

CAPÍTULO 70

¿QUÉ COMPETENCIAS EMOCIONALES TIENEN NUESTROS ALUMNOS UNIVERSITARIOS?

MANUEL TIRADO ZAFRA-POLO, NURIA ANDREU ATO, Y
HELENA PASCUAL OCHANDO
Universidad CEU Cardenal Herrera

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la psicología evolutiva diferenciaba unas etapas del ciclo vital que podían ser clasificadas en infancia, adolescencia, adultez y senectud, cada uno, a su vez, con diferentes subetapas asociadas (Papalia, 2012), de manera que, cuando un joven cumplía 18 años, automáticamente pasaba ser llamado adulto. Sin embargo, los estudios de Arnett (2000), llevaron a crear un nuevo estadio llamado adultez emergente caracterizada por la exploración de la identidad, lo que suele derivar en comportamientos que pueden poner en riesgo la salud. En estudios como Tirado (2017), se pone de manifiesto que este tipo de comportamiento de riesgo va guiado por una serie de características psicológicas tales como búsqueda de sensaciones, impulsividad, autoestima, optimismo, pesimismo, autoeficacia, satisfacción vital y felicidad.

Zuckerman (1979, fue el primero en definir la búsqueda de sensaciones como la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas, y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas. Desde los años 80 hasta la actualidad, han sido numerosos estudios los que han relacionado la búsqueda de sensaciones con los comportamientos de riesgo (Laghi et al., 2015; Pérez de Albéniz y Medina, 2016), encontrando que niveles superiores de búsquedas de sensaciones se relacionaban directamente con mayores comportamientos de riesgo.

Resultados similares se encuentran con los niveles de impulsividad. A pesar de que la impulsividad no tiene por qué ser negativa, parece existir consenso con la definición de Cyder (2013) quien la definió como un constructo multidimensional que integra una variedad de rasgos tales como actuar sin premeditación, buscar sensaciones, asumir riesgos, ser más sensibles a la recompensa que a los riesgos, y la necesidad de urgencia. Diversos estudios también relacionan niveles altos de impulsividad con mayor comportamiento de riesgo (Lockwood et al., 2016; Naravéz y Caro, 2015)

En relación a la autoestima, la bibliografía es extremadamente extensa, desde que Rosemberg (1965) la definiera como una autovaloración de la valía personal y los

sentimientos globales sobre la competencia y autoaceptación. Sin embargo, los resultados de los estudios que relacionan autoestima y conductas de riesgo no son completamente claros ya que algunos estudios relacionan la baja autoestima con participar en conductas de riesgo (Chan, Chung, y Chui, 2009) y otros las relacionan con tener niveles altos de autoestima, como si actuara como mecanismo de protección frente a los posibles efectos negativos de algunos factores de riesgo (Rodríguez y Caño, 2012).

En cuanto al optimismo, podemos decir que se definió por primera vez como una predisposición estable que las personas tienen a pensar que es más probable que ocurran cosas buenas que malas (Scheier y Carver, 1985). Aunque tradicionalmente se ha entendido el optimismo como el extremo opuesto al pesimismo (Bastianello, Pacico, y Hutz, 2014), Benyamini (2005) describió que las personas tienen unos niveles de optimismo y de pesimismo independiente, dependiendo de las circunstancias de su vida pudiendo puntuar al mismo tiempo con valores altos en optimismo y pesimismo, por lo que se entiende que se trata de dos constructos diferentes.

La relación que tienen estos conceptos con los comportamientos de riesgo es similar a los de la autoestima, de manera que niveles moderados de optimismo protege contra la participación en conductas de riesgo, ya que tener un punto de vista positivo sobre el futuro predice un modelo de comportamiento, salud y bienestar psicológico adecuado (Sun y Shek, 2012). Sin embargo, niveles de optimismo llevados al extremo, pueden desembocar en el “falso mito de control”, que minimizarían las consecuencias negativas de su comportamiento (García del Castillo, 2012).

La autoeficacia se describió como la percepción que tiene un individuo sobre las propias capacidades relacionadas con el aprendizaje o con la habilidad de llevar a cabo determinadas tareas (Bandura, 1997). En la bibliografía, se encuentran numerosas investigaciones que sitúan a la autoeficacia como un constructo protector contra la participación en conductas de riesgo y un incremento en comportamientos relacionados con la salud (Reigal, Videra, y Gil, 2016).

Muy relacionado con las variables anteriores aparece el concepto de satisfacción vital. Se define como la evaluación cognitiva que las personas hacen sobre la calidad de sus vidas o sobre la calidad de algunas áreas específicas como la familia, amigos o trabajo, junto con un componente subjetivo de bienestar (Khaufman et al., 2010). En este sentido se ha observado que una evaluación negativa de satisfacción vital se relaciona con mayores comportamientos de riesgo como promiscuidad sexual, abuso de drogas y alcohol o participación en actividades violentas (Savi-Çakar, Tagay, y Karatas, 2015). Del mismo modo, una buena valoración subjetiva sobre la satisfacción vital actúa como protector contra los efectos del estrés y del desarrollo de conductas de riesgo (Jung y Choi, 2017).

Y, para finalizar con la descripción de las variables intervinientes, encontramos dificultades para definir de manera unánime el concepto de felicidad. En este sentido, Deci y Ryan (2000) postularon que la felicidad podría tener dos perspectivas diferenciadas: Hedonismo y plenitud. Se ha visto que sentirse felices se relaciona positivamente con el éxito académico y con la autoestima (Sato y Yuki, 2014), siendo también los que mayor autocontrol tienen y, por tanto, menor participación en actividades de riesgo (Cheung et al., 2014).

El objetivo de esta investigación es describir qué tipo de variables personales tienen los alumnos universitarios que se encuentran estudiando diferentes grados para comprobar si tienen unas características homogéneas entre ellos, pudiendo así determinar una aproximación al perfil de estudiante, relacionado con las variables expuestas.

Los resultados que esperamos encontrar son que las variables mostrarán diferentes agrupaciones dependiendo de la titulación a la que pertenezcan los alumnos.

MÉTODO

Participantes

Se llevó a cabo un muestreo incidental en tres universidades españolas a través del cual se recogió un total de 599 universitarios de los cuales un 76.6% eran mujeres (N = 459) y un 23,4 eran hombres (N = 140), cuyas edades oscilaban entre 18 y 29 años, siendo la mayoría (81,5%) universitarios con edades comprendidas entre los 18 y los 21.

Tabla 1. Frecuencia de las variables sociodemográficas

Variable	Detalle	N	Porcentaje %
Género	Mujeres	459	76.6
	Hombres		
Edad	18 - 19	294	49.1
	20 - 21	194	32.4
	22 - 23	59	9.8
	24 - 25	22	3.7
	26 - 27	20	3.3
	28 - 29	10	1.7
Titulación	Educación primaria	54	9.0
	Educación infantil	54	9.0
	Psicología	283	47.2
	Trabajo social	135	22.5
	CAFD	59	9.8
	Fisioterapia	14	2.3

CAFD = Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron: encontrarse estudiando alguna carrera universitaria, tener nacionalidad española y tener una edad comprendida entre 18 y 29 años. En la siguiente tabla 1, se muestran los detalles de la muestra.

Instrumentos

Para evaluar de manera operativa las variables estudiadas se utilizó el método de recogida de información de lápiz y papel consistente en un cuadernillo con una batería de cuestionarios para evaluar las variables de estudio.

Para evaluar la percepción de riesgo, se utilizó el cuestionario RIPS-R (Parson, Siegel, y Cousins, 1997).

Para evaluar la búsqueda de sensaciones se utilizó el cuestionario Sensation Seeking Scale (Zuckerman, Aysenck, y Eysenk, 1978).

Se utilizó el cuestionario Barrat Impulsiveness Scale (1994).

En el caso de la autoestima, se utilizó la escala Rosembarg Self-esteem Scale (Rosemberg, 1989).

La Satisfacción vital fue evaluada a través de la escala The Satisfaction with life Scale (Diener et al., 1985).

Utilizamos la Escala de Felicidad de Lima (Alarcón, 2006) para evaluar la felicidad.

Para evaluar el optimismo y pesimismo utilizamos el Life Orientation Test (Sheier y Carver, 1985).

Utilizamos la escala de autoeficacia general de Schwarzer y Baessler (1996).

Procedimiento

A través del contacto con profesores universitarios, se acordó un calendario donde acceder al aula a realizar la evaluación de los estudiantes. Previamente, antes de comenzar la medición, se informó a los alumnos sobre el objetivo de la investigación, rogando sinceridad en las respuestas y detallando que la participación era completamente voluntaria. En la primera página del cuadernillo se encontraba el consentimiento informado que debían firmar y que posteriormente se entregaba, por separado junto al cuestionario relleno. Se tardó aproximadamente 45 minutos en contestar al cuadernillo completo y el investigador principal estuvo en el aula durante todo el tiempo para aclarar cualquier duda.

RESULTADOS

Los datos se analizaron en función de las medias obtenidas en cada variable por los estudiantes de cada titulación. Así, para la percepción de riesgo, podemos observar en la tabla 2 que no existen diferencias significativas entre los comportamientos de

riesgo entre ninguna titulación, pero que sí existe diferencias en cuanto al nivel de percepción de riesgo entre los alumnos de educación primaria y de fisioterapia, siendo estos los que menos percepción de riesgo tienen.

Tabla 2. Diferencias en las subescalas de percepción de riesgo en función de titulación

Subescala	Titulación	N	Media	DT	<i>p</i>
Conductas de riesgo	Educación primaria	54	66.01	8.08	.051
	Educación infantil	54	64.42	12.69	
	Psicología	283	63.19	8.54	
	Trabajo social	135	65.97	9.17	
	CAFD	59	64.28	10.10	
	Fisioterapia	14	61.26	9.37	
Percepción de riesgo	Educación primaria	54	15.31	4.32	.003**
	Educación infantil	54	14.40	4.37	
	Psicología	283	13.85	3.68	
	Trabajo social	135	14.81	3.68	
	CAFD	59	13.40	3.74	
	Fisioterapia	14	11.78	4.9	

** $p \leq .01$; DT = *Desviación Típica*.

En cuanto a la variable de búsqueda de sensaciones en función de la titulación encontramos que existen diferencias significativas tanto en la escala global como en cada una de las subescalas estudiadas. En la tabla 3 se pueden ver los detalles.

Comenzando por el primer factor, al realizar la prueba post hoc de Bonferroni encontramos que se trata de los alumnos que estudian CAFD los que se diferencian del resto de universitarios, de manera que se encuentran diferencias significativas en puntuaciones de Búsqueda de Emociones entre estos jóvenes y el resto (diferencias con educación primaria $p = .043$; con educación infantil $p = .000$; con psicología $p = .001$; con trabajo social $p = .007$). Así, parece que es el grupo que más búsquedas de emociones tiene de toda la muestra recogida. En segundo lugar, relacionado con la Búsqueda de experiencias, encontramos diferencias significativas entre los estudiantes de Educación infantil con psicología ($p = .003$) y trabajo social ($p = .000$), y entre psicología y trabajo social ($p = .022$). En este caso, parece que los alumnos con mayor búsqueda de experiencias son los que estudian trabajo social y los que menor búsqueda de experiencias persiguen, estudian educación infantil.

Para continuar, encontramos diferencias significativas en la subescala Desinhibición ($p = .041$). En este caso, se encuentran diferencias significativas entre los alumnos de trabajo social y los de educación infantil ($p = .023$). De nuevo, parece que son los alumnos de trabajo social los que tienen mayores niveles en Desinhibición y los de educación infantil los que tienen puntuaciones más bajas.

Finalizando las subescalas, encontramos que en la Susceptibilidad al aburrimiento, existen diferencias significativas entre psicología y trabajo social

($p = .027$) y educación primaria ($p = .010$). En este caso, parece que los alumnos que más toleran el aburrimiento son los de psicología, mientras que aquellos que lo toleran menos, son los estudiantes de educación primaria. Teniendo en cuenta la puntuación global en Búsqueda de sensaciones, encontramos que existen diferencias significativas entre los alumnos que cursan trabajo social con educación infantil ($p = .001$) y psicología ($p = .040$), y entre los que estudian CAFD y educación infantil ($p = .002$). En este sentido, encontramos que los alumnos que obtienen puntuaciones más elevadas en Búsqueda de Sensaciones son los que estudian Trabajo social y CAFD. Por otro lado, parecen ser los alumnos de educación infantil los que tienen niveles menores en búsqueda de sensaciones.

Tabla 3. Diferencias en las subescalas de búsquedas de sensaciones en función de la titulación

Subescalas	Titulación	N	Media	DT	p
Búsqueda de emociones	Educación primaria	54	6.28	2.49	.000***
	Educación infantil	54	5.50	2.61	
	Psicología	283	6.20	2.75	
	Trabajo social	135	6.32	2.55	
	CAFD	58	7.76	2.22	
	Fisioterapia	14	7.21	1.78	
Búsqueda de experiencias	Educación primaria	54	6.70	1.42	.000***
	Educación infantil	54	6.07	1.41	
	Psicología	283	6.89	1.51	
	Trabajo social	135	7.39	1.43	
	CAFD	58	6.74	1.54	
	Fisioterapia	14	6.07	1.50	
Desinhibición	Educación primaria	54	4.54	2.10	.044*
	Educación infantil	54	3.85	2.06	
	Psicología	283	4.56	2.12	
	Trabajo social	135	4.96	2.28	
	CAFD	58	4.33	2.29	
	Fisioterapia	14	4.93	2.03	
Sensibilización al aburrimiento	Educación primaria	54	4.72	1.775	.000***
	Educación infantil	54	4.11	2.11	
	Psicología	283	3.69	2.04	
	Trabajo social	135	4.36	2.04	
	CAFD	58	4.53	2.08	
	Fisioterapia	14	4.86	2.20	
TOTAL Búsqueda de Sensaciones	Educación primaria	54	22.24	4.96	.000***
	Educación infantil	54	19.54	5.43	
	Psicología	283	21.34	5.24	
	Trabajo social	135	23.03	5.51	
	CAFD	58	23.36	5.48	
	Fisioterapia	14	23.07	4.41	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; DT = Desviación Típica. CAFD = Ciencias de la Actividad Física y el Deporte

Si analizamos la impulsividad en relación con la titulación que estudian los jóvenes encontramos que existen diferencias tanto en las subescalas de Impulsividad Cognitiva ($F = 3.81$; $p = .002$) e Impulsividad Motora ($F = 5.33$; $p = .000$), como en la escala global de Impulsividad ($p = .009$) (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias en las subescalas de impulsividad en función de la titulación

Subescalas	Titulación	N	Media	DT	p
Impulsividad cognitiva	Educación primaria	54	16.54	4.60	.002**
	Educación infantil	54	14.26	4.77	
	Psicología	283	16.12	4.55	
	Trabajo social	135	16.38	4.43	
	CAFD	58	17.52	4.04	
	Fisioterapia	14	18.43	4.20	
Impulsividad motora	Educación primaria	54	20.30	6.42	.000**
	Educación infantil	54	18.72	4.96	
	Psicología	283	18.00	6.11	
	Trabajo social	135	21.04	6-13	
	CAFD	58	19.28	4.44	
	Fisioterapia	14	19.43	7.27	
Impulsividad no planeada	Educación primaria	54	21.06	4.85	.245
	Educación infantil	54	22.54	4.77	
	Psicología	283	21.83	4.55	
	Trabajo social	135	21.59	4.92	
	CAFD	58	22.48	4.97	
	Fisioterapia	14	23.93	6.14	
Impulsividad total	Educación primaria	54	57.89	9.86	.009**
	Educación infantil	54	55.52	9.87	
	Psicología	283	55.95	10.06	
	Trabajo social	135	59.01	10.63	
	CAFD	58	59.28	8.67	
	Fisioterapia	14	61.79	13.46	

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; DT= Desviación típica; CAFD= Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Comenzando por la subescala de Impulsividad Cognitiva, al realizar la prueba post hoc de Bonferroni, se encuentran diferencias significativas entre los alumnos que estudian educación infantil con los que estudian CAFD ($p = .002$) y fisioterapia ($p = .031$). Así, parece que los estudiantes de educación infantil son los que tienen unos niveles más bajos en impulsividad cognitiva, siendo los estudiantes de fisioterapia y CAFD los que obtienen puntuaciones más altas en esta subescala.

En la segunda subescala, encontramos diferencias significativas entre los alumnos de psicología y los de trabajo social ($p = .000$), de manera que parece que son los últimos los que tienen unos niveles más altos de impulsividad motora, mientras que los de psicología muestran las puntuaciones más bajas.

Finalmente, al analizar la escala de impulsividad global, encontramos que en un principio aparece como significativa al realizar el análisis de anova ($F = 3.13$; $p = .009$), sin embargo, al realizar la prueba post hoc de Bonferroni, no se encuentran diferencias entre ninguno de los grupos. Por tanto, parece que la titulación que se esté estudiando no influye sobre los niveles de impulsividad total.

En cuanto a los niveles de autoestima, encontramos diferencias significativas entre los alumnos de educación infantil con los de psicología ($p = .017$) y CAFD ($p = .002$), entre los alumnos de psicología y trabajo social ($p = .012$), y entre los de trabajo social con los de CAFD ($p = .003$). De este modo, parece que son los alumnos de educación infantil los que puntúan con menos autoestima, seguidos de los que estudian trabajo social, mientras que los estudiantes de CAFD parecen tener la puntuación más alta en autoestima, seguidos de los de psicología, de todos los estudiantes evaluados. Los datos se pueden consultar en la tabla 5.

Tabla 5. Diferencias en autoestima en función de la titulación

Titulación	N	Media	DT	p
Educación primaria	52	30.13	6.46	
Educación infantil	54	29.17	5.26	
Psicología	283	32.00	6.03	.000***
Trabajo social	135	29.95	5.72	
CAFD	59	33.34	4.84	
Fisioterapia	14	29.21	5.17	

*** $p \leq .001$; DT= Desviación típica; CAFD= Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Al analizar la satisfacción vital de acuerdo a la titulación, encontramos que no existe diferencia significativa al respecto ($p = .333$), de manera que parece que el tipo de estudios que se estén cursando no se relaciona con el nivel de satisfacción vital de los universitarios, ya que todos puntúan de manera similar. De manera similar ocurre con la felicidad, ya que no aparecen diferencias significativas entre los alumnos universitarios de las diferentes titulaciones.

Sin embargo, sí que aparecen diferencias significativas en cuanto a los niveles de pesimismo ($p = .000$) aunque no para optimismo ($p = .077$) (Ver Tabla 6). Al realizar la prueba de Bonferroni, encontramos que las diferencias en pesimismo aparecen entre los grupos de psicología con educación primaria ($p = .002$) y trabajo social ($p = .003$). De este modo, podríamos decir que los jóvenes estudiantes de psicología puntúan significativamente menos en pesimismo que otros estudiantes de educación primaria y trabajo social.

Para finalizar con el apartado de resultados, si cruzamos los datos de autoeficacia con el tipo de titulación que se encuentran estudiando, encontramos que existen diferencias significativas ($F = 4.93$; $p = .000$) (Ver Tabla 7).

Al realizar el análisis post hoc de Bonferroni, se observa que las diferencias se encuentran entre los estudiantes de educación infantil con el resto de estudiantes de educación primaria ($p = .023$), psicología ($p = .000$), trabajo social ($p = .016$) y CAFD ($p = .000$). De modo, que parece claro que los datos indican que los universitarios que estudian educación infantil tienen niveles más bajos en autoeficacia que el resto de los estudiantes evaluados. Sin embargo, no existen diferencias significativas al relacionar el número de suspensos con el nivel de autoeficacia general ($p = .722$). En este caso, se podría decir que los alumnos que no tienen asignaturas suspensas y aquellos que suspenden hasta 6 materias, tienen niveles similares de autoeficacia.

Tabla 6. Diferencia entre optimismo y pesimismo en función de la titulación

Escala	Titulación	N	Media	DT	<i>p</i>
Optimismo	Educación primaria	54	8.09	2.11	.077
	Educación infantil	54	7.93	2.10	
	Psicología	283	7.89	2.39	
	Trabajo social	135	7.78	2.152	
	CAFD	59	8.76	2.03	
	Fisioterapia	14	8.86	2.90	
Pesimismo	Educación primaria	54	5.98	2.34	.000***
	Educación infantil	54	5.59	2.23	
	Psicología	283	4.70	2.20	
	Trabajo social	135	5.59	2.33	
	CAFD	59	5.17	2.35	
	Fisioterapia	14	6.14	2.47	

*** $p \leq .001$; DT= Desviación típica; CAFD= Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Tabla 7. Diferencias en autoeficacia en función de la titulación

Titulación	N	Media	DT	<i>p</i>
Educación primaria	54	30.67	5.10	.000***
Educación infantil	54	27.70	4.90	
Psicología	283	30.90	5.05	
Trabajo social	135	30.27	4.67	
CAFD	58	31.66	3.9	
Fisioterapia	13	31.92	4.19	

*** $p \leq .001$; DT= Desviación típica

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En relación al tipo de titulación que se encuentran estudiando los universitarios, se observa que los alumnos de grados relacionados con la salud, son los que llevan a cabo mayores conductas de salud relacionados con la actividad física y la alimentación. Estos datos son coherentes con los de la investigación previa (Jiménez, et al., 2007; Motl, et al., 2006).

En el caso de las conductas de riesgo, se ha visto que los alumnos de CAFD son los que menos fuman de todos los estudiantes evaluados, junto con los de educación infantil y de psicología. En este sentido, llama la atención que los universitarios que estudian educación infantil llevan a cabo significativamente menos conductas de riesgo que el resto de universitarios. Así, actividades como fumar cigarrillos y marihuana, emborracharse, darse atracones, montarse en un coche con un conductor borracho, mantener relaciones sexuales de riesgo o conducir después de haber bebido, se llevan a cabo con una frecuencia mucho menor que en otras titulaciones. Los estudiantes de educación infantil parecen tener unas características propias, diferentes al resto de universitarios, incluso diferentes a los estudiantes de educación primaria. En este sentido, parece que los estudiantes de educación infantil tienen una implicación con los niños pequeños, superior al resto de compañeros universitarios, de la que se desprenden ciertos comportamientos modelos. Según Fernández-Molina, González y del Molino (2011), el perfil de estudiantes de educación infantil implica estudiantes, generalmente chicas, con una alta experiencia previa en la educación de niños, y que están motivados por una preocupación de proteger y preparar a los niños del futuro. Por lo tanto, podríamos pensar que este tipo de alumnado estudia esta carrera de una manera vocacional que le hace ser consciente en todo momento de la necesidad de servir de un buen modelo de salud para los niños.

En el otro extremo, podríamos situar a los alumnos de trabajo social, quienes destacan por su mayor frecuencia de conductas de riesgo, encontrándose que son los que más alcohol beben, más se emborrachan, más cigarrillos y marihuana fuman, con más frecuencia roban en tiendas, se suben a un coche con un conductor borracho o conducen después de haber bebido y toman más medicamentos sin receta médica o en exceso. No se han encontrado estudios acerca del perfil de los estudiantes de trabajo social, sin embargo, suelen ser jóvenes muy vinculados a ayudar a personas que se encuentran en riesgo de exclusión social y que se encuentran pasando por dificultades familiares o sociales. Dado que uno de los motivos de elección de carrera está basado en los gustos personales y en experiencias vividas, podríamos explicar estos resultados como indicadores de que los estudiantes que deciden matricularse en trabajo social han pasado, en algún momento de sus vidas, por un proceso relacionado con una dificultad social. Estas experiencias podrían ser la motivación para cursar estos estudios y así poder ayudar a otras personas necesitadas, al igual que en su momento, lo hicieron con ellos. En este sentido, se ha encontrado que aquellas personas con mayores problemas sociales y familiares tienen más tendencia a realizar conductas de riesgo (Gómez-Acosta y Londoño-Pérez, 2013; Mendel et al, 2012).

Por otro lado, al analizar las variables psicológicas, encontramos que en relación a la búsqueda de sensaciones, los estudiantes de CAFD son los que más puntúan con

respecto al resto de estudiantes. En este sentido, se trata de alumnos con unas inquietudes deportivas por encima del resto de sus compañeros y, por tanto, más abiertos a la realización de deportes de riesgo como rafting, salto en paracaídas o escalada, que el resto de universitarios. Este tipo de actividades satisfarían su necesidad de búsqueda de experiencias, lo cual explicaría su mayor puntuación en este aspecto.

En el caso de la impulsividad, aparecen los estudiantes de CAFD y de fisioterapia como los que más puntúan en impulsividad cognitiva y los de educación infantil los que obtienen puntuaciones más bajas. En este caso, tanto los universitarios de CAFD y de Fisioterapia, parecen que tienen una velocidad de pensamiento mayor que los de educación infantil. Puede que, en el caso de la educación, la velocidad con la que aparecen los hechos no sea tan determinante como en el caso de la práctica del deporte, donde no hay mucho tiempo para reflexionar las decisiones que se toman ya que, los acontecimientos pueden variar de un segundo a otro, derivando en una lesión o en peligro para la salud. Por otro lado, se observa que los estudiantes de trabajo social son los que tienen mayores niveles de impulsividad motora, es decir, son los estudiantes que llevan a cabo más comportamientos irreflexivos, mientras que los estudiantes de psicología, se encontrarían en el punto opuesto, siendo los que menos actos impulsivos llevan. En este sentido, parece que los alumnos de psicología, son capaces de controlar sus impulsos y de mantener la calma ante determinadas situaciones.

De acuerdo a la autoestima se ha encontrado que los alumnos con menores puntuaciones son los de trabajo social y de educación infantil, mientras que los que obtienen puntuaciones superiores son los de CAFD y psicología. Sin embargo, los niveles de satisfacción vital y de felicidad son similares para todos ellos.

Contrariamente, se encuentran diferencias en relación al pesimismo donde aparecen los estudiantes de educación infantil y de trabajo social como más pesimistas y, los de psicología, como menos pesimistas. Datos que son coherentes con los encontrados en autoeficacia general, donde los alumnos de educación infantil tienen una peor percepción de autoeficacia.

Como resumen de este apartado, podríamos decir que:

Los estudiantes de educación infantil parecen tener interiorizado en sus vidas, un modelo de salud acorde a las necesidades de los niños, de modo que se involucran menos en actividades de riesgo, aunque tampoco promueven un estilo de vida especialmente saludable en relación a la actividad física, la alimentación, el cuidado del cuerpo o el sueño. Además, aparecen como el grupo con puntuaciones bajas en búsqueda de sensaciones, impulsividad, autoestima y autoeficacia, mientras que puntúan alto en pesimismo.

Los estudiantes de trabajo social, se encontrarían en otro extremo, con lo que a conductas de riesgo se refiere. Así, parece que son los que más involucrados con comportamientos de riesgo se encuentran, puntuando con niveles superiores de impulsividad motora y pesimismo y con niveles inferiores de autoestima. Sin embargo, parecen ser los que más motivados se encuentran para aportar mejoras significativas a la sociedad.

Los estudiantes de CAFD, destacan por sus conductas de salud, ya que son los que con más frecuencia realizan actividad física y cuidan de su cuerpo, y alimentación. Además, destacan sus puntuaciones altas en búsqueda de sensaciones e impulsividad, así como niveles altos de autoestima.

El resto de los estudiantes de educación primaria, psicología y fisioterapia, no parecen tener un conjunto de características destacables, de acuerdo a las variables psicosociales evaluadas.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 95-102.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469.
- Arnett, J.J. (2014). *Adolescence and emerging adulthood*. New York, NY, USA: Pearson Education Limited.
- Arnett, J.J. (2015). *The Oxford handbook of emerging adulthood*. Oxford University Press.
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I.U., y García-Merita, M. (2000). Psychometric properties of the satisfaction with life scale in adolescents. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
- Barratt, E.S. (1994). Impulsiveness and aggression. Violence and mental disorder. *Developments in Risk Assessment*, 10, 61-79.
- Bastianello, M.R., Pacico, J.C., y Hutz, C.S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian Version of the revised Life Orientation Test. *Psico-USF*, 19(3), 523-531.
- Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1463-1473.
- Chan, S.P., Chung, O.K.J., y Chui, M.L.M. (2010). Relationships among Mental Health, Self-esteem and Physical Health in Chinese Adolescents An exploratory study. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 96-106.
- Cheung, T.T., Gillebaart, M., Kroese, F., y De Ridder, D. (2014). Why are people with high self-control happier? The effect of trait self-control on happiness as mediated by regulatory focus. *Frontiers in Psychology*, 5, 722.
- Cyders, M.A. (2013). Impulsivity and the sexes: measurement and structural invariance of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Assessment*, 20(1), 86-97
- Deci, E.L., y Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.

Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Fernández-Molina, M., González, V., y Del Molino, G. (2011). Perfil del alumnado universitario de Educación Infantil. Un estudio descriptivo desde los inicios del Espacio Europeo de Educación Superior hasta los Estudios de Grado (2006-2010). *Revista de Investigación Educativa*, 29(1), 187-203.

García del Castillo, J.A. (2012). Concept of risk perception and impact on addictions/Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12(2).

Gómez-Acosta, C.A., y Londoño, C. (2013). Modelo predictor del consumo responsable de alcohol y el comportamiento típicamente no violento en adolescentes. *Health y Addictions/Salud y Drogas*, 13(1), 23-34.

Jiménez-Castuera, R., Cervelló-Gimeno, E., García-Calvo, T., Santos-Rosa, F.J., e Iglesias-Gallego, D. (2007). Estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de Educación Física. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 385-401.

Jung, S., y Choi, E. (2017). Life satisfaction and delinquent behaviors among Korean adolescents. *Personality and Individual Differences*, 104, 104-110.

Kaufman, A.V., Kosberg, J.I., Leeper, J.D., y Tang, M. (2010). Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(3), 251-269.

Laghi, F., Pompili, S., Baumgartner, E., y Baiocco, R. (2015). The role of sensation seeking and motivations for eating in female and male adolescents who binge eat. *Eating Behaviors*, 17, 119-124.

Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., y Sayal, K. (2016). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 1-16.

Mendel, J.R., Berg, C.J., Windle, R.C., y Windle, M. (2012). Predicting young adulthood smoking among adolescent smokers and nonsmokers. *American Journal of Health Behavior*, 36(4), 542-554.

Motl, R., McAuley, E., Birnbaum, A., y Lytle, L. (2006). Naturally occurring changes in time spent watching television are inversely related to frequency of physical activity during early adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 19-32.

Narváez, D.A., y Caro, E.J. (2015). Impulsividad funcional y disfuncional en adolescentes consumidores de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 539-563.

Papalia, D.E., Feldman, R.D., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill Education.

Parsons, J.T., Siegel, A.W., y Cousins, J.H. (1997). Late adolescent risk-taking: Effects of perceived benefits and perceived risks on behavioral intentions and behavioral change. *Journal of Adolescence*, 20(4), 381-392.

Pérez de Albéniz-Garrote, M.G. (2016). Relación entre las conductas de abuso de sustancias tóxicas y de Smartphones en la adolescencia con la variable de personalidad búsqueda de sensaciones. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 185-194.

Reigal, R., Videra, A., y Gil, J. (2016). Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia/Physical exercise, general self-efficacy and life satisfaction in adolescence. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 14(55), 561-576.

Rodríguez, C., y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 12(3), 389-403.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1985) Optimism, coping and health: assesment and implication of generalized outcome expectancies. *Healt Psychology*, 4, 219-249.

Schwarzer, R., y Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.

Sun, R.C., y Shek, D.T. (2012). Beliefs in the future as a positive youth development construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal*, 1-8.

Tirado, M. (2017). *Evaluación de variables psicosociales relacionadas con la percepción de riesgo y las conductas de salud en la adultez emergente* (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, Elche.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking*. New York: John Wiley y Sons.