

Indicadores para detectar y evaluar el impacto de las desigualdades socioeconómicas en los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles

Concepción MORENO-MALDONADO

Carmen MORENO

Universidad de Sevilla (España)

Francisco RIVERA

Universidad de Huelva (España)

Resumen

En este estudio se comparan distintos indicadores socioeconómicos en cuanto a su capacidad para predecir desigualdades en la salud y los estilos de vida de la población adolescente. Los resultados muestran que la relación entre los diferentes indicadores socioeconómicos, a pesar de ser significativa, es débil, sugiriendo que cada uno evalúa en cierto grado aspectos distintos del constructo socioeconómico. Además, mientras que el nivel educativo de los progenitores, y especialmente el nivel educativo de las madres, es la variable que muestra mayor capacidad para detectar desigualdades en los estilos de vida adolescentes, la percepción subjetiva de riqueza se revela como el predictor más importante de las desigualdades en salud. Adicionalmente, los resultados de este estudio muestran que no todas las conductas relacionadas con los estilos de vida adolescente y su bienestar están igualmente influenciadas por determinantes socioeconómicos. De esta forma, mientras que las conductas relacionadas con los hábitos de alimentación o la salud adolescente se ven fuertemente influidas por factores socioeconómicos, el efecto de las desigualdades es menos claro en conductas tales como el consumo de tabaco y alcohol. Esta investigación subraya la importancia de la elección de un determinado indicador en estudios que evalúan los efectos de las desigualdades socioeconómicas en los estilos de vida y la salud adolescente.

Abstract

In this research we compare different socioeconomic indicators according to their capacity to detect socioeconomic inequalities in adolescent health and lifestyles. The results showed that the relationship between the different socioeconomic indicators, despite being significant, had a weak association, suggesting that each indicator evaluates different dimensions of the socioeconomic construct. In addition, whereas parental education, and especially maternal education, was the most relevant indicator for predicting socioeconomic inequalities in adolescent lifestyles, the perceived family wealth was the most important predictor of inequalities in adolescent health. Additionally, the results of this study show that not all behaviours related to healthy lifestyles and adolescent health were equally influenced by socioeconomic determinants. Along these lines, whereas eating behaviours or health outcomes showed to be highly influenced by socioeconomic factors, the impact of socioeconomic inequalities in behaviours such as alcohol consumption or tobacco use was less clear. This research highlights the importance of choosing a specific indicator in studies that evaluate the effects of socioeconomic inequalities in adolescent health and lifestyles.

Dirección de los autores: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología. C/ Camilo José Cela, s/n, 41018 Sevilla (España). *Correo electrónico:* moreno_c@us.es

Agradecimientos: El Estudio HBSC en España es posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Además, este trabajo ha sido financiado por la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía gracias a una beca concedida a Concepción Moreno-Maldonado en el marco del programa *Incentivos a Proyectos de Investigación de Excelencia* (Ref. SEJ 08007).

Recibido: noviembre de 2016. *Aceptado:* diciembre de 2016.

La investigación sobre las desigualdades socioeconómicas en la salud y los estilos de vida de la población tiene ya una larga y productiva historia. Los resultados alcanzados han conducido a un consenso generalizado a la hora de reconocer el impacto de los factores socioeconómicos sobre la salud (Marmot y Bell, 2012). Al mismo tiempo, la reducción de tales desigualdades se ha convertido en un objetivo prioritario de las políticas, tanto para la Organización Mundial de la Salud (OMS), como para los gobiernos y otras organizaciones internacionales, de ahí que se dediquen importantes esfuerzos para desarrollar intervenciones y políticas que aborden los determinantes sociales que generan las inequidades en salud (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009).

Las desventajas socioeconómicas durante la infancia y la adolescencia han demostrado tener un impacto a lo largo de todo el ciclo vital (Alemán-Díaz *et al.*, 2016; Dmitrieva, 2013). Sin embargo, la literatura científica aún es escasa durante esta etapa del desarrollo y, además, muestra resultados contradictorios (Currie *et al.*, 2008a; Viner *et al.*, 2012). De este modo, conocemos poco acerca del impacto que tiene la posición socioeconómica en la salud y los estilos de vida adolescentes, lo que dificulta el diseño de intervenciones que puedan contribuir a prevenirlas.

Uno de los principales problemas para establecer conclusiones se deriva de la falta de consistencia en las medidas empleadas para evaluar la posición socioeconómica de la población adolescente (Font-Ribera *et al.*, 2014) y las dificultades asociadas a su evaluación (Currie *et al.*, 2008a). Los ingresos, el nivel educativo y el estatus ocupacional de los progenitores han sido los indicadores comúnmente empleados para evaluar la posición socioeconómica de los adolescentes (Currie *et al.*, 2012; Galobardes, Lynch, y Smith, 2007). Mientras que los adolescentes difícilmente pueden informar del nivel de ingresos de sus progenitores (Ensminger *et al.*, 2000), tampoco el uso del nivel educativo y el estatus ocupacional de los progenitores está exento de dificultades, especialmente cuando la información es reportada por los propios adolescentes (Currie, Elton, Todd, y Platt, 1997). Muchas investigaciones han insistido en la dificultad de los adolescentes para proporcionar una información precisa acerca del estatus socioeconómico de sus progenitores, señalando además altas tasas de valores perdidos, especialmente en cuanto a la ocupación parental (Currie *et al.*, 2008a; Ensminger *et al.*, 2000; Ridolfo y Maitland, 2011).

Debido a las dificultades metodológicas asociadas al empleo de estas medidas tradicionales, han sido propuestos otros indicadores para evaluar la posición socioeconómica adolescente, entre los cuales cabe destacar el *Family Affluence Scale* (FAS). El FAS es un índice que se extrae a partir de las respuestas de los adolescentes acerca de la posesión de diferentes bienes materiales familiares, puede ser fácilmente contestado por ellos y ha mostrado un alto

grado de acuerdo con la información ofrecida por los progenitores, así como unos patrones de asociación similares con los indicadores de salud obtenidos con las medidas tradicionales (Currie *et al.*, 1997; Currie, Molcho *et al.*, 2008; Molcho, Gabhainn, y Kelleher, 2007; Torsheim, Currie, Boyce, y Samdal, 2006).

Finalmente, algunas investigaciones recientes han sugerido que la percepción subjetiva de riqueza puede ser también un buen indicador para evaluar la posición socioeconómica adolescente (Goodman *et al.*, 2001; Goodman, Huang, Schafer-Kalkhoff, y Adler, 2007). Además, estudios previos ponen de manifiesto que la percepción subjetiva de riqueza tiene un efecto independiente sobre la salud adolescente que otras medidas de carácter objetivo, como el nivel educativo, el estatus ocupacional, los ingresos o la riqueza material (Elgar *et al.*, 2016; Goodman *et al.*, 2007; Kondo, Kawachi, Subramanian, Takeda, y Yamagata, 2008).

El presente estudio tiene como objetivo comparar distintos indicadores para evaluar la posición socioeconómica adolescente en cuanto a su capacidad para detectar desigualdades en la salud y los estilos de vida de la población adolescente. Específicamente, analizaremos en primer lugar la relación entre los distintos indicadores socioeconómicos, con la hipótesis de que mostrarán cierta relación entre sí, pero también cierta independencia. El segundo objetivo es evaluar la capacidad predictiva de cada uno de los indicadores socioeconómicos analizados sobre distintos aspectos relacionados con la salud y los estilos de vida adolescente. En este sentido, se espera encontrar un impacto diferencial de las distintas dimensiones socioeconómicas en la salud y los estilos de vida de la población adolescente. Finalmente, el tercer objetivo de este estudio es identificar los aspectos de la salud y estilos de vida adolescente más vulnerables a las desigualdades socioeconómicas, con la hipótesis de que mientras que algunos aspectos de la salud y los estilos de vida se verán fuertemente influidos por factores socioeconómicos, otras variables mostrarán una influencia menos clara.

Método

Datos

Los datos analizados proceden de la edición 2014 del Estudio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), un estudio colaborador de la Organización Mundial de la Salud que recoge datos representativos de la población adolescente cada 4 años en un número importante de países de Europa y América del Norte desde el año 1982 (en la última edición, en 2014, participaron 43 países). Los detalles metodológicos del estudio HBSC en España son descritos minuciosamente en Moreno *et al.* (2016a y 2016b).

Participantes

Para este estudio se seleccionó, mediante un muestreo aleatorio polietápico estratificado por conglomerados, una muestra de 23.349 adolescentes de edades comprendidas entre los 11 y 16 años ($M = 13,5$, $DT = 1,78$), con una distribución balanceada tanto por sexo como por grupos de edad, tal y como puede observarse en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra según las variables sexo y edad

		<i>n</i> (<i>n</i> total = 23.349)	%
Sexo	Chico	11.574	49,6 %
	Chica	11.775	50,4 %
Grupo de edad	11-12 años	8.095	34,7 %
	13-14 años	7.691	32,9 %
	15-16 años	7.563	32,4 %

Instrumentos

El Cuestionario HBSC fue empleado para recoger información proporcionada directamente por los propios adolescentes. Este cuestionario se adhiere a un protocolo internacional en cada edición y cuenta con la aprobación del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla. Para el presente trabajo fueron seleccionadas las medidas que se detallan a continuación para evaluar la posición socioeconómica, los estilos de vida y la salud adolescente.

Medidas para evaluar el estatus socioeconómico

Estatus ocupacional de los progenitores.

Se preguntó en primer lugar a los estudiantes: “¿Tiene trabajo tu padre?”, y en los casos en los que la respuesta fue afirmativa, se les solicitó que respondiesen a dos preguntas abiertas: “Por favor, escribe en qué sitio trabaja (por ejemplo: hospital, banco, restaurante...)” y “Por favor, escribe qué trabajo es el que realiza exactamente allí tu padre (por ejemplo: maestro, conductor de autobús...)”. Las mismas preguntas fueron realizadas con respecto a la madre. Posteriormente, a partir de dicha información se calculó el estatus ocupacional de cada progenitor en una escala de 9 categorías mediante el *International Standard Classification of Occupations* (ISCO-08) según el grado de especialización requerida para el desempeño de las funciones del puesto que ocupaban (*International Labour Office*, 2012). Una categoría adicional fue incluida con aquellos progenitores en situación de desempleo.

Nivel educativo de los progenitores.

Evaluado a través de las preguntas: “¿Qué estudios tiene tu padre?” y lo mismo respecto a la madre. Las respuestas fueron clasificadas en cuatro niveles según las opciones de

respuesta para cada progenitor: “Nunca estudió (no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad)”; “Estudios básicos/primarios, terminados o sin terminar” (se especificó: “Algo parecido a lo que estudio yo actualmente”, para los participantes de 11-12 años); “Estudios secundarios (como bachillerato o formación profesional), terminados o sin terminar” (se especificó: “Estudió un nivel algo superior de estudios al que realizo yo”, para los participantes de 11-12 años); “Estudios universitarios, terminados o sin terminar”.

Capacidad adquisitiva familiar.

Evaluada a través del *Family Affluence Scale* (FAS). La puntuación en el FAS fue calculada a través de la suma de las puntuaciones obtenidas en los seis ítems que componen la última versión del instrumento (Currie *et al.*, 2014): “¿Tiene tu familia coche propio o furgoneta?” (0 = no; 1 = sí, una; 2 = sí, dos o más); “¿Tienes un dormitorio para ti solo/a?” (0 = no; 1 = sí); “¿Cuántos ordenadores tiene tu familia? (incluyendo portátiles y tablets, no incluyendo videoconsolas y smartphones)” (0 = ninguno, 1 = uno, 2 = dos, 3 = más de dos); “¿Cuántos baños (habitación con una bañera/ducha o ambas) hay en tu casa?” (0 = ninguno, 1 = uno, 2 = dos, 3 = más de dos); “¿Tiene tu familia un lavavajillas en casa?” (0 = no; 1 = sí); “Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces saliste de vacaciones con tu familia? (viajar fuera del país)” (0 = ninguna, 1 = una vez, 2 = dos veces, 3 = más de dos veces). Las respuestas fueron sumadas de 0 a 13, siendo 0 la capacidad adquisitiva más baja y 13 la más alta.

Riqueza familiar percibida.

Se trata de un indicador de la posición socioeconómica subjetiva, evaluada a través de la pregunta: “¿Cómo de rica o adinerada piensas que es tu familia?”. Las 5 opciones de respuesta fueron: 1 (pobre), 2 (no muy pobre), 3 (normal), 4 (rica) y 5 (muy rica).

Medidas para evaluar los estilos de vida

Frecuencia semanal de desayuno.

Los adolescentes respondieron a la pregunta: “¿Con qué frecuencia acostumbras a desayunar (algo más que un vaso de leche o un zumo de frutas)?” Las categorías de respuesta recogieron la información acerca de la frecuencia semanal con la que los adolescentes desayunaban, oscilando entre 0 (nunca o casi nunca) y 7 (todos los días de la semana).

Frecuencia semanal de consumo de frutas, verduras, dulces y refrescos.

Se preguntó a los adolescentes: “¿Con qué frecuencia a la semana acostumbras a comer o beber...?”. Las categorías de respuesta que fueron seleccionadas fueron: “fruta”, “verdura o vegetales (por ejemplo, tomates, lechuga, lentejas, garbanzo, espinacas, etc.)”, “dulces (caramelos o chocolate)” y “refrescos y otras bebidas que contienen azúcar”. Las categorías de respuesta recogieron información acerca

de la frecuencia semanal en que se consumían los citados alimentos, siendo 0 la mínima frecuencia (nunca) y 6 la máxima frecuencia (todos los días, más de una vez al día) para cada una de las preguntas por separado.

Cepillado denta.

Evaluado a través de la pregunta: “¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?”. Las respuestas fueron clasificadas en una escala donde el 0 representó la mínima frecuencia (nunca) y el 4 la máxima frecuencia (más de una vez al día).

Actividad física.

Evaluada a través de una pregunta adaptada para su uso en el estudio HBSC (Prochaska, Sallis, y Long, 2001): número de días en que los adolescentes se sintieron físicamente activos durante al menos 60 minutos por día en los últimos 7 días (Actividad Física Moderada a Vigorosa). Las opciones de respuesta oscilaron entre 0 (ningún día) y 7 (todos los días).

Consumo de tabaco y alcohol.

Evaluado a través de las preguntas: “¿Cuántos días has fumado cigarrillos en los últimos 30 días?” y “¿Cuántos días has bebido alcohol en los últimos 30 días?”. En este caso, las respuestas fueron clasificadas en una escala siendo la mínima frecuencia 0 (nunca) y la máxima frecuencia 6 (todos los días).

Medidas para evaluar la salud

Salud percibida.

Evaluada a través de un solo ítem, que preguntaba al adolescente cómo consideraba su salud en el momento actual (Idler y Benyamini, 1997), calificada desde 0 (pobre) hasta 3 (excelente).

Satisfacción vital.

Utilizando el formato de la escalera de Cantril (Cantril, 1965), se preguntó a los adolescentes: “En general, ¿en qué lugar sientes que está en este momento tu vida?. Señala la casilla que está debajo del número que mejor describe dónde estás. La parte de la derecha (‘10’) es tu mejor vida posible y la parte de la izquierda es tu peor vida posible (‘0’)”.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Evaluada a través del instrumento “Kidscreen”, que consiste en 10 ítems que abarcan diferentes aspectos de la salud y el bienestar (físicos, psicológicos y sociales), en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (Ravens-Sieberer y The European Kidscreen Group, 2006).

Síntomas psicósomáticos.

Evaluados a través del conocido “HBSC-symptom checklist” (Ravens-Sieberer *et al.*, 2010), que evalúa dos

aspectos: síntomas psicológicos (nerviosismo, depresión, irritabilidad y dificultades del sueño) y manifestaciones somáticas (dolor de cabeza, de estómago, de espalda y sentirse mareado). Las respuestas para cada síntoma oscilaban en una escala desde 0 (rara vez o nunca) hasta 4 (la mayor parte o todo el tiempo), que medía la frecuencia de síntomas en los últimos seis meses. Para este estudio fueron empleadas las variables resultantes del cómputo de la máxima frecuencia de síntomas en cada una de las dos sub-escalas por separado.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó siguiendo las recomendaciones establecidas por la coordinación internacional del estudio HBSC (Inchley *et al.*, 2016): el cuestionario fue completado por los propios adolescentes, administrado en los centros educativos bajo la supervisión del profesorado y con el anonimato de los participantes garantizado. La colaboración en el estudio fue voluntaria y el consentimiento fue obtenido por el personal de los centros educativos, madres o padres y los propios adolescentes.

Análisis de los datos

En este estudio, en primer lugar, se emplearon estadísticos descriptivos (porcentajes e intervalos de confianza para las variables cualitativas y media y desviación típica para las variables continuas). En segundo lugar, se utilizó el análisis de Correlación de Pearson y la Regresión Lineal Simple. Los coeficientes de correlación fueron interpretados como indicativos de correlaciones bajas cuando fueron inferiores a 0’3, correlaciones moderadas cuando se situaron entre 0’3 y 0’6, y fuertes cuando los coeficientes de correlación fueron superiores a 0’6 (Polgar y Thomas, 2013). El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 22.

Resultados

En primer lugar, se presentan en este apartado los estadísticos descriptivos de las variables socioeconómicas analizadas. En segundo lugar, se analiza la relación entre los distintos indicadores socioeconómicos considerados entre sí. Finalmente, se examina la capacidad predictiva de cada medida utilizada para evaluar la posición socioeconómica sobre distintas variables relacionadas con la salud y los estilos de vida de la población adolescente.

Descriptivos de las variables socioeconómicas analizadas

En cuanto a los descriptivos obtenidos para la muestra, se presentan los porcentajes y los intervalos de confianza (IC) del 95% para las variables socioeconómicas de carácter cualitativo (tabla 2). Por su parte, la variable capacidad

adquisitiva familiar ($M = 8'16$, $DT = 2'18$) presentó una tasa de valores perdidos de 9'4%. Como se observa en esta tabla 2, la mayor tasa de valores perdidos o respuestas no clasificables en la información aportada por los adolescentes sobre las variables socioeconómicas de sus familias fue en la variable estatus ocupacional de los progenitores (18'6% en el caso del padre y 13% en el caso de la madre). Sin embargo, las tasas de respuesta para las variables nivel educativo de los progenitores, capacidad adquisitiva familiar o percepción de riqueza familiar fueron superiores al 90%, siendo el nivel educativo de la madre la variable que presentó la tasa de valores perdidos más baja (5'6%).

Relaciones entre los distintos indicadores socioeconómicos

El análisis de la correlación de Spearman, tal como se refleja en la tabla 3, mostró que todas las correlaciones entre los distintos indicadores socioeconómicos analizados entre sí fueron significativas ($p < 0'001$) y de signo positivo. Sin embargo, todos los coeficientes de correlación mostraron asociaciones de magnitud pequeña, excepto en el caso de la correlación entre el nivel educativo de la madre y del padre, que fue de un tamaño moderado ($r_s = 0'57$). Así mismo, se observa que la riqueza familiar percibida mostró la correla-

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la muestra en las variables socioeconómicas cualitativas analizadas. Los datos se expresan como porcentajes con intervalos de confianza (IC) del 95 %

	%	IC (95%)		%	IC (95%)
Nivel educativo de los progenitores					
<i>Nivel educativo del padre</i>			<i>Nivel educativo de la madre</i>		
Sin estudios	1.5	(1.4-1.7)	Sin estudios	1.5	(1.4-1.7)
Educación primaria	29.1	(28.5-29.6)	Educación primaria	26.1	(25.5-26.7)
Educación secundaria	33.9	(33.3-34.5)	Educación secundaria	33.3	(32.7-33.9)
Educación universitaria	27.3	(26.8-27.9)	Educación universitaria	33.5	(32.9-34.1)
Valores perdidos	8.2	(7.8-8.5)	Valores perdidos	5.6	(5.3-5.9)
Estatus ocupacional de los progenitores					
<i>Estatus ocupacional del padre</i>			<i>Estatus ocupacional de la madre</i>		
Desempleados	10.7	(10.3 - 11.1)	Desempleadas	28.8	(28.2 - 29.3)
Ocupaciones elementales	3.2	(3.0 - 3.5)	Ocupaciones elementales	9.0	(8.7 - 9.4)
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	9.1	(8.8 - 9.5)	Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	1.3	(1.2 - 1.4)
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	15.4	(15.0 - 15.9)	Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	2.5	(2.3 - 2.7)
Agricultores/trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	4.6	(4.3 - 4.8)	Agricultores/trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	0.7	(0.6 - 0.8)
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	11.8	(11.4 - 12.2)	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	18.7	(18.2 - 19.2)
Personal de apoyo administrativo	3.1	(2.9 - 3.3)	Personal de apoyo administrativo	6.2	(5.9 - 6.6)
Técnicos y profesionales de nivel medio	8.0	(7.6 - 8.3)	Técnicos y profesionales de nivel medio	5.5	(5.2 - 5.8)
Profesionales científicos e intelectuales	9.6	(9.2 - 10.0)	Profesionales científicos e intelectuales	12.3	(11.9 - 12.7)
Directores y gerentes	5.9	(5.6 - 6.2)	Directores y gerentes	2.0	(1.9 - 2.2)
Valores perdidos	18.6	(18.1 - 19.1)	Valores perdidos	13.0	(12.5 - 13.4)
Riqueza familiar percibida					
Pobre	0.9	(0.8 - 1.0)			
No muy pobre	5.8	(5.5 - 6.1)			
Normal	77.0	(76.5 - 77.6)			
Rica	6.8	(6.5 - 7.1)			
Muy rica	2.6	(2.4 - 2.8)			
Valores perdidos	6.9	(6.6 - 7.2)			

Tabla 3. Coeficiente de correlación de Spearman entre los distintos indicadores socioeconómicos analizados (***) $p < 0,001$.

	1	2	3	4	5
1. Nivel educativo del padre					
2. Nivel educativo de la madre	0.569***				
3. Estatus ocupacional del padre	0.382***	0.277***			
4. Estatus ocupacional de la madre	0.252***	0.393***	0.254***		
5. Capacidad adquisitiva familiar	0.267***	0.279***	0.305***	0.272***	
6. Riqueza familiar percibida	0.077***	0.078***	0.126***	0.086***	0.265***

ción más baja con los demás indicadores socioeconómicos (r_s entre 0,08 y 0,13), siendo la correlación mostrada con la capacidad adquisitiva familiar ligeramente superior ($r_s = 0,27$).

Las desigualdades socioeconómicas en los estilos de vida y la salud adolescente

Por último, en las tablas 4 y 5 se presentan los coeficientes estandarizados de las regresiones o Beta (β) para las asociaciones entre los distintos indicadores socioeconómicos y las variables relacionadas con los estilos de vida (tabla 4) y la salud (tabla 5) de la población adolescente. Los resultados muestran que todos los estilos de vida y las variables consideradas relacionadas con la salud mostraron el efecto de los factores socioeconómicos. Sin embargo, las dimensiones socioeconómicas examinadas influyeron de forma diferente según los aspectos de la salud o los estilos de vida examinados.

En primera instancia, con respecto a los comportamientos relacionados con los estilos de vida (consumo del desayuno, fruta, verduras, dulces y refrescos, cepillado dental, actividad física y consumo de tabaco y alcohol), y tal como se refleja en los datos presentados en la tabla 4, el nivel educativo de ambos progenitores fue la variable que mostró tener un mayor efecto. De este modo, los adolescentes con madres con un nivel educativo alto presentaron mayor frecuencia de consumo de desayuno, fruta y verdura, cepillado dental y actividad física, así como una menor frecuencia en el consumo de refrescos y alcohol, que los adolescentes cuyas madres tenían un nivel educativo más bajo. El nivel educativo de las madres, sin embargo, no tuvo un efecto significativo en el consumo de dulces y tabaco. Del mismo modo, un mayor nivel educativo del padre mostró influir de forma positiva en los hábitos saludables de los adolescentes en cuanto a la frecuencia de desayuno, cepillado dental y consumo de fruta, verdura y dulces. Además, en todos los casos en los que fueron significativos, tanto el

Tabla 4. Coeficientes de regresión estandarizados del análisis de regresión para la predicción de los estilos de vida a partir de los distintos indicadores socioeconómicos (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$).

	Frecuencia semanal de desayuno	Frecuencia semanal de consumo de fruta	Frecuencia semanal de consumo de verdura	Frecuencia semanal de consumo de dulces	Frecuencia semanal de consumo de refrescos	Cepillado dental	Actividad física moderada a vigorosa	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol
Nivel de estudios del padre	0,037**	0,053***	0,039**	-0,043**	-0,023	0,082***	-0,001	-0,012	-0,017
Nivel de estudios de la madre	0,054***	0,077***	0,090***	-0,019	-0,109***	0,048***	0,030*	-0,013	-0,055***
Estatus ocupacional del padre	0,026*	0,027*	0,009	-0,031*	-0,052***	0,01	0,015	0,029*	0,025*
Estatus ocupacional de la madre	0,013	0,040***	0,059***	-0,038**	-0,044***	0,007	0,032**	0,004	0,018
Capacidad adquisitiva familiar	0,01	0,079***	0,017	-0,007	-0,017	0,019	0,056***	0,003	0,016
Riqueza familiar percibida	0,017	0,000	-0,055***	0,037***	-0,007	-0,016	0,039***	-0,038***	-0,004

Tabla 5. Coeficientes de regresión estandarizados del análisis de regresión para la predicción de la salud a partir de los distintos indicadores socioeconómicos (* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$).

	<i>Salud percibida</i>	<i>Satisfacción vital</i>	<i>Calidad de vida relacionada con la salud</i>	<i>Máxima frecuencia de malestares psicológicos</i>	<i>Máxima frecuencia de malestares físicos</i>
<i>Nivel de estudios del padre</i>	0.025	0.001	0.032*	-0.026	-0.024
<i>Nivel de estudios de la madre</i>	0.035*	0.041**	0.066***	-0.039**	-0.011
<i>Estatus ocupacional del padre</i>	0.022	0.044***	0.019	-0.02	-0.017
<i>Estatus ocupacional de la madre</i>	-0.01	0.000	-0.035**	-0.024	-0.045***
<i>Capacidad adquisitiva familiar</i>	0.035**	0.068***	0.04**	-0.011	0.000
<i>Riqueza familiar percibida</i>	0.094***	0.156***	0.127***	-0.049***	-0.059***

nivel educativo del padre como de la madre, los coeficientes de regresión fueron mayores en el caso de la educación de las madres que en el de los padres, excepto en el caso de la conducta de cepillado dental, en el que el coeficiente de regresión presentado por el nivel educativo del padre fue superior al del nivel educativo de las madres. Añadido a ello, la educación de las madres fue la variable que demostró explicar una mayor proporción de la varianza de las variables relacionadas con los hábitos de alimentación (consumo de desayuno, fruta, verdura, dulces y refrescos) en comparación con los restantes indicadores socioeconómicos analizados.

El estatus ocupacional alto de ambos progenitores demostró predecir hábitos más saludables en cuanto al consumo de fruta, de dulces y de refrescos en los adolescentes. Además, el estatus ocupacional alto sólo en el caso de las madres mostró predecir un mayor consumo de verdura y más actividad física en los adolescentes. Sin embargo, mientras que el estatus ocupacional alto sólo en el caso de los padres se relacionó con una mayor frecuencia de desayuno, también estuvo relacionado con una mayor frecuencia de consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes. Por su parte, una mayor riqueza material de la familia influyó de forma significativa y positiva sólo en el consumo de fruta y la actividad física de la población adolescente.

Finalmente, la percepción de los adolescentes de sus familias como más ricas tuvo un efecto positivo en el consumo de verduras, la actividad física y el consumo de tabaco; sin embargo, presentó un efecto negativo en el consumo de dulces, siendo predictor de una mayor frecuencia en su consumo.

En segundo lugar, en cuanto a las variables relacionadas con la salud, los análisis de regresión reflejados en la tabla 5 revelaron que la riqueza familiar percibida estuvo asociada con todas las variables relacionadas con la salud analizadas (satisfacción vital, calidad de vida relacionada con la salud y frecuencia de síntomas psicológicos y físicos), mostrando coeficientes de regresión más altos que los demás indicadores socioeconómicos de naturaleza más objetiva.

No obstante, el nivel educativo de los progenitores tuvo peso en la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes. Además, el nivel educativo alto de las madres predecía mayor satisfacción vital y menor frecuencia de síntomas psicológicos en la población adolescente. Con respecto al estatus ocupacional, los resultados mostraron que mientras que el estatus ocupacional alto del padre predecía mayor satisfacción vital en los adolescentes, el estatus ocupacional alto de las madres predecía mejor calidad de vida relacionada con la salud y menor frecuencia de síntomas psicológicos. Finalmente, los datos mostraron que la capacidad adquisitiva familiar predecía la satisfacción vital y la calidad de vida relacionada con la salud en la población adolescente.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre distintos indicadores socioeconómicos entre sí con el fin, a su vez, de evaluar el grado en que capturan aspectos similares de la posición socioeconómica, y examinar su capacidad predictiva sobre diversas variables relacionadas con los estilos de vida y la salud de los adolescentes. De este modo, este trabajo pretende contribuir a aumentar el conocimiento sobre cómo se producen las desigualdades socioeconómicas en la adolescencia, qué dimensiones socioeconómicas son importantes durante esta etapa y sobre qué aspectos específicos de la salud y estilos de vida ejercen más su influencia.

En primer lugar, los resultados indican que los adolescentes son capaces de proporcionar información acerca de su posición socioeconómica y la de sus familias. Las tasas de respuesta para las variables relacionadas con los factores socioeconómicos fueron altas. Asimismo, los resultados encontrados en cuanto a la relación que mantenían las distintas dimensiones socioeconómicas entre sí y su capacidad predictiva sobre la salud y los estilos de vida, que se describirán a continuación, son coherentes y están en la línea de estudios

previos. Sin embargo, los adolescentes presentaron una mayor tasa de valores perdidos en cuanto a la información relativa al estatus ocupacional de sus progenitores, al igual que se ha encontrado en investigaciones anteriores (Pueyo, Serra-Sutton, Alonso, Starfield, y Rajmil, 2007; Ridolfo y Maitland, 2011). Por el contrario, y también en la línea de resultados previos (Ensminger y Fothergill, 2003), la educación de la madre fue la variable que mostró una menor tasa de valores perdidos. La manera en que se ha preguntado a los adolescentes por esta variable (ofreciéndole algunas aclaraciones en las categorías de respuesta) puede haber contribuido a facilitar la amplia tasa de respuesta obtenida.

Atendiendo el primer objetivo de este estudio, examinar la relación entre los distintos indicadores socioeconómicos entre sí, los resultados muestran que, a pesar de la existencia de relaciones significativas entre todos los indicadores socioeconómicos, las asociaciones fueron débiles en la mayoría de los casos. Estos resultados sugieren que cada indicador evalúa en cierto modo distintos aspectos de la posición socioeconómica y, por tanto, no deben usarse de forma equivalente (Marmot, Shipley, Brunner, y Hemingway, 2001; Pförtner, Günther, Levin, Torsheim, y Richter, 2014). Una excepción fue el caso del nivel educativo materno y paterno, que mostraron una asociación moderada. La fuerte correlación entre los niveles educativos de la madre y el padre también ha sido demostrada en estudios previos (Ensminger y Fothergill, 2003; Lidfeldt, Li, Hu, Manson, y Kawachi, 2007) y tiene que ver con que el nivel de estudios es una característica de la homogamia en nuestra cultura. Además, la relación entre la percepción de riqueza familiar y los restantes indicadores socioeconómicos fue especialmente baja, coincidiendo con un estudio cualitativo, llevado a cabo por Hartley, Levin y Currie (2015), en el que se encontró que las percepciones de los adolescentes sobre su riqueza estaban determinadas sólo en parte por su posición socioeconómica objetiva.

En relación con el segundo objetivo de este estudio, analizar la capacidad predictiva de los distintos indicadores socioeconómicos en la salud y estilos de vida adolescente, los resultados mostraron que, en la mayoría de los casos, existía una relación significativa entre una mejor posición socioeconómica de las familias y estilos de vida más saludables, así como niveles más altos de bienestar en los adolescentes. Investigaciones previas, igualmente, han demostrado que una baja posición socioeconómica se relaciona con una menor frecuencia de consumo de desayuno (Fismen, Samdal, y Torsheim, 2012), menor consumo de fruta y verdura, y mayor consumo de dulces y refrescos (van Ansem, van Lenthe, Schrijvers, Rodenburg, y van de Mheen, 2014; Vereecken, Inchley, Subramanian, Hublet, y Maes, 2005), menor actividad física (Toftegaard-Støckel, Nielsen, Ibsen, y Andersen, 2011) o una menor frecuencia de cepillado dental (Levin y Currie, 2009; Vereecken, Maes, y De Bacquer, 2004). Del mismo modo, la posición socio-

económica ha sido también asociada con distintas variables de la salud adolescente, como la frecuencia de los síntomas psicosomáticos (Holstein *et al.*, 2009; Moor *et al.*, 2015) o la salud percibida (Richter, Moor, y van Lenthe, 2012; Starfield, Riley, Witt, y Robertson, 2002). Sin embargo, los distintos indicadores socioeconómicos analizados e, incluso, entre los mismos indicadores examinando por separado la posición de los padres y de las madres, mostraron predecir de forma diferente las variables relacionadas con la salud y los estilos de vida de los adolescentes. Estos resultados, pueden ser parcialmente explicados por la débil fortaleza de la asociación encontrada entre los distintos indicadores socioeconómicos entre sí.

En la línea de estudios previos, según el indicador empleado para evaluar la posición socioeconómica, se detecta un impacto diferencial de las desigualdades en la salud (Elgar *et al.*, 2016; von Rueden *et al.*, 2006) y los estilos de vida de la población adolescente (Turrell, Hewitt, Patterson, y Oldenburg, 2003; Vereecken *et al.*, 2004). De esta forma, mientras que en el caso de los estilos de vida, el nivel educativo de los progenitores y, sobre todo, el nivel educativo de las madres, fue el indicador que mostró predecir un mayor número de las variables relacionadas con los estilos de vida saludables, en el caso de las variables relacionadas con la salud, la percepción subjetiva de riqueza fue el indicador socioeconómico que mostró tener mayor relevancia. En este sentido, hay amplio consenso sobre la importancia del nivel educativo de los progenitores en las desigualdades en salud (Baum y Payea, 2005; Gakidou, Cowling, Lozano, y Murray, 2010) y en los estilos de vida adolescente (Beghin *et al.*, 2014; Kristiansen, Júlíusson, Eide, Roelants, y Bjercknes, 2013). Sin embargo, la menor influencia del nivel educativo paterno puede reflejar el papel secundario que suelen tener los varones en la vida cotidiana de las familias y sugerir la necesidad de reforzar el rol de los padres en la promoción de estilos de vida saludables en sus hijos adolescentes. Por otra parte, el efecto de la percepción subjetiva de riqueza de los adolescentes ha demostrado también en estudios previos tener un efecto sobre su salud (Elgar *et al.*, 2016; Goodman *et al.*, 2007; Kondo *et al.*, 2008).

Estos datos explican en parte la contradicción entre los resultados encontrados en la literatura e indican que los factores socioeconómicos pueden ejercer su influencia sobre la salud a través de distintos mecanismos. Por ejemplo, en un estudio realizado por Fismen *et al.* (2012) sobre la conducta alimentaria de los adolescentes, el capital cultural, evaluado por el número de libros en la casa, mostró una asociación mucho más fuerte que la capacidad adquisitiva familiar. De esta forma, mientras que el nivel educativo de los progenitores puede influir sobre los adolescentes limitando el acceso al conocimiento, los recursos y las estructuras sociales que promueven la salud (McLaughlin *et al.*, 2011), la percepción subjetiva de riqueza puede ejercer su influencia a través de mecanismos psicológicos relacionados con los sentimientos

de ansiedad y estrés derivados de la percepción de un estatus social bajo en comparación con un determinado nivel de vida (Kawachi, 1999; Wilkinson y Pickett, 2006).

Por último, respondiendo al tercer objetivo de este estudio, mientras que todos los comportamientos saludables y de riesgo, así como las variables relacionadas con la salud adolescente, mostraron influencia de los factores socioeconómicos, no todas se vieron igualmente influidas, siendo algunas variables las que mostraron un mayor efecto. En esta línea, Patrick West, el autor más defensor de la hipótesis de equalización durante la adolescencia, según la cual se concibe este periodo como una etapa de latencia en la que las desigualdades socioeconómicas en la salud se atenúan para resurgir nuevamente con fuerza durante la época adulta (West, 1997), ya había defendido que la equalización era más probable en algunas medidas de la salud que en otras (West y Sweeting, 2004). Igualmente, en una revisión de la literatura, Hanson y Chen (2007) demostraron que, a pesar de existir cierta influencia, la relación entre los factores socioeconómicos y los estilos de vida de los adolescentes es menos robusta que en la etapa adulta. De esta forma, los resultados del presente estudio muestran que, mientras que en algunas conductas como el consumo de fruta existe una fuerte influencia de los factores socioeconómicos objetivos, en otras conductas tales como el consumo de tabaco o alcohol, la influencia de las variables socioeconómicas es menos clara. Estudios previos también han demostrado que los factores socioeconómicos pueden no ser influyentes en el uso de sustancias en los adolescentes (Bryant, Schulenberg, O'Malley, Bachman, y Johnston, 2003). En un estudio llevado a cabo por Richter, Kuntsche, de Looze, y Pfortner (2013) sobre las tendencias en las desigualdades socioeconómicas en el uso de alcohol por adolescentes en Alemania, los resultados mostraron que las desigualdades en el consumo de alcohol aún no se manifiestan a los 15 años. Otros estudios han mostrado, incluso, que pertenecer a familias con alto estatus socioeconómico puede estar asociado a un mayor consumo de sustancias, así como a niveles más altos de ansiedad y síntomas depresivos (Lund y Dearing, 2013; Luthar y Becker, 2002). En línea con estos hallazgos, los resultados aquí expuestos mostraron que el estatus ocupacional alto del padre sí predecía un mayor consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes. Así mismo, adolescentes con una percepción de sus familias como más ricas presentaron consumir dulces con mayor frecuencia que aquellos que percibían sus familias como más pobres. Estos resultados pueden ser explicados debido a que tanto los dulces, como el tabaco y el alcohol, son productos caros y no indispensables, por lo que es posible que sea necesario disponer de cierto dinero de bolsillo o, al menos, de cierta solvencia económica para poder permitirse estos hábitos.

Cabe destacar algunas limitaciones en este estudio, principalmente el hecho de que la información haya sido reportada por los propios adolescentes y que no se dispongan

de datos longitudinales que permitan establecer relaciones causa-efecto. Sin embargo, el presente trabajo tiene como fortalezas el empleo de una amplia diversidad de medidas, tanto para evaluar la posición socioeconómica como para analizar los estilos de vida y la salud de los adolescentes, y estar basado en una amplia muestra.

Los hallazgos reportados en este estudio subrayan las dificultades relacionadas con el empleo de un solo indicador para evaluar la posición socioeconómica, siendo posible que ésta sea una de las causas por la que la relación entre las desigualdades socioeconómicas y la salud y estilos de vida de la población adolescente sea controvertida y mitigada. Así mismo, los resultados indican que el nivel educativo de las madres es un indicador que puede ser fácil y útil para medir la posición socioeconómica cuando la información es reportada por los propios adolescentes (Galobardes *et al.*, 2007) y que predice en alto grado las conductas saludables de los adolescentes. Los resultados de este estudio también subrayan que, además del efecto de los indicadores objetivos, la percepción subjetiva de riqueza tiene un importante efecto en la salud adolescente. Finalmente, este estudio señala la complejidad del análisis de las desigualdades socioeconómicas en la población adolescente, mostrando cómo los distintos aspectos de su salud y de sus estilos de vida no se ven igualmente influenciados por los factores socioeconómicos. Debido a ello, este estudio advierte de los sesgos en que se puede incurrir con la selección de un determinado indicador socioeconómico en la investigación sobre las desigualdades en la salud y estilos de vida de la población adolescente.

Referencias

- Alemán-Díaz, A.Y., Toczydlowska, E., Mazur, J., Frasilho, D., Melkumova, M. y Holmqvist, G. (2016). *Why income inequalities matter for young people's health: A look at the evidence (Innocenti Working Paper 2016-06)*. Florencia: UNICEF Office of Research.
- Baum, S. y Payea, K. (2005). *Education pays 2004: The benefits of higher education for individuals and society*. Washington, DC: College Board.
- Beghin, L., Dauchet, L., De Vriendt, T., Cuenca-Garcia, M., Manios, Y., Toti, E., (...) y Huybrechts, I. (2014). Influence of parental socio-economic status on diet quality of European adolescents: Results from the HELENA study. *British Journal of Nutrition*, 111 (07), 1303-1312 [doi:10.1017/S0007114513003796].
- Bryant, A.L., Schulenberg, J.E., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. y Johnston, L.D. (2003). How academic achievement, attitudes, and behaviors relate to the course of substance use during adolescence: A 6-year, multiwave national longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 13 (3), 361-397 [doi:10.1111/1532-7795.1303005].
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New

- Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: World Health Organization
- Currie, C., Elton, R.A., Todd, J. y Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: The WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research*, 12 (3), 385-397 [doi:10.1093/her/12.3.385].
- Currie, C., Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., (...) y Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health. Health Behaviour in School-aged Children: International report from the 2005/2006 survey*. Health policy for children and adolescents (Report N° 5). St. Andrews: WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z. y Wild, F. (Eds.) (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey*. St. Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU).
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., (...) y Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents (Report No. 6)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dmitrieva, J. (2013). Socioeconomic influences on health and health behavior in adolescents. En W.T. O'Donohue, L.T. Benuto y L. Woodward Tolle (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Psychology* (pp. 43-60). Nueva York: Springer.
- Elgar, F., McKinnon, B., Torsheim, T., Schnohr, C. W., Mazur, J., Cavallo, F. y Currie, C. (2016). Patterns of socioeconomic inequality in adolescent health differ according to the measure of socioeconomic position. *Social Indicators Research*, 127 (3), 1169-1180 [doi:10.1007/s11205-015-0994-6].
- Ensminger, M.E., Forrest, C.B., Riley, A.W., Kang, M.S., Green, B.F., Starfield, B. y Ryan, S.A. (2000). The validity of measures of socioeconomic status of adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 15 (3), 392-419 [doi:10.1177/0743558400153005].
- Ensminger, M.E. y Fothergill, K.E. (2003). A decade of measuring SES: What it tells us and where to go from here. En M.H. Bornstein y R.H. Bradley (Eds.), *Socioeconomic status, parenting, and child development* (pp. 13-28). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fismen, A.-S., Samdal, O. y Torsheim, T. (2012). Family affluence and cultural capital as indicators of social inequalities in adolescent's eating behaviours: A population-based survey. *BMC Public Health*, 12 (1), 1036 [doi:10.1186/1471-2458-12-1036].
- Font-Ribera, L., García-Continente, X., Carmen Davó-Blanes, M., Ariza, C., Díez, E., García Calvente, M. d. M., (...) y Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología (2014). The study of social inequalities in child and adolescent health in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 28 (4), 316-325 [doi: 10.1016/j.gaceta.2013.12.009].
- Gakidou, E., Cowling, K., Lozano, R. y Murray, C.J. (2010). Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: A systematic analysis. *Lancet*, 376 (9745), 959-974 [doi:10.1016/S0140-6736(10)61257-3].
- Galobardes, B., Lynch, J. y Smith, G.D. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81-82 (1), 21-37 [doi:10.1093/bmb/ldm001].
- Goodman, E., Adler, N.E., Kawachi, I., Frazier, A.L., Huang, B. y Colditz, G.A. (2001). Adolescents' perceptions of social status: Development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics*, 108 (2), E31 [doi:10.1542/peds.108.2.e31].
- Goodman, E., Huang, B., Schafer-Kalkhoff, T. y Adler, N.E. (2007). Perceived socioeconomic status: A new type of identity that influences adolescents' self-rated health. *Journal of Adolescent Health*, 41 (5), 479-487 [doi:10.1016/j.jadohealth.2007.05.020].
- Hanson, M. y Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 263-285 [doi: 10.1007/s10865-007-9098-3].
- Hartley, J.E.K., Levin, K. y Currie, C. (2015). A new version of the HBSC Family Affluence Scale - FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indicators Research*, 9 (1), 233-245 [doi:10.1007/s12187-015-9325-3].
- Holstein, B., Currie, C., Boyce, W., Damsgaard, M.T., Gobina, I., Koekoeyei, G., (...) y The Social Inequality Focus Group (2009). Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: International comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health*, 54, 260-270 [doi: 10.1007/s00038-009-5418-4].
- Idler, E.L. y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (1), 21-37.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., (...) y Barkenow, V. (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International*

- report from the 2013/2014 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- International Labour Office (2012). *International Standard Classification of Occupations: ISCO-08*. Ginebra: ILO.
- Kawachi, I. (1999). Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 120-130 [doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb08110.x].
- Kearns, A., Whitley, E., Bond, L., Egan, M. y Tannahill, C. (2013). The psychosocial pathway to mental well-being at the local level: Investigating the effects of perceived relative position in a deprived area context. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67 (1), 87-94 [doi:10.1136/jech-2011-200415].
- Kondo, N., Kawachi, I., Subramanian, S.V., Takeda, Y. y Yamagata, Z. (2008). Do social comparisons explain the association between income inequality and health?: Relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social Science & Medicine*, 67 (6), 982-987 [doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.002].
- Kristiansen, H., Júlíusson, P.B., Eide, G.E., Roelants, M. y Bjerknes, R. (2013). TV viewing and obesity among Norwegian children: The importance of parental education. *Acta Paediatrica*, 102 (2), 199-205 [doi:10.1111/apa.12066].
- Levin, K. y Currie, C. (2009). Inequalities in toothbrushing among adolescents in Scotland 1998–2006. *Health Education Research*, 24 (1), 87-97 [doi:10.1093/her/cym096].
- Lidfeldt, J., Li, T.Y., Hu, F.B., Manson, J.E. y Kawachi, I. (2007). A prospective study of childhood and adult socioeconomic status and incidence of type 2 diabetes in women. *American Journal of Epidemiology*, 165 (8), 882-889 [doi: 10.1093/aje/kwk078].
- Lund, T.J. y Dearing, E. (2013). Is growing up affluent risky for adolescents or is the problem growing up in an affluent neighborhood? *Journal of Research on Adolescence*, 23 (2), 274-282 [doi:10.1111/j.1532-7795.2012.00829.x].
- Luthar, S.S. y Becker, B.E. (2002). Privileged but pressured? A study of affluent youth. *Child Development*, 73 (5), 1593-1610 [doi:10.1111/1467-8624.00492].
- Marmot, M. y Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126 (Sup. 1), S4-S10 [doi:10.1016/j.puhe.2012.05.014].
- Marmot, M., Shipley, M., Brunner, E. y Hemingway, H. (2001). Relative contribution of early life and adult socioeconomic factors to adult morbidity in the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (5), 301-307 [doi:10.1136/jech.55.5.301].
- McLaughlin, K.A., Breslau, J., Green, J.G., Lakoma, M.D., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., y Kessler, R.C. (2011). Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample. *Social Science & Medicine*, 73 (7), 1088-1096 [doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.011].
- Molcho, M., Gabhainn, S. y Kelleher, C.C. (2007). Assessing the use of the Family Affluence Scale (FAS) among Irish schoolchildren. *Irish Medical Journal*, 100 (8), 37-39.
- Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V., Elgar, F. y Pförtner, T.-K. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *European Journal of Public Health*, 25 (2), 57-60 [doi:10.1093/eurpub/ckv028].
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Sánchez-Queija, I., (...) y Morgan, A. (2016a). *Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/HBSC2014_InformeTecnico.htm].
- Moreno, C., Rivera, F., Ramos, P., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Sánchez-Queija, I., (...) y Morgan, A. (2016b). *Metodología empleada en el Estudio HBSC-2014 en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014_Metodologia_empleada.pdf].
- Pförtner, T.-K., Günther, S., Levin, K. A., Torsheim, T. y Richter, M. (2014). The use of parental occupation in adolescent health surveys. An application of ISCO-based measures of occupational status. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69 (2), 177-184 [doi:10.1136/jech-2014-204529].
- Polgar, S. y Thomas, S.A. (2013). *Introduction to research in the health sciences* (6th Ed.). Melbourne: Churchill Livingstone.
- Prochaska, J.J., Sallis, J.F. y Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155 (5), 554-559 [doi:10.1001/archpedi.155.5.554].
- Pueyo, M.-J., Serra-Sutton, V., Alonso, J., Starfield, B. y Rajmil, L. (2007). Self-reported social class in adolescents: Validity and relationship with gradients in self-reported health. *BMC Health Services Research*, 7 (1), 151-161 [doi:10.1186/1472-6963-7-151].
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., (...) y Czemy, L. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children

- and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19 (10), 1487-1500 [doi:10.1007/s11136-010-9706-5].
- Ravens-Sieberer, U. y The European Kidscreen Group. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents - Handbook*. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Richter, M., Kuntsche, E., de Looze, M. y Pfortner, T.-K. (2013). Trends in socioeconomic inequalities in adolescent alcohol use in Germany between 1994 and 2006. *International Journal of Public Health*, 58(5), 777-784 [doi: 10.1007/s00038-013-0486-x].
- Richter, M., Moor, I. y van Lenthe, F. J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: The contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (8), 691-697 [doi:10.1136/jech.2010.125500].
- Ridolfo, H. y Maitland, A. (2011). Factors that influence the accuracy of adolescent proxy reporting of parental characteristics: A research note. *Journal of Adolescence*, 34(1), 95-103 [doi: 10.1016/j.adolescence.2010.01.008].
- Starfield, B., Riley, A. W., Witt, W. P., y Robertson, J. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (5), 354-361 [doi:10.1136/jech.56.5.354].
- Toftegaard-Støckel, J., Nielsen, G., Ibsen, B. y Andersen, L.B. (2011). Parental, socio and cultural factors associated with adolescents' sports participation in four Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21 (4), 606-611 [doi:10.1111/j.1600-0838.2010.01093.x].
- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W. y Samdal, O. (2006). Country material distribution and adolescents' perceived health: multilevel study of adolescents in 27 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (2), 156-161 [doi:10.1136/jech.2005.037655].
- Turrell, G., Hewitt, B., Patterson, C. y Oldenburg, B. (2003). Measuring socio-economic position in dietary research: Is choice of socio-economic indicator important? *Public Health Nutrition*, 6 (02), 191-200 [doi: 10.1079/PHN2002416].
- van Ansem, W.J.C., van Lenthe, F.J., Schrijvers, C.T.M., Rodenburg, G. y van de Mheen, D. (2014). Socio-economic inequalities in children's snack consumption and sugar-sweetened beverage consumption: The contribution of home environmental factors. *British Journal of Nutrition*, 112 (3), 467-476 [doi:10.1017/s0007114514001007].
- Vereecken, C., Inchley, J., Subramanian, S., Hublet, A. y Maes, L. (2005). The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *European Journal of Public Health*, 15 (3), 224-232 [doi:10.1093/eurpub/cki005].
- Vereecken, C., Maes, L. y De Bacquer, D. (2004). The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *Journal of Adolescent Health*, 34(4), 330-338 [doi:10.1016/j.jadohealth.2003.07.011].
- Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. y Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379 (9826), 1641-1652 [doi:10.1016/s0140-6736(12)60149-4].
- von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U. y European, K. g. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (2), 130-135 [doi:10.1136/jech.2005.039792].
- West, P. (1997). Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? *Social Science & Medicine*, 44(6), 833-858 [doi:10.1016/S0277-9536(96)00188-8].
- West, P. y Sweeting, H. (2004). Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland. *Social Science & Medicine*, 59 (1), 13-27 [doi:10.1016/j.socscimed.2003.12.004].
- Wilkinson, R.G. y Pickett, K.E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768-1784 [doi:10.1016/j.socscimed.2005.08-036].