitar sentimientos de culpabilidad; y por último, las más autodeterminadas que son la regulación identificada y la integrada en la que el practicante se identifica con la importancia que tiene la actividad para sí mismo, asimilando, ordenando y puesta en congruencia con otros valores (Moreno-Murcia, Borges- Silva, Marcos-Pardo, Sierra-Rodríguez y Huéscar-Hernández, 2012; Ryan y Deci, 2017; Zarauz y Ruiz-Juan, 2016).

Por último, en la motivación intrínseca predomina la iniciativa propia y el placer y satisfacción derivados de participar (Menéndez y Fernández-Río, 2017), la cual, está relacionada con el valor de la tarea en cuestión y el grado de consecución de la misma (Aguilar, González y Aguilar, 2016).

Por otro lado, hay que tener en cuenta el proceso motivacional, que es diferente en cada individuo, en cuanto a que no todo es idéntico para todo el mundo y cada sujeto es diferente con unas metas y objetivos distintos, los cuales, se consideran elementos principales de dicho proceso. De manera que ante objetivos realistas y alcanzables y elegidos voluntariamente, la motivación se potenciará, en cambio si han sido impuestas además de no ser realistas, la motivación por alcanzarlas disminuirá (Rodríguez y Huertas, 2017).

Así pues, otra de las teorías con más éxito a la hora de explicar la motivación es la de las metas de logro, donde el éxito por alcanzar la meta se considera como motivación para realizarla y donde el esfuerzo y la capacidad están íntimamente ligados, sugiriendo el ego o la tarea a realizar como elementos fundamentales de la motivación. De modo que en la persona orientada a la tarea, su motivación viene dada por una autocomparación con la finalidad de realizar la tarea de la mejor forma posible, mientras que aquellas orientadas al ego necesitan compararse con otras personas y sentirse superiores.

Por ello, el clima motivacional percibido (Xiang y Lee, 2002), es un aspecto relevante a destacar en cuanto a la motivación del estudiante, el cual, incluye la tarea, concentrándose en la superación personal y el esfuerzo, y el que conlleva al ego, centrado en el fruto. En el clima motivacional inciden todas las variables que rodean al joven (Ames, 1992).

Así pues, otro aspecto destacable por multitud de autores es el autoconcepto y su conexión con el bienestar psicológico. Entendiendo el autoconcepto como el conjunto de percepciones que tiene uno de sí mismo (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008), cuyos sectores relacionados, según Shavelson, Hubner, y Stanton, (1976) son:

- Afectivo
- Social
- Físico
- Académico
- Personal

De entre los cuales, el más estudiado e investigado ha sido el físico, que a su vez está comprendido por: la habilidad física, la condición física, el atractivo físico y la fuerza (Cox, 2009), existiendo un sinnúmero de estudios que otorgan transcendencia a la comparación entre la identidad social y la imagen ideal que quiere exhibir el joven, así podemos señalar los del Reino Unido (Emler y Reicher, 2005), Australia (Carroll, Houghton y Baglioni, 2000), en México (Villareal-González, 2009), y Portugal, entre otros (Pierobon, Barak, Hazrati y Jacobsen, 2013 o Pechorro, Goncalvez, Maroco, Gama, Neves y Nunez, 2014).

Por último hay que mencionar la importancia de las metodologías existentes al día de hoy que fomentan la creatividad, las cuales inciden en la motivación del aprendizaje (Castillo, Vergel y Lafaid, 2017). Así pues, las redes sociales y las nuevas tecnologías de la información y comunicación pueden resultar elementos que fomenten la motivación en el proceso de enseñanza-aprendizaje (Dans y Muñoz, 2016).

II.3.2. RESILIENCIA

La resiliencia es un término con una larga trayectoria que en los últimos años se está utilizando en diferentes contextos, como por ejemplo el educativo, social, empresarial, mecánico, médico y psicológico, entre muchos otros (Aslan y Araza, 2015; Del Rincón, 2016; Maltby et al., 2016; Pisarska, Eisman, Ostaszewski y Zimmerman, 2016).

El término resiliencia procede de la palabra inglesa “*resilience*” cuyo significado es “*recuperarse o saltar hacia atrás*” y puede definirse de manera breve como la capacidad de adaptarse de manera positiva al estrés, siendo originario del área de conocimiento de la

física y empleándose a la hora de definir materiales resistentes a fuerzas externas que se recuperan y fortalecen (Kalawski y Haz, 2003).

Desde el punto de vista psicosocial, los autores Werner y Smith (1982), integrantes de la primera generación de investigadores de este campo, comienzan a utilizar este término refiriéndose a personas. Pero es a partir los años 90, cuando aparece una segunda generación de autores, tales como Grotberg (1999), que van perfilando el concepto como un proceso dinámico de todo ser humano, en el que el apoyo afectivo emocional, los recursos personales y las habilidades de comunicación y resolución de conflictos de cada individuo (“*yo tengo, yo soy y yo puedo*”) son los pilares fundamentales para resolver situaciones desfavorables y salir fortalecido de las mismas.

Con otras palabras, se trata de la capacidad de resistir y adaptarse de manera positiva al estrés que causa cualquier situación adversa, de forma que hace reaccionar al sujeto con estrategias de superación y fortalecimiento ante las experiencias traumáticas o negativas (Arrogante, Pérez-García y Aparicio-Zaldívar, 2015; García-López, 2016), como resultado de una interrelación de factores externos e internos, constituyendo así un aprendizaje y resultando ser un mecanismo protector.

Igualmente, y desde el ámbito de aplicación de la psicología, Ortunio, Magaly y Guevara (2016) exponen como aspectos característicos de este constructo, la adversidad y la adaptación positiva. Así mismo, Lemos, Krumm, Gutiérrez y Arán-Filippetti (2016), exponen el autocontrol como uno de los elementos básicos para el desarrollo de la resiliencia, por su efectividad en el manejo del estrés y de las frustraciones, además de las emociones positivas, el humor y la creatividad. Constatándose que dicha capacidad dinámica se puede aprender y desarrollar (Bajaj y Pande, 2016; García del Castillo, García del Castillo, López-Sánchez y Dias, 2016; Masten, 2014; Hu, Zhang y Wang, 2015; Satici, 2016).

Del mismo modo, hay que señalar la importancia que supone el peso de factores que pueden actuar como protectores o de riesgo en el desarrollo de dicha competencia enmarcada en el ámbito de la Psicología Positiva y que en cierto modo se encuentran ligados a la calidad de vida, como pueden ser los aspectos relacionados con la alimentación, la práctica deportiva, el progreso en la vida, la percepción de la dificultad, el rendimiento, sexo y edad, (Contreras, Fernández, García, Palou, y Ponseti, 2010; Esnaola et al., 2008;

Soriano, Sampascual, y Navas, 2010) además de la autoestima, autoconcepto, asertividad, capacidad de resolución de conflictos, los vínculos familiares y redes de apoyo social que posea el individuo (De la Fuente et al, 2014; González-Arratia et al., 2011).

Otros autores relacionan la resiliencia con la religión y espiritualidad, de manera que en personas resilientes se asocia un afrontamiento religioso con un afrontamiento activo, además de relacionarse con el bienestar psicológico, y por ende, en la salud y calidad de vida.

Siendo relevante el papel que juega la resiliencia presente desde la infancia, pero más aún en el joven adolescente, el cual, requiere un ajuste constante debido a sus cambios internos propios de la etapa evolutiva y a las demandas de origen externo, además de aquellas relacionadas con sus objetivos y su desarrollo hacia el periodo adulto (García-Del Castillo et al., 2016).

En este sentido Zurita (2015) considera que la resiliencia en los jóvenes se sustenta en base a los siguientes aspectos:

- Optimismo
- Empatía
- Competencia intelectual
- Autoestima
- Dirección o misión
- Determinismo y perseverancia

En este sentido, Quintero, Jabela, Rocha y Serna (2015) opinan el adolescente es el que debe construir y potenciar su capacidad resiliente, haciendo uso de:

- Sus fortalezas internas (yo soy/estoy)
- Los recursos disponibles de apoyo externo (yo tengo)
- Habilidades sociales y de resolución de conflictos (yo puedo)

En este sentido, las habilidades sociales y de comunicación se consideran esenciales en la socialización de los individuos, los cuales necesitan de la interacción con sus iguales para comunicarse y desenvolverse a nivel familiar, escolar y laboral (Betancourth, Zambrano, Ceballos, Benavides y Villota, 2017; Mendo, León, Felipe y Polo, 2016).

Sin olvidar el autocontrol como base para desarrollar los recursos necesarios en la mejora de la resiliencia en cuanto al manejo de la frustración, el estrés, la preocupación o desasosiego y la canalización de metas a alcanzar (Lemos et al., 2016).

En el ámbito educativo, la resiliencia se presenta en el alumnado como un apoyo moral conformando estudiantes que no se desaniman, que no se dejan abatir y que se superan a pesar de la dificultad en los distintos aspectos y contextos en donde se desarrollan tanto personal como laboralmente (Aguilar, Arjona y Noriega, 2016).

Por otro lado, la resiliencia académica es de vital importancia para los universitarios en cuanto al rendimiento académico se refiere, ya que cualquiera de ellos pueden ser protagonistas de una mala experiencia en relación a los estudios.

Así pues Finez y Morán (2014), establecen cinco dimensiones para la resiliencia académica:

- Confianza
- Control
- Calma
- Compromiso
- Coordinación

Por lo que para lograr un estudiante resiliente se deben llevar a cabo programas de intervención acerca de:

- Confianza, para incrementar la creencia en uno mismo
- Autocontrol
- Compromiso y persistencia, potenciando y acrecentándolo
- Miedo, con la finalidad de reducir el miedo al fracaso (Fínez y Morán, 2014).

Así mismo este parámetro se relaciona con otros factores y variables educativas tales como el clima motivacional del aula, el uso de diversas estrategias motivacionales y de regulación emocional o el rendimiento en estudiantes adolescentes, entre otros (Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros y Zuazagoitia, 2018).

Por todo ello, se constata el interés por estudiar a las personas sometidas a situaciones adversas, ya que algunas presentan importantes problemas de adaptación, mientras que otras, son capaces de adaptarse y fortalecerse al mismo tiempo, manifestando inclusive cierto grado de bienestar.

Por lo tanto el conocimiento de los diferentes instrumentos de medida de la resiliencia se hace necesario para el desarrollo de cualquier estudio de la misma. Para ello se dispone de una variada diversidad de instrumentos de medida. Así pues, Cabrera, Aya y Cano (2012) describen diferentes estudios cuantitativos para medir la resiliencia, tal y como se muestra a continuación en la tabla II. 9.

Tabla II.9. Conceptualización del término resiliencia según diversos autores.

Block y Kremen (1996)	La capacidad de adaptabilidad de las personas, el nivel de resistencia de la ansiedad y la manera positiva de enfrentar el mundo
Cardozo y Alderete (2009)	Síntomas de salud mental, adaptación social y competencias sociales
Connor y Davidson (2003)	Competencia personal, altas expectativas y tenacidad; confianza en el dominio de sus propios instintos, tolerancia a los efectos negativos, el nivel de impacto del estrés; aceptación positiva de los cambios y seguridad en las relaciones interpersonales; control; influencias espirituales
Constantine, Bernard y Día (1999)	Cuidadores, expectativas de vida, significado de la participación en la escuela, el hogar y la comunidad, competencia social, sensibilidad interpersonal y comprensión de sí mismo.
Dishion y Cornell (2006)	Proceso de autorregulación
Donnon y Hammond (2003, 2007)	Familia, comunidad, trabajo comprometido con pares, escuela, cultura, sensibilidad social, sensibilidad cultural, autoconcepto, empoderamiento y autocontrol.
Grotberg (1995)	Apoyo social y vinculación parental medidos en términos de: resiliencia social/interpersonal (yo puedo), resiliencia interna surgida en apoyos familiares y no familiares (yo soy y yo estoy) y habilidades sociales (yo tengo).
Hurtes y Allen (2001)	Darse cuenta de: independencia, creatividad, buen humor, habilidades en las relaciones interpersonales y orientación en valores, así como orientación hacia el servicio social
Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya (2003)	Búsqueda de la novedad, regulación emocional y orientación positiva hacia el futuro.
Palomar y Gómez (2010)	Fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social, estructura y organización persona
Perry y Bard (2001)	Modelado/activo, autoeficacia/locus de control, relaciones positivas entre pares y relaciones positivas adultas.
Salgado (2004)	Autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad
Saavedra y Villalta (2008)	Identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje, generatividad.
Saavedra y Castro (2009)	Identidad-autoestima, redes-modelos, aprendizaje-generatividad, recursos internos, recursos externos.
Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher y Bernard (2008)	Recuperarse y recobrase del estrés en pacientes con dolor crónico y cardíaco.
Sun y Stewart (2007)	Comunicación, cooperación, autoestima, empatía, resolución de problemas, metas y aspiraciones, conexión familiar, escolar y con la comunidad, autonomía, comportamientos prosociales, participación activa en la comunidad y apoyo de pares.

II.3.3. INTELIGENCIA EMOCIONAL

A principios del siglo XX comienza a surgir el uso del término inteligencia emocional, a partir de las apreciaciones de Thorndike (1920) cuando reveló que era la capacidad que tiene un individuo para comprender, colaborar, ayudar y cooperar con otras personas, se precisa como inteligencia social (Birknerová, Frankovský y Zbihlejšová, 2013).

Tras estas primeras definiciones, se fueron integrando matices de índole no cognitiva (Dumbrava, 2011), relacionando la inteligencia emocional con la valoración social (Mavrovely y Sánchez-Ruiz, 2011) y completando la idea actual que exponen en sus trabajos Fernández-Martínez y Montero-García (2016), que lo justifican como el conjunto de competencias y conocimientos de las propias emociones y su control y el reconocimiento de las emociones de los demás, es decir, la gestión y canalización de las propias emociones y las de los demás. Dicho de otra forma, cómo resolver un problema cuando la información que se usa proviene de la emoción.

La inteligencia puede ser considerada como un principio revelador de circunstancias de éxito y logro personal y profesional, pudiendo definirse como la habilidad de adaptación a un medio alterable (Isaza-Zapata, 2016) permitiendo ser medida y calculada por un test (Fernández-Martínez y Montero-García, 2016) entre otras cosas.

Sin embargo, diversas competencias tales como son la capacidad de resolución de problemas, de adaptación, memoria, creatividad y optimismo, entre otras, se encuentran presentes a la hora de contextualizar dicho término, además de hallarse relacionadas otros parámetros de tipo afectivos, emocionales y sociales. A este constructo, se le denomina Inteligencia Emocional (González-Ramírez, 2007).

De tal forma que su definición incluye no solo la habilidad de percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y la de los demás, sino también un crecimiento emocional e intelectual (Goleman, 1995; Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990), dispuesta a aprenderse y/o modificarse y que evoluciona a lo largo del desarrollo madurativo del individuo (Parodi, Belmonte, Ferrándiz y Melero, 2017).

Así pues, cuando hablamos de inteligencia emocional, es preceptivo tener en cuenta las siguientes capacidades:

- Percepción
- Comprensión

- Regulación

Por lo que se incluye la autorregulación y la motivación del sujeto en este término (Gaeta et al., 2012), al encontrarse asociados al bienestar subjetivo que provoca en el individuo y su propia salud mental (Bar-On, 2005; Bar-On, 2010; Bhullar, Shutte, Malouff, 2012; Cazalla-Luna y Molero, 2014).

Las últimas aportaciones que sugieren actualmente Mayer, Caruso y Salovey (2016) respecto al constructo de la inteligencia emocional se resumen en siete principios:

- Es una capacidad mental
- Está mejor medida como capacidad que como escala
- Resolver problemas de forma inteligente no conlleva necesariamente comportamientos inteligentes
- Cómo debe ser medida, el contenido del test debe abarcar el área del problema a resolver
- La puntuación del teste debe ir dirigida a reflejar la habilidad mental para resolver problemas de origen emocional
- Es una inteligencia amplia
- Centrada en el proceso de información de relevancia del sujeto

Por otro lado, no hay que olvidar que la inteligencia emocional puede considerarse como un indicador de desarrollo saludable y factor de protección ante las conductas de riesgo y situaciones adversas, que se presenta como un elemento que promueve la competencia social y el deleite personal y laboral (Brosseur y Gregoire, 2011; Martínez, Piqueras y Ramos, 2010; Pena, Rey y Extremera, 2012; Zavala, Valadez y Vargas, 2008).

Como se ha mencionado con anterioridad, la inteligencia emocional se trata de una capacidad que puede ser aprendida y modificada, de tal forma que programas de intervención desde edades tempranas obtienen resultados positivos en cuanto al desarrollo de competencias y habilidades de resolución de conflictos, como son los desarrollados en sus trabajos de investigación por Aguaded y Pantoja (2015) en los proyectos de innovación docente llevados a cabo con alumnos de infantil y primaria. Obteniéndose una disminución de conflictos en el aula y un mejor clima basado en el respeto de opiniones y emociones del grupo de participantes.

En el contexto del aula por tanto se estima como un predictor del rendimiento académico, fomentando el éxito en los programas de intervención de modificación de conducta que se desarrollan en los jóvenes adolescentes (Garaigordobil y Peña, 2014). Teniendo en cuenta el período crítico que caracteriza esta etapa evolutiva (Pulla, 2017), y siendo esta población una de las más vulnerables y susceptibles a los riesgos del entorno (Arias, Marcos, Martín, Arias y Deronceré, 2009), se hace necesario el estudio y desarrollo de la Inteligencia Emocional para la adecuada toma de decisiones y resolución de problemas a esta edad (Cortés, Aguilar, Medina, Toledo y Echemendia, 2010).

En este sentido, lo que se ha pretendido desde las entidades educativas a lo largo de los tiempos, ha sido la mejora del cociente intelectual sin ir más allá y sin apenas tener en cuenta la dimensión afectiva del individuo. No obstante, no cabe duda de la existencia de sujetos con expedientes académicos excelentes y con coeficientes intelectuales superiores a la media que a pesar de ello no logran alcanzar el triunfo en sus vidas.

Así pues, Fernández-Martínez y Montero-García (2016), exponen la idea de que las emociones favorecen y fomentan la inteligencia. De tal forma, que alumnos con un alto nivel presentan menor fatiga y estrés y una tasa mayor en relación al rendimiento académico (Extremera, Durán y Rey, 2007; Shipley, Jackson y Segret, 2010) ya que se relaciona el pensamiento positivo y firme con las ambiciones propuestas (Goleman, 1995).

En otras palabras, según uno alcanza sus metas, se descubre más inteligente emocionalmente, adquiriendo más seguridad en uno mismo, aportando autocontrol y automotivación (Fernández-Martínez y Montero-García, 2016); siendo la capacidad de estímulo a uno mismo, uno de los mayores pilares de la inteligencia emocional.

De esta manera, han aumentado las teorías existentes sobre la importancia de la motivación y el rendimiento académico, autores como Dueñas (2002) y Jiménez-Morales y López-Zafra (2009) afirman la relación existente entre este constructo y la motivación, exponiendo la idea de que la primera puede mejorar el nivel de la segunda y que la motivación intrínseca del estudiante es esencial para realizar sus tareas. Igualmente Extremera y Fernández-Berrocal (2004) resaltan la influencia de la inteligencia emocional como predictor del rendimiento académico y del acoplamiento psicológico y en especial sobre la calidad de las relaciones interpersonales.

Es más, asienten que dicha relación no es exclusivamente inmediata y lineal sino que diversos factores pueden influir en el proceso, afirmando un aumento en el rendimiento académico en el caso de poseer buena salud mental lo que acarrea consigo un mejor bienestar emocional y psicológico.

Demostrando así con sus estudios que los alumnos con un deficiente rendimiento académico fueron aquellos que estaban etiquetados como depresivos, confirmándose que los que presentan desarreglos emocionales, dificultades de aprendizaje o mínimas habilidades, poseen mayores posibilidades de mostrar estrés o dificultades junto con un considerable nivel de impulsividad, lo que propicia una actuación antisocial; como es sabido el aumento de casos de bullying en las aulas, así como de conductas racistas, sexistas y violentas, relacionadas con unas insuficientes habilidades sociales (Garaigordobil y Peña, 2014). Igualmente Blázquez, García-Baamonde y Moreno (2012) atestiguan que el talento para amoldar las emociones negativas previene actos violentos como la violencia de género.

Dado que la inteligencia emocional es un apreciado factor de protección, Chan y Nock (2009) expresan una vinculación con respecto a las conductas suicidas, a pesar de no localizarse más estudios que avalen de manera indiscutible dicha relación. Sin embargo la ansiedad, depresión o el consumo de sustancias nocivas pueden actuar como factores de riesgo frente dichas conductas.

Del mismo modo, la ansiedad patológica se presenta como uno de los problemas psicológicos de mayor prevalencia (Guillén y Buela, 2011; Marqueta, Jiménez-Muro, Beamonte, Gargallo y Nerín, 2010). Esta emoción es considerada una respuesta normalizada de adaptación ante cualquier situación estresante o de preocupación y de vital importancia para el reajuste y bienestar psíquico del individuo. En el momento que dicha respuesta se ve desmesurada y excesiva, comienza la patología.

Por otro lado es interesante mencionar la relación existente entre la capacidad de resiliencia anteriormente mencionada y la inteligencia emocional, pudiendo ser moduladas y dotadas de recursos eficaces con el propósito de mejorar y desarrollar la capacidad de adaptación frente a las situaciones adversas (Fernández-Berrocal, Berrios-Martos, Extremera y Augusto, 2012). Al igual que ambas capacidades manifiestan la importancia y relación con

la autoestima, la empatía, la regulación de las emociones e impulsos, las habilidades sociales y la exteriorización de las emociones (Garaigordobil y Peña, 2014).

Resumiendo, la Inteligencia Emocional además de garantizar la satisfacción personal y tener una función básica en la felicidad del individuo (Boix, 2007) actúa como factor protector frente conductas de riesgo tales como la violencia, el consumo de drogas, la depresión o el estrés, por lo que Fernández-Martínez y Montero-García (2016) plantean la idea de trabajar este aspecto desde edades tempranas.

II.3.4. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Como se ha señalado en epígrafes anteriores, aspectos como la motivación del alumnado, la resiliencia y la inteligencia emocional han sido aspectos que han sido objeto de estudio durante las últimas décadas y que a día de hoy continúan en auge. Así pues, con la finalidad de profundizar en estos temas, se llevaron a cabo una serie de revisiones bibliográficas sobre dichos parámetros en la plataforma Web of Science que engloba múltiples bases de datos tales como MEDLINE, Journal Citation Report y SCIELO, entre otras. En primer lugar se introdujo el parámetro “motivación” y “motivation”, pudiéndose observar un aumento progresivo de publicaciones, como se muestra a continuación:

Tabla II.10. Consulta de los términos Motivación y Motivation en la Web of Science

Rango Búsqueda	Motivación	Motivation	Total
Hasta 2000	34 Artículos	57.280 Artículos	57.314 Artículos
2001-2005	95 Artículos	27.147 Artículos	27.242 Artículos
2006-2010	454 Artículos	49.969 Artículos	50.423 Artículos
Desde 2011	1.356 Artículos	129.535 Artículos	130.891 Artículos
Total	1.939 Artículos	263931 Artículos	265.870 Artículos

Caben destacar en este sentido, el meta-análisis acerca de la motivación en universitarios llevado a cabo por Pereira, Nogueira y Cabette (2017), los estudios sobre la motivación en estudiantes de enfermería de Pernambuco (De Oliveira-Bernardino, De Lavor, Da Silva, Pereira, Tenorio y Soarez, 2018), así como el trabajo de Jiménez (2017) acerca de la motivación de universitarios ante una nueva estrategia de evaluación en Costa Rica. Además de ello, Porto y Goncalves (2017), escriben sobre los patrones de motivación y participación académica de universitarios.

Por último, Windle y Windle (2018) estudian los factores de la adolescencia que predicen el consumo de alcohol en adultos.

En referencia al parámetro “Resiliencia” en castellano y “resilience” en inglés, al introducirlos en la plataforma Web of Science, se puede observar que es un término que ha ido aumentando el número de publicaciones a lo largo de los años, de forma que hasta el año 2000 no aparecía ningún artículo en nuestro idioma mientras que en lengua inglesa se mostraban 8.845 artículos. En la siguiente tabla se desglosan el número total de publicaciones encontradas:

Tabla II.11. Consulta de los términos Resiliencia y Resilience en la Web of Science

Rango Búsqueda	Resiliencia	Resilience	Total
Hasta 2000	0 Artículos	8.845 Artículos	8.845 Artículos
2001-2005	56 Artículos	6.112 Artículos	6.168 Artículos
2006-2010	167 Artículos	13.869 Artículos	14.036 Artículos
Desde 2011	704 Artículos	58.491 Artículos	59.195 Artículos
Total	927 Artículos	87.317 Artículos	88.244 Artículos

En cuanto al estudio de la resiliencia, podemos destacar el trabajo de Benítez-Corona y Barrón-Tirado (2018) con estudiantes mexicanos, empleándose la técnica de un taller de intervención. Así mismo, es de interés para nuestro trabajo los datos que aportan Borges, García del Castillo, Marzo y García del Castillo-López (2017), acerca de la relación entre resiliencia y consumo de drogas en adultos portugueses. Asimismo, Gómez y Rivas (2017) estudian la resiliencia en sistemas educativos en desarrollo y cómo fomentarla en el ámbito escolar.

Por otro lado, Wong, Puttler, Nigg y Zucker (2018) pretenden con sus trabajos comprender la relación entre el sueño, la resiliencia y el consumo de tóxicos. También es destacable el estudio generacional de inmigrantes latinos y su relación con la susceptibilidad de consumir alcohol y tabaco, y sus fuentes de estrés y resiliencia que desarrollan Perreira et al. (2018).

En cuanto al parámetro “Inteligencia Emocional” es el que obtiene menor número de publicaciones en castellano con un total de 248 artículos, al introducirlo en las bases de datos que engloba la plataforma Web of Science, mientras que en inglés, “emotional intelligence” se observan gran cantidad de artículos, tal y como se desglosa a continuación en la siguiente tabla:

Tabla II.12. Consulta de los términos Inteligencia emocional y Emotional intelligence en la Web of Science

Rango Búsqueda	Inteligencia emocional	Emotionalintelligence	Total
Hasta 2000	1 Artículos	1.116 Artículos	1.117 Artículos
2001-2005	21 Artículos	1.092 Artículos	1.113 Artículos
2006-2010	51 Artículos	2.604 Artículos	2.655 Artículos
Desde 2011	175 Artículos	8.897 Artículos	9.072 Artículos
Total	248 Artículos	13.709 Artículos	13.957 Artículos

En esta línea, cabe resaltar la revisión sistemática acerca del constructo de inteligencia emocional y sus subdimensiones llevada a cabo por Baudry, Gryberg, Dassonneville, Lelorain y Christophe (2018), para ahondar en la temática de nuestra investigación. De igual forma, resultan interesantes las aportaciones de Pulido-Acosta y Herrera-Clavero (2018) en relación a la felicidad y la inteligencia emocional de estudiantes de secundaria; así como los trabajos de Sharon y Grinberg (2018) sobre la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería. Igualmente, Foster, Fethney, Kozloswi, Fois, Reza y NcCcloughen (2018) relacionan la inteligencia emocional y el estrés de alumnos de Ciencias de la Salud en Australia. Del mismo modo, Stiglic et al. (2018) exponen los niveles de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería eslovenos con experiencia en cuidados y sin ella.

Por otro lado, se pueden mencionar a autores como Cuesta-Zamora, González-Martí y García-López (2018) que analizan las posibles relaciones entre inteligencia emocional, la insatisfacción corporal, los síntomas bulímicos y el impulso a la delgadez en adolescentes.

II.4 PROCESOS DE APRENDIZAJE EN EL SISTEMA EDUCATIVO

En el siguiente apartado se describen las características más relevantes del sistema educativo español junto con una breve narración de su evolución histórica y situación actual. Además de ello, se explican algunas de las teorías de enseñanza-aprendizaje existentes. Por último se muestra la relevancia e influencia de la educación en relación con la sociedad actual.

II.4.1. SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL

En el presente capítulo se realiza un recorrido histórico de la legislación existente hasta la actualidad en materia de educación. También se contemplan los principales paradigmas implicados en las teorías de enseñanza y aprendizaje, debido a que éstos marcaran la socialización, aprendizaje y maduración del individuo en un periodo evolutivo de vital importancia, como es la adolescencia.

II.4 1.1. Evolución Histórica

Haciendo un recorrido histórico sobre la normativa y legislatura existente relacionada con el Sistema Educativo Español, la Ley 14/1970, Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa (LGE) es considerada y destacada como la responsable inicial de conducir y regular la educación en España en la década de los 70, aplicándose hasta 1980. Tras su aprobación, la enseñanza de carácter obligatoria se dispuso hasta los 14 años, denominándose Educación General Básica (E.G.B.) el título obtenido tras la realización de 8 cursos y que daba paso y acceso a los estudios de Bachillerato Unificado Polivalente (BUP) o a la Formación Profesional (FP).

A continuación se pretendió aplicar la Ley Orgánica 5/1980, por la que se regula el Estatuto de Centros Escolares (LOECE) sin éxito, ya que circunstancias como pudieron ser el recurso al Tribunal Constitucional, el golpe Estado del 23-F, y el cambio en el Gobierno, evitaron que entrase en vigor.

Años más tarde, se aprobó la Ley Orgánica 8/1985 reguladora del Derecho a la Educación (LODE), responsable de incorporar el sistema de centros concertados.

Pero es la aplicación de la Ley Orgánica 11/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) la que da fin a la Ley General de Educación de 1970, otorgándole a las Comunidades Autónomas una mayor autonomía en temas y contenidos educativos. Con ella aparece la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), ampliando la escolaridad obligatoria hasta los 16 años.

Una de las leyes dignas de mención por su controversia acontecida y con mayor oposición por parte de maestros y sindicatos fue la denominada Pertierra que corresponde a la Ley Orgánica 9/1995 de Participación, Evaluación y Gobierno de los Centros Docentes (LOPEG) ya era considerada como vía hacia una privatización de la enseñanza pública.

Otra de las Leyes que nunca han llegado a aplicarse ha sido la Ley Orgánica 2002 de Calidad de la Educación (LOCE) que pretendía reformar y hacer mejoras en la educación del país. A pesar de ser promulgada en 2002, este hecho se produjo al fin de la legislatura y se paralizó con el siguiente Gobierno.

Posteriormente se presenta la Ley Orgánica 2/2006 de Educación (LOE) que incluye la asignatura de Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos, además de las competencias básicas en la definición de currículo, junto a objetivos, contenidos, métodos pedagógicos y criterios de evaluación. Así mismo, se extinguen los Programas de Garantía Social (PGS) de la LOGSE y los Programas de Iniciación Profesional (PIP) de la LOCE, siendo sustituidos por los Programas de Cualificación Profesional Inicial.

Actualmente y sin el agrado del profesorado y alumnado, la Ley Orgánica 8/2013 de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) propone reformar la LOE y la LOGSE, abriendo vías de acceso a todas las trayectorias formativas desde la Etapa de Secundaria y de forma que los itinerarios formativos no sean irreversibles.

II.4.1.2. Situación actual

El sistema educativo actual tiene como finalidad ser de calidad que preste unos servicios reconocidos y acreditados garantizando la integración y la igualdad de oportunidades. En este sentido, es necesario el correspondiente marco legislativo que lo desarrolle y aplique de manera que puedan dar respuesta a las demandas de aprendizaje del alumnado, haciendo efectiva la posibilidad de desarrollar el máximo de potenciales y capacidades, siendo responsable de ella la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la

Calidad Educativa (LOMCE), consecuencia de la última reforma educativa de fecha 23 de mayo de 2013, iniciándose su ejecución y procedimiento en el curso 2014-15.

Esta Ley ha derogado otras leyes y a su vez ha llevado a cabo algunas modificaciones de ciertos aspectos de la Ley Orgánica 2/2006 de Educación (LOE), sin llegar a derogarla, manteniendo procesos relacionados con:

- La Educación Infantil
- El régimen jurídico aplicable al profesorado y a los centros docentes
- La Inspección educativa
- Las medidas generales de atención al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo
- El sistema general de becas.

A continuación se puede apreciar en la figura un esquema acerca de la estructura de las modalidades de enseñanza al amparo de la LOMCE.

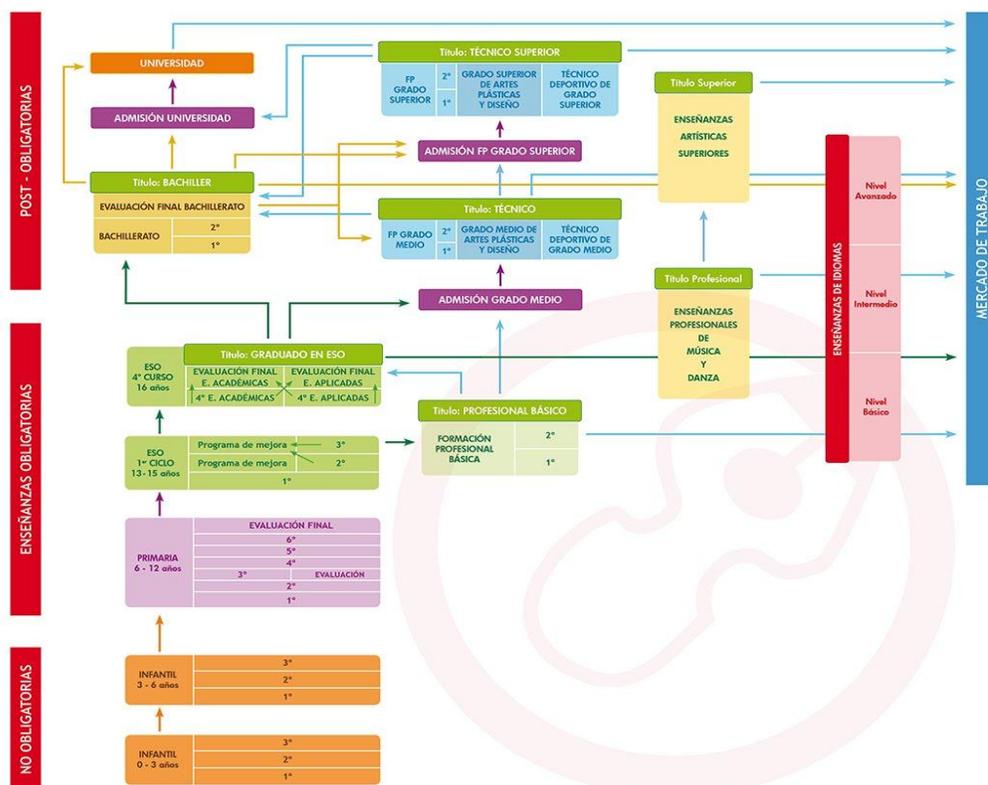


Figura II.11. Estructura del Sistema Educativo LOMCE (Extraído de <http://www.orientacion.info/e-orientacion-academica-y-profesional>, 2015)

Como puede observarse, los adolescentes se encuentran inmersos en las Etapas Educativas de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, para posteriormente poder incorporarse a estudios superiores y/o al mercado laboral (Martínez-Martínez, 2013).

La Educación Secundaria Obligatoria (ESO) se presenta en cuatro cursos académicos, donde las edades de los adolescentes transcurren desde los doce a los dieciséis años, y el Bachillerato consta de dos cursos que comprende el intervalo entre los 16 y los 18 años de edad.

Es por ello que el sistema educativo debe promover la adquisición de competencias, hábitos, valores y actitudes, orientados al ejercicio de sus derechos y deberes, al aprendizaje autorregulado o autónomo y el trabajo colaborativo y en equipo.

En líneas generales la LOMCE, en la Etapa Educativa de la Educación Secundaria Obligatoria, presenta las siguientes características:

- Está organizada por materias y se ordenan en tres bloques: troncales, específicas y de configuración autonómica.
- Consta de dos ciclos, el primero de tres cursos (1º, 2º y 3º) y el segundo ciclo de uno (4º). En 2º curso los programas de diversificación curricular se sustituyen por los programas de mejora del aprendizaje y del rendimiento.
- El curso 4º se organiza en dos opciones:
 - Opción de enseñanzas académicas para la iniciación al Bachillerato.
 - Opción de enseñanzas aplicadas para la iniciación a la Formación Profesional.
- Al finalizar el 4º curso, para la obtención del título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, se precisa de una evaluación final individualizada.
- En relación a la calificación final de la etapa, se ponderará con un 70% la calificación de las materias y con un 30% la calificación obtenida en la evaluación final individualizada.

Del mismo modo, las características más descriptivas del Bachillerato que pueden reseñar son:

- Para el acceso requiere del título de Graduado en ESO, al superar la evaluación final de Educación Secundaria Obligatoria por la opción de enseñanzas académicas.

- La organización del Bachillerato se basa tres modalidades: Ciencias, Humanidades y Ciencias Sociales (dividida en dos itinerarios), y Artes.
- Será necesario para la obtención del título de Bachiller la superación de todas las materias de la etapa, además de la evaluación final de Bachillerato.

La implantación de las modificaciones establecidas en la Ley, se ha ido desarrollando de manera progresiva en 3 fases a lo largo de las diferentes Etapas Educativas de Educación Primaria, Secundaria, Formación Profesional y Bachillerato; finalizando la tercera fase durante el pasado curso 2016/2017, tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla II.13. Calendario de implantación de la LOMCE

	CURSO 2014-15	CURSO 2015-16	CURSO 2016-17	CURSO 2017-18
EDUCACIÓN PRIMARIA	Implantación en 1º, 3º y 5º. Prueba de conocimiento en 3º (resultados orientativos)	Implantación de 2º, 4º y 6º. Prueba de conocimiento en 6º (resultados orientativos)		
EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA		Implantación en 1º y 3º	Implantación en 2º y 4º. Evaluación en 4º que no tendrá efectos académicos. Solo una convocatoria	Dos convocatorias. Requisito para obtener el título: aprobar la evaluación de 4º
BACHILLERATO		Implantación en 1º	Implantación en 2º. Evaluación final (dos convocatorias). Sólo se tendrá en cuenta para acceder a la Universidad	Es necesario aprobar la evaluación de 2º para obtener el título y para acceder a la Universidad
FOR.PROF. BÁSICA (sustituye a los PCPI)	Implantación en 1º	Implantación en 2º		
FORMACIÓN PROFESIONAL GRADO MEDIO		Implantación en 1º		

Mediante el Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, se establece y regula el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato junto con sus objetivos,

competencias, contenidos, estándares de aprendizaje evaluables, criterios de evaluación y metodología didáctica. Incluyendo los siguientes aspectos: Comunicación lingüística, competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología, competencia digital, aprender a aprender, competencias sociales y cívicas, sentido de iniciativa y espíritu emprendedor, conciencia y expresiones culturales.

Por otro lado, la Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, describe las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la Educación Primaria, la Educación Secundaria Obligatoria y el Bachillerato.

En relación a los estudios superiores y la forma de ingreso a la Universidad, la LOMCE (Ley Orgánica 8/2013 de Mejora de la Calidad Educativa), en su artículo 38 propone unas normas de admisión de las Universidades desde el bachillerato o equivalente, mediante la nota final de Bachillerato y fijando criterios, como los que se nombran a continuación:

- Modalidad y materias de bachillerato relacionadas con la titulación solicitada
- Notas de asignaturas concretas de bachillerato o nota final (al menos un 60% del cómputo total).
- Formación académica o profesional complementaria
- Estudios superiores cursados anteriormente
- Excepcionalmente, evaluación de conocimientos y competencias

La ley por la que actualmente se rige la enseñanza universitaria es la que viene a modificar la Ley Orgánica de 6/2001 de 21 de diciembre. De manera que las enseñanzas universitarias están compuestas por:

- Grado (180-240 ECTS)
- Máster (60-120 ECTS)
- Doctorado

II.4.2. TEORÍAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Está visto que los cambios acontecidos en la sociedad actual se encuentran relacionados con los avances científicos, la tecnología y la economía, y hacen preceptivo un impulso en los procesos de enseñanza-aprendizaje teniendo en cuenta la diversidad de contextos y la variabilidad de individuos que nos rodean en cuanto a características, necesidades y demandas de formación y educación (Perry, 2013). Entendiendo enseñanza como el

proceso por el cual, se facilitan los medios para organizar experiencias individualizadas con el fin de alcanzar un aprendizaje óptimo.

En este sentido, Serra, Muñoz, Cejudo y Gil (2017) exponen que la Universidad como ente educativo y proactiva, debe dar respuesta a dicha heterogeneidad e incluir en ella cuestiones relacionadas con el qué, cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué enseñar y aprender. Además, García, Canales, Ramírez, Portillo y Sáenz (2016) la consideran un elemento primordial en relación a los cambios sociales que se van produciendo, al dar respuestas a las cuestiones sociales que van surgiendo. Así mismo proponen la necesidad de mejorar la calidad de su servicio, siendo imprescindible una apuesta mayor por la investigación.

De esta manera, la educación es considerada un pilar básico en el progreso de la sociedad por suscitar y difundir competencias, conocimiento, pensamiento y favorecer la creación y desarrollo de teorías novedosas para la evolución de la sociedad del conocimiento (Aguado, López y Hernández, 2017).

De hecho, los docentes desarrollan múltiples teorías implícitas desde diferentes perspectivas y modelos de enseñanza que aluden a representaciones, permitiendo de este modo la explicación de los marcos de referencia, los cuales se utilizarán en su práctica pedagógica.

De manera que cada una de las teorías existentes dispone un marco referencial, denominado paradigma en donde se especifica la forma de aprendizaje. Así pues, cada paradigma aporta nuevas formas de aprender y enseñar, haciendo posible un aumento de las posibilidades cognitivas y propiciando nuevos intereses por el aprendizaje, tales como:

- Asociación
- Proceso cognitivo

Incluido en el proceso cognitivo podemos encontrar:

- Cognitivismo
- Constructivismo

De manera simple y breve, se podría encuadrar el aprendizaje por asociación, que es aquel que se realiza de forma arbitraria, por repetición o modístico; mientras que el aprendizaje cognitivo, sería aquel que se produce a través de los procesos internos del sujeto, como la memoria; y el aprendizaje constructivista se centra en la construcción por parte del sujeto,

del propio conocimiento según sus intereses y necesidades (Hernández y Díaz, 2013; Sandí y Cruz, 2016).

De tal forma que en el transcurso de las últimas décadas, el paradigma conductista empleado en la mayoría de las aulas ha ido desestimándose y sustituyéndose por el paradigma cognitivo que contempla la enseñanza como el desarrollo de habilidades de aprendizaje y no transmitir únicamente contenidos o conocimientos, es decir, se preocupa más bien por un aprendizaje significativo y por una optimización en los procesos metacognitivos, cognitivos y autorreguladores.

Por ello se hacen indispensables procesos de innovación educativa, los cuales requieren una base reflexiva y crítica sobre qué y cómo cambiar (García et al., 2016).

Así pues, desde diferentes ámbitos se promueve y se presenta un nuevo paradigma centrado en el alumno, se presenta el aprendizaje autorregulado como una técnica novedosa que necesita de la capacidad de transferencia del alumno y que resulta ser precursor de un mejor rendimiento académico junto con la autonomía y motivación necesaria para gestionar y construir su conocimiento (Torrano, Fuentes y Soria, 2017).

De manera que la voluntad y destreza del alumnado juegan un papel primordial en su aprendizaje, concurriéndose muchas de las características de estos alumnos con aquellos de alto rendimiento (Stoeger, Fleischmann y Obergriesser 2015), tales como son, el poder controlar, programar y dirigir sus procesos mentales y sus estrategias cognitivas para la organización e interiorización de nuevos aprendizajes con la ayuda de su experiencia y vivencias previas; sin embargo cualquier alumno, podría mejorar su rendimiento académico con un entrenamiento adecuado de las capacidades y dimensiones relacionadas (Torrano y Soria, 2016).

En cuanto a los roles que desempeñan alumno y docente en estos procesos de enseñanza-aprendizaje se pueden explicar de la siguiente forma:

- El alumno es un individuo que de forma activa construye su propio proceso de aprendizaje
- El docente asume un papel de mediador y regulador que ayuda a aprender a aprender y a aprender a pensar.

Para llegar a ello se requieren una serie de fases previas que doten a los jóvenes estudiantes de las habilidades cognitivas y conductuales pertinentes que consigan aumentar el

conocimiento condicional encargado de reconocer y escoger la estrategia idónea para cada tarea concreta, además de motivar su uso para la consecución de los objetivos a alcanzar (Panadero y Alonso-Tapia, 2014).

Cualquiera diría que dicho paradigma, disminuye la carga de trabajo del docente, lo que no es cierto, ya que el profesor tiene la responsabilidad de diseñar los aspectos didácticos correspondientes para que el trabajo autónomo del alumno sea lo más eficiente y eficaz posible (Cela-Ranilla et al., 2017).

Por otro lado, como ya se ha mencionado con anterioridad y desde el punto de vista pedagógico, las TIC se contemplan dentro de un nuevo paradigma, donde se pueden incluir como metodología de aprendizaje, las redes de aprendizaje y el aprendizaje en red, entre otras. Así pues el aprendizaje en red se puede definir como un constructo de conocimiento realizado gracias a la interacción de sus participantes, los cuales pueden realizar varias acciones, de las cuales, Solórzano y García (2016) proponen las siguientes:

- Permutar conocimiento, recursos y experiencias
- Formar grupos de trabajo por temas de interés
- Trabajo cooperativo
- Interactuar con otros participantes
- Autoevaluarse y evaluar al resto de compañeros
- Crear y compartir perfiles de competencias

II.4.3. SOCIEDAD Y EDUCACIÓN

Durante el siglo pasado, los economistas se percataron del auge en la productividad y el crecimiento de diversos ámbitos, derivados especialmente de la investigación y de los avances en la tecnología, apareciendo así el término economía del conocimiento. De tal manera, que poco más tarde se entendió que además de las empresas, otros agentes sociales también podían beneficiarse de dichas tecnologías, surgiendo el concepto de sociedades del conocimiento, donde cada una de ellas está caracterizada por sus peculiaridades en su economía, política y cultura, las cuales son las encargadas del manejo de conocimientos y muchas de ellas han impulsado el desarrollo de las TICs (Castro-Martínez, Olmos-Peñuela y Fernández-De Lucio, 2016).

Recordando las ideas anteriormente referidas, de Aguado et al. (2017) se constata que educación es un pilar básico y subsistema destacable inmerso en la sociedad moderna del conocimiento, información y comunicación, que favorece su evolución continua y que proporciona las herramientas necesarias para desenvolverse de manera eficaz en la misma (García, Canales, Ramirez, Portiilo y Sáenz, 2016).

En primer lugar, hay que destacar el papel que ha ejercido la familia en la educación y en la sociedad que a lo largo del tiempo se ha ido transformando, tanto en su estructura como en su finalidad. Sobre todo porque el tipo de familias en la actualidad es bastante diverso, donde el rol del hombre y la mujer se han visto modificados a consecuencia de la evolución y los avances que se han ido produciendo en la sociedad. De tal forma que la familia tradicional compuesta por una pareja heterosexual con hijos, han dado paso a la diversidad de modelos familiares presentes al día de hoy (Zarza, Brunett, Villafaña y Arellano, 2015). Así mismo se ha pasado de una gran cantidad de familias numerosas a reducirse el número de hijos y componentes de la unidad familiar (Fernández y Vázquez, 2017). Al mismo tiempo que se ha pasado del autoritarismo característico de la figura paterna, una relación familiar donde los límites no se encuentran totalmente definidos. Por tanto, se puede afirmar que la sociedad actual se encuentra inmersa en un cambio social, familiar y personal. Sin embargo hay que tener en cuenta que después de la familia, la institución escolar no ha sido siempre la responsable de la educación y el aprendizaje de conocimientos, de hecho en el S.XV en Europa, era la iglesia la que se encargaba de ello. Es sabida la influencia de la religión sobre la vida política y social de los individuos a lo largo de la historia. Al igual que se conoce que ha tenido que ver en gran parte de los conflictos bélicos a nivel mundial, millones de creyentes no entenderían la vida sin la religión.

Además hay que tener en cuenta que la religión también se presenta como un apoyo moral al sistema social, en cuanto a determinadas normas y valores se refieren. A pesar de dar la sensación de haber quedado aletargada, parecen resurgir actos violentos y fanáticos en nombre de la religión, dejando ver su lado más oscuro (Santos-Rego, 2017). De tal forma que cada sociedad se ha preocupado de alguna u manera de transmitir su cultura y conocimientos, haciendo uso en un principio de la comunicación oral, seguido de la lectura y escritura (Torres-González, 2017).

Actualmente nuestra sociedad se encuentra en plena revolución digital. Las nuevas tecnologías se encuentran presentes en todos los ámbitos y circunstancias. En la inmensa mayoría de los hogares de la sociedad moderna se pueden encontrar cualquiera de los instrumentos tecnológicos de información o comunicación existentes, tales como el ordenador, Smartphone o la Tablet (Del Barrio-Fernández y Ruiz-Fernández, 2017) y se estima que alrededor del 75% de los hogares disponen de conexión a internet (Ruiz-Palmero, Sánchez-Rodríguez y Trujillo-Torres, 2016).

De manera que internet ha sido la causa principal del desarrollo de las telecomunicaciones, así pues el Estado, la Economía y por consiguiente la sociedad se ha adueñado de su uso. De tal forma que cada ordenador posee una dirección IP, que puede ser rastreada (Tovar y Lee, 2014), al igual que los iPhone que también pueden ser localizados.

Todos estos hechos están cambiando nuestra sociedad junto con las formas de relación y comunicación casi de forma instantánea y con cualquier parte del mundo, de aprender de un modo diferente y de transmitir dinámicamente en este nuevo mundo que nos descubre la ciencia y la tecnología (McCauley, 2017; Tovar y Lee, 2014). Construyéndose de tal manera una sociedad no solo conectada sino también del conocimiento.

Sin embargo esta sociedad no llega de igual forma a todos los rincones del mundo y puede presentarse de forma desigual y excluyente para algunos, y más heterogénea para otros. La globalización, responsable del aumento de las riquezas en líneas generales, no ha llegado por igual sino que se ha concentrado en pequeños sectores donde la diferencia salarial se hace notar y no existe la misma disponibilidad de recursos materiales y económicos. Estas circunstancias que afectan directamente a la tecnología y la ciencia, inciden en la imposibilidad de alcanzar un mínimo nivel de competitividad de países más pobres frente a países desarrollados con multitud de avances y conocimiento (Amar, 2001).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que al mismo tiempo que aumentan los procesos migratorios, aumenta la diversidad cultural de la población, de manera que la sociedad actual está caracterizada por su interculturalidad. Así que es frecuente encontrar diferentes culturas que convivan en un mismo sitio. Hecho que exige nuevos enfoques educativos y en salud que integren las semejanzas y disparidades culturales de los grupos socioculturales que cohabitan, identificando sus capacidades y limitaciones, tal y como indican Soriano y Cala (2017).

En este sentido, la educación intercultural se hace visible, necesaria y en auge durante los últimos años, como medio de prevención de la exclusión social a la que puedan ser sometidos aquellos inmigrantes o grupos de otras razas o religiones, los cuales pueden acabar formando guetos o comunidades de personas de una misma etnia o afinidad sin llegar a integrarse plenamente en la sociedad (García y Arroyo, 2014).

Por otro lado, no debemos obviar el sistema humano-social que representa la universidad, considerándose como la conciencia de la sociedad donde se construye la verdad y formada por una serie de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, concretándose en los siguientes:

- La ciencia
- Las humanidades
- El servicio social
- La reflexión

De tal manera que la Universidad sigue ocupando un papel primordial en la socialización, aprendizaje y maduración del individuo en un periodo evolutivo de vital importancia en su desarrollo, ya que los adolescentes serán el futuro de la sociedad del conocimiento de la que tanto se habla. Por tanto, el uso de las mencionadas TIC en la transmisión y construcción de conocimiento en la Universidad, son consideradas de carácter preceptivo y que forman parte del constructo social a la que están sometidos nuestros jóvenes. Así pues, uno de los instrumentos metodológicos a destacar y que fomentan el carácter social del aprendizaje, es el referido aprendizaje en red, basado en el diálogo, las relaciones sociales y el intercambio de experiencias para la creación de nuevos conocimientos (Solórzano y García, 2016).

Partiendo de esa base, y teniendo en cuenta la nueva forma de relación y socialización, las redes sociales desempeñan una importante labor en este proceso. De forma que los jóvenes pueden crear perfiles y compartirlos, pueden mantener diferentes tipos de relaciones de apoyo social y ampliar sus lazos de amistad, siendo las más utilizadas por éstos, el Facebook y Tuenti (Jurado y Sánchez, 2016).

Además de éstas existen multitud de redes donde los usuarios se unen por intereses comunes, de las más conocidas se pueden citar:

- LinkedIn, si se trata de compartir perfil profesional
- Youtube o Fotolog para ver fotos o escuchar música y ver vídeos

- Twitter para mensajes de texto



Figura II.12. Imagen de TICs. www.pinterest.es/pin/341710690453361016

OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

III.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es conocida la relevancia y necesidad de la investigación en cualquier área de conocimiento para la mejora de las disciplinas. Teniendo en cuenta que la ciencia dispone de múltiples procedimientos, técnicas y saberes que se disponen para resolver los problemas que la motivan.

Por tanto, se puede considerar que la investigación en el contexto pedagógico y educativo, es una de las más relevantes en el desarrollo humano (Vilches, 2015).

Es por ello que la Universidad es una institución educativa reconocida, que se considera marco de referencia en el periodo de transición del joven adolescente al joven adulto. Un periodo de vital importancia en la consolidación de hábitos psico-saludables del joven.

Así pues, el hecho de designar como objeto de estudio el perfil psicosocial de los jóvenes universitarios, característico nuestro tema de investigación, pretende encontrar respuestas respecto a la relación existente entre los diferentes parámetros relacionados: sociodemográficos, de calidad de vida, educativos y psicosociales.

III. 2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

En este trabajo de investigación se exponen tres objetivos generales y los específicos que se desprenden de cada uno de ellos como se detallan a continuación:

Objetivo General I

- Describir las variables sociodemográficas, psicosociales, de calidad de vida y educativas de jóvenes universitarios (España).

Objetivos Específicos I

- Dictaminar los aspectos sociodemográficos y generales del universitario según su lugar de residencia habitual, campus universitario, edad, género y tendencia religiosa.
- Conocer los niveles de resiliencia e inteligencia emocional de los jóvenes universitarios.
- Detallar el consumo de tabaco y alcohol, además de la adhesión a la dieta mediterránea.
- Exponer los datos académico de los estudiantes según los niveles educativos anteriores al ingreso a la Universidad y la nota media del curso anterior, junto con el ámbito de conocimiento y si es receptor de beca universitaria.

Objetivo General II

- Establecer las relaciones existentes entre sí de las variables sociodemográficas, psicosociales, de calidad de vida y educativas de jóvenes universitarios.

Objetivos Específicos II

- Exponer las relaciones que existen entre el género, lugar de residencia, tendencia religiosa, campus y edad, según los parámetros psicosociales, de calidad de vida y académicas.
- Establecer las relaciones entre la inteligencia emocional y la resiliencia, según las de calidad de vida y académicas
- Mostrar las relaciones existentes entre las variables relacionadas con la calidad de vida como son el consumo de tabaco y alcohol y adhesión a la dieta mediterránea, según las variables educativas.

Objetivo General III

- Realizar un análisis de la resiliencia, dieta y hábitos saludables en función de variables descriptivas mediante el empleo de ecuaciones estructurales.

Objetivos Específico III

- Especificar y contrastar un modelo explicativo de la resiliencia, dieta y hábitos saludables.

III. 3. SUPUESTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.

Según los objetivos planteados anteriormente se contemplan los supuestos teóricos que sustentan este trabajo de investigación, especificando el siguiente modelo hipotético, basándose en la estimación de un modelo de ecuaciones estructurales multigrupo o multimuestra con la intención de contrastar la existencia de diferencias significativas en las relaciones entre la resiliencia, hábitos saludables y autoconcepto.

La resiliencia y el autoconcepto actúan como variables exógenas y cada una de ellas es inferida por cinco indicadores. Para la resiliencia los indicadores son LCC (Locus de control y compromiso), DCOA (Desafío de la Conducta Orientada a la Acción), ARM (Autoeficacia y resistencia al malestar), OASE (Optimismo y adaptación a situaciones estresantes) y ES (Espiritualidad). Para el autoconcepto los indicadores son AA (Autoconcepto académico), AS (Autoconcepto social), AE (Autoconcepto emocional), AF (Autoconcepto familiar) y AFI (Autoconcepto físico). Finalmente, el consumo de alcohol (Alcohol), el consumo de tabaco (Tabaco), la calidad de la dieta (Dieta) y la edad actúan como variables endógenas, recibiendo el efecto de la resiliencia y el autoconcepto.

Se emplean flechas bidireccionales (covarianzas) para relacionar las variables exógenas, mientras que las flechas unidireccionales muestran los efectos entre las variables utilizadas (directos e indirectos). Asimismo, la estimación de los parámetros fue realizada a través del método de máxima verosimilitud (ML) por ser coherente, no sesgado e invariante al tipo de escala.

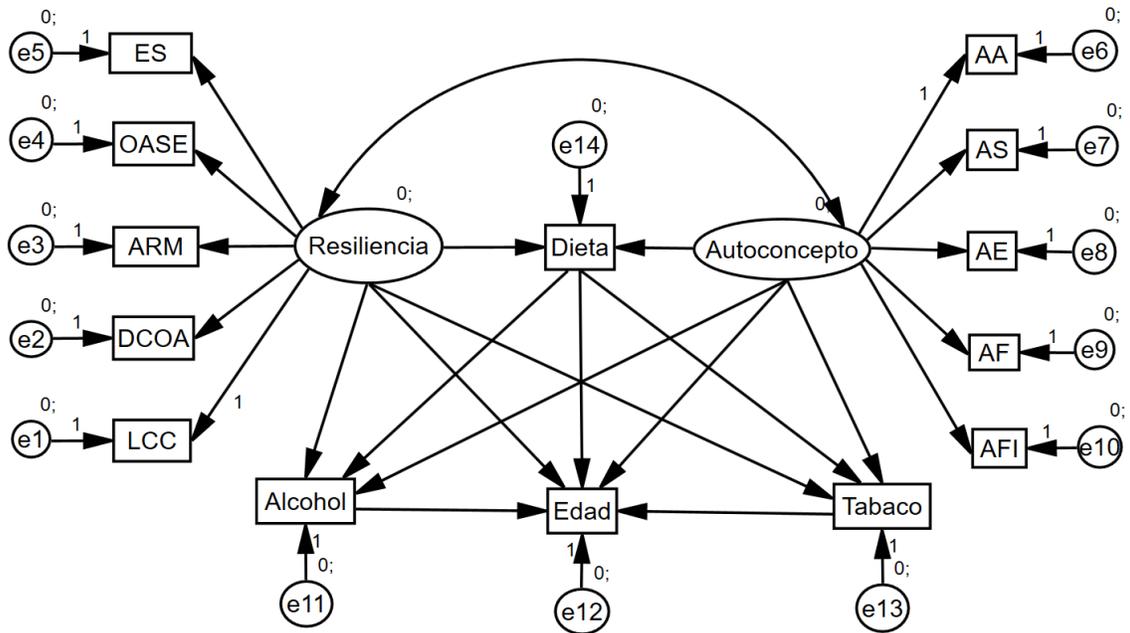


Figura III.1. Modelo hipotético de resiliencia, autoconcepto y hábitos saludables.

Nota 1: LCC (Locus de control y compromiso), DCOA (Desafío de la Conducta Orientada a la Acción), ARM (Autoeficacia y resistencia al malestar), OASE (Optimismo y adaptación a situaciones estresantes) y ES (Espiritualidad). Para el autoconcepto los indicadores son AA (Autoconcepto académico), AS (Autoconcepto social), AE (Autoconcepto emocional), AF (Autoconcepto familiar) y AFI (Autoconcepto físico).

MATERIAL

Y

MÉTODOS



IV

IV. MATERIAL Y METODOS

En el transcurso de este trabajo de investigación, se realiza una previa revisión en cuanto al enfoque y opción metodológica, a continuación se expone el diseño y planificación de la investigación, para continuar con la descripción de la muestra y de los instrumentos que han sido necesarios en este estudio. Finalmente se detalla el procedimiento seguido para la toma de datos y las herramientas estadísticas empleadas.

IV.1. INTRODUCCIÓN

Se expone la metodología aplicada en este trabajo de investigación, sustentada en las funciones de las categorías científicas, métodos y técnicas empleadas para resolver el problema que se plantea; de manera que los resultados se encuentran en concordancia con la aplicación de métodos, técnicas, enfoques y procedimientos de la metodología de investigación que se darán a conocer a continuación.

Este capítulo supone un marco de referencia metodológico, escogiendo los procedimientos a seguir para dar respuesta al problema de investigación planteado. Lo que conlleva a tomar los datos pertinentes, ordenarlos, registrarlos y analizarlos para poder llegar a las evidencias de la investigación con rigor y validez científica.

La estructura del método empleado se basó en las decisiones de la investigadora con la finalidad de relacionarla con el contexto de aplicación, una vez se ha delimitado la situación problemática, establecido el problema y los objetivos de la investigación.

Por tanto, este capítulo contiene:

- La justificación del enfoque metodológico y sus características en cuanto a la ubicación del trabajo dentro del panorama metodológico general, la justificación y la opción metodológica elegida.
- La descripción del diseño y planificación de la investigación, la muestra, la descripción y justificación de las técnicas e instrumentos para la toma de datos,

así como el procedimiento seguido en la elaboración y validación de los mismos, la forma de recolectar, analizar e interpretarlos.

Se consigue que la metodología de este trabajo sea rigurosa y científica, no solo por ampliarse conocimientos relacionados con el perfil psicosocial del joven universitario, objeto prioritario de la investigación, sino que supone una información primordial a la hora de llevar a la práctica programas de intervención de hábitos psico-saludables.

IV.2. ENFOQUE METODOLÓGICO

Antes de comenzar a desarrollar este epígrafe, se hace necesario discernir la terminología relacionada, en cuanto a metodología, método y técnica, debido a su ambigüedad, diferentes significados, usos y fines que se le dan.

Así pues, se determinará la perspectiva metodología apropiada y de acuerdo al planteamiento de nuestro problema. En este sentido Vilches-Aznar (2015) considera lo siguiente:

- **Metodología**, refiriéndose a la manera de realizar la investigación, en especial a los supuestos y principios que la rigen.
- **Método**, conjunto de pasos sucesivos o procedimientos para conseguir un fin determinado.
- Los métodos tienen un carácter más global, abarcando varias técnicas, éstas son de carácter más práctico y operativo. Se necesitan, pues, procedimientos que hagan efectivos los métodos y esto lo hacen las **Técnicas**.

El conocimiento de las diversas metodologías ha sido de gran utilidad para la investigadora ya que ha permitido seleccionar la más adecuada para abordar el problema de estudio. Al igual que expone Romero (2007) y Vilches-Aznar (2015), una vez planteado e identificado el problema, hay que encontrar la forma y de resolverlo mediante la investigación, es decir, es una *“búsqueda científica y sistemática de conocimiento que resulte eficaz para el estudio objeto de investigación”* (McMillany Shumacher, 2005). Por tanto, la metodología ocupa un papel relevante en toda investigación, de forma que una metodología adecuada es

aquella que encuentra las respuestas al problema planteado con el mayor rigor y credibilidad posibles.

En este sentido, Rodríguez, Gallardo, Olmos y Ruiz (2005) manifiestan la existencia de diversas tipologías metodológicas causadas por los diversos cambios y avances que continuamente tienen lugar, especialmente en educación. Del mismo modo, Albert (2006) promulga la existencia del pluralismo metodológico como elemento primordial en una investigación ya que ninguna metodología por sí sola da respuesta a todas las preguntas que pueden hacerse en el contexto educativo.

Nuestro trabajo pretende ser una investigación educativa enfocada a la práctica. Por lo que es necesario adquirir conocimientos de forma rigurosa y sistemática de una materia, que serán de utilidad a la hora de tomar decisiones y propuestas de cambio, para poder llevarlos a la práctica (Bogginoy-Rosekrans, 2007; Cohen y Marion, 2002).

Así pues, algunas de las características de la investigación educativa descritas por McMillan y Shumacher (2005) son:

- **Objetividad:** Aludida a la recogida de datos y a los procedimientos de análisis, con la que obtener una interpretación razonable y de calidad, ya que controlan sus sesgos o tienen en cuenta su subjetividad.
- **Precisión:** Se refiere al uso de un lenguaje técnico y preciso, de manera que su descripción hace posible su réplica y sus resultados pueden usarse de manera correcta.
- **Verificación:** Todo estudio requiere la verificación de sus resultados, existiendo diversas formas de verificación dependiendo de si la investigación es cuantitativa o cualitativa
- **Explicación detallada:** La investigación intenta explicar las relaciones complejas que puedan existir entre los fenómenos de estudio y reducir la respuesta en afirmaciones sencillas.
- **Empirismo:** Se refiere a la experiencia que se obtiene por métodos de investigación sistemáticos en vez de por opiniones o juicios de expertos. De

manera que sus elementos críticos son la evidencia (datos) y las interpretaciones lógicas de los mismos.

- **Razonamiento lógico:** Se percibe como un proceso mental, que utiliza una serie de normas lógicas establecidas. Es decir, mediante el razonamiento lógico se llega de un enunciado general a una conclusión específica (deducción) o de un enunciado concreto a una conclusión generalizable (inducción).
- **Conclusiones provisionales:** Se considera fundamental en investigación, el hecho de arrojar conclusiones provisionales.

Por tanto, nuestra metodología sigue las directrices de Buendía, González y Pozo (2004), en cuanto a la visión que se tiene de un buen investigador, como aquella persona que maneja datos de una manera cuidadosa y razonable, empleando los métodos más adecuados para recogerlos y analizarlos. De forma que pueda ser fácilmente entendida y con aportaciones que posteriormente puedan ser utilizadas por otros investigadores.

IV.3. OPCIÓN METODOLÓGICA

Este estudio posee un enfoque de carácter cuantitativo que utiliza la recolección de datos y análisis, para responder a las preguntas de investigación, basándose en la medición numérica y en el uso de la estadística, lo que posibilita poseer un control sobre las variables y con ello, determinar con la mayor precisión posible patrones de comportamiento en una población y probar la teoría propuesta. Se basa en datos objetivos y medibles (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2006).

Así pues, la encuesta-cuestionario ha sido el material empleado para la recogida de datos básica. Se ha elegido este método, no solo por ser el método descriptivo más empleado comúnmente en la investigación educativa, sino porque sus respuestas cerradas nos permitieron procesar la información de otra manera, dando opción para cuantificar los datos (Arribas, 2004). Algunas de sus características, expuestas por Cea (2001), son las siguientes:

- La información se adquiere mediante observación indirecta, por lo que cabe la posibilidad de que la información obtenida no refleje la realidad del tema a investigar. De ahí la necesidad de comprobar la veracidad de los datos recabados.
- La información abarca un amplio abanico de cuestiones. Puede incluir aspectos objetivos (hechos) y subjetivos (opiniones, actitudes), del presente o del pasado.
- La información se recoge de forma estructurada. Se formulan las mismas preguntas, y en el mismo orden, a cada uno de los individuos encuestados.
- Las respuestas se agrupan y cuantifican para, posteriormente, examinar (mediante técnicas estadísticas) las relaciones entre ellas.
- La significatividad de la información proporcionada dependerá de la existencia de errores de muestreo (relativos al diseño muestral efectuado), y de errores ajenos al muestreo (del diseño del cuestionario, el trabajo de campo y al tratamiento de datos-codificación, grabación, análisis e interpretación).

Para llevar a cabo la encuesta planificada se han tomado en cuenta los pasos recomendados: identificar la población de muestra, determinar el tamaño de la muestra, preparar el material para realizar la encuesta (cuestionario), organizar el trabajo de campo, realizar un pase piloto, realizar el análisis estadístico de los datos, informar y discutir de los resultados (Casas, García y González, 2006; Corbetta, 2007; Lobos, 2012).

En definitiva, se aprovecha la posibilidad de realizar una encuesta de grupo, en el margen educativo, valiéndonos de lo recomendado en este campo como es la técnica de recogida de datos como señalan diversos autores tales como, Arribas (2004); Cajide, Porto y Martínez (2004) o Albert (2006). De esta forma, la información recogida permitió realizar la estadística, para cualificar e interpretar la información, además de facilitar la reflexión crítica de los mismos.

IV.4. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación que se plantea es de tipo descriptivo, explicativo y comparativo, ya que su propósito es describir las variables y analizar su incidencia o interrelación en un momento determinado como señalan Hernández-Sampieri et al. (2006); así se determinan los parámetros de estudio:

- Sociodemográficos (género, lugar de residencia, tendencia religiosa y campus universitario).
- Psicosociales (resiliencia e inteligencia emocional).
- Calidad de vida (consumo de tabaco y alcohol, y adhesión a la dieta mediterránea) Educativos (estudios anteriores, beca, nota, ámbito de conocimiento).

Del mismo modo hay que indicar que es un estudio de tipo transversal, puesto que se recogen valores y datos en un solo momento. La información se recabó en el curso académico 2016/2017. Considerando y teniendo en cuenta todo lo citado con anterioridad, se muestra en la siguiente tabla (Tabla IV. 1) la planificación y fases de la investigación.

Tabla IV.1. Fases de elaboración del trabajo de investigación

FASES Y TEMPORALIZACION DE LA INVESTIGACION	
PRIMERA FASE.- CONCEPTUALIZACION Y CONTEXTUALIZACION DE LA INVESTIGACION	
Octubre del 2015 a Agosto 2016	PASO 1.- Definición del problema de la investigación.
	PASO 2.- Presentación del tema para su aprobación.
	PASO 3.- Elaboración de las propuestas para el trabajo metodológico de la tesis.
	PASO 4.- Concertación de las acciones de la investigación.
	PASO 5.- Revisión bibliográfica.
SEGUNDA FASE.- TRABAJO DE CAMPO	
Septiembre de 2016 a Julio de 2017	PASO 6.- Recopilación de documentos para su análisis.
	PASO 7.- Selección de las técnicas para la recogida de información.
	PASO 8.- Selección de la muestra y aplicación de las técnicas para la recogida de la información.
TERCERA FASE.- RECOPIACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	
Agosto de 2017 a Enero de 2018	PASO 9.- Análisis y procesamiento de la información.
	PASO 10.- Ordenamiento de la información para la elaboración del informe.
	PASO 11.- Elaboración del informe.
	PASO 12.- Presentación del informe

A continuación se expondrán los siguientes apartados:

- La muestra.
- Las técnicas e instrumentos para la recolección de los datos.
- Procedimiento de recogida de datos.
- El análisis de los datos.

IV.5. MUESTRA

En este apartado se detalla la descripción de la población escogida para el análisis, quedándose estructurado en dos apartados:

- El análisis del contexto donde se enmarcan los participantes
- La caracterización de la muestra.

IV.5.1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

En lo referente al contexto, se desarrolla a continuación tanto a nivel geográfico como social.

IV.5.1.1. Contexto Geográfico

El trabajo de investigación se lleva a cabo en diferentes contextos geográficos del Territorio Nacional Español. Por un lado, en las ciudades transfronterizas de Ceuta y Melilla, y por otro en la Ciudad peninsular de Granada. Las Ciudades insulares de Ceuta y Melilla, se encuentran situadas a orillas del Mar Mediterráneo y en el continente africano, haciendo frontera con el norte de Marruecos. Tal y como puede apreciarse en la siguiente imagen.



Figura IV.1. Localización de Ceuta y Melilla

De forma que la Ciudad Autónoma de Melilla se sitúa al noroeste del continente africano, junto al Mar de Alborán y frente las costas de Almería. Se encuentra dispuesta en forma de semicírculo en torno al puerto y la playa, con una extensión de unos 12,5 Km cuadrados (Figura IV. 2)



Figura IV.2. Localización de Melilla

Así mismo, Melilla cuenta con una población de más de 86.000 habitantes (INE, 2016) y presenta la mayor tasa de natalidad de España.



Figura IV.3. Visualización de Melilla

Al igual que Ceuta, gran parte de su población es de origen magrebí, y como bien es sabido, la ciudad Autónoma de Ceuta se encuentra situada frente al estrecho de Gibraltar, en la orilla africana, colindando con el norte de Marruecos. Es algo más extensa que la Ciudad de Melilla, ya que ocupa un espacio de 19 Km cuadrados.



Figura IV. 4. Vista aérea de Ceuta

Del mismo modo, ambas ciudades dependen actualmente de la Universidad de Granada a nivel de educación superior, mientras que a nivel judicial, se encuentran adscritas a la demarcación del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Granada, a pesar de su capacidad y autonomía de gestión en otros ámbitos.



Figura IV.5. Campus universitario de Ceuta



Figura IV.6. Campus universitario de Melilla

Por otro lado la provincia de Granada se encuentra situada en el sureste peninsular, en el centro de la comarca Vega de Granada a una altitud de 738 metros, en una amplia depresión formada por el río Genil y por el macizo más alto de la Península Ibérica, Sierra Nevada, que condiciona su climatología. Presenta una extensión de 12.647 kilómetros cuadrados entre la capital y la provincia, siendo la cuarta en superficie de un total de 87.598 Kilómetros cuadrados de Andalucía.



Figura IV.7. Localización de Granada.

El clima de esta población es de tipo mediterráneo en la mayoría del territorio al igual que en Ceuta y Melilla, pero a diferencia de ellas, también se da un clima de montaña en la parte más alta, y subtropical en la costa, posee el pico más alto de la península Ibérica, el Mulhacén, con una altura de 3482 metros. Además es conocida por su Universidad, que se encuentra entre una de las de mayor prestigio a nivel nacional.

IV.5.1.2. Contexto Social

Tal y como se referenció en el marco teórico, Ceuta y Melilla suponen dos puntos estratégicos en cuanto al paso del estrecho y entrada a Europa. Son pequeñas ciudades, conocidas por su diversidad cultural e interculturalidad en cuanto a su gastronomía y fiestas populares. El té moruno es una de las bebidas más habituales y la celebración de fiestas tales como el Ramadán, Yom Kipur o la Navidad, entre otros, son hechos constatados en estas ciudades.



Figura IV.8. Té y pastas morunas

Por otro lado, Granada constituye un núcleo receptor de Turismo, debido a sus monumentos, a la cercanía de su estación de esquí profesional, así como la zona histórica conocida como la Alpujarra, y la parte de la costa granadina conocida como Costa Tropical. De entre sus construcciones históricas, la Alhambra es una de las más importantes del país, declarada patrimonio de la humanidad por la Unesco en 1984, junto al barrio del Albaicín.

Estas tres ciudades se encuentran conectadas en varios aspectos, pero el que se presenta como relevante en este estudio, es que la Universidad de Granada es la encargada de gestionar la educación superior tanto en Ceuta como en Melilla, y por ende a la ciudad de Granada.



Figura IV.9. Visualización de Ciudad de Granada.(Just Es, 2014)

IV.5.2. LA MUESTRA

En este apartado del trabajo de investigación se va a explicar cómo se ha escogido la muestra así como las características de la misma. De esta manera, lo primero que se analiza y describe es el universo de la población y seguidamente se estudia la selección de los participantes.

IV.5.2.1. Descripción del Universo

Cuando se pretende realizar un estudio que recoja el universo de estudiantes, el primer paso al que se recurre para realizarlo es determinar el censo del mismo, para ello se recurre a los distintas cifras emitidas por los estamentos administrativos de donde poder recabar las cifras. Para ello, solicitamos la colaboración de los diversos estamentos administrativos encargados de coordinar y dirigir el número de alumnos matriculados en la Universidad de Granada en enseñanzas de Grado en los tres campus (Granada, Ceuta y Melilla) durante el curso académico 2016/2017. Podemos afirmar que la información del censo es totalmente fidedigna entre el mes de febrero de 2017 y el mes de junio de 2017. Periodos correspondientes a la elaboración del censo (durante la primera quincena del mes de febrero) y la recogida de la muestra (desde inicios de febrero hasta la obtención de la última muestra el 2 de junio de 2017). Tomando los censos educativos aportados por las diversas entidades consultadas, se indicaba que el número de estudiantes era de 46.483.

IV.5.2.2. Selección de los participantes: Descripción de la muestra

Para seleccionar y determinar la muestra de nuestro estudio hemos realizado un muestreo estratificado con selección aleatoria de conglomerados, teniendo en cuenta los mismos estratos de los que nos informa el censo. Estratificándose la muestra con el criterio de campus universitario. Así pues, hemos tomado al azar los estudiantes y teniendo en cuenta recoger un número de alumnos similar al del universo al que representa. Para calcular el error muestral con un muestreo aleatorio simple para una población finita (universo pequeño) aplicado a cada uno de los estratos (Martínez-Martínez, 2013; Álvaro-González, 2015; Vilches-Aznar, 2015; Castro-Sánchez, 2018; Chacón-Cuberos, 2018), se ha empleado la siguiente fórmula:

$$e = \sqrt{\frac{(K^2 P(1-P)) \cdot (N-n)}{n \cdot (N-1)}}$$

Figura IV.10. Fórmula para el cálculo del error muestral

Los datos de esta fórmula significan lo siguiente: N= tamaño del universo; K = nivel de confianza (para 1-a = 0.95; K =1.96); P = Proporción de una categoría de la variable; P (1-P) = varianza en caso de que se distribuye binomialmente); n = tamaño de la muestra; e = error de muestreo (error máximo que asumimos cometer en torno a la proporción).

Los datos del error muestral en función del tamaño de la muestra en relación con el universo de cada estrato, son los que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla IV.2. Datos de la distribución muestral del profesorado

Estratos	N	K	P	n	e
Estudiantes Totales	46.483	1,96	0,5	597	0,04

De la tabla anterior: N = tamaño del universo; K = nivel de confianza (para 1-a = 0.95; K =1.96); P = Proporción de una categoría de la variable; P (1-P) = varianza en caso de que se distribuye binomialmente); n= tamaño de la muestra; e = error de muestreo (error máximo que asumimos cometer en torno a la proporción). La muestra se ha recogido de un total de 46.483 estudiantes, solicitando la participación a todos aquellos alumnos que de forma voluntaria quisieran colaborar. Hemos tenido especial cuidado de que no se repitan sujetos, haciendo un seguimiento individualizado en el pase de cuestionarios. La muestra obtenida se describe en función del tipo de enseñanza y número de docentes muestreados.

Tanto en porcentaje de estudiantes como en el error de muestreo, los datos de nuestra muestra se ajustan satisfactoriamente. De este modo cabe destacar que manejamos una

muestra de 597 estudiantes, hallándose un error muestral total del 0,04, obteniendo por tanto una muestra que satisface los criterios estadísticos que garantizan su representatividad.

IV.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

En este apartado se muestran los instrumentos, estrategias y el análisis documental. Atendiendo a lo planteado por Rodríguez et al. (2005), *“las técnicas e instrumentos son los medios técnicos que se utilizan para hacer efectivos los métodos, obteniendo información de manera reducida de un modo sistemático e intencional de la realidad social que hemos pretendido estudiar y que nos va a resultar más fácil tratar y de analizar”*.

La selección de los instrumentos para la recogida de datos se encuentra en concordancia con nuestro objeto de estudio, los objetivos de la investigación, contexto, diseño y al marco donde ubicamos nuestro problema de estudio y al diseño de la investigación. Por lo que consideramos el valor a la información obtenida por el procedimiento y la rigurosidad que le hemos dado al estudio.

Se ha utilizado el cuestionario, como un instrumento indispensable para este tipo de análisis, por ser una herramienta eficaz y rápida en su aplicación, económica, llegando a un mayor número de participantes y que además facilita el análisis (Carretero-Dios y Pérez, 2007).

Para establecer el conocimiento y entender el fenómeno que se pretende estudiar, pusimos cuestiones que se le aplicaron directamente a los sujetos implicados en la investigación. Este instrumento específico, Corbetta (2007) lo llama *“encuesta por muestreo”* y lo define como: *“un modo de obtener información, preguntando a los individuos que son objeto de la investigación, y que forman parte de una muestra representativa, mediante un procedimiento estandarizado de cuestionario, con el objetivo de estudiar las relaciones existentes entre las variables”*; del mismo modo, Hernández-Sampieri et al. (2006), lo

explican como “*un conjunto de preguntas respecto a una o más variables*”, persiguiendo información de la población encuestada sobre diferentes variables objeto de estudio.

Así pues, para la presente investigación se han utilizado diversos tipos de cuestionario:

- CD-RISC para medir la resiliencia (Anexo 1).
- TMMS 24, el Trait Meta-MoodScale para medir la inteligencia emocional (Anexo 2).
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) con respecto al consumo de alcohol (Anexo 3).
- Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para el tabaco (Anexo 4).
- Test de adherencia a la dieta mediterránea (KIDMED) (Anexo 5)

Todos ellos han sido estructurados en preguntas cerradas y validados por sus correspondientes autores; asimismo se añade un cuestionario con ítems de carácter sociodemográfico y educativo (Anexo 6).

IV.6.1. VARIABLES

Debemos indicar que las variables presentes en nuestros cuestionarios, se encuentran en función del problema de investigación planteado y se hallan justificadas de manera manifiesta en los objetivos planteados en el apartado anterior.

a) Variables Sociodemográficas

Para la selección de las mismas se tomaron en cuenta aspectos que en alguna etapa del proceso de investigación podrían marcar diferencias en el caso de los estudiantes, tales como el género, la edad, el lugar de residencia o campus universitario al que pertenece.

- **Edad**, valorado según edad.
- **Género** masculino o femenino.
- **Residencia**, si el universitario habitaba en el domicilio familiar, residencia o piso compartido
- **Campus universitario**, Ceuta, Melilla o Granada.

b) Variables Psicosociales

Para la determinación de estas variables se considera:

- **Resiliencia**, estructurado en locus de control y compromiso, desafío de la conducta orientada a la acción, autoeficacia y resistencia al malestar, optimismo y adaptación a situaciones estresantes y espiritualidad,
- **Inteligencia Emocional**, determinado por la percepción, comprensión y regulación.

c) Variables relacionadas con la calidad de vida (consumo de sustancias nocivas y adhesión a la dieta mediterránea)

En lo que concierne al consumo de sustancias nocivas, se determinan dos modalidades: el tabaco y el alcohol.

- **Tabaco**, determinado por la dependencia de nicotina que se tiene.
- **Alcohol**, establecido por tres categorías, según cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, dependencia de consumo de alcohol y consumo dañino o perjudicial

d) Variables educativas

Aquí señalamos las siguientes:

- **Estudios anteriores o actividad previa**, organizándose con tres opciones de respuesta: Bachiller, Formación Profesional o Mercado Laboral.
- **Nota**, nota media del curso pasado, con 4 opciones de respuesta: aprobado con asignaturas pendientes, aprobado, notable, sobresaliente.
- **Beca**, si es o no receptor de alguna beca.
- **Ámbito de conocimiento**, si pertenece a ciencias sociales o ciencias de la salud.

IV.6.2. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

En este apartado se exponen las herramientas escogidas para este trabajo de investigación citando las características de las mismas.

IV.6.2.1. Cuestionario Sociodemográfico y Educativo

La primera herramienta utilizada en este trabajo de investigación fue el cuestionario sociodemográfico que contenía los aspectos de número de identificación, género, edad, lugar de residencia, tendencia religiosa, campus universitario, estudios anteriores, nota, beca y ámbito de conocimiento.

IV.6.2.2. Cuestionario de CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) propuesto por Connor y Davidson (2003).

El cuestionario está formado por 25 ítems con el propósito de determinar la capacidad de Resiliencia. Se presenta mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta, donde el 1 corresponde con “Nada de Acuerdo” y el 4 a “Totalmente de Acuerdo”. Igualmente se divide en cinco dimensiones: locus de control y compromiso (LCC); desafío de conducta orientada a la acción (DCOA); autoeficacia y resistencia al malestar (ARM); optimismo y adaptación a situaciones estresantes (OASE) y espiritualidad (ES).

Para cada dimensión se establece el sumatorio de los siguientes ítems:

- **Locus de Control y Compromiso:** ítems 21, 4, 19, 22, 17.
- **Desafío de conducta orientada a la Acción:** ítems 2, 13.
- **Autoeficacia y Resistencia al Malestar:** ítems 7, 10, 16, 24, 23, 11, 5, 15, 18, 25.
- **Optimismo y Adaptación a Situaciones Estresantes:** ítems 1, 6, 8, 12, 14.
- **Espiritualidad:** ítems 3, 9, 20.

IV.6.2.3. Inteligencia emocional. TMMS-24

Este cuestionario está basado en *Trait Meta-MoodScale* del grupo de investigación de Salovey y Mayer. A diferencia del original, éste está compuesto por la mitad de ítems, es decir 24 ítems que a su vez engloban 3 medidas clave de la inteligencia emocional: Percepción emocional (ítems del 1 al 8), Comprensión de sentimientos (ítems del 9 al 16) y Regulación emocional (ítems del 17 al 24).

Se responde mediante una escala Likert de 1 a 5, en que el 1 es Nada de acuerdo, el 2 es Algo de acuerdo, el 3 es Bastante de acuerdo, el 4 es Muy de acuerdo y el 5 corresponde a Totalmente de acuerdo. Para valorar el resultado del cuestionario, se ha realizado el

establecen cuatro categorías (0= No fumador, de 1 a 4= Dependencia Baja, 5 a 6= Dependencia Moderada y >6= Dependencia Alta).

IV.6.2.5. Escala de Consumo de Alcohol AUDIT

Este test procede del cuestionario original “**Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**” de Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant (1993), y es adaptado al español por Rubio (1998).

Consta de 10 preguntas, donde las 8 primeras cuestiones tienen cinco posibles respuestas donde el 0 es Nunca y el 4 es a Diario o Más, y los dos ítems restantes se valoran con tres posibles opciones que puntúan 0-2 y 4; se establece la suma que variará entre el 0 y el 40.

Este test habla de tres tipos de categorías: cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, la dependencia de consumo de alcohol y el consumo dañino o perjudicial. Debemos señalar las preguntas que determinan cada una de las categorías:

- **Cantidad y frecuencia de consumo de alcohol**, establecido por la suma de las cuestiones 1, 2 y 3.
- **Dependencia de consumo de alcohol**, determinados por el sumatorio de las preguntas 4-5 y 6.
- **Consumo dañino o perjudicial**, señalado por la suma de los ítems del 7 al 10 reportan.

IV.6.2.6. Test de adherencia a la dieta mediterránea KIDMED

Este cuestionario de Serra-Majem et al. (2004), está compuesto por 16 interrogantes que se contestan de forma negativa o afirmativa. Todos los ítems se valoran con 1 punto si contestan con una afirmación a excepción de cuatro de ellos que se valoran con un -1 (ítems: 5, 11, 13 y 15), en cambio aquellos que se contestan de forma negativa se puntúan con un 0. Es por ello que la puntuación total de dicho cuestionario oscila entre valores de -4 y 12, que son los que indican la adhesión a la dieta mediterránea de la siguiente manera:

</= 3 puntos: Dieta de muy baja calidad

De 4 a 7 puntos: Necesidad de mejorar el patrón alimentario y adecuación del mismo

>= 8 puntos: Dieta Mediterránea óptima.

IV.7.PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

En esta fase se describen todas las tareas del trabajo de campo que se efectúan para la recogida de datos; por tanto, consiste en ejecutar el proyecto de investigación. En primer lugar se contactó con el organismo competente para obtener su autorización y a continuación con los campus universitarios para indicarles el proyecto que se pretende realizar y si daban el consentimiento para su realización.

Una vez aceptada la propuesta, la investigadora responsable del trabajo se puso en contacto con los profesores de las Facultades de Ciencias de la Salud y Ciencias de la educación a fin de concertar un día para la recogida de los datos.

El estudio realizado fue realizado en concordancia con la Declaración de Helsinki (modificación del 2008), en proyectos de investigación y con la legislación nacional para ensayos clínicos (Ley 223/2004 del 6 de febrero), investigación biomédica (Ley 14/2007 del 3 de julio) y confidencialidad de los participantes (Ley 15/1999 del 13 de diciembre). De igual forma se consideraron aspectos éticos que asegurasen la transparencia y confidencialidad de la información, en especial de los datos y nombres de los participantes, siendo cuidadosos a modo de no causar ningún perjuicio a los mismos.

En cuanto al desarrollo del trabajo de campo, a pesar de poder realizarlos on line mediante la plataforma de Google Drive, de manera presencial la investigadora pasó por las diferentes aulas para poder obtener el mayor número de participantes

IV.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

En primer lugar, se llevó a cabo el objetivo de comprobar la fiabilidad de los ítems que conforman las escalas y subescalas de los cuestionarios empleados, mediante el coeficiente alpha de Cronbach; cuya utilidad radica en la cuantificación del grado de correlación parcial que existe entre los ítems incluidos, en otras palabras, el grado en el que los ítems del constructo están relacionados entre sí. De manera que cuanto más próximo se encuentre al valor 1 mayor será la fiabilidad de lo que se pretende estudiar.

En segundo lugar, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 22.0), de forma que los datos obtenidos en la batería de preguntas han sido almacenados y ordenados mediante la hoja de cálculo del programa estadístico Statistickal Packagefor Social Sciences (SPSS versión 22.0 para Windows), como archivos de extensión sav, para poder ser manejados estadísticamente desde este programa.

Referente al estudio estadístico de los parámetros descriptivos se utilizaron frecuencias, porcentajes, medias y desviación típica con el fin de describir todas las variables del estudio; igualmente para el análisis comparativo, se emplearon tablas de contingencia, chi-cuadrado de Pearson y ANOVA.

En tercer lugar, se puso a prueba el modelo general en el que se incluyeron todas las escalas y subescalas del estudio, teniendo en cuenta las interacciones en la predicción de las variables de resultado.

Para ello, se escogió el modelo que mejor explicaba nuestras respuestas y sus relaciones basándonos en el marco teórico de referencia y las medidas de bondad de ajuste de dicho modelo. El software estadístico con el que se realizó este último análisis fue el AMOS Graphics, versión 18.

RESULTADOS



V. RESULTADOS

En este quinto capítulo se establece el análisis de los resultados de este trabajo de investigación, este apartado va a estructurarse en tres apartados, en primer lugar se realiza un estudio descriptivo y comparativo de las variables objeto de estudio; en segundo lugar se realizará la comparativa entre todas las variables; para finalizar con un análisis por medio de ecuaciones estructurales.

V.1. DESCRIPTIVOS

En este apartado se procederá a describir todas las variables objeto de estudio y a establecer las diversas comparativas.

V.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tomando como referencia los análisis descriptivos, concernientes a los 597 estudiantes universitarios, respecto a las variables seleccionadas, se constató que 156 (26,1%) jóvenes eran varones y 441 (73,9%) eran féminas, con un rango de edad de 19 a 51 años ($M=23,05$ años; $DT=4,719$), de los tres campus Universitarios pertenecientes a la Universidad de Granada (Granada, Ceuta y Melilla), como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla V.1. Distribución de la variables sociodemográficas

Género	
Masculino	26,1% (n=156)
Femenino	73,9% (n=441)
Residencia Habitual	
Domicilio Familiar	63,8% (n=381)
Piso Compartido	29,5% (n=176)
Residencia	6,7% (n=40)
Tendencia Religiosa	
Cristiana	54,9% (n=328)
Musulmana	16,2% (n=97)
Ateo-Agnóstica	27,5% (n=164)
Otras	1,3% (n=8)

El campus universitario con mayor grado de participación fue el de Melilla con un 59,6%, seguido de Ceuta (23,1%) y Granada (17,3%). Tal y como se aprecia a continuación:

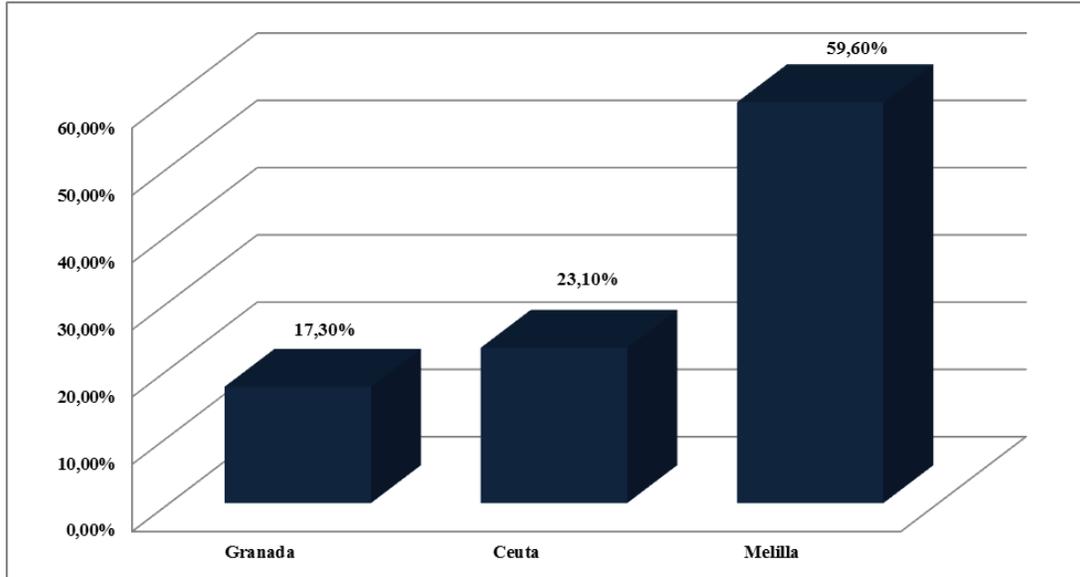


Figura V.1. Distribución de los participantes por campus universitario

La mayor parte de los estudiantes residían en el domicilio familiar (63,8%; n=381), seguido de una cifra de 176 universitarios que compartían piso (29,5%) y únicamente 40 jóvenes tenían su domicilio en residencia o internado (6,7%), cómo se observa en la siguiente figura:

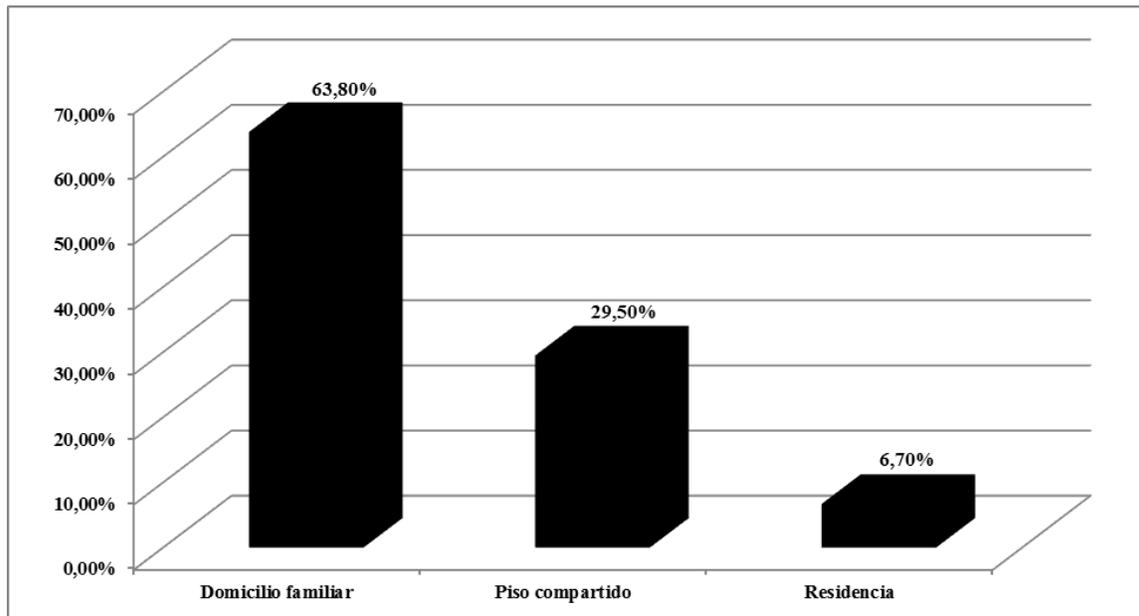


Figura V.2. Distribución de los participantes por lugar de residencia.

En lo que respecta a la tendencia religiosa, la religión católica aparece como la más profesada por los universitarios en un 54,9%, seguido de un considerable porcentaje de ateo-agnósticos (27,5%) y en menor medida de musulmanes (16,2%), apareciendo una mínima muestra de otras religiones (1,3%), tal y como puede observarse en la siguiente figura:

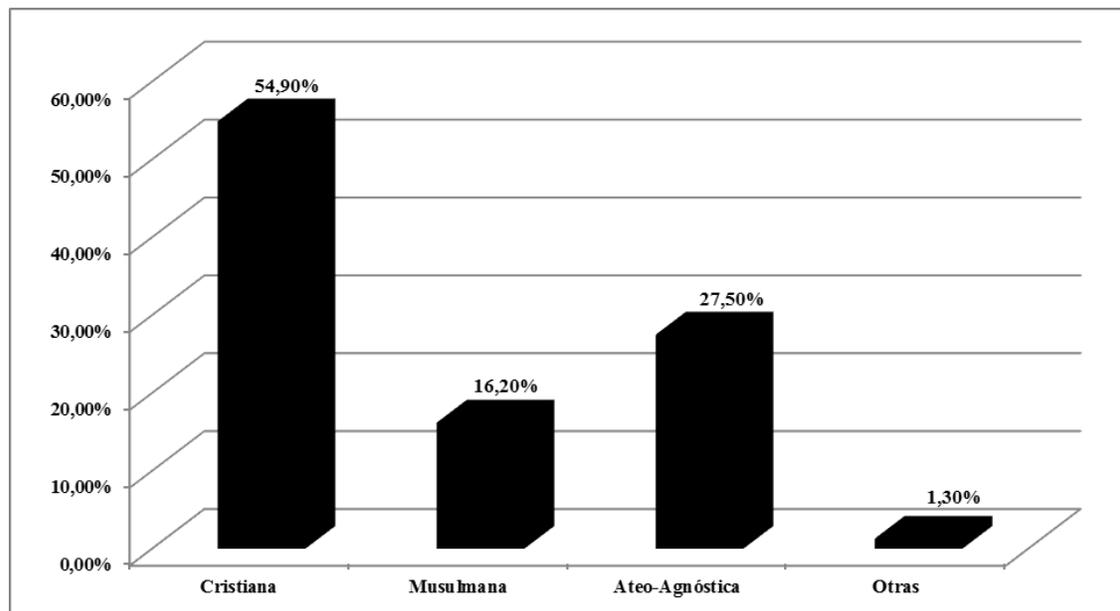


Figura V.3. Distribución de los participantes por tendencia religiosa

En cuanto al lugar de residencia y su relación por género, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,379$). El domicilio familiar y el piso compartido se presentan como lugares de residencia de preferencia por ambos sexos, con datos similares y cercanos al 65% y 30% respectivamente, mientras que la residencia o internado no alcanza el 10% en ninguno de los casos, tal y como se desglosa en la siguiente tabla:

Tabla V.2. Relación del género con el lugar de residencia ($p=0,379$)

	Lugar de residencia	Hogar Familiar	Piso Compartido	Residencia	Total
Hombre	Recuento	95	47	14	156
	% Género	60,9%	30,1%	9,0%	100%
	% Lugar	24,9%	26,7%	35,0%	26,1%
Mujer	Recuento	286	129	26	441
	% Género	64,9%	29,3%	5,9%	100%
	% Lugar	75,1%	73,3%	65,0%	73,9%
Total	Recuento	381	176	40	597
	% Género	63,8%	29,5%	6,7%	100%
	% Lugar	100%	100%	100%	100%

En cuanto a la relación entre tendencia religiosa y género, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001***$), propiciadas porque ellas profesan la religión católica en mayor medida (55,6% frente al 53,2%), al igual que sucede con la religión musulmana (19,0% frente al 8,3%). En cambio, el sexo masculino es predominante con cifras superiores a las féminas en ateo-agnósticos (35,9% frente al 24,5%) y en otras religiones (2,6% frente al 0,9%).

*Tabla V.3. Relación del género con la tendencia religiosa ($p=0,001***$)*

	Tendencia religiosa	Cristiana	Musulmana	Ateo-Agnóstica	Otras	Total
Hombre	Recuento	83	13	56	4	156
	% Género	53,2%	8,3%	35,9%	2,6%	100%
	% Tendencia religiosa	25,3%	13,4%	34,1%	50,0%	26,1%
Mujer	Recuento	245	84	108	4	441
	% Género	55,6%	19,0%	24,5%	0,9%	100%
	% Tendencia religiosa	74,7%	86,6%	65,9%	50,0%	73,9%
Total	Recuento	328	97	164	8	597
	% Género	54,9%	16,2%	27,5%	1,3%	100%
	% Tendencia religiosa	100%	100%	100%	100%	100%

En relación al género y campus universitario, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,143$), sus datos mostraron para ambos sexos una mayor participación del campus de Melilla, siendo ligeramente superior el porcentaje en hombres (64,1%) respecto a las mujeres (58%), al igual que ocurre en el campus de Ceuta (23,7% frente al 22,9%). En el caso del campus de Granada, son las mujeres las que superan a los hombres (19% frente al 12,2%). Tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla V.4. Relación del género con el campus universitario ($p=0,143$)

	Tendencia religiosa	Granada	Ceuta	Melilla	Total
Hombre	Recuento	19	37	100	156
	% Género	12,2%	23,7%	64,1%	100%
	% Campus	18,4%	26,8%	28,1%	26,1%
Mujer	Recuento	84	101	256	441
	% Género	19%	22,9%	58,0%	100%
	% Campus	81,6%	73,2%	71,9%	73,9%
Total	Recuento	103	138	356	597
	% Género	17,3%	23,1%	59,6%	100%
	% Campus	100%	100%	100%	100%

En cuanto a la relación existente entre el lugar de residencia y la tendencia religiosa de los alumnos universitarios, los datos mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,001$) de manera que la religión cristiana se presenta con mayor participación en todas las modalidades de lugar de residencia, bien sea en el domicilio familiar (48,8%), en piso compartido (63,1%) o residencia (77,5%) frente al resto de religiones.

Los datos mostraron que del total de universitarios que viven en pisos compartidos, los que profesan la religión cristiana son casi el doble de los ateo-agnósticos (63,1% frente a 32,4%), mientras que los musulmanes y los de otras religiones se presentan por igual (2,3%).

Así mismo, en las residencias universitarias no se da ningún caso en relación a otras religiones y una mínima presencia de musulmanes (2,5%), así pues, se puede decir que la inmensa mayoría son cristianos (77,5%) y ateo-agnósticos (20%), tal y como puede observarse a continuación:

*Tabla V.5. Relación del lugar de residencia con la tendencia religiosa ($p>0,001^{***}$)*

	Tendencia religiosa	Cristiana	Musulmana	Ateo-Agnóstica	Otras	Total
Domicilio Familiar	Recuento	186	92	99	4	381
	% Lugar	48,8%	24,1%	26%	1%	100%
	%Tendencia religiosa	56,7%	94,80%	60,4%	50%	63,8%
Piso	Recuento	111	4	57	4	176
	% Lugar	63,1%	2,3%	32,4%	2,3%	100%
	% Tendencia religiosa	33,8%	4,1%	34,8%	50%	29,5%
Residencia	Recuento	31	1	8	0	40
	% Lugar	77,5%	2,50%	20%	0%	100%
	% Tendencia religiosa	9,50%	1%	4,90%	0%	6,7%
Total	Recuento	328	97	164	8	597
	%Lugar	54,9%	16,2%	27,5%	1,3	100%
	%Tendencia religiosa	100%	100%	100%	100%	100%

Destacar que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación al campus universitario y lugar de residencia ($p=0,321$), como se observa en la siguiente tabla:

Tabla V.6. Relación del lugar de residencia con el campus universitario ($p=0,321$)

	Campus	Granada	Ceuta	Melilla	Total
Domicilio Familiar	Recuento	58	92	231	381
	% Lugar	15,2%	24,1%	60,6%	100%
	% Campus	53,3%	66,7%	64,9%	63,8%
Piso	Recuento	40	37	99	176
	% Lugar	22,7%	21%	56,3%	100%
	% Campus	38,8%	26,8%	27,8%	29,5%
Residencia	Recuento	5	9	26	40
	% Lugar	12,5%	22,5%	65%	100%
	% Campus	4,9%	6,5%	7,3%	6,7%
Total	Recuento	103	138	356	597
	% Lugar	17,3%	23,1%	59,6%	100%
	% Campus	100%	100%	100%	100%

Por el contrario, los datos relacionados con la tendencia religiosa y el campus universitario, mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001***$), señalando a la religión cristiana mayoritaria en los tres campus universitarios, de manera que el 63,7% de los alumnos que profesan dicha tendencia religiosa son del campus de Melilla, mientras que un 20,7% son de Ceuta y un 15,5% de Granada. En referencia a los alumnos que manifiestan ser ateo-agnósticos se muestra que un 44,5% de ellos son del campus de Melilla, un 31,7% de Ceuta y un 23,8% de Granada. En cuanto a la religión musulmana, es el de Melilla el que cuenta con mayor presencia de estudiantes (71,1%) seguido de Ceuta (16,5%) y Granada (12,4%).

Tabla V.7. Relación de la tendencia religiosa con el campus universitario ($p=0,001***$)

	Campus	Granada	Ceuta	Melilla	Total
Cristiana	Recuento	51	68	209	328
	% Tendencia religiosa	15,5%	20,7%	63,7%	100%
	% Campus	49,5%	49,3%	58,7%	54,9%
Musulmana	Recuento	12	16	69	97
	% Tendencia religiosa	12,4%	16,5%	71,1%	100%
	% Campus	11,7%	11,6%	19,4%	16,2%
Ateo-agnóstica	Recuento	39	52	73	164
	% Tendencia religiosa	23,8%	31,7%	44,5%	100%
	% Campus	37,9%	37,7%	20,5%	27,5%
Otras	Recuento	1	2	5	8
	% Tendencia religiosa	12,5%	25,0%	62,5%	100%
	% Campus	1,0%	1,4%	1,4%	1,3%
Total	Recuento	103	138	356	597
	% Tendencia religiosa	17,3%	23,1%	59,6%	100%
	% Campus	100%	100%	100%	100%

V.1.2. VARIABLES PSICOSOCIALES

En lo que respecta a las variables psicosociales, se puede apreciar en la siguiente tabla como todas las dimensiones de la resiliencia presentan valores medios superiores a 3 excepto en ES donde presenta un valor medio de 2,78 como se muestra a continuación:

Tabla V.8. Descriptivos de Resiliencia

	Media	DT
LCC	3,1	0,51
DCOA	3,21	0,69
ARM	3,23	0,42
OASE	3,03	0,48
ES	2,78	0,59

En cuanto a la inteligencia emocional, los valores medios son muy similares en sus tres dimensiones: percepción (M=2,02), comprensión (M=2,03) y regulación (M=2,07), como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla V.9. Descriptivos de Inteligencia emocional

	Media	DT
Percepción IE	2,02	0,65
Comprensión IE	2,03	0,62
Regulación IE	2,07	0,57

V.1.3. VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA

En lo referente a las variables de calidad de vida, puede observarse que en los datos relacionados con el consumo de alcohol se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,001$) en cuanto al género, donde se muestran cifras superiores en hombres frente a mujeres de consumo abusivo (M=9,29 y M= 8,28 respectivamente) y dañino de alcohol (M=5,62 en hombres y M=4,89 en mujeres); mientras que en la dimensión de dependencia, los valores entre hombres y mujeres no son tan distantes (M=6,39 y M=6,19).

Tabla V.10. Descriptivos de Consumo de alcohol ($p \leq 0,001$)

		Media	DT	F	Sig
Consumo Abusivo	Hombre	9,29	2,63	23,180	0,000***
	Mujer	8,28	2,10		
Consumo dañino	Hombre	5,62	2,34	17,721	0,000***
	Mujer	4,89	1,66		
Dependencia	Hombre	6,39	0,97	7,273	0,007***
	Mujer	6,19	0,72		

Como se muestra a continuación en la siguiente figura, referente a los descriptivos del consumo de tabaco, se constató que 457 estudiantes (76,5%) tenían una dependencia baja al consumo de tabaco frente a un 19,6% que presentaban una dependencia alta a esta sustancia y a un 3,9% que tenían una dependencia moderada.

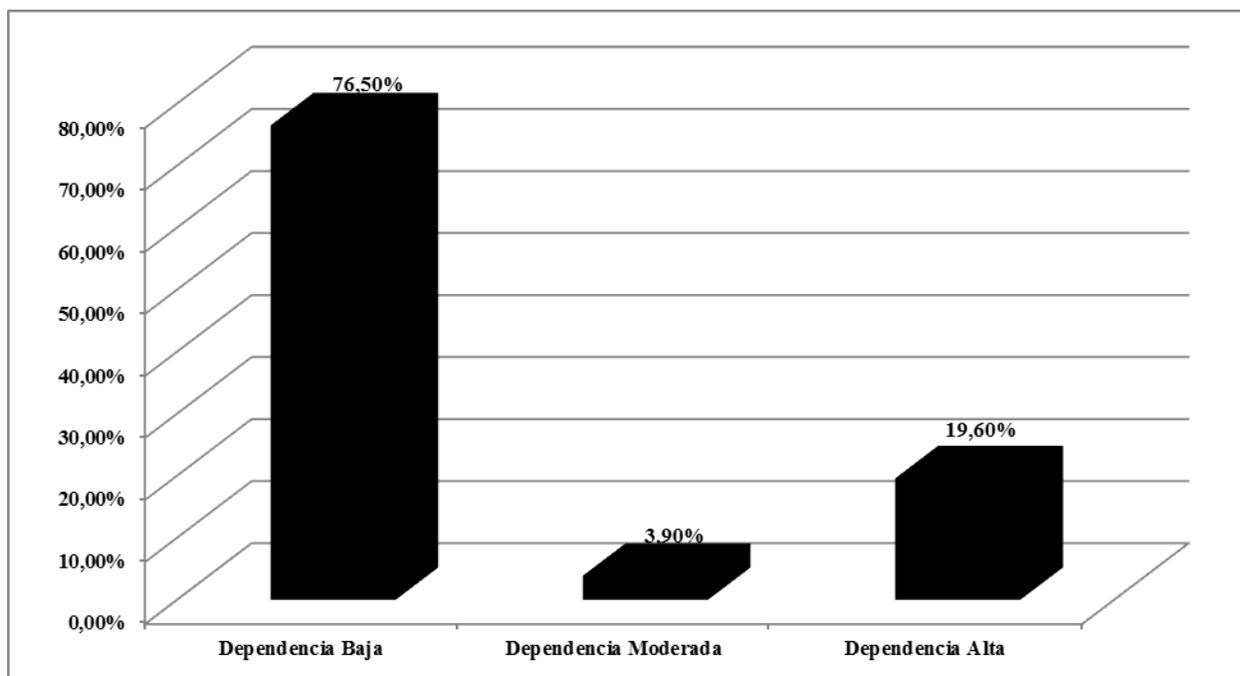


Figura V.4. Descriptivos variable consumo de tabaco

En relación a la adhesión a la dieta mediterránea, se puede observar que el 77,6% de los estudiantes universitarios presentan una dieta mediterránea óptima frente a un 21,9% que necesita mejorar el patrón alimentario para adecuarlo al patrón mediterráneo. Tan solo 3 alumnos (0,5%) presentaban una dieta de muy baja calidad, tal y como se muestra a continuación:

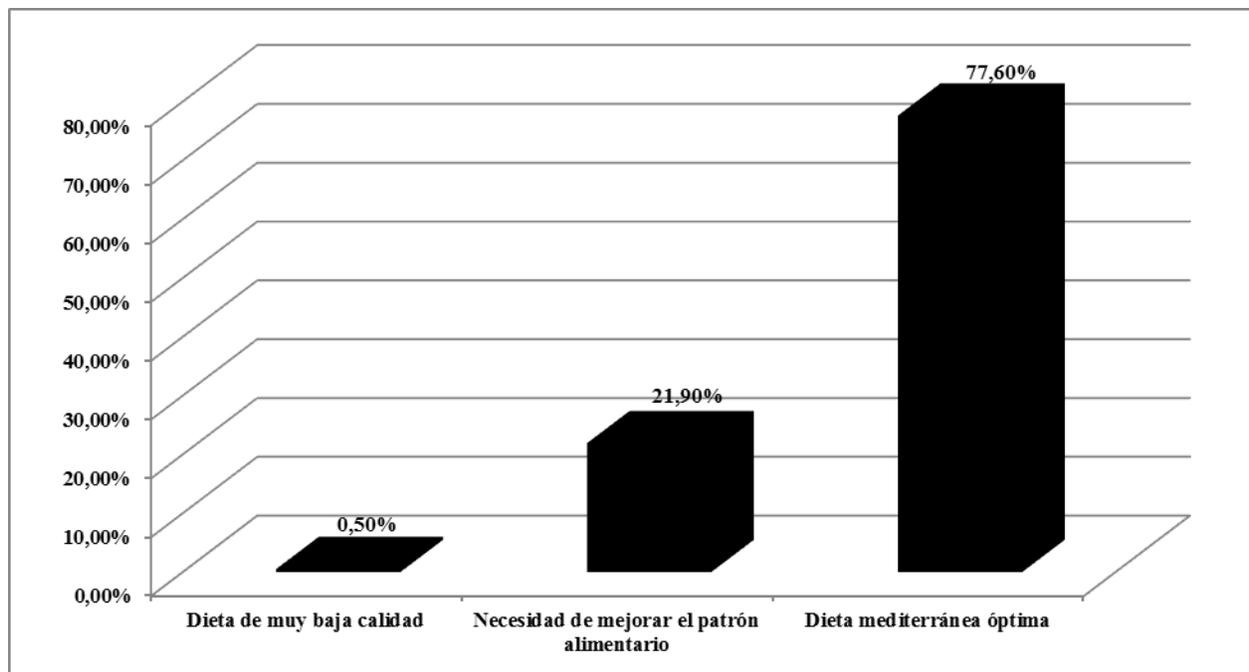


Figura V.5. Descriptivos variable adhesión a la dieta mediterránea

Por último puede observarse en la siguiente tabla que no existe relación entre el consumo de tabaco y la adhesión a la dieta mediterránea al no presentar diferencias estadísticamente significativas ($p=0,256$) en los valores obtenidos:

Tabla V.11. Relación entre el consumo de tabaco y la adhesión a la dieta mediterránea ($p=0,256$)

Adhesión a la Dieta Mediterránea		Dependencia baja	Dependencia moderada	Dependencia alta	Total
Dieta de muy baja calidad	Recuento	2	1	0	3
	% Dieta Mediterránea	66,7%	33,3%	0%	100%
	% Tabaco	0,4%	,9%	0%	0,5%
Necesidad de mejorar patrón alimentario	Recuento	91	34	6	131
	% Dieta Mediterránea	69,5%	26%	4,6%	100%
	% Tabaco	19,9%	29,1%	26,1%	21,9%
Dieta Mediterránea óptima	Recuento	364	82	17	463
	% Dieta Mediterránea	76,6%	17,7%	3,7%	100%
	% Tabaco	79,6%	70,1%	73,9%	77,6%
Total	Recuento	457	117	23	597
	% Dieta Mediterránea	76,5%	19,6%	3,9%	100%
	% Tabaco	100%	100%	100%	100%

V.1.4. VARIABLES EDUCATIVAS

En cuanto a las variables educativas se refiere, se puede observar en la siguiente figura, que 410 estudiantes (68,7%) disponían de los estudios de Bachillerato frente a 170 jóvenes(28,5%) de Formación profesional. Únicamente 17 personas (2,8%) mostraban una actividad laboral previa.

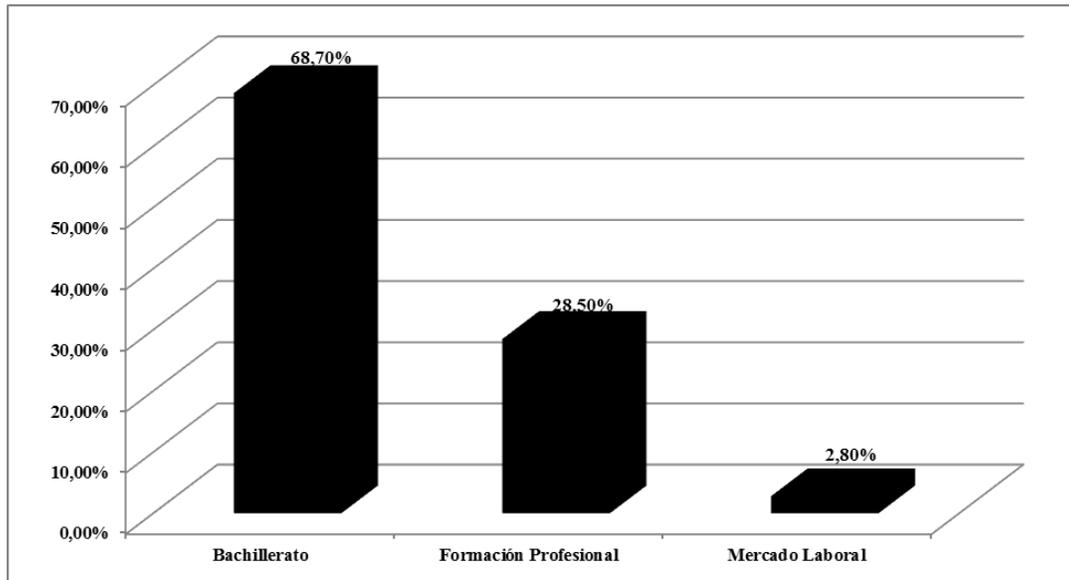


Figura V.6. Descriptivos variable estudios previos

Además, en nuestros resultados se evidencia que más de la mitad de los universitarios son receptores de algún tipo de beca para facilitar sus estudios (54,8%).

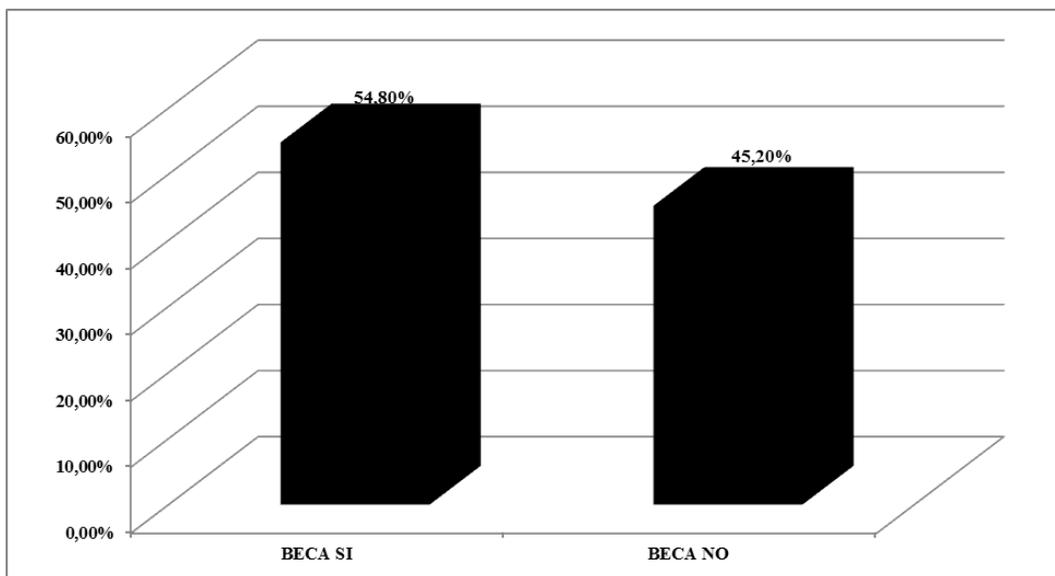


Figura V.7. Descriptivos variable beca

En cuanto a la variable nota media del curso pasado, gran parte de los alumnos mostraban una media de notable (61,8%). Aquellos con una media de sobresaliente se presentaban en un escaso porcentaje (6,7%), frente al número de aprobados (16,9%) y aprobados con alguna asignatura pendiente del curso anterior (14,6%), como se expone en la siguiente tabla:

Tabla V.12. Descriptivos de la nota media del curso pasado

Calificaciones	N	Porcentaje
Con Asignaturas Pendientes	87	14,6%
Aprobado	101	16,9%
Notable	369	61,8%
Sobresaliente	40	6,7%

En la siguiente figura, se puede observar la variable ámbito de conocimiento, donde se refleja un 53,1% de participación por parte de las Ciencias de la Salud frente al 46,9% que muestra Ciencias Sociales:

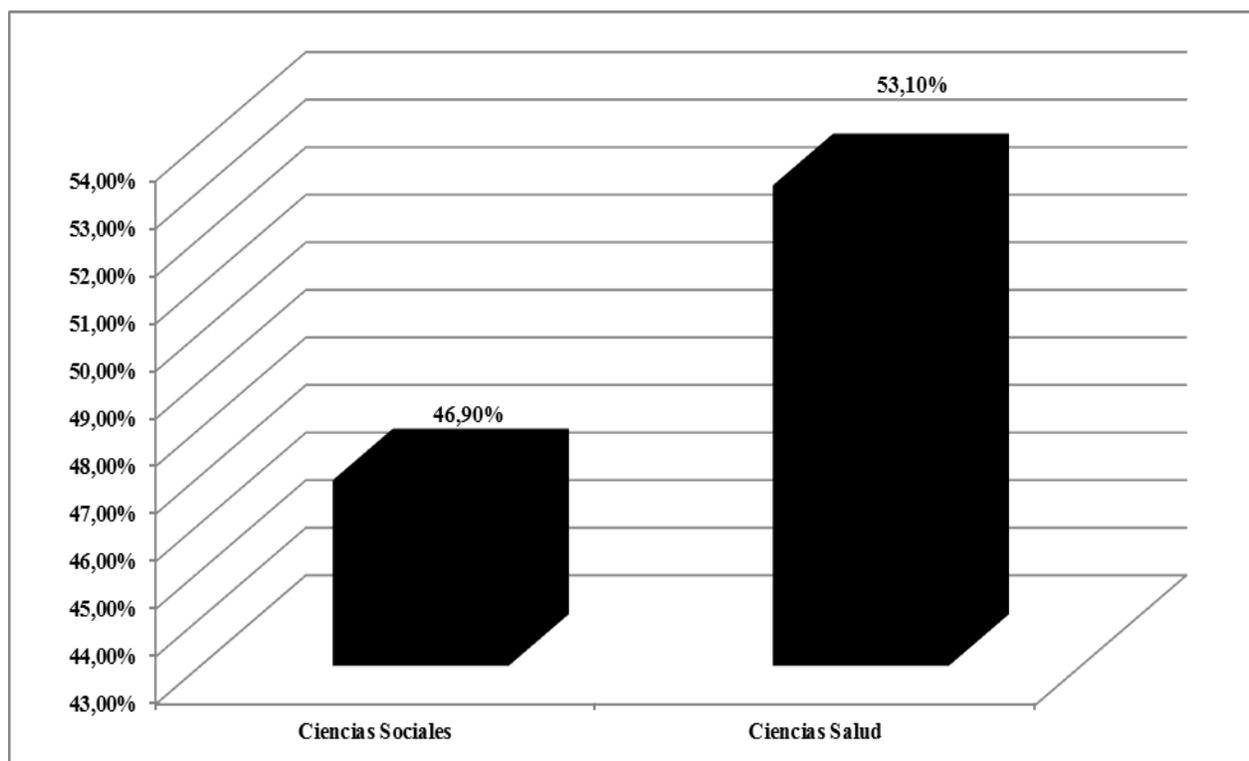


Figura V.8. Descriptivos variable ámbito de conocimiento

Respecto a la relación existente entre los estudios previos o la actividad laboral previa con la recepción de beca de estudios, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas ($p=0,007^{***}$), de forma que de aquellos que estudiaron bachillerato se presentan que el 65,7% de los alumnos que reciben beca proceden de Bachillerato frente a un 32,7% de Formación profesional y a un escaso 1,5% del Mercado Laboral. Mientras que los que no recibieron beca, procedían en mayor medida de Bachillerato (72,2%), seguido de los de formación profesional (23,2%) y del mercado laboral (4,4%).

Tabla V.13. Relación de los estudios o actividad laboral previos con la recepción de beca ($p=0,007^{*}$)**

		Bachillerato	Formación Profesional	Mercado laboral	Total
¿Recibes beca?	Recuento	215	107	5	327
	% Beca	65,7%	32,7%	1,5%	100%
	SI	% Estudios	52,4%	62,9%	29,4%
¿Recibes beca?	Recuento	195	63	12	270
	% Beca	72,2%	23,3%	4,4%	100%
	No	% Estudios	47,6%	37,1%	70,6%
Total	Recuento	410	170	17	597
	% Beca	68,7%	28,5%	2,8%	100%
	% Estudios	100%	100%	100%	100%

En cuanto a la relación entre los estudios previos y la nota media del curso pasado, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p=0,831$) como se muestra a continuación:

Tabla V.14. Relación de estudios previos con nota del curso pasado ($p=0,831$)

Nota media del curso pasado	Aprobado con asignaturas	Aprobado	Notable	Sobresaliente	Total
Bachillerato	Recuento	59	74	252	410
	% Estudios	14,4%	18,0%	61,5%	100%
	% Nota	67,8%	73,3%	68,3%	68,7%
Formación Profesional	Recuento	26	24	106	170
	% Estudios	15,3%	14,1%	62,4%	100%
	% Nota	29,9%	23,8%	28,7%	28,5%
Mercado Laboral	Recuento	2	3	11	17
	% Estudios	11,8%	17,6%	64,7%	100%
	% Nota	2,3%	3,0%	3,0%	2,8%
Total	Recuento	87	101	369	597
	% Estudios	14,6%	16,9%	61,8%	100%
	% Nota	100%	100%	100%	100%

En cuanto a la relación entre la variable estudios previos y actividad laboral previa con el ámbito de conocimiento, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,117$), tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla V.15. Relación de estudios previos o actividad laboral previa con ámbito de conocimiento ($p=0,117$)

Ámbito de conocimiento		Ciencias Sociales	Ciencias Salud	Total
Bachillerato	Recuento	204	206	410
	% Estudios	49,8%	50,2%	100%
	% Nota	72,9%	65,0%	68,7%
Formación Profesional	Recuento	69	101	170
	% Estudios	40,6%	59,4%	100%
	% Nota	24,6%	31,9%	28,5%
Mercado Laboral	Recuento	7	10	17
	% Estudios	41,2%	58,8%	100%
	% Nota	2,5%	3,2%	2,8%
Total	Recuento	280	317	597
	% Estudios	46,9%	53,1%	100%
	% Nota	100%	100%	100%

Respecto a la relación entre la recepción de beca y la nota media del curso anterior, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,001$), donde se observa que la gran mayoría de los alumnos que reciben beca de estudios presentan una nota media de notable (70,6%), seguidos de aquellos que aprobaron el curso pasado (12,5%) y de los que aprobaron pero les quedó alguna asignatura del curso anterior (9,8%), y finalmente un escaso porcentaje de alumnos con sobresaliente (7,0%). Sin embargo, más de la mitad de los alumnos que no recibían beca también presentaron de nota media notable (51,1%) e incluso sobresaliente (6,3%), como se muestra a continuación:

Tabla V.16.. Relación de recepción de beca y nota media del curso anterior ($p>0,001$)

Nota media del curso pasado	Aprobado con asignaturas	Aprobado	Notable	Sobresaliente	Total	
Beca SI	Recuento	32	41	231	327	
	% Beca	9,8%	12,5%	70,6%	7,0%	100%
	% Nota	36,8%	40,6%	62,6%	57,5%	54,8%
Beca NO	Recuento	55	60	138	270	
	% Beca	20,4%	22,2%	51,1%	6,3%	100%
	% Nota	63,2%	59,4%	37,4%	42,5%	45,2%
Total	Recuento	87	101	369	597	
	% Beca	14,6%	16,9%	61,8%	6,7%	100%
	% Nota	100%	100%	100%	100%	100%

De igual forma se hallaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la recepción de beca con el ámbito de conocimiento ($p=0,007^{***}$), siendo los alumnos de ciencias de la salud los que reciben más becas (57,8%) frente a los de ciencias sociales (42,2%). Dichos datos desglosados se muestran en la siguiente tabla:

*Tabla V.17. Relación de recepción de beca y ámbito de conocimiento ($p=0,007^{***}$)*

Ámbito de conocimiento		Ciencias Sociales	Ciencias Salud	Total
Beca SI	Recuento	138	189	327
	% Beca	42,2%	57,8%	100%
	% Ámbito	49,3%	59,6%	54,8%
Beca NO	Recuento	142	128	270
	% Beca	52,5%	47,4%	100%
	% Ámbito	50,7%	40,4%	45,2%
Total	Recuento	280	317	597
	% Beca	46,9%	53,1%	100%
	% Ámbito	100%	100%	100%

Por último, en relación al ámbito de estudio y la nota media del curso anterior, sus datos estadísticos mostraron diferencias significativas ($p=0,007^{***}$), de forma que las mejores puntuaciones académicas las mostraban los alumnos de ciencias de la salud frente a los de ciencias sociales, superando los porcentajes de sobresalientes (52,5% frente al 47,5%) y de notables (56,4% frente al 43,6%). Como puede observarse en la siguiente tabla:

*Tabla V.18. Relación de ámbito de conocimiento y nota media del curso anterior ($p=0,007^{***}$)*

Ámbito de conocimiento		Ciencias Sociales	Ciencias Salud	Total
Aprobado	Recuento	37	50	87
	% Nota	42,5%	57,5%	100,0%
	% Ámbito	13,2%	15,8%	14,6%
Aprobado con asignaturas pendientes	Recuento	63	38	101
	% Nota	62,4%	37,6%	100,0%
	% Ámbito	22,5%	12,0%	16,9%
Notable	Recuento	161	208	369
	% Nota	43,6%	56,4%	100,0%
	% Ámbito	57,5%	65,6%	61,8%
Sobresaliente	Recuento	19	21	40
	% Nota	47,5%	52,5%	100,0%
	% Ámbito	6,8%	6,6%	6,7%
Total	Recuento	280	317	597
	% Nota	46,9%	53,1%	100,0%
	% Ámbito	100,0%	100,0%	100,0%

V. 2.RESULTADOS COMPARATIVOS

En este segundo apartado del análisis de los resultados se procederá a comparar todo el conjunto de variables de la siguiente manera: en primer lugar, las de tipo sociodemográficas respecto a las psicosociales; en segundo lugar las variables sociodemográficas y variables de calidad de vida; en tercer lugar las variables sociodemográficas y variables educativas; en cuarto lugar las variables psicosociales y variables de calidad de vida; en quinto lugar, las variables psicosociales y variables educativas; y se finalizará con la comparativa de las variables de calidad de vida y variables educativas.

V.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOSOCIALES

Tomando como referencia los análisis comparativos vamos a establecer las relaciones entre el género y las diferentes dimensiones de resiliencia; señalar que se detectan diferencias estadísticamente significativas entre género y la ES ($p=0,001^{***}$) y OASE ($p= 0,005^{***}$). De forma que los hombres presentan una media inferior en la dimensión ES ($M=2,64$) frente a las mujeres ($M=2,83$) y una media superior en la dimensión OASE ($M=3,12$) con respecto a las mismas ($M=2,99$), tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla y figura.

Tabla V.19. Distribución del género según las dimensiones de la Resiliencia

Dimensiones	Género	M	DT	F	Sig
LCC	Masculino	3,11	0,520	0,076	0,783
	Femenino	3,10	0,515		
ARM	Masculino	3,26	0,422	1,057	0,304
	Femenino	3,22	0,430		
ES	Masculino	2,64	0,634	12,156	0,001***
	Femenino	2,83	0,574		
DCOA	Masculino	3,14	0,700	1,755	0,186
	Femenino	3,23	0,695		
OASE	Masculino	3,12	0,484	8,045	0,005***
	Femenino	2,99	0,485		

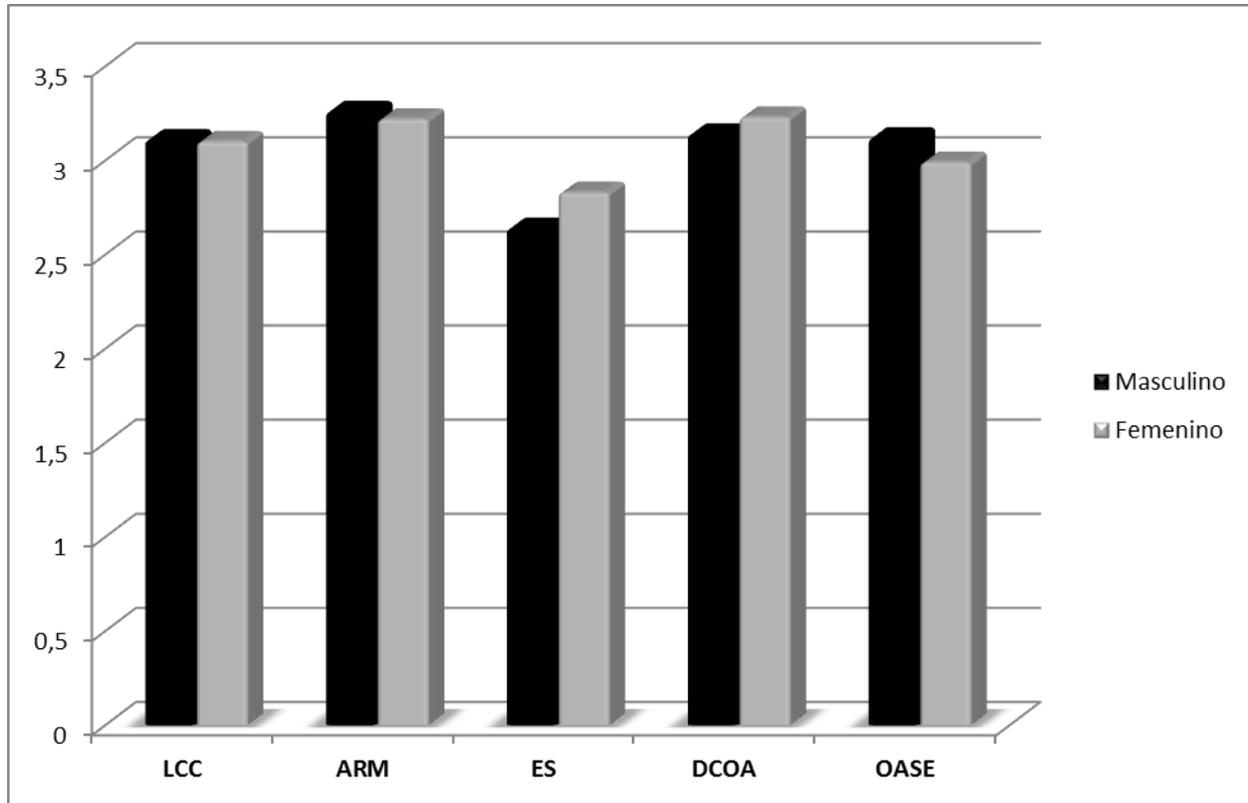


Figura V.9 Distribución del género según las dimensiones de la Resiliencia

Así mismo se observan diferencias estadísticas significativas en los datos obtenidos al relacionar el género con la inteligencia emocional, referente a la comprensión de la inteligencia emocional ($p > 0,001$), de forma que los varones presentan valores medios inferiores ($M=1,86$) a las mujeres ($M=2,10$), como se puede apreciar a continuación:

Tabla V.20. Distribución del género según las dimensiones de la Inteligencia emocional

Dimensiones	Género	M	DT	F	Sig
Percepción IE	Masculino	2,02	0,601	0,055	0,814
	Femenino	2,01	0,699		
Comprensión IE	Masculino	1,86	0,616	17,171	0,000***
	Femenino	2,10	0,611		
Regulación IE	Masculino	2,10	0,565	0,366	0,545
	Femenino	2,06	0,584		

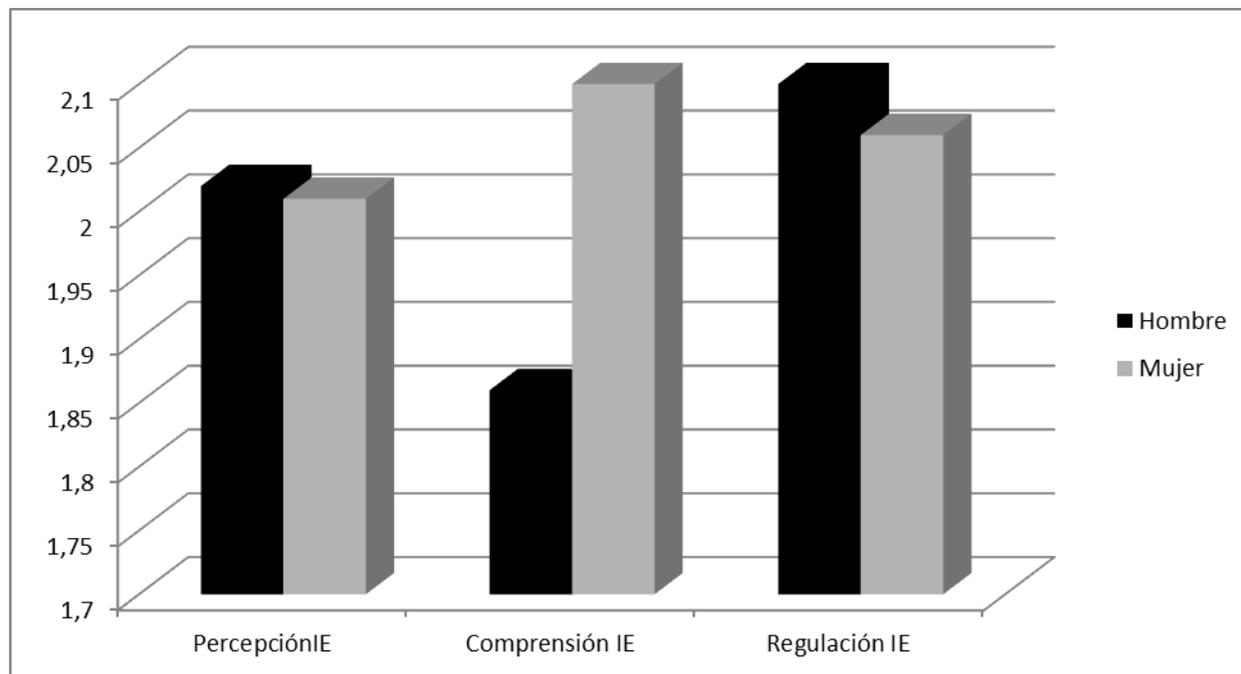


Figura V.10. Distribución del género según las dimensiones de la Inteligencia emocional

Los datos descriptivos mostrados en referencia al lugar de residencia y las dimensiones de resiliencia no presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla V. 21. Descriptivos de resiliencia según lugar de residencia

Dimensiones	Lugar Residencia	medias	DT	F	Sig
LCC	Domicilio Familiar	3,11	0,52	0,822	0,440
	Piso compartido	3,09	0,50		
	Residencia	3,01	0,51		
ARM	Domicilio Familiar	3,22	0,42	2,364	0,095
	Piso compartido	3,27	0,41		
	Residencia	3,11	0,51		
ES	Domicilio Familiar	2,81	0,61	1,146	0,319
	Piso compartido	2,73	0,54		
	Residencia	2,75	0,64		
DCOA	Domicilio Familiar	3,22	0,68	1,295	0,275
	Piso compartido	3,23	0,71		
	Residencia	3,04	0,74		
OASE	Domicilio Familiar	3,02	0,49	0,048	0,953
	Piso compartido	3,03	0,46		
	Residencia	3,04	0,49		

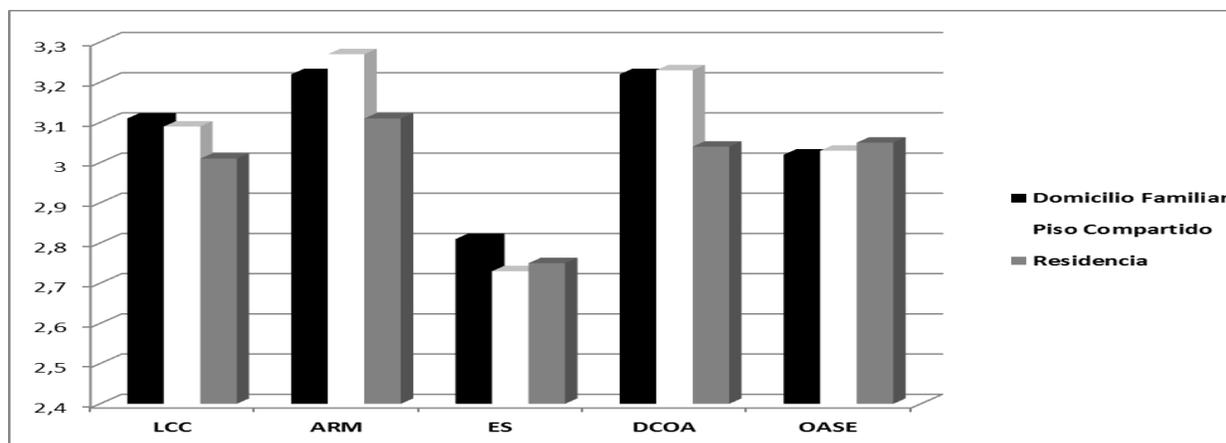


Figura V.11. Distribución del lugar de residencia según las dimensiones de Resiliencia

Por el contrario se detectaron diferencias significativas al relacionar el lugar de residencia con la inteligencia emocional, en relación a la comprensión de la inteligencia emocional ($p=0,016^{***}$), apreciándose el domicilio familiar como primera opción ($M=2,07$), seguido del piso compartido ($M=2,02$) y residencia universitaria ($M=1,78$) como puede observarse

Tabla V. 22. Descriptivos de inteligencia emocional según lugar de residencia

Dimensiones	Lugar Residencia	Medias	DT	F	Sig
Percepción IE	Domicilio Familiar	2,01	0,65	0,024	0,976
	Piso compartido	2,02	0,62		
	Residencia	2,00	0,75		
Comprensión IE	Domicilio Familiar	2,07	0,62	4,177	0,016***
	Piso compartido	2,02	0,59		
	Residencia	1,78	0,66		
Regulación IE	Domicilio Familiar	2,11	0,57	2,772	0,063
	Piso compartido	2,02	0,57		
	Residencia	1,93	0,57		

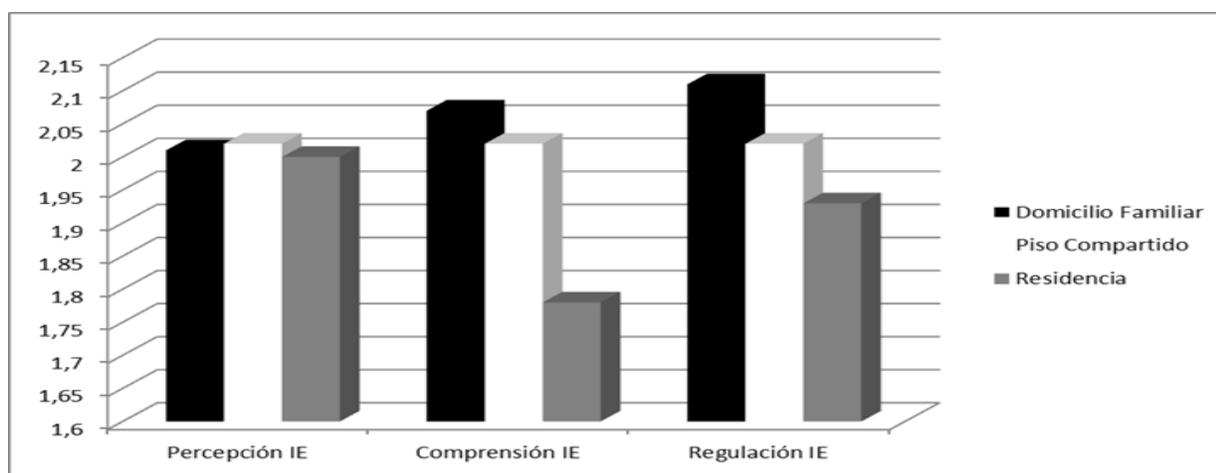


Figura V. 12. Distribución del lugar de residencia según las dimensiones de la Inteligencia Emocional

Los datos obtenidos al realizar las ANOVAS de la resiliencia y la tendencia religiosa mostraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones ES ($p>0,001$) y DCOA ($p=0,012^{***}$). Respecto a la dimensión ES, cabe señalar que la tendencia religiosa musulmana obtiene el mayor valor medio ($M=3,16$) frente al resto de religiones profesadas.

Mientras que en la dimensión DCOA es la cristiana ($M=3,26$) seguida de la ateo-agnóstica ($M=3,23$) las que reflejan mayores puntuaciones, seguidas de otras religiones ($M=3,13$) y en último caso la musulmana ($M=3,00$).

A continuación se exponen dichos datos en la siguiente tabla y figura:

Tabla V.23. Descriptivos de resiliencia según tendencia religiosa

Dimensiones	Tendencia religiosa	Media	Desviación estándar	F	Sig
LCC	Cristiana	3,11	0,51	1,383	0,247
	Musulmana	3,00	0,54		
	Ateo-Agnóstica	3,12	0,50		
	Otras	3,12	0,26		
ARM	Cristiana	3,25	0,43	0,717	0,542
	Musulmana	3,17	0,43		
	Ateo-Agnóstica	3,23	0,40		
	Otras	3,23	0,41		
ES	Cristiana	2,85	0,54	42,251	0,000**
	Musulmana	3,16	0,53		
	Ateo-Agnóstica	2,41	0,53		
	Otras	2,88	0,71		
DCOA	Cristiana	3,26	0,69	3,665	0,012**
	Musulmana	3,00	0,65		
	Ateo-Agnóstica	3,23	0,69		
	Otras	3,13	0,79		
OASE	Cristiana	3,04	0,50	0,912	0,435
	Musulmana	2,97	0,46		
	Ateo-Agnóstica	3,04	0,48		
	Otras	2,85	0,38		

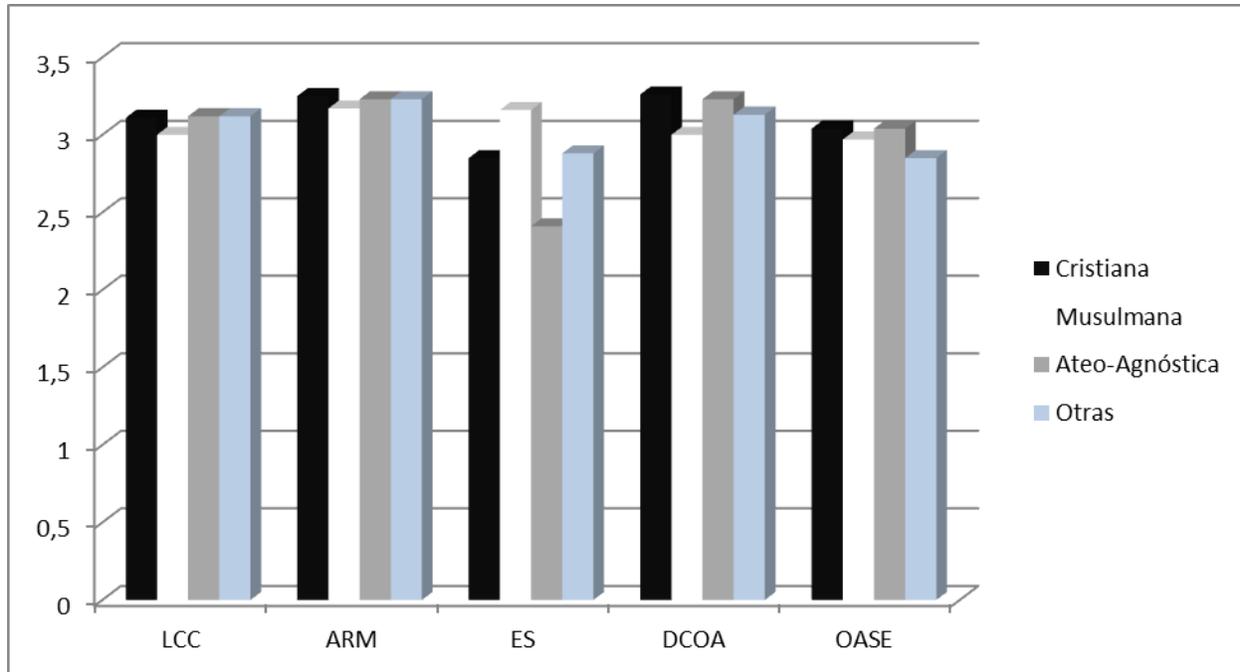


Figura V.13. Descriptivos de resiliencia según tendencia religiosa

Sin embargo, al relacionar tendencia religiosa e inteligencia emocional, no se encontraron diferencias estadísticas ($p \leq 0,05$) como puede observarse en la siguiente tabla desglosada y figura:

Tabla V.24. Distribución de resiliencia según tendencia religiosa

Dimensiones	Tendencia religiosa	Media	Desviación estándar	F	Sig
Percepción IE	Cristiana	2,01	0,65	0,658	0,578
	Musulmana	2,06	0,57		
	Ateo-Agnóstica	1,98	0,67		
	Otras	2,25	0,70		
Comprensión IE	Cristiana	2,03	0,61	1,470	0,222
	Musulmana	2,09	0,66		
	Ateo-Agnóstica	2,02	0,60		
	Otras	1,63	0,51		
Regulación IE	Cristiana	2,03	0,59	1,466	0,223
	Musulmana	2,16	0,57		
	Ateo-Agnóstica	2,10	0,54		
	Otras	2,00	0,53		

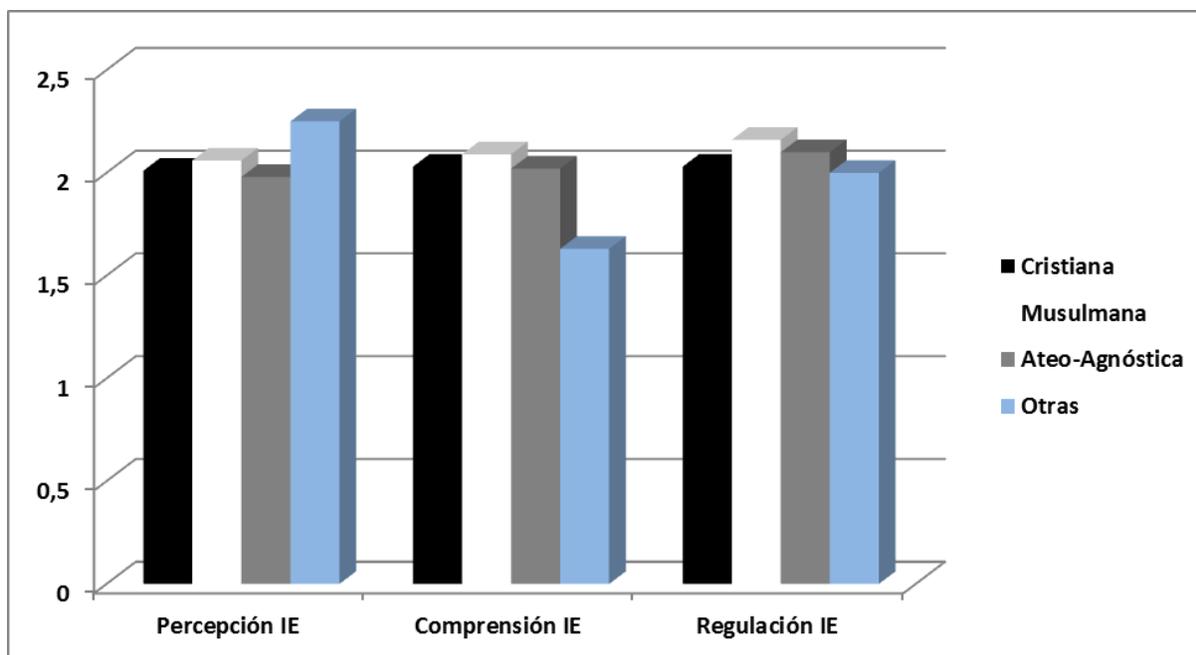


Figura V.14. Distribución de inteligencia emocional según tendencia religiosa

En cuanto a los datos de campus e inteligencia emocional se mostraron diferencias significativas en la dimensión ES ($p=0,006***$) generadas por el campus de Melilla ($M=2,84$) con valores medios más altos que Granada ($M=2,76$) y Ceuta ($M=2,64$) como se observa:

Tabla V.25. Dimensiones de resiliencia y campus universitario

Dimensiones	Campus Universitario	Medias	DT	F	Sig
LCC	Granada	3,02	0,53	1,814	0,164
	Ceuta	3,09	0,54		
	Melilla	3,13	0,49		
ARM	Granada	3,19	0,41	2,656	0,071
	Ceuta	3,18	0,42		
	Melilla	3,26	0,42		
ES	Granada	2,76	0,61	5,203	0,006***
	Ceuta	2,64	0,61		
	Melilla	2,84	0,57		
DCOA	Granada	3,22	0,69	1,352	0,260
	Ceuta	3,12	0,71		
	Melilla	3,24	0,69		
OASE	Granada	2,98	0,46	2,164	0,116
	Ceuta	2,98	0,54		
	Melilla	3,06	0,47		

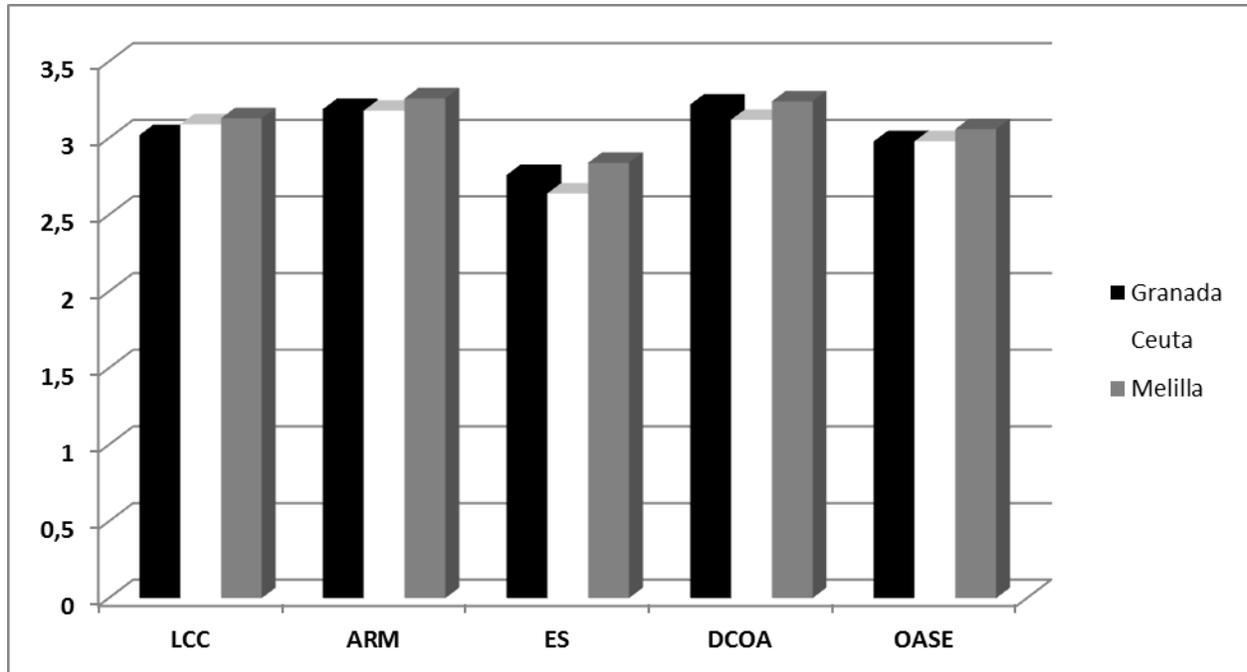


Figura V.15. Dimensiones de resiliencia y campus universitario ($p=0,006$)

Por último y en cuanto a variables sociodemográficas e Inteligencia emocional se refiere, los datos no aportan diferencias significativas ($p \leq 0,05$) al relacionar ésta con campus universitario tal y como se muestra a continuación:

Tabla V. 26. Dimensiones de inteligencia emocional y campus universitario

Dimensiones	Campus Universitario	Medias	DT	F	Sig
Percepción IE	Granada	2,01	0,63	0,128	0,880
	Ceuta	1,99	0,69		
	Melilla	2,03	0,63		
Comprensión IE	Granada	1,95	0,63	1,141	0,320
	Ceuta	2,04	0,62		
	Melilla	2,06	0,61		
Regulación IE	Granada	2,01	0,49	0,929	0,395
	Ceuta	2,06	0,61		
	Melilla	2,10	0,58		

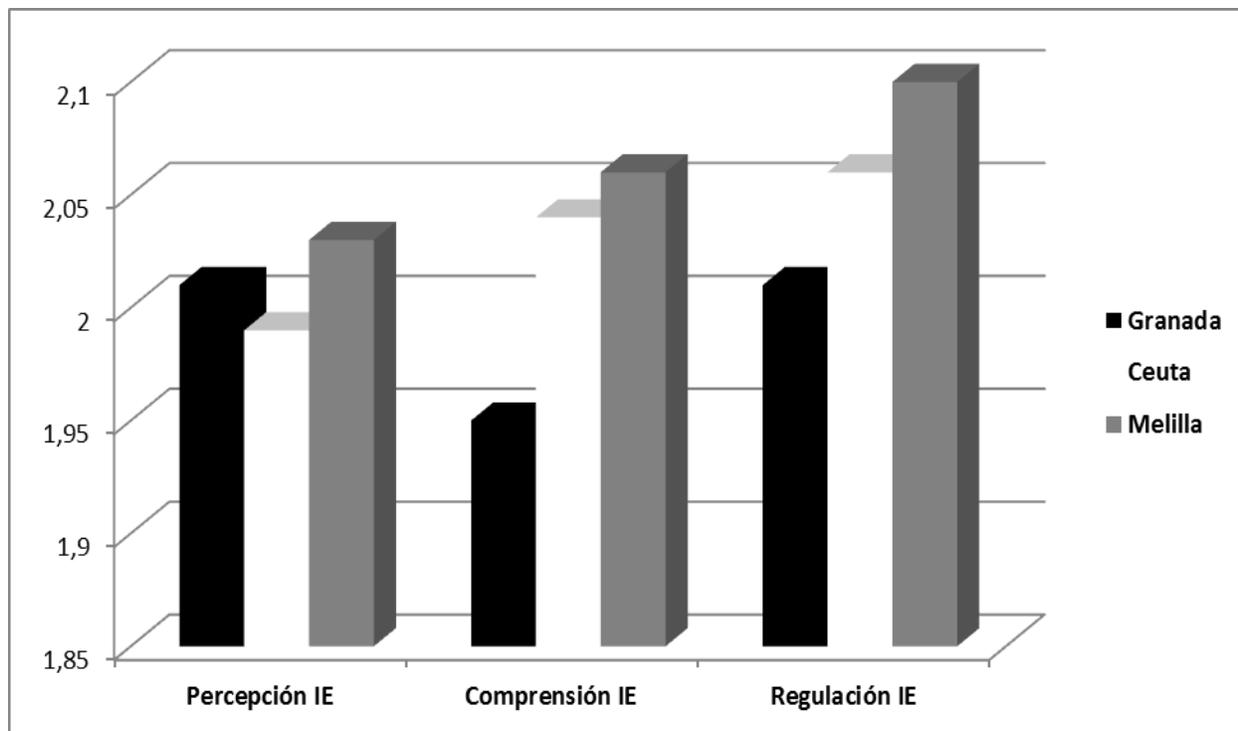


Figura V. 16. Dimensiones de inteligencia emocional y campus universitario

V.2.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA

Se puede observar que existen diferencias significativas en cuanto al consumo de alcohol de los jóvenes según el sexo ($p > 0,001$), de manera que los varones son los que obtienen medias superiores en todas sus dimensiones: consumo abusivo de alcohol ($M=9,29$), consumo dañino de alcohol ($M=5,62$) y dependencia de alcohol ($M=6,39$) frente a las reflejadas por las mujeres ($M=8,28$; $M=4,89$; $M=6,16$; respectivamente). A pesar de ello, las mujeres presentan unos valores cercanos a los obtenidos por los hombres en la dimensión de dependencia de alcohol, tal y como se desglosa en la siguiente tabla:

Tabla V. 27. Distribución del consumo de alcohol según el género ($p > 0,001$)

Dimensiones	Género	medias	DT	F	Sig
Consumo abusivo de alcohol	Masculino	9,29	2,63	23,180	0,000***
	Femenino	8,28	2,10		
Consumo dañino de alcohol	Masculino	5,62	2,34	17,721	0,000***
	Femenino	4,89	1,66		
Dependencia de alcohol	Masculino	6,39	0,97	7,273	0,007***
	Femenino	6,16	0,72		

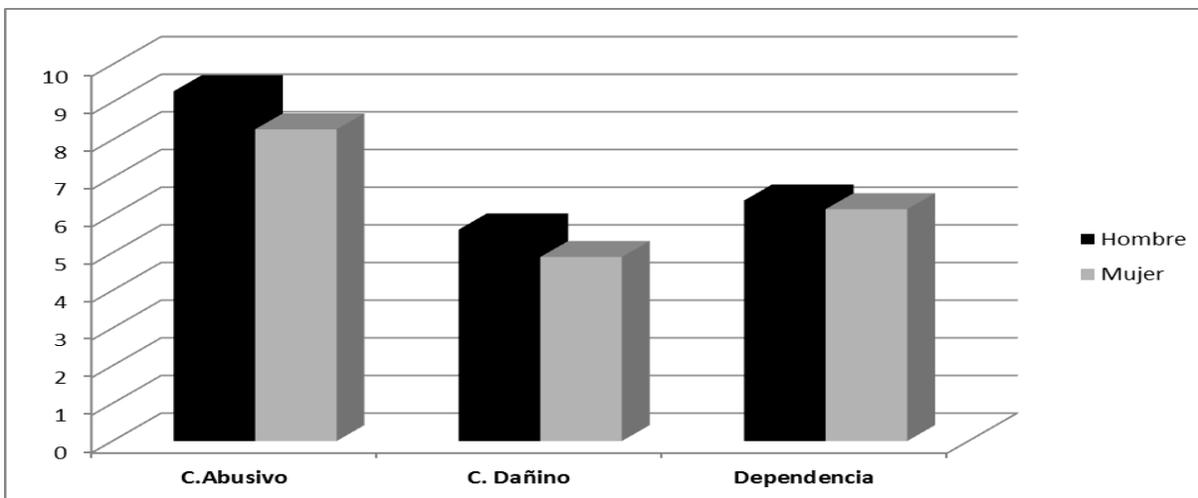


Figura V.17. Distribución del consumo de alcohol según el género

Por el contrario no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el género y el consumo de tabaco ($p=0,095$), ni entre el género y la adhesión a la dieta mediterránea ($p=0,785$) como se muestra en las siguientes tablas:

Tabla V. 28. Distribución del consumo de tabaco según el género

Género	Consumo de tabaco	D. Baja	D. Moderada	D. Alta	Total
Hombre	Recuento	115	3	38	156
	% Género	73,7%	1,9%	24,4%	100%
	% Consumo	25,2%	13,0%	32,5%	26,1%
Mujer	Recuento	342	20	79	441
	% Género	77,6%	4,5%	17,9%	100%
	% Consumo	74,8%	87,0%	67,5%	73,9%
Total	Recuento	457	23	117	597
	% Género	76,5%	3,9%	19,6%	100%
	% Consumo	100%	100%	100%	100%

Tabla V. 29. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea según el género

Género	Dieta Mediterránea	D. Baja Calidad	N.M. Patrón	D.M. Óptima	Total
Hombre	Recuento	1	37	118	156
	% Género	0,6%	23,7%	75,6%	100%
	% Dieta	33,3%	28,2%	25,5%	26,1%
Mujer	Recuento	2	94	345	441
	% Género	0,5%	21,3%	78,2%	100%
	% . Dieta	66,7%	71,8%	74,5%	73,9%
Total	Recuento	3	131	463	597
	% Género	0,5%	21,9%	77,6%	100%
	% Dieta	100%	100%	100%	100%

Los datos mostraron diferencias significativas en el consumo de alcohol según el lugar de residencia ($p>0,001$), en los que los valores más altos de consumo abusivo se presentaban en aquellos universitarios que vivían en residencias (M=9,40) frente a los que residían en el hogar familiar (M=8,12) y pisos compartidos (M=9,26). Así mismo, en el consumo dañino de alcohol, los universitarios de residencia presentaron mayores valores medios (M=5,83), frente a los que residen en piso compartido (M=5,17) y en el hogar familiar (M=4,96). En los valores obtenidos en la dimensión de dependencia de alcohol, los que residían en el hogar familiar presentaron las medias más bajas (M=6,18) frente a los que viven en piso compartido (M=6,30), siendo los que residen en residencias universitarias, los que presentan valores medios más altos de todos ellos (M=6,55). Como puede apreciarse en la siguiente tabla y figura:

Tabla V. 30. Distribución del lugar de residencia y consumo de alcohol

	Lugar de residencia	Media	D. Típica	F	Sig
Consumo abusivo	Domicilio Familiar	8,12	2,18	18,736	0,000***
	Piso Compartido	9,26	2,25		
	Residencia	9,40	2,54		
Consumo dañino	Domicilio Familiar	4,96	1,86	4,081	0,017***
	Piso Compartido	5,17	1,71		
	Residencia	5,83	2,61		
Dependencia de alcohol	Domicilio Familiar	6,18	0,68	4,480	0,012***
	Piso Compartido	6,30	0,89		
	Residencia	6,55	1,26		

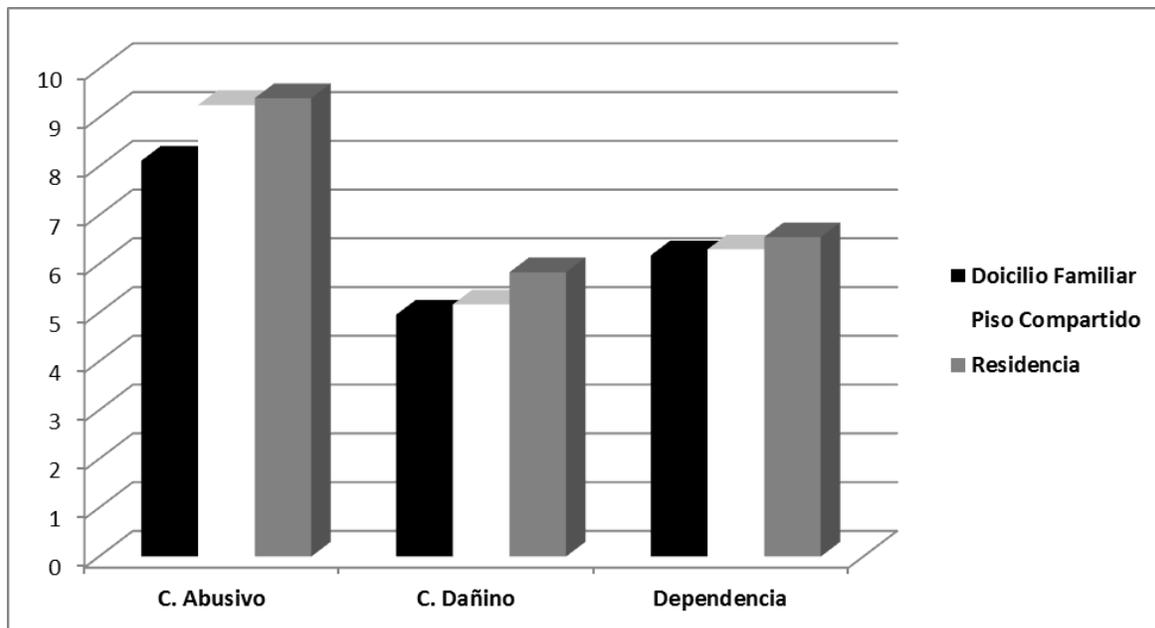


Figura V. 18. Distribución del lugar de residencia y consumo de alcohol

El lugar de residencia y el consumo de tabaco no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,336$), como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla V.31. Distribución del lugar de residencia y consumo de tabaco ($p=0,336$)

Lugar de residencia	Consumo Tabaco	D. Baja	D. Moderada	D. Alta	Total
Domicilio Familiar	Recuento	301	14	66	381
	% Lugar	79,0%	3,7%	17,3%	100%
	% Consumo	65,9%	60,9%	56,4%	63,8%
Piso Compartido	Recuento	129	7	40	176
	% Lugar	73,3%	4,0%	22,7%	100%
	% Consumo	28,2%	30,4%	34,2%	29,5%
Residencia	Recuento	27	2	11	40
	% Lugar	67,5%	5,0%	27,5%	100%
	% Consumo	5,9%	8,7%	9,4%	6,7%
Total	Recuento	457	23	117	597
	% Lugar	76,5%	3,9%	19,6%	100%
	% Consumo	100%	100%	100%	100%

En cuanto a la adhesión a la dieta mediterránea y el lugar de residencia tampoco mostraron diferencias significativas ($p=0,890$), tal y como se muestra a continuación:

Tabla V.32. Distribución del lugar de residencia y adhesión a la dieta mediterránea ($p=0,890$)

Adhesión a la DM	Lugar residencia	Domicilio F	Piso C	Residencia	Total
Dieta de muy baja calidad	Recuento	2	1	0	3
	% Dieta	66,7%	33,3%	0,0%	100%
	% Lugar	0,5%	0,6%	0,0%	0,5%
Necesidad de Mejorar el Patrón mediterráneo	Recuento	82	42	7	131
	% Dieta	62,6%	32,1%	5,3%	100%
	% Lugar	21,5%	23,9%	17,5%	21,9%
Dieta mediterránea óptima	Recuento	297	133	33	463
	% Dieta	64,1%	28,7%	7,1%	100%
	% Lugar	78,%	75,6%	82,5%	77,6%
Total	Recuento	381	176	40	597
	% Dieta	63,8%	29,5%	6,7%	100%
	% Lugar	100%	100%	100%	100%

Así mismo no se muestran diferencias estadísticamente significativas al relacionar el campus universitario con el consumo de alcohol y tabaco ($p \leq 0,05$) como se muestran en las siguientes tablas:

Tabla V.33. Distribución del consumo de alcohol según campus universitario

Adhesión a la DM	Lugar residencia	Media	Desviación T	F	Sig
Consumo abusivo de alcohol	Granada	8,68	2,10	1,103	0,333
	Ceuta	8,73	2,11		
	Melilla	8,43	2,41		
Consumo dañino de alcohol	Granada	5,02	1,50	1,327	0,266
	Ceuta	5,31	2,15		
	Melilla	5,01	1,87		
Dependencia de alcohol	Granada	6,18	0,63	0,409	0,665
	Ceuta	6,23	0,84		
	Melilla	6,26	0,82		

Tabla V. 34. Distribución del consumo de tabaco según campus universitario ($p=0,291$)

Campus	Consumo tabaco	D. Baja	D. Moderada	D. Alta	Total
Granada	Recuento	84	2	17	103
	% Campus	81,6%	1,9%	16,5%	100%
	% Tabaco	18,4%	8,7%	14,5%	17,3%
Ceuta	Recuento	111	4	23	138
	% Campus	80,4%	2,9%	16,7%	100%
	% Tabaco	24,3%	17,4%	19,7%	23,1%
Melilla	Recuento	262	17	77	356
	% Campus	73,6%	4,8%	21,6%	100%
	% Tabaco	57,3%	73,9%	65,8%	77,6%
Total	Recuento	457	23	117	597
	% Campus	76,5%	3,9%	19,6%	100%
	% Tabaco	100%	100%	100%	100%

Sin embargo los datos mostrados en relación al campus universitario y la adhesión a la dieta mediterránea si presentaron diferencias significativas ($p=0,033^{***}$), siendo el campus de Granada el que refleja los valores más favorables en relación a la adhesión a la dieta mediterránea, de manera que no existe ningún caso de una dieta de muy baja calidad y casi el 90% de los alumnos de dicho campus presenta una dieta mediterránea optima, frente al 76,8% de Ceuta y el 74,4% de Melilla, como se observa a continuación:

*Tabla V. 35. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea según campus universitario (p=0,033***)*

Campus	Adhesión Dieta Mediterránea	D. Baja Calidad	N.M. Patrón	D. óptima	Total
Granada	Recuento	0	11	92	103
	% Campus	0,0%	10,7%	89,3%	100%
	% Dieta	0,0%	8,4%	19,9%	17,3%
Ceuta	Recuento	1	31	106	138
	% Campus	0,7%	22,5%	76,8%	100%
	% Dieta	33,3%	23,7%	22,9%	23,1%
Melilla	Recuento	2	89	265	356
	% Campus	0,6%	25,0%	74,4%	100%
	% Dieta	66,7%	67,9%	57,2%	77,6%
Total	Recuento	3	131	463	597
	% Campus	0,5%	21,9%	77,6%	100%
	% Dieta	100%	100%	100%	100%

V.2.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EDUCATIVAS.

Los valores obtenidos en relación al género y los estudios previos realizados o actividad laboral previa, no presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,525$), como se desglosa en la siguiente tabla:

Tabla V. 36. Distribución del género y los estudios previos o actividad laboral previa (p=0,525)

Género	Estudios o Actividad Laboral previos	Bachillerato	FP	Mercado Laboral	Total
Hombre	Recuento	112	41	3	156
	% Género	71,8%	26,3%	1,9%	100%
	% Estudios	27,3%	24,1%	17,6%	26,1%
Mujer	Recuento	298	129	14	441
	% Género	67,6%	29,3%	3,2%	100%
	% Estudios	72,2%	75,9%	82,4%	73,9%
Total	Recuento	410	170	17	597
	% Género	68,7%	28,5%	2,8%	100%
	% Estudios	100%	100%	100%	100%

En cambio sí existen diferencias en cuanto al género y la recepción de beca ($p=0,031$), de forma que las mujeres reciben más becas (57,1%) que los hombres (48,1%) como se describe en la siguiente tabla y figura:

*Tabla V. 37. Distribución del género y la recepción de beca (p=0,031***)*

Género	Beca	Beca SI	Beca NO	Total
Hombre	Recuento	75	81	156
	% Género	48,1%	51,9%	100%
	% Beca	22,9%	30,0%	26,1%
Mujer	Recuento	252	189	441
	% Género	57,1%	42,9%	100%
	% Beca	77,1%	70,0%	73,9%
Total	Recuento	327	270	597
	% Género	54,8%	45,2%	100%
	% Beca	100%	100%	100%

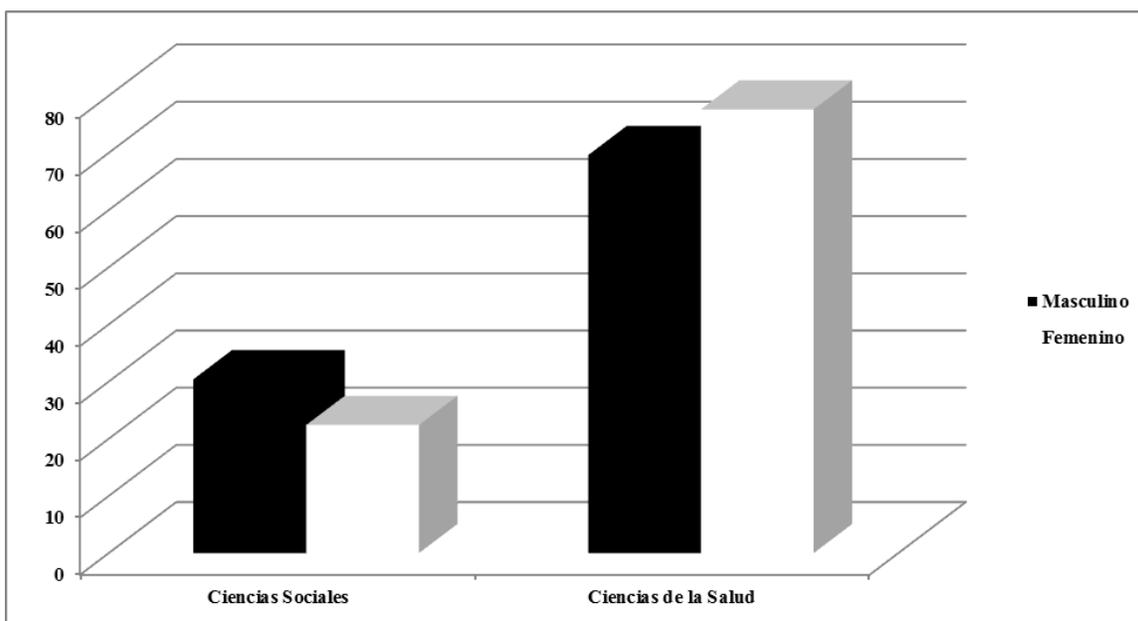


Figura V.19. Distribución del género y la recepción de beca (p=0,031)

Por el contrario, el género y la nota media del curso pasado, no mostraron diferencias significativas (p=0,411), como se muestra a continuación:

Tabla V. 38. Distribución del género y la nota media del curso anterior (p=0,411)

Género	Nota	Aprobado con A.P.	Aprobado	Notable	Sobresaliente	Total
Hombre	Recuento	29	25	93	156	156
	% Género	18,6%	16,0%	5,8%	100%	100%
	% Nota	33,3%	24,8%	22,5%	26,1%	26,1%
Mujer	Recuento	58	76	31	441	441
	% Género	13,2%	17,2%	7,0%	100%	100%
	% Nota	66,7%	75,2%	77,5%	73,9%	73,9%
Total	Recuento	87	101	40	597	597
	% Género	14,6%	16,9%	6,7%	100%	100%
	% Nota	100%	100%	100%	100%	100%

Por otro lado, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en cuanto a género y ámbito de conocimiento ($p=0,017^{***}$) con una mayor presencia femenina en titulaciones relacionadas con ciencias de la salud (77,6%) frente a los varones (22,4%). De hecho, los chicos se presentan en mayor porcentaje en las ciencias sociales (54,5%) que en ciencias de la salud (45,5%), al contrario que ocurre con las chicas, que prefieren las ciencias de la salud (55,8%) a las ciencias sociales (44,2%), tal y como se muestra a continuación:

Tabla V. 39. Distribución del género y el ámbito de conocimiento ($p=0,017^{*}$)**

Género	Ámbito de conocimiento	Ciencias Sociales	Ciencias de la Salud	Total
Hombre	Recuento	85	71	156
	% Género	54,5%	45,5%	100%
	% Ámbito de Conocimiento	30,4%	22,4%	26,1%
Mujer	Recuento	195	246	441
	% Género	44,2%	55,8%	100%
	% Ámbito de Conocimiento	69,6%	77,6%	73,9%
Total	Recuento	280	317	597
	% dentro de Género	46,9%	53,1%	100%
	% Ámbito de Conocimiento	100%	100%	100%

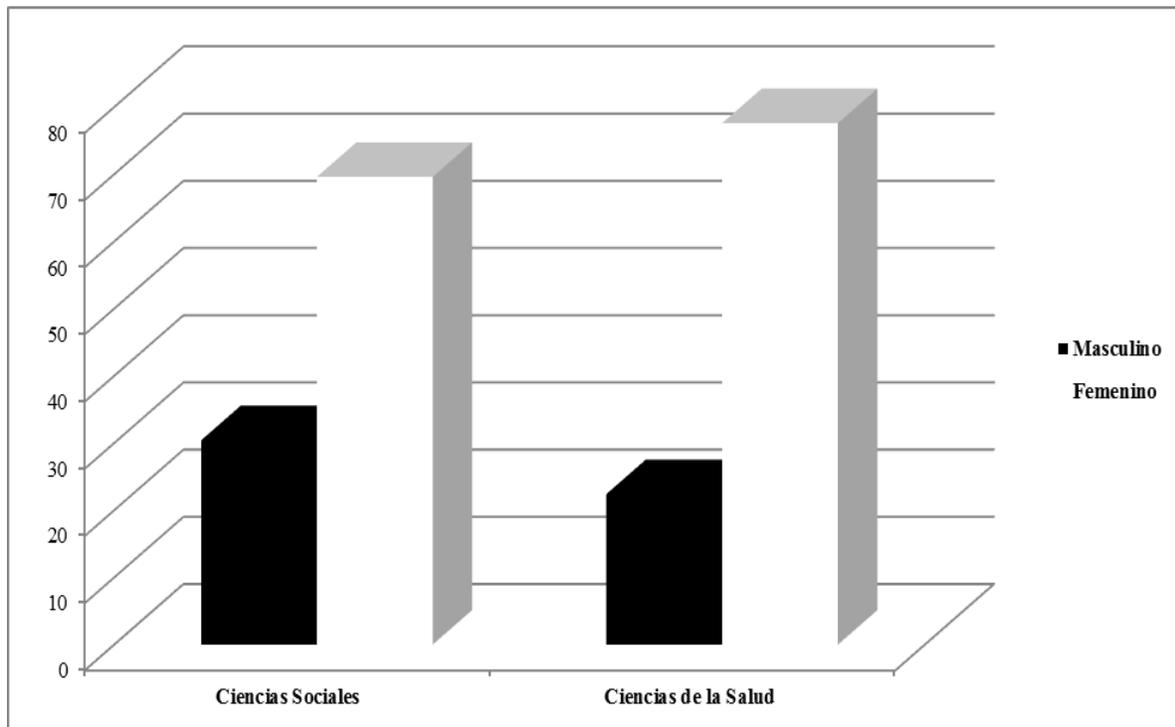


Figura V. 20. Distribución del género según el ámbito de conocimiento

En relación al lugar de residencia y los estudios previos o actividad laboral previa, no presentaron diferencias estadísticas en sus resultados ($p=0,520$), así como tampoco se observaron diferencias al relacionar el lugar de residencia con la recepción de beca y con la nota media del curso pasado ($p\leq 0,05$), tal y como se muestra en las siguientes tablas:

Tabla V. 40. Distribución del lugar de residencia y estudios previos o actividad laboral previa ($p=0,520$)

Lugar Residencia	Estudios o Actividad Laboral previos	Bachillerato	FP	Mercado Laboral	Total
Domicilio Familiar	Recuento	269	101	11	381
	% Lugar de residencia	70,6%	26,5%	2,9%	100%
	% Estudios	65,6%	59,4%	64,7%	63,8%
Piso Compartido	Recuento	114	58	4	176
	% Lugar de residencia	64,8%	33,0%	2,3%	100%
	% Estudios	27,8%	34,1%	23,5%	29,5%
Residencia	Recuento	27	11	2	40
	% Lugar de residencia	67,5%	27,5%	5,0%	100%
	% Estudios	6,6%	6,5%	11,8%	6,7%
Total	Recuento	410	170	17	597
	% Lugar de residencia	68,7%	28,5%	2,8%	100%
	% Estudios	100%	100%	100%	100%

Tabla V. 41. Distribución del lugar de residencia y recepción de beca ($p=0,056$)

Lugar Residencia	Beca	Beca SI	Beca NO	Total
Domicilio Familiar	Recuento	205	176	381
	% Lugar de residencia	53,8%	46,2%	100%
	% Beca	62,7%	65,2%	63,8%
Piso Compartido	Recuento	106	70	176
	% Lugar de residencia	60,2%	39,8%	100%
	% Beca	32,4%	25,9%	29,5%
Residencia	Recuento	16	24	40
	% Lugar de residencia	40,0%	60,0%	100%
	% Beca	4,9%	8,9%	6,7%
Total	Recuento	327	270	597
	% Lugar de residencia	54,8%	52,2%	100%
	% Beca	100%	100%	100%

Tabla V.42. Distribución del lugar de residencia y nota media del curso pasado ($p=0,054$)

Lugar Residencia	Notas	Aprobado con AP	Aprobado	Notable	Sobresaliente	Total
	Recuento	58	65	230	28	381
Domicilio Familiar	% Lugar de residencia	15,2%	17,1%	60,4%	7,3%	100%
	% Nota	66,7%	64,4%	62,3%	70,0%	63,8%
	Recuento	26	26	115	9	176
Piso Compartido	% Lugar de residencia	14,8%	14,8%	65,3%	5,1%	100%
	% Nota	29,9%	25,7%	31,2%	22,5%	29,5%
	Recuento	3	10	24	3	40
Residencia	% Lugar de residencia	7,5%	25,0%	60,0%	7,5%	100%
	% Nota	3,4%	9,9%	6,5%	7,5%	6,7%
	Recuento	87	101	369	40	597
Total	% Lugar de residencia	14,6%	16,9%	61,8%	6,7%	100%
	% Nota	100%	100%	100%	100%	100%

No obstante, si se hallaron diferencias significativas al relacionar el lugar de residencia con el ámbito de conocimiento ($p=0,000***$), en cuanto a que los alumnos que conviven con sus padres, presentan cifras superiores en ciencias sociales (76,4%) frente a ciencias de la salud (52,7%) mientras que aquellos que viven en pisos compartidos es a la inversa, los alumnos de ciencias de la salud (38,8%) prefieren compartir piso frente a los de ciencias sociales (18,9%). Así mismo ocurre con los alumnos que viven en residencias universitarias, que son los de ciencias de la salud los que se presentan en mayor medida (8,5%) en comparación con los de ciencias sociales (4,6%). Dichos datos quedan reflejados en la siguiente tabla y figura:

Tabla V. 43. Distribución del lugar de residencia y ámbito de conocimiento ($p=0,000***$)

Lugar Residencia	Ámbito conocimiento	Ciencias Sociales	Ciencias de la Salud	Total
	Recuento	214	167	381
Domicilio Familiar	% Lugar de residencia	56,2%	43,8%	100%
	% Ámbito	76,4%	52,7%	63,8%
	Recuento	53	123	176
Piso Compartido	% Lugar de residencia	30,1%	69,9%	100%
	% Ámbito	18,9%	38,8%	29,5%
	Recuento	13	27	40
Residencia	% Lugar de residencia	32,5%	67,5%	100%
	% Ámbito	4,6%	8,5%	6,7%
	Recuento	280	317	597
Total	% Lugar de residencia	46,9%	53,1%	100%
	% Ámbito	100%	100%	100%

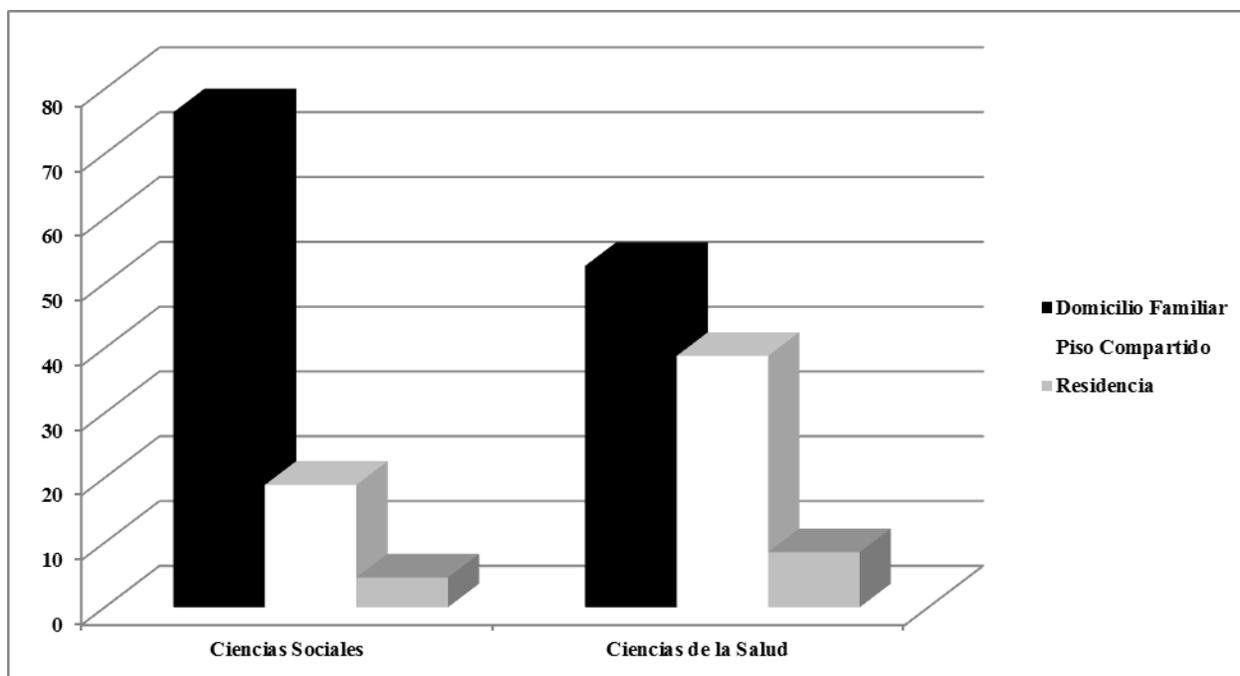


Figura V. 21. Distribución del lugar de residencia según ámbito de conocimiento

En relación a la tendencia religiosa y los estudios previos o actividad laboral previa, los datos estadísticos no mostraron diferencias estadísticamente significativas al respecto ($p=0,910$). Del mismo modo, sucede en la relación tendencia religiosa con la recepción de beca ($p=0,124$) tal y como se muestra a continuación en las tablas siguientes:

Tabla V.44. Distribución de la tendencia religiosa según estudios previos o actividad laboral previa ($p=0,910$)

Tendencia religiosa	Estudios o actividad laboral previos	Bachillerato	FP	Mercado Laboral	Total
Cristiana	Recuento	227	91	10	328
	% Tendencia religiosa	69,2%	27,7%	3,0%	100%
	% Estudios	55,4%	53,5%	58,8%	54,9%
Musulmana	Recuento	67	29	1	97
	% Tendencia religiosa	69,1%	29,9%	1,0%	100%
	% Estudios	16,3%	17,1%	5,9%	16,2%
Ateo-agnóstica	Recuento	110	48	6	164
	% Tendencia religiosa	67,1%	29,3%	3,7%	100%
	% Estudios	26,8%	28,2%	35,3%	27,5%
Otras	Recuento	6	2	0	8
	% Tendencia religiosa	75,0%	25,0%	0,0%	100%
	% Estudios	1,5%	1,2%	0,0%	1,3%
Total	Recuento	410	170	17	597
	% Tendencia religiosa	68,7%	28,5%	2,8%	100%
	% Estudios	100%	100%	100%	100%

Tabla V. 45. Distribución de la tendencia religiosa según recepción de beca ($p=0,124$)

Tendencia religiosa	Beca	Beca SI	Beca NO	Total
Cristiana	Recuento	170	158	328
	% Tendencia religiosa	51,8%	48,2%	100%
	% Beca	52,0%	58,5%	54,9%
Musulmana	Recuento	62	35	97
	% Tendencia religiosa	63,9%	36,1%	100%
	% Beca	19,0%	13,0%	16,2%
Ateo-agnóstica	Recuento	89	75	164
	% Tendencia religiosa	54,3%	45,7%	100%
	% Beca	27,2%	27,8%	27,5%
Otras	Recuento	6	2	8
	% Tendencia religiosa	75,0%	25,0%	100%
	% Beca	1,8%	0,7%	1,3%
Total	Recuento	327	270	597
	% Tendencia religiosa	54,8%	45,2%	100%
	% Beca	100%	100%	100%

En este sentido, la tendencia religiosa tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a la nota media del curso anterior ($p=0,276$), como se puede observar en la siguiente tabla desglosada:

Tabla V.46. Distribución de la tendencia religiosa según nota media del curso anterior ($p=0,276$)

Tendencia religiosa	Nota	Aprobado con Asignaturas Pendientes	Aprobado	Notable	Sobresaliente	Total
Cristiana	Recuento	40	65	204	19	328
	% Tendencia religiosa	12,2%	19,8%	62,2%	5,8%	100%
	% Nota	46,0%	64,4%	55,3%	47,5%	54,9%
Musulmana	Recuento	19	15	54	9	97
	% Tendencia religiosa	19,6%	15,5%	55,7%	9,3%	100%
	% Nota	21,8%	14,9%	14,6%	22,5%	16,2%
Ateo-agnóstica	Recuento	27	19	106	12	164
	% Tendencia religiosa	16,5%	11,6%	64,6%	7,3%	100%
	% Nota	31,0%	18,8%	28,7%	30,0%	27,5%
Otras	Recuento	1	2	5	0	8
	% Tendencia religiosa	12,5%	25,0%	62,5%	0,0%	100%
	% Nota	1,1%	2,0%	1,4%	0,0%	1,3%
Total	Recuento	87	101	369	40	597
	% Tendencia religiosa	14,6%	16,9%	61,8%	6,7%	100%
	% Nota	100%	100%	100%	100%	100%

Sin embargo, si se halló asociación estadísticamente significativa en cuanto a la tendencia religiosa y el ámbito de conocimiento ($p=0,001***$). De manera que la religión cristiana es la mayor profesada y con mayor porcentaje en alumnos de Ciencias de la Salud (60,9%) frente a las Ciencias Sociales (48,2%) En cambio, los alumnos musulmanes, parecen preferir las titulaciones de ciencias sociales (22,1%) frente a las de ciencias de la salud (11,1%). Así mismo los alumnos ateo-agnósticos tienen mayor presencia en ciencias sociales (28,6%) frente a los de ciencias de la salud (26,5%). Mientras que los que profesan otras religiones, presentan mayor presencia en ciencias de la salud (1,6%) que en ciencias sociales (1,1%). A continuación se presentan los datos estadísticos relacionados, en forma de tabla y figura:

*Tabla V.47. Distribución de la tendencia religiosa según ámbito de conocimiento ($p=0,001***$)*

Tendencia religiosa	Ámbito de conocimiento	Ciencias Sociales	Ciencias Salud	Total
Cristiana	Recuento	135	193	328
	% Tendencia religiosa	41,2%	58,8%	100%
	% Ámbito	48,2%	60,9%	54,9%
Musulmana	Recuento	62	35	97
	% Tendencia religiosa	63,9%	36,1%	100%
	% Ámbito	22,1%	11,0%	16,2%
Ateo-agnóstica	Recuento	80	84	164
	% Tendencia religiosa	48,8%	51,2%	100%
	% Ámbito	28,6%	26,5%	27,5%
Otras	Recuento	3	5	8
	% Tendencia religiosa	37,5%	62,5%	100%
	% Ámbito	1,1%	1,6%	1,3%
Total	Recuento	280	317	597
	% Tendencia religiosa	46,9%	53,1%	100%
	% Ámbito	100%	100%	100%

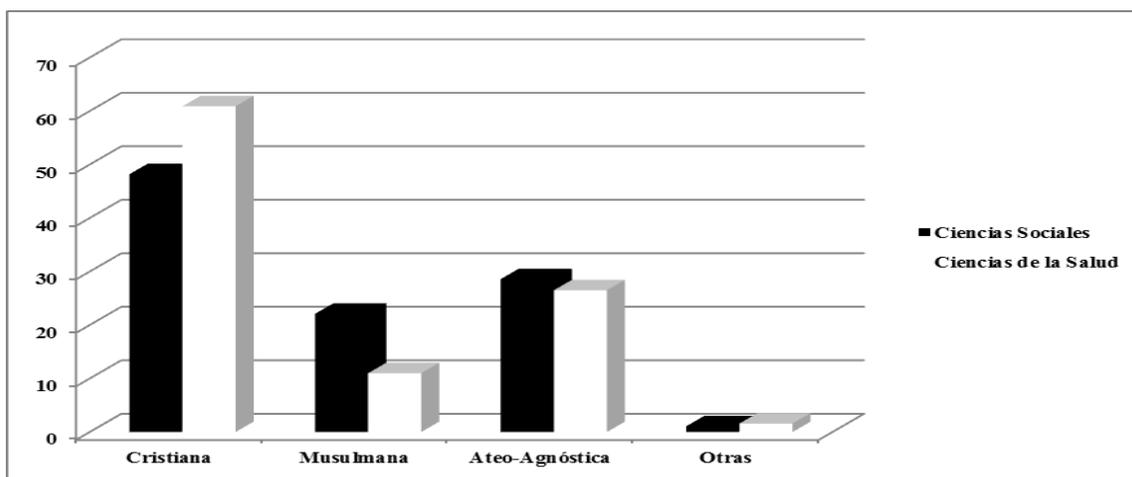


Figura V.22. Distribución de la tendencia religiosa según ámbito de conocimiento

En cuanto al campus universitario y la relación con los estudios previos o actividad laboral previa, no se constatan diferencias estadísticamente significativas ($p=0,060$) en los datos estadísticos, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla V. 48. Distribución del campus universitario según estudios previos o actividad laboral previa ($p=0,060$)

Campus	Estudios o actividad laboral previos	Bachillerato	FP	Mercado Laboral	Total
Granada	Recuento	71	30	2	103
	% Campus	68,9%	29,1%	1,9%	100%
	% Estudios	17,3%	17,6%	11,8%	17,3%
Ceuta	Recuento	108	26	4	138
	% Campus	78,3%	18,8%	2,9%	100%
	% Estudios	26,3%	15,3%	23,5%	23,1%
Melilla	Recuento	231	114	11	356
	% Campus	65,9%	32,0%	3,1%	100%
	% Estudios	56,3%	67,1%	64,7%	59,6%
Total	Recuento	410	170	17	597
	% Campus	68,7%	28,5%	2,8%	100%
	% Estudios	100%	100%	100%	100%

En contraposición a ello, si se aprecian diferencias significativas al relacionar campus universitario con la recepción de beca ($p=0,023^{***}$), de forma que el 13,7% de los alumnos del campus de Granada no reciben beca, frente a un 2,2% que si son receptores de ella. De igual forma, en Ceuta el porcentaje de los que no reciben beca (27,4%) es mayor frente a los que sí (19,6%), y es en el campus de Melilla, donde se aprecian mayor número de alumnos beneficiarios (60,2%) frente a los que no recibieron beca (58,9%). Como puede apreciarse en la siguiente tabla y figura:

*Tabla V. 49. Distribución del campus universitario según la recepción de beca ($p=0,023^{***}$)*

Campus	Beca	Beca SI	Beca NO	Total
Granada	Recuento	66	37	103
	% Campus	64,1%	35,9%	100%
	% Beca	2,2%	13,7%	17,3%
Ceuta	Recuento	64	74	138
	% Campus	46,4%	53,6%	100%
	% Beca	19,6%	27,4%	23,1%
Melilla	Recuento	197	159	356
	% Campus	55,3%	44,7%	100%
	% Beca	60,2%	58,9%	59,6%
Total	Recuento	327	270	597
	% Campus	54,8%	45,2%	100%
	% Beca	100%	100%	100%

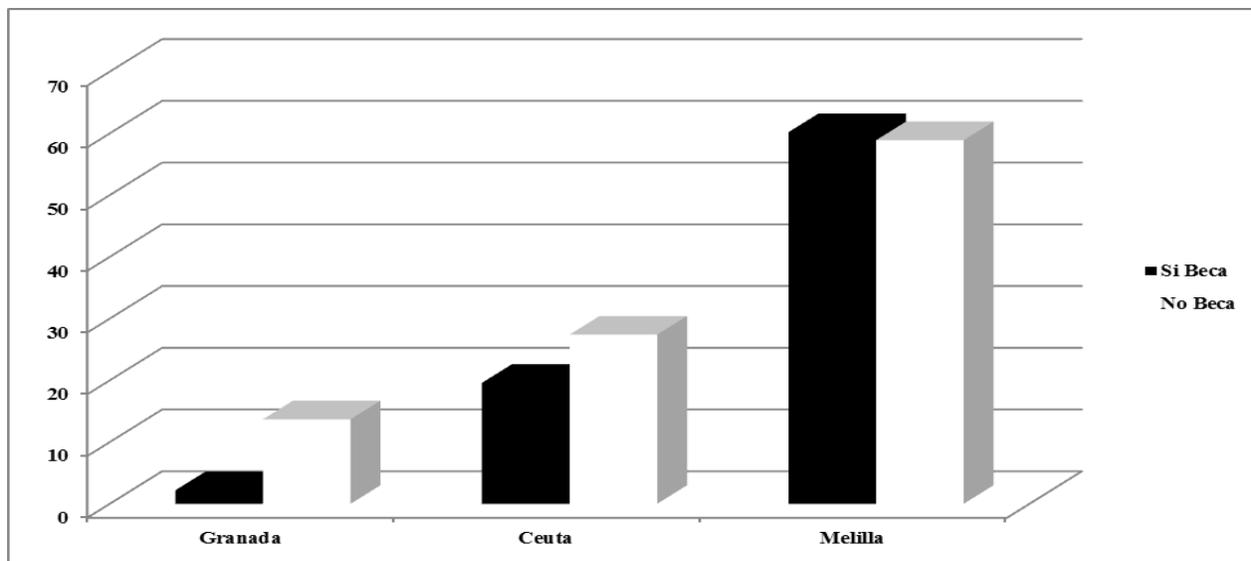


Figura V. 23. Distribución del campus universitario según la recepción de beca

De igual forma se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar el campus universitario con las notas medias del curso anterior ($p > 0,001$), de manera que el campus de Ceuta y granada obtienen el mismo porcentaje de sobresalientes (27,5%), siendo el campus de Melilla el que supera notablemente dichas cifras (45,0%). El porcentaje mayor de notables, lo presenta el campus de Melilla (58,5%) frente a Granada (21,7%), siendo Ceuta el que presenta un porcentaje inferior a los dos anteriores (19,8%). Así mismo, el campus de Melilla presenta mayor porcentaje de alumnos aprobados (65,3%) con respecto a Ceuta (29,7%) y Granada (5,0%). De igual modo el campus de Melilla sobresale en cuanto a alumnos aprobados con asignaturas pendientes (64,4%), seguido de Ceuta (27,6%) y Granada (8,0%).

Tabla V.50. Distribución del campus universitario según la nota media del curso anterior ($p > 0,001$)

Campus	Nota	Aprobado con Asignaturas pendientes	Aprobado	Notable	Sobresaliente	Total
Granada	Recuento	7	5	80	11	103
	% Campus	6,8%	4,9%	77,7%	10,7%	100%
	% Nota	8,0%	5,0%	21,7%	27,5%	17,3%
Ceuta	Recuento	24	30	73	11	138
	% Campus	17,4%	21,7%	52,9%	8,0%	100%
	% Nota	27,6%	29,7%	19,8%	27,5%	23,1%
Melilla	Recuento	56	66	216	18	356
	% Campus	15,7%	18,5%	60,7%	5,1%	100%
	% Nota	64,4%	65,3%	58,5%	45,0%	59,6%
Total	Recuento	87	101	369	40	597
	% Campus	14,6%	16,9%	61,8%	6,7%	100%
	% Nota	100%	100%	100%	100%	100%

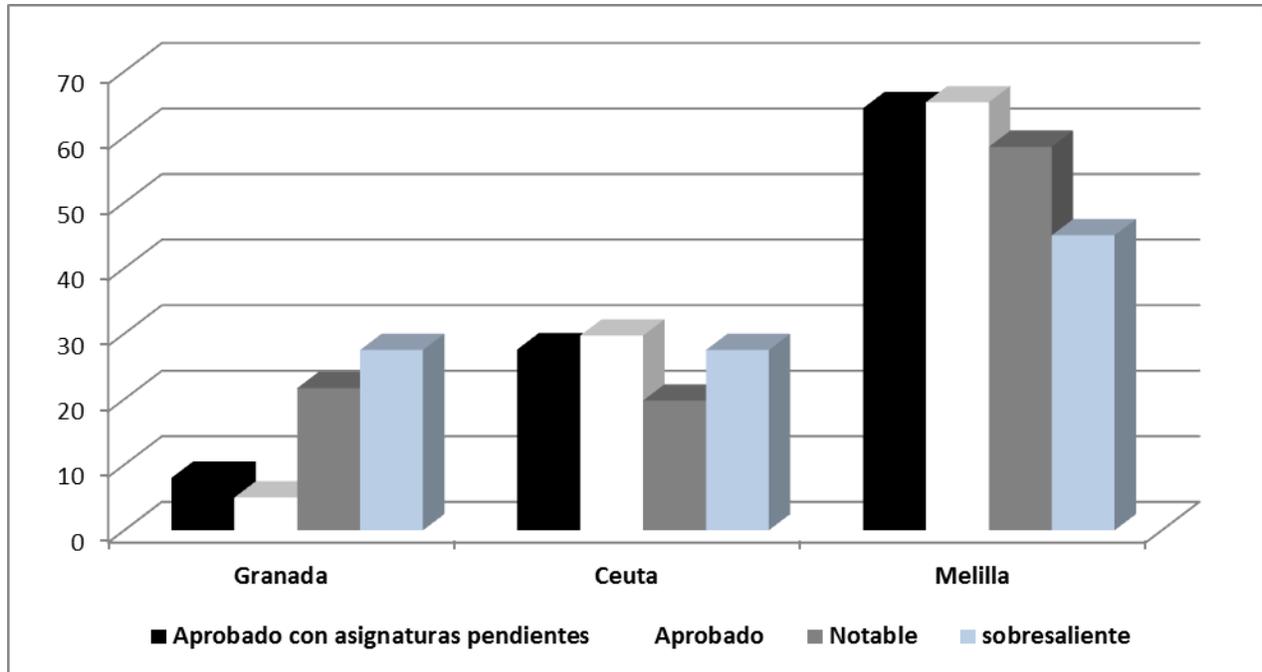


Figura V. 24. Distribución del campus universitario según la nota media del curso anterior

También se hallaron diferencias significativas en relación al campus y ámbito de conocimiento ($p=0,008^{***}$), de manera que el campus de Granada presenta un porcentaje mayor en ciencias de la salud (21,8%) frente a ciencias sociales (12,1%), en cambio el campus de Ceuta y Melilla presentan mayor presencia en ciencias sociales (23,9% y 63,9% respectivamente) que en ciencias de la salud (22,4% y 55,8%, respectivamente) tal y como puede observarse en las siguiente tabla y figura:

Tabla V. 51. Distribución del campus universitario según el ámbito de conocimiento ($p=0,008^{***}$)

Campus	Ámbito conocimiento	C. Sociales	C. Salud	Total
Granada	Recuento	34	69	103
	% Campus	33,0%	67,0%	100%
	% Ámbito	12,1%	21,8%	17,3%
Ceuta	Recuento	67	71	138
	% Campus	48,6%	51,4%	100%
	% Ámbito	23,9%	22,4%	23,1%
Melilla	Recuento	179	177	356
	% Campus	50,3%	49,7%	100%
	% Ámbito	63,9%	55,8%	59,6%
Total	Recuento	280	317	597
	% dentro de campus	46,9%	53,1%	100%
	% Ámbito	100%	100%	100%

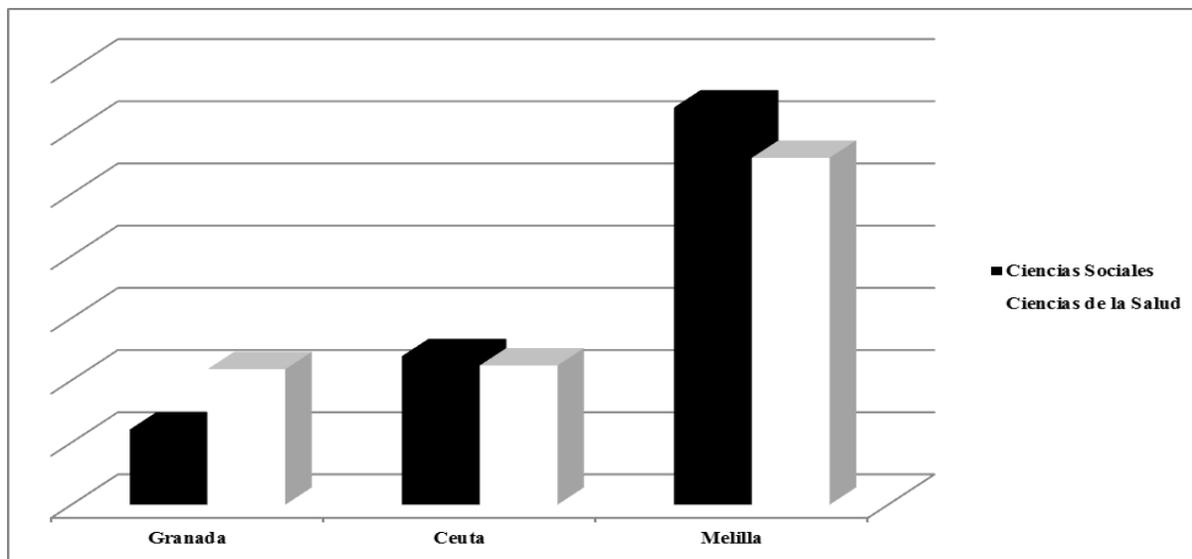


Figura V.25. Distribución del campus universitario según el ámbito de conocimiento ($p=0,008***$)

V.2.4. VARIABLES PSICOSOCIALES Y DE CALIDAD DE VIDA

En cuanto a lo referente a las dimensiones de resiliencia y su relación con el consumo de tabaco, se comprueban diferencias estadísticamente significativas en la dimensión ES ($p>0,001$), donde la media más baja se presenta en aquellos con dependencia moderada al tabaco ($M= 2,41$), seguida de los que manifiestan una dependencia alta ($M=2,66$) y una dependencia baja ($M=2,83$). Tal y como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla V. 52. Distribución de las dimensiones de resiliencia según el consumo de tabaco

Dimensiones	Consumo de tabaco	medias	DT	F	Sig
LCC	Dependencia baja	3,12	0,50	2,924	0,055
	Dependencia Moderada	2,90	0,41		
	Dependencia Alta	3,04	0,57		
DCOA	Dependencia baja	3,24	0,68	2,726	0,066
	Dependencia Moderada	2,91	0,79		
	Dependencia Alta	3,16	0,71		
ARM	Dependencia baja	3,25	0,42	2,516	0,082
	Dependencia. Moderada	3,07	0,43		
	Dependencia. Alta	3,19	0,45		
OASE	Dependencia baja	3,04	0,50	1,937	0,145
	Dependencia. Moderada	2,84	0,41		
	Dependencia Alta	3,01	0,44		
ES	Dependencia baja	2,83	0,59	8,350	0,000***
	Dependencia Moderada	2,41	0,34		
	Dependencia Alta	2,66	0,58		

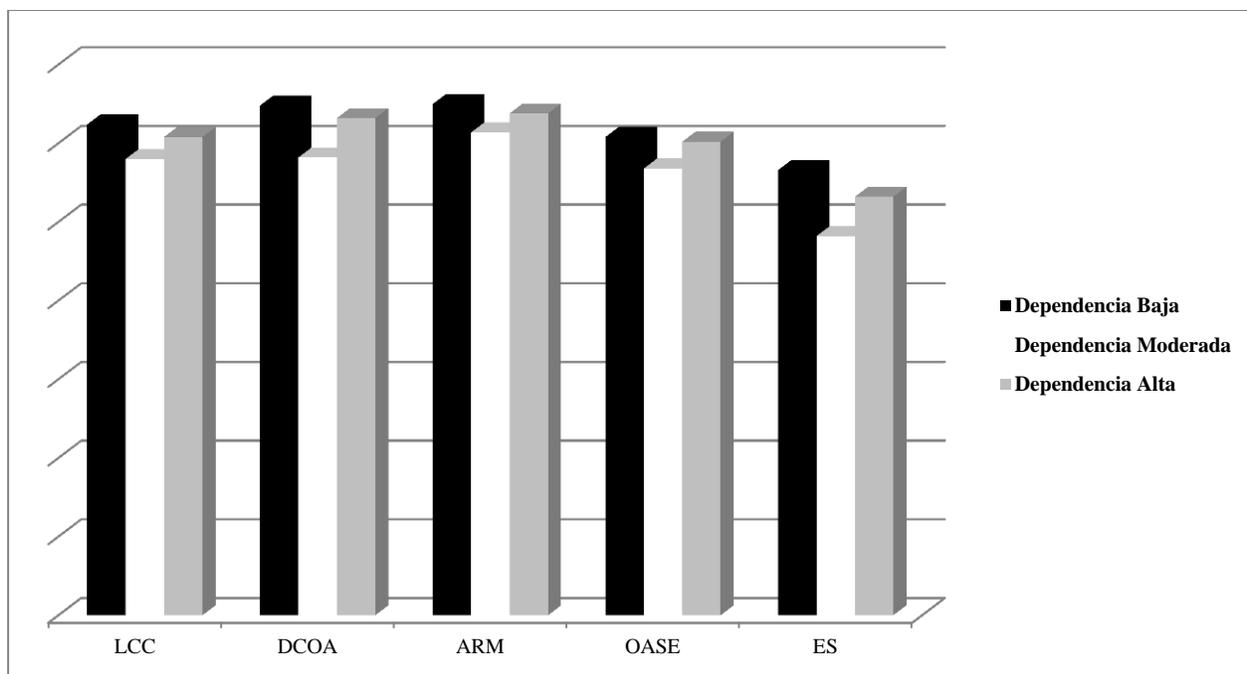


Figura V. 26. Distribución de las dimensiones de resiliencia según el consumo de tabaco

Por el contrario no se aprecian diferencias significativas ($p \leq 0,05$) en ninguna de las dimensiones de la resiliencia, al relacionarla con la adhesión a la dieta mediterránea, como puede observarse a continuación:

Tabla V.53. Distribución de las dimensiones de resiliencia según la adhesión a la dieta mediterránea

Dimensiones	Adhesión Dieta Mediterránea	Medias	DT	F	Sig
LCC	Dieta de muy baja calidad	2,67	1,33	1,698	0,184
	Necesita mejorar patrón	3,06	0,55		
	Dieta óptima	3,11	0,49		
DCOA	Dieta de muy baja calidad	3,17	0,76	0,397	0,673
	Necesita mejorar patrón	3,16	0,70		
	Dieta óptima	3,22	0,69		
ARM	Dieta de muy baja calidad	3,13	0,70	0,973	0,379
	Necesita mejorar patrón	3,19	0,40		
	Dieta óptima	3,24	0,43		
OASE	Dieta de muy baja calidad	2,80	0,72	0,417	0,659
	Necesita mejorar patrón	3,01	0,48		
	Dieta óptima	3,03	0,48		
ES	Dieta de muy baja calidad	2,89	0,50	0,052	0,949
	Necesita mejorar patrón	2,78	0,55		
	Dieta óptima	2,78	0,60		

Referente a la inteligencia emocional y su relación con el consumo de tabaco, los datos estadísticos mostraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión Regulación de la inteligencia emocional ($p=0,035^{***}$) de manera que las puntuaciones medias más bajas las presentaron aquellos con dependencia moderada al consumo de tabaco ($M=1,78$), frente a una dependencia alta ($M=2,04$) y baja ($M=2,09$). Como se desglosa en la siguiente tabla y figura:

Tabla V. 54. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según el consumo de tabaco

Dimensiones	Consumo de tabaco	medias	DT	F	Sig
Percepción IE	Dependencia baja	2,03	0,65	0,972	0,379
	Dependencia Moderada	1,87	0,75		
	Dependencia Alta	1,97	0,62		
Comprensión IE	Dependencia baja	2,05	0,61	1,675	0,188
	Dependencia. Moderada	1,83	0,65		
	Dependencia Alta	2,00	0,61		
Regulación IE	Dependencia baja	2,09	0,59	3,380	0,035***
	Dependencia. Moderada	1,78	0,42		
	Dependencia Alta	2,04	0,53		

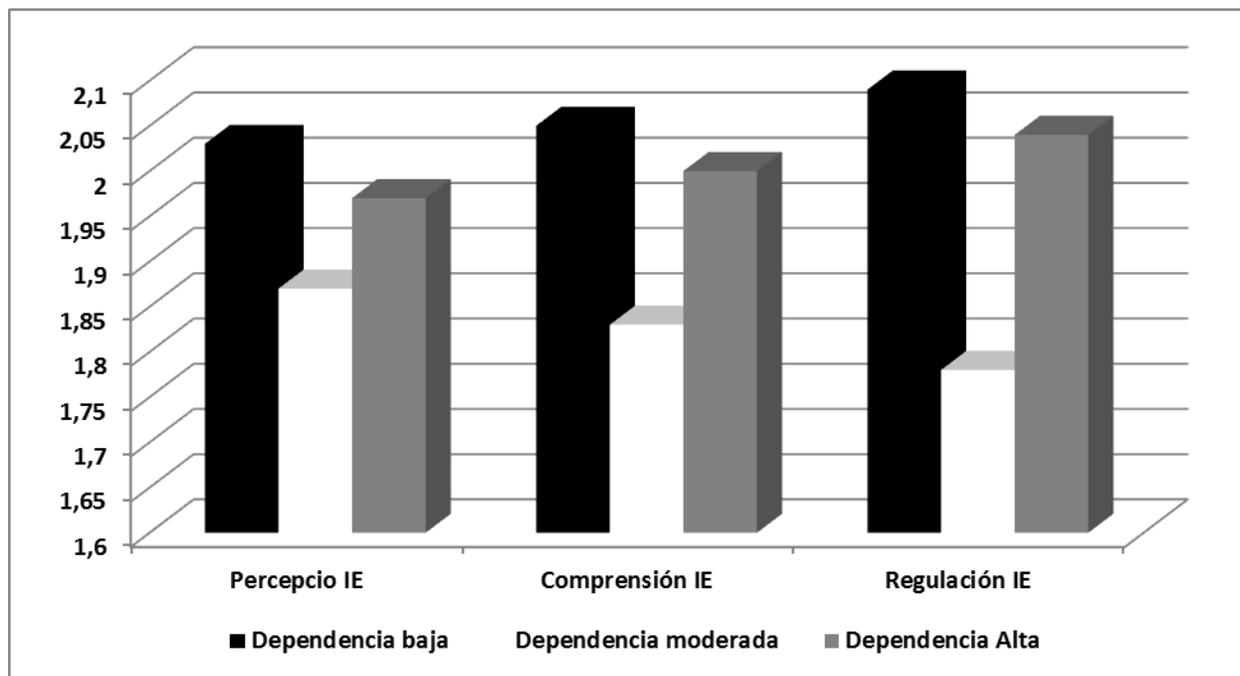


Figura V. 27. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según el consumo de tabaco

Sin embargo, al relacionar inteligencia emocional con la adhesión de la dieta mediterránea no se observan diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) tal y como se muestra a continuación:

Tabla V. 55. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según la adhesión a la dieta mediterránea

Dimensiones	Adhesión Dieta Mediterránea	Medias	DT	F	Sig
Percepción IE	Dieta muy baja calidad	2,33	0,57	1,056	0,349
	Necesita mejorar Patrón	1,95	0,67		
	Dieta mediterránea óptima	2,03	0,64		
Comprensión IE	Dieta muy baja calidad	2,00	1,00	0,078	0,925
	Necesita mejorar Patrón	2,02	0,60		
	Dieta mediterránea óptima	2,04	0,62		
Regulación IE	Dieta muy baja calidad	2,00	1,00	2,308	0,100
	Necesita mejorar Patrón	1,98	0,62		
	Dieta mediterránea óptima	2,10	0,56		

V.2.5. VARIABLES PSICOSOCIALES Y VARIABLES EDUCATIVAS

Los datos obtenidos, no mostraron diferencias significativas en cuanto a las dimensiones de la resiliencia y los estudios previos o actividad laboral previa, tal y como puede apreciarse en la siguiente tabla:

Tabla V. 56. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según los estudios previos o actividad laboral previa

Dimensiones	Estudios o actividad laboral previos	Medias	DT	F	Sig
LCC	Bachillerato	3,09	0,49	2,165	0,116
	FP	3,10	0,56		
	Mercado Laboral	3,35	0,47		
DCOA	Bachillerato	3,18	0,71	0,847	0,429
	FP	3,26	0,67		
	Mercado Laboral	3,29	0,53		
ARM	Bachillerato	3,22	0,40	2,109	0,122
	FP	3,25	0,47		
	Mercado Laboral	3,42	0,41		
OASE	Bachillerato	3,02	0,47	1,787	0,168
	FP	3,02	0,50		
	Mercado Laboral	3,25	0,51		
ES	D baja	2,80	0,50	1,742	0,176
	NM Patrón	2,76	0,59		
	D. óptima	2,53	0,73		

Por lo que respecta a la resiliencia y a la recepción de beca, los valores obtenidos indican la existencia de diferencias significativas en la dimensión DCOA ($p=0,050***$), presentando valores superiores, aquellos que recibieron beca ($M=3,26$) frente a los que no ($M=3,15$), como se muestra a continuación:

Tabla V. 57. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según la recepción o no de beca

Dimensiones	Beca	Media	DT	F	Sig
LCC	SI	3,12	0,47	1,308	0,253
	NO	3,07	0,55		
DCOA	SI	3,26	0,66	3,849	0,050***
	NO	3,15	0,73		
ARM	SI	3,26	0,38	2,603	0,107
	NO	3,20	0,47		
OASE	SI	3,03	0,47	0,006	0,936
	NO	3,03	0,50		
ES	SI	2,80	0,57	0,721	0,396
	NO	2,76	0,61		

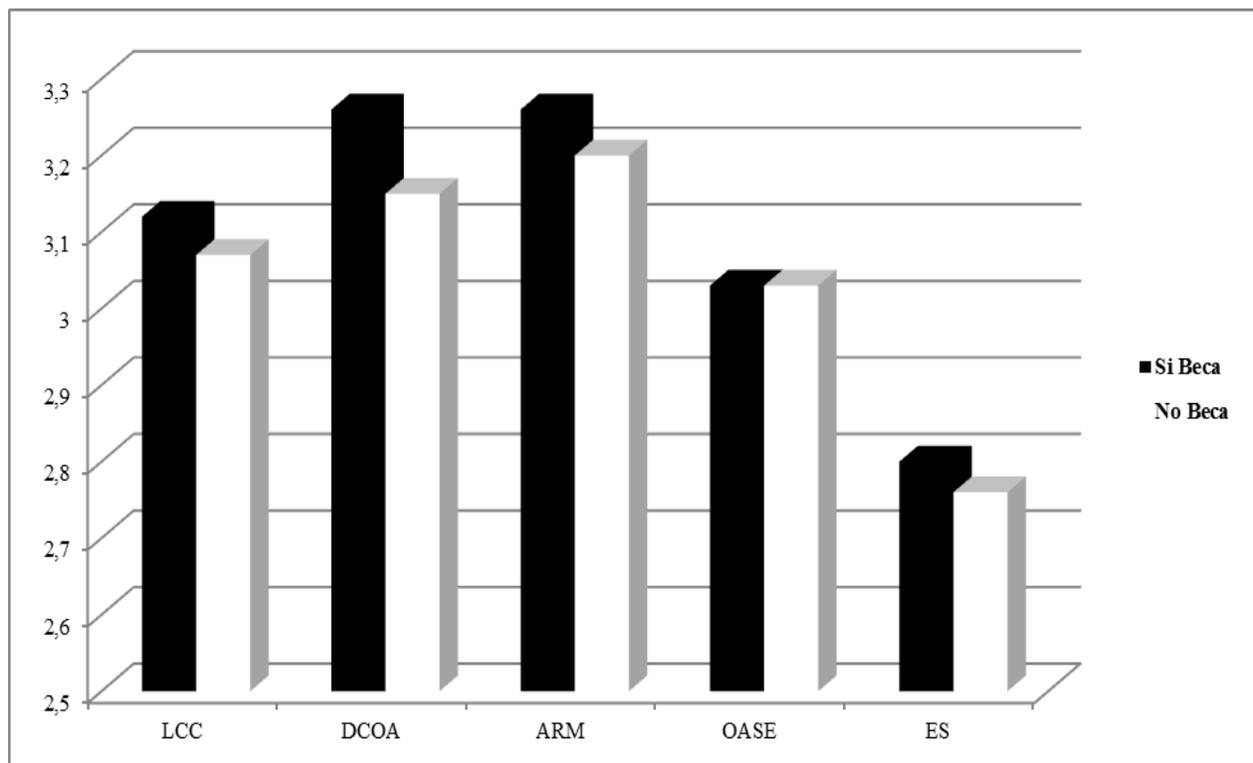


Figura V. 28. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según la recepción o no de beca

En relación a la resiliencia y la nota media del curso pasado, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en todas sus dimensiones a excepción de la dimensión ES. La dimensión LCC ($p>0,001$) presenta el sobresaliente ($M=3,28$) a la cabeza de los valores medios obtenidos, seguido del notable ($M=3,13$), del aprobado ($M=2,91$) y del aprobado con asignaturas pendientes ($M=2,12$). En DCOA igualmente las notas más altas presentan mejores medias, incluso que en la dimensión anterior, de manera que los alumnos con sobresaliente presentan medias superiores ($M=3,29$) frente a los que sacan notable ($M=2,27$), aprobado ($M=3,10$) o aprobado con asignaturas pendientes ($3,03$).

Pero es en ARM donde los alumnos con sobresaliente muestran mayores niveles medios ($M=3,40$), tras aquellos con notable ($M=3,25$), y seguidos de los aprobados con asignaturas pendientes ($M=3,21$) y aprobados ($M=3,11$). Así mismo en OASE, los mayores valores medios se presentaban en los que tenían sobresaliente ($M=3,15$) y notable ($M=3,15$) frente a los aprobados con asignaturas pendientes ($M=3,03$) y aprobados ($M=2,87$), como se muestra a continuación en la siguiente tabla:

Tabla V. 58. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según la nota media del curso anterior

Dimensiones	Nota media	Medias	DT	F	Sig
LCC	Aprobado Asignaturas Pendientes	2,12	0,57	6,923	0,000***
	Aprobado	2,91	0,51		
	Notable	3,13	0,50		
	Sobresaliente	3,28	0,42		
DCOA	Aprobado Asignaturas Pendientes	3,03	0,70	3,983	0,008***
	Aprobado	3,10	0,75		
	Notable	3,27	0,66		
	Sobresaliente	3,29	0,76		
ARM	Aprobado Asignaturas Pendientes	3,21	0,46	5,402	0,001***
	Aprobado	3,11	0,45		
	Notable	3,25	0,40		
	Sobresaliente	3,40	0,38		
OASE	Aprobado Asignaturas Pendientes	3,03	0,47	4,665	0,003***
	Aprobado	2,87	0,45		
	Notable	3,05	0,49		
	Sobresaliente	3,15	0,45		
ES	Aprobado Asignaturas Pendientes	2,84	0,53	0,404	0,750
	Aprobado	2,75	0,57		
	Notable	2,77	0,61		
	Sobresaliente	2,81	0,58		

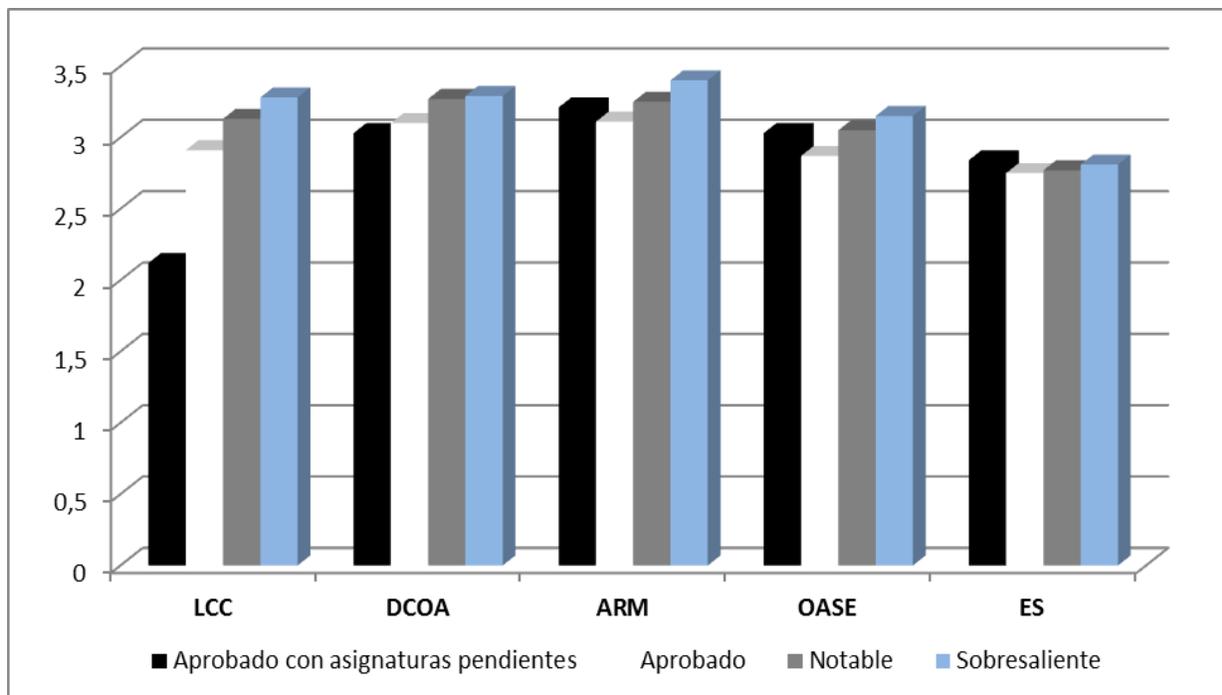


Figura V. 29. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según la nota media del curso anterior

Así mismo, referente al ámbito de conocimiento y las dimensiones de la resiliencia, los datos estadísticos arrojan diferencias estadísticamente significativas en la dimensión ARM ($p=0,037^{***}$), presentando mayores niveles medios en ciencias de la salud ($M=3,26$) frente a ciencias sociales ($M=3,19$), como puede observarse a continuación:

Tabla V. 59. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según el ámbito de conocimiento

Dimensiones	Ámbito conocimiento	Medias	DT	F	Sig
LCC	Ciencias Sociales	3,07	0,53	1,371	0,242
	Ciencias Salud	3,12	0,50		
DCOA	Ciencias Sociales	3,19	0,72	0,300	0,584
	Ciencias Salud	3,22	0,67		
ARM	Ciencias Sociales	3,19	0,43	4,383	0,037***
	Ciencias Salud	3,26	0,42		
OASE	Ciencias Sociales	3,00	0,48	1,721	0,190
	Ciencias Salud	3,05	0,49		
ES	Ciencias Sociales	2,75	0,59	0,826	0,364
	Ciencias Salud	2,80	0,60		

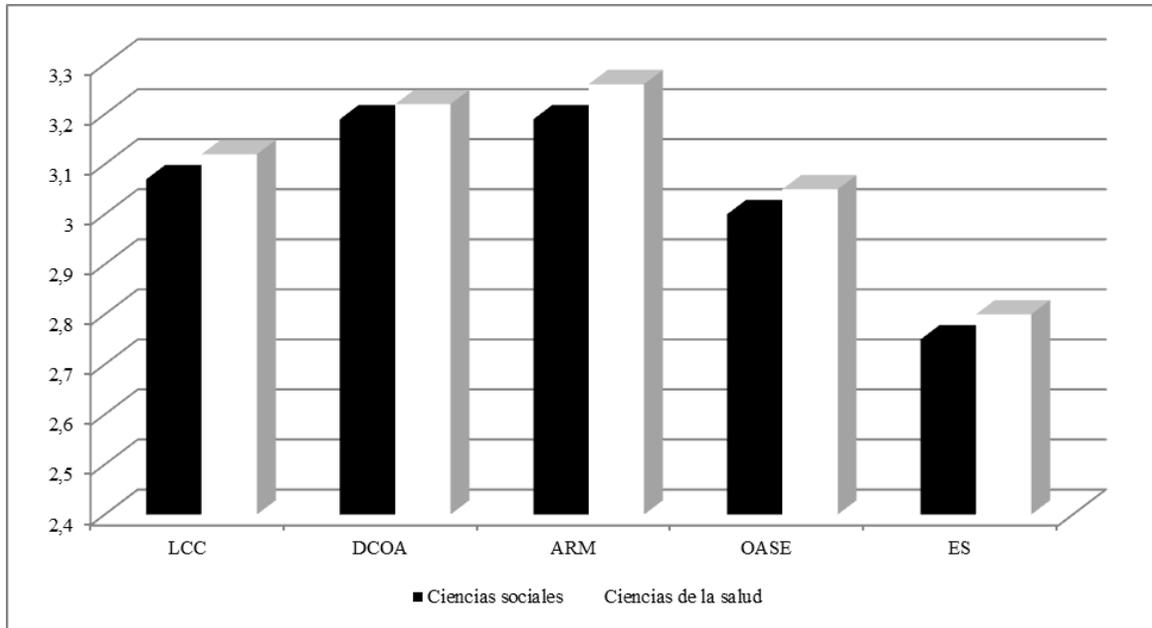
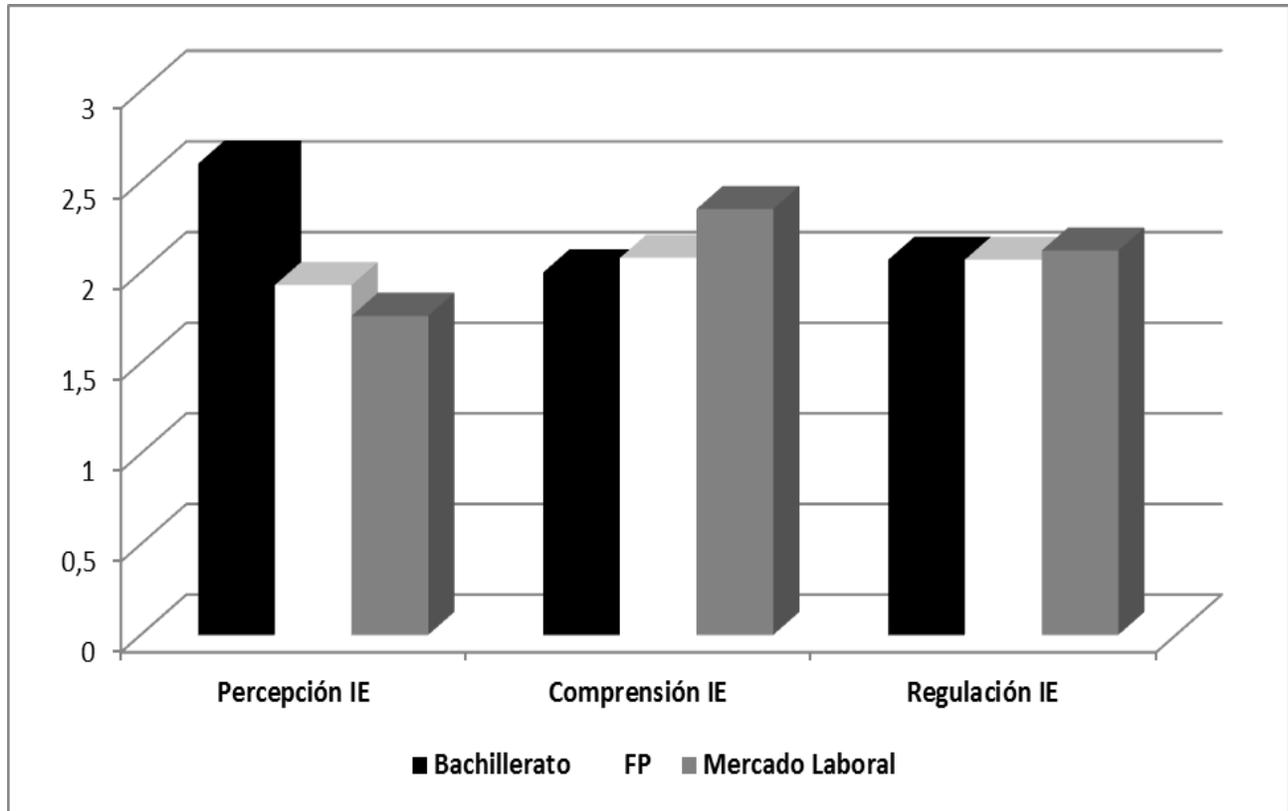


Figura V. 30. Distribución de las dimensiones de la resiliencia según el ámbito de conocimiento

En cuanto a la inteligencia emocional y los estudios previos o actividad laboral previa, los resultados mostraron diferencias significativas en la comprensión ($p=0,023^{***}$), de manera que las medias más altas estaban presentes en aquellos alumnos que procedían del mercado laboral ($M=2,35$) y de FP ($M=2,08$) frente a los que procedían de bachillerato ($M=2,06$). Así mismo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la inteligencia emocional ($p=0,034^{***}$), de forma que los alumnos con menores valores medios eran los procedentes del mercado laboral ($M=1,76$) y FP ($M=1,93$) frente a los de bachillerato ($M= 2,06$). A continuación se desglosan los datos en la siguiente tabla y figura:

Tabla V. 60. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según estudios previos o actividad laboral previa

Dimensiones	Estudios o actividad laboral previos	Medias	DT	F	Sig
Percepción IE	Bachillerato	2,06	0,65	3,779	0,023***
	FP	1,93	0,64		
	Mercado Laboral	1,76	0,66		
Comprensión IE	Bachillerato	2,00	0,61	3,407	0,034***
	FP	2,08	0,62		
	Mercado Laboral	2,35	0,49		
Regulación IE	Bachillerato	2,07	0,58	0,054	0,947
	FP	2,07	0,56		
	Mercado Laboral	2,12	0,69		



FiguraV. 31. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según estudios previos o actividad laboral previa

Por el contrario, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) al relacionar inteligencia emocional con la recepción de beca ni con la nota media del curso pasado, como se muestra a continuación en las siguientes tablas:

Tabla V.61. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según recepción de beca

Dimensiones	Beca	medias	DT	F	Sig
Percepción IE	SI	2,03	0,67	0,587	0,444
	NO	1,99	0,62		
Comprensión IE	SI	2,07	0,62	3,001	0,084
	NO	1,99	0,61		
Regulación IE	SI	2,10	0,57	2,205	0,138
	NO	2,03	0,58		

Tabla V. 62. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según la nota media del curso anterior

Dimensiones	Nota media	Medias	DT	F	Sig
Percepción IE	Aprobado con asignaturas	2,07	0,62	0,917	0,432
	Aprobado	2,06	0,63		
	Notable	1,98	0,66		
	Sobresaliente	2,10	0,59		
Comprensión IE	Aprobado con asignaturas	2,03	0,63	0,454	0,714
	Aprobado	1,97	0,64		
	Notable	2,05	0,61		
	Sobresaliente	2,03	0,62		
Regulación IE	Aprobado con asignaturas	2,15	0,56	2,525	0,057
	Aprobado	1,97	0,62		
	Notable	2,07	0,57		
	Sobresaliente	2,23	0,53		

En cambio, si se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la inteligencia emocional respecto al ámbito de conocimiento, en concreto en la dimensión de percepción de la inteligencia emocional ($p=0,013***$), de forma que los alumnos de ciencias sociales presentan mayores niveles medios ($M=2,09$) frente a ciencias de la salud ($M=1,95$), tal y como se muestra:

Tabla V.63. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según el ámbito de conocimiento

Dimensiones	Ámbito de conocimiento	medias	DT	F	Sig
Percepción IE	Ciencias Sociales	2,09	0,62	6,257	0,013***
	Ciencias Salud	1,95	0,66		
Comprensión IE	Ciencias Sociales	2,04	0,61	0,046	0,831
	Ciencias Salud	2,03	0,62		
Regulación IE	Ciencias Sociales	2,08	0,58	0,014	0,906
	Ciencias Salud	2,07	0,57		

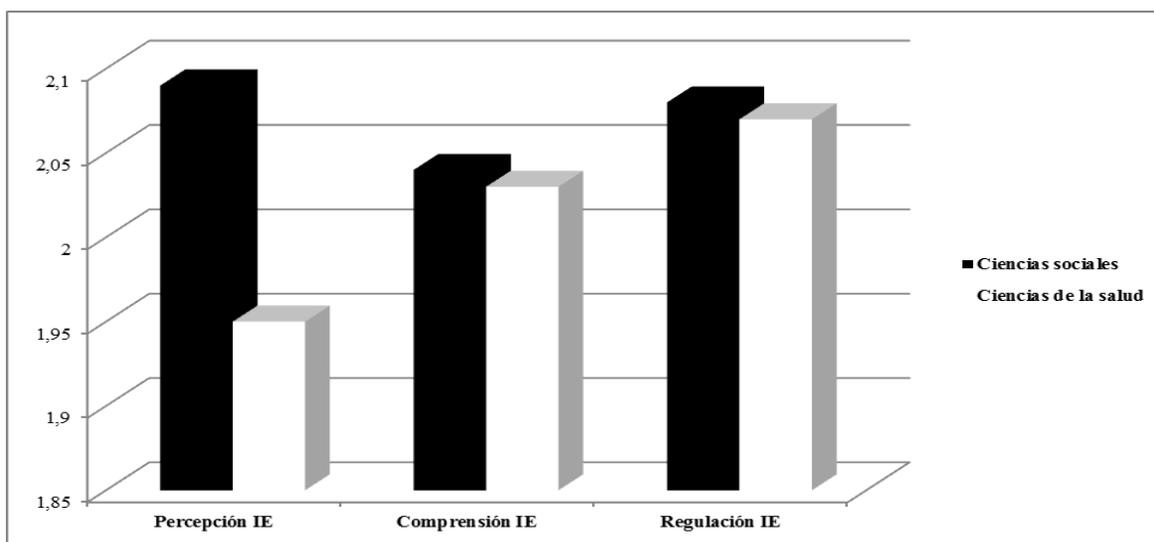


Figura V. 32. Distribución de las dimensiones de la inteligencia emocional según el ámbito de conocimiento

V.2.6. VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES EDUCATIVAS

Los valores obtenidos en la relación al consumo de alcohol con los estudios previos o actividad laboral previa, no aportaron diferencias significativas ($p \leq 0,050$) como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla V.64. Distribución del consumo de alcohol según estudios previos o actividad laboral previa

Consumo de alcohol	Estudios o actividad laboral previos	Medias	DT	F	Sig
Consumo abusivo	Bachillerato	8,56	2,34	1,931	0,146
	FP	8,61	2,21		
	Mercado Laboral	7,47	1,80		
Consumo dañino	Bachillerato	5,14	1,97	1,341	0,262
	FP	5,02	1,68		
	Mercado Laboral	4,41	1,46		
Dependencia	Bachillerato	6,22	0,82	0,445	0,641
	FP	6,29	0,75		
	Mercado Laboral	6,29	0,84		

En cambio sí se aprecian diferencias estadísticamente significativas en los valores obtenidos en el consumo de alcohol en su dimensión de dependencia al alcohol ($p=0,046^{***}$) y la recepción de beca, en donde los alumnos que reciben beca muestran los valores medios más bajos ($M=6,18$) frente a los que no la reciben ($M=6,31$), como se puede observar en la siguiente tabla y figura:

Tabla V. 65. Distribución del consumo de alcohol según recepción de beca

Consumo de alcohol	Beca	medias	DT	F	Sig
Consumo abusivo	SI	8,49	2,22	0,366	0,545
	NO	8,60	2,39		
Consumo dañino	SI	4,95	1,63	3,492	0,062
	NO	5,24	2,15		
Dependencia	SI	6,18	0,58	3,981	0,046***
	NO	6,31	1,00		

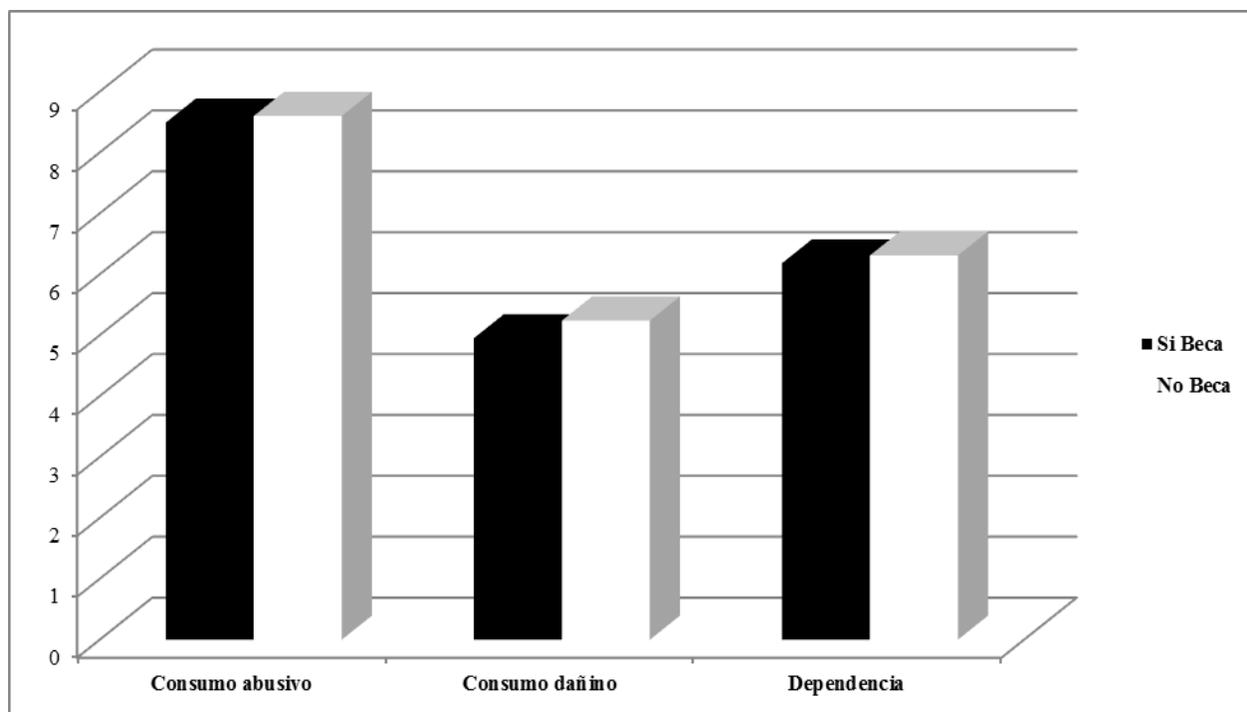


Figura V. 33. Distribución del consumo de alcohol según recepción de beca

Por el contrario, los datos relacionados con el consumo de alcohol según la nota media del curso pasado y según el ámbito de conocimiento no arrojan diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$), tal y como se muestra en las siguientes tablas:

Tabla V. 66. Distribución del consumo de alcohol según la nota media del curso anterior

Consumo alcohol	Nota media	Medias	DT	F	Sig
Consumo abusivo	Aprobado con asignaturas	8,51	2,46	1,458	0,225
	Aprobado	8,87	2,49		
	Notable	8,52	2,22		
	Sobresaliente	8,00	2,00		
Consumo dañino	Aprobado con asignaturas	5,28	2,20	0,922	0,430
	Aprobado	5,19	2,10		
	Notable	4,98	1,68		
	Sobresaliente	5,30	2,34		
Dependencia	Aprobado con asignaturas	6,25	0,73	0,147	0,932
	Aprobado	6,27	0,89		
	Notable	6,23	0,73		
	Sobresaliente	6,30	1,20		

Tabla V. 67. Distribución del consumo de alcohol según el ámbito de conocimiento

Consumo alcohol	Ámbito de conocimiento	Medias	DT	F	Sig
Consumo abusivo	Ciencias Sociales	8,37	2,44	2,883	0,090
	Ciencias Salud	8,69	2,15		
Consumo dañino	Ciencias Sociales	5,21	2,17	2,590	0,108
	Ciencias Salud	4,97	1,59		
Dependencia	Ciencia Sociales	6,29	0,90	1,504	0,221
	Ciencia Salud	6,21	0,70		

En cuanto a los datos relacionados con el consumo de tabaco y los estudios previos o actividad laboral previa no reportaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,097$) como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla V.68. Distribución del consumo de alcohol según el ámbito de conocimiento ($p=0,097$)

Consumo Tabaco	Estudios o actividad laboral previos	Bachillerato	FP	Mercado Laboral	Total
Dependencia baja	Recuento	326	119	12	457
	% Tabaco	71,3%	26,0%	2,6%	100%
	% Estudios	79,5%	70,0%	70,6%	76,5%
Dependencia moderada	Recuento	16	6	1	23
	% Tabaco	69,6%	26,1%	4,3%	100%
	% Estudios	3,9%	3,5%	5,9%	3,9%
Dependencia alta	Recuento	68	45	4	117
	% Tabaco	58,1%	38,5%	3,4%	100%
	% Estudios	16,6%	26,5%	23,5%	19,6%
Total	Recuento	410	170	17	597
	% Tabaco	68,7%	28,5%	2,8%	100%
	% Estudios	100%	100%	100%	100%

Así mismo, en el consumo de tabaco no se detectaron diferencias significativas al relacionarlo con la recepción de beca ($p=0,171$) ni con la nota media del curso anterior ($p=0,280$), como se desprende de las siguientes tablas:

Tabla V. 69. Distribución del consumo de alcohol según la recepción de beca (p=0,171)

Consumo Tabaco	¿Recibes beca?	SI	NO	Total
	Recuento	260	197	457
Dependencia baja	% Tabaco	56,9%	43,1%	100%
	% Beca	79,5%	73,0%	76,5%
Dependencia moderada	Recuento	11	12	23
	% Tabaco	47,8%	52,2%	100%
	% Beca	3,4%	4,4%	3,9%
Dependencia alta	Recuento	56	61	117
	% Tabaco	47,9%	52,1%	100%
	% Beca	17,1%	22,6%	19,6%
Total	Recuento	327	270	597
	% Tabaco	54,8%	45,2%	100%
	% Beca	100%	100%	100%

Tabla V. 70. Distribución del consumo de alcohol según la nota media del curso pasado (p=0,280)

Consumo Tabaco	Nota media	Aprobado con asignaturas	Aprobado	Notable	Sobresaliente	Total
Dependencia baja	Recuento	70	70	284	33	457
	% Tabaco	15,3%	15,3%	62,1%	7,2%	100%
	% Nota	80,5%	69,3%	77,0%	82,5%	76,5%
Dependencia moderada	Recuento	1	5	17	0	23
	% Tabaco	4,3%	21,7%	73,9%	0%	100%
	% Nota	1,1%	5,0%	4,6%	0%	3,9%
Dependencia alta	Recuento	16	26	68	7	117
	% Tabaco	13,7%	22,2%	58,1%	6,0%	100%
	% Nota	18,4%	25,7%	18,4%	17,5%	19,6%
Total	Recuento	87	101	369	40	597
	% Tabaco	14,6%	16,9%	61,8%	6,7%	100%
	% Nota	100%	100%	100%	100%	100%

De hecho tampoco se hallaron diferencias significativas al relacionar el tabaco con el ámbito de conocimiento ($p=0,840$), constatándose de tal manera, la no presencia de diferencias significativas en ninguna de las variables educativas y en el consumo de tabaco, como se muestra a continuación:

Tabla V. 71. Distribución del consumo de alcohol según el ámbito de conocimiento ($p=0,840$)

Consumo Tabaco	Ámbito conocimiento	Ciencias Sociales	Ciencias Salud	Total
Dependencia baja	Recuento	212	245	457
	% Tabaco	46,4%	53,6%	100%
	% Ámbito	75,7%	77,3%	76,5%
Dependencia moderada	Recuento	12	11	23
	% Tabaco	52,2%	47,8%	100%
	% Ámbito	4,3%	3,5%	3,9%
Dependencia alta	Recuento	56	61	117
	% Tabaco	47,9%	52,1%	100%
	% Ámbito	20,0%	19,2%	19,6%
Total	Recuento	280	317	597
	% Tabaco	46,9%	53,1%	100%
	% Ámbito	100%	100%	100%

En relación a la adhesión a la dieta mediterránea y los estudios previos o actividad laboral, los datos no mostraron diferencias significativas ($p=0,794$). Así como tampoco se encontraron al relacionar la adhesión a la dieta mediterránea con la recepción de beca ($p=0,295$); como se observa en las siguientes tablas:

Tabla V. 72. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y los estudios previos o actividad laboral previa ($p=0,794$)

Adhesión a la dieta mediterránea	Estudios o actividad laboral previos	Bachillerato	FP	Mercado Laboral	Total
Dieta de muy baja calidad	Recuento	3	0	0	3
	% Dieta	100,0%	0,0%	0,0%	100%
	% Estudios	0,7%	0,0%	0,0%	0,5%
Necesidad de mejorar patrón alimentario	Recuento	92	35	4	131
	% Dieta	70,2%	26,7%	3,1%	100%
	% Estudios	22,4%	20,6%	23,5%	21,9%
Dieta mediterránea óptima	Recuento	315	135	13	463
	% Dieta	68,0%	29,2%	2,8%	100%
	% Estudios	76,8%	79,4%	76,5%	77,6%
Total	Recuento	410	170	17	597
	% Dieta	68,7%	28,5%	2,8%	100%
	% Estudios	100%	100%	100%	100%

Tabla V.73. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y la recepción de beca (p=0,295)

Adhesión a la dieta mediterránea	Beca	SI	NO	Total
	Recuento	1	2	3
Dieta de muy baja calidad	% Dieta	33,3%	66,7%	100%
	% Beca	0,3%	0,7%	0,5%
Necesidad de mejorar patrón alimentario	Recuento	65	66	131
	% Dieta	49,6%	50,4%	100%
	% Beca	19,9%	24,4%	21,9%
Dieta mediterránea óptima	Recuento	261	202	463
	% Dieta	46,4%	43,6%	100%
	% Beca	79,8%	74,8%	77,6%
Total	Recuento	327	270	597
	% Dieta	54,8%	45,2%	100%
	% Beca	100%	100%	100%

En contraposición a esto, la adhesión a la dieta mediterránea si presenta relación con las notas medias del curso anterior, mostrándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,030^{***}$), de manera que apenas se observan casos de dieta de muy baja calidad, tan solo en un mínimo porcentaje de alumnos con notable de nota (0,5%) y aprobados con asignaturas pendientes (1,1%). En cuanto a la necesidad de mejorar un patrón alimentario, los alumnos aprobados (34,7%) y los aprobados con notas pendientes se presentan en mayor medida (23%) que aquellos que tienen sobresaliente (15,0%) o notable (19,0%). Mientras que los alumnos que presentan una dieta mediterránea óptima están más equiparados aquellos con sobresaliente (85,0%) y notable (80,5%), frente a los aprobados con asignaturas pendientes (75,9%) y aprobados (65,3%), como se muestra a continuación:

*Tabla V.74. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y la nota media del curso anterior (p=0,030***)*

Adhesión a la dieta mediterránea	Nota media	Aprobado con asignaturas	Aprobado	Notable	Sobresaliente	Total
	Recuento	1	0	2	0	3
Dieta de muy baja calidad	% Dieta	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	100%
	% Nota	1,1%	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%
Necesidad de mejorar patrón alimentario	Recuento	20	35	70	6	131
	% Dieta	15,3%	26,7%	53,4%	4,6%	100%
	% Nota	23,0%	34,7%	19,0%	15,0%	21,9%
Dieta mediterránea óptima	Recuento	66	66	297	34	463
	% Dieta	14,3%	14,3%	64,1%	7,3%	100%
	% Nota	75,9%	65,3%	80,5%	85,0%	77,6%
Total	Recuento	87	101	369	40	597
	% Dieta	14,6%	16,9%	61,8%	6,7%	100%
	% Nota	100%	100%	100%	100%	100%

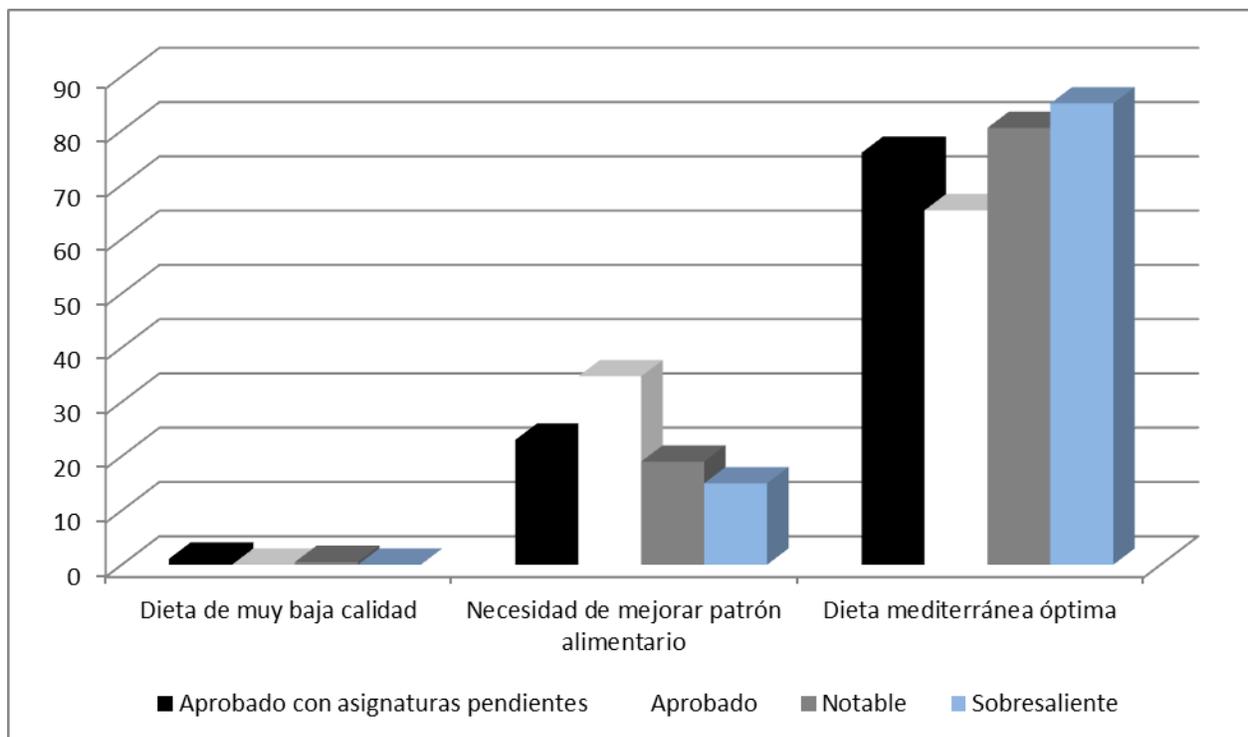


Figura V. 34. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y la nota media del curso anterior

Por último, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la relación entre adhesión a la dieta mediterránea y el ámbito de conocimiento ($p=0,327$), como se muestra a continuación:

Tabla V. 75. Distribución de la adhesión a la dieta mediterránea y el ámbito de conocimiento ($p=0,327$)

Adhesión a la dieta mediterránea	Ámbito conocimiento	Ciencias Sociales	Ciencias Salud	Total
Dieta de muy baja calidad	Recuento	2	1	3
	% Dieta	66,7%	33,3%	100%
	% Ámbito	0,7%	0,3%	0,5%
Necesidad de mejorar patrón alimentario	Recuento	68	63	131
	% Dieta	51,9%	48,1%	100%
	% Ámbito	24,3%	19,9%	21,9%
Dieta mediterránea óptima	Recuento	210	253	463
	% Dieta	45,4%	54,6%	100%
	% Ámbito	75,0%	79,8%	77,6%
Total	Recuento	280	317	597
	% Dieta	46,9%	53,1%	100%
	% Ámbito	100%	100%	100%

V.3. ECUACIONES ESTRUCTURALES

Se obtuvo un buen ajuste en todos los índices de evaluación del modelo de ecuaciones estructurales. El Chi-cuadrado reveló un valor significativo de p ($\chi^2 = 383,93$; $gl = 69$; $p < 0,001$), aunque debemos tener en cuenta que este estadístico, como índice, no tiene límite superior. Asimismo, no puede interpretarse de manera estandarizada, además del problema que plantea su sensibilidad al tamaño muestral. De este modo, se emplean otros índices de ajuste estandarizados que son menos sensibles al tamaño muestral. El índice de ajuste comparativo (CFI) mostró un valor de 0,920, siendo aceptable. El índice de ajuste normalizado (NFI) concretó un valor de 0,901 y el índice de incremento de ajuste (IFI) de 0,922, ambos aceptables. El error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) obtiene un valor aceptable de 0,078.

La Tabla 76 y la Figura 35 muestran los valores dados para las relaciones entre las variables del modelo de ecuaciones estructurales desarrollado. Se observan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,005$ entre todos los indicadores de la resiliencia y la dimensión global, siendo el ARM el que muestra la mayor fortaleza de correlación ($r = 0,890$) y el ESP el que refleja la menor fortaleza ($r = 0,156$), siendo ambas asociaciones positivas y directas. Las relaciones dadas entre el autoconcepto y sus indicadores reflejan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,005$, dándose la mayor fortaleza de correlación para el AA ($r = 0,605$) y la menor para el AE ($r = 0,183$), siendo ambas relaciones positivas y directas.

Los estadísticos revelan una relación positiva y directa entre el autoconcepto y la resiliencia ($r = 0,732$; $p < 0,005$). Asimismo, se muestra que una relación negativa e inversa entre el autoconcepto y el consumo de alcohol ($r = -0,191$; $p < 0,05$), así como el autoconcepto y el consumo de tabaco ($r = -0,238$; $p < 0,05$). No se encontraron asociaciones entre el consumo de estas sustancias y la resiliencia. Por otro lado, la edad estuvo positivamente relacionada con el consumo de tabaco ($r = 0,121$; $p < 0,01$) y la resiliencia ($r = 0,286$; $p < 0,01$) e inversamente relacionada con el autoconcepto ($r = -0,271$; $p < 0,05$). En relación a la dieta, se observó una relación positiva y directa con el autoconcepto ($r = 0,452$; $p < 0,005$) y negativa e indirecta con la resiliencia ($r = -0,244$; $p < 0,01$), el alcohol ($r = -0,100$; $p < 0,05$) y el tabaco ($r = -0,094$; $p < 0,05$).

Tabla V. 76. Pesos de regresión y pesos estandarizados de regresión

Relaciones entre variables			P.R.				P.E.R.
			EST	S.E.	C.R.	P	EST
Dieta	←	Resiliencia	-1,199	0,442	-2,711	**	-0,244
Dieta	←	Autoconcepto	2,489	0,575	4,332	***	0,452
Alcohol	←	Autoconcepto	-2,106	1,006	-2,093	*	-0,191
Tabaco	←	Autoconcepto	-2,704	1,062	-2,546	*	-0,238
Alcohol	←	Resiliencia	0,037	0,808	0,046	,963	0,004
Tabaco	←	Resiliencia	0,902	0,849	1,063	,288	0,089
Alcohol	←	Dieta	-0,200	0,089	-2,236	*	-0,100
Tabaco	←	Dieta	-0,194	0,93	-2,094	*	-0,094
LCC	←	Resiliencia	1,000	-	-	-	0,789
DCOA	←	Resiliencia	0,679	0,073	9,361	***	0,397
ARM	←	Resiliencia	0,935	0,042	22,196	***	0,890
AE	←	Autoconcepto	0,222	0,059	3,767	***	0,183
Edad	←	Dieta	0,129	0,110	1,177	,239	0,055
Edad	←	Alcohol	-0,073	0,050	-1,478	,139	-0,062
Edad	←	Tabaco	0,138	0,048	2,866	**	0,121
OASE	←	Resiliencia	0,948	0,047	20,168	***	0,791
ES	←	Resiliencia	0,229	0,063	3,611	***	0,156
AS	←	Autoconcepto	0,830	0,097	8,529	***	0,458
AA	←	Autoconcepto	1,000	-	-	-	0,605
AFM	←	Autoconcepto	0,661	0,089	7,410	***	0,385
AF	←	Autoconcepto	1,207	0,118	10,235	***	0,593
Edad	←	Autoconcepto	-3,527	1,432	-2,462	*	-0,271
Edad	←	Resiliencia	3,326	1,065	3,123	**	0,286
Autoconcepto	↔	Resiliencia	0,108	0,012	9,366	***	0,732

Nota 1: P.R., Pesos de Regresión; P.E.R., Pesos Estandarizados de Regresión; EST, Estimaciones; S.E., Estimación del error; C.R., Ratio Crítico.

Nota 2: LCC (Locus de control y compromiso), DCOA (Desafío de la Conducta Orientada a la Acción), ARM (Autoeficacia y resistencia al malestar), OASE (Optimismo y adaptación a situaciones estresantes) y ES (Espiritualidad). Para el autoconcepto los indicadores son AA (Autoconcepto académico), AS (Autoconcepto social), AE (Autoconcepto emocional), AF (Autoconcepto familiar) y AFI (Autoconcepto físico).

Nota 3: * Relación entre variables estadísticamente significativa al nivel 0,05; ** Relación entre variables estadísticamente significativa al nivel 0,01;*** Relación entre variables estadísticamente significativa al nivel 0,005.

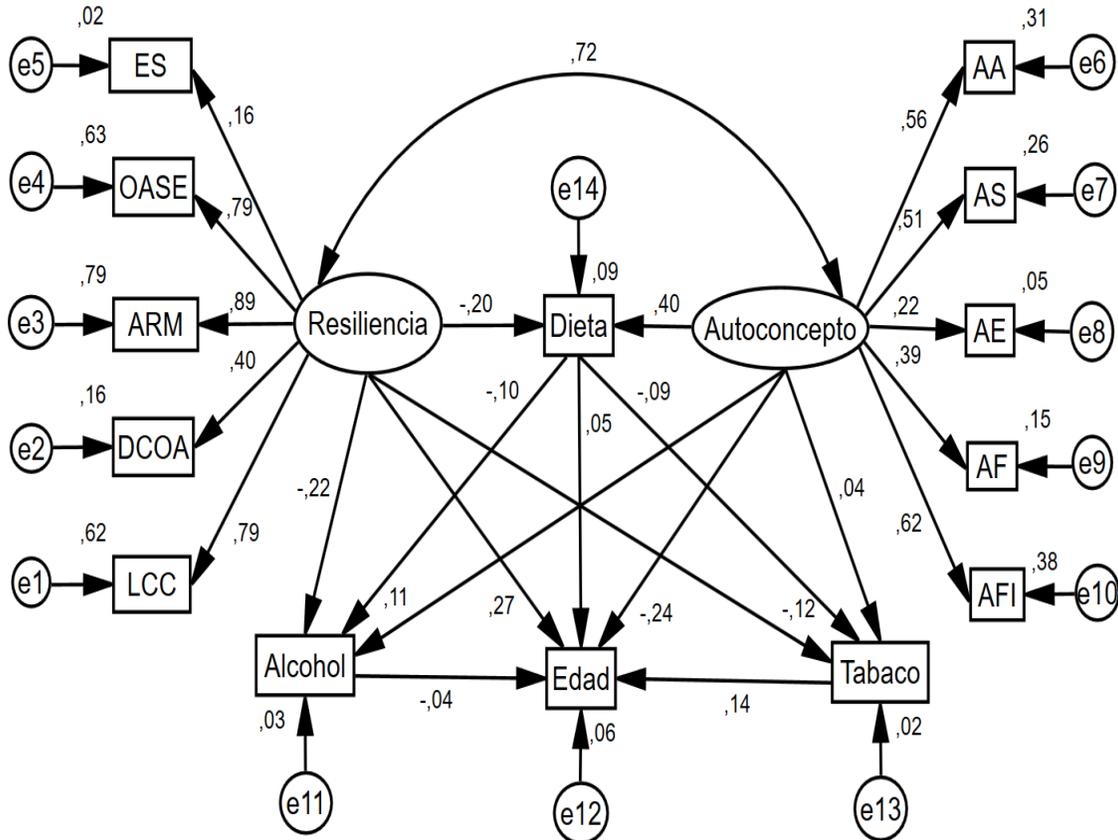


Figura V.35. Modelo de ecuaciones estructurales.

Nota 1: LCC (Locus de control y compromiso), DCOA (Desafío de la Conducta Orientada a la Acción), ARM (Autoeficacia y resistencia al malestar), OASE (Optimismo y adaptación a situaciones estresantes) y ES (Espiritualidad). Para el autoconcepto los indicadores son AA (Autoconcepto académico), AS (Autoconcepto social), AE (Autoconcepto emocional), AF (Autoconcepto familiar) y AFI (Autoconcepto físico).

DISCUSIÓN



VI. DISCUSIÓN

En este sexto capítulo se procede a desarrollar la discusión de los resultados en base a lo hallado en la literatura y a las interpretaciones; por tanto de los 597 estudiantes universitarios que participaron en nuestro estudio de los tres campus pertenecientes a la Universidad de Granada (Granada, Ceuta y Melilla), se constató que un poco más de la cuarta parte de los jóvenes eran varones frente al resto que eran féminas, con una media de 23 años ($M=23,05$).

Tomando como referencia los análisis comparativos entre el género y las diferentes dimensiones de resiliencia llevados a cabo, nuestros resultados muestran que los hombres presentan una media inferior en las dimensiones ES y DCOA frente a las mujeres y una media superior en la dimensión OASE con respecto a las mismas. De manera que se observan ciertas coincidencias con el estudio de Zurita-Ortega et al. (2017), en cuanto a que en sus resultados, es el parámetro de la espiritualidad, el que presenta valores inferiores al resto de dimensiones, al igual que sucede en nuestro caso.

También se observa alguna similitud con el estudio llevado a cabo por Ramírez-Granizo y Castro-Sánchez (2018) en el que utilizaron el mismo instrumento metodológico que el presente trabajo de investigación, pero aplicado a una población escolar con un rango inferior de edad (11-13 años). De igual forma, la dimensión de la Espiritualidad, concretó la menor de las puntuaciones. Aunque en sus resultados se observó que los niños presentaron más capacidades resilientes que las niñas, las cuales presentaban una menor puntuación, en contraposición a nuestro caso donde los hombres presentan medias inferiores a las mujeres en las dimensiones anteriormente señaladas.

Sin embargo, González-Arratia y Valdez-Medina (2013), desarrollaron un estudio comparativo de la resiliencia con cuatro grupos de diferentes rangos de edad: niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos de edad media, y en todos los grupos de estas edades, las mujeres obtuvieron mejores puntuaciones que los hombres a excepción del factor protector interno en adultos jóvenes que no resultó ser significativo. Al igual que Prado y del Águila (2003) exponen en sus resultados unas puntuaciones medias para la resiliencia ligeramente superiores en mujeres en la mayoría de los factores analizados,

Cordini (2005), también refiere cualidades y habilidades de interacción social para resolver y adaptarse positivamente al medio que le rodea, con mayor presencia en las féminas.

Así mismo, Álvarez y Cáceres (2010) manifiestan que la mujer parece más resiliente que el hombre en el ámbito universitario al igual que reflejan en sus trabajos de investigación Álvarez y Cáceres (2010) y González (2011) cuando exponen que la mujer obtiene puntuaciones superiores respecto al varón. Sin embargo existen estudios que no establecen diferencias, como pueden ser los de Caldera-Montes, Aceves-Lupercio y Reinoso-González (2016), aunque se observa una tendencia por parte de la mujer a obtener una puntuación mayor. Es por todo ello, que ante resultados similares, González-Arratia, Valdez-Medina y Zavala-Borja (2008) llegan a considerar al sexo femenino como factor de protección frente al masculino que se concibe como factor de riesgo.

Así pues, la mujer se presenta más resiliente que el hombre, probablemente por las adversidades que se les van presentando a lo largo de su desarrollo evolutivo y la necesidad que éstas conllevan a la utilización de habilidades sociales y de comunicación, además de las estrategias relacionadas con la resolución de conflictos. Es sabido que el rol que ha desempeñado la mujer desde siempre, ha sido de sumisión y dependencia hacia el hombre en casi todos los aspectos de su vida, sin embargo, el cambio social acontecido durante las últimas décadas ha ido transformando esta visión. En este sentido, se puede decir que la mujer ha comenzado a desarrollar actividades de forma autónoma y resolutiva, propiciando así la aparición de conductas resilientes. Por otro lado, y en relación a la inteligencia emocional, nuestros resultados muestran valores medios inferiores en los hombres frente a las mujeres en cuanto a la comprensión de la misma, del mismo modo Segura-Martín (2016) afirma que el género femenino presenta mayores valores medios en habilidades emocionales que los hombres, mientras que éstos presentan un nivel mayor de autocontrol. En este sentido, Pulido-Acosta y Herrera-Clavero (2018) coinciden al señalar que la mujer posee mayor capacidad de gestionar las emociones, quizás por la tendencia aún existente de los varones a reprimirlas.

Otro aspecto que destacan Márquez-Cervantes y Gaeta-González (2017) es el papel significativo que juega la familia en el desarrollo emocional del adolescente y en la protección de su bienestar personal, de forma que las diferencias halladas en nuestros resultados al relacionar el lugar de residencia con la inteligencia emocional, en donde los

estudiantes que residen en el domicilio familiar presentan mejor comprensión de la inteligencia emocional en comparación con aquellos que comparten piso o viven en residencias universitarias (Proctor y Linley, 2014; Raboteg-Saric y Sakic, 2014; Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros, Fernández-Zavala y Revuelta, 2016).

Del análisis se extrajo que los alumnos musulmanes presentaron mayores niveles medios de resiliencia en la dimensión ES, frente al resto de religiones profesadas y a su vez, situados en último lugar en relación a la dimensión DCOA con respecto al resto, siendo los estudiantes de religión cristiana los que alcanzan mayores niveles medios en este aspecto. Además se constata que los alumnos del campus de Melilla son los más espirituales, ya que mostraron valores medios más altos en la dimensión ES con respecto a los de Granada y Ceuta. Hecho que podría explicarse por el elevado número de alumnos musulmanes que estudian en Melilla. En este sentido, no se encuentran suficientes artículos en la literatura revisada para discutir en relación a la espiritualidad mostrada por universitarios musulmanes. En cambio sí se encuentran estudios que afirman que variables de contexto cultural desempeñan un papel a la hora de moldear la resiliencia (Coppari, Barcelata, Bagnoli y Codas, 2018; Gaxiola, González y Contreras, 2012) aunque existen opiniones como las de Calvete y Connor-Smith (2006) en relación a los mecanismos subyacentes, que indican que para las personas con alto nivel de apoyo percibido, el contexto cultural no es significativo. A pesar de ello, nuestros resultados no aportan diferencias significativas al relacionar el campus con la inteligencia emocional.

En lo que respecta a las variables de calidad de vida, en primer lugar se menciona el consumo de alcohol, destacando que los varones obtienen medias superiores en todas sus dimensiones: consumo abusivo de alcohol, consumo dañino de alcohol y dependencia de alcohol, frente a las reflejadas por las mujeres, esto concuerda con lo aportado por Castro-Sánchez et al. (2017) y Zurita-Ortega et al. (2017) en sus estudios. Así mismo, Fachini y Furtado (2013) coinciden en ello e indican que el sexo masculino es mayor consumidor de alcohol que el femenino. Sin embargo, hay que señalar que en nuestro estudio las mujeres presentan unos valores cercanos a los obtenidos por los hombres en la dimensión de dependencia de alcohol.

Igualmente se detectan diferencias significativas en el consumo de alcohol según el lugar de residencia, de manera que los valores más altos en todas sus dimensiones se presentaban

en aquellos universitarios que vivían en residencias y pisos compartidos frente a aquellos que residían en el hogar familiar. Por lo que nuevamente, el hogar familiar se presenta como factor protector y de calidad de vida como referían anteriormente Márquez-Cervantes y Gaeta-González (2017).

En este sentido, podemos encontrar estudios que indican que los universitarios que viven en el domicilio familiar presentan mejores estilos y hábitos alimenticios que los no residentes (Sánchez-Fideli, Gutiérrez-Hervás, Rizo-Baeza y Cortés-Castell, 2018). Teniendo en cuenta que más de la mitad de los participantes residían en el hogar familiar, los datos de nuestro estudio arrojaron que los alumnos del campus de Granada presentaron los valores más favorables en relación a la adhesión a la dieta mediterránea en la gran mayoría de los casos con respecto a los de Ceuta y Melilla, en los que aproximadamente tres cuartas partes del alumnado presentó una dieta óptima. De manera que nuestros resultados han resultado ser mucho más alentadores que los obtenidos por Chacón-Cuberos et al. (2016) y González-Valero, Zurita, Puertas, Chacón, Espejo y Castro (2017) e inversamente proporcional en cuanto a sus valores, ya que sus resultados muestran que, al menos la cuarta parte de los universitarios se alimentaban adecuadamente frente a casi las tres cuartas partes restantes de jóvenes que necesitaban mejorar su alimentación.

Es muy probable que nuestros resultados hayan sido tan óptimos, por la cantidad de alumnos que residían en el ámbito familiar, especialmente en el campus de Granada. El hecho de seguir unos hábitos familiares, con su rutina en cuanto a horarios y menús, incide en los estilos alimentarios de forma favorable. Por el contrario, los universitarios que residen en pisos compartidos o aquellos que de manera autónoma son los responsables de la elaboración de sus comidas y sus respectivos horarios, ven mermada su calidad de dieta por diversidad de motivos tales como el desconocimiento, falta de tiempo para elaborar sus comidas o simplemente por la apatía de tener que cocinar. Además de los alimentos en sí, la forma de preparación de los mismos es de gran importancia, algo en lo que los estudiantes independizados no suelen prestar demasiada atención y con frecuencia hacen uso de productos precocinados y fritos.

En relación a las variables educativas, se detecta que las mujeres reciben más becas que los hombres, lo que podría explicarse por el mayor porcentaje de mujeres universitarias frente a los varones, entre otros acontecimientos porque el número de mujeres matriculadas en

titulaciones de Ciencias de la Salud es superior al de hombres, por lo que en lógica tienen una mayor posibilidad.

Por otro lado, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en cuanto a género y ámbito de conocimiento, con una mayor presencia femenina en titulaciones relacionadas con Ciencias de la Salud frente a los varones, porcentajes similares a los obtenidos por Collel (2005), Benbunan-Bentata, Cruz, Roa, Villaverde y Benbunan (2007), Edo-Gual, Tomás-Sábado y Aradilla-Herrero (2011) y San Román-Mata (2015) en sus trabajos, o como Schmidt (2007) que muestra una baja presencia del sexo masculino en la diplomatura de enfermería. Al igual que Marcenaro-Gutiérrez y Navarro-Gómez (2007) que constatan en sus trabajos las diferencias existentes entre hombres y mujeres en la elección de titulaciones universitarias e indicando una mayor presencia de mujeres con respecto a los hombres en Ciencias de la Educación. De hecho, Martínez-Martínez et al. (2017) llevan a cabo un estudio con jóvenes estudiantes de bachiller y de ciclos formativos, con el fin de conocer el área vocacional según el género, señalando en sus resultados que las áreas de ciencias de la salud y de la educación son de mayor preferencia por el sexo femenino.

Si atendemos a las variables lugar de residencia y estudios previos o actividad laboral previa, no se apreció ningún tipo de asociación, así como tampoco se observaron diferencias al relacionar el lugar de residencia con la recepción de beca y con la nota media del curso pasado. No obstante, al relacionar el lugar de residencia con el ámbito de conocimiento, se constató que los alumnos que conviven con sus padres prefieren las Ciencias Sociales frente a las de la Salud, además se observó una mayor presencia de alumnos de Ciencias de la Salud en pisos compartidos y residencias universitarias. Este hecho podría estar relacionado con la cantidad de alumnos que se encuentran matriculados en la titulación de Grado en Enfermería fuera de su ciudad de origen, es sabida que la nota de corte de selectividad es menor en las ciudades autónomas y esto unido a la demanda existente a nivel nacional de la misma, genera que muchos alumnos se ven en la necesidad de desplazarse a otra ciudad para poder estudiar la carrera escogida.

Puntualizar que la religión cristiana es la que más se profesa y con mayor porcentaje en alumnos de Ciencias de la Salud frente a las Ciencias Sociales, al igual que ocurre con los alumnos que se autoclasifican como pertenecientes a otras religiones. Es sabido que la religión cristiana se ha dedicado de forma altruista al cuidado de enfermos, de hecho

comunidades religiosas como las conocidas Hermanas de la Caridad, desarrollaron funciones de enfermería por vocación hasta la aparición de las enfermeras especializadas desde la Universidad (Landivar-Heredia, 2017), por lo que no resulta llamativo el hecho de encontrar una alta presencia de universitarios de esta tendencia religiosa en el área de Ciencias de la Salud. En contraposición a esto, los alumnos musulmanes se encuentran presentes en mayor medida en las titulaciones de Ciencias Sociales, al igual que les sucede a los ateo-agnósticos.

Del análisis se extrajeron diferencias significativas al relacionar campus universitario con la recepción de beca, de forma que en los campus de Granada y Ceuta el porcentaje de los que no reciben beca es mayor frente a los que sí y es en el campus de Melilla, donde se aprecian un mayor número de alumnos beneficiarios frente a los que no recibieron beca. Hecho que podría explicarse por la cantidad de alumnos matriculados en Melilla que viven fuera del hogar familiar en pisos y residencias.

De igual forma se observan diferencias al comparar el campus universitario con las notas medias del curso anterior, siendo el campus de Melilla el que obtiene mejores calificaciones medias. Es posible que el hecho de ser un campus de pequeñas dimensiones, centralizado en un mismo espacio y con sus características y peculiaridades, propicie una mejor comunicación entre el alumnado y el profesorado, incidiendo en las motivaciones, expectativas y rendimiento académico de los alumnos, por lo que el hecho de recibir una atención individualizada se considera un factor positivo en relación a este hecho. Así pues, multitud de estudios relacionados con las buenas prácticas de enseñanza, confieren una relación entre el rendimiento académico y el buen docente que es capaz de transformar en cierto modo la vida de sus alumnos y deja huella a su paso (Blanco, 2009; Guzmán, 2018; Patiño, 2012), siendo las relaciones personales uno de los aspectos más valorados por el alumnado, lo que se considera un factor motivacional que incita a la superación, influyendo así en el rendimiento académico.

En cuanto a lo referente a las dimensiones de la resiliencia y su relación con el consumo de tabaco, se comprueban diferencias en la dimensión ES, donde la media más baja se presenta en aquellos con dependencia moderada al tabaco, seguida de los que manifiestan una dependencia alta y baja. De manera que Antonio-López et al. (2015), expresan que a mayor puntuación en niveles de resiliencia menor consumo de tabaco. En este sentido, Borges et

al. (2017) encuentran en sus estudios con adultos portugueses, una débil correlación entre resiliencia y el consumo de tabaco. Por consiguiente se considera la resiliencia un factor de prevención ante el consumo de sustancias nocivas para la salud ya que puede mejorar el comportamiento y los procesos internos de los jóvenes.

Por consiguiente, aquellos universitarios resilientes, con capacidades íntimamente ligadas como pueden ser la autoestima, el autoconcepto, la motivación intrínseca y la voluntad para desarrollar acciones, serán más propensos a superar y manejar la presión de grupo que suele darse en los primeros inicios y contactos con las drogas a estas edades, si consideramos este hecho como una de las causas principales en relación al consumo de sustancias nocivas para la salud.

Referente a la inteligencia emocional y su relación con el consumo de tabaco, los datos estadísticos mostraron asociación estadística en la dimensión Regulación de la inteligencia emocional de manera que las puntuaciones medias más bajas las presentaron aquellos con dependencia moderada al consumo de tabaco, frente a una dependencia alta y baja. Es decir, los que presentaban mayor regulación de la inteligencia emocional ostentaban una dependencia baja y alta, los dos puntos extremos en relación a la misma, en cambio los que manifestaban una dependencia moderada, obtenían medias inferiores en dicha dimensión. Así pues, conductas de riesgo y adictivas como el consumo de tabaco a estas edades están relacionadas con las habilidades emocionales, de manera que a menor inteligencia emocional mayor predisposición hacia su consumo (Martínez-López, 2015; Pérez-Fuentes et al, 2015; Zavala y López, 2012).

Por lo que respecta a la resiliencia y a la recepción de beca, los valores obtenidos indican la existencia de diferencias en la dimensión DCOA, presentando valores superiores, aquellos que recibieron beca frente a los que no. Además se expone la relación obtenida con el rendimiento académico, apreciándose diferencias en todas sus dimensiones a excepción de la dimensión ES. De manera, que las mejores calificaciones las obtienen los alumnos más resilientes. Aunque algunos estudios han mostrado correlaciones negativas entre resiliencia y rendimiento escolar ya que para expresar conductas de este tipo deben acontecer sucesos adversos para que la persona pueda afrontarlas y conseguir una adaptación adecuada al medio. Así pues, los alumnos de alto rendimiento expresarían puntuaciones más bajas de resiliencia que los de menor rendimiento, los cuales tendrían un mayor nivel de

comportamientos resilientes (Morales y González, 2014). De todas formas, la resiliencia es una variable en la que se ve influenciada por diversos factores, por lo que se haría necesario un mayor análisis de cada uno de ellos de una manera más especializada.

En cuanto al ámbito de conocimiento y las dimensiones de la resiliencia, aparecen diferencias en la dimensión ARM, presentando mayores niveles medios los alumnos que cursan sus estudios en Ciencias de la Salud frente a los de Ciencias Sociales. Uno de los posibles motivos de este suceso podría estar relacionado con los conocimientos teórico-prácticos y la formación especializada en las titulaciones de Ciencias de la Salud, en concreto en el Grado de Enfermería, en el que se imparten asignaturas relacionadas con los cuidados al final de la vida o con las técnicas de comunicación que se emplean a la hora de transmitir malas noticias a los pacientes o sus familiares. De hecho la investigación en enfermería arroja la resiliencia como una característica propia de dicha área de conocimiento (Arrogante, 2015; Arrogante et al., 2015), e incluso en la taxonomía Nanda existen diagnósticos de enfermería relacionados con la resiliencia, tales como son: deterioro de la resiliencia personal, la disposición para mejorar la resiliencia y el riesgo de compromiso de la resiliencia.

Por otro lado, en nuestro estudio se constata que los alumnos procedentes del mercado laboral y grados de FP presentaban mayores niveles en la comprensión de emociones y al mismo tiempo unos índices inferiores en la percepción de las mismas, frente a los que procedían de bachillerato. Además de ello, los alumnos de Ciencias Sociales presentaron mayores niveles de percepción de inteligencia emocional

Otro dato de interés relacionado con la recepción de beca y el consumo de alcohol, se presenta en los alumnos que la reciben puesto que muestran niveles más bajos en relación a la dependencia al alcohol frente a los que no la reciben. Por lo que la situación socioeconómica del joven estudiante podría frenar en cierta medida el consumo de sustancias nocivas, tal y como indican Espinosa-Herrera, Castellanos-Obregón y Osorio-García (2016). Referente consumo de tabaco no se detectaron diferencias significativas al relacionarlo con la recepción de beca ni con la nota media del curso anterior.

Por otra parte, nuestros datos muestran la relación existente entre la adhesión a la dieta mediterránea con el rendimiento académico, de forma que los casos de alumnos con una dieta de muy baja calidad son mínimos y éstos presentan puntuaciones académicas de

notable y aprobados con asignaturas pendientes. En cuanto a la necesidad de mejorar un patrón alimentario, se observa que los alumnos aprobados y los aprobados con notas pendientes se presentan en mayor medida que aquellos que tienen sobresaliente o notable. Sin embargo, los alumnos que presentan una dieta mediterránea óptima están más equiparados con calificaciones de sobresaliente y notable frente al resto. Así pues, se constata la inquietud de Durá-Travé (2013), acerca de que una dieta que se encuentre por debajo del nivel calórico recomendado, pueda incidir de manera negativa en el rendimiento académico de los universitarios, especialmente en época de exámenes tal y como afirman Sánchez y Aguilar (2015), los cuales, exponen que el desayuno de los universitarios no se realiza de forma habitual. Así mismo hay que prestar atención a los conflictos emocionales que señalan Fleias-Gutiérrez, García-Delgado y Zambrano-Cornejo (2015) que pueden llegar a influir en la dieta y por consiguiente en las tareas a desarrollar.

De hecho, una mala alimentación, no solo influye en el peso o en la imagen corporal de los jóvenes, sino que puede acarrear múltiples consecuencias afectando a la salud y es en la etapa adolescente cuando se debe prestar especial atención, debido a los requerimientos propios de la edad. De manera que la actividad física y psíquica que se lleva a cabo durante la etapa universitaria, debe ser compensada con una buena alimentación que soporte el gasto calórico de las actividades que realizan los estudiantes de forma habitual. Por tanto, podemos decir que los alumnos que presentan una dieta óptima y con un adecuado aporte calórico, mejorarán los procesos de atención y memoria, los cuales, son considerados de relevancia en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Por consiguiente, podemos decir que la dieta tiene relación con el rendimiento académico y por ende con las calificaciones que obtienen los alumnos.

CONCLUSIONES



VII. CONCLUSIONES

Como principales conclusiones que se extraen de la investigación desarrollada podemos decir:

- En este trabajo se constató que más de la mitad del alumnado pertenecía al campus de Melilla, casi una cuarta parte al de Ceuta y en menor proporción al de Granada, del mismo modo se verificó que seis de cada diez alumnos vivían en el domicilio familiar, tres de cada diez en pisos compartidos y muy pocos de ellos en residencias universitarias.
- La religión cristiana se presenta como la mayor profesada en los estudiantes de la Universidad de Granada y se confirmó que presentaban unos niveles óptimos de resiliencia en todas las dimensiones a excepción de la espiritualidad donde presentaban medias más bajas. En referencia a la inteligencia emocional, se pudo observar que las medias más bajas se encontraban en la percepción y comprensión de la inteligencia emocional.
- En referencia al consumo de alcohol en los jóvenes universitarios, se comprobó que las medias más bajas, tanto para hombres como mujeres se presentaban en consumo dañino, frente al consumo abusivo, donde los valores medios eran bastante superiores para ambos sexos. Del mismo modo se constató que más de tres cuartas partes del alumnado tenían una dependencia baja o no fumaban frente a una quinta parte que presentaban una dependencia alta a la misma.
En relación a la dieta mediterránea se confirmó que más de tres cuartas partes de los universitarios presentaban una dieta mediterránea óptima frente a una cuarta parte de los mismos que necesitaban mejorar el patrón alimentario.
- Se comprobó que la mayoría de los participantes procedían de Bachillerato, casi un tercio de la población provenían de Formación Profesional y una mínima presencia mostraban una actividad laboral previa. Además se evidenció una mayor participación de alumnos de Ciencias de la Salud frente a los de Ciencias Sociales.

Igualmente se probó que más de la mitad de los participantes fueron receptores de beca universitaria.

- Se constató que los hombres presentaban niveles inferiores de resiliencia en relación a la espiritualidad con respecto a las mujeres y medias superiores en optimismo y adaptación a situaciones estresantes. Así mismo las féminas mostraban valores superiores en el desafío de conducta orientada a la acción.
- En referencia a la inteligencia emocional, se comprobó que el sexo masculino revelaba puntuaciones inferiores en la comprensión de la inteligencia emocional con respecto a las mujeres. Se constató que los estudiantes que residen en el hogar familiar presentan una mejor comprensión de la inteligencia emocional frente a los que residen en pisos compartidos o residencias.
- La religión musulmana se orienta más hacia la dimensión de la espiritualidad, mientras que los que profesan la religión cristiana obtienen mayor puntuación de resiliencia en desafío de conducta orientado a la acción.
- Los estudiantes del campus de Melilla se muestran más resiliente en cuanto a espiritualidad frente a los campus de Ceuta y Granada. Sin embargo y en relación a la inteligencia emocional, no se encuentran diferencias entre los diferentes campus universitarios.
- Los participantes hombres consumen más alcohol que el femenino, constatándose un menor consumo en los estudiantes que residen en el hogar familiar frente a los que viven en pisos compartidos o residencias.
- En relación al consumo de tabaco no se encuentra asociación con respecto al género, lugar de residencia de los universitarios y campus universitario, al igual que sucede entre el género y lugar de residencia con respecto a la adhesión a la dieta mediterránea.
- Se constata que las mujeres reciben más becas universitarias que los hombres, y se evidencia una mayor presencia femenina en titulaciones relacionadas con Ciencias de la Salud .
- No se encuentra relación entre al lugar de residencia y los estudios previos, recepción de beca y con la nota media del curso anterior.

- Los alumnos que residen en el hogar familiar se presentan en mayor medida en el área de conocimiento de las Ciencias Sociales, mientras que los alumnos que residen en pisos compartidos y residencias universitarias proceden de Ciencias de la Salud.
- No existe concordancia entre la tendencia religiosa y los estudios previos, recepción de beca universitaria y nota media del curso pasado.
- La religión cristiana se presenta como la mayor profesada por alumnos de Ciencias de la Salud frente a los de Ciencias Sociales que es más profesada por los alumnos musulmanes y los ateo-agnósticos se muestran en mayor medida en titulaciones de Ciencias Sociales frente a titulaciones de salud.
- El campus de Melilla presenta el mayor número de alumnos receptores de beca universitaria con respecto a los de Ceuta y Granada, y el campus de Granada muestra mayor número de alumnos que estudian titulaciones relacionadas con la salud, mientras que en Ceuta y Melilla presentan mayor presencia de alumnado en titulaciones de Ciencias Sociales.
- Los alumnos con dependencia moderada al consumo de tabaco presentan los valores más bajos de resiliencia en su dimensión espiritualidad, y no se encuentra asociación en ninguna de las dimensiones de la resiliencia con respecto a la adhesión a la dieta mediterránea.
- Los alumnos con dependencia moderada al consumo de tabaco mostraron las puntuaciones más bajas en la regulación de la inteligencia emocional, y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la inteligencia emocional de los alumnos y la adhesión a la dieta mediterránea.
- Se constata la relación existente entre las notas medias del curso pasado y los niveles de resiliencia, de manera que aquellos alumnos con valores altos de resiliencia se presentan con las mejores calificaciones académicas, del mismo modo que los alumnos de Ciencias de la Salud presentan niveles superiores de resiliencia en cuanto a autoeficacia y resistencia al malestar.
- Los alumnos que procedían del mercado laboral y FP mostraron índices superiores en la comprensión de la inteligencia emocional frente a los que provenían de bachillerato.

- En relación al consumo de alcohol y los estudios previos o actividad laboral previa y el ámbito de conocimiento, no se halló relación. Sin embargo en la dimensión de dependencia al alcohol se constata que los alumnos que reciben beca son los que muestran los valores más bajos frente a los que no son receptores de ella.
- No se encontró relación entre el consumo de tabaco con el ámbito de conocimiento, ni con los estudios previos y con tener beca universitaria, al igual que no existe relación entre la adhesión a la dieta mediterránea con respecto a los estudios previos y la recepción de beca universitaria.
- Se constató que los alumnos que presentaban una dieta óptima presentaban mejores calificaciones académicas.
- Referente a la adhesión a la dieta mediterránea, tres de cada cuatro universitarios presentan una dieta óptima, apreciándose relación con el lugar de residencia, siendo los estudiantes que viven en el hogar familiar los que poseen mejores hábitos y estilos alimentarios.
- Se detecta que las mujeres reciben más becas que los hombres y que en el campus de Melilla se observa mayor número de beneficiarios. Además, podemos afirmar que los universitarios que la reciben presentan valores superiores de resiliencia en la dimensión desafío de la conducta orientada a la acción. Así mismo, los alumnos que reciben beca consumen menos alcohol frente a los que no la reciben.
- Los alumnos más resilientes obtienen las mejores calificaciones académicas, y las titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud siguen teniendo mayor presencia del sexo femenino.
- Se constata que la religión cristiana es la mayor profesada por más de la mitad de los universitarios y en mayor proporción en alumnos de Ciencias de la Salud frente a los de Ciencias Sociales.
- En el caso del rendimiento académico en cuanto al campus universitario, una atención individualizada, cercana y en espacios reducidos, se puede considerar como un factor que favorece mejores calificaciones académicas.
- Se detecta relación entre la resiliencia e inteligencia emocional y el consumo de tabaco, se debe indicar que los estudiantes de Ciencias de la Salud presentan mayores niveles de resiliencia en cuanto autoeficacia y resistencia al malestar que

los de Ciencias Sociales. Sin embargo en relación a la percepción de la inteligencia emocional, son los de Ciencias Sociales los que obtienen valores superiores Y finalmente indicar que una dieta óptima mejora el rendimiento académico

LIMITACIONES



VIII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En relación a las características del estudio llevado a cabo y expuesto en el marco metodológico, se procede a plantear las limitaciones detectadas:

- En primer lugar se debe recordar el diseño de tipo descriptivo y transversal de la investigación realizada, de manera que la recogida de datos se realizó en un acto único, por lo que en numerosos casos no se pudo recoger la plantilla al completo.
- También se hace necesario resaltar la importancia y valor añadido que hubiese supuesto en este estudio, si la recogida de datos se hubiera llevado a cabo en varias ocasiones, de esta manera, se podría haber añadido más participantes a nuestra muestra.
- Igualmente hubiera sido de gran ayuda para obtener resultados más fiables y objetivos haber contado con un tamaño mayor de la muestra, recogiendo datos en otras titulaciones.
- La existencia de universitarios es muy reducida con respecto a mujeres en los ámbitos de formación de futuros profesionales de enfermería.
- Por último, destacar el absentismo que se produjo en ciertas aulas, ya que la asistencia a clases teóricas no son tan preceptivas como las clases prácticas, de forma que si se

hubiesen recogido los datos en clases de prácticas, probablemente la muestra hubiera sido mayor.

PERSPECTIVAS

FUTURAS



IX. PERSPECTIVAS FUTURAS

Los hallazgos de nuestra investigación implican una importante aportación al ámbito de estudio, sin embargo podemos considerarlo como un primer paso hacia los trabajos posteriores, por lo que se plantean las siguientes perspectivas futuras de investigación:

- Implantar programas de intervención desde la edad infantil y durante el resto de ciclos educativos hasta la educación superior, los cuales fomenten la resiliencia e inteligencia emocional, de manera que aumente el rendimiento académico y estilos de vida saludable. Además de la implantación de dichos programas, realizar un seguimiento y evaluación de los mismos, con el fin de determinar su eficacia y de buscar la consecuente repercusión positiva en el alumnado.
- Incluir en los planes de estudios de cada ciclo educativo, la existencia de alguna asignatura donde se trabajen conductas resilientes, manejo de emociones y desarrollo de habilidades sociales y de comunicación.
- Promover jornadas de formación en jóvenes para el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación.
- Establecer nuevas variables o parámetros de medición, como pueden ser la autoestima y las habilidades sociales.

- Incluir en futuros estudios similares, un mayor abanico de población, de manera que exista mayor presencia de alumnado de otras titulaciones académicas y universidades de otras regiones de España incluso del extranjero.

BIBLIOGRAFÍA



A

- Acuña, C., Marina, N., Mendoza, A., Emmerick, I. C., Luiza, V. L., y Azeredo, T. B. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud ya medicamentos en tres países de América Central. *Revista Panamericana Salud Pública*, 35(2), 128-135.
- AEVI (2015) Anuario AEVI 2015. *Asociación española de videojuegos*. 1-54.
- Agboola, O. (2015). Motivating Factors for Adults Learners in Higher Education. *International Journal of Higher Education*, 4(1), 22-37.
- Aguaded, M., y Pantoja, M. J. (2015). Innovar desde un proyecto educativo de inteligencia emocional en primaria e infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 26, 69-88.
- Aguado, R., López, A., y Hernández, J.L. (2017). Educación Física y desarrollo de la autonomía: la percepción del alumnado de Educación Secundaria. *Retos*, 31, 300-305.
- Aguilar, G. N., Arjona, B. A., y Noriega, G. A. (2016). La resiliencia en la educación, la escuela y la vida. *Perspectivas Docentes*, 58(20), 11-40.
- Aguilar, J., González, D., y Aguilar, A. (2016). Un modelo estructural de motivación intrínseca. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2552-2557.
- Aguirre-Flores, V., Urzúa-Rivera, B., Reyes-Muñoz, Y., y Cortés-Figueroa, C. (2017). La influencia de la religión en la desvalorización de los cuidados en la salud: Una lectura desde el género. *Vivencia: Revista de Antropología*, 1(48), 183-197.
- Albert, M.J. (2006). *La investigación educativa, claves teóricas*. España.
- Alcaraz, S., Pons, J., Angulo-Brunet, A., y Cruz, J. (2017). Intervenciones para la promoción de actividad física basadas en la teoría de la autodeterminación: Una revisión narrativa (2011-2016). *Revista de Psicología del Deporte*, 26(3), 116-123.
- Alfonso-Figueroa, L., y Figueroa- Pérez, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 293-301.
- Alonso, S.M. (2016). Dificultades en el estudio de las minorías religiosas: el caso del budismo en Galicia. *Aposta. Revista de ciencias sociales*, 73, 168-195.
- Álvarez, L.Y. y Cáceres, L. (2010). Resiliencia, rendimiento académico y variables

- sociodemográficas en estudiantes universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 37-46.
- Álvaro, J. I. (2015). *Análisis del autoconcepto en relación con factores educativos, familiares, físicos y psicosociales en adolescentes de la provincia de Granada*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Álvaro, J., Zurita, F., Castro, M., Martínez, A., y García, S. (2014). Relación entre consumo de tabaco y alcohol y el autoconcepto en adolescentes españoles. *Revista Complutense de Educación*, 27(2), 533-550.
- Alves de Oliveira, W., Torres, A. R., Oliveira, C., Ibarra, A., Torales, A., y Martínez, M. (2016). Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica no Transmisible. *Archivos de Medicina*, 12 (1), 1-9.
- Amar, A.J. (2001). El impacto de la globalización y la construcción de una educación para la ciudadanía. *Tarbiya, Revista de Investigación e Innovación educativa*, 29, 21-33.
- Ames, C. (1992). Achievement goals, motivational climate, and motivational processes. En G. C. Roberts (Ed.), *Motivation in sport and exercise*, 161-176. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Ananou, O. y Bautista, F. J. (2016). La movilidad transfronteriza: el caso de Melilla-Nador. *Revista de Humanidades*, 28, 169-196.
- Anguiano-Salazar, F., Islas-Moreno, C., García-Lirios, C., Carreón-Guillén, J., Valdés-Ambrosio, O. y Hernández-Valdés, J. (2017). Gobernanza de la salud dermatológica: Modelo de prevención sanitaria y tratamiento con implicaciones para un dispositivo de intervención desde el Trabajo Social. *EHQUIDAD. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 7, 117-144.
- Animosa, L. H., Johnson, S. L., y Cheng, T. L. (2018). "I Used to Be Wild": Adolescent Perspectives on the Influence of Family, Peers, School, and Neighborhood on Positive Behavioral Transition. *Youth & Society* 50(1), 49-74.
- Antonio-López, M.T., Arrijoja-Morales, G., De León-Gómez, A., Velasco-Parra, L., Torres-Reyes, A., Morales-Castillo, F.A., Coyotl-Rodríguez, E., Xicali-Morales, N., Tenahua-Quilt, I., Villegas-Velázquez, S. y Torres-Zarate, M.Y. (2015). Resiliencia, conducta de salud y conducta de consumo de drogas en estudiantes universitarios. *European Journal of Child Development. Education and Psychopathology*, 3(2), 55-67.

- Aranda, M., Montes-Berges, B., y Castillo-Mayén, M. (2015). The social dominance orientation in adolescence: the role of gender identity and stereotypical male and female traits. *Revista de Psicología Social*, 30(2), 241-263.
- Aráujo, T. y Dosil, J. (2016). Relaciones entre actitudes y práctica de actividad física y deporte en hombres y mujeres. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(3), 67-72.
- Arias, M., Marcos, S., Martín, M., Arias, J., y Deronceré, O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Medisan*, 13(1), 1-6.
- Arribas, M.C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión* 5(17), 23-29.
- Arrogante, O. (2015). Resiliencia en enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*, 24(4), 232-235.
- Arrogante, O., Pérez-García, A. M., y Aparicio-Zaldívar, G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería clínica*, 25(2), 73-80.
- Arroyo, M. (2014). Interpretaciones sobre la situación del catolicismo y la secularización en España. *Iglesia Viva*, 257, 95-108.
- Arufe-Giráldez, V., Chacón-Cuberos, R., Zurita-Ortega, F., Lara-Sánchez, A., y Castro-Sánchez, D. (2017). Influence of type of school on Sport Practice and Leisure Activities of Schoolchildren. *Revista Electrónica Educare*, 21(1), 105-123.
- Aslan, G. y Araza, A. (2015). Employee innovation resilience: a proposal for multidimensional construct. *Business and Management Studies: An International Journal*, 3(3), 290-308.
- Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73.
- Ayán, C., Molina, A., Varela, V., Cancela, J.M., Barrio, J.P., y Martín, V. (2017). Relación entre el consumo de tabaco y la práctica deportiva en una población universitaria de ciencias de la salud y la educación. *Enfermería Clínica*, 27(1), 21-27.

B

- Bahous, R., Bacha, N., y Nabhani, M. (2011). Motivating students in the EFL classroom: A case study of perspectives. *English language teaching*, 4(3), 33-49.
- Bajaj, B. y Pande, N. (2016). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 93, 63-67.
- Barón, J., Vázquez, S., y Cava, M. (2016). Influencia del clima escolar y familiar en adolescents víctimas de ciberacoso. *Comunicar: revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, 24(46), 57-65.
- Bar-On, R. (2005). The impact of emotional intelligence on subjective well-being. *Perspectives in Education*, 23, 41-61.
- Bar-On, R. (2010). Emotional intelligence: an integral part of positive psychology. *South African Journal of Psychology*, 40(11), 54-62.
- Barragán, A. B., Martos, Á., Simón, M., Pérez-Fuentes, M., Molero, M., y Gázquez, J. J. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1), 49-61.
- Baudry, A., Gryberg, D., Dassonneville, C., Lelorain, S., y Christophe, V. (2018). Sub-dimensions of trait emotional intelligence and Health: A critical and systematic review of the literatura. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59, 206-222.
- Beltrán-Carrillo, V., Sierra, C., Jiménez-Loaisa, A., González-Cutre, D., Martínez-Galindo, C., y Cervelló, E. (2017). Diferencias según género en el tiempo empleado por adolescentes en actividad sedentaria y actividad física en diferentes segmentos horarios del día. *Retos*, 31, 3-7.
- Benbunan-Bentata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas, J.M., Villaverde- Gutiérrez, C., y Benbunan-Bentata, B.R. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 197-205.
- Benítez-Corona, L., y Barrón-Tirado, M.C. (2018). Análisis cualitativo de resiliencia en estudiantes de postgrado. *Revista electrónica Educare*, 22(1), 125-145.
- Bergueron, K., Abdy, S., DeCorbi, K., Mensah, G., Rempel, B., y Manson, H. (2017). Theories, models and frameworks used in capacity building interventions

- relevant to public health: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(914), 1-12.
- Bermejo, A., Orozco, F., Ordoñez, J., y Parga, C. (2016). Obesidad infantil, nuevo reto mundial de malnutrición en la actualidad. *Biociencias*, 11(2), 27-36.
- Bermúdez-Torres, C. (2015). Implicaciones educativas de los beneficios de la actividad físico-deportiva. *Revista Educación, Motricidad E Investigación*, 5, 3-16.
- Berra, K., Franklin, B., y Jennings, C. (2017). Community-Based Healthy Livings Interventions. *ScienceDirect*, 59, 430-439.
- Betancourth, S., Zambrano, C., Ceballos, A. K., Benavides, V., y Villota, N. (2017). Habilidades sociales relacionadas con el proceso de comunicación en una muestra de adolescentes. *Psicoespacios: Revista Virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 11(18), 133-148.
- Bhullar, N., Schutte, N., y Malouff, J. (2012). Associations of individualistic-collectivistic orientations with emotional intelligence, mental health, and satisfaction with life: a tale of two countries. *Individual Difference Research*, 10(3), 165-175.
- Birknerová, Z., Frankovský, M. y Zbihlejšová, L. (2013). Social intelligence in the Context of Personality Traits of Teachers. *American International Journal of Contemporary Research*, 3(7), 11-17.
- Blanco, A. (2009). *Aprender a enseñar*. Barcelona: Paidós.
- Blázquez, M., García-Baamonde, M. E., y Moreno, J. M. (2012). *La inteligencia emocional como factor diferencial para la perpetración de la violencia entre géneros*. Investigación y género, inseparables en el presente y en el futuro: IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género. Facultad de Ciencias del Trabajo de la Universidad de Sevilla. 215-229.
- Boggino, N. y Rosekrans, K. (2007). *Investigación Acción: reflexión crítica sobre la práctica educativa*. España: MAD S.L.
- Boix, C. (2007). *Educación para ser feliz. Una propuesta de educación emocional*. Barcelona: Ceac.
- Borges, J. M., Marzo, J. C., García del Castillo, J. A., y García del Castillo-López, A. (2017). Relationship between sensory processing, Resilience, Attitudes and Drug use in Portuguese Adults. *Paidéia*, 27(68), 255-262.

- Bousoño, S. M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., García-Álvarez, L., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, P., Iglesias, C., Sáiz, P., y Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97-104.
- Brasseur, S. y Gregoire, J. (2011). L'intelligence émotionnelle-Traitchez les adolescents á hautpotential: Spécificités et liensavec la réussite scolaire et les compétences sociales. *Enfance*, 62(1), 59-76.
- Bretón, S., y Castro, M. (2017). Adolescencia y baloncesto. *Journal of Sport and Health Research*.9(1), 97-108.
- Buendía, L., González, D. y Pozo, T.C. (2004). *Temas fundamentales en la investigación educativa*. Madrid: España.
- Bustamante, L., y Rengifo, E. (2015). Educación sexual y salud reproductiva, fundamento de la formación integral. *Revista Entornos*, 7(1), 57- 60.
- Bustos-Arcón, V. A. y Russo de Sánchez, A. R (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 21(39), 183-202.

C

- Caballo, M., Varela, L., y Nájera, E. (2017). El ocio de los jóvenes en España. Una aproximación a sus prácticas y barreras. *Revista de Ciencias Sociales*, 12(1), 43-64.
- Cabero, J., Barroso, J., Llorente, M., y Yanes, C. (2016). Redes sociales y Tecnologías de la Información y la Comunicación en Educación: aprendizaje colaborativo, diferencias de género, edad y preferencias. *RED. Revista de Educación a Distancia*, 51, 1-23.
- Cabrera, V., Aya, V., y Cano, A. (2012). Una propuesta antropológica para la comprensión de la resiliencia en niños: las virtudes humanas. *Perspectiva Bioética*, 16(2), 149-164.
- Cajide, J., Porto, A. y Martínez, E. (2004). *Metodología en la investigación educativa actual*. En Muralla, L. (Ed). *Temas fundamentales en la investigación educativa*, Madrid.
- Caldera-Montes, J.F., Aceves-Lupercio, B.I., y Reinoso-González, O.U. (2016). Resiliencia en universitarios. Un estudio comparado entre carreras. *Psicogente*,

19(36), 227-239.

- Calhouna, B., Maggsa, J., y Lokenb, E. (2018). Change in college students' perceived parental permissibility of alcohol use and its relation to college drinking. *Addictive Behaviors*, 76, 275-280.
- Calvete, E. y Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress and Coping*, 19, 47-65.
- Carreras, F. (2014). *Efectos, en los adolescentes, de un programa de responsabilidad personal y social a través del deporte extraescolar*. Tesis Doctoral: Universidad de Alicante.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideración sobre la selección de test en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Carroll, A., Houghton, S., y Baglioni, J.R. (2000). Goals and reputations amongst young children. The validation of the importance of goals and reputation enhancement scales. *Social Psychology International*, 21, 115-135.
- Casas, J. García, J. y González, F. (2006). Guía técnica para la construcción de cuestionarios. *Revista Electrónica de Pedagogía "Odisea"*, 6.
- Casey, B.J. (2015). Beyond Simple Models of Self-Control to Circuit-Based Accounts of Adolescent Behavior. *Annual Review of Psychology*, 66, 295-319.
- Castañer, M., Saüch, G., Prat, Q., Camerino, O., y Anguera, M. T. (2016). La percepción de beneficios y de mejora del equilibrio motriz en programas de actividad física en la tercera edad. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(1), 77-84.
- Castillo, M., Vergel, M., y Lafaid, E. (2017). Creativa, metodología para la motivación por el aprendizaje de las ciencias naturales. *Revista Logos Ciencia y Tecnología*, 8(2), 201-210.
- Castillejo, D., Muñoz-Bravo, C., García-Rodríguez, A., Ruiz-Olivares, J., y Gutiérrez-Bedmar, M. (2016). Health-related quality of life in young people at risk of exclusion in Melilla (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 484-485.
- Castro-Martínez, E., Olmos-Peñuela, J., y Fernández-de Lucio, I. (2016). La Vinculación Ciencia-Sociedad: Estereotipos y Nuevos Enfoques. *Journal Technol. Manag. Innov.*, 11(2), 121-129.

- Castro-Sánchez, M. (2018). *Análisis de los diversos factores psicológicos en diferentes modalidades deportivas en función del nivel competitivo*. Tesis Doctoral: Universidad de Jaén.
- Castro-Sánchez, M. (2016). *Análisis de los parámetros psicosociales, conductuales, físico-deportivos y laborales de los adolescentes de Granada*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Castro-Sánchez, M., Linares-Manrique, M., San-Román-Mata, S., y Cortés-Pérez, A. J. (2017). Análisis de los comportamientos sedentarios, práctica de actividad física y uso de videojuegos en adolescentes. *Sportis. Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity*, 3(2), 241-255.
- Castro-Sánchez, M., Zurita-Ortega, F., Chacón-Cuberos, R., Espejo-Garcés, T., Martínez-Martínez, A. y Pérez-Cortés, A. J. (2017). Sustancias nocivas y actividad física en adolescentes. *Sportis*, 3(2), 223-240.
- Cazalla-Luna, N., y Molero, D. (2014). Inteligencia emocional percibida, ansiedad y afectos en estudiantes universitarios. Perceived emotional intelligence, anxiety and affecto nuniversity students. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(3), 56-73.
- Cea, M. A. (2001). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ceballos-Ospino, G. A. y Rodríguez-De Ávila, U. (2016). Relación entre el consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 13(2), 76-78.
- Cela-Ranilla, J. M., Esteve-González, V., Esteve-Mon, F., González- Martínez, J., y Gisbert-Cervera, M. (2017). El docente en la sociedad digital: una propuesta basada en la pedagogía transformativa y en la tecnología avanzada. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 21(1), 403-422.
- Cerkez, I., Culjak, Z., Zenic, N., Seculik, D., y Kondric, M. (2015). Harmful Alcohol Drinking Among Adolescents: The Influence of Sport Participation, Religiosity and Parental Factors. *Journal of Child and Adolescents Sustance Abuse*, 24(2), 94-101.
- Cermeño, F. (2016). La falta de disyuntiva juvenil en el binomio botellón y conducción. *Revista de derecho UNED*, 19, 313-350.
- Chacón Cuberos, R., Espejo, T., Cabrera-Fernández, A., Castro, M., López-Fernández, J. F., y Zurita-Ortega, F. (2015). “Exergame” para la mejora de la

- salud en niños y niñas en edad escolar: estudio a partir de hábitos sedentarios en índices de obesidad. *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa-RELATEC*, 14(2), 39-50.
- Chacón-Cuberos, R., Zurita, F., Castro, M., Espejo, T., Martínez-Martínez, A., y Pérez, A. J. (2017). Clima motivacional hacia el deporte y su relación con hábitos de ocio digital sedentario en estudiantes universitarios. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 29-39.
- Chacón-Cuberos, R., Castro, M., Muros, J.J., Espejo, T., Zurita, F., y Linares, M. (2016). Adhesión a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios y su relación con los hábitos de ocio digital. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 405-410.
- Chacón-Cuberos, R., Zurita, F., Castro, M., Espejo, T., Martínez-Martínez, A., y Linares, M. (2016). Estudio sobre la aplicabilidad de exergames para la mejora de los índices de obesidad y la imagen corporal en escolares. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11 (1), 97-105.
- Chacón-Cuberos, R., Arufe-Giráldez, V., Espejo-Garcés T., Cachón-Zagalaz, J., Zurita-Ortega, F., y Castro-García, D. (2017). Práctica físico-deportiva, actividades de ocio y concepción sobre la Educación Física en escolares de A Coruña. *Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 32, 163-166.
- Chacón-Cuberos, R., Castro, M., Caracuel, R., Padial, R., Collado, D. y Zurita, F. (2016). Perfiles de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes andaluces de primer ciclo de educación secundaria. *Health and Addictions*, 16(2), 93-104.
- Chacón-Cuberos, R., Castro, M., Zurita, F., Espejo, T., y Martínez, A. (2016). Videojuegos activos como recurso TIC en el aula de Educación Física: estudio a partir de parámetros de ocio digital. *Digital Education Review*, 29, 112-123.
- Chan, C. y Nock, M. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 422-430.
- Cocca, A., Liukkonen, J., Mayorga-Vega, D., y Viciano-Ramírez, J. (2014). Health-related Physical Activity levels in Spanish youth and young adults. *Perceptual and Motor Skills*, 118(1), 247-260.
- Cohen, L. y Manion, L. (2002). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Collel, B. R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la*

- vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Universidad Autónoma de Barcelona: Tesis Doctoral.
- Colmenares, C. C., y Eslava-Schmalbach, J. (2015). Salud de la población desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud. *Revista Salud Bosque*, 3(1), 75-80.
- Connor, K.M. y Davidson, J.R.(2003).Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Contreras, O. R., Fernández, J. G., García, L. M., Palou, P., y Ponseti, J. (2010). El autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(1), 22-39.
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., y Freyre, M. Á. (2016). Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 24-31.
- Coppari,N., Barcelata, B., Bagnoli, L., y Cudas, G. (2018). Efectos de la edad, el sexo y el contexto cultural en la disposición resiliente de los adolescentes de Paraguay y México. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*, 5(1), 16-22.
- Corbetta, P. (2007). *Metodologías y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw Hill.
- Cordini, M. (2005). La Resiliencia en adolescentes del Brasil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 97-121.
- Corella del Toro, I., Miguel-Soca, P. E., Aguilera Fuentes, P. L., y Suárez Peña, E. (2016). Factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en niños y adolescentes con obesidad. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(1), 8-20.
- Cornellái, C. J. (1999). Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud: Factores de riesgo y de protección. *Estudios de Juventud*, 47, 39-44.
- Cortés, A., Aguilar, J., Medina, R., Toledo, J. y Echemendia, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia Saneti Spiritus. *Revcubhig epidemiológica*, 48(1), 15-18.
- Cox, R.H. (2009). *Psicología del Deporte: conceptos y sus aplicaciones*. Madrid: Panamericana.
- Crespo-Ramos, S., Romero-Abrio, A., Martínez-Ferrer, B., y Musitu, G. (2017). Variables psicosociales y violencia escolar en la adolescencia. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 125-130.

Cuesta, P. (2017). Violencia escolar y de pareja en la adolescencia. El papel de la soledad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *Revista INFAD de Psicología*, 2(1), 77-84.

Cuesta-Zamora, C., González-Martí, I., y García-López, L. M. (2018). The role of trait emotional intelligence in body dissatisfaction and eating disorder symptoms in preadolescents and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 12, 1-6.

D

Dans, I., y Muñoz, P. (2016). Las redes sociales como motivación para el aprendizaje: opinión de los adolescentes. *Innoeduca. International Journal of Technology and Educational Innovation*, 2(1), 20-28.

De la Fuente, J., López, M., Zapata, L., Martínez-Vicente, J.M., Vera, M.M., Solinas, G., y Fadda, S. (2014). Competencia para estudiar y aprender en contextos estresantes: Fundamentos de la utilidad e-Afrontamiento del estrés académico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(3), 717-746.

De la Montaña, J., Castro, L., Cobas, N., Rodríguez, M., y Míguez, M. (2012). Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 32(3), 72-80.

De Oliveira-Bernardino, A., de Lavor Coriolano-Marinus, M.W., da Silva-Santos, A.H., Pereira-Linhares, F. M., Tenório de Souza-Cavalcanti, A. M., y Soares de Lima, L. (2018). Motivation of nursing students and their influence in the teaching-learning process. *Texto y contexto enfermagem*, 27(1), 1-10.

Deci, E. y Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum.

Del Barrio-Fernández, A. y Ruiz-Fernández, I. (2017). Hábitos del uso del Whatsapp por parte de los adolescentes. *INFAD Revista de psicología*, 1, 23-30.

Del Castillo, H. (2015). Desarrollo de competencias a través de los videojuegos deportivos: alfabetización digital e identidad. *Revista de Educación a Distancia*, 33, 1-22.

Del Rincón, I.B. (2016). Resiliencia y educación social. *Revista Ibero-americana de Educação*, 70(2), 79-94.

- Del Toro, F.A., Gutiérrez, S. E., Hoyos, R.A., Romero, G.A., y Sala, A.M. (2015). Caracterización del nivel de conocimientos sobre ITS/VIH/ SIDA en adolescentes, San Ramón. *Multimed. Revista médica. Granma*, 19(6), 1006-1019.
- Delgado-Floody, P., Caamaño, F., Osorio, A., Jerez, D., Fuentes, J., Levin, E., y Tapia, J. (2017). Imagen corporal y autoestima en niños según su estado nutricional y frecuencia de actividad física. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(1), 12-18.
- Diez de Velasco, F. (2016). La enseñanza de las religiones en la escuela en España: avatares del modelo de aula segregada. *Historia y Memoria de la Educación*, 4, 277-306.
- Domínguez-Fabars, A., Guzmán-Sancho, I., Díaz-Samada, R. E., Gómez-Labaut, R., Reina-Cruz, C., y de las Mercedes Casin-Rodríguez, S. (2017). Sexualidad responsable en adolescentes residentes en dos localidades santiagueras. *Santiago*, 142, 161-171.
- Duch, M., Calafat, A., y Juan, M. (2016). Prevención y reducción de riesgos en el ocio nocturno: el papel de las corporaciones locales. *Revista Española de Drogodependencia*, 41(2), 120-134.
- Dueñas, M. L. (2002). Importancia de la inteligencia emocional: un nuevo reto para la orientación educativa. *Educación XXI*, 5, 77-96.
- Dumbrava, G. (2011). Workplace relations and emotional intelligence. *Annals of the University of Petrosani, Economics*, 11(3), 85-92.
- Duperrouzel, J., Hawes, S., Lopez-Quintero, C., Pacheco-Colón, I., Comer, J., y Gonzalez, R. (2017). The association between adolescent cannabis use and anxiety: A parallel process analysis. *Addictive Behaviors*, 78, 107-113.
- Durá, T. y Castroviejo, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608.
- Durán, S., Crovetto, M., Espinoza, V., Mena, F., Oñate, G., Fernández, M., Coñuecar, S., Guerra, A., y Valladares, M. (2018). Caracterización del estado nutricional, hábitos alimentarios y estilos de vida de estudiantes universitarios chilenos: estudio multicéntrico. *Revista Médica de Chile*, 145(11), 1403-1411.
- Durá-Travé, T. (2013). Análisis nutricional del desayuno y el almuerzo en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 1291-1299.

E

- Echeverría, B. (2010). *Orientación Profesional*. Editorial UOC: Barcelona.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., y Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129-135.
- Eime, R., Casey, M., Harvey, J., Sawyer, N., Symons, C., y Payne, W. (2015). Socioecological factors potentially associated with participation in physical activity and sport: A longitudinal study of adolescent girls. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 18(6), 684-690.
- Emler, N. y Reicher, S. (2005). *Delinquency: cause or consequence of social exclusion?* En D. Abrams, J. Marqués y M. Hogg (Eds.), *The social psychology of inclusion and exclusion*. Philadelphia: Psychology Press.
- Esnaola, I., Goñi, A. y Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 179-194.
- Espejo-Garcés, T., Cabrera-Fernández, A., Castro-Sánchez, M., López-Fernández, J.F., Zurita-Ortega, F., y Chacón-Cuberos, R. (2015). Modificaciones de la obesidad a través de la implementación de herramientas físico posturales en escolares. *Retos*, 28, 78-83.
- Espejo-Garcés, T., Martínez, A., Chacón, R., Zurita, F., Castro, M., y Chacón, J. (2017). Consumo de alcohol y actividad física en adolescentes de entorno rural. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 17(1), 97-105.
- Espinosa-Herrera, G., Castellanos-Obregón, J.M., y Osorio-García, D. (2016). Condición juvenil y drogas en universitarios: El caso de una universidad regional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1451-1468.
- Evcili, F. y Golbasi, Z. (2017). Sexual Myths and Sexual Health Knowledge Levels of Turkish University Students. *Sexuality*, 21(4), 976-990.
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2), 1-17.

F

- Fachini, A. y Furtado, E. (2013). Uso de Álcool e Expectativas do Beber entre Universitários: Uma Análise das Diferenças entre os Sexos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 94(4), 421-428.
- Fairlie, A., García, T., Lee, C., y Lewis, M. (2018). Alcohol use and alcohol/ marijuana use during the most recent sexual experiencia differentially predict characteristics of the sexual experience among sexually active young adult drinkers. *Addictive Behaviors*, 82, 105-108.
- Fernandes, M., Folsom, G., Aurino, E., y Gelli, A. (2017). A free lunch or a walk back home? The school food environment and dietary behaviours among children and adolescents in Ghana. *Food Security*, 9(5), 1073-190.
- Fernández, J. y Vázquez, M. A. (2017). La evolución de la familia y los estilos de educación. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*, 4(8), 1-20.
- Fernández, M. A., Viguer, P. y Cantero, M. J. (2015). Eficacia del programa de Pensamiento Prosocial en Entornos Educativos para el desarrollo de la competencia social de adolescentes en situación de riesgo de inadaptación social. *Información Psicológica*, 110, 39-50.
- Fernández-Berrocal, P., Berrios-Martos, P., Extremera, N., y Augusto, J. M. (2012). Inteligencia emocional: 22 años de avances empíricos. *Behavioral Psychology*, 20(1), 5-13.
- Fernández-Martínez, A. M. y Montero-García, I. (2016). Aportes para la educación de la Inteligencia Emocional desde la Educación Infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 53-66.
- Fernández-Montalvo, J., Peñalva, A., e Irazabal, I. (2015) Hábitos de uso y conductas de riesgo en Internet en la preadolescencia. *Comunicar*, 44(22), 113-120.
- Fínez, M. J., y Morán, C. (2014). Resiliencia y autoconcepto: su relación con el cansancio emocional en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 6(1), 289-296.
- Fleias-Gutiérrez, D., García-Delgado, E., y Zambrano-Cornejo, D. (2015). Estado nutricional y rendimiento académico en estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. *Revista electrónica de*

Formación y Calidad Educativa, 3(3), 43-58.

Font, J. (2017). Naturalización de la espiritualidad. *Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica*, 73(276), 631-647.

Foster, K., Fethney, J., Kozloswi, D., Fois, R., Reza, F., McCloughen, A. (2018). Emotional Intelligence and perceived stress of Australian pre-registration healthcare students: A multi-disciplinary cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 66, 51-56.

Fuentes, M.C., Alarcón, A., García, F., y Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y el peligro del barrio. *Anales de psicología*, 31(3), 1000-1007.

Fuentes, R. (2014). Menores extranjeros no acompañados (MENA). *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3, 106-111.

G

Gaeta, M. L., Teruel, M. y Orejudo, S. (2012). Aspectos motivacionales, volitivos y metacognitivos del aprendizaje autorregulado. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(26), 73-94.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443.

Garaigordobil, M., Aliri, J., y Martínez-Valderrey, V. (2015). Justificación de la violencia durante la adolescencia: Diferencias en función de variables sociodemográficas. *European Journal of Education and Psychology*, 6(2), 83-93.

Garaigordobil, M., Martínez-Valderrey, V. y Aliri, J. (2014). Victimización, percepción de la violencia y conducta social. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 37(1), 90-116.

Garaigordobil, M., y Peña, A. (2014). Intervención en las habilidades sociales: Efectos en la inteligencia emocional y la conducta social. *Psicología Conductual*, 22(3), 551-567.

García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, A., López-Sánchez, C., y Dias, P.C. (2016). Conceptualización de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions*, 16(1), 59-68.

- García, A. (2016). Aprendizaje inverso y motivación en el aula universitaria. *PULSO. Revista de Educación*, 39, 199-218.
- García, L. y Arroyo, M. J. (2017). La formación del profesorado en Educación Intercultural: un repaso sobre su formación inicial y permanente. *Revista de Educación Inclusiva*, 7(2), 127-142.
- García, A. y Gómez-Maqueo, M. E. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(1), 3-9.
- García, C., Jaquete, M., Resina, E., y Sainz, A. (2016) Estudio PREDIMED: efectos de la dieta mediterránea sobre los factores de riesgo cardiovascular y el cáncer de mama. *Actualidad en farmacología y terapéutica*, 14(2), 131.
- García, F. J., Canales, I., Ramirez, R., Portillo, R. y Sáenz, M. (2016). Implicación de la educación en la sociedad del conocimiento, información y comunicación. *Culcyt, Educación*, 59, 358-365.
- García-González, A. J. y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos*, 33(33), 3-9.
- García-Iglesias, A., Lozano-Alonso, J. E., Álamo-Sanz, R., y Vega-Alonso, T. (2015). Evolución de los factores de riesgo cardiovascular entre 2004 y 2009 en la cohorte del estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. *Angiología*, 67(4), 259-265.
- García-López, R. M. (2016). Abordaje del cambio organizacional desde una perspectiva resiliente. *Addressing organizational change from a resilient perspective*, 22(14), 22-35.
- García-Ros, R., Pérez-González, F., y Fuentes, M. (2016). Análisis del estrés académico en la adolescencia: Efectos del nivel educativo y del sexo en Educación Secundaria Obligatoria. *Información Psicológica*, 110(1), 2-12.
- Gaxiola, J. C., González, S., y Contreras, Z. (2012). Influencia de la resiliencia, metas y contexto social en el rendimiento académico de bachilleres. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 14(1), 164-181.
- Gispert, A. E., Castell-Florit S. P., y Lozano, L. A. (2016). Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 337-341.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.

- Gómez, G., y Rivas, M. (2017). Resiliencia académica, nuevas perspectivas de interpretación del aprendizaje en contextos de vulnerabilidad social. *Calidad en la educación*, 47, 215-233.
- Gómez, J., Ortiz, M. J., y Eceiza, A. (2016). Disposición al riesgo en la actividad sexual de los adolescentes: El rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *Anales de Psicología*, 32(3), 899-906.
- Gómez-Duarte, I. (2013). *Factores determinantes en salud relacionados con la eficacia y sostenibilidad de intervenciones en promoción de la salud*. Tesis Doctoral: Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.
- Gómez-Duarte, I. (2017). Salud y sus determinantes: indicadores, medición, abordajes. *Población y Salud en Mesoamérica*, 14(2), 1-3.
- González- Arratia, N. I., y Valdez- Medina, J. L. (2013). Resiliencia: diferencia por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 941-955.
- González, C. (2008). Los frenos al pluralismo cultural en territorios de soberanía discutida: los casos de Ceuta y Melilla. *Revista de Estudios Políticos*, 140, 135-161.
- González, N. (2011). *La resiliencia y engagement y su asociación con el rendimiento académico en los estudiantes de la licenciatura de médico cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- González-Arratia, N. I., Valdez, J. L., Oudhof- Van Barneveld. H. y González, S. (2012). Resiliencia y factores protectores en menores infractores y en situación de calle. *Psicología y Salud*, 22(1), 49-62.
- González-Arratia, N., Valdez-Medina, J., y Zavala-Borja, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
- González-Ramírez, J. F. (2007). *Inteligencia emocional. La manera de manejar las emociones*. Madrid: Platinum Selecta.
- González-Valencia, Grijalva-Haro, Montiel-Carvajal y Ortega-Vélez (2018). Identifying predisposing, reinforcing and enabling factors for adequate diet and physical activity in Sonoran Schoolchildren. *Región y sociedad*, 30(72), 1-33.
- González-Valero, G., Padial-Ruz, R., Espejo-Garcés, T., Chacón Cuberos, R., Puertas-Molero, P., y Pérez-Cortés, A.J. (2017). Relación entre clima motivacional

- hacia el deporte y adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios de educación física. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 285-295.
- González-Valero, G., Zurita-Ortega, F., Puertas-Molero, P. Chacón-Cuberos, R., Espejo-Garcés, T., y Castro-Sánchez, M. (2017). Educación para la salud: implementación del programa “Sportfruits” en escolares de Granada. *SPORT TK Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, 6(2), 137-146.
- Griera, M., Martínez-Ariño, J. A., Clot-Garrell, A. y García-Romeral, G. (2015). Religión e instituciones públicas en España. Hospitales y prisiones en perspectiva comparada. *Revista Internacional de Sociología*, 73(3), 1-13.
- Grotberg, E.H. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation.
- Grotberg, E. (1999). The International Resilience Project. *Psychologists Pacing the Challenge ola Global Culture with Human Rights and Mental Health*, 1, 239-256.
- Gruber, R. (2017). School-based sleep education programs: A knowledge-to-action perspective regarding barriers, proposed solutions, and future directions. *Sleep Medicine Reviews*, 36, 13-18.
- Guillén, A. y Buela, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencias de los ítem en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Guillén-Pereira, L., Bueno-Fernández, E., Gutiérrez-Cruz, M. y Guerra-Santiesteban, J. R. (2018). Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Retos*, 33(33), 14-19.
- Gutiérrez-Cobo, M. J., Cabello, R., y Fernández-Berrocal, P. (2017). Inteligencia emocional, control cognitivo y estatus socioeconómico de los padres como factores protectores de la conducta agresiva en la niñez y la adolescencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 31(1), 39-51.
- Guzmán, J.C. (2018). Las buenas prácticas de enseñanza de los Profesores de Educación Superior. *Revista iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 16(2), 133-149.

H

- Habenicht, D. (2017). Psicología del desarrollo y crecimiento religioso: compañeros en entendimiento. *Enfoques*, 9(1), 17-25.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime and Religion*. Nueva York: Appleton.
- Han, A., Fu, A., Cogley, S., y Sanders, R. (2018). Effectiveness of exercise intervention on improving fundamental movement skills and motor coordination in overweight/obese children and adolescents: A systematic review. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 21(2018), 89-102.
- Harford, T., Wechsler, H., y Muthén, B. (2002). The impact of current residence and high school drinking on alcohol problems among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(3), 271-279.
- Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker R. y Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Hernández, G., y Díaz, F. (2013). Una mirada psicoeducativa al aprendizaje: qué sabemos y hacia dónde vamos. *Sinéctica*, 40, 1-19.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Hu, T., Zhang, D. y Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.

I

- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93.
- Isaza-Zapata, G. M. (2016). Un acercamiento a la comprensión del perfil de la Inteligencia Emocional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 331-345.

J

- Jiménez-Díaz, A., Peña, J. A., Donaxi Pinto-Pérez, E., y Martínez-Allegre, A. (2016). Las implicaciones jurídicas por la colisión del derecho a la salud en menores de edad frente a la creencia religiosa de sus padres o tutores: el caso de los testigos de Jehová. *Gaceta Internacional de Ciencias Forense*, 21, 16-33.
- Jiménez-Guerrero, J. (2006). *La quema de conventos en Málaga*. Málaga: Editorial Arguval.
- Jiménez-Morales, M. I. y López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69-79.
- Jurado, A. y Sánchez, J. (2016). Adolescentes y las nuevas formas de relacionarse en la sociedad del conocimiento. *TEXTOS. Revista Internacional de Aprendizaje y Cibersociedad*, 18(2), 1-14.

K

- Kalawski, J. P. y Haz, A.M. (2003). Y... ¿Dónde Está la Resiliencia? Una Reflexión Conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 365-372.
- Kaufman-Parks, A., DeMaris, A., Giordano, P., Manning, W., y Longmore, M. (2017). Parents and partners: Moderating and mediating influences on intimate partner violence across adolescence and young adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 34(8), 1295–1323.
- Kyle, T. L., Hernández Mendo, A., Reigal Garrido, R. E., y Morales Sánchez, V. (2016). Efectos de la actividad física en el autoconcepto y la autoeficacia en preadolescentes. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 29, 61-65.

L

- Laidouni, N., Briones-Vozmediano, É., Garrido, P., y Gil, D. (2017). Percepción de los profesionales de la salud sobre las creencias y las tradiciones derivadas del Islam

- como barreras a la donación de órganos en Argelia. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 123-131.
- Landínvar-Heredia, J. (2017). La comunidad religiosa de las Hermanas de la Caridad (Hijas de la Caridad) enfermeras y administradoras del Hospital “San Vicente de Paul” de Cuenca, desde 1869 hasta 1977. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 35(1), 95-101.
- Lawrence, E., Molborn, S., y Hummer, R. (2017). Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for health. *Social Science & Medicine* 193, 23-32.
- Lazo, C. M. (2017). Los jóvenes en la cultura digital. *Revista Internacional de Comunicación y Desarrollo (RICD)*, 2(5), 23-28.
- Lee, A., Son, S., y Kim, K. (2016). Information and Communication Technology overload and social networking service fatigue: A stress perspective. *Computers in Human Behavior*, 55, 51-56.
- Lee, C. K., Corte, C., Stein, K.F., Park, C. G., Finnegan, L. y McCreary, L. L. (2015). Prospective effects of possible selves on alcohol consumption in adolescents. *Research in Nursing and Health*, 38(1), 71-81.
- Lee, J.E., Pope, Z., y Gao, Z. (2016). The role of youth sports in promoting childrens Physical Activity and Preventing Pediatric Obesity: A sistematic reviw. *Journal Behavioral Medicine*, 44(1), 62-76.
- Lemos, V., Krumm, G., Gutiérrez, M., y Arán-Filippetti, V. (2016). Development of a Scale to assess Personality Resources associated with Children's Resilience. *Acción Psicológica*, 13(2), 101-116.
- Lescay-Blanco, D., Arguello-Torres, L., Haro-Salazar, M., y Nuñez- Parra, M. (2017). La relación entre educación para la salud, la promoción de salud y la prevención del alcoholismo en estudiantes universitarios. *Revista Didasc@ lia: Didáctica y Educación*, 7(4), 143-164.
- Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. [Disposición derogada]. Publicado en: « BOE » núm. 187, de 6 de agosto de 1970, páginas 12525 a 12546. Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1970-852.
- Ley Orgánica 8/2013 de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). «BOE» núm. 295, de 10/12/2013. Referencia: BOE-A-2013-12886.
- Ley Orgánica 2/2006 de Educación (LOE). «BOE» núm. 106, de 04/05/2006. Referencia: BOE-A-2006-7899.

- Ley Orgánica 4/2007 por la que se modifica la Ley orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades. BOE num. 89 de 13 de abril de 2007. Referencia: BOE-A-2007-7786.
- Ley Orgánica 5/1980, de 19 de junio, por la que se regula el Estatuto de Centros Escolares. [Disposición derogada]. Publicado en: « BOE » núm. 154, de 27 de junio de 1980, páginas 14633 a 14636. Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1980-13661.
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación. Publicado en: «BOE» núm. 159, de 04/07/1985.
- Ley Orgánica 9/1995 de 20 de noviembre, de la participación, la evaluación y el gobierno de los centros docentes. BOE» núm. 278, de 21 de noviembre de 1995, páginas 33651 a 33665. Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1995-25202.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. [Disposición derogada]. Publicado en: « BOE » núm. 238, de 4 de octubre de 1990, páginas 28927 a 28942. Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1990-24172.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. [Disposición derogada]. Publicado en: « BOE » núm. 307, de 24 de diciembre de 2002, páginas 45188 a 45220. Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2002-25037.
- Linerós-González, C., Marcos-Marcos, J., Ariza, C., y Hernán-García, M. (2017). Importancia del proceso en la evaluación de la efectividad de una intervención sobre obesidad infantil. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 238-241.
- Lobos, M. (2012). *Teorías implícitas de profesores y estilos de aprendizaje de estudiantes de la carrera de psicología*. Tesis doctoral: Universidad de Granada.
- López-Bueno, J. M. (2011). Melilla y sus relaciones con su entorno marroquí inmediato: teoría, práctica y oportunidades. *Aldaba*, 35, 91-107.
- López, K. F. y Zarate, A. (2012). El deporte y la actividad física en la prevención del cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(3), 262-265.
- López-Dicastillo, O., Canga-Armayor, N., Mujika, A., Pardavila-Belio, M. I., Belintxon, M., Serrano-Monzó, I., y Pumar-Méndez, M. J. (2017). Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 269-272.

- López-Fernández, L. A., y Hormazábal, O. S. (2017). Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 443-445.
- López-Sintas, J., de Francisco, L. R., y García-Álvarez, E. (2015). Ocio digital en casa: Transformación del ocio. En López-Sintas, J. (Ed). *La construcción social de la experiencia de ocio cultural*. Barcelona, España: Omnia Science. 219-251.
- Losada, A. V., y Rijavec, M. I. (2017). Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social. *Revista Neuronum*, 3(2), 46-65.
- Luarte, C., Garrido, A., Pacheco, J. y Daolio, J. (2016). Antecedentes históricos de la actividad física para la salud. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 17(1), 67-76.
- Luckie, A., Cortés, F., e Ibarra, S. (2009). Obesidad: Tanscendencia y repercusión médico-social. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 191-201.
- Luzón, A., y Domínguez, J. (2014). El menor infractor que comete su primer delito. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia*, 7, 40-57.

M

- Mackert, M., Mabry-Flyn, A., Champlin, S., Donovan, E., y Pounders, K. (2016). Health Literacy and Health information Technology Adoption: The Potencial for a new digital Divide. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10), 1-16.
- Magoke, V., Maat, H., Vaandrager, L., y Koelen, M. (2018). Health dynamics in camps and on campuses: stressors and coping strategies for wellbeing among labourers and students in Cameroon. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1-16.
- Maltby, J., Day, L., Żemojtel-Piotrowska, M., Piotrowski, J., Hitokoto, H., Baran, T., Jones, C., Chakravarty-Agbo., y Flowe, H. D. (2016). An ecological systems model of trait resilience: Cross-cultural and clinical relevance. *Personality and Individual Differences*, 98, 96-101.
- Mamani, A., Fuentes, J. D., y Machaca, M. E. (2017). Actividad física en adolescentes escolares de la ciudad de Puno. *Sportis. Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity*, 3(3), 525-541.
- Manera, C., Garau, J., y Serrano, E. (2016). La evolución y el impacto del turismo en el mediterráneo: el caso de las regiones insulares. *Cuadernos de Turismo*, 37, 519-521.

- Marcenaro-Gutiérrez, O. y Navarro-Gómez, L. (2007). El éxito en la universidad: Una aproximación cuantílica. *Revista de Economía Aplicada*, 44(15), 5-39.
- March-Ortega, R. (2017). ¿ Es siempre la familia el principal factor de riesgo en la violencia filioparental?. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 12, 1-29.
- Marcos, A. (2016). Intervención integral en la obesidad del adolescente. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 50(4), 23-25.
- Markez, I., y Pastor, F. (2010). Menores Extranjeros No Acompañados (MENA), un colectivo especialmente vulnerable ante las drogas. *Zerbitzuan*, 48, 71-85.
- Marqueta, A., Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Gargallo, P. y Nerín, I. (2010). Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a una Unidad de Tabaquismo. *Adicciones*, 22(4), 317-324.
- Márquez-Cervantes, M.C. y Gaeta-González, M.L. (2017). Desarrollo de competencias emocionales en preadolescentes: el papel de padres y docentes. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 20(2), 221-235.
- Martínez, A., Piqueras, J., y Ramos, V. (2010). Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 861-890.
- Martínez, F. D., y González, J. (2017). Autoconcepto, práctica de actividad física y respuesta social en adolescentes: Relaciones con el rendimiento académico. *Revista Iberoamericana de Educación*, 73(1), 5, 87-108.
- Martínez-González, L., Fernández, T., Molina, A. J., Ayán, C., Bueno, A., Capelo, R. y Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934.
- Martínez-López, A. (2015). *Importancia de la resiliencia e inteligencia emocional en el consumo de cocaína*. Universidad de Castilla La Mancha: Tesis doctoral.
- Martínez-Martínez, A. (2013). *La Orientación como actividad educativa y vocacional en los itinerarios curriculares del alumnado de Bachiller y Formación Profesional y su inclusión en el mercado laboral*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Martínez-Martínez, A., Ruiz-Rico Ruiz, G., Zurita-Ortega, F., Chacón-Cuberos, R., Castro-Sánchez, M., y Cachón-Zagalaz, R. (2017). Actividad física y conductas agresivas en adolescentes en régimen de acogimiento residencial. *Suma Psicológica*, 24(2), 135-141.

- Martos-Moreno, G., Serra-Juhé, C., Pérez-Jurado, L., y Argente, J. (2017). Aspectos genéticos de la obesidad. *Revista Española Endocrinológica Pediátrica*, 8, 21-32.
- Masten, A. S. (2014). Invited commentary: Resilience and positive youth development frame works in developmental science. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(6), 1018–1024.
- Maume, D. (2017). Social relationships and the sleep-health nexus in adolescence: evidence from a comprehensive model with bi-directional effects. *Sleep Health*, 3, 284–289.
- Mavrovely, S. y Sánchez-Ruiz, M. J. (2011). Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 112-134.
- Mayer, J. D., Caruso, D., y Salovey, P. (2016). The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and updates. *Emotion Review*, 8(4), 290-300.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* En P. Salovey y D. Sluyter (Eds), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. Nueva York: Basic Books.
- McCauley, C. (2017). Video game play and anxiety during late adolescence: The moderating effects of gender and social context. *Journal of Affective Disorders*, 226, 216-219.
- McMillan, J.H. y Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa: una introducción conceptual*. Madrid: Pearson Addison Wesley.
- Melendro, E., García, M., y Goig, R. (2017). El uso de las TIC en el ocio y la formación de los jóvenes vulnerables. *Revista Española de Pedagogía*, 263, 71-89.
- Mendo, A., León, B., Felipe, E., y Polo, M. I. (2016). Entrenamiento en habilidades sociales en el contexto universitario: efecto sobre las habilidades sociales para trabajar en equipos y la ansiedad social. *Psicología Conductual*, 24(3), 423-438.
- Menéndez, J. I. y Fernández-Río, J. (2017). Responsabilidad social, necesidades psicológicas básicas, motivación intrínseca y metas de amistad en educación física. *Retos*, 32, 134-139.
- Merino-Pantoja, E., Morong-Reyes, G., Arellano-Araya, A. O., y Merino-Vidangossy E. (2015). Características, motivaciones y expectativas de estudiantes de género masculino de carreras pedagógicas de la Universidad de Bernardo O'Higgins. *Revista electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 15(3), 1-24.

- Mezquita, L., Stewart, S., Kuntsche, E., y Grant, V. (2016). Estudio transcultural del modelo de cinco factores de motivos de consumo de alcohol en universitarios españoles y canadienses. *Adicciones*, 28(4), 215-220.
- Michellini, Y., Acuña, A., y Godoy, J.L. (2016). Emociones, toma de decisiones y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Suma psicológica* 23, 42-50.
- Míguez, M.C., y Becoña, E. (2015). ¿El consumo de cigarrillos y alcohol se relaciona con el consumo de cannabis y el juego problema en adolescentes españoles? *Adicciones*, 27(1), 8-16.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2014/2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Moa, P. (2005). *Los mitos de la Guerra Civil*. Barcelona: Planeta Agostini.
- Molina, P. J. (2017). Ceuta y su relación con las amenazas emergentes. *Revista de Pensamiento Estratégico y Seguridad CISDE*, 2(1), 9-20.
- Monsalve, L. (2013). La educación para la salud en la escuela en la adquisición de estilos de vida saludable. *Revista Internacional de Educación y Aprendizaje*, 1, 108-122.
- Montes, A. (2016). ¿Por qué y cómo investigar las minorías religiosas?. *Universitas*, 13(23), 125-141.
- Morales, M. y González, A. (2014). Resiliencia-Autoestima-Bienestar psicológico y Capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estudios Pedagógicos*, 15(1), 215-228.
- Moreno, G. A., Cuevas, R. F., Cortés, M. L. y Morales, V. (2016). Intervención con Madres de nadadores para desarrollar y promover la Autodeterminación de sus hijos. *Retos*, 30, 216-221.
- Moreno-Murcia, J.A., Borges Silva, F., Marcos Pardo, P.J., Sierra Rodríguez, A.C. y Huéscar Hernández, E. (2012). Motivación, frecuencia y tipo de actividad en practicantes de ejercicio físico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 12(48), 649- 662.
- Moscoso, D., Martín, M., Pedrajas, N., y Sánchez, R. (2013). Sedentarismo activo. Ocio, actividad física y estilos de vida de la juventud española. *Archivos de Medicina del Deporte*, 30(6), 341-347.
- Mozas, J., Gómez, J., Olmedo R., y Jiménez J. J. (2016) Dieta mediterránea y diabetes Gestacional. *Nutrición clínica en medicina*, 10(1), 54-67.

- Murgui, S., García, C., y García, A. (2016). Efectos de la práctica deportiva en la relación entre las habilidades motoras, el autoconcepto físico y el autoconcepto multidimensional. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(1), 19-25.
- Muros, J., Cofre-Bolados, C., Zurita-Ortega, F., Castro-Sánchez, M., Linares-Manrique, M., y Chacón-Cuberos, R. (2016). Relación entre condición física, actividad física y diferentes parámetros antropométricos en escolares de Santiago (Chile). *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 314-318.
- Musitu, G. (2016). ¿Por qué los adolescentes tienen una baja percepción de riesgo respecto del consumo de alcohol? La visión de los expertos. *METAMORFOSIS*, 1(1), 55-73.
- Musitu, G. y Cava, M.J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.

N

- NANDA International. (2010). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier.
- Navarro- Pérez, J.J., y Pastor-Seller, E. (2018). De los riesgos en la socialización global: adolescentes en conflicto con la ley con perfil de ajuste social. *Covergencia, Revista de Ciencias Sociales*, 25(76), 119-145.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31.
- Navarro-González, I., Ros, G., Martínez-García, B., Rodríguez-Tadeo, A., y Periago, M. (2016). Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con la calidad del desayuno en estudiantes de la Universidad de Murcia. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 901-908.

O

- Obradors-Rial, N., Ariza, C., y Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 381-385.

- Odgers, C. y Russell, M. (2017). Violence exposure is associated with adolescents same and next day mental health symptoms. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12), 1310-1318.
- Ordaz, S., Goyer, M., Ho, T., Singh, M., y Gotlib, I. (2018). Network basis of suicidal ideation in depressed adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 226, 92-99.
- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato. Publicado en: « BOE » núm. 25, de 29 de enero de 2015, páginas 6986 a 7003. Referencia: 2015-738.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva nº 311.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Suicidio*. Nota descriptiva.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. En C. I. Organización Mundial de la Salud (ed.), Documentos Básicos (47a ed., pp. 1-18). Suiza, Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Ortega-Sánchez, J. (2016). Los orígenes del islam en España, de mercenarios, misioneros, estudiantes y conversos. *Journal of the Sociology and Theory of Religion*, 5, 150-171.
- Ortunio, C., Magaly, S., y Guevara, H. (2016). Aproximación teórica al constructo resiliencia. *Comunidad y Salud*, 14(2).96-105.
- Ortuña, J. (2014). *Adolescencia: Evaluación del ajuste emocional y comportamental en el contexto escolar*. Tesis Doctoral: Universidad de la Rioja.
- Osorio-Murillo, O. y Amaya-Rey, M. (2011). La alimentación de los adolescentes: El lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. *Aquichan*, 11(2), 199-216.
- Oyseman, D. (2017). Culture Three Ways: Culture and Subcultures Within Countries. *Annual Review of Psychology*, 68, 435-463.

P

- Panadero, E. y Alonso-Tapia, J. (2014). ¿Cómo autorregulan nuestros alumnos? Revisión del modelo cíclico de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje. *Anales de Psicología*, 30(2), 450-462.
- Pancorbo, A. y Pancorbo, B. (2011). *Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable*. Madrid: IMC S.A
- Paricio Andrés, D., Florencia Rodrigo, M., y Viguer Segui, P. (2017). Adolescentes, identidad grupal y medio rural. Una perspectiva basada en el desarrollo positivo. *METAMORFOSIS*, 5, 32-63.
- Parka, E., McCoyb, T., Erausquinc, J.T., y Bartlett, R. (2018). Trajectories of risk behaviors across adolescence and young adulthood: The role of race and ethnicity. *Addictive Behaviors*, 76, 1-7.
- Parker, M. y Anthony, J. (2018). Population-level predictions from cannabis risk perceptions to active cannabis use prevalence in the United States, 1991-2014. *Addictive Behaviors*, 82(20), 101-104.
- Parodi, .A., Belmonte, V., Ferrándiz, C., y Ruiz, M. (2017). La relación entre la inteligencia emocional y la personalidad en estudiantes de educación secundaria. *Revista Infad de Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 137-144.
- Patiño, H. (2012). Educación Humanística en la universidad. Un análisis a partir de las prácticas docentes efectivas. *Perfiles Educativos*, 34(36), 23-41.
- Pechorro, P., Gonçalves, R. A., Maroco, J., Gama, A.P., Neves, S., y Nunes, C. (2014). Juvenile delinquency and psychopathic traits: An empirical study with Portuguese adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(2), 174-189.
- Pena, M., Rey, L., y Extremera, N. (2012). Life Satisfaction and Engagement in Elementary and Primary Educators: Differences in Emotional Intelligence and Gender. *Revista de Psicodidáctica*, 17(2), 341-358.
- Peña, Y., Carvajal, A., Luna, M., y Pech, G. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes suburbanos de Yucatán. *Ciencia y humanismo en la salud*, 2(3), 94-103.

- Pereira, A.A., Nogueira, A., y Cabette, R.E. (2017). Motivación en universitarios: análisis de tesis y tesinas entre 2000 y 2011. *Psicología Escolar e Educativa*, 21(2), 323-331.
- Pérez De Eulate, L., Ramos, P., Liberal, S., y Latorre, M. (2005). Educación nutricional: Una encuesta sobre hábitos alimenticios en adolescentes vascos. *Enseñanza de las Ciencias*, 1, 1-5.
- Pérez, M. A., Marina-Alonso, L., Valencia, C., y Caucil-García, O. (2017). Mejorando la salud humana: Enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación en salud. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 16(3), 77-83.
- Pérez, M. L. (2003). El turismo y sus impactos en las Islas Baleares. *Carta económica regional*, 15(85), 20-28.
- Pérez-Agote, A. (2003). Sociología histórica del nacional-catolicismo español. *Historia Contemporánea* 26, 207-237.
- Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Molero, M.M., Cardila, F., Martos, A., Barragán, A.B., Garzón, A., Carrión, J.J., y Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 5(3), 371-382.
- Perreira, K., Marchante, A., Schwartz, S., Isasi, C., Carnethon, M., Corliss, H., Kaplan, R., ...y Delamater, A. (2018). Stress and resilience: Key Correlates of Mental Health and Substance Use in the Hispanic Community Health Study of Latino Youth. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-10.
- Perry, N. (2013). Classroom Processes that Support Self-Regulation in Young Children. *British Journal of Educational Psychology*, 10(1), 45-68.
- Petito, C. y Fostik, A. (2015). Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?. *Revista Latinoamericana de población*, 8(1), 115-140.
- Pierobon, M., Barak, M., Hazrati, S., y Jacobsen, K. H. (2013). Alcohol consumption and violence among Argentine adolescents. *Jornal de Pediatria*, 89(1), 100-107.
- Pisarska, A., Eisman, A., Ostaszewski, K., y Zimmerman, M. A. (2016). Alcohol and Cigarette Use Among Warsaw Adolescents: Factors Associated With Risk and Resilience. *Substance Use & Misuse*, 51(10), 1-14.
- Planas, D. (2016). Una experiencia de prevención del ciberbullying en un instituto de Zaragoza (España). *Temas de educación*, 22(2), 337-349.

- Pollard, M., Tucker, J., Green, H., de la Haye, K., y Espelage, D. (2018). Adolescent peer networks and the moderating role of depressive symptoms on developmental trajectories of cannabis use. *Addictive Behaviors*, 76, 34-40.
- Porto, R. C., y Goncalves, M. P. (2017). Motivation and academic involvement: a study with university students. *Psicología Escolar e Educacional*, 21(3), 515-522.
- Povedano, A., Cava, M. J., Monreal, M. C., Varela, R., y Musitu, G. (2015). Victimization, loneliness, overt and relational violence at the school from a gender perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 44-51.
- Prado, A. R. y del Águila C.M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona: Revista De La Facultad De Psicología*, 6, 179-196.
- Práxedes, A., Sevil, J., Moreno, A., Del Villar, F., García-González, L. (2016). Niveles de actividad física y motivación en estudiantes universitarios. Diferencias en función del perfil académico vinculado a la práctica físico-deportiva. *Journal of Sport and Health Research*. 8(3), 191-204.
- Precht, A., Valenzuela, J., Muñoz, C., y Sepúlveda, K. (2016). Familia y motivación escolar: desafíos para la formación inicial docente. *Estudios pedagógicos*, 42(4), 165-182.
- Prestes, C. (2017). Religión como tratamiento complementario, posibles consecuencias en la terapéutica. Revisión. *Humanidades: Revista de la Universidad de Montevideo*, 1, 135-153.
- Proctor, C. y Linley, P. A. (2014). Life satisfaction in youth, En G. A. Fava, C. Ruini, G.A. Fava y C.Ruini (Eds). *Increasing Psychological Well-Being in Clinical and Educational Settings: Interventions and Cultural Context*. New York, NY Springer Science, 199-215.
- Puertas-Molero. P., Pérez-Cortés, A., Castro-Sánchez, M., Ubago-Jiménez, J. L., Zurita-Ortega, F., y San Román- Mata, S. (2017). Conductas violentas según género y ocio de pantalla en escolares de la provincia de Granada. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 67-76.
- Pulido-Acosta, F. y Herrera-Clavero, F. (2018). Relaciones entre rendimiento e inteligencia emocional en secundaria. *Tendencias pedagógicas*, 31, 165-186.

Pulla, E.N. (2017). *Autoestima de los adolescentes y su relación con el contexto familiar, escolar y social*. Trabajo Fin de Master: Jadán, Gualaceo.

Q

Quesada, B. y Gómez, M.C. (2017). Desarrollo de la religiosidad desde el nacimiento hasta la adolescencia. *Revista Electrónica de Educación Religiosa*, 7(1), 1-23.

Quintero, P.A., Jabela, C.J., Rocha, P. M., y Serna, A.A. (2015). La resiliencia en adolescentes de 13 a 15 años y jóvenes de 16 a 18 años privados de la libertad del centro de reclusión Luis A. Rengifo en la ciudad de Ibagué. *Desbordes. Revista de Investigaciones. Escuela de Ciencias sociales, artes y humanidades-UNAD*, 6, 37-46.

R

Raboteg-Saric, Z. y Sakic, M. (2014). Relations of parenting atylesand friendship quality to self-esteem life satisfaction and happiness in adolescents. *Applied Research in Quality of Life*, 9(3), 749-765.

Ramírez-Granizo, I. y Castro-Sánchez, M. (2018). Análisis de los niveles de resiliencia en función del género y factores del ámbito educativo en escolares. *ESPFA, Education, Sport, Health and Physical Activity*, 2(1), 50-61.

Ramos, C., Albarracín, E., Arguello, A., Chávez, M., Falconí, A., Jurado, M., y Vélez, E. (2016). Relación entre el control inhibitorio y el consumo de alcohol de estudiantes universitarios. *Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 3(2), 91-99.

Rayyaly, R., Pelediti, A., Ismail, M., Hashim, Z., Bandeira, P., y Bonnah, J. (2017). Awareness and used of mHealth Apps: A Study from England. *Pharmacy*, 5(33), 2-14.

Real Academia Española. (2017). Resiliencia. En *Diccionario de la lengua española* (2017, 22° ed.).

Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, se establece y regula el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato. «BOE» núm. 3, de 3 de enero de 2015. Referencia: BOE-A-2015-37.

Revuelta, L., Infante, G., y Axpe, I. (2017). Contexto familiar e implicación en el ámbito físico-deportivo durante la adolescencia. *International Journal of*

Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología., 6(1), 311-320.

- Reynaga-Estrada, P., Arévalo, E.I., Verdesoto, A. M., Jiménez, I. M., Preciado, M. L. y Morales, J. J. (2016). Beneficios psicológicos de la actividad física en el trabajo de un centro educativo (Psychological benefits of physical activity in an educational center work). *Retos*, (30), 203-206.
- Rhew, I., Fleming, C., Vander Stoep, A., Nicodimos, S., y Zheng, C. (2017). Examination of cumulative effects of early adolescent depression on cannabis and alcohol use disorder in late adolescence in a community-based cohort. *Society for the study of addiction*, 112, 1952-1960.
- Ribeiro, I., Silveira, R., y Teixeira, G. (2018). Style of live and well-being of students in the health area. *Enfermería actual de Costa Rica*, 34, 67-81.
- Ricoy, M. C., y Fernández-Rodríguez, J. (2016). Prácticas y recursos de ocio en la adolescencia. *Educatio Siglo XXI*, 34(2), 103-124.
- Riquelme, O., y Giacomani, C. (2018). La comida en familia: la idealización de un evento social. *Revista Chilena de Nutrición*, 45(1), 65-70.
- Robertson, G. (2017). 2017. ¿Una nueva era para la promoción de la salud, o simplemente un año más? *IUHPE Global Health Promotion*, 24(19), 80-82.
- Rodrigo, M., Ejeda, J. M., González, M. P., y Mijancos, M. T. (2014). Cambios en la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes de los Grados de Enfermería y de Magisterio tras cursar una asignatura de Nutrición. *Nutrición Hospitalaria*, 30(5), 1173-1180.
- Rodríguez, L., Díaz, F. J., y Rodríguez, E. (2016). La salud en el contexto escolar ¿quiénes reprueban los aprendizajes esenciales para la vida? *Revista Edu-física.com Ciencias Aplicadas al Deporte*, 5(11), 59-74.
- Rodríguez, M. y Huertas, J. A. (2017). Motivación y cambio conceptual. *Tarbiya, Revista de Investigación e Innovación Educativa*, 26, 51-71.
- Rodríguez, S., Gallardo, M.A., Olmos, M.C., y Ruiz, F. (2005). *Investigación educativa: metodología de encuesta*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zavala, A. y Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma Psicológica*, 23, 60-69.

- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., y Zuazagoitia, A. (2018). Implicación escolar de estudiantes de secundaria: La influencia de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Educación XXI*, 21(1), 87-108.
- Romero, C. (2007). Delimitación del campo didáctico de la Educación Física y de su actividad científica. *Profesorado. Revista del currículum y formación del profesorado*, 11(2), 1-9.
- Romero, E. (2014). *Análisis de variables relacionadas con el comportamiento sexual juvenil en la Ciudad Autónoma de Melilla*. Tesis doctoral: Universidad de Granada.
- Rubio, G. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Especializada*, 198, 11-14.
- Ruiz-Ariza, A., Ruiz, J. R., de la Torre-Cruz, M., Latorre-Román, P., y Martínez-López, E. J. (2016). Influencia del nivel de atracción hacia la actividad física en el rendimiento académico de los adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(1), 42-50
- Ruiz-Cabello, T. P., Aparicio, M. V., Fernández, M. M., Moratalla, C.N., Gregorio, A.E., y Aranda, R.P. (2015). Countries facing the Mediterranean diet, are we still on track? The example of Southern Spain midlife women. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 31(6), 2523-2532.
- Ruiz-Palmero, J., Sánchez-Rodríguez, J., y Trujillo-Torres, J. (2016). Utilización de internet y dependencia a los teléfonos móviles en adolescents. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1357-1369.
- Ruíz-Risueño, J., y Ruíz-Juan, F. (2015). Actividad físico-deportiva y contexto familiar: variables predictoras de consumo de tabaco entre adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 10(1), 121-131.
- Ruiz-Trasserra, A., Pérez, A., Contente, X., O'Brien, K., Bartroli, M., Teixidó-Compañó, E., y Espelt, A. (2017). Patterns of physical activity and associated factors among teenagers from Barcelona (Spain) in 2012. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 485-491.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development and Wellness*. New York: Guilford.

S

- Sadegholvad, S., Yeatman, H., Parrish, A., y Worsley, A. (2017). What Should Be Taught in Secondary Schools' Nutrition and Food Systems Education? Views from Prominent Food-Related Professionals in Australia. *Nutrients*, 9(11), 1-14.
- Sandí-Delgado, J., y Cruz-Alvarado, M. (2016). Propuesta Metodológica de Enseñanza y Aprendizaje para Innovar la Educación Superior. *InterSedes*, 17(36), 1-38.
- Salas, C., Cristi-Montero, C., Fan, Y., Durán, E., Labraña, A.M., Martínez, M.A., Leiva, A.M., ...Celis-Morales, C. (2016). Ser físicamente activo modifica los efectos nocivos del sedentarismo sobre marcadores de obesidad y cardiometabólicos en adultos. *Revista Médica de Chile*, 144(11), 1400-1409.
- Salas-Salvadó, J., Guasch-Ferré, M., Lee, C. H., Estruch, R., Clish, C. B., y Ros, E. (2016). Protective effects of the Mediterranean diet on type 2 diabetes and metabolic syndrome. *The Journal of Nutrition*, 146(4), 920-927.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Salvador, C.R. (2013). El menor inmigrante como infractor penal. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 3(1), 1-24.
- San Román-Mata, S. (2015). *La resiliencia en estudiantes universitarios en la ciudad transfronteriza de Melilla: un estudio diagnóstico preliminar*. Trabajo Fin de Máster: Universidad de Granada.
- San Román-Mata, S., Martínez-Martínez, A., Ubago-Jiménez, J.L., Puertas-Molero, P., Pérez-Cortés, A. J. y González-Valero, G. (2017). Actividad física y consumo de alcohol en Las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad del Estado. *TRANCES: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, 9(1), 303-314.
- San Román-Mata, S., Martínez-Martínez, A., Zurita-Ortega, F., Chacón-Cuberos, R., Puertas Molero, P., y González-Valero, G. (2018). Capacidad de resiliencia según tendencia religiosa y género en universitarios. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, (IN-PRESS).
- Sánchez, L. (2004). *Abuso de inhalantes. Manual para profesionales que intervienen con menores*. Madrid: Agencia Antidrogadela Comunidad de Madrid.

- Sánchez, V. y Aguilar, A. (2015). Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 449-457.
- Sánchez-Fideli, A., Gutiérrez-Hervás, A., Rizo-Baeza, M., y Cortés-Castell, E. (2018). Estudio longitudinal sobre la adherencia al patrón de dieta mediterránea en estudiantes de ciencias de la salud. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(1), 1-21.
- Sánchez-Ojeda, M. A., y De Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en población universitaria. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910-1919.
- Sánchez-Queija, I., Moreno, C., Rivera, F., y Ramos, P. (2015). Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 184-189.
- Sánchez-Torresa, D. A. (2016). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.
- Santos Rego, M.A. (2017). La educación intercultural y el pluralismo religioso: Propuestas pedagógicas para el diálogo. *Educación XXI*, 20(1), 17-35.
- Satici, S. A. (2016). Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*, 102, 68-73.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Scheidell, J. D., Quinn, K., McGorray, S.P., Frueh, B.C., Behaire, N.N., Cottler, L.B., y Khan, M.R. (2018). Childhood traumatic experiences and the association with marijuana and cocaine use in adolescence through adulthood. *Society for the study of addiction*, 113(1), 3-13.
- Schinelli, F., y Korman, G. P. (2012). Psicoterapia y religiosidad: inclusión de las variables religiosas y espirituales en los tratamientos. In *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Schmidt, J. (2007). *Validación de la versión española de la escala de Bugen de afrontamiento a la muerte y del perfil revisado de actitudes hacia la muerte*.

- Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de investigación.* Universidad de Granada: Tesis Doctoral.
- Schyns, G., Roefs, A., Smulders, F., y Jansen, A. (2018). Cue exposure therapy reduces overeating of exposed and non-exposed foods in obese adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 68-77.
- Segura-Martín, J.M. (2016). Inteligencia emocional en estudiantes venezolanos de educación media universitaria. *Revista Educare*, 20(2), 28-54.
- Selberg, M.M., Ryan, P., Borgström, S. T., Norström, A. V., y Peterson, G. D. (2018). From resilience thinking to resilience planning: Lessons from practice. *Journal of Environmental Management*, 217, 906-918.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C., y Aranceta, J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(7), 931-935.
- Serra, J., Muñoz, C. L., Cejudo, C., y Gil, P. (2017). Estilos de aprendizaje y rendimiento académico de universitarios de Educación Física chilenos. *Retos*, 32, 62-67.
- Serrano, M., Cascales M., y Martínez, M. T. (2016). La epidemia de obesidad. El vínculo fisiopatológico: disfunción endocrina del adipocito, inflamación y resistencia a la insulina. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 82, 182-194.
- Serrate-Gozález, S., Navarro-Prados, A. B. y Muñoz-Rodríguez, J. M. (2017). Perfil, motivaciones e intereses de los aprendices mayores hacia los programas universitarios. *Revista Educación y Desarrollo Social*, 11(1), 156-171.
- Sharon, D., y Grinberg, K. (2018). Does the level of emotional intelligence affect the degree of success in nursing studies? *Nurse Education Today*, 64, 21-26.
- Shavelson, R., Hubner, J. y Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Shipley, N., Jackson, M. J. y Segrest, S. (2010). The effects of emotional intelligence, age, work experience and academic performance. *Research in Higher Education Journal*, 9, 1-18.
- Siddiq, F., Scherer, R., y Tondeur, J. (2016). Teachers emphasis on developing students digital information y comunicación skills (TEDDICS): A new construct in 21st century education. *Computers and Education*, 92-93, 1-14.

- Simkin, H. y Azzollini, S. (2015). Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 7(2), 339-361.
- Simkin, H., Azzollini, S., y Voloschin, C. (2015). Autoestima y Problemáticas Psicosociales en la Infancia, Adolescencia y Juventud. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 11(1), 59-96.
- Simó, S. (2016). Terapia ocupacional, cultura y diversidad. *Cuadernos de Terapia ocupacional*, 24(1), 164-165.
- Soler, S. Y., Pérez, R. E., Mejías, C. M., López, S. M., y César, R. M. (2016). Programa educativo para potenciar factores protectores en adolescentes con conducta suicida. *MULTIMED Revista Médica Granma*, 20(1), 161-171.
- Solórzano, F. y García, A. (2016). Fundamentos del aprendizaje en red desde el conectivismo y la teoría. *Revista Cubana en Educación Superior, RES*, 3(3), 98-112.
- Soriano, E. y Cala, V. C. (2017). Impacto de una intervención en salud transcultural liderada por adolescentes autóctonos e inmigrantes sobre la actividad física de niños y niñas de educación primaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 103-113.
- Soriano, J. A., Sampascual, G. y Navas, L. (2010). El autoconcepto físico en la clase de Educación Física: un análisis centrado en el sexo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD. Revista de Psicología*, 3(1), 419-425.
- Stiglic, G., Cilar, L., Novak, Z., Vrbnjak, D., Stenhouse, R., Snowden, A., y Pajnkihar, M. (2018). Emotional Intelligence among nursing students: Findings from a cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 66, 33-38.
- Stoeger, H., Fleischmann, S., y Obergriesser, S. (2015). Self-Regulated Learning (SLR) and the Gifted Learner in Primary School: The theoretical basis and empirical findings on a research program dedicated to ensuring that all students learn to regulate their own learning". *Asia Pacific Education Review*, 16(2), 257-267.

T

- Tarrés-Chamorro, S. y Rosón-Lorente, J. (2017). ¿Musulmanes o inmigrantes? La institucionalización del islam en España (1860-1992). *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 115, 165-185.
- Temes-Cordovez, R. R. (2017). Determinantes sociales y geografía de la salud. Una aproximación para el caso de la ciudad de Madrid. *Clivatge. Estudis i testimonis sobre el conflicte i el canvi socials*, 5, 104-133.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*.
- Torrano, F. y Soria, M. (2016), Una aproximación al aprendizaje autorregulado en alumnos de educación secundaria. *Contextos Educativos*, 1, 97-115.
- Torrano, F., Fuentes, J.L. y Soria, M. (2017). Aprendizaje autorregulado: estado de la cuestión y retos psicopedagógicos. *Perfiles Psicoeducativos*, 39(156), 160-173.
- Torres-González, J. A. (2017). La tradición educadora de la sociedad: de la oralidad a las tecnologías de la información y la comunicación. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 13(1), 1-3.
- Torres-Luque, G., Molero, D., Lara-Sánchez, A., Latorre-Román, P., Cachón-Zagalaz, J. y Zagalaz-Sánchez, M.L. (2014). Influencia del entorno donde se habita (rural vs urbano) sobre la condición física de estudiantes de educación primaria. *Apunts. Medicina de l'esport*, 49(184), 105-111.
- Tovar, G. S. y Lee, K. H. (2014). La evolución de la telecomunicación hacia una sociedad conectada. *Inceptum*, 9(16), 27-48.
- Trejo, P. M., Pérez Solís, I. D., Morales De la Rosa, D. I., García Fernández, F. J., Rodríguez De la Cruz, F. D., y Araujo Espino, R. (2016). Prácticas y creencias sobre estilos de vida asociadas al índice de masa corporal en enfermeros. *Revista cultura del cuidado*, 2(12) 31-42.

V

- Valenzuela, J., Muñoz, C., Silva-Peña, I., Gómez, V. & Precht, A. (2015). Motivación escolar: Claves para la formación motivacional de futuros docentes. *Estudios pedagógicos*, 41(1), 351-361.

- Vidal-Gutiérrez, D., Chamblas-García, I., Zavala-Gutiérrez, M., Muller-Gilchrist, R., Rodríguez-Torres, M. C., y Chávez-Montecino, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 61-74.
- Vilches, J. M. (2015). *Centros especializados y normalizados de secundaria: relación entre autoestima, agresividad, victimización y calidad de vida en estudiantes de Granada capital*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Villareal-González, M. E. (2009). *Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados*. Tesis doctoral: Universidad Autónoma de Nuevo León (México).
- Vinader-Caerols, C., Monleón, S., y Parra, A. (2014). Efectos fisiológicos y psicológicos de una alta dosis de alcohol en hombres y mujeres jóvenes. *Adicciones*, 26, 238–246.
- Viñals Blanco, A., y Cuenca Amigo, J. (2016). Ocio entre pares en la era digital: percepción del ocio conectado juvenil. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 61-65.
- Viñals, B.A. (2016). La experiencia de ocio de los jóvenes. *Lúdica Pedagógica*, 1(23), 93-103.

W

- Wang, A., Davis, O., Wootton, R., Mottersshaw, A. y Haworth, C. (2017). Social and support and mental health in late adolescence are correlated for genetic, as well as environmental, reasons. *Scientific Reports*, 7(13), 1-14.
- Weinberg, R. S. y Gould, D. (2007). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Werner, E. E., y Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Wilson, M., Cumming, T., Burkhalter, R., Langille, D., Ogilvie, R., y Asbridge, M. (2018). Driving under the influence behaviours among high school students who mix alcohol with energy drinks. *Preventive medicine*, 11(2018), 402-409.
- Windler, R. y Windler, M. (2018). Adolescents precursors of young adult drinking motives. *Addictive Behaviors*, 82, 151-157.

Winkler, M., Moore, E., Bennett, G., Armstrong, S., y Brandon, S. (2016). Parent-adolescent influences on everyday dietary practices: Perceptions of adolescents females with obesity and their mothers. *Maternal and child nutrición*, 13(4), 1-10.

Wong, M., Puttler, L., Nigg, J., y Zucker, R. (2018). Sleep and behavioral control in earlier life predicted resilience in young adulthood: A prospective study of children of alcoholics and controls. *Addictive behaviors*, 82, 65-71.

X

Xiang, P. y Lee, A. (2002). Achievement goals, perceived motivational climate, and student's self-reported mastery behaviors. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73(1), 58-65.

Y

Yan, A. F., Voorhees, C. C., Beck, K. H., y Wang, M. Q. (2014). A social ecological assessment of physical activity among urban adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 38(3), 379-391.

Z

Zarauz, A., y Ruiz-Juan, F. (2016). Motivación, satisfacción, percepción y creencias sobre las causas del éxito en atletas veteranos españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11(1), 37-46.

Zarza, V. S., Brunett, Z. K., Villafaña, M. G., y Arellano, G.E. (2015). Jóvenes universitarios, retos y dificultades en la actualidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 1-38.

Zavala, M. A., Valadez, M., y Vargas, M .C. (2008). Inteligencia Emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15(6), 319-338.

Zavala, M. A., y López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿qué papel juega la inteligencia emocional?. *Psicología conductual*, 20(1), 59-75.

Zurita, F. (2015). *Influencia de los factores psicológicos sobre las lesiones deportivas*

en deportes de equipo. Tesis Doctoral: Universidad de Jaén.

Zurita, F., Chacón, R., Castro, M., Martínez, A., Espejo, T., Knox, E., y Muros, J. (2017). Problematic consumption of substances and video game use in spanish university students depending on sex and place of residence. *Health and Addictions*, 18(1), 89-96.

Zurita-Ortega, F., Castro-Sánchez, M., Linares-Manrique, M. y Chacón- Cuberos, R (2017). Resiliencia, un elemento de prevención en actividad física. *Sportis*, 3(1), 564-576.

Zurita-Ortega, F., Castro-Sánchez, M., Rodríguez-Fernández, S., Cofré-Boladós, C., Chacón-Cuberos, R., Martínez-Martínez, A., y Muros-Molina, J. J. (2017). Actividad física, obesidad y autoestima en escolares chilenos: Análisis mediante ecuaciones estructurales. *Revista Médica de Chile*, 145(3), 299-308.

ANEXOS



ANEXO 1

CUESTIONARIO CD RISC (CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE)

Instrucciones Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala: 0= “En absoluto”, 1=“Rara vez”, 2=“A veces”, 3=“A menudo”, 4=“Casi siempre”.

1. Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios. ____
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado/a. ____
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte /Dios puede ayudarme. ____
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa. ____
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desa-fíos y dificultades. ____
6. Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico. ____
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte. ____
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades. ____
9. Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón. ____
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado. ____
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos. ____
12. No me doy por vencido/a, aunque las cosas parezcan no tener solución. ____
13. Durante los momentos de estrés/crisis, sé dónde puedo buscar ayuda. ____
14. Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente. ____
15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros decidan por mí. ____
16. No me desanimo fácilmente ante el fracaso. ____
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales. ____
18. Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas. ____
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado. ____
20. Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué). ____
21. Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida. ____
22. Me siento en control de mi vida. ____
23. Me gustan los desafíos. ____
24. Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino. ____
25. Estoy orgulloso/a de mis logros. ____

ANEXO 2

TMMS-24 (TRAIT META-MOOD SCALE)

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Presto mucha atención a los sentimientos.
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.
7. A menudo pienso en mis sentimientos.
8. Presto mucha atención a cómo me siento.
9. Tengo claros mis sentimientos.
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.
11. Casi siempre sé cómo me siento.
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.
14. Siempre puedo decir cómo me siento.
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.

ANEXO 3. TEST AUDIT. ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (ESCALA DE CONSUMO DE ALCOHOL)

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca
- (1) 1 o menos veces al mes
- (2) 2 ó 4 veces al mes
- (3) 2 ó 3 veces a la semana
- (4) 4 ó más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) 1 ó 2
- (1) 3 ó 4
- (2) 5 ó 6
- (3) 7 a 9
- (4) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

(0) Nunca

(1) Menos de 1 vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

(0) Nunca

(1) Menos de 1 vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

(0) No

(2) Sí, pero no en el curso del último año

(4) Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

(0) No

(2) Sí, pero no en el curso del último año

(4) Sí, en el último año.

Puntuación: Se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.

ANEXO 4.

FAGERSTRÖM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE (FTND)

Contesta con sinceridad a las siguientes preguntas respecto a consumo de diversas sustancias, recuerda que los investigadores responsables son los únicos que tendrán acceso al cuestionario. Ya que es confidencial.

F1. ¿Cuántos cigarros fumas cada día?

- 1). 10 ó menos
- 2). Entre 11 y 20
- 3). Entre 21 y 30
- 4). 31 ó más

F2. ¿Fumas más las primeras horas después de levantarte que el resto del día?

- 1). No
- 2). Si

F3. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que te levantas hasta que fumas tu primer cigarro?

- 1). más de 60 minutos
- 2). de 31 a 60 minutos
- 3). de 6 a 30 minutos
- 4). 5 minutos o menos

F4. ¿Qué cigarro te costaría más renunciar a el?

- 1). El primero del día
- 2). Cualquier otro.

F5. ¿Te resulta difícil dejar de fumar en los lugares donde está prohibido?

- 1). No
- 2). Si

F6. ¿Sigues fumando cuando estás tan enfermo como para estar en cama la mayor parte del día?

- 1). No
- 2). Si

ANEXO 5.

CUESTIONARIO KIDMED (ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA)

Por favor, piense en lo que habitualmente suele comer e indíquenos si las siguientes afirmaciones son aplicables a su situación. (Por favor marque una respuesta (verdadera o falsa) para cada afirmación).

- 1 Toma una fruta o zumo de frutas todos los días.
- 2 Toma una segunda fruta todos los días.
- 3 Toma verduras frescas, crudas, en ensalada o cocinadas regularmente una vez al día.
- 4 Toma verduras frescas, crudas, en ensalada o cocinadas más de una vez al día.
- 5 Toma pescado con regularidad, por lo menos 2 o 3 veces a la semana.
- 6 Acude una vez o más a la semana a un centro de “fast food” tipo hamburguesería.
- 7 Le gustan las legumbres y las tomas más de una vez a la semana.
- 8 Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana).
- 9 Desayuna cereales o derivados como el pan, etc.
- 10 Toma frutos secos con regularidad, por lo menos 2-3 veces a la semana.
- 11 Consume aceite de oliva en casa.
- 12 No desayuna.
- 13 Desayuna un lácteo, como leche, yogur, etc.
- 14 Desayuna bollería industrial.
- 15 Toma 2 yogures y/o 40 gramos de queso cada día.
- 16 Toma varias veces al día dulces y golosinas.

ANEXO 6. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo: Hombre _____
Mujer _____
2. Año de nacimiento _____
3. Lugar de nacimiento _____
4. Título o Grado _____
5. Curso: 1° _____ 2° _____ 3° _____ 4° _____
6. Religión _____
7. Tipo de Centro en el que realizó sus estudios obligatorios
 - Público
 - Concertado
 - Privado
8. Estudios previos o actividad laboral previa a la Universidad
 - Bachillerato
 - FP
 - Mercado laboral
9. ¿Dónde resides?
 - Domicilio familiar
 - Piso compartido
 - Residencia universitaria
10. ¿Recibes beca?
 - Si
 - No
11. Nota media del curso pasado:
 - Aprobado con asignaturas pendientes
 - Aprobado
 - Notable
 - Sobresaliente
12. En qué campus universitario estudias actualmente?
 - Granada
 - Ceuta
 - Melilla
 - Otro