

## **CONDUCTA ANTISOCIAL EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES: PREVALENCIA Y RELACIÓN CON SU SALUD GLOBAL PERCIBIDA**

Ana Villafuerte-Díaz, Pilar Ramos, Francisco Rivera y Carmen Moreno  
*Universidad de Sevilla (España)*

### **Resumen**

La participación en conductas antisociales en la adolescencia es un tema controvertido que causa preocupación social y tiene implicaciones en los propios adolescentes. Este artículo trabaja con los datos del estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de 2014 y tiene como objetivos conocer la prevalencia de conducta antisocial de baja gravedad en adolescentes entre 11 y 16 años, y estudiar la relación entre la conducta antisocial y la salud global percibida. La muestra fue de 9775 adolescentes escolarizados en España (50,95% chicas). Los chicos y chicas presentaron prevalencias de conducta antisocial similares en todas las categorías, excepto en la categoría "destrazo", más prevalente en chicos. Sin embargo, se encontraron discrepancias en la prevalencia de la participación en conducta antisocial en función de la edad, con una mayor prevalencia en los grupos de mayor edad. Se encontró que cometer actos antisociales de baja gravedad se relaciona con una peor puntuación en salud en todas las edades independientemente del sexo, justificando la necesidad de realizar intervenciones preventivas y atajar las circunstancias que promueven la conducta antisocial.

**PALABRAS CLAVE:** *conducta antisocial, adolescencia, prevalencia, salud, edad, sexo.*

### **Abstract**

Engagement in antisocial behavior during adolescence is a controversial issue causing social concern and with implications for the adolescents. This research is based on data from the 2014 Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study and aims to determine the prevalence rate of antisocial behavior in 11-16-year-old adolescents, and examine the relationship between antisocial behavior and perceived global health. The sample is composed of 9775 adolescents enrolled in school in Spain (50.95% girls). Results show a similar prevalence for boys and girls in all categories except in destruction, which is more prevalent in boys. However, discrepancies were found in the prevalence of engaging in antisocial behavior according to age, with a higher prevalence in older age groups. It was found that lesser antisocial acts are associated with a worse health score at all ages regardless of sex, justifying the need to carry out preventive interventions and tackle the circumstances that promote antisocial behavior.

KEY WORDS: *antisocial behavior, adolescence, prevalence, wellbeing, health, age, sex.*

## Introducción

El cálculo de la prevalencia de participación en conducta antisocial es uno de los principales problemas con los que se encuentran los estudiosos de la conducta antisocial, ya que los datos pueden variar en función de cuestiones tan básicas como la definición considerada en la evaluación de la conducta antisocial o las características demográficas de la muestra estudiada, tal y como se explica a continuación.

En primer lugar, en estudios que tratan de proporcionar datos sobre prevalencia, se torna imprescindible aclarar tanto su definición como su delimitación respecto a otros conceptos que se han usado como sinónimos. Según Kazdin y Buela-Casal (2006), "conducta antisocial se empleará para referirnos ampliamente a cualquier conducta que refleje el infringir reglas sociales y/o sea una acción contra los demás" (p. 19). Esta definición es compartida por otros estudios nacionales, como Antolín (2011), Peña (2005) o Sanabria y Rodríguez (2009); e internacionales, como Burt (2012), quien define la conducta antisocial como aquellas acciones que violan las normas sociales o los derechos de otros. Además, esta autora justifica los datos de prevalencia contradictorios obtenidos en distintas investigaciones por la inespecificidad en la definición del término.

Por un lado, parte de la confusión se debe a la diversidad de comportamientos que se engloban bajo el concepto conducta antisocial, como es el caso de los comportamientos agresivos, delictivos o los trastornos de conducta.

Existe cierto acuerdo a la hora de reconocer la heterogeneidad de los comportamientos a los que se hace referencia con este término (Antolín, 2011; Burt, 2012, Dodge *et al.*, 2006; Gatzke-kopp *et al.*, 2013; Loeber y Schmalting, 1985; Peña, 2005; Rutter *et al.*, 2000). Sin embargo, se encuentra discordancia en los comportamientos concretos que conforman la conducta antisocial y en el modo de agruparlos. Precisamente, el hecho de agrupar o dividir los comportamientos antisociales de diferentes modos podría explicar los aparentes hallazgos contradictorios (Vitaro *et al.*, 2006). Por otro lado, otro de los obstáculos en la definición de las conductas antisociales se relaciona con el contexto social y cultural donde se interpretan, puesto que el término conducta antisocial depende de las características del entorno social de referencia, es decir, un comportamiento que es censurable en un determinado contexto puede estar normalizado en otro (Kazdin y Buela-Casal, 2006).

En segundo lugar, tal y como se ha comentado más arriba, otro problema en el cálculo y comparación de las tasas de prevalencia de la conducta antisocial en la adolescencia es la divergencia en las características de la muestra, especialmente en lo que tiene que ver con la edad concreta de los adolescentes estudiados y el sexo. Un ejemplo de este problema son los resultados incongruentes encontrados por diferentes estudios respecto a la prevalencia de la conducta antisocial y a las

diferencias por sexo. Un estudio con muestra española pone de manifiesto que algunas conductas antisociales son ejecutadas por más del 89% de los adolescentes, siendo los chicos los que se implican más en este tipo de comportamientos (Antolín, 2011). En esta línea, Serrano *et al.* (1996) y Silva dos Santos *et al.* (2019) también encontraron diferencias importantes en la frecuencia con la que se cometen conductas antisociales en función del sexo, destacando la mayor implicación de los chicos. Sin embargo, otros estudios, como el de Bringas *et al.* (2006) o Garaigordobil (2005), no encuentran diferencias en la participación de chicos y chicas en conducta antisocial. Estas inconsistencias entre distintas investigaciones son explicadas por Burt *et al.* (2018) enfatizando el papel moderador de los informantes y la repercusión de las diferencias contextuales y familiares. En cambio, otros autores (Vitaro *et al.*, 2006) destacan la importancia del tratamiento de las variables (agrupando o dividiendo en distintas categorías) en la justificación de los hallazgos contradictorios.

Por lo tanto, teniendo en cuenta el estado actual de la investigación en este ámbito, el primer objetivo de este artículo es conocer la prevalencia de la conducta antisocial en adolescentes escolarizados en España. Como indican Yung y Hammond (1997), en el estudio de la conducta antisocial existe una cierta dependencia de estudios locales y regionales que no proporcionan una estimación fiable de la magnitud de estos problemas ni reflejan los patrones de comportamiento de la mayoría de los jóvenes. Por esta razón, este estudio nacional se centrará específicamente en las conductas antisociales de baja gravedad, por tratarse de las conductas que ocurren con una mayor frecuencia. Además, teniendo en cuenta la importancia de la definición del concepto en el cálculo de estas prevalencias, este estudio se plantea realizar este análisis diferenciando, por un lado, si se trata de conductas de robo, destrozo o desobediencia a la autoridad y, por otro lado, si estas conductas ocurren dentro o fuera del contexto escolar. Asimismo, este primer objetivo dirigido al estudio de las prevalencias de la conducta antisocial se abordará diferenciando en función de dos características demográficas clave, como son la edad y el sexo de los adolescentes.

Por otro lado, otro punto relevante y menos estudiado en el ámbito de la conducta antisocial es el que tiene que ver con sus implicaciones en la salud de los adolescentes que la comenten. Según Diclemente *et al.* (2013), hay evidencias de que aquellos adolescentes que se ven implicados en conductas de riesgo, como es el caso de la conducta antisocial, tengan más probabilidades de involucrarse en otros comportamientos de riesgo que puedan comprometer la salud, como es el caso de la conducta de fumar o el consumo de otras sustancias. Además, esta relación parece ser bidireccional pues, como destacan Diclemente *et al.* (2013), aquellos adolescentes que tienen más problemas psicológicos o enfermedades mentales son más propensos a participar en conductas de riesgo.

No obstante, al analizar distintos estudios que relacionan la conducta antisocial con la salud psicológica no se encuentran resultados contundentes. Kort-Butler (2017) encuentra relación entre el estrés y la conducta delictiva de los adolescentes; sin embargo, Vermeiren *et al.* (2002) hallan relación entre la conducta antisocial y la depresión, la somatización y las expectativas negativas de futuro, pero no con la ansiedad. Un estudio reciente con adolescentes pone de manifiesto que no existe relación entre la conducta antisocial y la depresión, sino que la relación encontrada

en otras investigaciones puede deberse a la presencia de predictores comunes en ambas manifestaciones (Heerde *et al.*, 2019).

En cuanto a las diferencias en función del sexo, Ritakallio *et al.* (2007) encuentran que, en el caso de las chicas, la depresión predice el comportamiento antisocial en un periodo de dos años, sin embargo, entre los chicos, la depresión parece protegerlos de cometer comportamientos antisociales con posterioridad. Moffit *et al.* (2001) estudiaron en profundidad las diferencias de sexo en conducta antisocial, mostrando que la conducta antisocial afecta de modo diferencial a hombres y mujeres. Mientras que en los hombres se asocia con más problemas de ajuste social, como encontrar trabajo, en el caso de las mujeres el comportamiento antisocial se asocia con más problemas de índole físico y psicológico, como la depresión. Además, estos autores resaltan que son necesarias más investigaciones que relacionen la salud y el comportamiento antisocial de manera diferencial para chicos y chicas.

Respecto a la salud física, algunos autores encuentran que el comportamiento antisocial se asocia con una salud más pobre en la edad adulta, como problemas cardiovasculares y respiratorios (Paradis *et al.*, 2016). No obstante, los resultados tampoco son incuestionables, ya que existe alguna investigación que encuentra relación entre un estilo de vida antisocial y la presencia de más lesiones y trastornos psicológicos, pero menor presencia de enfermedades orgánicas hasta los 32 años (Shepherd *et al.*, 2004). Como señala este estudio, hay mucho desconocimiento sobre el impacto global de las conductas antisociales en la salud.

Por lo tanto, el segundo objetivo de este artículo se centrará en estudiar la relación entre la salud global percibida por los adolescentes y el número de conductas antisociales de baja gravedad en las que se han visto implicados, diferenciando a su vez en base al tipo de conductas (robo, destrozo o desobediencia a la autoridad) y a si se realizan dentro o fuera del contexto escolar. Además, teniendo en cuenta la importancia de las características demográficas, este segundo objetivo también tratará de conocer si existen diferentes patrones en las relaciones entre salud y conducta social en función del sexo y la edad de los adolescentes.

## Método

### *Participantes*

Este trabajo se realiza con los datos de la edición 2014 en España del estudio internacional *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Siguiendo sus directrices metodológicas, los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio polietápico estratificado por conglomerados, utilizando como estratos la comunidad autónoma, el hábitat (rural y urbano), el nivel de edad (11-18 años) y la titularidad del centro educativo (privada y pública). Se pueden consultar más detalles de la muestra de este estudio en Moreno *et al.* (2016).

Teniendo en cuenta que se utilizaron varias versiones del cuestionario en función de los contenidos y la edad, en el presente artículo la muestra se compone de 9775 adolescentes de 11 a 16 años, cuyo cuestionario incluía las preguntas relacionadas con la conducta antisocial. En concreto, la distribución de la muestra de este trabajo

es de 49,05% chicos y 50,95% chicas, mientras que el reparto por edad es del 31,01% de 11-12 años, 34,68% de 13-14 años y 34,31% de 15-16 años.

### *Instrumentos*

- a) "Cuestionario Bergen de comportamiento antisocial" (*Bergen Questionnaire on Antisocial Behaviour*; Bendixen y Olweus, 1999). Este cuestionario evalúa la conducta antisocial. En concreto, se seleccionaron los 10 ítems de la escala de alta prevalencia, es decir, las 10 conductas de menor gravedad: "1. Evitar pagar por cosas como películas, billetes de autobús o tren, o comida; 2. Pintarrajar en el edificio de tu colegio o instituto, dentro o fuera, o en cosas pertenecientes a tu colegio o instituto; 3. Robar dinero u otras cosas a los miembros de tu familia; 4. Maldecir a un/la profesora; 5. Llevarse sin pagar cosas que valen menos de 20-25 euros de una tienda; 6. Saltarse una o dos clases; 7. Destrozar o romper cosas a propósito como ventanas, bancos, cabinas de teléfono o buzones de correos; 8. Coger sin permiso una bicicleta o un ciclomotor que no te perteneciera; 9. Saltarse el colegio o instituto durante un día entero, y 10. Tener una discusión violenta con un/la profesora". Estos 10 ítems se categorizaron según: 1) el resultado de la acción, distinguiendo aquellos que tienen que ver con conductas de robo (ítems 1, 3, 5 y 8); los relacionados con conductas de destrozo de objetos o lugares (ítems 2 y 7) y los relativos a comportamientos de desobediencia a la autoridad o rebeldía (ítems 4, 6, 9 y 10); y 2) la base del contexto donde se ejecuta la acción, diferenciando los comportamientos antisociales que tienen que ver con el contexto escolar (ítems 2, 4, 6, 9 y 10) y los realizados en otros contextos diferentes al anterior (ítems 1, 3, 5, 7 y 8). Las opciones de respuesta del cuestionario fueron: *nunca*, *una vez* y *dos o más veces*.
- b) Puntuación de salud global percibida. Se utilizó una puntuación global de salud a partir de 20 ítems que recogían información relativa a la satisfacción vital (Cantril, 1965), salud autopercebida (Idler y Benyamini, 1997), calidad de vida relacionada con la salud (Ravens-Sieberer *et al.*, 2001) y malestares psicósomáticos (Ravens-Sieberer *et al.*, 2008). En 2009 se publicó un suplemento en la *International Journal of Public Health* dedicado al análisis del estudio HBSC a lo largo de sus 25 años de historia (Ravens-Sieberer *et al.*, 2009). En este suplemento se presentaba un resumen de los instrumentos de evaluación usados en este estudio, incluyendo el aval de las medidas relacionadas con el estado de salud (Erhart *et al.*, 2009; Ravens-Sieberer *et al.*, 2009). En concreto, en esta revisión se demuestran las garantías y la precisión de las cuatro variables que se han utilizado en la creación de esa puntuación global de salud, las cuales se detallan a continuación: 1) "Escalera de Cantril" (1965), que evalúa la satisfacción vital a través de los valores de 0 a 10, que representan la percepción global que los adolescentes tienen de su vida, siendo 0 la percepción más baja de satisfacción vital y 10 la satisfacción más alta. 2) *Kidscreen-10* (Ravens-Sieberer y *the European Kidscreen Group*, 2006), que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes entre 8 y 18 años. Proporciona un índice global de calidad de vida relacionada con la

salud con 10 ítems que cubren sus facetas física, psicológica y social (Ravens-Sieberer *et al.*, 2001). Estos ítems, que muestran un alfa de Cronbach de 0,819, hacen referencia a sentirse bien y en forma, lleno de energía, triste, solo, tener suficiente tiempo para sí mismo, hacer las cosas que se quieren en el tiempo libre, recibir trato justo de los padres, divertirse con los amigos, ir bien en el colegio o instituto y poder prestar atención/concentrarse. 3) Un único ítem sobre salud autoinformada, que preguntaba cómo consideraba el adolescente que estaba su salud en ese momento. La respuesta debía ajustarse a una de las siguientes cuatro opciones de respuesta: excelente, buena, pasable o pobre (Idler y Benyamini, 1997). Esta medida ha sido validada en su utilización cuantitativa (Silventoinen *et al.*, 2007). Y 4) "Lista de síntomas HBSC" (*HBSC-symptom checklist*, Ravens-Sieberer *et al.*, 2008), que mide dos facetas: malestares psicológicos (nerviosismo, bajo de ánimo, irritabilidad y dificultades para dormir) y malestares somáticos (dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda y sensación de mareo). Tiene un alfa de Cronbach de 0,802. La puntuación global, creada a partir de estos cuatro instrumentos, haría referencia a la percepción del estado de salud o bienestar físico, psicológico y social de los adolescentes, siguiendo la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1948). La puntuación global de salud ha mostrado buenos índices de ajuste (NNFI= 0,98, CFI= 0,99, RMSEA= 0,03), así como buenos criterios de fiabilidad y validez.

### *Procedimiento*

La preparación de la recogida de datos comenzó con el contacto a los centros educativos seleccionados en el proceso de muestreo anteriormente mencionado. En el caso de que los centros estuviesen dispuestos a participar, se les envió un email con un dossier informativo del estudio y con las instrucciones concretas a seguir para participar. Además, se les proporcionó un modelo de consentimiento informado para que lo pudieran gestionar directamente con las familias, en el caso de que el centro no contara con un procedimiento propio para ello.

El procedimiento de recogida de información fue fiel a las condiciones exigidas por la coordinación internacional del estudio HBSC (Inchley *et al.*, 2016): los cuestionarios fueron rellenados individualmente por los adolescentes, el anonimato estuvo garantizado y la aplicación del cuestionario se llevó a cabo dentro del contexto y horario escolar, con supervisión de personal preparado para ello. Los adolescentes tenían la instrucción de poder dejar de rellenar el cuestionario en el momento en que lo desearan, garantizando en todo momento su anonimato y la confidencialidad de la información que proporcionaban.

En esta edición se usó una versión informatizada del cuestionario a la que los jóvenes accedían a través de internet usando los ordenadores de su centro educativo. Cuando era inviable el acceso a través de internet, los adolescentes podían cumplimentar el cuestionario mediante tabletas que el grupo de investigación proporcionó al centro. Este cuestionario sigue el protocolo propuesto por el equipo internacional y cuenta con la aprobación del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla.

### *Análisis de datos*

Para llevar a cabo los análisis estadísticos se utilizó el programa SPSS, versión 19.0. Para los análisis de significación se recurrió a chi cuadrado ( $\chi^2$ ), en el caso de la comparación de prevalencias de participación en conducta antisocial, y a ANOVA de un factor, en el caso de analizar la relación entre el número de conductas antisociales en que se participa y la salud global percibida.

Además, se han realizado pruebas de tamaño del efecto con el objetivo de conocer el grado, dirección e importancia real de los resultados obtenidos a partir de las pruebas de significación estadística (Valera y Sánchez, 1997) y para evitar cometer error tipo I o alfa, que lleve a rechazar erradamente la hipótesis nula debido al elevado tamaño muestral (Shaughnessy *et al.*, 2007).

Se han utilizado tres pruebas de tamaño de efecto en función de las características de las variables. En el caso de la relación entre dos variables cualitativas (participación-no participación en conductas antisociales y sexo), se utilizó el coeficiente *phi* (cuando ambas variables tenían dos valores de respuesta) o la prueba *V* de Cramer (cuando al menos alguna de las variables tenía más de dos valores de respuesta, como es el caso de la edad). En ambos casos, los intervalos utilizados fueron: de 0 a 0,09, tamaño de efecto despreciable; de 0,10 a 0,29, tamaño de efecto bajo; de 0,30 a 0,49, tamaño de efecto medio; y a partir de 0,50, tamaño de efecto grande (Abdi, 2007; Agresti, 1996). En el caso de la relación entre una variable cuantitativa y otra cualitativa, como ocurre en el análisis de la salud global percibida y el grupo de pertenencia en función del número de conductas antisociales en las que hayan participado, se utilizó la prueba *d* de Cohen según los siguientes criterios: de 0 a 0,19, tamaño de efecto despreciable; de 0,20 a 0,49, tamaño de efecto bajo; de 0,50 a 0,79, tamaño de efecto medio; y a partir de 0,80, tamaño de efecto grande (Cohen, 1988; Huberty, 2002).

Es importante aclarar que para proporcionar datos de prevalencia de conducta antisocial se han codificado los distintos ítems en función de la participación en algún ítem de cada categoría, es decir, se han agrupado las opciones de respuesta "una vez" y "dos o más veces", de modo que se diferencian dos grupos: el que incluye a quienes han participado alguna vez en alguna conducta antisocial de cada categoría y el que está compuesto por aquellos que nunca han participado en ninguna conducta antisocial.

## **Resultados**

### *Prevalencia de la conducta antisocial según el sexo, la edad y la combinación de ambas*

Al analizar la prevalencia global se encuentra que algo menos de la mitad de los adolescentes han participado en al menos una conducta antisocial durante el curso académico. Atendiendo a la categorización en función del resultado de la acción, se encuentra que la tipología de conductas más prevalentes son las relacionadas con la desobediencia a la autoridad, seguidas de los comportamientos de robo y, por último, las menos prevalentes son las relacionadas con el destrozo. Al considerar las

diferencias por el contexto en el que se cometen las conductas antisociales, se observa que claramente son más prevalentes las relacionadas con el contexto escolar frente a quienes lo realizan en otros contextos.

Como se observa en la tabla 1, la prevalencia de chicos varones que participan en al menos una conducta antisocial de cada categoría es siempre mayor que en chicas. A pesar de que las pruebas de significación estadística indican diferencias en la prevalencia según el sexo, las pruebas de tamaño de efecto desechan estos resultados al mostrar que estas diferencias tienen tamaños despreciables ( $\phi < 0,10$ ), exceptuando la conducta de destrozo, cuyo valor de tamaño de efecto es bajo ( $\phi = -0,10$ ). En cuanto a las diferencias por edad, se observa un incremento con la edad de los adolescentes que cometen conductas antisociales en todas las categorías, tanto en función del resultado de la acción como en función del contexto donde se realizan.

**Tabla 1**  
Prevalencia de la presencia de conducta antisocial en función del sexo y la edad

| Variable                | Total<br>n= 9775 | Sexo             |                  |                   | Edad             |                  |                  |                 |
|-------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|
|                         |                  | Chico<br>n= 4795 | Chica<br>n= 4980 | $\rho$ ( $\phi$ ) | 11-12<br>n= 3031 | 13-14<br>n= 3390 | 15-16<br>n= 3354 | $\rho$ (V)      |
| Prevalencia global      | 48,38%           | 51,32%           | 45,54%           | <0,001 (-0,06)    | 26,13%           | 49,39%           | 67,26%           | <0,001 (0,33)** |
| Resultado de la acción  |                  |                  |                  |                   |                  |                  |                  |                 |
| Robo                    | 26,70%           | 30,30%           | 23,25%           | <0,001 (-0,08)    | 14,73%           | 27,62%           | 36,65%           | <0,001 (0,20)*  |
| Destrozo                | 14,00%           | 17,34%           | 10,77%           | <0,001 (-0,10)*   | 6,70%            | 15,40%           | 19,18%           | <0,001 (0,15)*  |
| Desobediencia           | 40,77%           | 43,48%           | 38,15%           | <0,001 (-0,05)    | 18,93%           | 40,86%           | 60,07%           | <0,001 (0,34)** |
| Contexto de realización |                  |                  |                  |                   |                  |                  |                  |                 |
| Escolar                 | 41,94%           | 44,56%           | 39,40%           | <0,001 (-0,05)    | 19,92%           | 42,34%           | 61,11%           | <0,001 (0,34)** |
| Otro                    | 27,67%           | 31,60%           | 23,90%           | <0,001 (-0,09)    | 15,10%           | 28,71%           | 38,04%           | <0,001 (0,21)*  |

Notas: \* $\phi$ /V Cramer baja; \*\* $\phi$ /V de Cramer media; \*\*\* $\phi$ /V de Cramer alta. Los porcentajes mostrados representan la presencia de cada conducta antisocial, omitiéndose los valores de no presencia, que corresponden al diferencial hasta el 100% en cada porcentaje.

Los resultados relativos a la conducta antisocial combinando sexo y edad (tabla 2) no muestran resultados claros, ya que presentan un tamaño de efecto despreciable en casi todos los contrastes. En concreto, esta ausencia de relación sucede en todas las categorías de análisis excepto en la referente al destrozo de objetos y lugares a los 15-16 años, presentándose con más frecuencia en los chicos varones de este grupo de edad ( $\phi = -0,14$ ).

### *Relación entre conducta antisocial y la salud global percibida*

Como se puede observar en la tabla 3, donde se representa la media en la puntuación global de salud respecto al número de conductas antisociales, los datos con la muestra global revelan que la puntuación global de salud disminuye al aumentar el número de conductas antisociales. Estos resultados se mantienen en el resto de categorías diferenciadas excepto en la categoría de destrozo donde, de manera excepcional, se encuentran valores algo superiores entre los adolescentes que participan en una sola conducta de destrozo que entre los que participan en dos o más. Los resultados del ANOVA de un factor (tabla 4) muestran que, con los datos globales (sin diferenciar el sexo ni controlar la variable edad), las diferencias en las medias de la puntuación global de salud entre los distintos grupos



diferenciados (0 conductas, 1 conducta y 2 conductas o más) son significativas ( $p < 0,05$ ). Se obtienen resultados similares en todas las categorías diferenciadas excepto en la comparación de la media del grupo de una conducta antisocial en destrozo y el grupo de dos o más conductas antisociales en la categoría de destrozo ( $p = 0,390$ ).

**Tabla 2**  
Prevalencia de la presencia de conducta antisocial en función de la combinación de sexo y edad

| Variable                | 11-12 años |         | p (phi)        | 13-14 años |         | p (phi)        | 15-16 años |         | p (phi)         |
|-------------------------|------------|---------|----------------|------------|---------|----------------|------------|---------|-----------------|
|                         | Chico      | Chica   |                | Chico      | Chica   |                | Chico      | Chica   |                 |
|                         | n= 1470    | n= 1561 |                | n= 1670    | n= 1720 |                | n= 1655    | n= 1699 |                 |
| Prevalencia global      | 30,31%     | 22,20%  | <0,001 (-0,09) | 52,18%     | 46,63%  | 0,002 (-0,06)  | 68,97%     | 65,61%  | 0,044 (-0,04)   |
| Resultado de la acción  |            |         |                |            |         |                |            |         |                 |
| Robo                    | 17,31%     | 12,30%  | <0,001 (-0,07) | 31,56%     | 23,80%  | <0,001 (-0,09) | 40,64%     | 32,79%  | <0,001 (-0,08)  |
| Destrozo                | 7,77%      | 5,68%   | 0,022 (-0,04)  | 18,56%     | 12,33%  | <0,001 (-0,09) | 24,65%     | 13,86%  | <0,001 (-0,14)* |
| Desobediencia           | 22,63%     | 15,45%  | <0,001 (-0,09) | 43,29%     | 38,47%  | 0,005 (-0,05)  | 61,82%     | 58,37%  | 0,043 (-0,04)   |
| Contexto de realización |            |         |                |            |         |                |            |         |                 |
| Escolar                 | 23,45%     | 16,59%  | <0,001 (-0,09) | 44,70%     | 40,01%  | 0,007 (-0,05)  | 62,83%     | 59,44%  | 0,047 (-0,04)   |
| Otro                    | 17,95%     | 12,41%  | <0,001 (-0,08) | 33,01%     | 24,54%  | <0,001 (-0,09) | 42,45%     | 33,80%  | <0,001 (-0,09)  |

Notas: \*phi baja; \*\*phi media; \*\*\*phi alta. Los porcentajes mostrados representan la presencia de cada conducta antisocial, omitiéndose los valores de no presencia, que corresponden al diferencial hasta el 100% en cada porcentaje.

**Tabla 3**  
Medias y desviaciones típicas en la puntuación global de salud percibida en función del número de conductas antisociales en las que ha participado

| Variable                     | Nº de conductas | Global |      | 11-12 años |      |      |      | 13-14 años |      |      |      | 15-16 años |      |      |      |
|------------------------------|-----------------|--------|------|------------|------|------|------|------------|------|------|------|------------|------|------|------|
|                              |                 | M      | DT   | M          | DT   | M    | DT   | M          | DT   | M    | DT   | M          | DT   | M    | DT   |
|                              |                 |        |      |            |      |      |      |            |      |      |      |            |      |      |      |
| Prevalencia global           | 0               | 9,07   | 1,26 | 9,55       | 1,18 | 9,49 | 1,10 | 9,20       | 1,18 | 8,78 | 1,17 | 8,82       | 1,36 | 8,33 | 1,24 |
|                              | 1               | 8,51   | 1,27 | 9,13       | 1,21 | 8,88 | 1,26 | 8,84       | 1,11 | 8,41 | 1,34 | 8,55       | 1,05 | 7,86 | 1,23 |
|                              | 2 o más         | 8,03   | 1,37 | 8,67       | 1,38 | 8,42 | 1,50 | 8,44       | 1,30 | 7,68 | 1,45 | 8,18       | 1,18 | 7,53 | 1,31 |
| Resultado de la acción       |                 |        |      |            |      |      |      |            |      |      |      |            |      |      |      |
| Robo                         | 0               | 8,81   | 1,34 | 9,43       | 1,21 | 9,37 | 1,17 | 9,03       | 1,20 | 8,60 | 1,29 | 8,58       | 1,30 | 8,03 | 1,29 |
|                              | 1               | 8,30   | 1,32 | 9,05       | 1,34 | 8,81 | 1,45 | 8,68       | 1,17 | 8,10 | 1,41 | 8,33       | 1,11 | 7,74 | 1,24 |
|                              | 2 o más         | 8,10   | 1,47 | 8,57       | 1,58 | 8,45 | 1,63 | 8,36       | 1,49 | 7,63 | 1,58 | 8,25       | 1,20 | 7,42 | 1,45 |
| Destrozo                     | 0               | 8,74   | 1,35 | 9,39       | 1,23 | 9,36 | 1,18 | 8,99       | 1,21 | 8,55 | 1,30 | 8,54       | 1,27 | 7,96 | 1,31 |
|                              | 1               | 8,09   | 1,30 | 8,75       | 1,32 | 8,32 | 1,47 | 8,40       | 1,21 | 7,82 | 1,45 | 8,24       | 1,11 | 7,50 | 1,19 |
|                              | 2 o más         | 8,22   | 1,55 | 8,77       | 1,74 | 8,50 | 1,74 | 8,51       | 1,53 | 7,55 | 1,53 | 8,24       | 1,27 | 7,63 | 1,65 |
| Desobediencia a la autoridad | 0               | 9,02   | 1,27 | 9,53       | 1,19 | 9,46 | 1,14 | 9,16       | 1,19 | 8,76 | 1,18 | 8,78       | 1,30 | 8,25 | 1,25 |
|                              | 1               | 8,29   | 1,27 | 8,83       | 1,17 | 8,60 | 1,29 | 8,61       | 1,18 | 8,15 | 1,35 | 8,43       | 1,14 | 7,83 | 1,22 |
|                              | 2 o más         | 7,96   | 1,40 | 8,66       | 1,46 | 8,44 | 1,51 | 8,40       | 1,34 | 7,51 | 1,51 | 8,12       | 1,17 | 7,39 | 1,32 |
| Contexto de realización      |                 |        |      |            |      |      |      |            |      |      |      |            |      |      |      |
| Escolar                      | 0               | 9,03   | 1,27 | 9,53       | 1,19 | 9,47 | 1,12 | 9,18       | 1,18 | 8,77 | 1,18 | 8,79       | 1,30 | 8,26 | 1,26 |
|                              | 1               | 8,34   | 1,27 | 8,91       | 1,19 | 8,77 | 1,28 | 8,64       | 1,18 | 8,21 | 1,33 | 8,45       | 1,15 | 7,87 | 1,22 |
|                              | 2 o más         | 7,97   | 1,39 | 8,63       | 1,43 | 8,35 | 1,48 | 8,40       | 1,32 | 7,57 | 1,50 | 8,14       | 1,17 | 7,39 | 1,31 |
| Otro                         | 0               | 8,82   | 1,33 | 9,43       | 1,21 | 9,38 | 1,17 | 9,04       | 1,20 | 8,60 | 1,28 | 8,59       | 1,30 | 8,05 | 1,29 |
|                              | 1               | 8,29   | 1,32 | 9,05       | 1,36 | 8,79 | 1,43 | 8,68       | 1,17 | 8,15 | 1,39 | 8,29       | 1,13 | 7,72 | 1,24 |
|                              | 2 o más         | 8,14   | 1,45 | 8,65       | 1,52 | 8,50 | 1,60 | 8,44       | 1,43 | 7,60 | 1,57 | 8,28       | 1,18 | 7,43 | 1,44 |

En la tabla 4 se muestra la significación estadística y el tamaño de efecto de todos los contrastes realizados previamente y representados en la tabla 3. Teniendo en cuenta

**Tabla 4**  
Resumen de pruebas de significación y tamaño de efecto entre los distintos grupos de participación en conducta antisocial y su puntuación global de salud percibida

| Variable                     | Nº de conductas | Global |         | 11-12 años |        |        | 13-14 años |        |        | 15-16 años |         |        |        |        |        |
|------------------------------|-----------------|--------|---------|------------|--------|--------|------------|--------|--------|------------|---------|--------|--------|--------|--------|
|                              |                 | p      | d       | Chicos     |        | Chicas |            | Chicos |        | Chicas     |         | Chicos |        | Chicas |        |
|                              |                 |        |         | p          | d      | p      | d          | p      | d      | p          | d       | p      | d      | p      | d      |
| Prevalencia global           | 0 - 1           | <0,001 | 0,44*   | <0,001     | 0,36*  | <0,001 | 0,55**     | <0,001 | 0,31*  | <0,001     | 0,30*   | <0,001 | 0,22*  | <0,001 | 0,37*  |
|                              | 0 - 2           | <0,001 | 0,79**  | <0,001     | 0,72** | <0,001 | 0,94***    | <0,001 | 0,62** | <0,001     | 0,88*** | <0,001 | 0,51** | <0,001 | 0,62*  |
|                              | 1 - 2           | <0,001 | 0,36*   | 0,002      | 0,36*  | 0,009  | 0,34*      |        | <0,001 | 0,32*      | <0,001  | 0,53** | <0,001 | 0,32*  | <0,001 |
| Resultado de la acción       | 0 - 1           | <0,001 | 0,38*   | 0,008      | 0,31*  | <0,001 | 0,47*      | <0,001 | 0,29*  | <0,001     | 0,38*   | <0,001 | 0,20*  | <0,001 | 0,23*  |
|                              | 0 - 2           | <0,001 | 0,53**  | <0,001     | 0,69** | <0,001 | 0,78**     | <0,001 | 0,54** | <0,001     | 0,74**  | <0,001 | 0,25*  | <0,001 | 0,47*  |
|                              | 1 - 2           | 0,002  | 0,15    | 0,022      | 0,33*  | 0,383  | 0,24*      | 0,013  | 0,25*  | 0,009      | 0,33*   | 10,00  | 0,07   | 0,026  | 0,24*  |
| Destrozo                     | 0 - 1           | <0,001 | 0,48*   | 0,001      | 0,52** | <0,001 | 0,87***    | <0,001 | 0,49*  | <0,001     | 0,55**  | <0,001 | 0,24*  | <0,001 | 0,36*  |
|                              | 0 - 2           | <0,001 | 0,39*   | 0,003      | 0,49*  | 0,001  | 0,72**     | <0,001 | 0,39*  | <0,001     | 0,76**  | <0,001 | 0,24*  | <0,001 | 0,25*  |
|                              | 1 - 2           | 0,390  | -0,09   | 10,00      | -0,01  | 10,00  | -0,11      | 1,00   | -0,08  | 0,608      | 0,19    | 1,00   | 0,00   | 1,00   | -0,10  |
| Desobediencia a la autoridad | 0 - 1           | <0,001 | 0,57**  | <0,001     | 0,59** | <0,001 | 0,74**     | <0,001 | 0,47*  | <0,001     | 0,50**  | <0,001 | 0,28*  | <0,001 | 0,34*  |
|                              | 0 - 2           | <0,001 | 0,81*** | <0,001     | 0,71** | <0,001 | 0,87***    | <0,001 | 0,62** | <0,001     | 1,00*** | <0,001 | 0,53** | <0,001 | 0,67** |
|                              | 1 - 2           | <0,001 | 0,25*   | 0,779      | 0,13   | 10,00  | 0,12       | 0,079  | 0,17   | <0,001     | 0,45*   | <0,001 | 0,27*  | <0,001 | 0,34*  |
| Contexto de realización      | 0 - 1           | <0,001 | 0,54**  | <0,001     | 0,52** | <0,001 | 0,61**     | <0,001 | 0,46*  | <0,001     | 0,46*   | <0,001 | 0,27*  | <0,001 | 0,31*  |
|                              | 0 - 2           | <0,001 | 0,82*** | <0,001     | 0,73** | <0,001 | 0,97***    | <0,001 | 0,64** | <0,001     | 0,96*** | <0,001 | 0,52** | <0,001 | 0,68** |
|                              | 1 - 2           | <0,001 | 0,28*   | 0,173      | 0,21*  | 0,053  | 0,31*      | 0,033  | 0,19   | <0,001     | 0,45*   | 0,001  | 0,27*  | <0,001 | 0,38*  |
| Otro                         | 0 - 1           | <0,001 | 0,40*   | 0,007      | 0,31*  | <0,001 | 0,49*      | <0,001 | 0,30*  | <0,001     | 0,34*   | <0,001 | 0,24*  | <0,001 | 0,25*  |
|                              | 0 - 2           | <0,001 | 0,51**  | <0,001     | 0,63** | <0,001 | 0,74**     | <0,001 | 0,49*  | <0,001     | 0,77**  | <0,001 | 0,24*  | <0,001 | 0,47*  |
|                              | 1 - 2           | 0,019  | 0,11    | 0,076      | 0,28*  | 0,598  | 0,20*      | 0,084  | 0,19   | 0,001      | 0,39*   | 1,00   | 0,01   | 0,037  | 0,23*  |

Notar: \*d de Cohen baja, \*\*d de Cohen media, \*\*\*d de Cohen alta.

que la participación en conductas antisociales está categorizada en tres niveles (0, 1 y 2 o más conductas), esta información se muestra para los contrastes dos a dos de estos tres niveles entre sí. En general, los resultados muestran que prácticamente todos los contrastes presentan un tamaño de efecto apreciable.

Para ayudar a entender la diversidad de patrones que se pueden encontrar en la relación entre el número de conductas antisociales y la salud global percibida por los adolescentes, tanto en la muestra global como al diferenciarla por sexo y edad, se establecen cuatro posibles patrones de relación: A -sin empeoramiento de la salud en función de la conducta antisocial, es decir, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas y/o si se encuentran, no tienen tamaño de efecto apreciable-, B -empeoramiento de la salud progresivo o diferencias significativas y con un tamaño de efecto apreciable entre todos grupos comparados en función del número de conductas de participación-, C -empeoramiento de la salud en niveles bajos de conducta antisocial o diferencias significativas y con tamaño de efecto entre el grupo que no comete ninguna conducta antisocial y el grupo que ha participado en una conducta antisocial, pero sin diferencias significativas o sin tamaño de efecto entre el grupo que ha participado en una conducta y el grupo que ha participado en dos o más- y D -empeoramiento de la salud en niveles altos de conducta antisocial, es decir, sin diferencias significativas o con tamaño de efecto apreciable entre la puntuación global de salud de los que pertenecen al grupo de no participación en conducta antisocial y el grupo de participación en una conducta antisocial, pero con diferencias significativas y con tamaño de efecto entre el grupo que comete una conducta antisocial y el que participa en dos o más conductas antisociales-. En la tabla 5 se expone el tipo de relación (A, B, C o D) entre ambas variables (conducta antisocial y salud) para la puntuación global y para la combinación del sexo por la edad, en cada uno de los tipos de conducta antisocial en función del resultado de la acción y del contexto donde se realiza.

**Tabla 5**

Resumen de los patrones en puntuación global de salud percibida

| Variable                | Global | 11-12 años |        | 13-14 años |        | 15-16 años |        |
|-------------------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
|                         |        | Chicos     | Chicas | Chicos     | Chicas | Chicos     | Chicas |
| Prevalencia global      | B      | B          | B      | B          | B      | B          | B      |
| Resultado de la acción  |        |            |        |            |        |            |        |
| Robo                    | C      | B          | C      | B          | B      | C          | B      |
| Destrozo                | C      | C          | C      | C          | C      | C          | C      |
| Desobediencia           | B      | C          | C      | C          | B      | B          | B      |
| Contexto de realización |        |            |        |            |        |            |        |
| Escolar                 | B      | C          | C      | C          | B      | B          | B      |
| Otro                    | C      | C          | C      | C          | B      | C          | B      |

Nota: B= diferencias estadísticamente significativas y con tamaño de efecto apreciable en las medias de puntuación global de salud de todos los grupos diferenciados; C= diferencias estadísticamente significativas y con tamaño de efecto apreciable entre no cometer ninguna y cometer una conducta de esa categoría, pero sin diferencias significativas y/o con tamaño de efecto apreciable entre cometer una y cometer dos o más conductas.

Los resultados (tabla 5) muestran que la relación entre la prevalencia global de conducta antisocial y el bienestar que experimentan los adolescentes presenta, en todos los grupos de edad, y tanto en chicos como en chicas, un patrón lineal o tipo B (empeoramiento progresivo), es decir, a más conductas antisociales cometidas, peor resultado en la puntuación global de salud. Sin embargo, cuando se analiza la conducta antisocial en función de los resultados de la acción sí se encuentran diferencias. En concreto, excepto en el caso de las conductas de destrozo (en las que se encuentra siempre un patrón C o empeoramiento de la salud a niveles bajos de conducta antisocial), los patrones encontrados al dividir la muestra en función del sexo difieren llamativamente. Los chicos muestran un patrón similar en 11-12 años y 13-14 años (patrón tipo B en robo y tipo C en desobediencia a la autoridad), marcándose la diferencia en el salto de edad de los 13-14 a los 15-16 años. Ahora bien, en el caso de las chicas, la similitud entre patrones se encuentra en los grupos de mayor edad, en concreto 13-14 y 15-16 años (donde se encuentra el patrón B tanto en robo como en desobediencia), diferente al patrón encontrado a la edad de 11-12 años.

La tabla 5 muestra que en los chicos no hay cambios en la relación entre la conducta antisocial cometida en contextos no escolares y la salud global percibida en los diferentes grupos de edad. El hecho de cometer un acto antisocial marca la diferencia en su salud respecto a los chicos que no cometen ninguna conducta antisocial. Las chicas, a pesar de que a los 11-12 años no se observan diferencias en la salud de aquellas que cometen una conducta antisocial y las que cometen dos o más, con la edad, la puntuación en salud disminuye en función del número de conductas antisociales en las que participan.

Sin embargo, en las conductas antisociales relacionadas con la escuela sí se observan variaciones con la edad en los dos sexos. En concreto, se observa un cambio de un patrón tipo C, o de empeoramiento de la salud asociado a niveles bajos de conducta antisocial, a un patrón tipo B o empeoramiento progresivo, produciéndose antes este cambio en las chicas (a los 13-14 años) que en los chicos (a los 15-16 años).

## Discusión

Este estudio tiene como objetivo conocer la prevalencia de conducta antisocial en adolescentes entre 11 y 16 años y analizar la relación entre la conducta antisocial y la salud global percibida en la adolescencia. En los dos objetivos se han examinado las diferencias en función del sexo y la edad. A continuación, se discuten los resultados obtenidos dividiéndolos en función de estos objetivos.

Respecto al primer objetivo, los resultados muestran que casi la mitad de los adolescentes (48,38%) han cometido al menos una conducta antisocial en el último curso académico. Esta prevalencia es menor que la encontrada en otras investigaciones españolas, por ejemplo, Antolín (2011), que muestran tasas de prevalencia de algunas conductas antisociales cercanas al 90%. Esto invita a reflexionar sobre la influencia en los resultados del instrumento de medida y de las conductas evaluadas. En este sentido, Burt *et al.* (2018) advierten de la importancia de valorar el papel moderador de los informantes y las diferencias contextuales y

familiares de la muestra. Como indican Kazdin y Buela-Casal (2006), el punto de referencia para valorar si una conducta es antisocial es el contexto sociocultural que rodea a ese comportamiento. Según esto, habría que tener en cuenta la relatividad del contexto de partida, ya que cada sociedad y en cada momento de su historia determina qué comportamientos se entienden como censurables. Dado que este ámbito de estudio se ha caracterizado por la heterogeneidad en la clasificación y en la evaluación, proporcionar unas directrices a seguir en la elaboración o adaptación de instrumentos de medida, puede permitir la comparación entre futuras investigaciones que utilicen distintos instrumentos y sus muestras pertenezcan a distintas culturas, favoreciendo así la generalización de los resultados. Por ello, en esta investigación se ha optado por la clasificación en categorías, concretamente se ha centrado en las conductas antisociales de baja gravedad, de manera que se favorezca que otras investigaciones, con otros instrumentos, puedan comparar los datos, aunque los ítems no sean los mismos.

En este estudio no se encuentran diferencias en la prevalencia según el sexo, apoyando los resultados de Bringas *et al.* (2006). Sin embargo, sí se encuentran discrepancias en la prevalencia de conducta antisocial entre los tres grupos de edad, de modo que se halla un incremento de la prevalencia de conducta antisocial con la edad, tanto en los datos de prevalencia global, como en la prevalencia en las distintas categorías. Una teoría muy conocida sobre la relación entre la conducta antisocial y la edad es la defendida por Moffit (1993). Esta autora expone que es necesario distinguir entre dos categorías bien diferenciadas: el comportamiento antisocial limitado a la etapa adolescente y el comportamiento antisocial persistente a lo largo del curso vital. La taxonomía propuesta por esta autora ha dado pie a que muchas investigaciones hayan centrado sus argumentos en las diferencias en el desarrollo cerebral durante la adolescencia para justificar el aumento de prevalencia de las conductas antisociales en esta etapa (Bos *et al.*, 2018; Muetzel *et al.*, 2017).

Del mismo modo en que se ha buscado justificación del aumento de la prevalencia del comportamiento antisocial en los cambios neurológicos, otros estudios han analizado las diferencias en el desarrollo cerebral para evidenciar los cambios en las tasas de prevalencia en función del sexo. De Bellis *et al.* (2001) sugieren que existen diferencias relacionadas con la edad entre chicos y chicas en los procesos de maduración cerebral. Según estos autores, la descompensación entre zonas cerebrales corticales y subcorticales puede ser mayor en los chicos debido al efecto hormonal de la testosterona, que aumenta el proceso de mielinización en los hombres, y del estrógeno, que retrasa la poda cerebral en las mujeres. Sin embargo, otros estudios, como Dodge *et al.* (2006), remarcan que hay indicios que sugieren que la testosterona tiene, a lo sumo, una correlación relativamente débil con el comportamiento antisocial en los seres humanos. Pues bien, como se ha mostrado, en este estudio no se han encontrado diferencias en la prevalencia global de conducta antisocial en chicos y chicas españoles, sin embargo, los datos de 2018 del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020) muestran que el número de chicos condenados entre los 14 y los 17 años es casi cuatro veces mayor que el número de chicas condenadas en ese rango de edad. Tal y como se concluye en el estudio de Moffit *et al.* (2001), esto puede deberse a que el comportamiento antisocial de los chicos suele ser más grave y de carácter más abierto o perceptible,

por lo que puede ser identificado más fácilmente por la justicia. Por tanto, aunque con el término conducta antisocial se hace referencia a todas aquellas acciones que infrinjan las normas sociales, hay que ser cauteloso en la difusión de resultados ya que la conducta antisocial puede abarcar gran variedad de comportamientos de distinta gravedad.

Atendiendo al análisis por categorías en función del resultado de la acción, se encuentra que los comportamientos antisociales con mayor prevalencia son los relacionados con la desobediencia a la autoridad. Solo se observan diferencias en función del sexo en la categoría de destrozo de objetos o lugares, diferencias que se mantienen en el grupo de 15-16 años al combinar las variables sexo y edad. De nuevo, estos resultados pueden deberse a la censura por parte de la sociedad respecto a este tipo de comportamiento en las chicas. Existen investigaciones que ponen de manifiesto que, en la población española, el periodo en el que existen más estereotipos de género es el comprendido entre los 15 y los 16 años (De la Osa *et al.*, 2013; Villanueva-Blasco y Grau-Alberola, 2019), coincidiendo con la edad en la que se encuentran estas diferencias en la prevalencia del comportamiento de destrozo, que es el que más se puede asociar con el estereotipo masculino. Ello justifica la importancia de no tomar la conducta antisocial como un concepto global puesto que, en función de los comportamientos que se estudien y las categorías que se establezcan, los resultados pueden ir en una dirección u otra (Barker *et al.*, 2007; Van Lier *et al.*, 2009; Vitaro *et al.*, 2006).

Si se atiende a la categorización en función del contexto donde se realiza la acción, los resultados muestran que cerca de la mitad de los adolescentes han participado en una conducta antisocial en el contexto escolar (41,94%), frente a hacerlo en otros contextos diferentes, lo cual no llega ni al 30%. Es verdad que los adolescentes pasan muchas horas de su día a día en este contexto, lo que incrementa la probabilidad de que aparezca más repertorio de conducta -también antisocial- en él, pero una posible explicación adicional se relaciona con los vínculos afectivos y los sentimientos de pertenencia que se dan en otros contextos, como la familia o los iguales, ya que sería moralmente más reprochable, incluso para ellos mismos, mostrar esas conductas en tales contextos. Las características de la sociedad actual donde, según datos del INE (2019), cada vez son más los hogares en los que ambos progenitores trabajan fuera de casa y cuyos horarios laborales rara vez se ajustan a los horarios escolares de los adolescentes, sumado a la necesidad de los adolescentes de aumentar su autonomía, convierten a la escuela en un contexto de socialización muy valioso en esta etapa evolutiva. Como afirma Dmitrieva (2013), el incremento de la autonomía y de la autodeterminación en la etapa adolescente puede contribuir al aumento de la influencia del contexto escolar, los iguales y el vecindario, en detrimento de la repercusión del contexto familiar. Ahora bien, si una alta proporción de los actos antisociales en esta edad se llevan a cabo en el contexto escolar, tal y como se muestra en este trabajo, el efecto socializador de la escuela puede distorsionarse, pudiendo generalizarse esta conducta a otros contextos y marcar, por tanto, la trayectoria vital de estos chicos.

Existe la creencia popular de que las conductas antisociales forman parte de la normalidad en la adolescencia, idea muy asociada al clásico paradigma que entiende esta etapa evolutiva como un periodo de tormenta y estrés (Hall, 1904). Además,

existen estudios que indican que la mayoría de los progenitores consideran esta etapa evolutiva como un periodo conflictivo y difícil (Ridao y Moreno, 2008). En este sentido, se encuentran investigaciones que ponen de manifiesto la repercusión que pueden tener las expectativas del entorno que rodea al adolescente en sus comportamientos, de este modo, si se entiende que la adolescencia es una etapa de asunción de riesgos, es más probable que los adolescentes se involucren en ese tipo de comportamientos (Buchanan y Hughes, 2009; Qu *et al.*, 2016). Sin embargo, que las conductas antisociales se presenten con frecuencia en la adolescencia no implica que este tipo de comportamientos deba normalizarse, ya que esto podría conllevar el riesgo de legitimarlos. Además, este tipo de conductas parecen no ser inocuas para la salud de los adolescentes. Aunque existen pocos estudios que muestren datos sobre la relación entre la conducta antisocial y la salud en el momento de la adolescencia, sí se encuentran investigaciones que relacionan la conducta antisocial con enfermedades orgánicas o problemas internos (Kort-Butler, 2017; Marmorstein, 2007; Paradis *et al.*, 2016; Ritakallio *et al.* 2007; Shepherd *et al.*, 2004 y Vermeiren *et al.*, 2002).

Por ello, el segundo objetivo de este estudio es analizar la relación entre la salud global percibida de los adolescentes y el número de conductas antisociales de baja gravedad en las que se han visto implicados, estableciendo patrones diferenciales según el sexo en las diferentes etapas de la adolescencia. En el análisis de la relación entre la salud y la conducta antisocial se han marcado cuatro posibles patrones: A, sin relación entre la salud y la conducta antisocial; B, empeoramiento progresivo de la percepción de salud a medida que aumenta el número de conductas antisociales en las que se involucran; C, disminución del indicador de salud global percibida al involucrarse en alguna conducta antisocial, independientemente del número de conductas en las que participen, y D, sin diferencias en la salud al no cometer conductas antisociales y cometer solo una de ellas, pero con empeoramiento de la salud al cometer más de un comportamiento antisocial. En este estudio, el patrón general que se encuentra al analizar la relación entre conducta antisocial y la salud es, en todos los casos, tipo B y tipo C. En esta investigación no aparecen los patrones tipo A y tipo D, lo que pone de manifiesto que, en cualquiera de los casos, participar en, al menos, un comportamiento antisocial, repercute en la salud de los adolescentes. De este modo, los datos que se presentan en este artículo muestran cómo el hecho de participar tan solo en una sola conducta antisocial de baja gravedad se relaciona con una peor puntuación global de salud tanto en chicos como en chicas en todos los grupos de edad. Otros estudios aportan resultados algo similares en algunos indicadores de salud global o ajuste psicosocial, por ejemplo, Vermeiren *et al.* (2002) hallaron relación entre la conducta antisocial y la depresión, la somatización, las expectativas negativas de futuro y la búsqueda de sensaciones.

En estos análisis, de nuevo se pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta el sexo y la edad de los adolescentes. En concreto, se encuentra que los adolescentes más pequeños tienden al patrón tipo C (es decir, cometer una conducta antisocial se relaciona significativamente con peor salud global percibida, pero estas diferencias no se encuentran entre cometer una o más conductas) y los adolescentes de mayor edad tienden a mostrar un patrón tipo B (se observa un empeoramiento progresivo de la salud a medida que se implican en más

comportamientos antisociales). Una posible explicación puede deberse a la codificación de las variables. En este estudio se ha diferenciado la no participación, participación en una conducta y participación en dos conductas o más, pero no se ha distinguido entre aquellos adolescentes que participan solo una vez, o que han participado con frecuencia en cada tipo de comportamiento. Por lo tanto, podría ocurrir que los participantes de mayor edad se impliquen en cada tipo de conducta con más frecuencia que los de menor edad y esto pueda repercutir en su puntuación global de salud; hipótesis interesante a explorar en futuras investigaciones.

En cualquier caso, esta diferencia evolutiva de la relación entre conducta antisocial y salud global percibida ocurre en momentos temporales diferentes en función del sexo. Mientras que en las chicas el cambio suele ocurrir entre los 11-12 años y los 13-14 años, en los chicos el cambio suele ocurrir entre los 13-14 años y los 15-16 años. Estos resultados pueden deberse a las diferencias en el desarrollo cognitivo durante la pubertad, por ejemplo, Van der Graaff *et al.* (2014) encuentran diferencias en función del sexo en un concepto muy relacionados con la conducta antisocial como es la toma de perspectiva o tendencia espontánea a adoptar el punto de vista de otros (Davis, 1983). Los resultados de Van der Graaff *et al.* (2014) muestran que, mientras que en las chicas se observa un aumento progresivo con la edad respecto a la tendencia espontánea a adoptar el punto de vista de otros, en los chicos este aumento se produciría a partir de los 15 años. El hecho de plantearse lo que los demás pueden pensar sobre su comportamiento, podría explicar el por qué los patrones de las chicas son similares a los 13-14 y a los 15-16 años, y el de los chicos cambia a partir de los 15-16 años.

Es llamativo el patrón encontrado en la categoría destrozo, donde, independientemente de la edad y del sexo, el patrón tipo C se mantiene. Este resultado puede ser debido a que en esta categoría no sea tan importante el número de conductas en las que participan, sino la frecuencia con la que lo hacen. De cualquier forma, estos resultados advierten de la idiosincrasia de este tipo de conductas relacionadas con el destrozo de objetos o lugares, importante a tener en cuenta no solo en futuras investigaciones, sino también para la intervención con adolescentes que presentan este perfil antisocial.

Para terminar, es importante considerar algunas de las limitaciones de este estudio, como el hecho de no haber tenido en cuenta la intencionalidad de las acciones antisociales que se han evaluado para la categorización de los comportamientos antisociales. Además, este estudio procede de un diseño de investigación transversal no longitudinal, por lo que los resultados son más limitados a la hora de establecer relaciones causales.

A pesar de estas limitaciones, este trabajo proporciona información sobre la prevalencia de la conducta antisocial en una muestra representativa de la población adolescente española entre los 11 y los 16 años. Además, se aportan resultados que pueden ayudar a comprender los motivos por los que se encuentran resultados contradictorios en distintas investigaciones. Asimismo, estos resultados pueden facilitar información relevante para la intervención práctica y justificar la relevancia de prevenir estos comportamientos, aunque se trate de conductas de baja gravedad. Tal y como señala Romer (2010), los déficits estructurales del cerebro que se



producen en la adolescencia se pueden compensar mediante intervenciones que doten de las habilidades para enfrentarse a los riesgos característicos de esta etapa.

Como se ha puesto de manifiesto, los resultados de esta investigación muestran patrones que implican una relación negativa entre la realización de conductas antisociales y la salud global percibida. Además, estos resultados difieren en función del sexo y según el grupo de edad. Debido a esto, las intervenciones destinadas a prevenir la conducta antisocial deberían ajustarse al sexo de los adolescentes y al momento evolutivo en que se encuentran, ya que los resultados muestran cómo las principales diferencias entre chicos y chicas en cuanto a la relación entre la conducta antisocial y su salud global percibida se encuentran a los 13-14 años. Es justamente a partir de los 15 años cuando el incumplimiento de las normas sociales puede acarrear consecuencias administrativas y jurídicas por lo que tener en consideración los patrones que muestran los chicos de 13-14 años (más parecidos a los de chicos y chicas de 11-12 años) y las chicas de 13-14 años (similares a los de chicos y chicas de 15-16 años) puede llevar a replantear si chicos y chicas están igual de preparados para afrontar las consecuencias legales de sus conductas a esta edad.

### Referencias

- Abdi, H. (2007). Kendall rank correlation. En N. J. Salkind (dir.), *Encyclopedia of measurement and statistics* (pp. 508-510). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Agresti, A. (1996). *An introduction to categorical data analysis*. Nueva York, NY: John Wiley & Sons.
- Antolín, L. (2011). *La conducta antisocial en la adolescencia: una aproximación ecológica* [Tesis doctoral, Universidad de Sevilla, España]. [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/15485/Y\\_TD\\_PS-PROV16.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/15485/Y_TD_PS-PROV16.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bendixen, M. y Olweus, D. (1999). Measurement of antisocial behaviour in early adolescence and adolescence: psychometric properties and substantive findings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9(4), 323-354. doi: 10.1002/cbm.330
- Barker, E., Séguin, J., White, H., Bates, M., Lacourse, E., Carbonneau, R. y Tremblay, R. (2007). Developmental trajectories of male physical violence and theft: relation to neurocognitive performance. *Archives of General Psychiatry*, 64, 592-599. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.52
- Bos, M., Wierenga, L., Blankenstein, N., Schreuders, E., Tamnes, C. y Crone, E. (2018). Longitudinal structural brain development and externalizing behavior in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(10), 1061-1072. doi: 10.1111/jcpp.12972
- Bringas, C., Herrero, F., Cuesta, M. y Rodríguez, F. (2006). La conducta antisocial en adolescentes no conflictivos: adaptación del Inventario de conductas antisociales (ICA). *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 11(2), 1-10. doi: 10.17811/rem.a.11.2.2006.1-10
- Buchanan, C. y Hughes, J. (2009). Construction of social reality during early adolescence: can expecting storm and stress increase real or perceived storm and stress? *Journal of Research on Adolescence*, 19(2), 261-285. doi: 10.1111/j.1532-7795.2009.00596.x
- Burt, S. (2012). How do we optimally conceptualize the heterogeneity within antisocial behavior? An argument for aggressive versus non-aggressive behavioral dimensions. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 263-279. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.006

- Burt, S., Slawinski, B. y Klump, A. (2018). Are there sex differences in the etiology of youth antisocial behavior? *Journal of Abnormal Psychology, 127*(1), 66-78. doi: 10.1037/abn0000324
- Cantril, G. (1965). *The pattern of human concern*. Nuevo Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Nueva York, NY: Lawrence Erlbaum.
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 113-126. doi: 10.1037/0022-3514.44.1.113
- De Bellis, M., Keshavan, M., Beers, S., Hall, J., Frustaci, K., Masalehdan, A. y Boring, A. (2001). Sex differences in brain maturation during childhood and adolescence. *Cerebral Cortex, 11*(6), 552-557. doi:10.1093/cercor/11.6.552
- De la Osa, Z., Andrés, S. y Pascual, I. (2013). Creencias adolescentes sobre la violencia de género. Sexismo en las relaciones entre adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 3*(3), 265-275. doi: 10.1989/ejihpe.v3i3.49
- DiClemente, R., Brown, J. y Latham, T. (2013). Determinants of health-related behaviors in adolescence. En W. O'Donohue, L. Benuto y L. Woodward (dirs.), *Handbook of adolescent health psychology* (pp. 107-127). Nueva York, NY: Springer.
- Dmitrieva, J. (2013). Socioeconomic influences on health and health behavior in adolescents. En W. O'Donohue, L. Benuto y L. Woodward (dirs.), *Handbook of adolescent health psychology* (pp. 43-60). Nueva York, NY: Springer.
- Dodge, K., Coie, J. y Lynam, D. (2006). Aggression and Antisocial Behavior in Youth. En N. Eisenberg, W. Damon y R. Lerner (dirs.), *Handbook of child psychology* (Vol.3, pp. 719-788). Nueva York, NY: Wiley.
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., Morgan, A., Ravens-Sieberer, U. y the HBSC Positive Health Focus Group (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health, 54*, 160-166. doi: 10.1007/s00038-009-5407-7
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual, 13*, 197-215.
- Gatzke-kopp, L., DuPuis, D. y Nix, R. (2013). Social and Biological Changes during Adolescence that precipitate the onset of antisocial behavior. En W. O'Donohue, L. Benuto y L. Woodward (dirs.), *Handbook of Adolescent Health Psychology* (pp. 447-462). Nueva York, NY: Springer.
- Hall, G. (1904). *Adolescence its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology sex, crime, religion and education*. Nueva York, NY: D. Appleton & Company.
- Heerde J., Curtis A., Bailey J., Smith R., Hemphill S. y Toumbourouf J. (2019). Reciprocal associations between early adolescent antisocial behavior and depressive symptoms: a longitudinal study in Victoria, Australia and Washington State, EE.UU. *Journal of Criminal Justice, 62*, 74-86. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2018.09.003
- Huberty, C. (2002). A history of effect size indices. *Educational and Psychological Measurement, 62*, 227-240. doi: 10.1177/0013164402062002002
- Idler, E. y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of 27 community studies. *Journal of Health and Social Behavior, 38*, 21-37.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M. y Barnekow, 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. Copenhagen: Health policy for children and adolescents (report no. 7). WHO Regional Office for Europe.
- Instituto Nacional de Estadística (2020, 21 de enero). *Estadística de condenados: menores*. Año 2018. Madrid: INE. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176795&menu=ultiDatos&idp=1254735573206](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176795&menu=ultiDatos&idp=1254735573206)
- Instituto Nacional de Estadística (2019, 5 de agosto). *Empleo: incidencia en el empleo por la existencia de hijos. Excedencias para el cuidado de hijos: tasa de empleo de personas de 25 a 54 años sin hijos/con hijos de 6 a 14 años según periodo. Año 2018*. Madrid: INE. <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=11172>
- Kazdin, A. y Buela-Casal, G. (2006). *Conducta antisocial: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Kort-Butler, L. (2017). Health-related strains and subsequent delinquency and marijuana use. *Youth and Society*, 49(8), 1077-1103. doi: 10.1177/0044118X15578436
- Loeber, R. y Schmalig, K. (1985). Empirical-evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: a metaanalysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(2), 337-353. doi: 10.1007/bf00910652
- Marmorstein, N. R. (2007). Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 420-432. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.06.004
- Moffitt, T. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. doi: 10.1037/0033-295X.100.4.674
- Moffitt, T., Caspi, A., Rutter, M. y Silva, P. (2001). *Sex differences in antisocial behaviour: conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Sánchez-Queija, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A. y Morgan, A. (2016). *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.
- Muetzel, R., Blanken, L., van der Ende, J., El Marroun, H., Shaw, P., Sudre, G., Van der Lugt, A., Jaddoe, V., Verhulst, F., Tiemeier, H. y White, T. (2017). Tracking brain development and dimensional psychiatric symptoms in children: a longitudinal population-based neuroimaging study. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 54-62. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16070813
- Paradis, A., Koenen, K., Fitzmaurice, G. y Buka, S. (2016). Impact of persistent and adolescent-limited antisocial behaviour on adult health outcomes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(10), 1004-1010. doi: 10.1136/jech-2014-205140
- Peña, M. (2005). *Conducta antisocial en adolescentes: Factores de riesgo y de protección* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España]. <https://eprints.ucm.es/12024/1/T28264.pdf>
- Qu, Y., Pomerantz, E., Wang, M., Cheung, C. y Cimpian, A. (2016). Conceptions of adolescence: implications for differences in engagement in school over early adolescence in the United States and China. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(7), 1512-1526. doi: 10.1007/s10964-016-0492-4
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., Thomas, C. y the HBSC Positive Health Group (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18, 294-299. doi: 10.1093/eurpub/ckn001

- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B-M., Bruil, J., Dür, W., Power, M., Rajmil, L. y the European KIDSCREEN Group (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Social and Preventive Medicine*, 46, 297-302. doi: 10.1007/BF01321080
- 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.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Välimaa, R., Ottova, V., Erhart, M. y the HBSC Positive Health Focus Group (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54, 151-159. doi: 10.1007/s00038-009-5406-8
- Ridao, P. y Moreno, C. (2008). Percepción de los adolescentes y sus progenitores de la adolescencia como etapa evolutiva. *Infancia y Aprendizaje*, 31(4), 499-513. doi: 10.1174/021037008786140904
- Ritakallio, M., Koivisto, A., von der Pahlen, B., Pelkonen, M., Marttunen, M. y Kaltiala-Heino, R. (2007). Continuity, comorbidity and longitudinal associations between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: a 2-year prospective follow-up study. *Journal of Adolescence*, 31(3), 355-370. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.06.006
- Romer, D. (2010). Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: implications for prevention. *The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 52(3), 263-276. doi: 10.1002/dev.20442
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid: Cambridge University Press.
- Sanabria, A. y Rodríguez, A. (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 203-218.
- Serrano, G., Godás, A., Rodríguez, D. y Mirón, L. (1996). Perfil psicosocial de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 8(1), 25-44.
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E. y Zechmeister, J. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Shepherd, J., Farrington, D. y Potts, J. (2004). Impact of antisocial lifestyle on health. *Journal of Public Health*, 26(4), 347-352. doi: 10.1093/pubmed/fdh169
- Silva dos Santos, W., Carneiro, L., Oliveira, G., Luengo, M. y Gomez-Fraguela, J. (2019). Antisocial Behaviour: A Unidimensional or multidimensional Construct? *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(1), 13-27. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5105
- Silventoinen, K., Posthuma, D., Lahelma, E., Rose, R.J. y Kaprio, J. (2007). Genetic and environmental factors affecting self-rated health from age 16-25: a longitudinal study of Finnish twins. *Behavior Genetics*, 37(2), 326-333. doi: 10.1007/s10519-006-9096-1
- Valera, A. y Sánchez, J. (1997). Pruebas de significación y magnitud del efecto: reflexiones y propuestas. *Anales de Psicología*, 13(1), 85-90.
- Van der Graaff, J., Branje, S., De Wied, M., Hawk, S., Van Lier, P. y Meeus, W. (2014). Perspective taking and empathic concern in adolescence: gender differences in developmental changes. *Developmental Psychology*, 50(3), 881. doi: 10.1037/a0034325
- Van Lier, P., Vitaro, F., Barker, E., Koot, H. y Tremblay, R. (2009). Developmental links between trajectories of physical violence, vandalism, theft, and alcohol-drug use from childhood to adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 481-492. doi: 10.1007/s10802-008-9289-6

- Vermeiren, R., Deboutte, D., Ruchkin, V. y Schwab-Stone, M. (2002). Antisocial behaviour and mental health. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11(4), 168-175. doi: 10.1007/s00787-002-0275-1
- Villanueva-Blasco, V. y Grau-Alberola, E. (2019). Gender and age differences in the internalization of gender stereotypes in early and mid adolescence. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17(47), 107-128. doi: 0.25115/ejrep.v17i47.2184
- Vitaro, F., Brendgen, M. y Barker, E. (2006). Subtypes of aggressive behaviors: a developmental perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 12-19. doi: 10.1177/0165025406059968
- World Health Organization (1948). *WHO Constitution*. Ginebra: Autor.
- Yung, B. y Hammond W. (1997). Antisocial behavior in minority groups: epidemiological and cultural perspectives. En D. Stoff, J. Breiling y J. Maser (dirs.), *Handbook of antisocial behaviour* (pp. 474-496). Nueva York, NY: John Wiley & Sons.

RECIBIDO: 13 de julio de 2021

ACEPTADO: 2 de abril de 2022