

ESTUDIO HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN

Resultados y recomendaciones
CURSO ESCOLAR 2020/2021


Junta de
Castilla y León





Índice

Índice de tablas	6
Índice de gráficos.....	7
I. RESULTADOS ENCUESTA HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN	
2020-2021	12
Presentación	13
I.A. Resumen de resultados	15
1. Datos generales	16
2. Actividad física	17
3. Índice de masa corporal y alimentación	18
4. Asociación entre alimentación, actividad física y tiempo de pantalla	21
5. Descanso	21
6. Consumo de sustancias tóxicas.....	22
7. Relaciones sexuales completas (rsc)	25
8. Accidentabilidad	25
9. Higiene bucodental	26
10. Relaciones con la familia	27
11. Relaciones sociales.....	27
12. Uso de internet y teléfono móvil	27
13. Acoso escolar	28
14. Videojuegos	29

15. Juego con dinero	29
I.B. Descriptivo	31
I.C. Estimaciones para Castilla y León.....	36
1. Datos generales	37
2. Actividad física	49
3. Índice de masa corporal.....	55
4. Alimentación	61
5. Alimentación e índice de masa corporal.....	70
<i>Realización de dietas especiales</i>	<i>88</i>
6. Descanso	90
7. Índice de masa corporal, alimentación, actividad física y descanso	93
A. <i>Índice de masa corporal vs. Actividad física y tiempo de pantalla</i>	<i>94</i>
B. <i>Índice de masa corporal vs. Descanso</i>	<i>99</i>
C. <i>Alimentación vs. Actividad física y tiempo de pantalla</i>	<i>99</i>
D. <i>Alimentación vs. Descanso</i>	<i>110</i>
E. <i>Actividad física y tiempo de pantalla vs. Descanso.....</i>	<i>112</i>
8. Sustancias tóxicas	114
8.1. <i>Tabaco</i>	<i>115</i>
8.2. <i>Alcohol</i>	<i>121</i>
8.3. <i>Otras sustancias.....</i>	<i>126</i>
9. Relaciones sexuales.....	128
10. Accidentabilidad y seguridad vial.....	133
11. Higiene dental	140



12. Relaciones con la familia	145
13. Relaciones sociales.....	151
14. Uso de internet y del teléfono móvil	154
15. Acoso escolar	163
16. Videojuegos	167
17. Juego con dinero	170
18. Metodología.....	176
1. <i>Cálculo del tamaño muestral</i>	177
2. <i>Realización de la encuesta</i>	181
3. <i>Análisis de los resultados</i>	182
II. RECOMENDACIONES.....	185
1. Actividad física y sedentarismo.....	188
2. Alimentación saludable en la adolescencia	193
3. Prevención del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.....	201
4. Sexualidad en la adolescencia.....	205
5. Educación vial en la adolescencia	209
6. Descanso adecuado	212
7. Salud bucodental	214
8. Salud mental y bienestar del adolescente	218
9. Acoso, maltrato escolar (<i>bullying</i>)	221
10. Videojuegos	226
11. Uso de redes sociales (rrss).....	230
12. Juego con dinero	232
Decálogo de hábitos y estilos de vida saludables para adolescentes	235



III. EQUIPO DE TRABAJO	236
1. Dirección y coordinación.....	237
2. Responsables provinciales	238
3. Colaboradores en los Centros Escolares 2020-2021	239

Índice de tablas

Tabla 0.1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico	32
Tabla 0.2. Media de edad de participantes, por sexo y ámbito geográfico	33
Tabla 0.3. Distribución de participantes por edad y ámbito geográfico	34
Tabla 0.4. Distribución de participantes por edad y sexo	34
Tabla 1: Distribución de colegios y aulas por entorno.....	177
Tabla 2: Distribución de las personas por sexo y entorno	178
Tabla 3: Muestra teórica	178
Tabla 4: Muestra ajustada	178
Tabla 5: Distribución de personas y aulas	179
Tabla 6: Distribución de la muestra final	180

Índice de gráficos

Gráfico 0.1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico	32
Gráfico 0.2. Distribución de participantes por provincia y ámbito geográfico.....	35
Gráfico 1.1. Situación laboral de los progenitores	39
Gráfico 1.2. Máximo nivel de estudios completado por los progenitores	40
Gráfico 1.3. Mayor nivel de estudios completado por los progenitores según ámbito	41
Gráfico 1.4. Nivel académico autopercebido	43
Gráfico 1.5. Nivel de salud autopercebido	44
Gráfico 1.6. Enfermedades diagnosticadas	45
Gráfico 1.7. Sintomatología en los 6 últimos meses	46
Gráfico 1.8. Sintomatología padecida casi a diario	47
Gráfico 1.9. Autovaloración del nivel vital por sexo y ámbito.....	48
Gráfico 2.1. Realización de actividad física por sexo y ámbito.....	50
Gráfico 2.2A Frecuencia semanal de AF por sexo / 2.2B Frecuencia diaria de AF por sexo	51
Gráfico 2.3. Tiempo de pantalla días diario y fines semana/festivos por sexo	52
Gráfico 2.4. Desplazamiento al centro escolar por sexo y ámbito geográfico	54
Gráfico 3.1. IMC según sexo y ámbito geográfico	56
Gráfico 3.2. Categorías de nivel de peso según la IOTF, la OMS y el peso autopercebido.....	58
Gráfico 3.3. Distorsión de la autopercepción del peso, por sexo.....	60
Gráfico 4.1. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos	63
Gráfico 4.2. Consumo de lácteos por sexo y ámbito geográfico	65
Gráfico 4.3. Consumo de snacks por sexo y ámbito geográfico	66
Gráfico 4.4. Consumo de distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días	67
Gráfico 4.5. Modificaciones en la dieta habitual, por sexo	69

Gráfico 5.1. Media de comidas realizadas en días de diario (a) y en días festivos (b) por categoría de nivel de peso IOTF	71
Gráfico 5.2. Proporción de jóvenes que no realizan cada una de las cinco comidas principales, por categoría de nivel de peso	73
Gráfico 5.3. Tipo de lácteos consumidos, por categoría de nivel de peso.	74
Gráfico 5.4. Consumo de snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos...), por categoría de nivel de peso	75
Gráfico 5.5. Consumo de verduras/hortalizas en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.	76
Gráfico 5.6. Consumo de dulces/bollería en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.....	77
Gráfico 5.7. Consumo de huevos en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso.....	78
Gráfico 5.8. Consumo de pan/cereales en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.....	79
Gráfico 5.9. Consumo de leche y lácteos en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso	80
Gráfico 5.10. Consumo de fruta fresca en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso	81
Gráfico 5.11. Consumo de refrescos con azúcar en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.....	82
Gráfico 5.12. Consumo de comida rápida en los últimos 7 días, por categorías de nivel de peso.....	83
Gráfico 5.13. Consumo de legumbres en los últimos 7 días, por categorías de nivel de peso (3 categorías)	84
Gráfico 5.14. Consumo de legumbres en los últimos 7 días, por categorías de nivel de peso (4 categorías)	85
Gráfico 5.15. Consumo de legumbres en los últimos 7 días, por categorías de nivel de peso y sexo.....	86
Gráfico 5.16. Consumo de fruta, por categorías de nivel de peso	87
Gráfico 5.17. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses, según las categorías de nivel de peso....	88
Gráfico 5.18. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses para perder o ganar peso, según las categorías de nivel de peso y sexo.....	89
Gráfico 6.1. Distribución de jóvenes con sensación de descanso nocturno, por sexo y ámbito geográfico	91
Gráfico 6.2. Sensación de descanso nocturno según las horas diarias de sueño	92

Gráfico 7.1. Distribución de adolescentes que no realizan ejercicio físico en el tiempo libre, por categorías de nivel de peso	94
Gráfico 7.2. Tipo de actividad física realizada por categorías de nivel de peso	96
Gráfico 7.3. Tiempo de pantalla días de diario y fines de semana, por categorías de nivel de peso	97
Gráfico 7.4. Tiempo de desplazamiento al centro escolar, caminando o en bicicleta, por categorías de nivel de peso.....	98
Gráfico 7.5. Realización de ejercicio físico y hábito de desayunar.....	100
Gráfico 7.6. Consumo en los últimos 7 días de huevo, pescado, fruta fresca, verduras y hortalizas, legumbres, leche y lácteos y piezas de fruta/día en relación a la realización de ejercicio físico.....	101
Gráfico 7.7. Realización de desayuno en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario	105
Gráfico 7.8. Ingesta de merienda en relación al tiempo frente a pantallas en días festivos/fin semana	106
Gráfico 7.9. Frecuencia de consumo de dulces, refrescos, pasta/arroz/ patatas, legumbres y embutidos en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario.....	108
Gráfico 7.10. Frecuencia de consumo de dulces, refrescos y pasta, arroz y patatas en relación al tiempo frente a pantallas en fines semana/festivos	109
Gráfico 7.11. Sensación de descanso nocturno según el tipo de dieta	111
Gráfico 7.12. Tiempo de pantallas y sensación de descanso nocturno.....	113
Gráfico 8.1.1. Frecuencia de consumo de tabaco por sexo.....	116
Gráfico 8.1.2. Patrón de consumo de los fumadores, por sexo y ámbito geográfico	117
Gráfico 8.1.3. Exposición al tabaquismo pasivo en casa por sexo y ámbito geográfico.....	119
Gráfico 8.1.4. Exposición al tabaquismo pasivo fuera de casa por sexo y ámbito geográfico	120
Gráfico 8.2.1. Patrón de consumo de alcohol, por sexo y ámbito geográfico.....	122
Gráfico 8.2.2. Consumo de alcohol ≥ 6 unidades / día en el último mes, por sexo y ámbito geográfico.....	124
Gráfico 8.2.3. Embriaguez en alguna ocasión en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico	125
Gráfico 8.3.1. Consumo de drogas distintas del alcohol o el tabaco, por sexo y ámbito geográfico	127

Gráfico 9.1. Número de parejas sexuales en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico.....	130
Gráfico 9.2. Métodos anticonceptivos empleados.....	131
Gráfico 9.3. Número de veces que han empleado la PDD, por sexo y ámbito geográfico	132
Gráfico 10.1. Lugar donde ocurrió la lesión o accidente (no de tráfico), por sexo	135
Gráfico 10.2. Medio de transporte en el que sucedió el accidente de tráfico, por sexo	136
Gráfico 10.3. Frecuencia de uso del casco en bici y en moto.....	138
Gráfico 10.4. Frecuencia de uso del casco en la bici, por sexo y ámbito geográfico.....	139
Gráfico 11.1. Frecuencia de lavado dental, por sexo y ámbito geográfico	142
Gráfico 11.2. Lavado dental antes de acostarse, por sexo y ámbito geográfico	143
Gráfico 11.3. Visitas al dentista en el último año, por sexo y ámbito geográfico.	144
Gráfico 12.1. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con el padre y con la madre, por sexo	147
Gráfico 12.2. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con los padres, madres o sus parejas en caso de haberlas	148
Gráfico 12.3. Valoración subjetiva del apoyo familiar, por sexo	150
Gráfico 13.1. Valoración de las relaciones sociales, por sexo	153
Gráfico 14.1. Frecuencia de uso de internet en el móvil, por sexo	156
Gráfico 14.2. Frecuencia con la que apagan el móvil en distintas situaciones.....	157
Gráfico 14.3. Principal actividad en internet los últimos 30 días	158
Gráfico 14.4. Interacción con desconocidos	160
Gráfico 14.5. Uso de programas de control parental.....	161
Gráfico 14.6 Participación de padres y tutores en el uso de internet.....	162
Gráfico 15.1. Frecuencia de maltrato escolar y tipos de maltrato recibido en los últimos 60 días (en el total de participantes).....	165
Gráfico 15.2. Tipos de acoso escolar sufrido en los dos últimos meses, por sexo	166
Gráfico 16.1 Uso de videojuegos en los últimos 30 días por sexo y ámbito	169

Gráfico 17.1 Juego con dinero en los últimos 30 días por sexo y ámbito	172
Gráfico 17.2. Porcentaje de jóvenes jugadores que comenzaron a jugar con dinero antes de los 13 años	173
Gráfico 17.3 Respuestas al cuestionario Lie/bet por sexos entre los jugadores	174
Gráfico 17.4 N.º de respuestas afirmativas en el cuestionario Lie/bet	175
Fig. 1. Datos globales encuesta 2020-2021	181
PIRÁMIDE DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA ADOLESCENTES.....	191
DECÁLOGO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA	199



I. RESULTADOS ENCUESTA HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN 2020-2021

PRESENTACIÓN

Los hábitos y estilos de vida son factores esenciales para prevenir el desarrollo de enfermedades de alta prevalencia, y esto adquiere aún más relevancia cuando se trata de población adolescente. Por tanto, es necesario monitorizar dichos hábitos, seguir su tendencia y evolución, para poder poner en marcha estrategias preventivas, estableciendo un sistema de información epidemiológica.

Con este fin de recoger información sobre las variables que en la actualidad cuentan con un mayor consenso en el ámbito internacional especializado, la Consejería de Sanidad, a través del Servicio de Información de Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública y en colaboración con el Servicio de Calidad, Evaluación y Programas Educativos de la Dirección General de Innovación y Formación del Profesorado de la Consejería de Educación, ha realizado desde 2009 una serie de encuestas periódicas en la población de jóvenes escolarizados en 4.º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en centros públicos y privados de Castilla y León.

Aunque la periodicidad de realización de esta encuesta es bienal, la pandemia por SARS-CoV2 ha determinado que el intervalo haya sido de más de 3 años tras la realizada en el curso 2017-18, ya que la programada

para Marzo de 2020 tuvo que ser suspendida el mismo día en que se iniciaba debido al cierre de los centros escolares al comienzo de la pandemia.

Precisamente estas especiales circunstancias en que se ha desarrollado la vida de los adolescentes a partir de entonces pueden haber modificado algunos de los resultados de esta última edición respecto de las anteriores.

El trabajo de campo de esta edición 2020-2021 se llevó a cabo durante 5 semanas en los meses de mayo y junio de 2021, y en ella participaron 67 aulas correspondientes a 60 centros escolares, obteniéndose finalmente 1020 cuestionarios válidos, de los cuáles el 52,3% corresponden a alumnos de zonas básicas de salud urbanas-semiurbanas y el 47,7% a zonas rurales. El 55,6% de los participantes fueron chicas y el 44,4% chicos, ambos grupos con una media de edad de 16 años. En el primer capítulo (Descriptivo) se resume el análisis descriptivo de las características de la población de jóvenes que ha respondido a esos 1020 cuestionarios, es decir, son datos sin ajustar. En los capítulos siguientes, sin embargo, se presentan los resultados estimados para ese grupo de población de Castilla y León en base a las respuestas obtenidas.

Esta edición 2020-2021 de la encuesta de Hábitos y estilos de vida en la población joven de Castilla y León ha podido llevarse a cabo mediante la colaboración de

diferentes grupos de personas, sin cuya desinteresada participación no hubiese sido posible su realización. A todos ellos, padres/tutores, alumnos, docentes, sanitarios, informáticos, personal auxiliar, etc..., agradecerles

su contribución para mejorar la información sobre los hábitos de salud de nuestra población joven, punto de partida para posibles intervenciones que contribuyan a incrementar el nivel de bienestar de la misma.

I.A. RESUMEN DE RESULTADOS

1. DATOS GENERALES

A partir de las encuestas descargadas a través de la aplicación FORMA utilizada en esta edición 2020-2021, se han validado 1020 cuestionarios completos que han permitido realizar el análisis de datos.

Haciendo una estimación para ese grupo de población de Castilla y León, resultó que el 49,2% fueron chicas y el 50,8% chicos. Un 19,4 % estaban escolarizados en centros de medio rural y el 80,6% en centros de medio urbano-semiurbano (en adelante, urbano), y la media de edad fue de 16 años, siendo el mínimo de 15 y el máximo de 17 en medio urbano y 18 en medio rural.

El 94,3% de los estudiantes nacieron en España (96,5% chicos, 92% chicas; $p = 0,002$ y 95% medio urbano 91% medio rural; $p = 0,028$), al igual que el 90,2% de los padres y el 89,3% de las madres.

Son más los padres que trabajan, (92,2%, madres 78,1%) y las madres que se dedican a las tareas del hogar (14,9% frente al 0,3% de los padres). El desempleo es mayor en las madres (4,9% frente al 2,5%) y hay más padres pensionistas o jubilados (3,2% frente al 0,8%).

En cuanto a la formación universitaria es superior en las madres (47,5% frente al 36,9% de los padres) mientras que más padres tienen graduado escolar (25,2% frente al 19,4% de madres). Hay diferencias significativas

por ámbito geográfico, con mayor porcentaje de universitarios en medio urbano que en medio rural (49,9% de madres y el 41,1% de padres en medio urbano, en comparación con el 36,8% de madres ($p = 0,006$) y el 18,5% de padres del medio rural ($p < 0,001$) (Gráfico 1.3).

El número medio de personas con las que conviven los adolescentes es de 2,85 (DE = 0,89), siendo el rango de 1 a 8, sin diferencias significativas por sexos pero sí por ámbito, con una media superior en medio rural (urbano 2,81, rural 3,0; $p = 0,006$). La mayoría conviven con su madre (95,7%), su padre (87,4%) o sus hermanos (71,1%). El número de hermanos es de 0 a 7, siendo la media de un hermano. El 83,5% de los adolescentes pertenecen a familias biparentales, mientras que el 16,1% conviven sólo con el padre o la madre, y el 0,4% con ninguno de los dos, sin diferencias significativas por sexo ni ámbito tampoco en este caso.

Hay diferencias significativas por sexo en cuanto a la autopercepción de sus resultados académicos en comparación con los compañeros de clase, con más chicas que se autoclasifican en el grupo de clase que obtiene mejores notas (25,1% chicas, 14,5% chicos, $p < 0,001$). En cuanto al estado de salud autopercebido, son más los chicos que la consideran “muy buena” (38,5% en comparación con el 17,3% de las chicas) y más las chicas que la consideran “buena” (64,3%, chicos 54,0%) ($p < 0,001$) (Gráfico 1.5).

Hay más chicas que han sido diagnosticadas de alguna enfermedad (43% de las chicas y el 34% de los chicos, $p = 0,003$), con un aumento de 6,4 puntos porcentuales (pp) respecto a la edición anterior, siendo la más frecuente la alergia (25,7%), pero sólo hay diferencias significativas por sexos respecto a las migrañas o dolores de cabeza, que son más comunes en chicas (13,1% frente a 3,3%) ($p < 0,001$) y lo mismo ocurre con el grupo de "otras enfermedades" (14,2%-5,8%, $p < 0,001$).

Uno de los mayores incrementos respecto a la edición 2017-2018 ha tenido lugar en relación a la sintomatología padecida por los adolescentes en los 6 meses anteriores a la realización de la encuesta, y que posiblemente pueda relacionarse con el impacto psicológico de la pandemia por SARS-CoV2. Se ha observado un aumento de 18,3pp en los jóvenes que consideran que están bajos de ánimo (60,8%), de 15pp en los que presentan nerviosismo y 14,9pp irritabilidad. Cada uno de estos 2 últimos síntomas está presente en más de los dos tercios de los adolescentes de Castilla y León. También se ha incrementado en 10,7pp el número de los que presentan dificultades para dormir, que ya alcanza el 40%. Otros síntomas son: dolor de espalda (45,2%), dolor de cabeza (40,3%), dolor de estómago (32,3%) y sensación de mareo (26,1%). En todos los casos fueron las chicas quienes padecieron esta sintomatología en

mayor proporción y con mayor frecuencia ($p < 0,001$) (Gráfico 1.7), con muchos de estos síntomas presentes casi a diario (Gráfico 1.8).

Además, ha disminuido la valoración del nivel vital en que se encuentran, sobre todo las chicas de medio urbano y los chicos de medio rural. La media es de 6,93 (DE = 1,59) siendo por sexos más baja la de las chicas (chicos 7,22, chicas 6,64, $p < 0,001$), y la peor puntuación la de las chicas de medio urbano (media: 6,61). La mejor es la de los chicos de medio urbano (media: 7,25), mientras que los chicos y chicas de medio rural tienen puntuaciones intermedias (7,07 y 6,75 respectivamente) ($p < 0,001$) (Gráfico 1.9).

2. ACTIVIDAD FÍSICA

Los resultados apuntan a un aumento del sedentarismo, con un descenso en la realización de actividad física de 6pp, principalmente en las chicas, en que este descenso alcanza los 8,7pp. Ha disminuido en 2,5pp el porcentaje de chicos que realizan ejercicio físico todos los días, y en la misma proporción ha aumentado el de las chicas que lo hacen con esa frecuencia. Pero sigue habiendo diferencias estadísticamente significativas por sexos: el 22,3% de los chicos que realizan algún tipo de actividad física lo hacen 5-6 días a la semana, mientras

que el porcentaje de chicas con esta frecuencia es del 10%. ($p < 0,001$) (Gráfico 2.2A). Ha disminuido también el porcentaje de adolescentes que hacen ejercicio más de 2 horas al día, pero siguen siendo más chicos que chicas (21,5% y 11% respectivamente, $p < 0,001$) (Gráfico 2.2B).

En cuanto al tiempo que pasan frente a pantallas en días de diario, ha aumentado el porcentaje tanto de los que pasan más de una como de dos horas (siendo del 39,5% de las chicas, 31,1% chicos; $p = 0,004$) pero, por el contrario, ha disminuido el de los que emplean más de dos horas los festivos y fines de semana (66,8% y 63,3%, respectivamente) (Gráfico 2.3).

Respecto al desplazamiento al centro escolar, hay 7,8pp menos de adolescentes que utilizan medio de transporte (31,3%), mientras que han aumentado en 9pp los que emplean de 15 a 30 minutos al día en estos desplazamientos (32,4%) bien andando o en bicicleta, con diferencias significativas tanto por sexo como por ámbito geográfico, con más chicas que utilizan medio de transporte (33,9% frente al 28,8% de los chicos) y más chicos que emplean más de una hora al día en desplazarse al centro escolar ($p = 0,042$).

También se utiliza más el transporte para ir al centro escolar en medio rural (36,9%) que en medio urbano (30%) pero en medio rural hay un porcentaje mayor de jóvenes que tardan menos de 15 minutos diarios en desplazarse andando o en bicicleta al centro escolar (30,3% frente al 24,2%), mientras que en medio urbano hay más que invierten entre 15 y 30 minutos diarios en este desplazamiento (34,4% frente al 23,7% en medio rural) ($p = 0,025$) (Gráfico 2.4).

3. ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ALIMENTACIÓN

La estatura y el peso medio autorreferidos son significativamente mayores en los chicos: 175,09 cm (DE 7,21) y 65,49 Kg (DE 10,83) frente a 163,09 cm (DE 6,16) y 56,01 Kg (DE 8,46) en las chicas ($p < 0,001$). La media de IMC ha aumentado ligeramente en todos los jóvenes, principalmente en las chicas, siendo la media del IMC de 21,02 en chicas urbanas, 21,27 en chicas rurales, 21,17 en chicos urbanos y 21,89 en chicos rurales. En cuanto a las categorías de nivel de peso según la International Obesity Task Force (IOTF)¹ el 82,0% de

1. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2012 Aug;7(4):284-94. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x. Epub 2012 Jun 19. PMID: 22715120.

las chicas y el 72% de los chicos tienen un peso normal. Ha aumentado en 2,7pp el infrapeso en chicos (es del 9,4%), y en la misma medida ha disminuido en chicas (2,4pp, siendo del 7%), aumentando en ambos grupos el sobrepeso (4,1pp en chicos y 2,9pp en chicas) mientras que el porcentaje de adolescentes con obesidad se mantiene bastante estable. Son más los chicos que presentan sobrepeso y obesidad: 16,5% y 2% respectivamente frente al 9,6% y 1,4% de las chicas, ($p = 0,002$).

Ha aumentado el índice kappa de concordancia entre IMC (tanto IOTF como OMS) y la imagen corporal autopercebida, pasando de discreto (0,324) a moderado (0,436) en el caso del IOTF. El 69,2% de los chicos y el 72,3%

El 13,5% de los chicos considera su peso inferior al normal, mientras que sólo el 5,4% de las chicas se autclasifica en este grupo. Por otro lado, el 14,9% de los chicos y el 20,5% de las chicas consideran que su peso es algo mayor de lo normal y el 2,3% y el 1,8% respectivamente lo consideran bastante mayor de lo normal ($p < 0,001$) (Gráfico 3.2). La clasificación de la OMS detecta más sobrepeso y obesidad mientras que la escala de la IOTF detecta más infrapeso. Sin embargo el nivel de concordancia entre ambas es bueno, con un valor kappa de 0,748 ($p < 0,001$).

En cuanto a los hábitos de alimentación se ha observado una disminución de la frecuencia de desayuno

y almuerzo, principalmente los días de diario: desayuna un 80,6% (-7,6pp) y almuerza el 79,1%, (-7,9pp). También descienden, en menor medida, festivos y fines de semana (desayuna el 91%, 2,8pp menos y almuerza el 38,2%, 2pp menos). El porcentaje de adolescentes que meriendan los días de diario desciende respecto a la edición anterior en 3,8pp.

Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a desayunar los días de diario, con más chicas que no lo hacen (15,1%, 24%, $p < 0,001$) y lo mismo ocurre con los almuerzos los días festivos (un 65,5% de chicas y 58,1% de chicos no almuerza, $p = 0,015$). Igualmente, hay más chicas que no cenan, tanto a diario (chicos 1%, chicas 3,4%, $p = 0,008$) como los festivos (1,5%- 3,8% respectivamente, $p = 0,026$).

También hay diferencias significativas por sexos en cuanto al almuerzo los días de diario con respecto al lugar de realización, con más chicas que almuerzan fuera y más chicos en casa ($p < 0,001$) y lo mismo ocurre con las comidas los días festivos (el 4,8% de los chicos y el 8% de las chicas come fuera, $p = 0,044$).

Según el ámbito geográfico sólo se encuentran resultados significativos en cuanto al lugar de realización de la comida los días de diario, con más jóvenes de medio rural que comen fuera (0,1% urbano-1,5% rural, $p = 0,019$).

El número medio de comidas al día es de 4,28 (DE 0,85) los días de diario, y de 3,87 (DE 0,87) los días del fin de semana, con diferencias significativas por sexo los días de diario (media chicos = 4,34, DE = 0,80, chicas = 4,23, DE = 0,89, $p = 0,045$) pero no los festivos.

Los alimentos más consumidos son los lácteos (el 67,1% los consumió 5 o más veces los últimos 7 días) sobre todo los enteros (38,6%), seguidos de los semidesnatados (33,4%). El 2,8% de los estudiantes no toman lácteos, y el 15,3% alternan entre enteros / semidesnatados / desnatados. Hay diferencias estadísticamente significativas por sexos ($p < 0,001$), con más chicas que no toman lácteos (4,6% frente al 1,2% de chicos), principalmente chicas de medio rural (7,1%) y los chicos consumen más lácteos enteros (45,1% frente al 32% de las chicas) mientras que las chicas consumen más semidesnatados (36,2% frente a 30,6% los chicos) (Gráfico 4.2).

Otros alimentos como pan y cereales, fruta fresca y carne, se consumieron 5 o más veces en 7 días por el 58%, 34% y 26,8% respectivamente.

Ha disminuido, sin embargo el consumo de diferentes tipos de alimentos, con un descenso de 5,7pp (7,9pp en los jóvenes con sobrepeso/obesidad) en los snacks, que consumen más de la mitad de los adolescentes y sobre todo en el medio rural (55% urbano, 62,5% rural, $p = 0,028$) (Gráfico 4.3). También descendió en 10pp el

consumo de comida rápida, así como en 2,2pp el de refrescos azucarados, aunque más del 50% consumió ambos productos al menos 1 o 2 veces la última semana (consumo de refrescos 52,2% chicas, 68,3% chicos, $p < 0,001$). Más de la mitad tan solo han tomado 1-2 veces en la última semana huevo (54,2%) y pescado (54,1%).

También las legumbres y las verduras y hortalizas son consumidas con poca frecuencia: la mayoría de jóvenes (63,3%) han consumido legumbres en 1 o 2 ocasiones en la última semana, el 34,7% han consumido verduras en 1 o 2 ocasiones y el 37,7% en 3-4 ocasiones (Gráfico 4.4).

Hay diferencias significativas por sexos en cuanto al consumo de verduras y hortalizas ($p = 0,031$) con más chicos que no las han consumido (9,3% frente al 5,6% chicas) y más chicas que las han tomado en 5 o más ocasiones en los últimos 7 días (22,9% frente al 17,4% chicos). Los que menos verduras y hortalizas han consumido son los chicos de medio rural (13,9% no las consumen nunca) y las que más las chicas urbanas (23,7% 5 veces o más).

También se ha incrementado en 3,8pp el número de jóvenes que ha realizado dietas especiales o que han modificado su dieta; este aumento ha tenido lugar principalmente en las chicas (6,5pp frente a 1,5pp en chicos) y sobre todo para adelgazar (3,3pp

superior a la edición anterior). Pero también aumentaron 2,9pp y 1,1pp los chicos y chicas respectivamente que han modificado su alimentación con el fin de ganar peso.

Por otra parte, el 77,3% de los jóvenes señalan que ven la televisión mientras comen y/o cenan, el 32,3% siempre y un 45% a veces.

4. ASOCIACIÓN ENTRE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA

Los jóvenes que no realizan actividad física se saltan el desayuno (24%, $p = 0,019$) y la cena (3,5%, $p = 0,044$) con más frecuencia los días de diario. (Gráfico 7.5). También se observa una asociación estadísticamente significativa con otros hábitos poco saludables como un mayor consumo de snacks ($p = 0,016$), dulces/bollería ($p = 0,003$), refrescos con azúcar ($p = 0,001$) y comida rápida ($p = 0,006$). En cambio, los jóvenes que sí practican ejercicio consumen más fruta fresca ($p = 0,013$), verduras y hortalizas ($p = 0,044$), huevos ($p = 0,029$), pescado ($p = 0,001$, legumbres $p = 0,014$), leche y lácteos ($p = 0,003$), así como un mayor número de piezas de fruta diarias $p = 0,005$) (Gráfico 7.6).

Los adolescentes que emplean más tiempo frente a las pantallas los días de diario son los que más se saltan el desayuno, tanto días de diario como festivos: no

desayunan el 24,7% de los estudiantes que pasan más de 2 horas, el 18,9% de los que pasan 1-2 horas y el 11,8% de los que pasan menos de una hora ($p = 0,001$) (Gráfico 7.7), y el fin de semana no desayunan el 12,2%, 8,9% y 4,5% respectivamente ($p = 0,007$). Sin embargo, hay una relación inversa entre el tiempo que pasan frente a pantallas el fin de semana y la realización de la merienda también festivos/fines de semana: se saltan menos los que emplean más horas frente a pantallas ($p = 0,034$) (Gráfico 7,8). También se observa que los adolescentes que están menos de 1 hora frente a pantallas los festivos son los que más se saltan el desayuno los días de diario ($p = 0,014$).

En relación al tiempo de desplazamiento al centro escolar, se observa un mayor consumo de comida rápida y de bebidas vegetales y un menor porcentaje de consumidores de pasta, arroz y patatas en aquellos que emplean más de una hora al día en desplazarse al centro escolar andando o en bicicleta, pero no puede establecerse la significación.

5. DESCANSO

La media de horas de sueño es de 7,51 (DE = 1,3), algo menor en chicas (7,46) que en chicos (7,56). El 31,9% de los jóvenes refiere dormir 8 horas al día y

el 71,8% entre 7 y 9 horas. El 53,2% de los jóvenes se levanta con sensación de no haber descansado, siendo únicamente el 37,3% de las chicas y el 56% de los chicos los que tienen sensación de descanso nocturno ($p < 0,001$). Las chicas del medio urbano son las que en menor proporción (36,9%) descansan tras haber dormido, mientras que la mayoría de los chicos del medio rural (58,4%) se levantan con sensación de haber descansado ($p < 0,001$) (Gráfico 6.1).

Los estudiantes que no tienen sensación de descanso nocturno duermen de media 7,32 horas al día, mientras que aquéllos que sí se levantan descansados duermen una media de 7,73 horas al día ($p < 0,001$). Entre los jóvenes que refieren tener sensación de descanso nocturno la mayoría duermen 7 u 8 horas (65,3%), el 14,2% 5 o 6 horas y el 20,5% entre 9 y 12 horas ($p < 0,001$). (Gráfico 6.2).

Se observa una relación entre hábitos de descanso y alimentación: se saltan con mayor frecuencia el desayuno (días de diario 24,2% y festivos 11,8%) los jóvenes que no descansan por la noche frente a los que sí lo hacen (14% y 5,9% respectivamente). También descansan menos los jóvenes que han modificado su dieta por motivos de enfermedad o para adelgazar (71,4% y 64,7% no descansan) que los que no lo han hecho o ha sido por otros motivos.

Los días de diario descansan menos cuanto más tiempo pasan frente a pantallas (no descansa el 62,4% de los que pasan más de dos horas diarias, el 51,5% de los que pasan más de una hora y el 41,6% de los que pasan menos de una hora) mientras que los festivos o fines de semana los que más descansan son los que pasan entre 1 y dos horas (54,6%).

6. CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

En general, respecto a la edición anterior se ha observado una disminución del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas. También hay una ligera tendencia a consumir estas sustancias solo los fines de semana, especialmente tabaco y alcohol, y se ha elevado la edad de inicio de consumo de ambas (en el caso del tabaco de 13,9 a 14,4 años y de 14 a 14,3 años en el del alcohol y sobre todo en medio rural que pasa de 13,7 a 14,2 años).

A. TABACO

Ha disminuido 1,7pp el número de adolescentes fumadores y es 2,2pp mayor el de los que no han fumado nunca. Hay diferencias significativas por sexo (84,2% chicos, 73,9% chicas no han fumado nunca; $p = 0,002$)

y por ámbito (81,7% medio urbano, 69,5% medio rural, $p = 0,002$). Entre los fumadores, un 4% lo hacen con permiso de sus padres, 4pp menos que en la edición anterior. También ha descendido en 1,8pp el número de jóvenes que han fumado más de 100 cigarrillos en su vida, siendo del 54,9% de los fumadores/exfumadores.

Aunque fuman más chicas, éstas consumen un menor número de cigarrillos/día. Casi la mitad (47,3%) de los fumadores actuales consume entre 2 y 5 cigarrillos/día (44,9% chicos-47,9% chicas), y el 36,2% un cigarrillo o caladas sueltas (32,7% chicos-38,3% chicas). El 18,4% de los chicos fuman de 6 a 10 cigarrillos en comparación con el 10,6% de las chicas, y el 3,2% de las chicas y 4,1% de los chicos fuman 11 o más cigarrillos sin poder establecerse diferencias estadísticamente significativas, y tampoco por ámbito geográfico, aunque fuman más los jóvenes de medio rural que los del urbano. Un 25% de los chicos rurales consume más de 6 cigarrillos diarios, frente al 17,2% de los chicos urbanos y el 16,7% y 14,3% de chicas rurales y urbanas respectivamente. (Gráfico 8.1.2).

Hay un 70,8% de hogares libres de humo, con menos padres y sobre todo madres fumadoras, aunque el 19,8% de los padres y el 15,9% de las madres fuman de forma habitual. El 10,8% de los jóvenes están expuestos al tabaquismo pasivo en casa y el 11,7% fuera de casa los días de diario, principalmente las chicas

($p = 0,031$). Los fines de semana los adolescentes están más expuestos al tabaquismo pasivo, principalmente fuera de casa (31,2%, 14,9% en casa), con diferencias significativas por sexo y también por ámbito en cuanto al porcentaje de jóvenes expuestos fuera de casa, más las chicas, ($p = 0,001$) y más en medio rural ($p = 0,006$) (Gráficos 8.1.3 y 8.1.4).

B. ALCOHOL

Aunque ha disminuido el porcentaje de adolescentes que consume alcohol, sobre todo chicas (2,4pp menos, 4,4pp chicas, 0,3pp chicos) respecto a la edición anterior, aumentó en 7,8pp el de los que lo han consumido el mes previo a la realización de la encuesta, principalmente chicos (aumento de 7,8pp frente a 5,5pp en las chicas). El aumento de jóvenes que no consumen alcohol es mayor en medio rural (5,7pp) que en urbano (1,6pp), mientras que el de los que beben sólo el fin de semana es mayor en medio urbano (aumento de 9pp) que en rural (aumento de 4,2pp).

Hay diferencias significativas por sexo ($p = 0,001$) y por ámbito ($p = 0,006$) en el patrón de consumo de alcohol: el 39,3% de los jóvenes no consume alcohol (42,1% de los chicos, 36,5% chicas; y el 30,4% rara vez (32,2% chicos, 28,5% chicas). Un 26% solo consume los

fines de semana (21,2% chicos, 31,1% chicas) y el 3,7% alguna vez entre semana. Un 0,5% declara consumir alcohol a diario. Hay más jóvenes que no consumen alcohol o lo hacen rara vez en medio urbano (41,2%-31% y 31,3%-27,8 rural) (Gráfico 8.2.1).

La mitad de los jóvenes (50,1%) responde haber consumido alcohol el último mes, principalmente las chicas (51,8% frente al 48,5% de los chicos), pero sin que la diferencia por sexos sea significativa. Sí lo es, sin embargo, por ámbito, con un mayor consumo en medio rural (59,6% frente al 47,9% urbano, $p = 0,003$), siendo los chicos de medio rural los que más consumieron alcohol los últimos 30 días (61,4%) y los chicos de medio urbano los que menos lo hicieron (45,4%).

Entre los que consumen bebidas alcohólicas los días de diario, las más consumidas son la cerveza (66,5%), el vino y el calimocho (26,4% en ambos casos). Hay diferencias significativas por sexos respecto al consumo de cerveza los días de diario, mayor por parte de los chicos (80%, 53,6% chicas, $p = 0,001$), y de sidra, mayor también en los chicos (15,6 frente al 2,9% en las chicas, $p = 0,010$).

El 17,4% de los adolescentes que consumen alcohol no lo hace el fin de semana, pero entre aquellos que sí lo hacen, el tipo de bebida más consumida son los combinados (52%), seguidos de la cerveza (48,6%) y el vino y calimocho (27,5% en ambos casos).

El 30% de los adolescentes que consumen alcohol ha consumido en alguna ocasión 6 o más unidades de alcohol en el mismo día durante el último mes, incluso el 14,4% lo ha hecho en más de una ocasión. Este hecho es más común entre los jóvenes del medio rural que el urbano (29,7% de medio urbano frente al 44,8% de medio rural, y el 12,4% y el 21,3% respectivamente, lo han hecho en más una ocasión ($p < 0,003$). Los que más abusan del alcohol son los chicos de medio rural, pues casi la mitad de ellos (47,8%) han consumido al menos 6 unidades de alcohol en el mismo día más de una vez en el último mes ($p = 0,026$) (Gráfico 8.2.2).

Entre los jóvenes que consumen bebidas alcohólicas, el 25,5% se han emborrachado al menos una vez en el último mes, siendo las chicas de zona rural las que lo han hecho en mayor proporción (31,8%) y los chicos del medio urbano los que menos (23,4%) (Gráfico 8.2.3). El 0,9% de los adolescentes que consumen bebidas con alcohol necesitó asistencia sanitaria en el último mes por haber bebido en exceso.

C. OTRAS SUSTANCIAS

También ha disminuido en 1,3pp entre los adolescentes el consumo de otras sustancias tóxicas diferentes de alcohol y tabaco en el mes anterior a la realización

de la encuesta, consumiéndolas un 7,2% de los adolescentes. La más consumida de ellas el hachís (96,3%), seguida de los tranquilizantes (7,7%), cuyo consumo ha aumentado 2pp entre los que toman algún tipo de sustancia psicoactiva. En el tercer lugar el speed/anfetaminas (3,5%) ha sustituido a la cocaína que ocupaba esta posición en la edición anterior. Respecto a este último, el consumo es exclusivo del medio rural y mayor entre los chicos que en las chicas (18,2%-12,5% respectivamente), al contrario de lo que ocurre con los tranquilizantes/somníferos sin receta, cuyo consumo es muy superior entre las chicas (15,6%, chicos 2,4%) y también algo superior en medio rural que en urbano.

7. RELACIONES SEXUALES COMPLETAS (RSC)

El 20% de los adolescentes refieren haber tenido alguna vez RSC, en mayor proporción los de ámbito rural (27,3%) que urbano (18,4%) ($p < 0,005$). La edad media de la primera RSC es de 14,5 años (mediana 15 años), menor en las chicas (14,38) que en los chicos (14,74).

El 72,1% dice utilizar anticonceptivos, pero ha disminuido 16pp el uso de preservativo (lo usa el 67,2%) mientras que ha aumentado el de anticonceptivos orales en 3,8pp (lo usa el 10,8%). También hay un incremento global de 9,9pp en la utilización de la píldora del

día después (PDD) en los últimos 12 meses, debida al aumento de 15pp en medio urbano, disminuyendo sin embargo 2,8pp en medio rural, y siendo esta última edición la única en la que el consumo de PDD es mayor en jóvenes de medio urbano. La utiliza el 26,5% de los adolescentes que han mantenido RSC (33,9% de chicas y 17,4% de chicos; $p = 0,008$), y, entre los que la han utilizado, el 29,3% lo hizo dos o más veces.

La mayor parte de los adolescentes que ha mantenido RSC refiere haber tenido una pareja en los últimos 30 días (53,8% de los chicos y 55,9% de las chicas) y un 15,1% de los chicos y el 14,3% de las chicas tuvieron dos o más parejas en ese periodo, mientras que en los chicos es más frecuente no haber tenido ninguna pareja en los últimos 30 días (31,2%, frente al 30,6% en chicas). (Gráfico 9.1).

8. ACCIDENTABILIDAD

La accidentabilidad no tráfico en los últimos 12 meses ha disminuido en 5,3pp respecto a la edición anterior (es del 16,1%) siendo los chicos de zona urbana los que los han sufrido en mayor proporción (20,9%) y las chicas de zona rural las que menos (11,3%) ($p = 0,003$). Estos accidentes y lesiones ocurrieron principalmente en centros deportivos (31,8%), sobre todo en los chicos

(38,1% de los accidentes), seguidos de los accidentes en la calle (26,4%), siendo éstos más frecuentes en chicas (34,4%) (Gráfico 10.1). Estas diferencias por sexos en cuanto al lugar en que se produjo el accidente son estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Respecto a los accidentes de tráfico que precisaron tratamiento médico, el 1% de los jóvenes ha sufrido alguno en los últimos 12 meses, la mayoría yendo en coche (44,4%), seguidos de bicicleta, patines, skate... (33,3%) (Gráfico 10.2). Han disminuido 32pp los accidentes como peatón (suponen el 11%) y ninguno de los jóvenes sufrió accidentes yendo en autobús, que sin embargo suponían el 9% de los accidentes de tráfico en la edición anterior.

Un 92% utilizan siempre el cinturón cuando van en el asiento del copiloto y el 83,9% en el asiento trase-ro, en ambos casos más las chicas: casi todas usan siempre/la mayoría de las veces el delantero (99,6% frente al 96,1% de los chicos, $p < 0,001$) y el 95,8% utiliza siempre/la mayoría de las veces el trasero, frente al 92,5% de los chicos, $p = 0,023$).

El 28,8% de los jóvenes monta en moto (33,7% de los chicos de medio rural) y el 82,8% indica que utilizan el casco siempre y el 6,4% nunca. Son muchos más los que utilizan la bici, (82,3%) sobre todo los chicos, tanto de medio rural (91%) como urbano (88,2%), y son las chicas de medio rural las que menos lo hacen (74,5%)

($p < 0,001$). Sin embargo, los jóvenes utilizan el casco con menor frecuencia al ir en bicicleta que en moto (Gráfico 10.3): sólo el 18,3% de los chicos y el 14,2% de las chicas lo utiliza siempre (18,1% de los adolescentes del medio urbano y el 9,8% de los de zona rural). Además el 42,4% de los adolescentes indican que no utilizan el casco nunca en bici, (49,7% de medio rural, frente al 40,6% de medio urbano ($p = 0,029$) (Gráfico 10. 4).

El 10,5% de los adolescentes viajó en un vehículo en los últimos 30 días sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas, sobre todo jóvenes de medio rural (14,6% frente al 9,6% urbano) ($p = 0,039$).

9. HIGIENE BUCODENTAL

El 83,9% de los adolescentes se lava los dientes más de una vez al día, pero el 2,8% no se los lava nunca o menos de una vez al día. El 3,2% no se los lava por la noche antes de acostarse y el 17% solo lo hace algunas veces. Las chicas son las que tienen una mayor higiene dental, sobre todo las de medio rural: el 91,8% se lavan los dientes más de una vez al día y el 82,5% siempre antes de acostarse; en cambio, los chicos del medio rural son los que peor higiene dental tienen: el 5% no se lava los dientes nunca o menos de una vez al día y solo el 76,8% antes de acostarse (Gráficos 11.1 y 11.2).

En cuanto a las visitas al dentista en los últimos 12 meses (excluidas las visitas de seguimiento o revisión de aparato dental), el 34,4% no realizó ninguna en ese período, mientras que el 15% lo hicieron más de 5 veces. El 21,8% y el 16% fueron 1 y 2 veces respectivamente. Hay más chicos que no fueron al dentista en el último año o lo hicieron sólo una vez, y más chicas que fueron en más de 5 ocasiones ($p = 0,001$) (Gráfico 11.3).

10. RELACIONES CON LA FAMILIA

Al comparar la relación de los jóvenes con sus padres, madres y las parejas de ambos (en el caso de que los progenitores estén separados), la persona con la que les resulta más sencillo hablar es con su madre (al 64,5% le resulta fácil/muy fácil), sobre todo a las chicas (67,9%, 61,3% chicos; $p = 0,034$), seguido del padre (45,9% fácil/muy fácil), principalmente a los chicos (50,3% frente a 41,5% chicas, $p = 0,013$). Sin embargo a más de la mitad de los adolescentes les resulta difícil o muy difícil hablar tanto con la pareja del padre como con la de la madre.

El 87,1% de los jóvenes están totalmente o muy de acuerdo en que su familia realmente intenta ayudarles, el 75,9% en que reciben de ella el apoyo emocional que necesitan, el 85,8% en que está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones, y el 63% en que pueden hablar

de sus problemas con su familia. En todos estos casos hay diferencias significativas por sexo, con más chicos que chicas totalmente o muy de acuerdo (Gráfico 12.3).

11. RELACIONES SOCIALES

El 91% de los adolescentes afirma que sale con otras personas para distraerse. El 84,7% está totalmente o muy de acuerdo en que sus amigos realmente tratan de ayudarles, mientras que el 2,5% de los chicos y el 3,4% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo.

De igual manera, la mayoría de los jóvenes (84,9%) están totalmente o muy de acuerdo en que pueden contar con sus amigos cuando las cosas les van mal, el 89,2% en que tiene amigos con los que compartir emociones, y el 85,3% en que pueden hablar de sus problemas con ellos (Gráfico 13.1). En todos los casos es algo mayor el porcentaje de chicos que está de acuerdo con estas opiniones.

12. USO DE INTERNET Y TELÉFONO MÓVIL

El 98,5% de los adolescentes disponen de smartphone, con más chicas que usan internet en el móvil casi constantemente (40,1% de los chicos y 49,7% de las chicas) y chicos que lo hacen varias veces al día (55,8% de los chicos y 47,5% de las chicas) ($p = 0,020$) (Gráfico 14.1).

El 34,9% apaga siempre el móvil en lugares no permitidos, pero es más común que no lo apaguen nunca al dormir (57,3%) y en clase (46,9%) (Gráfico 14.2). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a apagado del móvil en clase, al estudiar y en lugares no permitidos ($p = 0,027$, $p = 0,001$ y $p < 0,001$ respectivamente), con más chicos que no lo apagan nunca, mientras que hay más jóvenes de medio urbano que lo apagan siempre al dormir (26,2% frente al 16,5% rural) ($p = 0,006$).

En los 30 días antes de la encuesta, casi todos los jóvenes (99,1%) utilizaron las redes sociales (Whatsapp, Facebook...), y el 91,5% usaron el e-mail, más en medio urbano que rural (92,7% frente a 86,9%, $p = 0,008$). En ese mismo período, el 97,7% de los participantes ha escuchado o descargado música, series, películas, etc... a través de internet y el 50,7% participó en juegos de realidad virtual, el 42,5% en juegos de habilidad y el 36,6% visitó páginas para adultos con diferencias significativas por sexo en los tres casos ($p < 0,001$), siendo los chicos los que más contestan afirmativamente (Gráfico 14.3).

En cuanto a la interacción con desconocidos los dos últimos meses a través de internet, el 40,6% de los adolescentes intercambió mensajes (el 13,1% varias veces a la semana, el 20,5% en 1 o 2 ocasiones), el 54,7% de los jóvenes recibió llamadas (el 15,1% varias veces

a la semana y el 26,4% en 1 o 2 ocasiones, con diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p = 0,009$), siendo más frecuente en chicos) y el 22,7% recibió mensajes o imágenes de contenido sexual (el 14,9% los han recibido 1 ó 2 veces y el 2,0% varias veces a la semana). También el 4,2% ha enviado a desconocidos imágenes propias en postura sexy o provocativa durante ese período, la mayoría solo en 1 o 2 ocasiones (Gráfico 14.4).

El 48% de los padres o tutores ayudan a los jóvenes si algo les molesta en internet y el 50% sugieren modos de uso seguro. También el 28,6% establecen normas y limitaciones en el uso de la red pero muy pocos utilizan programas de control parental: el 3,8% para bloquear o filtrar contenidos, el 3,60% para conocer en qué páginas navegan y las aplicaciones que utilizan y el 9,6% para conocer la ubicación del adolescente (Gráficos 14.5 y 14.6).

13. ACOSO ESCOLAR

El 5% de los adolescentes sufrió maltrato escolar en los dos meses previos a la realización de la encuesta (el 0,6% varias veces a la semana) y el 6,7% de los jóvenes participó en algún episodio de maltrato a otro compañero en ese período (Gráfico 15.1), sin diferencias significativas por sexo o ámbito geográfico en ninguno de

los dos casos, pero sí las hay respecto al tipo de maltrato recibido: son las chicas las que más frecuentemente sufren insultos (25,9% frente a 15,3% chicos, $p < 0,001$) y aislamiento (8,3% chicos, 20,5% chicas, $p < 0,001$), así como mentiras o cotilleos inventados (15,1%-31,9%, $p < 0,001$) y maltrato en internet (0,8%-3,4%, $p = 0,003$) por parte de sus compañeros. En cuanto al maltrato físico, es más frecuente en el medio rural que en el urbano (1,7%-4,0%, $p = 0,042$), así como la publicación de fotos inapropiadas sin permiso, que es el doble en medio rural que urbano (3,3%-6,6%, $p = 0,033$).

Sólo 1 de los adolescentes encuestados (0,1%) refiere haber sufrido todos los tipos de acoso descritos en el cuestionario en alguna ocasión durante los últimos dos meses. De los jóvenes que sufrieron maltrato, el 18,3% ha participado en maltrato a otros compañeros, y el 13,6% de los jóvenes que han participado en acoso a otros compañeros ha sido víctima del mismo. Algunos adolescentes no identifican el maltrato con determinados comportamientos, ya que hay una mayor proporción de jóvenes que reconocen sufrir insultos y burlas, aislamiento, mentiras y cotilleos inventados, bromas y comentarios de contenido sexual y publicación de fotos inapropiadas tomadas sin permiso, que aquéllos que reconocen haber sufrido maltrato (Gráfico 15.1). Por ello, los datos presentados sobre cada tipo de maltrato

hacen referencia al total de jóvenes, no al total de los que se autoperciben como maltratados.

14. VIDEOJUEGOS

En esta edición se ha preguntado sobre el uso de videojuegos por primera vez. Algo menos del 40% de los adolescentes jugaron a juegos de rol (32,3%), de deportes (39,9%) y de violencia, drogas y/o sexo (38,5%), y casi el 60% a otro tipo de videojuegos (59,2%), siendo los chicos los que más los utilizan ($p < 0,001$ en todos los casos) (Gráfico 16.1). No hay diferencias por ámbito, excepto en el caso de “otros juegos” (Urbano 60,8%, rural 53%, $p = 0,046$) aunque en todos los tipos de juego es superior la utilización en medio urbano que rural.

15. JUEGO CON DINERO

También se ha preguntado por primera vez acerca del juego/apuestas con dinero, tanto en internet (webs o aplicaciones de apuestas, etc...) como de forma presencial en locales especializados o terminales de apuestas de establecimientos hosteleros. El 90,7% no ha jugado nunca con dinero en internet, y el 88,4% no lo ha hecho nunca de forma presencial. Sin embargo, el 3,5% dice haber jugado con dinero en internet en los 30

días anteriores a la realización de la encuesta, y el 5% de forma presencial en este mismo período. Un 1,5% lo había hecho en ambas modalidades el último mes. Tanto online como presencial y de ambas formas son más los chicos que jugaron ($p < 0,001$; $p = 0,020$ y $p < 0,001$ respectivamente) (Gráfico 17.1).

Casi la mitad de los que alguna vez han jugado dinero en internet comenzó antes de los 13 años, (48%, 4,2% del total de encuestados), así como el 36,3% de los que lo hicieron de forma presencial. Son más las chicas que los chicos que empezaron a jugar antes de los 13

años en internet (68,4% frente al 41,3%; $p = 0,035$) y más los chicos que comenzaron antes de esa edad de forma presencial (38,8% frente al 30,8%). Hay más adolescentes de medio urbano que comenzaron a jugar antes de los 13 años (40,9% frente al 16,7% rural, $p = 0,028$).

Un 1,2% de los participantes (7,1% de los jugadores) contestó afirmativamente a las dos preguntas del cuestionario Lie Bet para valorar el juego patológico. Un 15,3% de los jóvenes que han jugado alguna vez ha necesitado apostar más y más dinero, y un 19,3% ha mentado a gente importante para él respecto a cuánto juega.



I.B. DESCRIPTIVO

A partir de las encuestas descargadas a través de la aplicación FORMA utilizada en esta edición 2020-2021, se han validado 1020 cuestionarios completos que han permitido realizar el análisis de datos.

A continuación se resume el análisis descriptivo de las características de la población de jóvenes correspondiente a esos cuestionarios válidos. Por tanto, estos datos se presentan sin ajustar.

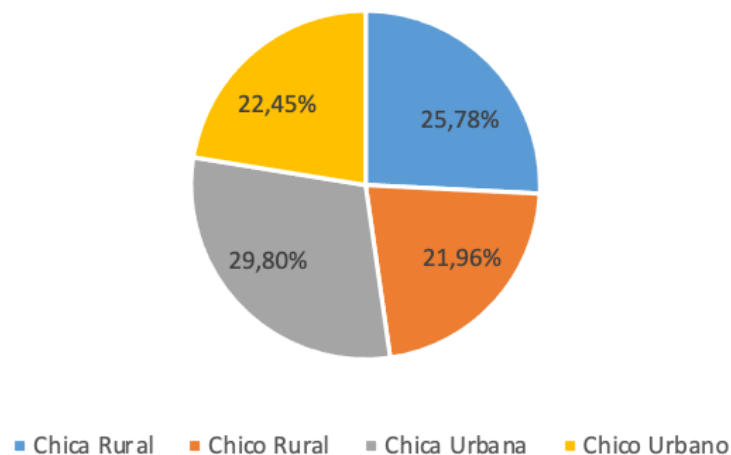
De ese total de 1020 estudiantes un 47,7 % estaban escolarizados en centros de medio rural y el 52,3% en centros de medio urbano-semiurbano (en adelante, urbano). El ámbito geográfico se determinó como rural o urbano, tomando como referencia la Zona Básica de Salud a la cual corresponde el centro escolar. El 55,6% fueron chicas y el 44,4% chicos.

Teniendo en cuenta el sexo y el ámbito geográfico, el subgrupo con mayor proporción de participantes fue el de chicas del medio urbano con un 29,80%, seguido de las chicas del medio rural (25,78%) y los chicos del medio urbano (22,45%) (Tabla 0.1 y Gráfico 0.1).

Tabla 0.1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico

Sexo	Ámbito geográfico					
	Rural		Urbano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Chica	263	25,78	229	29,80	567	55,59
Chico	224	21,96	304	22,45	453	44,41
Total	487	47,75	533	52,25	1020	100,0

Gráfico 0.1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico



La edad media de los jóvenes fue de 16 años, siendo muy similar en chicos y chicas, pero con diferencias estadísticamente significativas por ámbito, siendo algo mayor en el medio rural (16,16 frente a 16,01, $p < 0,001$).

(Tablas 0.2-0.4). El mínimo es de 15 años y el máximo de 18 tanto en chicos, chicas y en medio rural, y de 15 a 17 en el grupo de medio urbano.

Tabla 0.2. Media de edad de participantes, por sexo y ámbito geográfico

		Edad		
		n	media	DE
Sexo	Chico	453	16,12	0,53
	Chica	567	16,06	0,48
Ámbito geográfico	Rural	487	16,16	0,59
	Urbano	533	16,01	0,40
Total		1020	16,08	0,50

Tabla 0.3. Distribución de participantes por edad y ámbito geográfico

Edad	Ámbito geográfico					
	Rural		Urbano		Total	
	n	%	n	%	n	%
15	213	43,7	274	51,4	487	47,7
16	226	46,4	241	45,2	467	45,8
17	40	8,2	18	3,4	58	5,7
≥18	8	1,6	0	0	8	0,8
Total	487	100,0	533	100,0	1020	100

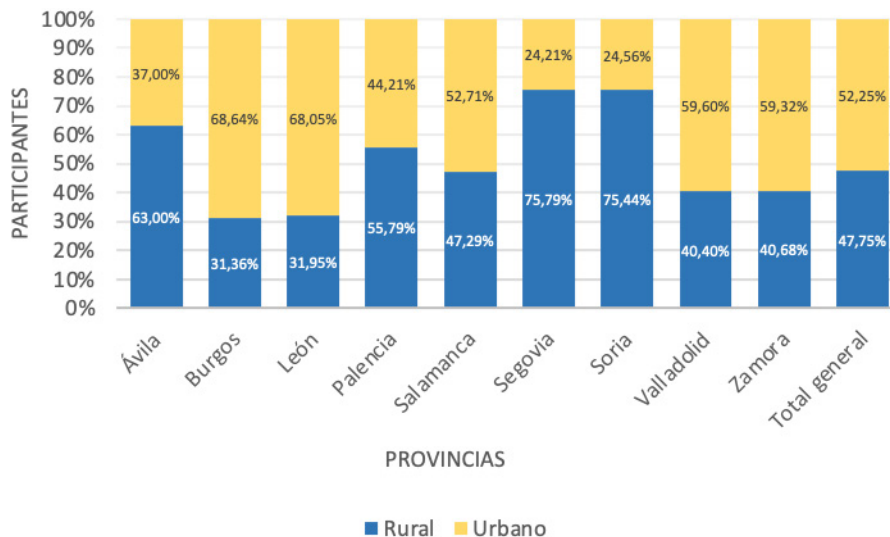
Tabla 0.4. Distribución de participantes por edad y sexo

Edad	Sexo					
	Chica		Chico		Total	
	n	%	n	%	n	%
15	280	49,4	207	45,7	487	47,7
16	257	45,3	210	46,4	467	45,8
17	26	4,6	32	7,1	58	5,7
≥18	4	0,7	4	0,9	8	0,8
Total	567	100	453	100	1020	100

Por otra parte, según el ámbito geográfico al que pertenecen y la provincia de procedencia, el porcentaje de jóvenes participantes de zona rural fue mayor que los de zona urbana/semiurbana en Ávila, Palencia, Segovia y

Soria. En cambio, en Burgos, León, Salamanca, Valladolid y Zamora un mayor porcentaje de participantes pertenecían al ámbito urbano/semiurbano (Gráfico 0.2).

Gráfico 0.2. Distribución de participantes por provincia y ámbito geográfico





I.C. ESTIMACIONES PARA CASTILLA Y LEÓN

1. Datos generales

En el primer bloque de preguntas de la encuesta, se recogen las características sociodemográficas, incluyendo sexo, edad, país de nacimiento del participante y de los padres, situación laboral y nivel de estudios de éstos, información sobre los convivientes, número de hermanos, autopercepción de resultados académicos y de salud, enfermedades diagnosticadas y síntomas padecidos durante los últimos 6 meses.

Ajustando los resultados para ese grupo de población de Castilla y León, resulta que 50,8% de los estudiantes son chicos mientras que el 49,2% son chicas. El 80,6% viven en medio urbano/semiurbano (en adelante: medio urbano) y el 19,4% residen en el medio rural.

La edad media es de 16 años (DE: 0,45), siendo el mínimo de 15 y el máximo de 18 años en ambos sexos. El 95,3% de los jóvenes tienen 15 o 16 años. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a media de edad por sexo pero sí por ámbito, siendo superior la media de edad en el medio rural (16,17 (DE = 0,59) frente a 16,01 (DE = 0,40) en el medio urbano, $p < 0,001$).

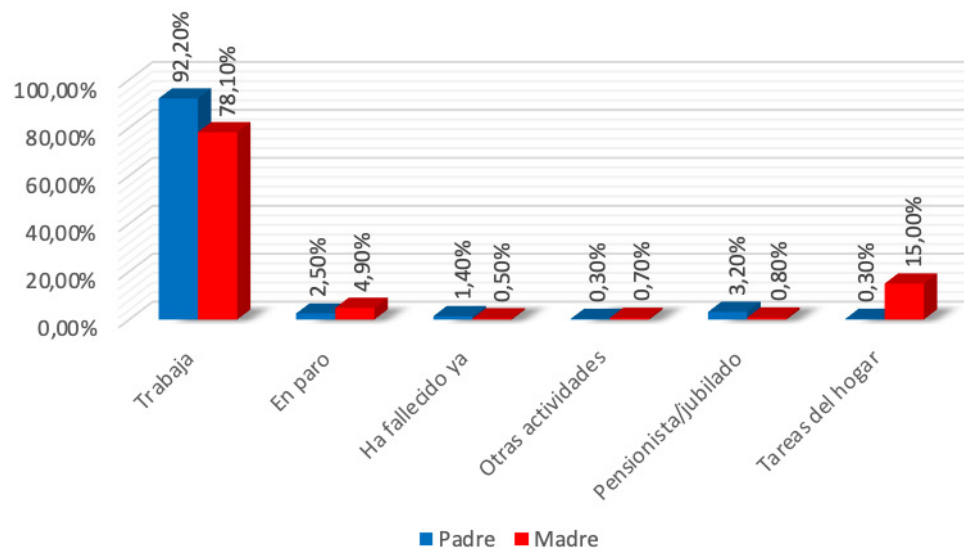
En cuanto al país de nacimiento, el 94,3% de los estudiantes nacieron en España, al igual que el 90,2% de los padres y el 89,3% de las madres. Hay más chicos

que chicas nacidos en España (96,5%-92%; $p = 0,002$) y en medio urbano más que en medio rural (95%-91%; $p = 0,028$). También hay diferencias por sexo en cuanto al país de nacimiento del padre y por ámbito respecto al de la madre, con más chicas de padre nacido en un país extranjero (12% frente a 7,6% de los chicos; $p = 0,017$) y más madres nacidas fuera de España en medio rural (9,6% urbano, 15,1% rural, $p = 0,026$).

Respecto a la situación laboral de los progenitores, el 92,2% de los padres trabaja en comparación con el 78,1% de las madres. En ambos casos, el porcentaje de los que trabajan es ligeramente superior en el medio urbano que en el rural, tanto en el caso del padre (92,5% frente al 91,2%) como en el de la madre, donde esta diferencia es algo mayor (79,0%, 74,7%) aunque sin llegar a ser significativa.

Por otra parte, el 15% (14,6% medio urbano-16,2% medio rural) de las madres se dedican a las tareas del hogar en contraposición con el 0,3% (0,2% medio urbano-0,5% medio rural) de los padres. El 2,5% de los padres están desempleados y el 3,2% son pensionistas o están jubilados a diferencia de las madres con el 4,9% y el 0,8% respectivamente (Gráfico 1.1).

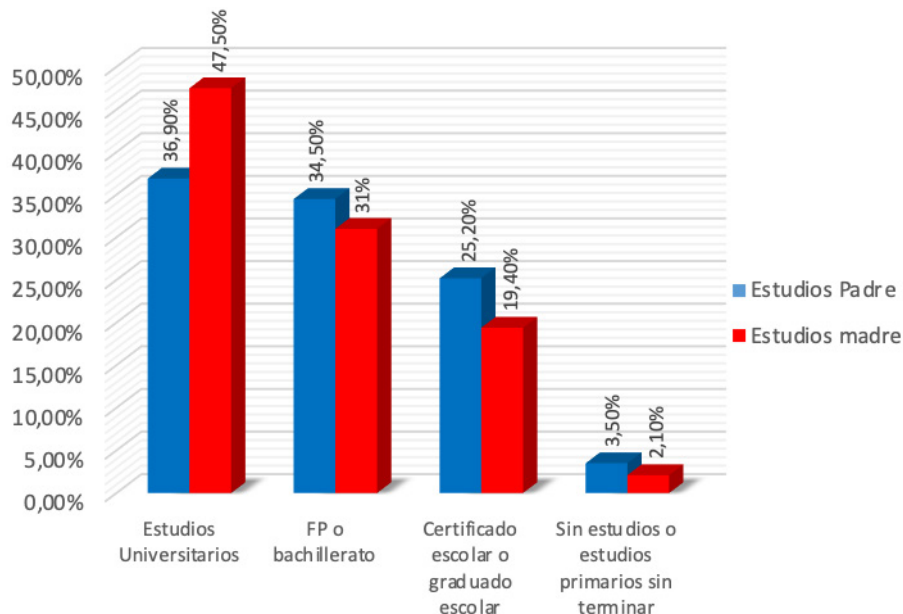
Gráfico 1.1. Situación laboral de los progenitores



En cuanto al máximo nivel de estudios completado por los progenitores, la mayor diferencia la encontramos respecto a los estudios universitarios: las madres han recibido formación académica universitaria en mayor proporción que los padres (47,5% y 36,9% respectivamente). Por otro lado, el 25,2% de los padres han

alcanzado el graduado escolar mientras que el 19,4% de madres lo han hecho. Hay menor diferencia entre la proporción de padres y madres que tienen estudios de FP o Bachillerato (34,5% y 31% respectivamente), y entre aquellos sin estudios o con estudios primarios sin finalizar (padres: 3,5%; madres: 2,1%) (Gráfico 1.2).

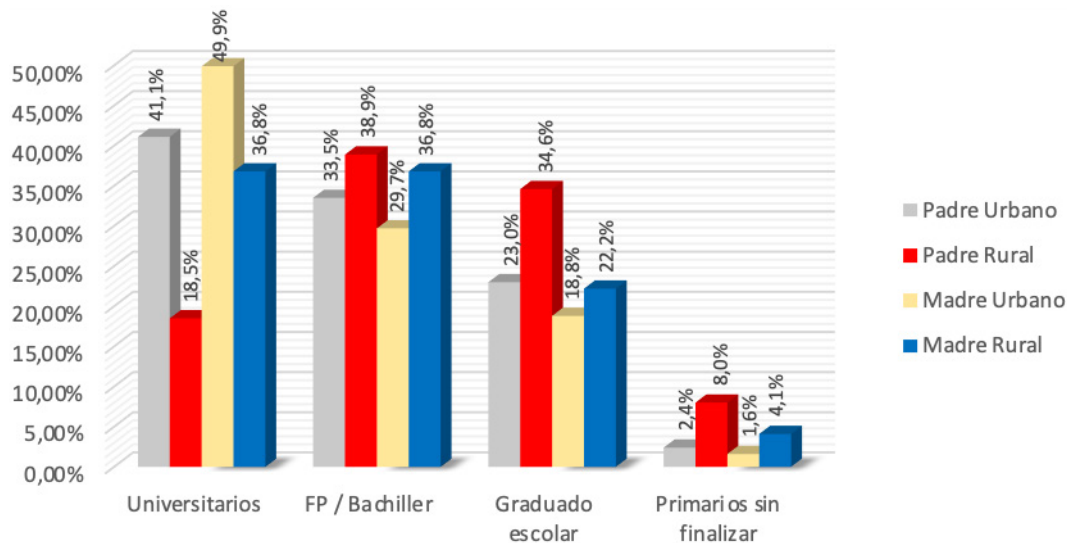
Gráfico 1.2. Máximo nivel de estudios completado por los progenitores



El nivel de estudios de los progenitores del medio urbano es superior al de aquéllos del medio rural: el 49,9% de madres y el 41,1% de padres tienen estudios

universitarios, en comparación con el 36,8% de madres (p = 0,006) y el 18,5% de padres del medio rural (p < 0,001) (Gráfico 1.3).

Gráfico 1.3. Mayor nivel de estudios completado por los progenitores según ámbito



El número medio de personas con las que conviven es de 2,85 (DE = 0,89), siendo el rango de 1 a 8, sin diferencias significativas por sexos pero sí por ámbito, con una media superior en medio rural (urbano 2,81, rural 3,0; $p = 0,006$). La mayoría de los jóvenes conviven con su madre (95,7%), su padre (87,4%) o sus hermanos (71,1%). Además, el 4,8% de estudiantes conviven con otros familiares, el 1,5% con otras personas y el 1,3% de los participantes ha marcado la opción de convivencia con pareja, pero revisando otros apartados de la encuesta parece que en todos los casos podrían referirse a la convivencia con la pareja de alguno o de ambos progenitores. El número de hermanos es de 0 a 7, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico, siendo la media de un hermano en todas las categorías. El 83,5% de los adolescentes pertenecen a familias biparentales, mientras que el 16,1% conviven sólo con el padre o la madre, y el 0,4% con ninguno de los dos, sin diferencias significativas por sexo ni ámbito tampoco en este caso.

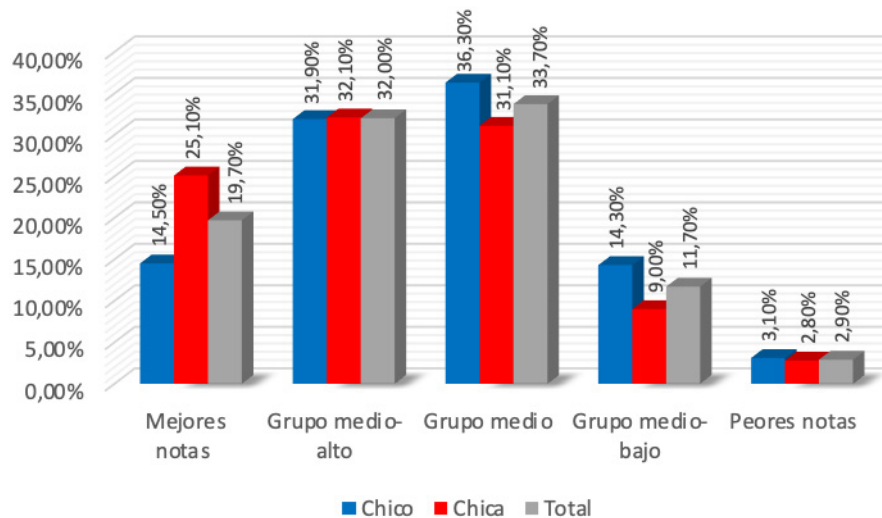
En cuanto a la autopercepción de sus resultados académicos en comparación con los compañeros de

clase, el 19,7% de los estudiantes manifiesta encontrarse en el grupo de la clase que obtiene mejores notas y el 32% en el grupo medio-alto. El 33,7% se sitúa en el grupo medio, el 11,7% en el medio-bajo y el 2,9% en el grupo de peores notas.

Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p < 0,001$), con un 25,1% de chicas que se clasifican en el grupo de mejores notas de la clase y el 32,1% en el grupo medio-alto, en comparación con el 14,5% y el 31,9% respectivamente de los chicos. El 36,3% de éstos se sitúa en el grupo medio (31,1% de chicas) y el 3,1% en el grupo de peores notas (2,8% de chicas) (Gráfico 1.4).

En el ámbito urbano el 66,1% de los estudiantes se sitúan en el grupo de notas por encima de la media, así como el 64,2% de los de medio rural sin ser estas diferencias estadísticamente significativas. Por sexo y ámbito son las chicas urbanas las que más se autoclasifican en el grupo de mejores notas (26,7%) y los chicos rurales los que predominan en el de peores resultados académicos (5%).

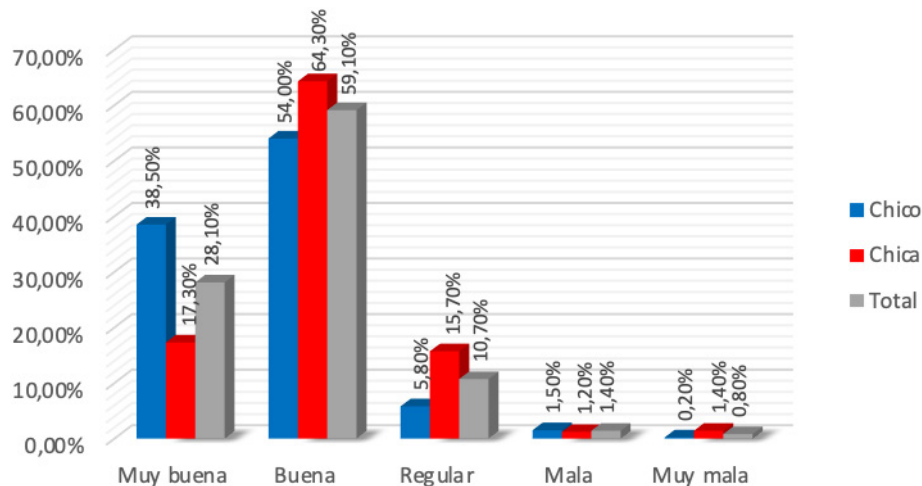
Gráfico 1.4. Nivel académico autopercebido



La mayoría de los jóvenes consideran que su salud es “buena” o “muy buena” (87,2%), aunque son más los chicos que consideran que su salud es “muy buena” (38,5% en comparación con el 17,3% de las chicas) y

más las chicas que consideran su salud “buena” (64,3%, chicos 54,0%). Únicamente el 1,7% de los chicos y el 2,6% de las chicas consideran su salud “mala” o “muy mala” ($p < 0,001$) (Gráfico 1.5).

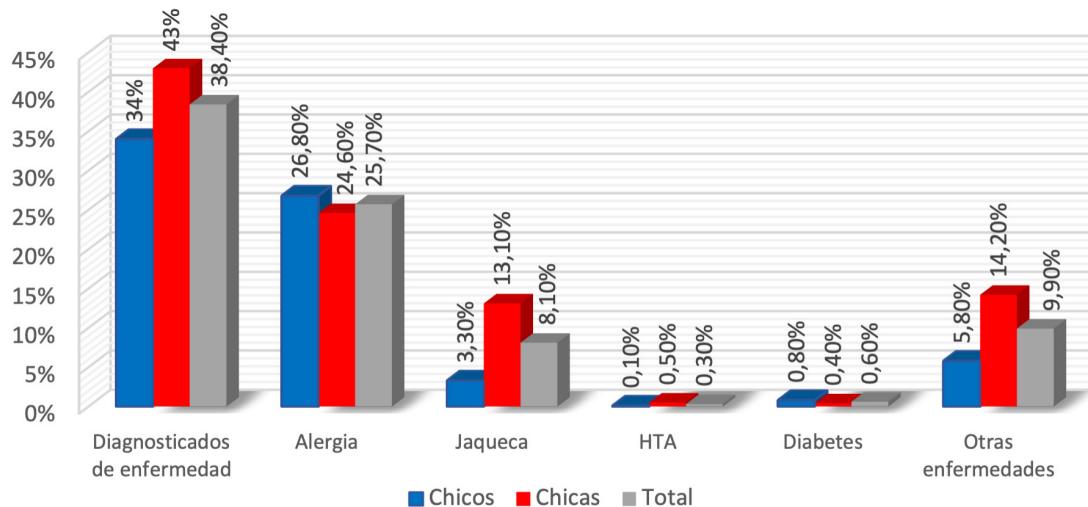
Gráfico 1.5. Nivel de salud autopercebido



El 38,4% de los estudiantes refiere haber sido diagnosticado de alguna enfermedad (43% de las chicas y el 34% de los chicos, $p = 0,003$). La enfermedad diagnosticada con mayor frecuencia es la alergia (25,7%), algo más frecuente en chicos que en chicas aunque esta diferencia no es significativa, seguida de las jaquecas, migrañas o dolores de cabeza (8,1%) que es más común en chicas (13,1%) que en chicos (3,3%) ($p < 0,001$) y lo

mismo ocurre con el grupo de “otras enfermedades” (14,2%-5,8%, $p < 0,001$). No se han encontrado diferencias significativas por ámbito geográfico. Respecto a la frecuencia de diabetes o hipertensión tampoco se ha encontrado significación por sexo ni por ámbito, aunque puede ser debido a que el número de casos es muy pequeño (Gráfico 1.6).

Gráfico 1.6. Enfermedades diagnosticadas



Los síntomas que han presentado en los últimos 6 meses son bajo ánimo (60,7%), nerviosismo (67,8%), irritabilidad (67,8%), dolor de espalda (45,2%), dolor de cabeza (40,3%), dificultad para dormir (40,1%), dolor de estómago (32,3%) y sensación de mareo (26,1%).

En todos los casos fueron las chicas quienes padecieron esta sintomatología en mayor proporción y con mayor frecuencia ($p < 0,001$) (Gráfico 1.7), con muchos de estos síntomas presentes casi a diario (Gráfico 1.8).

Gráfico 1.7. Sintomatología en los 6 últimos meses

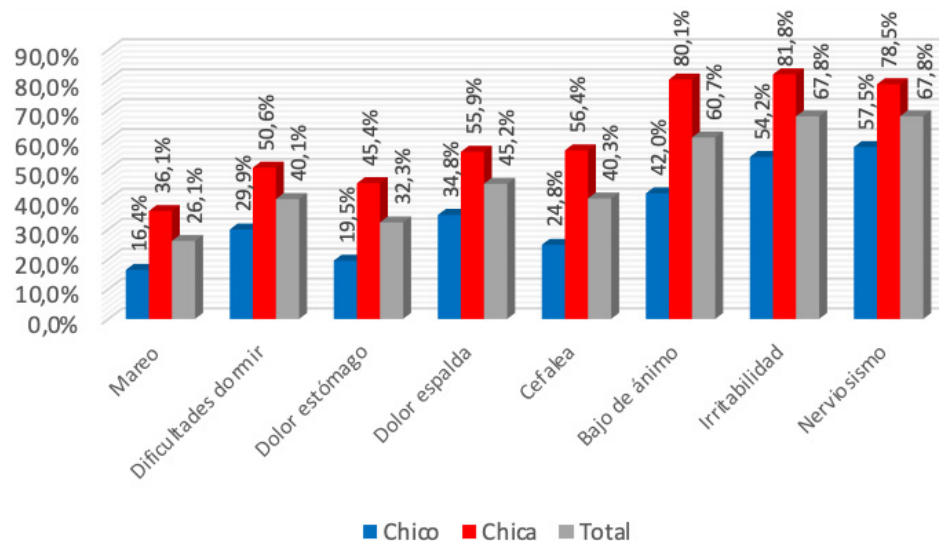
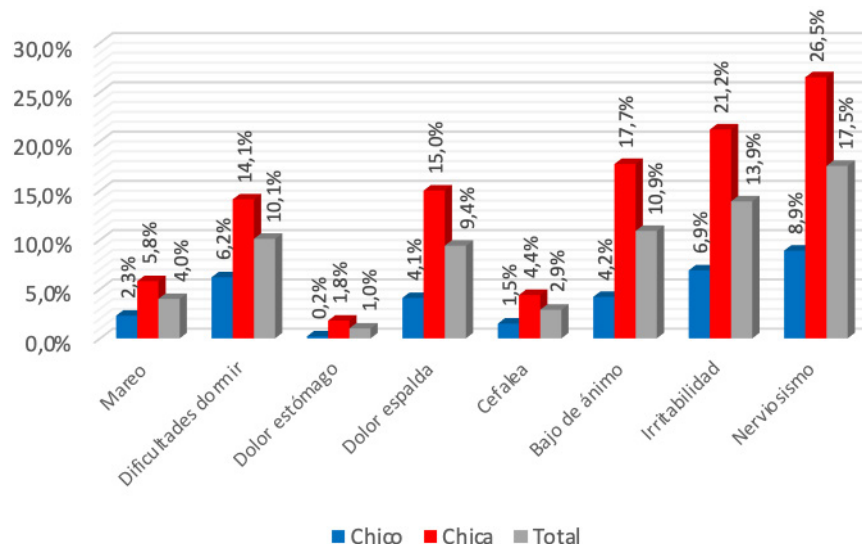


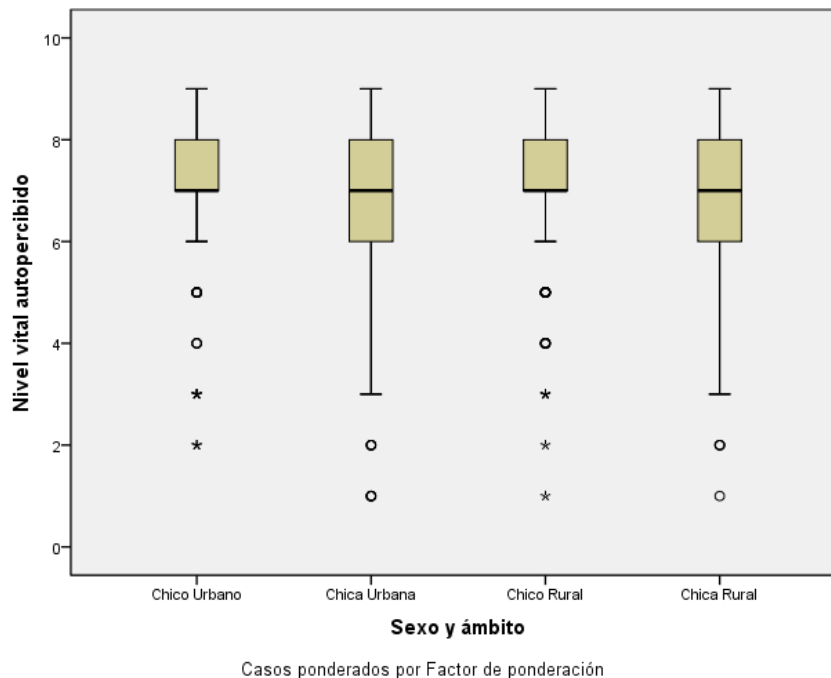
Gráfico 1.8. Sintomatología padecida casi a diario



En cuanto a la valoración del nivel en que se encuentran en ese momento de su vida con una puntuación de 0 a 10, (siendo 0 la peor situación posible y 10 la mejor), la media es de 6,93 (DE = 1,59) siendo por sexos más baja la de las chicas (chicos 7,22, chicas 6,64,

$p < 0,001$), y la peor puntuación la de las chicas de medio urbano (media: 6,61). La mejor es la de los chicos de medio urbano (media: 7,25), mientras que los chicos y chicas de medio rural tienen puntuaciones intermedias (7,07 y 6,75 respectivamente) ($p < 0,001$) (Gráfico 1.9).

Gráfico 1.9. Autovaloración del nivel vital por sexo y ámbito



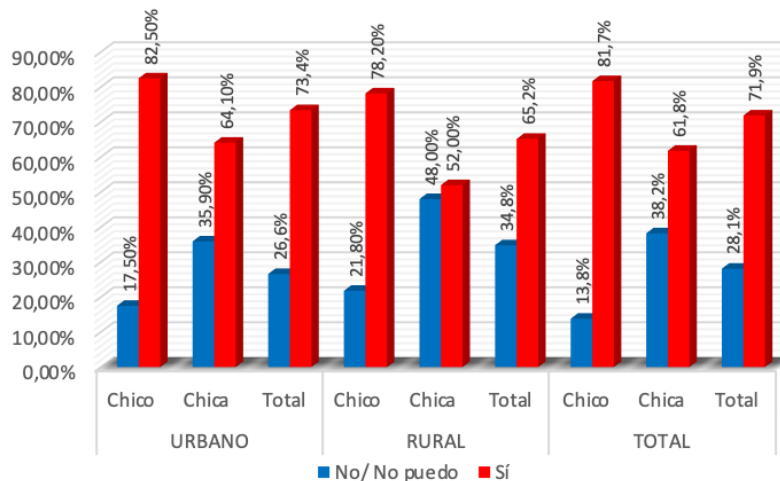
2. Actividad física

Para obtener información acerca de la realización de ejercicio físico entre los adolescentes, se les preguntó si ejecutan alguna actividad física (al menos durante 30 minutos al día), así como el tipo de ésta y con qué frecuencia: cuántos días a la semana y horas al día. También respondieron acerca del tiempo que pasan sentados frente a pantallas (televisión, consola, ordenador, tableta, móvil...) y el tiempo que emplean en los desplazamientos caminando o en bicicleta al centro escolar.

El 71,9% de los jóvenes afirman realizar con frecuencia alguna actividad física al menos 30 minutos al

día durante su tiempo libre y fuera del horario escolar, principalmente los de ámbito urbano (73,4% frente al 65,2% en el ámbito rural, $p = 0,020$). El 0,4% no pueden realizarlo, bien por incapacidad o enfermedad. Por otra parte son los chicos los que realizan actividad física en mayor proporción (81,7%) en contraste con las chicas (61,8%) ($p < 0,001$), principalmente los chicos de medio urbano (82,5%) mientras que las chicas del medio rural son las que lo hacen en menor proporción (52,0%) ($p < 0,001$) (Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1. Realización de actividad física por sexo y ámbito



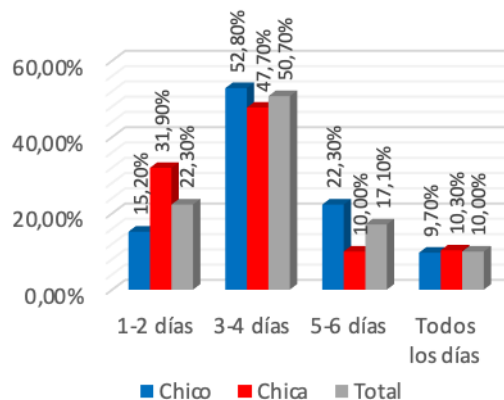
Entre los chicos que realizan ejercicio, el deporte más practicado es el fútbol (45,4%), seguido de ciclismo (17,8%) y baloncesto (16,4%). Las chicas practican más frecuentemente la danza o baile (21,3%), seguido de gimnasia (13,9%) y voleibol (11%). En todos estos deportes las diferencias entre sexos son estadísticamente significativas.

Según el ámbito geográfico, hay diferencias significativas en cuanto a práctica de ciclismo (13,4% urbano, 20,8% rural, $p = 0,032$) y gimnasia (10,9% urbano, 4,7% rural, $p = 0,029$).

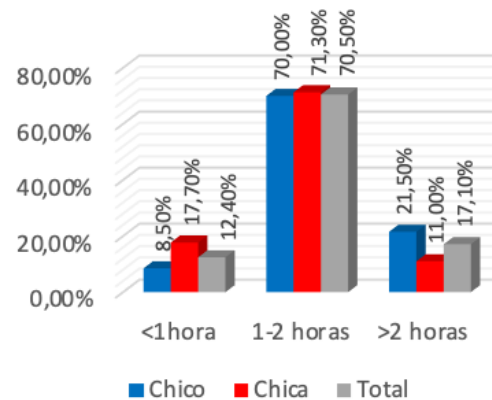
En cuanto a la frecuencia, tanto semanal como diaria con que los adolescentes realizan actividad física,

hay diferencias estadísticamente significativas por sexos, siendo los chicos los que lo hacen con mayor frecuencia: El 22,3% de los chicos que realizan algún tipo de actividad física lo hacen 5-6 días a la semana mientras que el porcentaje de chicas con esta frecuencia es del 10%. ($p < 0,001$) (Gráfico 2.2A). En cuanto a la duración, el 70,5% de los estudiantes que practican actividad física emplean 1-2 horas al día en ello (70% de los chicos y 71,3% de las chicas). Por otra parte, son más los chicos que chicas los que realizan actividad física durante más de dos horas al día (21,5% y 11% respectivamente) ($p < 0,001$) (Gráfico 2.2B).

Gráfico 2.2A Frecuencia semanal de AF por sexo



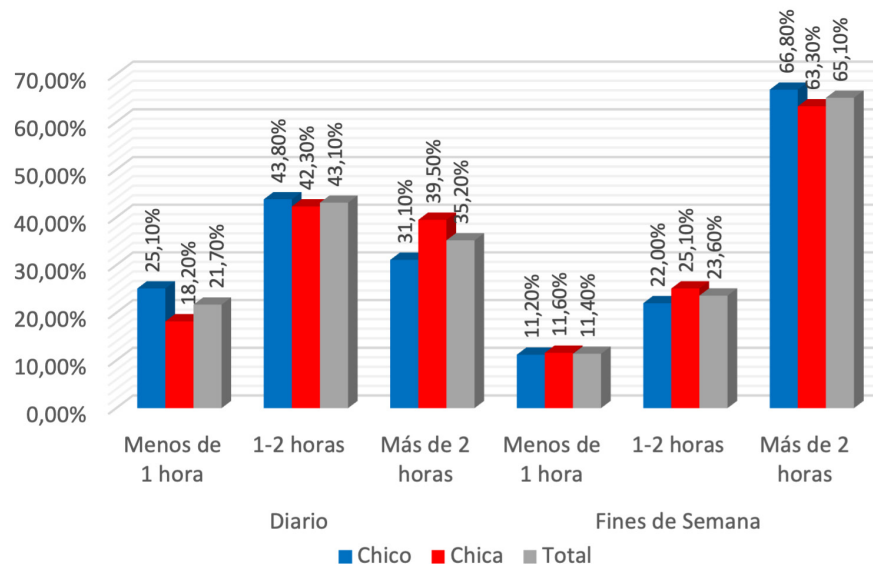
2.2B Frecuencia diaria de AF por sexo



En cuanto al tiempo que pasan frente a pantallas (televisión, consola, ordenador, tableta, móvil...) es muy superior el fin de semana que los días laborables. Los días de diario hay diferencias significativas por sexo: el 39,5% de las chicas pasan más de 2 horas al día frente a pantallas, mientras que en los chicos esta proporción

es del 31,1%, y un 25,1% de éstos pasa menos de una hora al día frente al 18,2% de las chicas ($p = 0,004$). En cambio, los fines de semana y festivos la proporción de chicos y de chicas pasan más de dos horas frente a las pantallas está más igualada (66,8% y 63,3%, respectivamente) (Gráfico 2.3).

Gráfico 2.3. Tiempo de pantalla días diario y fines semana/festivos por sexo

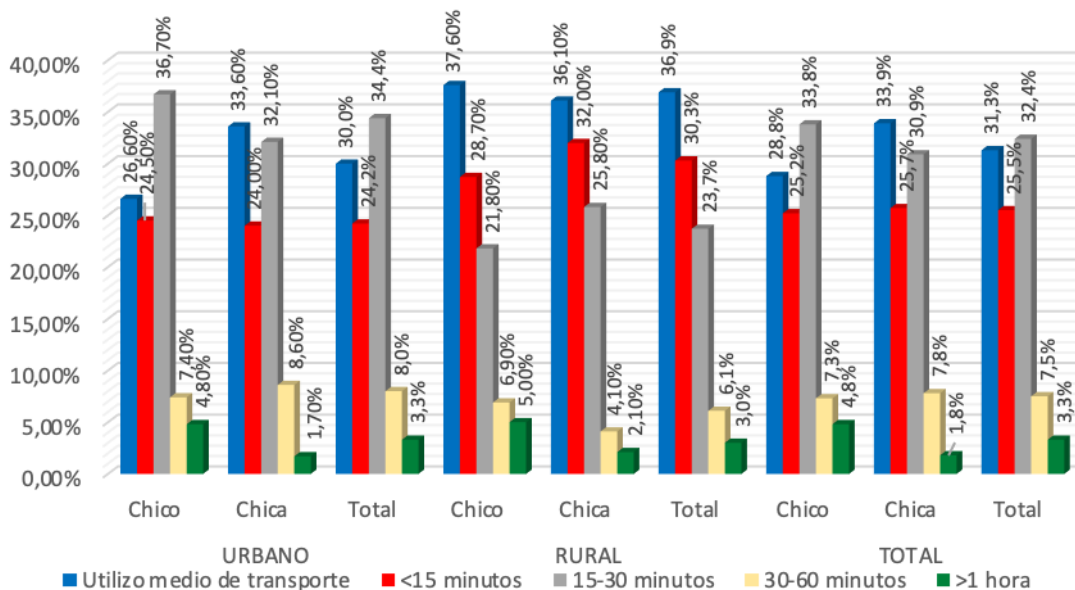


En relación al ámbito geográfico no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, pero es en el medio rural donde emplean más tiempo delante de las pantallas en los días de diario ya que el 39,9% pasan más de 2 horas en contraste con el 34,2% del medio urbano. Sin embargo, los fines de semana o festivos esta relación se invierte, siendo los jóvenes del medio urbano los que pasan más de dos horas frente a pantallas en mayor proporción (65,5% frente al 61,9% de los de medio rural).

El 31,3% de jóvenes utilizan medio de transporte (coche, autobús, moto) para acudir al centro escolar. El 25,5% tardan menos de 15 minutos al día en los traslados al centro escolar caminando o utilizando la bicicleta, mientras que el 32,4% tardan 15-30 minutos y

el 7,5% entre 30-60 minutos al día, con diferencias significativas tanto por sexo como por ámbito geográfico, con más chicas que utilizan medio de transporte (33,9% frente al 28,8% de los chicos) y más chicos que emplean más de una hora al día en desplazarse al centro escolar ($p = 0,042$). También se utiliza más el transporte para ir al centro escolar en medio rural (36,9%) que en medio urbano (30%) pero por otro lado también es en medio rural donde hay un porcentaje mayor de jóvenes que tardan menos de 15 minutos diarios en desplazarse andando o en bicicleta al centro escolar (30,3% en medio rural, 24,2% en medio urbano), mientras que la proporción de los que invierten entre 15 y 30 minutos diarios en este desplazamiento es mayor en medio urbano (34,4% frente al 23,7% en medio rural) ($p = 0,025$) (Gráfico 2.4).

Gráfico 2.4. Desplazamiento al centro escolar por sexo y ámbito geográfico



3. Índice de masa corporal

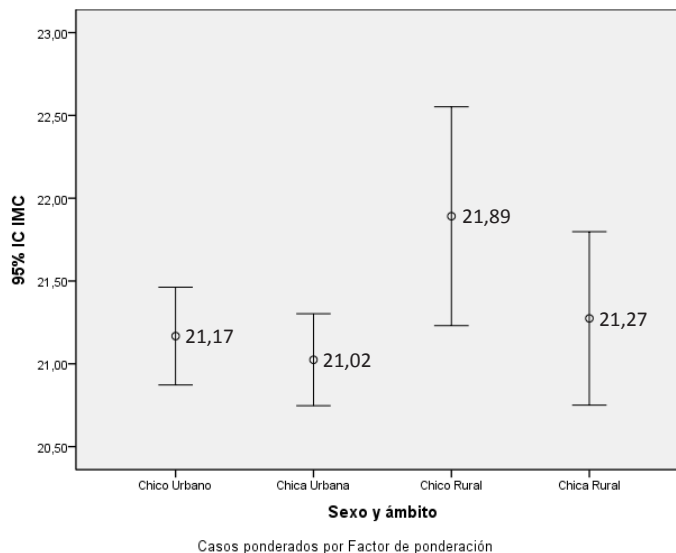
Para identificar el sobrepeso y la obesidad en los jóvenes, así como el infrapeso, se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calculó a partir de los datos proporcionados por ellos mismos (talla en cm y peso en Kg). También respondieron acerca de la autopercepción que cada uno tiene de su imagen corporal y se estableció la concordancia entre ambos.

La estatura media y el peso medio autorreferido son significativamente mayores en los chicos: 175,09 cm (DE 7,21) y 65,49 Kg (DE 10,83) frente a 163,09 cm

(DE 6,16) y 56,01 Kg (DE 8,46) en las chicas ($p < 0,001$), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico. Sin embargo, respecto al IMC ocurre lo contrario: es significativamente mayor en el ámbito rural (21,59, DE 3,00) que en el urbano (21,1 DE 2,94) ($p = 0,037$).

El valor más bajo de media de IMC corresponde a las chicas de medio urbano (21,02; DE 2,83) mientras que el IMC medio más alto se observa en los chicos de medio rural (21,89; DE 3,32) ($p < 0,001$) (Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1. IMC según sexo y ámbito geográfico



Teniendo en cuenta la clasificación del IMC según la International Obesity Task Force (IOTF)¹ en las categorías de infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad, el 82,0% de las chicas el 72% de los chicos tienen un peso normal. Por otra parte, son más los chicos con infrapeso (9,4% en comparación con el 7% de las chicas), y también los que presentan sobrepeso y obesidad en mayor porcentaje: 16,5% y 2% respectivamente frente al 9,6% y 1,4% de las chicas, $p = 0,002$.

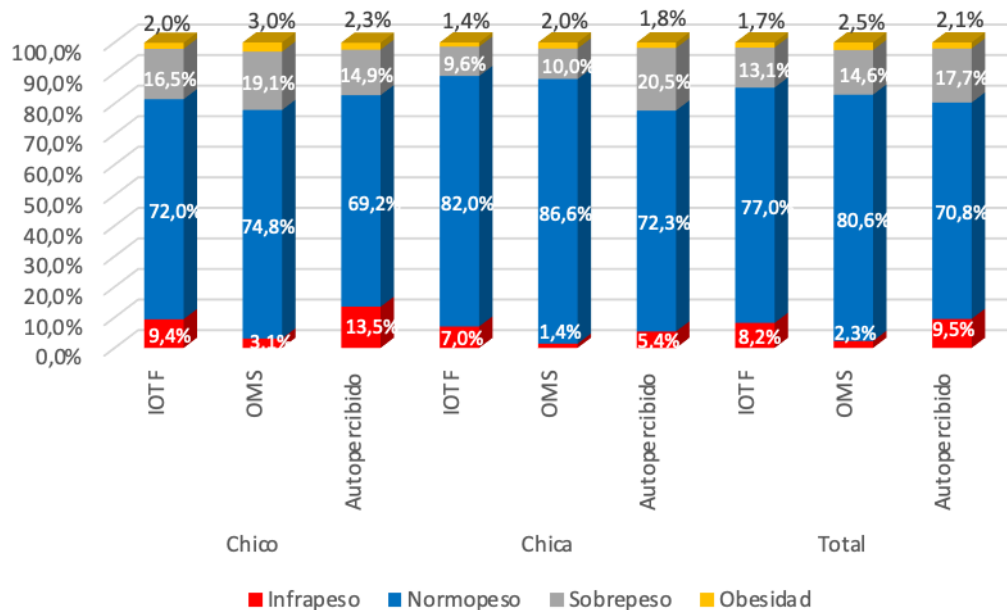
Sin embargo, al clasificar el IMC según las categorías que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS)², el 1,4% de las chicas y el 3,1% de los chicos tienen infrapeso. El porcentaje de jóvenes con sobrepeso y

obesidad aumenta levemente en ambos grupos respecto a la IOTF, siendo en los chicos de 19,1% y 3% respectivamente y en las chicas de 10% y 2% ($p < 0,001$).

Respecto a la autopercepción de los jóvenes sobre su imagen corporal, el 69,2% de los chicos y el 72,3% de las chicas consideran que su peso es normal. Cabe destacar que el 13,5% de los chicos considera que su peso es inferior al normal, mientras que sólo el 5,4% de las chicas se autclasifica en este grupo. Por otro lado, el 14,9% de los chicos y el 20,5% de las chicas consideran que su peso es algo mayor de lo normal y el 2,3% y el 1,8% respectivamente lo consideran bastante mayor de lo normal ($p < 0,001$) (Gráfico 3.2).

1. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2012 Aug;7(4):284-94. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x. Epub 2012 Jun 19. PMID: 22715120.
2. <https://www.who.int/toolkits/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>

Gráfico 3.2. Categorías de nivel de peso según la IOTF, la OMS y el peso autopercebido.





La clasificación de la OMS detecta más sobrepeso y obesidad mientras que la escala de la IOTF detecta más infrapeso. Sin embargo el nivel de concordancia entre ambas es bueno, con un valor kappa de 0,748 ($p < 0,001$). Para comparar las categorías de IMC autopercebido con las categorías de la IOTF y de la OMS se equipararon de la siguiente manera: infrapeso con peso “menor de lo normal”, normopeso con peso “normal”, sobrepeso con peso “algo mayor de lo normal” y obesidad con peso “bastante mayor de lo normal”. De este modo, la concordancia del IMC autopercebido con la clasificación de la IOTF es moderada ($kappa = 0,436$; $p < 0,001$) mientras que con la clasificación de la OMS sólo hay una concordancia discreta ($kappa = 0,374$; $p < 0,001$).

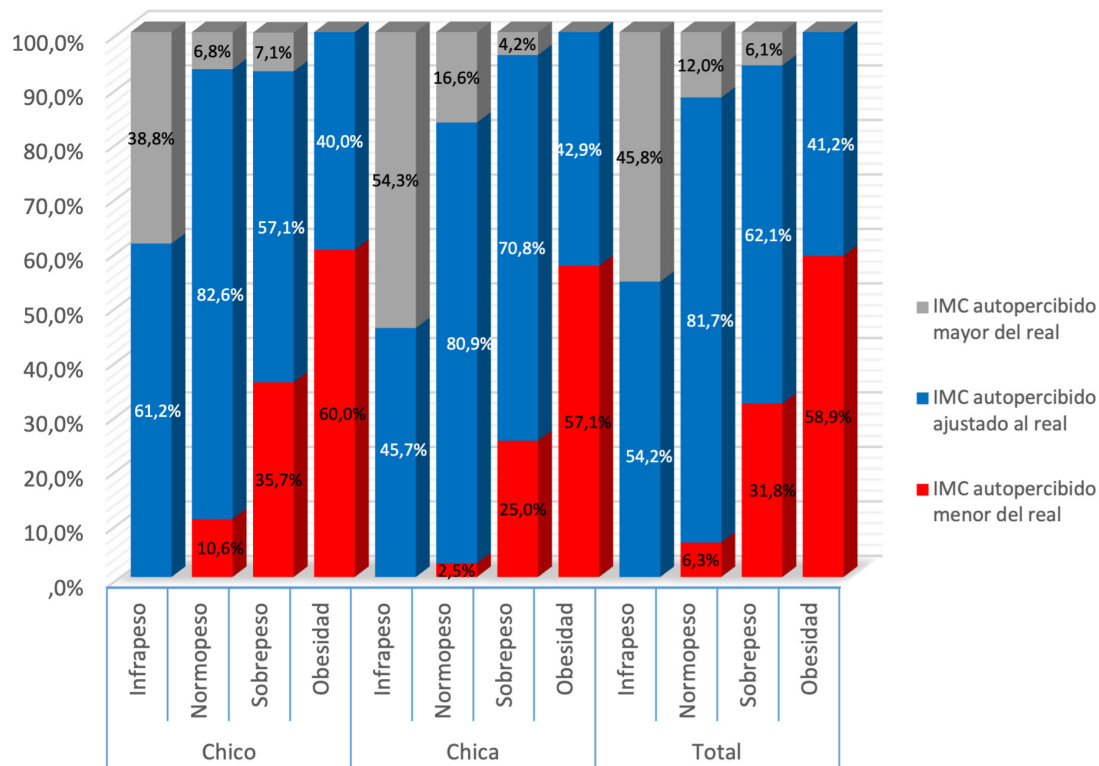
Tomando como referencia las categorías de nivel de peso según la clasificación de la IOTF, tanto los chicos como las chicas con normopeso son los que tienen una percepción de su peso más ajustada a la realidad (82,6%

y 80,9%, respectivamente). Los adolescentes con infrapeso o sobrepeso/obesidad tienen una percepción más distorsionada de su imagen corporal, tendiendo a normalizar subjetivamente su peso.

Las chicas tienen en mayor proporción que los chicos la percepción de que su peso está por encima del real, siendo especialmente llamativo el caso de las chicas con infrapeso, donde el 54,3% de éstas consideran que su peso es mayor que el real.

En cuanto al sobrepeso son los chicos los que en mayor porcentaje tienen la percepción de que su peso es inferior al real (35,7% frente al 25% de las chicas), y respecto a la obesidad, el 40% de los chicos la clasifica como sobrepeso e incluso el 20% considera que su peso es normal, mientras que ninguna de las chicas con obesidad lo hace, aunque el 57,1% sí se clasifican en el grupo de sobrepeso en lugar de obesidad (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3. Distorsión de la autopercepción del peso, por sexo



4. Alimentación

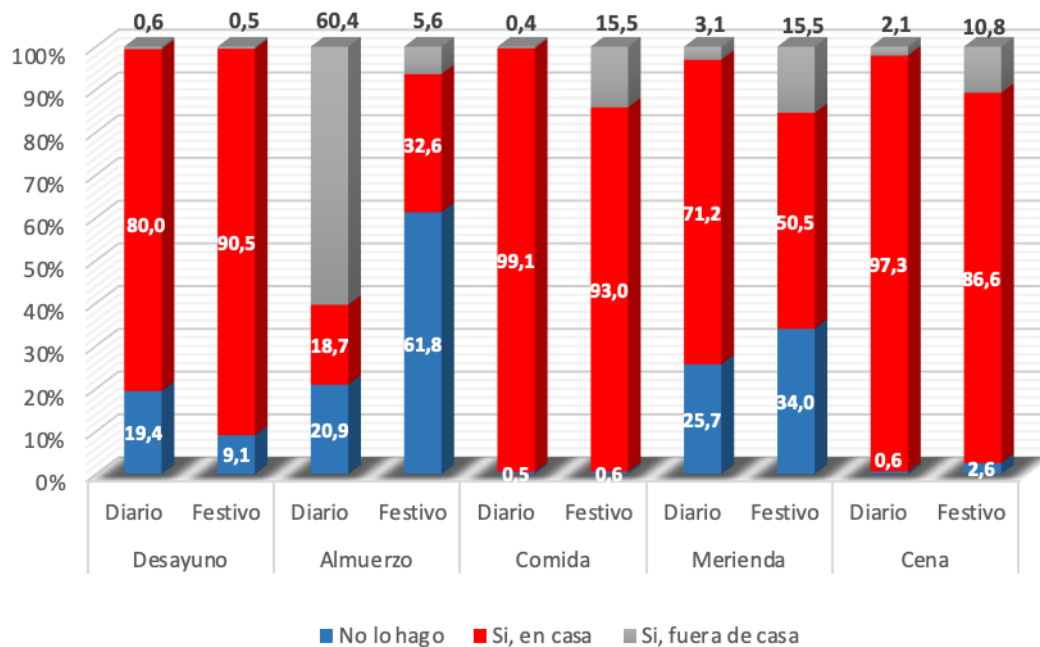
En este apartado, relacionado con la dieta y la alimentación, se recogió información acerca del número de comidas que realizan los jóvenes y en qué lugar, tanto días de diario como los del fin de semana y festivos y si cuando comen o cenan en casa lo hacen viendo la televisión. También se preguntó acerca del tipo de leche o productos lácteos (enteros/semidesnatados/desnata-dos) que toman habitualmente, frecuencia de consumo de snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos, etc.), frecuencia de consumo en los últimos 7 días de distintos tipos de alimentos y bebidas, número de piezas de fruta que toman diariamente de forma habitual y si durante los últimos 12 meses han seguido alguna dieta especial o han realizado modificaciones en su dieta habitual (por motivos de enfermedad, para adelgazar, para engordar, por otros motivos).

La mayor parte de los jóvenes desayunan en casa o fuera de casa los días de diario (80,6%) y los del fin de semana (91%).

Por otro lado, el 79,1% almuerzan los días de diario, y principalmente fuera de casa (60,4%), en cambio los fines de semana solo lo hace el 38,2% y generalmente en casa (fuera de casa solo el 5,6%).

Casi todos los participantes comen en casa los días de diario (99,1%) y sólo un 0,5% fuera, mientras que el fin de semana un 93% comen en casa y un 6,5% fuera de ella. Son más los alumnos que meriendan los días de diario (74,3%) que los días de fin de semana (66%). Respecto a la cena, los días de diario la mayoría de los jóvenes lo hacen en casa (97,3%) y el 0,5% fuera, mientras que los fines de semana el 86,6% lo hace en casa y el 10,8% fuera de ella (Gráfico 4.1).

Gráfico 4.1. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos



Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a desayunar o no los días de diario, con más chicas que no lo hacen (15,1%, 24%, $p < 0,001$) y lo mismo ocurre con los almuerzos los días festivos (un 65,5% de chicas no almuerza frente al 58,1% de chicos, $p = 0,015$). De igual manera, hay un mayor porcentaje de chicas que no cenan, tanto a diario (chicos 1%, chicas 3,4%, $p = 0,008$) como los festivos (1,5%-3,8% respectivamente, $p = 0,026$).

También hay diferencias significativas por sexos en cuanto al almuerzo los días de diario, pero no en cuanto a la frecuencia sino al lugar de realización, con más chicas que almuerzan fuera y más chicos en casa ($p < 0,001$) y lo mismo ocurre con las comidas los días festivos (el 4,8% de los chicos y el 8% de las chicas come fuera, $p = 0,044$).

Según el ámbito geográfico sólo se encuentran resultados estadísticamente significativos en cuanto al lugar de realización de la comida los días de diario, con más jóvenes de medio rural que comen fuera de casa (0,1% urbano-1,5% rural, $p = 0,019$).

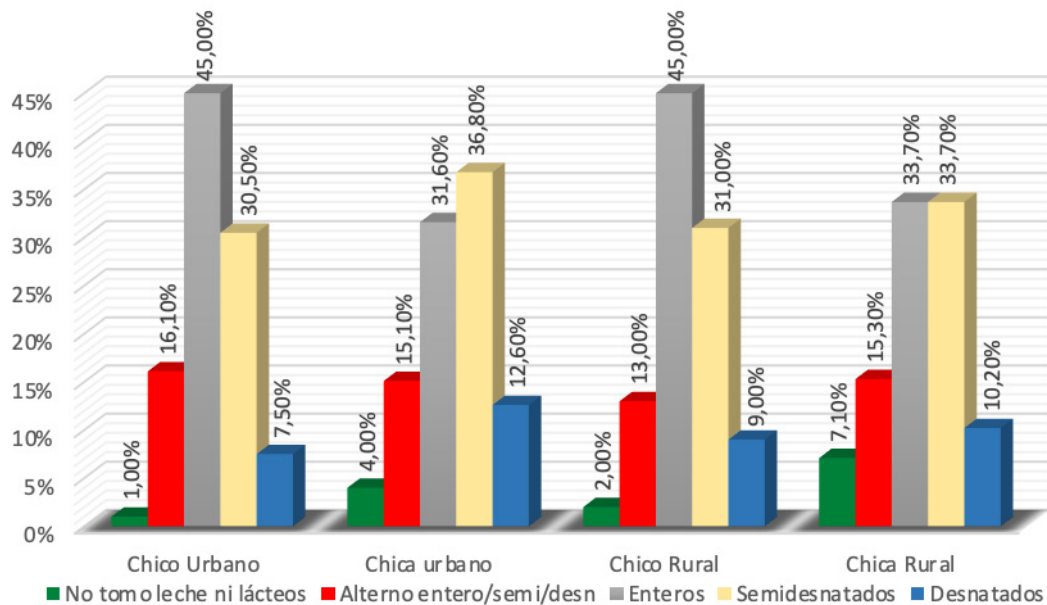
El número medio de comidas al día es de 4,28 (DE 0,85) los días de diario, y de 3,87 (DE 0,87) los días del

fin de semana, con diferencias estadísticamente significativas por sexo los días de diario (media chicos = 4,34, DE = 0,80, chicas = 4,23, DE = 0,89, $p = 0,045$) pero no los festivos. Por ámbito geográfico no las hay ni a diario ni festivos.

Por otra parte, el 77,3% de los jóvenes señalan que ven la televisión mientras comen y/o cenan, el 32,3% siempre y un 45% a veces, sin diferencias significativas por sexo ni ámbito.

En cuanto al tipo de leche y productos lácteos que consumen habitualmente los encuestados, los más consumidos son los enteros (38,6%), seguidos de los semidesnatados (33,4%). El 2,8% de los estudiantes no toman lácteos, y el 15,3% alternan entre enteros/semidesnatados/desnatados. Hay diferencias estadísticamente significativas en el consumo de lácteos por sexos ($p < 0,001$): hay más chicas que no toman lácteos (4,6% frente al 1,2% de chicos), principalmente chicas de medio rural (7,1%) y los chicos consumen más lácteos enteros (45,1% frente al 32% de las chicas) mientras que las chicas consumen más semidesnatados (36,2% frente a 30,6% los chicos). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico (Gráfico 4.2).

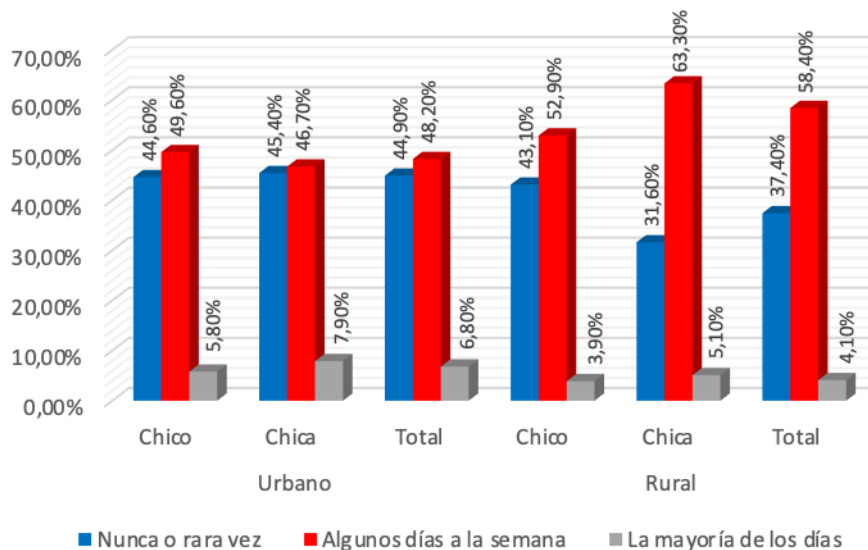
Gráfico 4.2. Consumo de lácteos por sexo y ámbito geográfico



La mitad de los adolescentes (50,2%) consume snacks (patatas fritas de bolsa, gusanitos, cortezas o similares) algunos días a la semana, y el 6,3% la mayoría de los días, sin diferencias significativas por sexos pero

sí por ámbito con un mayor porcentaje de jóvenes que los consumen en el medio rural (55% urbano, 62,5% rural, $p = 0,028$) (Gráfico 4.3).

Gráfico 4.3. Consumo de snacks por sexo y ámbito geográfico



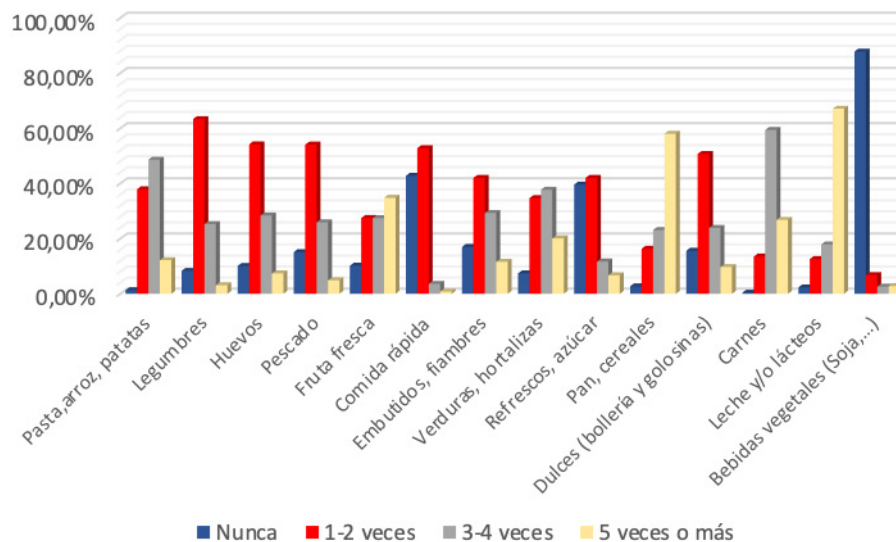
Se les preguntó acerca de la frecuencia de consumo de diferentes alimentos los últimos 7 días, siendo los más consumidos la leche y otros lácteos, que fueron consumidos 5 o más veces por el 67,1% de jóvenes, seguido del pan y cereales (58%), la fruta fresca (34,8%) y la carne (26,8%). El 59,4% ha comido carne 3-4 veces, mientras que el 29,3% han comido embutidos o fiambres 3-4 veces y el 11,6% en 5 o más ocasiones en la última semana.

El 52,8% han consumido comida rápida 1-2 veces en los últimos 7 días, el 50,7% dulces (bollería o

golosinas) y el 42% refrescos con azúcar. Más de la mitad tan solo han tomado 1-2 veces en la última semana huevo (54,2%) y pescado (54,1%).

Las legumbres y las verduras y hortalizas son consumidas con poca frecuencia: la mayoría de jóvenes (63,3%) han consumido legumbres en 1 o 2 ocasiones en la última semana, el 34,7% han consumido verduras en 1 o 2 ocasiones y el 37,7% en 3-4 ocasiones (Gráfico 4.4).

Gráfico 4.4. Consumo de distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días



Hay diferencias significativas por sexos en cuanto al consumo de verduras y hortalizas ($p = 0,031$) con más chicos que no las han consumido (9,3% frente al 5,6% chicas) y más chicas que las han tomado en 5 o más ocasiones en los últimos 7 días (22,9% frente al 17,4% chicos). Los que menos verduras y hortalizas han consumido son los chicos de medio rural (13,9% no las consumen nunca) y las que más las chicas urbanas (23,7% 5 veces o más). También es significativa la diferencia por sexos en cuanto a consumir o no refrescos azucarados ($p < 0,001$): el 47,8% de las chicas dice no haberlos consumido en la última semana, frente al 31,7% de chicos con la misma respuesta. Los que más los consumen son los chicos de medio rural.

En cuanto al consumo de carne en la última semana también es significativa la diferencia entre chicos y chicas ($p = 0,005$), con un 0,8% de chicas que no han consumido, mientras que todos los chicos consumieron carne, el 29,9% 5 o más veces (23,6% chicas), el 59,1% 3-4 veces (59,7% chicas), y el 11% 1-2 veces (16% chicas). También hay diferencias por sexo en cuanto a consumo de pan/cereales ($p = 0,018$), con un 3,8% de chicas y un 1,7% de chicos que no los han consumido a lo largo de la última semana. El 62,2% de los chicos y 53,6% de las chicas lo hicieron en 5 o más ocasiones, el 21,6% de chicos y 24,7% de chicas en 3-4 ocasiones, y el

14,5% de los chicos y el 17,9% de las chicas los tomaron 1 o 2 veces durante ese período.

Aunque es bajo el porcentaje de estudiantes que declaran consumir bebidas vegetales (soja,...), hay diferencias por sexos ($p = 0,026$), siendo los chicos los que menos las han consumido (nunca: 90% frente al 85,4% de las chicas), mientras que un 4,2% de las chicas las consumieron 5 veces o más frente al 1,5% de los chicos.

Encontramos asimismo diferencias por sexos en el consumo de embutidos ($p = 0,04$), con más chicas que no los han consumido en los últimos 7 días (21,1% frente al 12,9% de los chicos) mientras que el 12,5% de los chicos y el 10,8% de las chicas los tomaron en 5 o más ocasiones, el 31,9% de chicos y 26,7% de chicas 3-4 veces y el 42,7% de chicos y 41,4% de chicas en 1-2 ocasiones. En este caso encontramos también diferencias estadísticamente significativas por ámbito ($p = 0,034$), con más frecuencia de consumo de embutidos en medio rural: el 17,1% los consumió 5 o más veces frente al 10,4% de medio urbano, el 28,9% de medio urbano y el 31,2% de medio rural 3-4 veces, y el 43,3% urbano y 36,7 rural en 1-2 ocasiones. El 17,4% de los estudiantes de medio urbano no los consumieron en la última semana, mientras que en el medio rural no lo hizo el 15,1% de ellos.

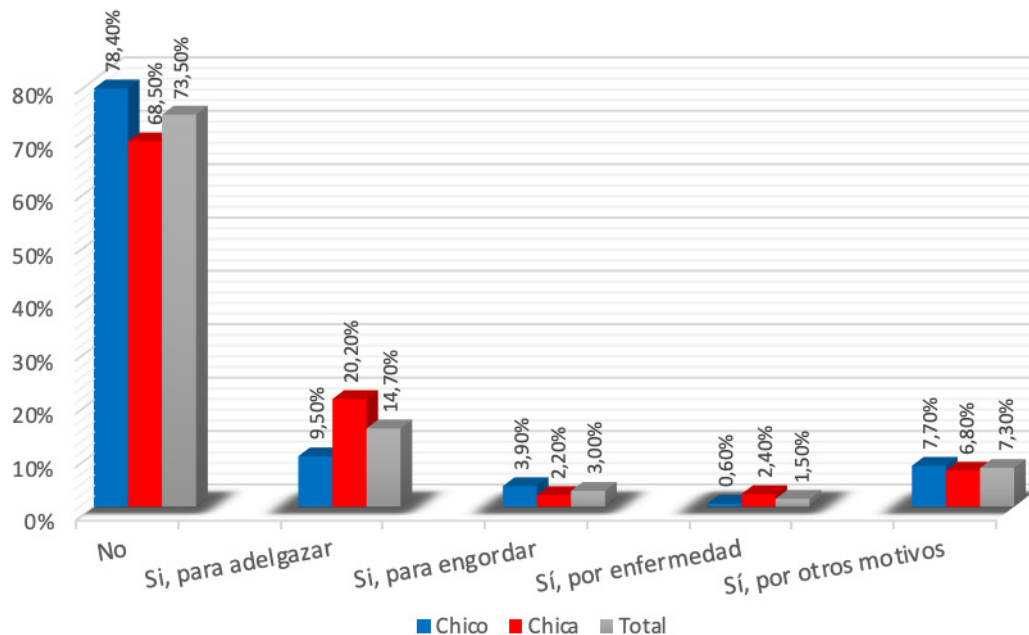
El 58,5% de los estudiantes suelen consumir 1-2 piezas de fruta al día; tan sólo el 3,8% toma 5 o más

piezas, y el 20,4% no toman fruta habitualmente. Hay diferencias significativas entre ambos sexos ($p = 0,046$), con más chicas que toman de 3 a 4 piezas diarias y más chicos que consumen 1 o 2.

El 73,5% de los jóvenes no han seguido ninguna dieta especial o han modificado su dieta habitual en los últimos 12 meses, mientras que el 14,7% lo han hecho

con intención de adelgazar y solamente el 3,0% para engordar. Es mayor el porcentaje de chicos que no han modificado su dieta (78,4%) en comparación con las chicas (68,5%). El 20,2% de las chicas han seguido una dieta especial para adelgazar, siendo este porcentaje mayor que en el caso de los chicos (9,5%) ($p < 0,001$) (Gráfico 4.5).

Gráfico 4.5. Modificaciones en la dieta habitual, por sexo

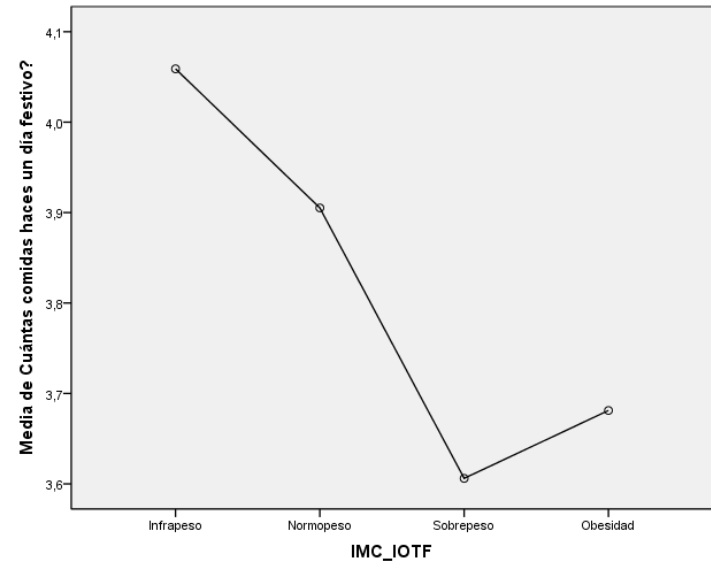
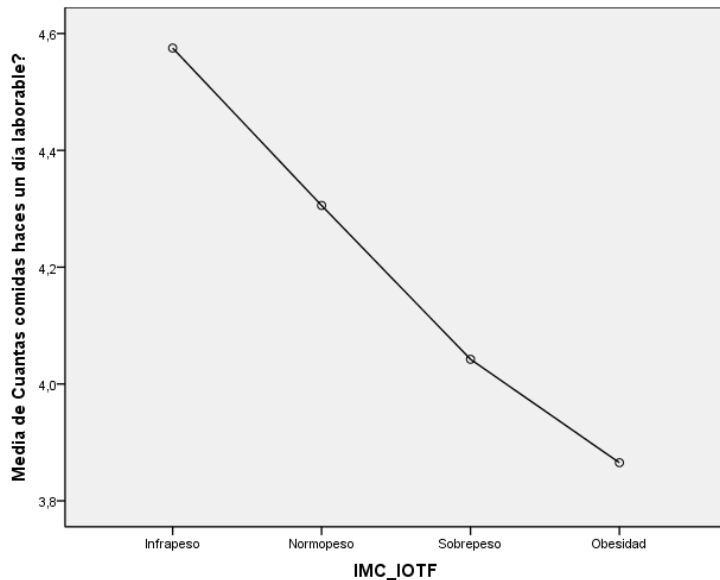


5. Alimentación e índice de masa corporal

La distribución de la media de comidas no es igual en las distintas categorías de IMC según la IOTF. Los días laborables hay diferencias significativas en el n.º de comidas realizadas por el grupo de infrapeso (media 4,58 DE 0,67) y los de normopeso (media 4,31 DE 0,84), sobrepeso

(media 4,04 DE 0,89) y obesidad (media 3,87 DE 0,71) y normopeso y sobrepeso. Los fines de semana o festivos sólo son significativas las diferencias entre infrapeso-sobrepeso (4,06 DE 0,87-3,61 DE 0,82) y normopeso-sobrepeso (3,91 DE 0,87-3,61 DE 0,82) (Gráficos 5.1a y 5.1b)

Gráfico 5.1. Media de comidas realizadas en días de diario (a) y en días festivos (b) por categoría de nivel de peso IOTF

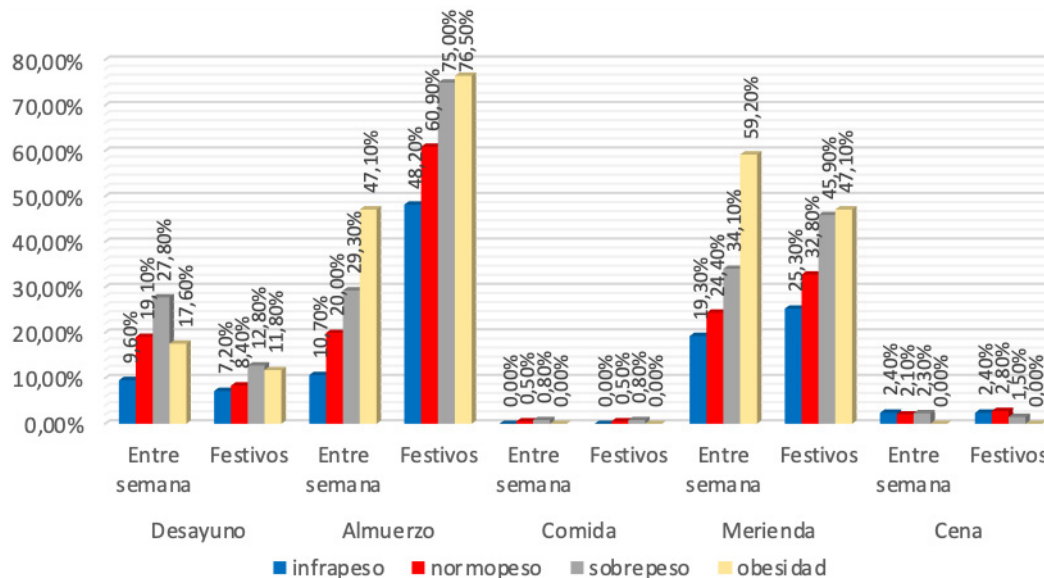


Considerando las 5 comidas principales, la que se saltan con mayor frecuencia los jóvenes es el almuerzo, siendo este porcentaje del 20,9% en los días de diario (29,3% de los jóvenes con sobrepeso, 47,1% con obesidad, 20,0% con normopeso, 10,7% con infrapeso; $p < 0,001$), y del 62% en los días de fin de semana o festivos (75% de los jóvenes con sobrepeso, 76,5% de los que tienen obesidad, 60,9% de los que tienen un peso normal y 48,2% de los que tienen infrapeso, $p = 0,001$). También hay un elevado porcentaje de estudiantes que no meriendan: el 25,7% los días de diario y el 34,1% los días de fin de semana o festivos, observándose que son los jóvenes con sobrepeso y sobre todo con obesidad son los que más se saltan esta comida, tanto los días de diario ($p = 0,003$) como en los fines de semana o festivos ($p = 0,005$).

Sin embargo, las comidas que menos omiten son la de mediodía y la cena, tanto en los días de diario (0,5% y 2,1% respectivamente) como en los fines de semana o festivos (0,5% y 2,6% respectivamente), sin poderse establecer la significación según las categorías de nivel de peso debido al pequeño número de casos en alguna de ellas.

Cabe destacar que el 19,4% de jóvenes no desayunan los días de diario mientras que los fines de semana o festivos por este porcentaje disminuye a menos de la mitad (8,9%). Hay una mayor proporción de jóvenes con sobrepeso que se saltan el desayuno, tanto los días de diario (27,8%, $p = 0,011$) como los fines de semana (12,8%), aunque en este caso las diferencias no son estadísticamente significativas (Gráfico 5.2).

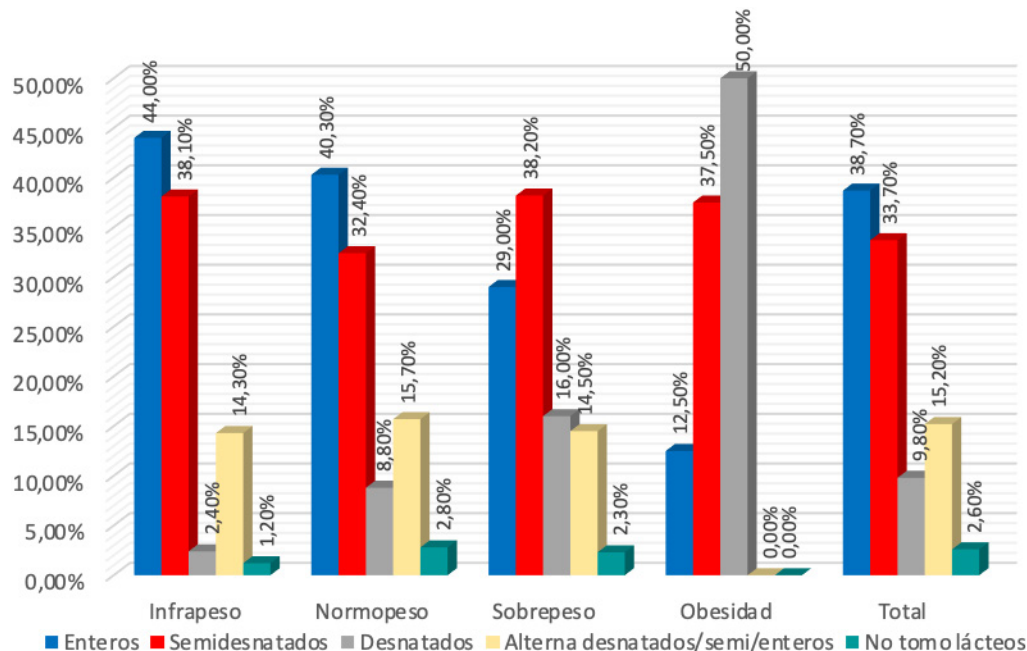
Gráfico 5.2. Proporción de jóvenes que no realizan cada una de las cinco comidas principales, por categoría de nivel de peso



Los alumnos toman fundamentalmente lácteos enteros (38,7%) y semidesnatados (33,7%), mientras que un 15,2% de ellos alternan los desnatados, semidesnatados y enteros, y el 2,6% refieren no consumir productos lácteos. Hay diferencias significativas en el patrón de consumo de lácteos según las categorías de nivel de peso ($p < 0,001$). Así, el consumo de desnatados aumenta a

medida que lo hace el IMC, mientras que con el consumo de lácteos enteros ocurre lo contrario (Gráfico 5.3). Sin embargo, al analizar por sexos, este patrón se mantiene en los chicos mientras que en las chicas el mayor consumo de lácteos desnatados se encuentra en el grupo de las que tienen infrapeso, y el de enteros en el grupo de las que tienen peso normal.

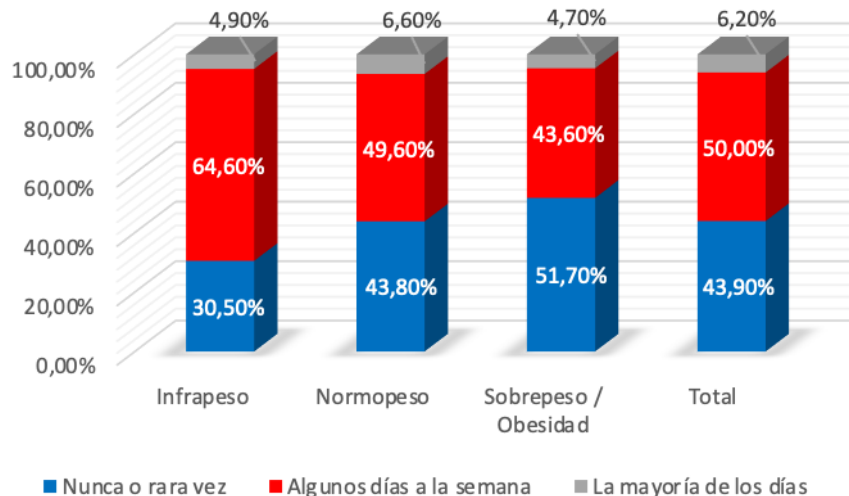
Gráfico 5.3. Tipo de lácteos consumidos, por categoría de nivel de peso.



Respecto a los snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos, cortezas) a mayor IMC menor porcentaje de jóvenes que los consumen; así, son los jóvenes con infrapeso los que más los consumen: lo hace el 69,5%, de los cuáles el 64,6% lo hace algunos días a la semana y

el 4,9% la mayoría de los días, en comparación con el 48,3% de los que tiene sobrepeso/obesidad, entre los cuales el 43,6% los consume varias veces por semana y el 4,7% la mayoría de los días (p = 0,025) (Gráfico 5.4).

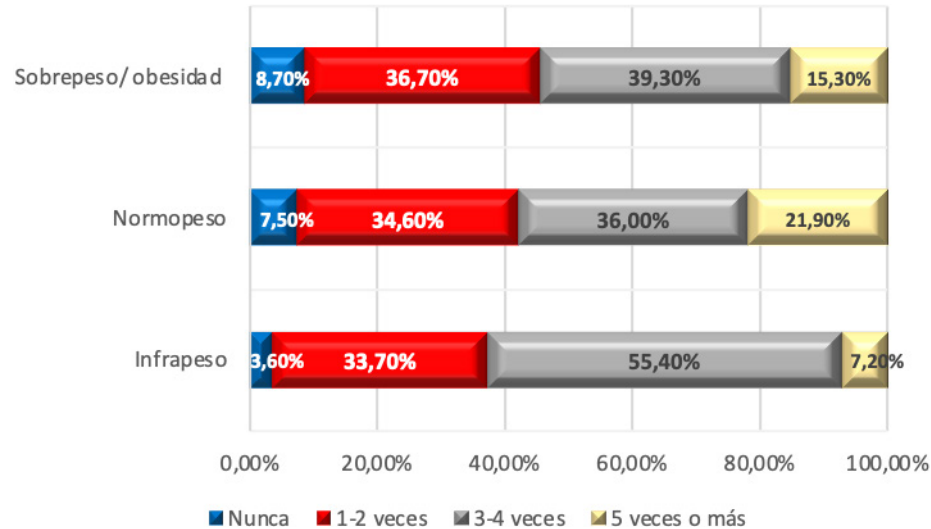
Gráfico 5.4. Consumo de snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos...), por categoría de nivel de peso



Al analizar el consumo de los distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días, en la mayoría de los casos no se encuentran diferencias estadísticamente significativas según las categorías de nivel de peso, aunque sí se han hallado en el consumo de verduras y hortalizas ($p = 0,003$), huevos ($p = 0,024$), dulces y bollería

($p = 0,027$), pan/cereales ($p = 0,020$) y leche/lácteos ($p = 0,036$): Hay un mayor porcentaje de jóvenes que nunca consumen verduras y hortalizas cuanto mayor es el IMC y también es en el grupo de sobrepeso/obesidad en el que los que las consumieron lo hicieron con menor frecuencia (el 36,7% sólo en 1-2 ocasiones) (Gráfico 5.5).

Gráfico 5.5. Consumo de verduras/hortalizas en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.



Sin embargo, si analizamos las categorías de sobrepeso y obesidad por separado, se observa que todos los jóvenes con obesidad consumen verduras y hortalizas ($p = 0,004$). En cuanto al consumo de dulces, también es menor el porcentaje de consumidores y frecuencia de consumo al aumentar el IMC (Gráfico 5.6), (esto ocurre también al separar las categorías de sobrepeso y obesidad, y en este caso se observa que ninguno

de los jóvenes con obesidad los tomó 5 veces o más ($p = 0,026$), mientras que los que más consumen huevos y con más frecuencia son los jóvenes con peso normal (Gráfico 5.7). (Al separar infrapeso y obesidad, el mayor porcentaje de consumidores de huevo está en el grupo de obesidad, aunque no son los que lo hacen con mayor frecuencia, ya que la mayoría los consumieron 1-2 veces la última semana).

Gráfico 5.6. Consumo de dulces/bollería en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.

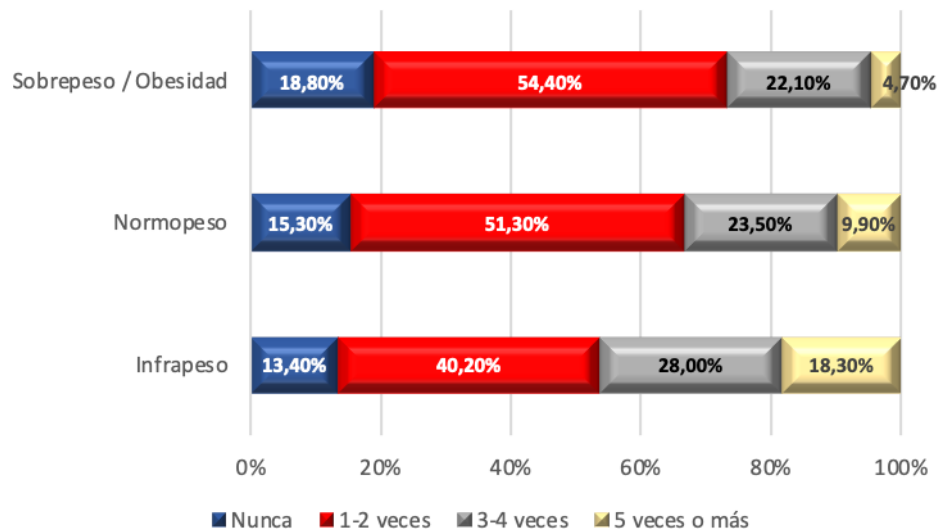
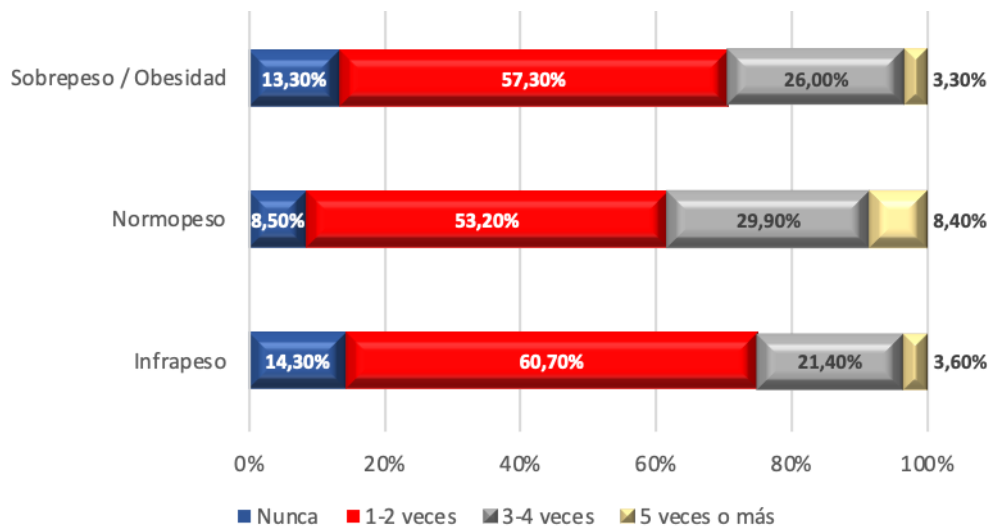


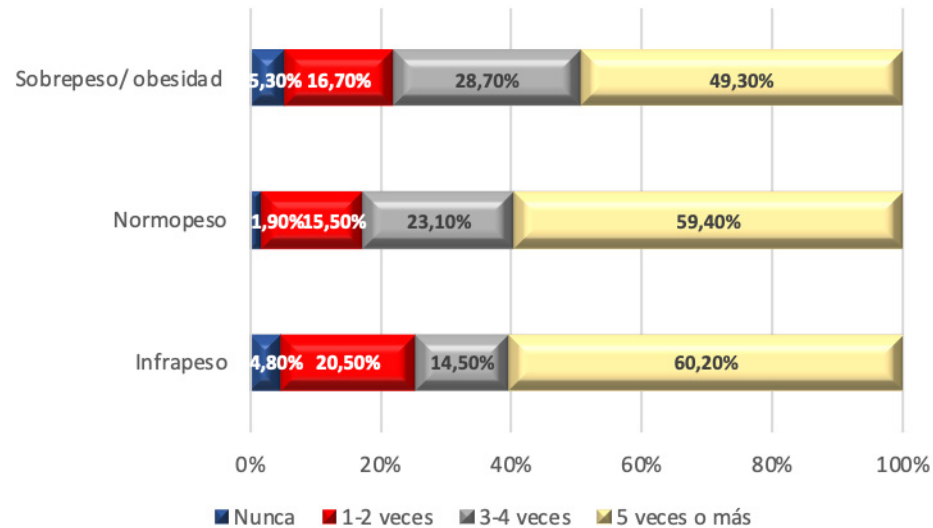
Gráfico 5.7. Consumo de huevos en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso



En cuanto al consumo de pan y cereales, se observan diferencias: es en la categoría de normopeso en la que más se consumen estos productos (98,1%) y con mayor frecuencia: el 59,4% lo hizo en 5 o más ocasiones

la última semana, aunque hay que destacar que casi la mitad de los jóvenes con sobrepeso/obesidad lo hicieron con esa misma frecuencia (49,2%) (Gráfico 5.8).

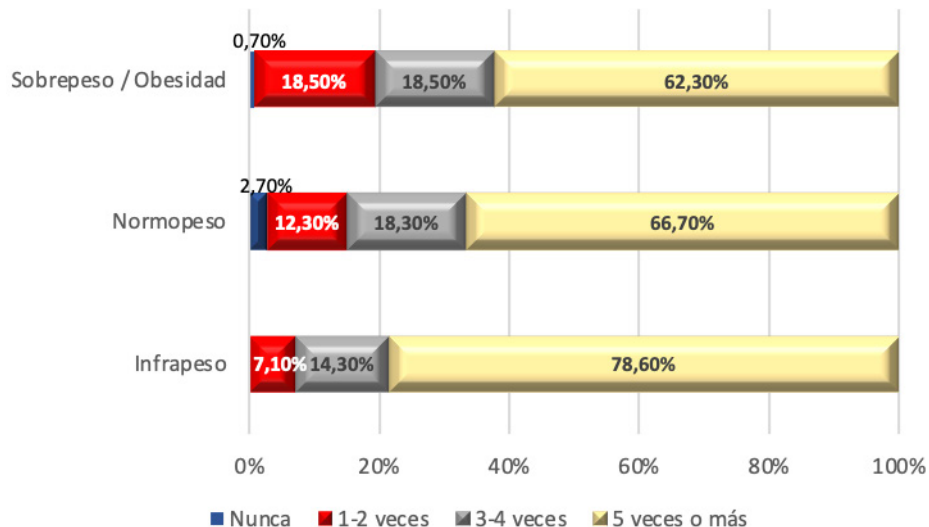
Gráfico 5.8. Consumo de pan/cereales en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso



En cuanto al consumo de leche y lácteos son los jóvenes con infrapeso los que más los consumen (100%) y con más frecuencia (el 78,6% 5 veces o más en los

últimos 7 días), mientras que los que tienen sobrepeso/obesidad son los que los consumen con menor frecuencia (p = 0,036) (Gráfico 5.9).

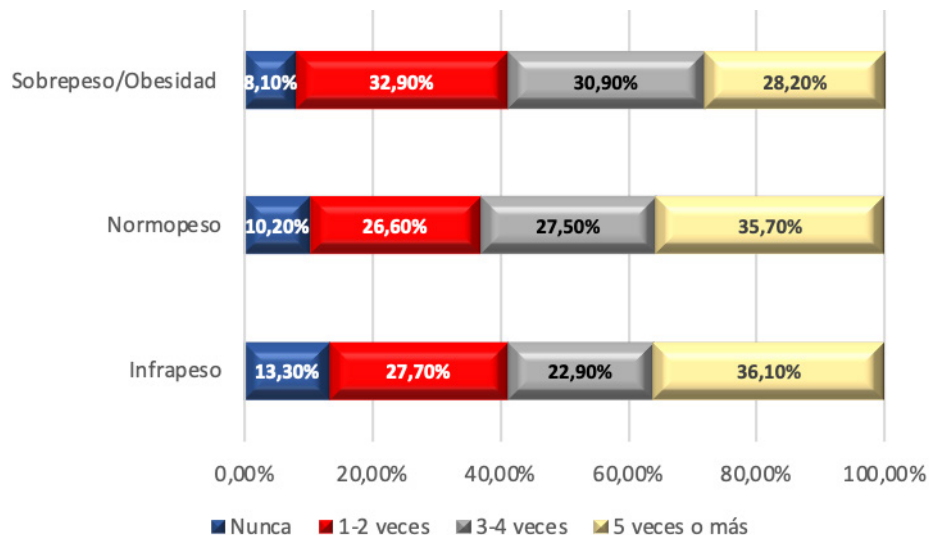
Gráfico 5.9. Consumo de leche y lácteos en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso



Respecto a los demás grupos de alimentos sobre los que se preguntó, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a su consumo por categorías de nivel de peso:

a) Fruta fresca: Se observa que los porcentajes de jóvenes que no consumen fruta fresca aumenta a medida que disminuye el IMC, pero también ocurre lo mismo con los que la consumieron 5 o más veces en los últimos 7 días (Gráfico 5.10).

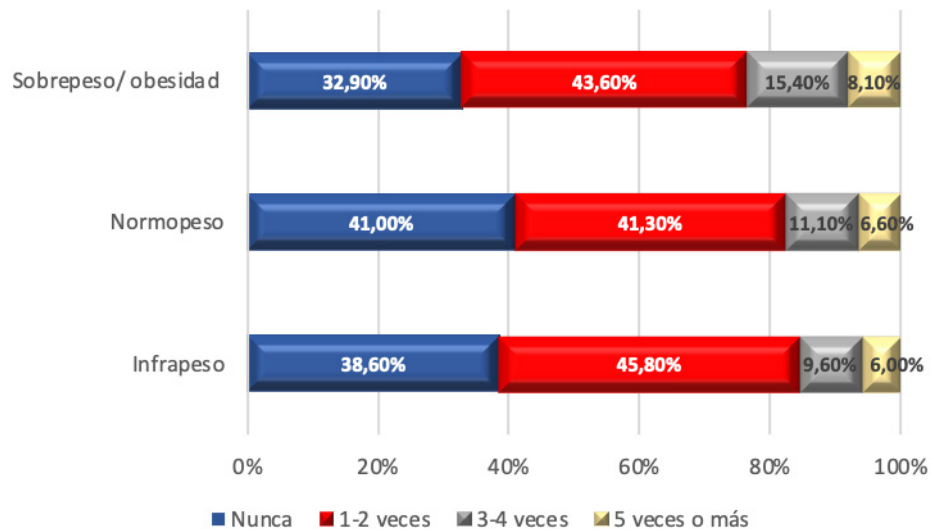
Gráfico 5.10. Consumo de fruta fresca en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso



b) Refrescos con azúcar: El mayor porcentaje de jóvenes consumidores de refrescos con azúcar la última semana fueron aquellos con sobrepeso/

obesidad, y también los que los consumieron con mayor frecuencia (Gráfico 5.11).

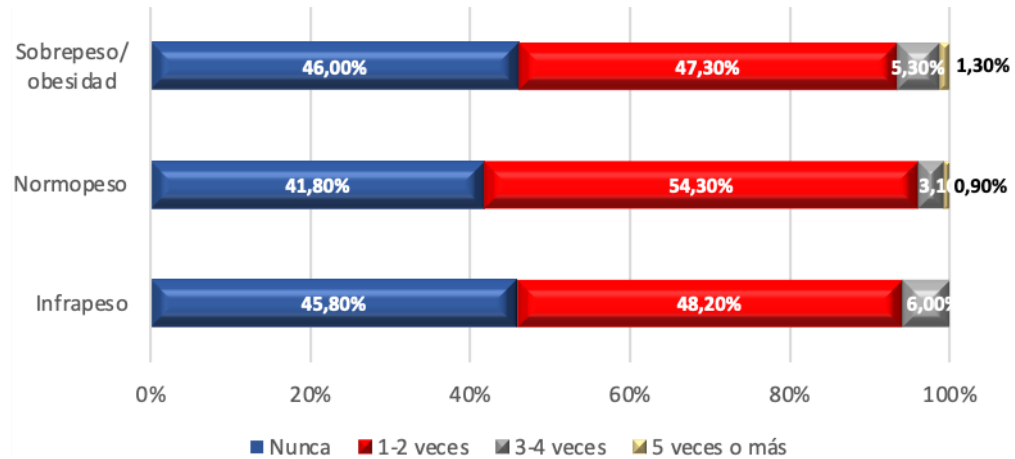
Gráfico 5.11. Consumo de refrescos con azúcar en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso



c) Comida rápida: Hay un mayor porcentaje de jóvenes con normopeso que la consumen, pero es ligeramente más frecuente en el grupo de sobre-

peso/obesidad el consumirla 5 o más veces en los últimos 7 días (Gráfico 5.12).

Gráfico 5.12. Consumo de comida rápida en los últimos 7 días, por categorías de nivel de peso



d) Respecto al consumo de legumbres, al clasificar en 3 categorías de IMC se observa que a medida que aumenta éste son más los jóvenes que no consumen nunca legumbres (Gráfico 5.13) y al clasificar el IMC en 4 categorías se establece que ninguno de los jóvenes con obesidad las ha consumido en 5 o más ocasiones, el 83,3% 1-2 veces y el 8,3% ninguna vez en la última semana, aunque si separamos por sexos, ninguna de las chicas con

obesidad tomaron legumbres más de 1-2 veces en la última semana, mientras que un 16,7% de los chicos obesos lo hizo 3-4 veces. Aquellos con sobrepeso también han consumido legumbres con alta frecuencia: el 62,7% en 1-2 ocasiones, el 22,7% en 3-4 ocasiones, sin apenas diferencias entre sexos ni con los grupos de normo y sobre todo de infrapeso (Gráficos 5.14 y 5.15).

Gráfico 5.13. Consumo de legumbres en los últimos 7 días, por categorías de nivel de peso (3 categorías)

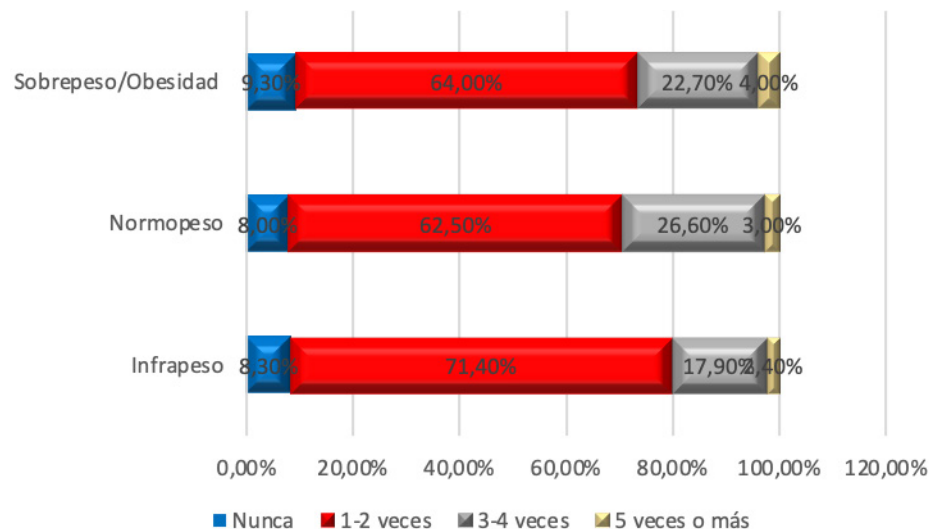


Gráfico 5.14. Consumo de legumbres en los últimos 7 días, por categorías de nivel de peso (4 categorías)

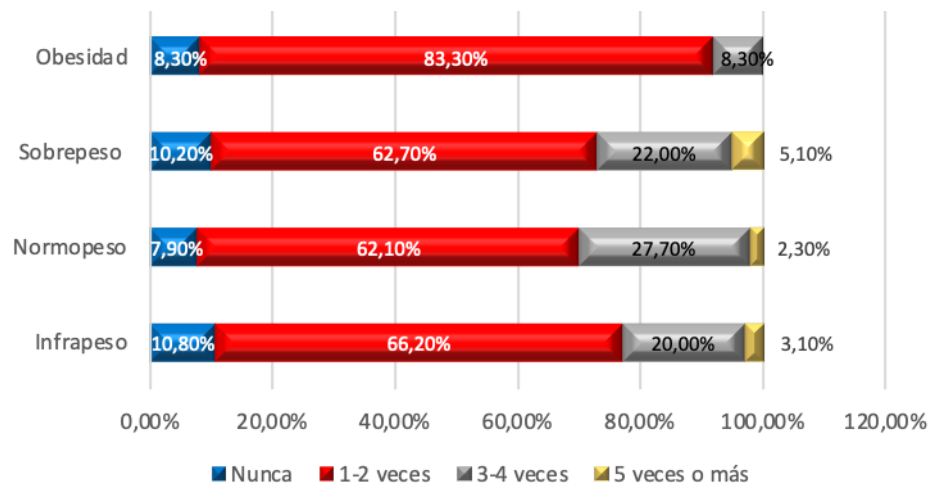
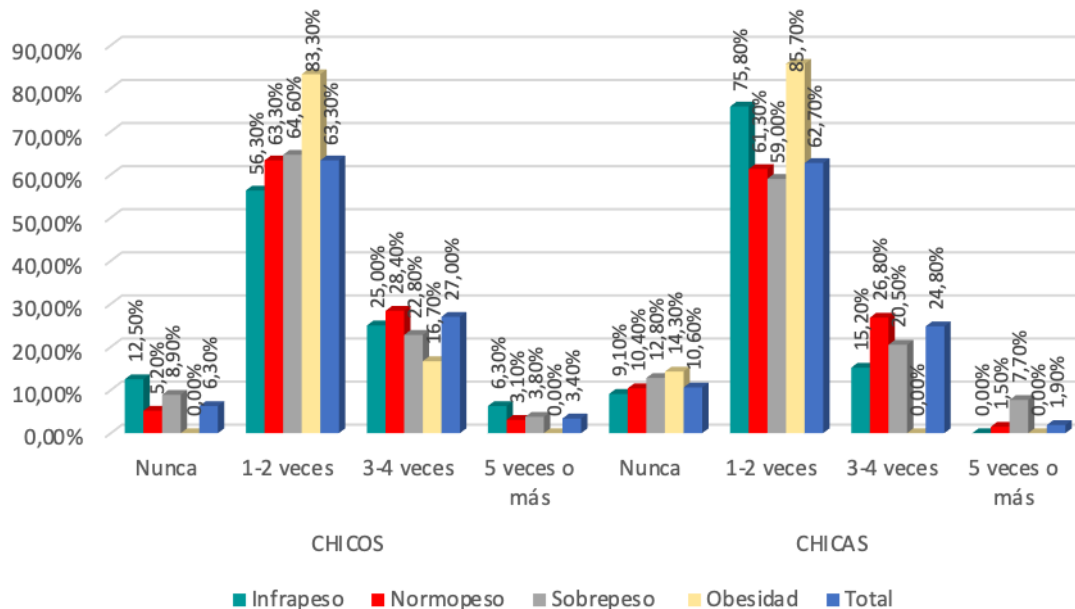


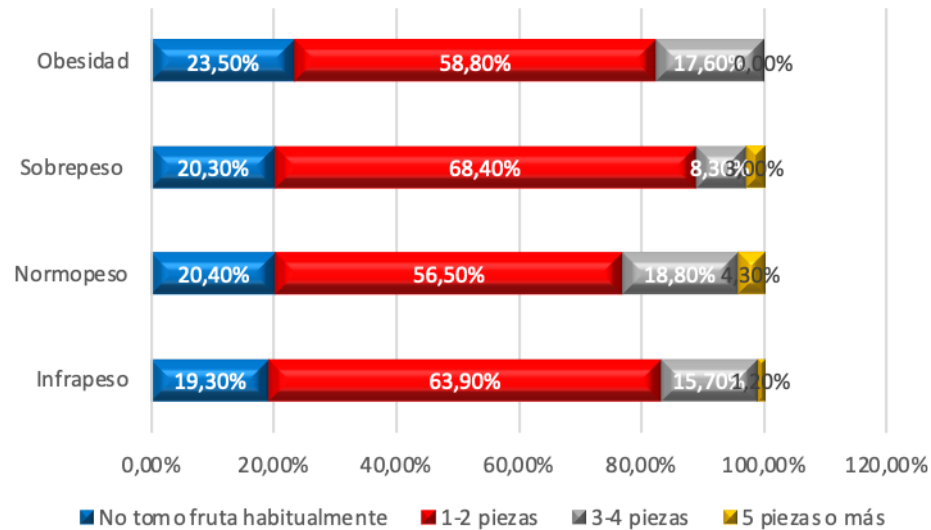
Gráfico 5.15. Consumo de legumbres en los últimos 7 días, por categorías de nivel de peso y sexo



e) Piezas de fruta: Hay una relación inversa entre el número de jóvenes que consumen fruta y el IMC:

a mayor IMC más son los que no la consumen nunca (Gráfico 5.16).

Gráfico 5.16. Consumo de fruta, por categorías de nivel de peso

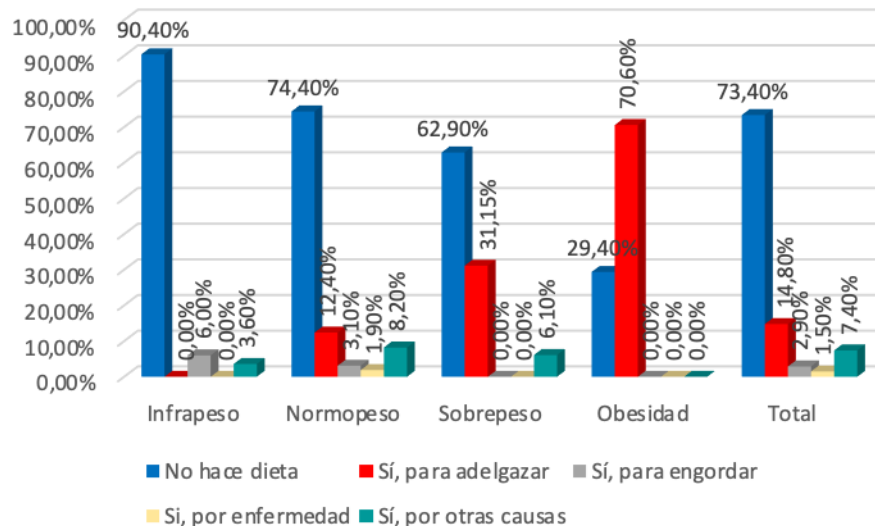


REALIZACIÓN DE DIETAS ESPECIALES

El 26,6% de los jóvenes realizó dietas especiales o modificó la dieta habitual durante el último año, principalmente los que entran en la categoría de obesidad (70,6%) y sobrepeso (37,1%), todos ellos para adelgazar

en el primer caso, y el 6,1% por otros motivos en el segundo. Entre los jóvenes con peso normal modificó su dieta el 25,6%, mientras que en el grupo de infrapeso lo hizo solo el 9,6%, el 6% para engordar y el 3,6% por otros motivos (Gráfico 5.17).

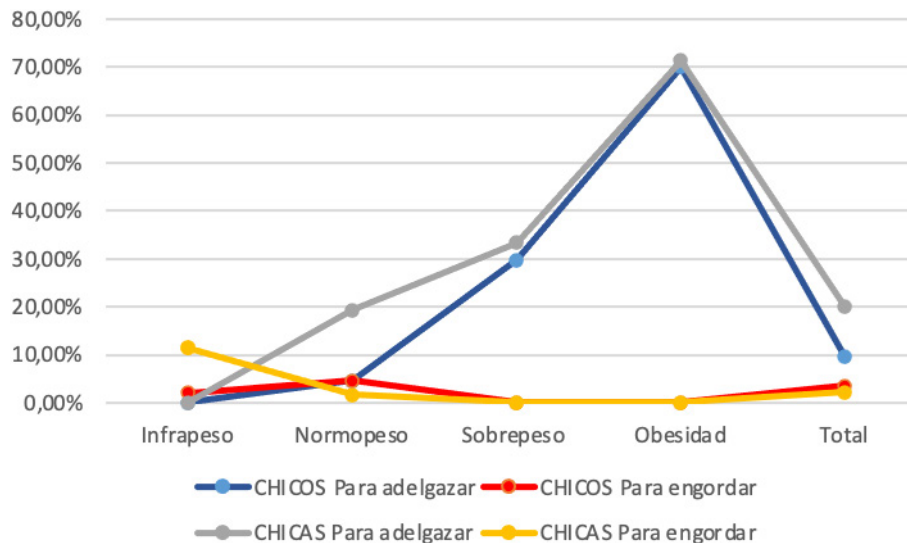
Gráfico 5.17. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses, según las categorías de nivel de peso.



En todas las categorías fue mayor el porcentaje de chicas que hicieron dieta para adelgazar, con especial diferencia entre sexos en el grupo de jóvenes que tienen un IMC normal (14,7% de diferencia). También el 11,4% de chicas con infrapeso hizo dieta para engordar, frente al 2,1% de los chicos de la misma categoría de peso (Gráfico 5.18)

Debido al reducido número de sujetos en algunas categorías, principalmente en el grupo de estudiantes con obesidad, en algunos casos no es posible establecer la significación estadística.

Gráfico 5.18. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses para perder o ganar peso, según las categorías de nivel de peso y sexo





6. Descanso

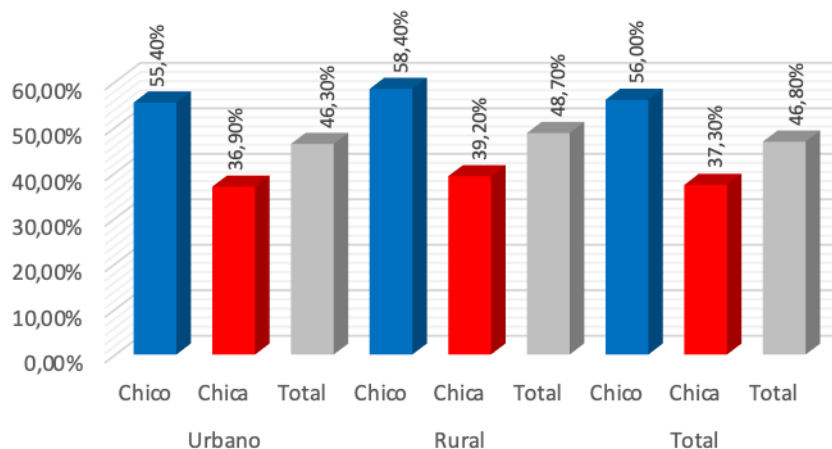
El cuestionario incluye dos preguntas dirigidas a recoger información sobre el descanso en los jóvenes: cuántas horas aproximadas duermen al día (incluyendo las siestas), y si tienen la sensación de haber descansado al levantarse por la mañana.

La media de horas de sueño es de 7,51 (DE = 1,3) El 31,9% de los jóvenes refiere dormir 8 horas al día, y el 71,8% entre 7 y 9 horas. Las chicas duermen de media algo menos que los chicos (7,46 y 7,56 horas respectivamente), pero estas diferencias no son significativas,

y tampoco lo son por ámbito (7,52 horas los de medio urbano y 7,50 los de medio rural).

El 53,2% de los jóvenes se levantan con sensación de no haber descansado, siendo únicamente el 37,3% de las chicas y el 56% de los chicos los que tienen sensación de descanso nocturno ($p < 0,001$). Las chicas del medio urbano son las que en menor proporción (36,9%) descansan tras haber dormido, mientras que la mayoría de los chicos del medio rural (58,4%) se levantan con sensación de haber descansado ($p < 0,001$) (Gráfico 6.1).

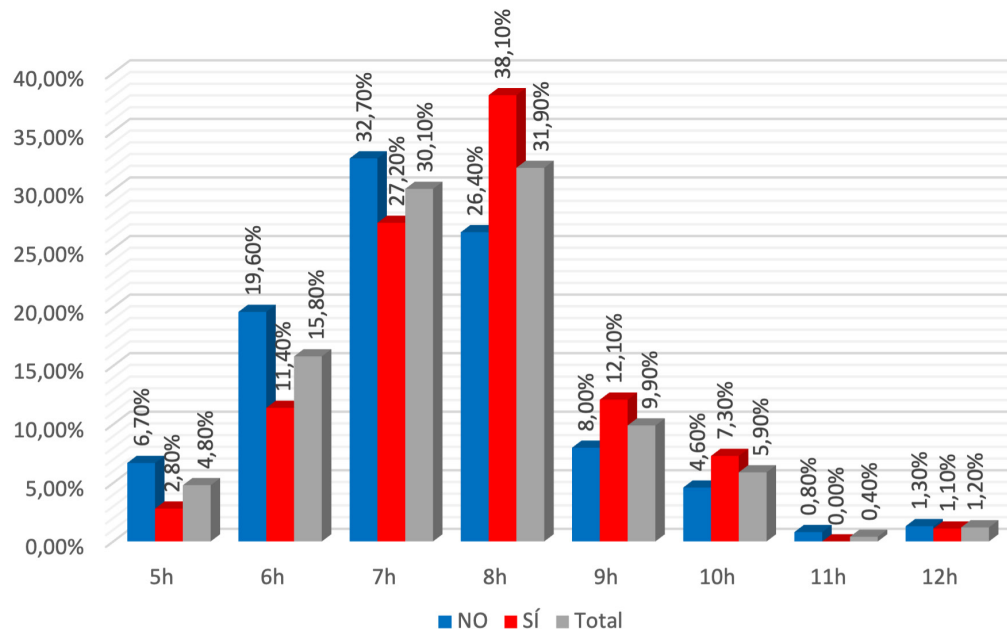
Gráfico 6.1. Distribución de jóvenes con sensación de descanso nocturno, por sexo y ámbito geográfico



Los estudiantes que no tienen sensación de descanso nocturno duermen de media 7,32 horas al día, mientras que aquéllos que sí se levantan con sensación de haber descansado duermen una media de 7,73 horas al día ($p < 0,001$) (Prueba T para igualdad de medias sin asumir varianzas iguales).

La mayoría de los jóvenes que refieren tener sensación de descanso nocturno duermen 7 u 8 horas (65,3%), mientras que el 14,2% duermen 5 o 6 horas y el 20,5% entre 9 y 12 horas ($p < 0,001$) (Gráfico 6.2).

Gráfico 6.2. Sensación de descanso nocturno según las horas diarias de sueño



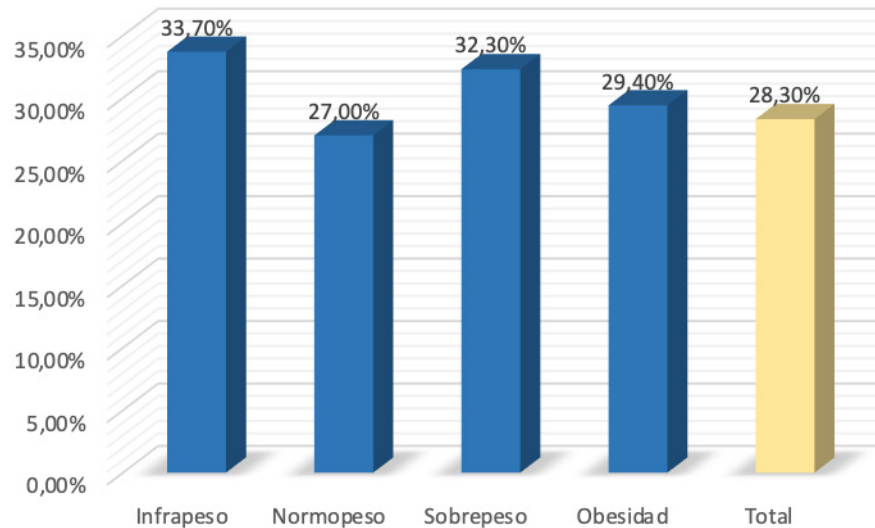
7. Índice de masa corporal, alimentación, actividad física y descanso

A. ÍNDICE DE MASA CORPORAL VS. ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA

El 28,3% de los jóvenes no realizan actividad física (al menos 30 minutos a lo largo del día, que haga

respirar más deprisa o sudar). Este porcentaje alcanza el 33,7% en los jóvenes con un peso menor del normal, el 32,3% en los que tienen sobrepeso y el 29,4% en aquellos con obesidad, no siendo estas diferencias significativas estadísticamente (Gráfico 7.1).

Gráfico 7.1. Distribución de adolescentes que no realizan ejercicio físico en el tiempo libre, por categorías de nivel de peso

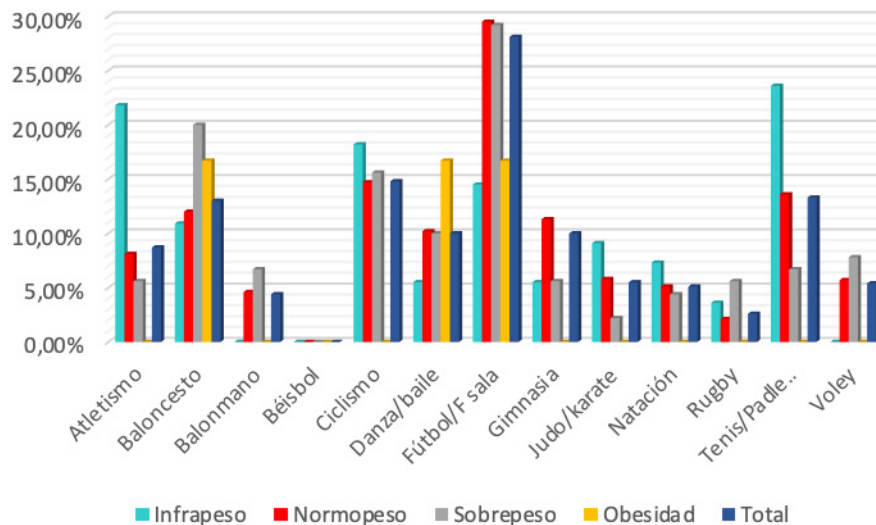


Considerando solo los estudiantes que realizan ejercicio, hay diferencias significativas por categorías de peso respecto a la frecuencia de actividad física semanal ($p = 0,038$): ninguno de los jóvenes con obesidad que realizan ejercicio lo hace más de 4 días por semana (el 25% lo hace 1-2 días y el 75% restante 3-4 días), mientras que entre el 16% (infrapeso) y el 30% (normopeso) de los jóvenes de las demás categorías realizan actividad física más de 4 días a la semana. En relación al número de horas que emplean cada día las diferencias no son significativas, pero son los jóvenes con obesidad los que menos tiempo diario emplean (el 25% menos

de una hora) mientras que casi el mismo porcentaje de jóvenes con infrapeso emplean más de 2 horas (22,2%).

Si tenemos en cuenta el total de adolescentes, el deporte practicado en mayor porcentaje es el fútbol o fútbol sala (28,1%), aunque los de la categoría de obesidad lo practican en la misma proporción que la danza o baile y el baloncesto (16,7%) y prácticamente no realizan ninguno de los demás deportes. En los estudiantes con infrapeso, sin embargo, el fútbol ocupa el cuarto lugar (14,5%), precedido por el tenis, padle, badmington y tenis de mesa (23,6%) ($p = 0,015$), el atletismo (21, %) y el ciclismo (18%) (Gráfico 7.2).

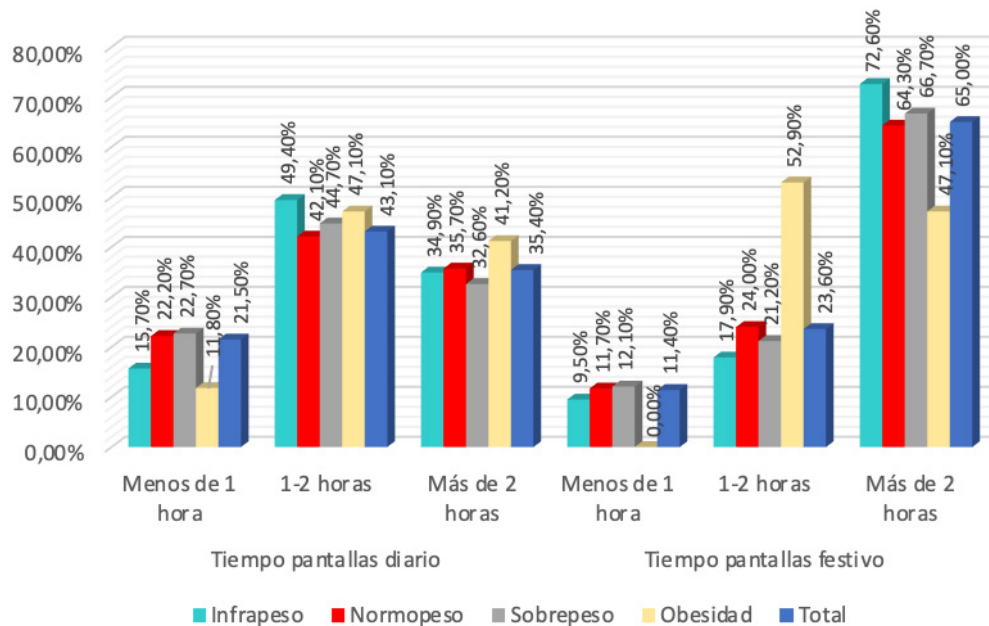
Gráfico 7.2. Tipo de actividad física realizada por categorías de nivel de peso



Respecto al tiempo que emplean los jóvenes sentados frente a pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil...), los que tienen obesidad son los que pasan más horas los días de diario: el 41,2% está más de 2 horas frente a pantallas, seguido de los jóvenes con infrapeso (34,9% más de 2 horas, 49,4% entre 1 y 2 horas). Estas diferencias no son estadísticamente significativas,

y tampoco las de los fines de semana o festivos: ninguno de los jóvenes con obesidad está menos de 1 hora frente a pantallas, empleando entre 1 y 2 horas el 52,9% de ellos y más de 2 horas el 47,1% restante. Los jóvenes con infrapeso son los que más tiempo pasan frente a pantallas, con un 72,6% que emplean más de 2 horas (Gráfico 7.3).

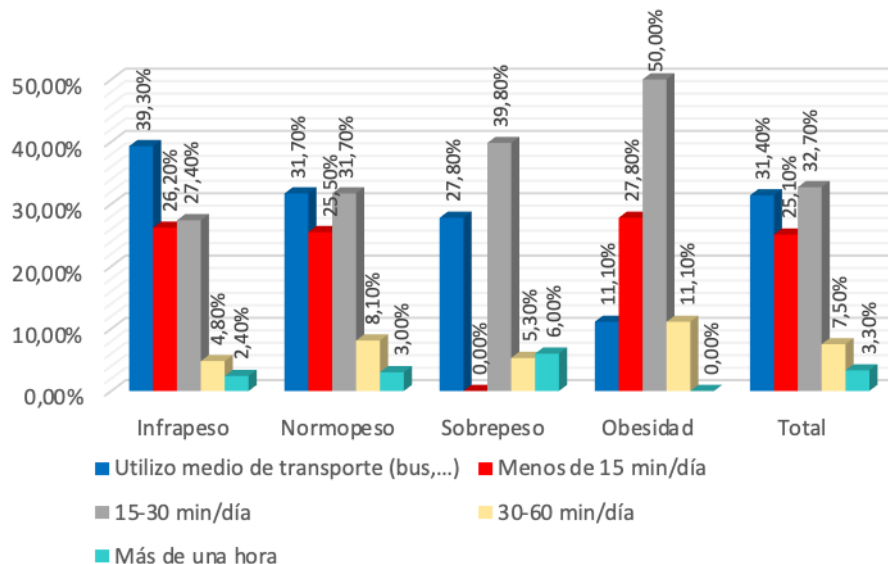
Gráfico 7.3. Tiempo de pantalla días de diario y fines de semana, por categorías de nivel de peso



En cuanto al tiempo diario invertido en caminar o montar en bicicleta para desplazarse hasta el centro escolar, la mayoría emplean en ello entre 15 y 30 minutos diarios (32,7%), siendo mayoritarios en este grupo los jóvenes con obesidad (50%), que a su vez son los

que menos utilizan medio de transporte (11,1%), utilizado sobre todo por los jóvenes con infrapeso (39,3%) (Gráfico 7.4), sin poder establecer asociación estadísticamente significativa entre las diferentes categorías de nivel de peso.

Gráfico 7.4. Tiempo de desplazamiento al centro escolar, caminando o en bicicleta, por categorías de nivel de peso



B. ÍNDICE DE MASA CORPORAL VS. DESCANSO

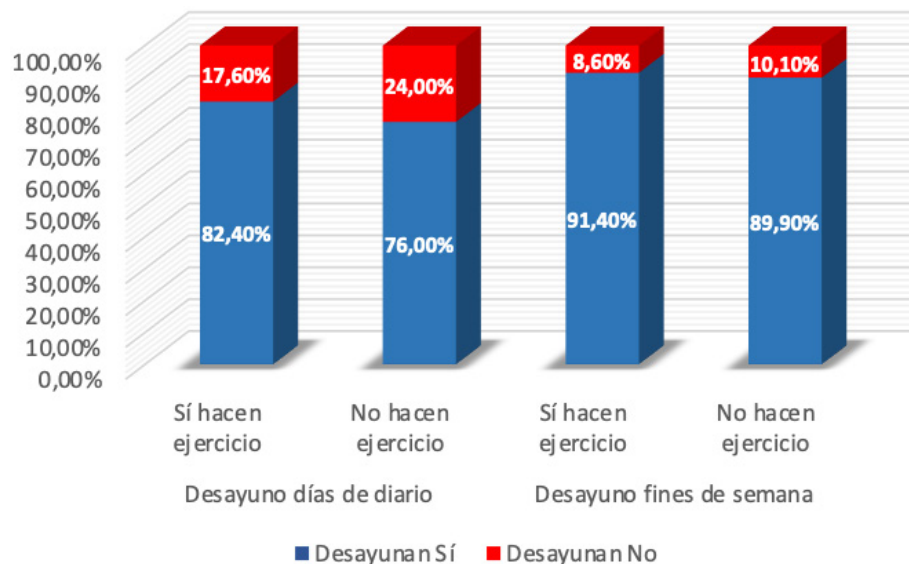
La mayoría de los jóvenes, 53,2%, refiere no tener sensación de descanso nocturno, sin hallarse asociación estadísticamente significativa según las categorías de nivel de peso, aunque son los jóvenes con infrapeso los que más sensación de descanso tienen, 53%, y este porcentaje va disminuyendo a medida que aumenta la categoría de nivel de peso. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número medio de horas de sueño al día y las distintas categorías

de nivel de peso, siendo 7,7 horas la media de horas de sueño al día.

C. ALIMENTACIÓN VS. ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA

Los jóvenes que no realizan actividad física se saltan el desayuno (24%, $p = 0,019$) y la cena (3,5%, $p = 0,044$) con más frecuencia los días de diario. Lo mismo ocurre los festivos/fines de semana, pero en este caso la diferencias no son significativas (Gráfico 7.5).

Gráfico 7.5. Realización de ejercicio físico y hábito de desayunar

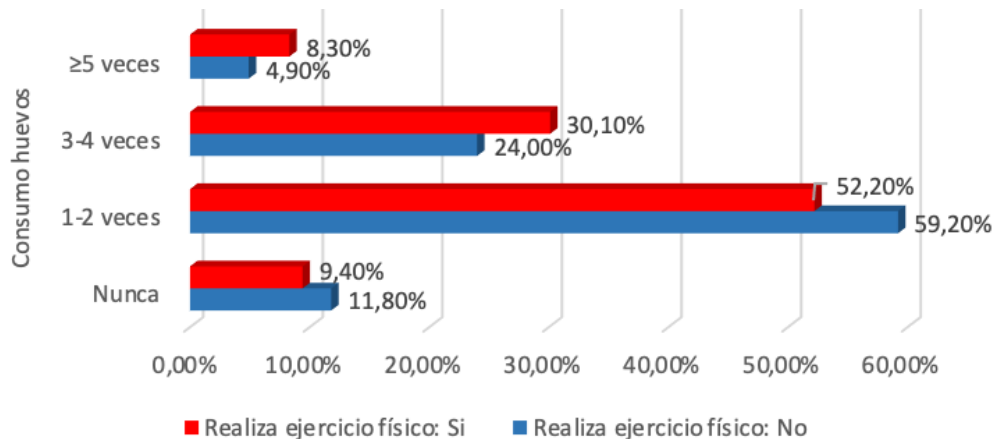


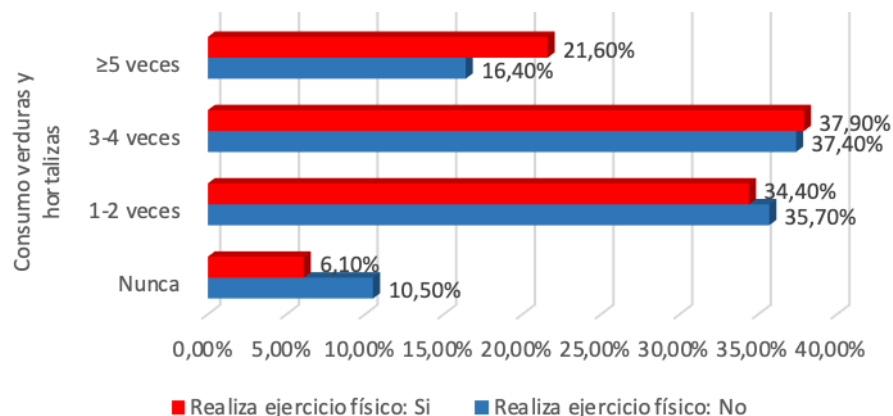
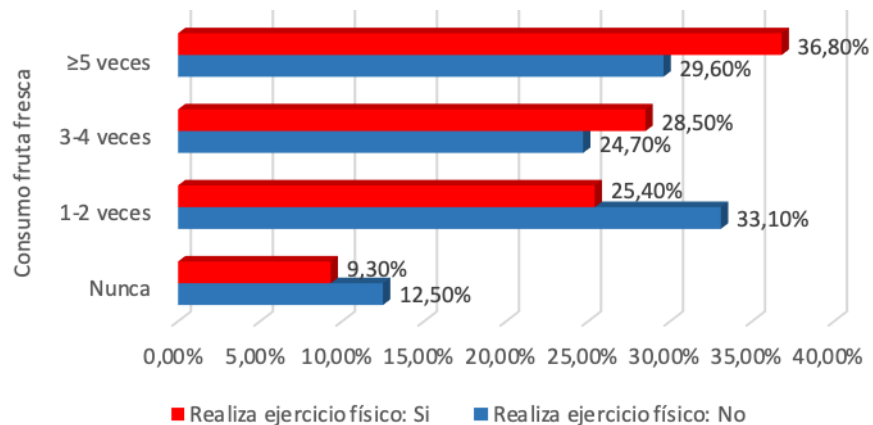
Es mayor el porcentaje de jóvenes que come/cena viendo la TV entre aquellos que no realizan actividad física (80,5% frente al 76% de los que hacen ejercicio), aunque estas diferencias no son significativas.

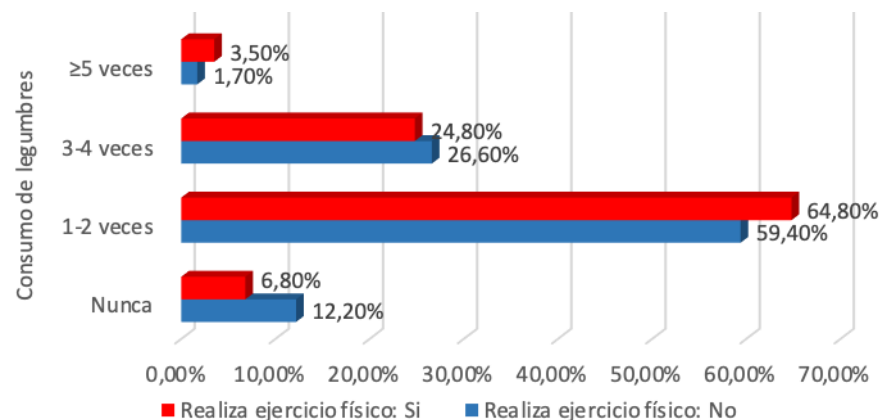
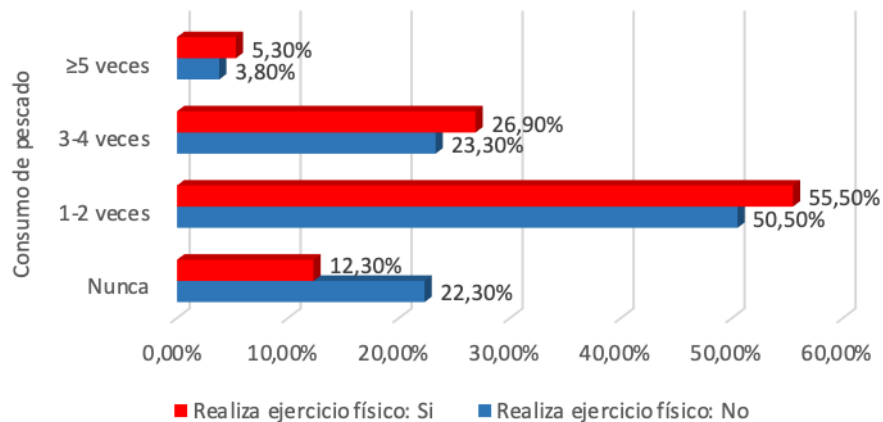
La ausencia de actividad física muestra además una asociación estadísticamente significativa con otros hábitos poco saludables: estos jóvenes consumen más snacks

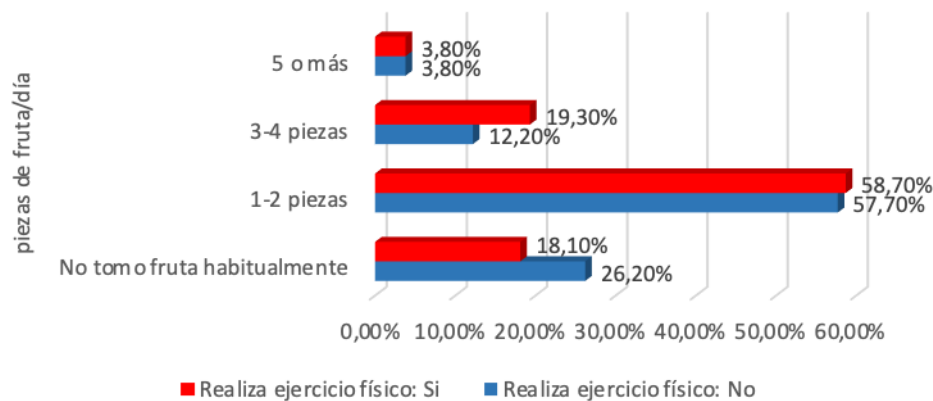
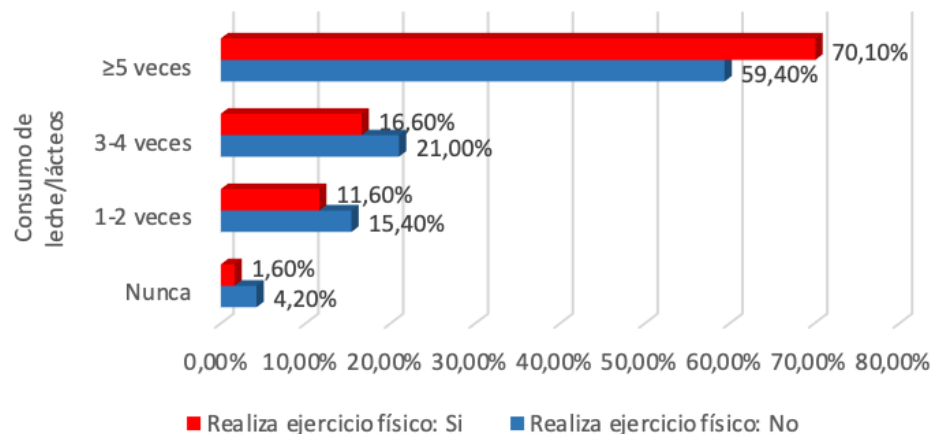
($p = 0,016$), dulces/bollería ($p = 0,003$), refrescos con azúcar ($p = 0,001$) y comida rápida ($p = 0,006$). En cambio, los jóvenes que sí practican ejercicio consumen más fruta fresca ($p = 0,013$), verduras y hortalizas ($p = 0,044$), huevos ($p = 0,029$), pescado ($p = 0,001$), legumbres ($p = 0,014$), leche y lácteos ($p = 0,003$), así como un mayor número de piezas de fruta diarias ($p = 0,005$) (Gráfico 7.6).

Gráfico 7.6. Consumo en los últimos 7 días de huevo, pescado, fruta fresca, verduras y hortalizas, legumbres, leche y lácteos y piezas de fruta/día en relación a la realización de ejercicio físico









Los adolescentes que emplean más tiempo frente a las pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil...) en los días de diario son los que más se saltan el desayuno, tanto días de diario como festivos: no desayunan el 24,7% de los estudiantes que pasan más de 2 horas, el 18,9% de los que pasan 1-2 horas y el 11,8% de los que pasan menos de una hora ($p = 0,001$) (Gráfico 7.7), y el fin de semana no desayunan el 12,2%, 8,9% y 4,5% respectivamente ($p = 0,007$). Sin embargo, hay

una relación inversa entre el tiempo que pasan frente a pantallas el fin de semana y la realización de la merienda también festivos/fines de semana: se la saltan menos los que emplean más horas frente a pantallas ($p = 0,034$) (Gráfico 7.8). También se observa que los adolescentes que están menos de 1 hora frente a pantallas los festivos son los que más se saltan el desayuno los días de diario ($p = 0,014$).

Gráfico 7.7. Realización de desayuno en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario

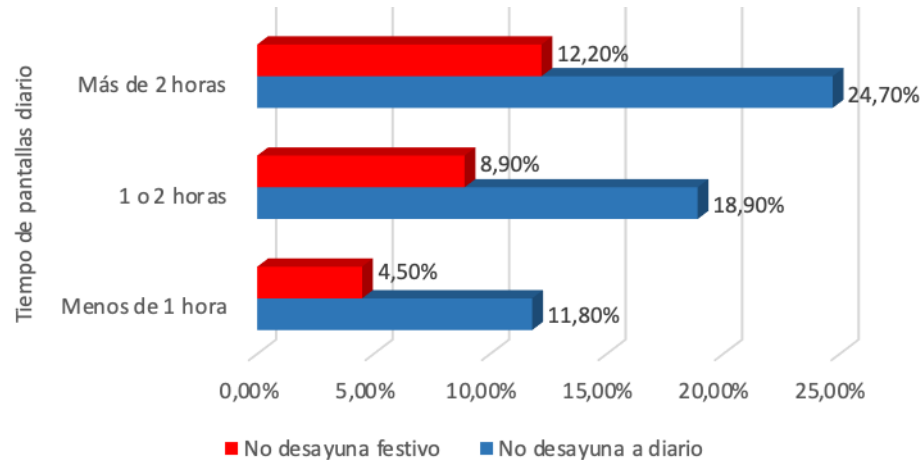


Gráfico 7.8. Ingesta de merienda en relación al tiempo frente a pantallas en días festivos/fin semana



Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de consumo de distintos grupos de alimentos, respecto al número de horas frente a pantallas, tanto en días de diario como festivos. Así, el grupo de adolescentes que emplean más de dos horas frente a pantallas los días de diario consume mayor cantidad de snacks (patatas fritas de bolsa, gusanitos...), dulces, bollería y golosinas, refrescos con azúcar, pasta, arroz y patatas, legumbres y embutidos, y por el contrario, son los que pasan menos de una hora frente a pantallas los que menos consumen estos alimentos (Gráfico 7.9).

Lo mismo ocurre los fines de semana, excepto en el caso de las legumbres y embutidos, en que las diferencias no son significativas. También se ha visto diferencia en el consumo de bebidas vegetales (soja,..) y el tiempo frente a pantallas el fin de semana, con un mayor n.º de consumidores entre aquellos que las utilizan menos de 1 hora (Gráfico 7.10).

Se observa lo mismo respecto al consumo de comida rápida, aunque en este caso no puede establecerse la significación por el bajo número de casos en alguna de las categorías.

Gráfico 7.9. Frecuencia de consumo de dulces, refrescos, pasta/arroz/ patatas, legumbres y embutidos en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario

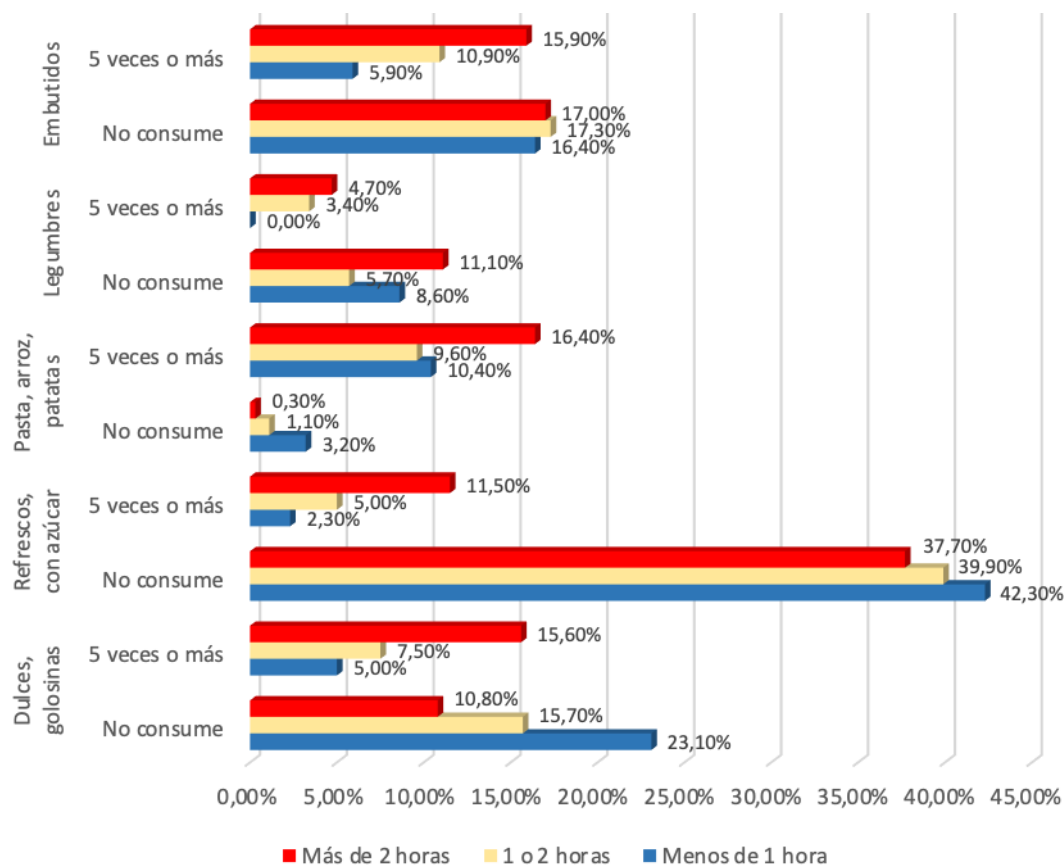
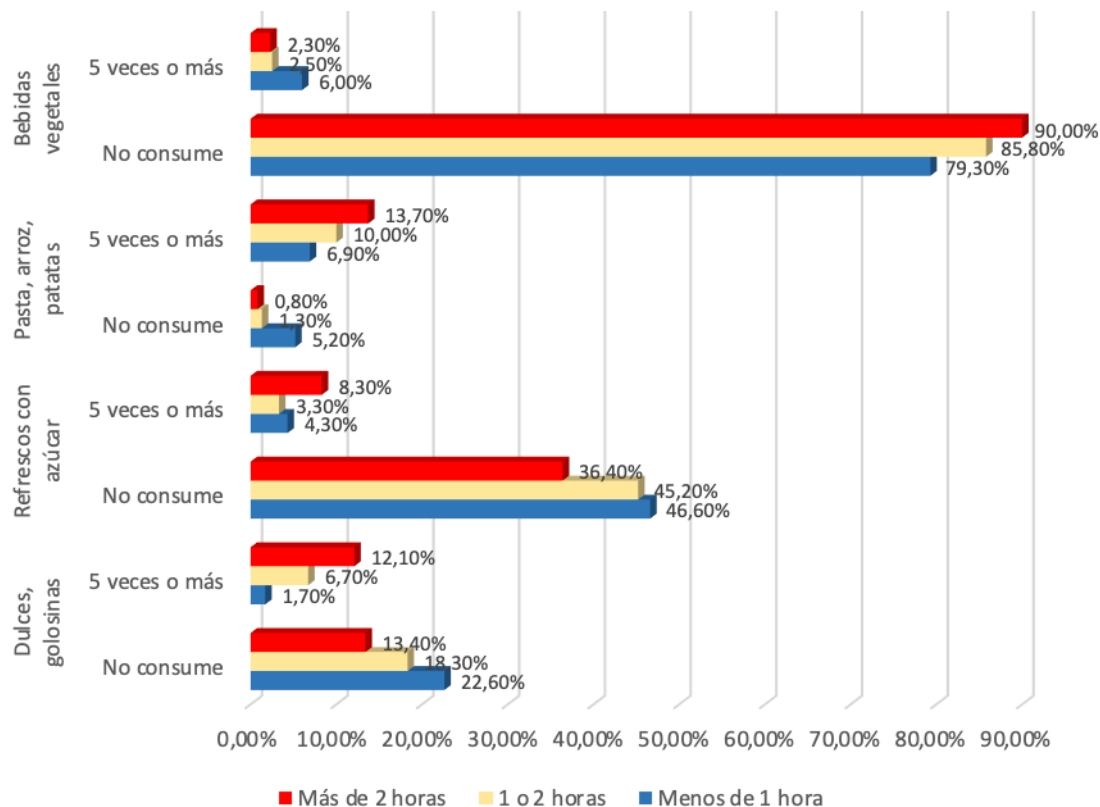


Gráfico 7.10. Frecuencia de consumo de dulces, refrescos y pasta, arroz y patatas en relación al tiempo frente a pantallas en fines semana/festivos



No existen diferencias significativas en la frecuencia de consumo de lácteos, snacks, fruta fresca, verduras, dulces, refrescos, huevos, carne, pescado, pan y cereales, legumbres y embutidos en relación al tiempo de desplazamiento al centro escolar. Se observa un mayor consumo de comida rápida y de bebidas vegetales y un menor porcentaje de consumidores de pasta, arroz y patatas en aquellos que emplean más de una hora al día en desplazarse al centro escolar andando o en bicicleta, pero no puede establecerse la significación.

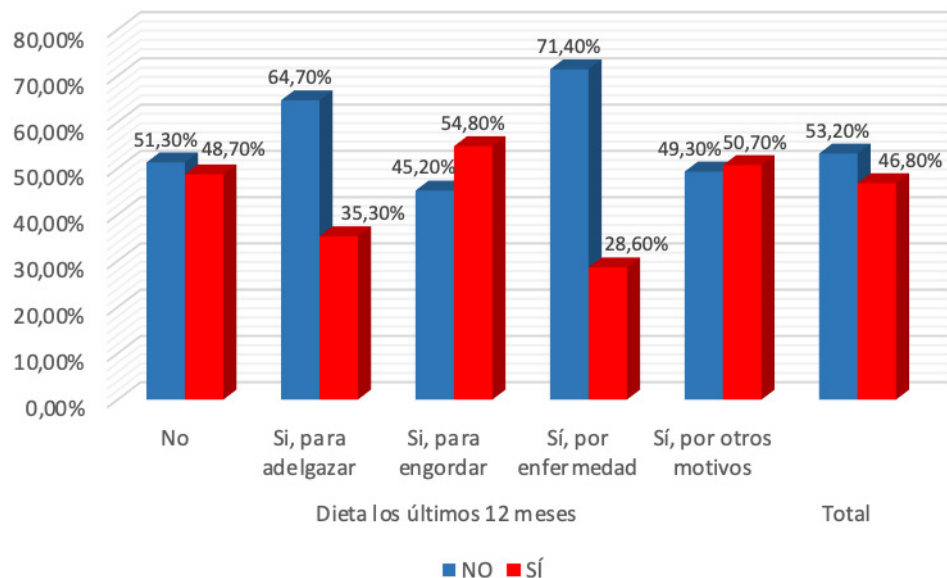
D. ALIMENTACIÓN VS. DESCANSO

Los jóvenes que se levantan con sensación de haber descansado se saltan con menor frecuencia el desayuno y la cena tanto los días de diario (14%, $p < 0,001$ y 0,8%, $p = 0,010$ respectivamente) como los de fin de semana o festivos (5,9%, $p = 0,001$, y 1,5%, $p = 0,040$) y el almuerzo los días de diario (17,6%) en comparación

con los que no descansan (28,3%, $p = 0,015$). Por otro lado, el 81,0% de los adolescentes que se saltan la cena los días de diario y el 73,1% en los días de fin de semana o festivos refieren no descansar por la noche en comparación con el 52,7% que sí cenan ($p = 0,010$ y $p = 0,040$ respectivamente). No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la sensación de descanso nocturno entre los jóvenes que cenan viendo la televisión y los que no.

Los jóvenes que siguen alguna dieta especial o han realizado modificaciones en su dieta habitual, principalmente por motivos de enfermedad o para adelgazar, son los que en mayor porcentaje indican no tener sensación de descanso nocturno, de los cuales el 71,4% y 64,7% refieren no descansar tras dormir por la noche, en comparación con los que no han modificado o lo han hecho para engordar (45,2%) u otros motivos (49,3%) ($p = 0,016$) (Gráfico 7.11).

Gráfico 7.11. Sensación de descanso nocturno según el tipo de dieta



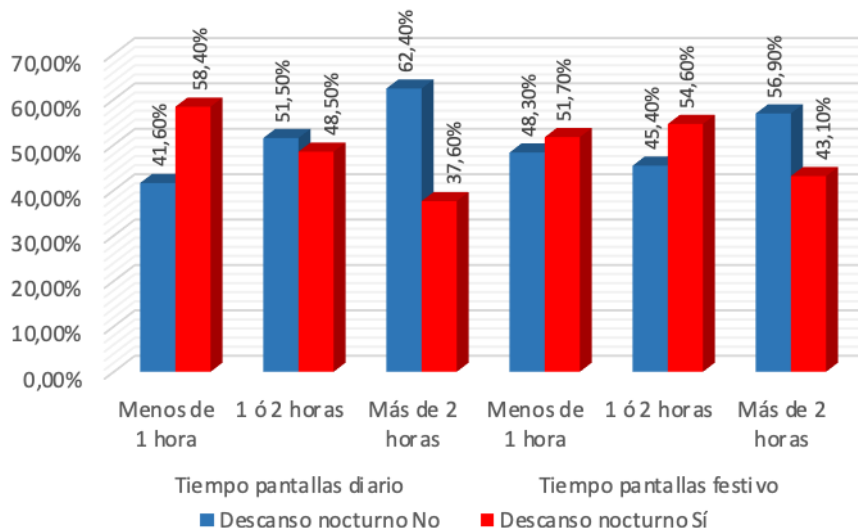
Los jóvenes que duermen menos de 7 horas son los que más se saltan el desayuno los días de diario (32,2%) mientras que aquéllos que duermen de 7 a 9 horas se lo saltan en menor proporción (14,6%) ($p < 0,001$). En los días de fin de semana o festivos, también son los que duermen menos de 7 horas los que más se saltan el desayuno (15,6%, $p < 0,001$).

E. ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA VS. DESCANSO

Los jóvenes que no realizan actividad física se levantan sin sensación de haber descansado por la noche en mayor proporción que los que sí hacen ejercicio: 62,2% y 49,7% respectivamente ($p < 0,001$).

También se observa que el estar más tiempo frente a pantallas los días de diario y fines de semana o festivo está asociado con un peor descanso nocturno: los días de diario, el porcentaje de adolescentes que refieren tener sensación de descanso al levantarse es menor cuanto mayor es el tiempo de utilización de pantallas: se levanta descansado el 58,4% de los que pasan menos de 1 hora frente a pantallas, y sólo el 37,6% de los que emplean más de 2 horas ($p < 0,001$). Los fines de semana/ festivos también hay diferencias significativas, con menor sensación de descanso en aquellos jóvenes que utilizan pantallas más de 2 horas (43,1%), pero los que más refieren descansar son los que están entre 1 y 2 horas frente a pantallas (54,6%, $p = 0,005$) (Gráfico 7.12).

Gráfico 7.12. Tiempo de pantallas y sensación de descanso nocturno



El 73,5% de los que duermen 7-9 horas realizan actividad física ejercicio, el 70,2% de los que duermen entre 5 y 7 horas y solo el 63,5% de los que duermen

más de 9 horas, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

8. Sustancias tóxicas

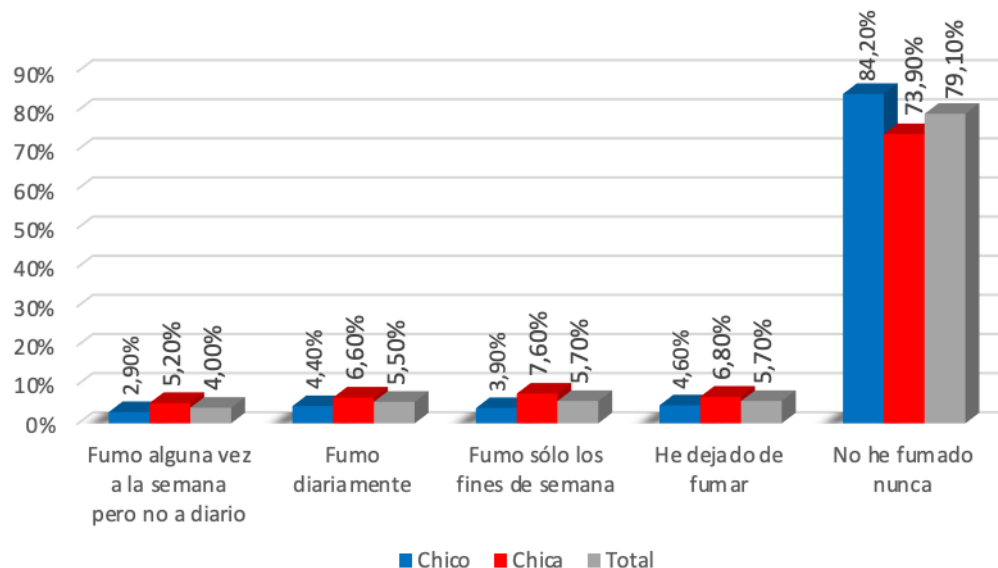
8.1. TABACO

Para valorar los hábitos de los adolescentes respecto al tabaco, se realizaron ocho preguntas acerca de: si los padres les permiten o no fumar, el consumo habitual de tabaco (frecuencia de consumo y número de cigarrillos que fuman al día), si han fumado más de 100 cigarrillos (5 paquetes) a lo largo de su vida, la edad a la que comenzaron a fumar, el hábito tabáquico de sus padres, si alguna persona fuma de forma habitual en casa y el tiempo que pasan en espacios cerrados con humo (dentro o fuera de casa).

El 96,0% de los adolescentes no tienen permiso de sus padres para fumar, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos y entre medio urbano y rural.

El 79,1% de los encuestados refiere no haber fumado nunca, mientras que el 5,5% dice hacerlo a diario y el 5,7% lo hace sólo fines de semana. Son más los chicos que no han fumado nunca (84,2%) en comparación con las chicas (73,9%), siendo ellas las que en mayor proporción fuman, tanto ocasionalmente los fines de semana o alguna vez durante la semana como todos los días ($p = 0,002$) (Gráfico 8.1.1).

Gráfico 8.1.1. Frecuencia de consumo de tabaco por sexo



También hay diferencias en cuanto a frecuencia de consumo de tabaco por ámbito geográfico ($p = 0,002$), con más jóvenes de medio urbano que no han fumado nunca (81,7% frente al 69,5% de medio rural).

Casi la mitad (47,6%) de los participantes que fuman actualmente declara consumir entre 2 y 5 cigarrillos/día (44,9% chicos-47,9% chicas), y el 35,7% un cigarrillo o caladas sueltas (32,7% chicos-38,3% chicas). El

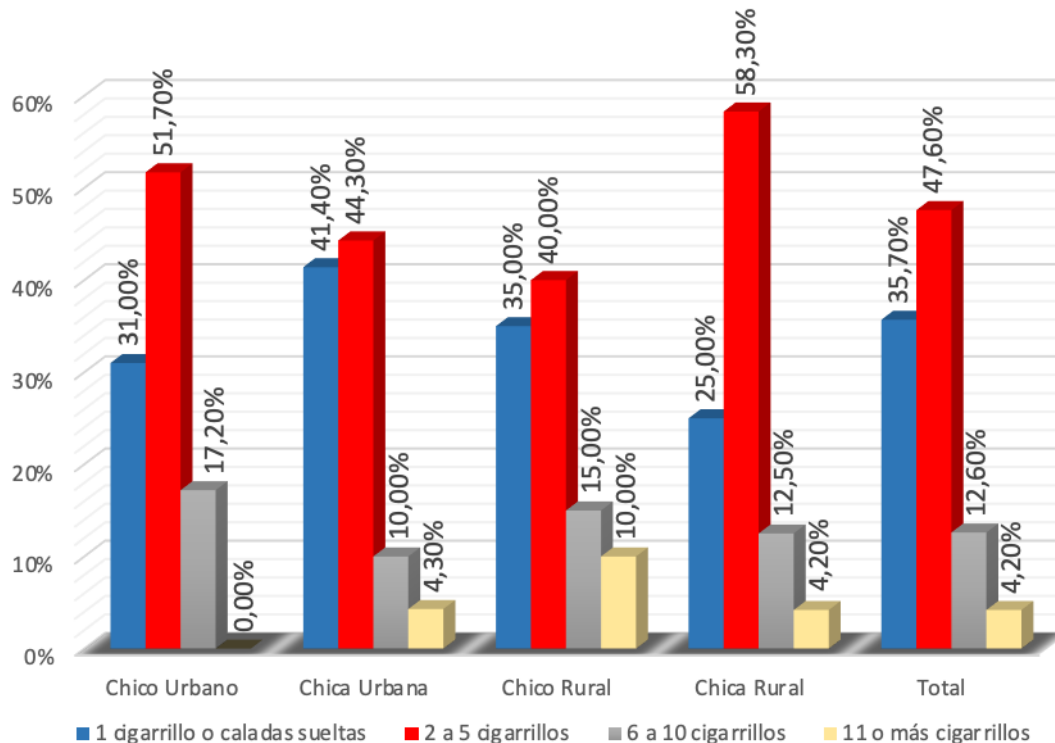
18,4% de los chicos fuman de 6 a 10 cigarrillos en comparación con el 10,6% de las chicas, y el 3,2% de las chicas y 4,1% de los chicos fuman 11 o más cigarrillos sin poder establecerse diferencias estadísticamente significativas, y tampoco por ámbito geográfico, aunque fuman más los jóvenes de medio rural que los del urbano.

Los que más fuman son los chicos de ámbito rural, con un 25% que consume más de 6 cigarrillos diarios,

frente al 17,2% de los chicos urbanos y el 16,7% y 14,3% de chicas rurales y urbanas respectivamente, aunque

estas diferencias no son estadísticamente significativas. (Gráfico 8.1.2).

Gráfico 8.1.2. Patrón de consumo de los fumadores, por sexo y ámbito geográfico



Entre los fumadores actuales y los exfumadores, el 54,9% afirman haber consumido más de 100 cigarrillos (5 paquetes de tabaco) a lo largo de su vida, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos y tampoco al tener en cuenta el ámbito geográfico, aunque se observa que los adolescentes de zona rural son los que en mayor proporción han fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida (61,5% de chicos y 58,8% de chicas de zona rural frente al 53,7% de chicos y 53,1% de chicas urbanos). La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 14 años (mínima 11 años y máxima 18), con diferencias estadísticamente significativas por sexo (chicos 14,25, chicas 13,91) pero no por ámbito.

Un 29,2% de los jóvenes convive con fumadores, sin diferencias por sexo ni ámbito geográfico, aunque la

mayoría de los padres y madres no han fumado nunca o son exfumadores (76,3% de los padres y 80% de las madres); sin embargo el 19,8% de los padres y el 15,9% de las madres fuman de forma habitual.

El 10,8% de los jóvenes están expuestos al tabaquismo pasivo en casa y el 11,7 fuera de casa los días de diario, principalmente las chicas ($p = 0,031$), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico.

Los fines de semana los adolescentes sufren una mayor exposición al tabaquismo pasivo, principalmente fuera de casa (31,2%, 14,9% en casa), con diferencias significativas por sexo y también por ámbito en cuanto al porcentaje de jóvenes expuestos fuera de casa más las chicas, $p = 0,001$ y más en medio rural ($p = 0,006$) (Gráficos 8.1.3 y 8.1.4).

Gráfico 8.1.3. Exposición al tabaquismo pasivo en casa por sexo y ámbito geográfico

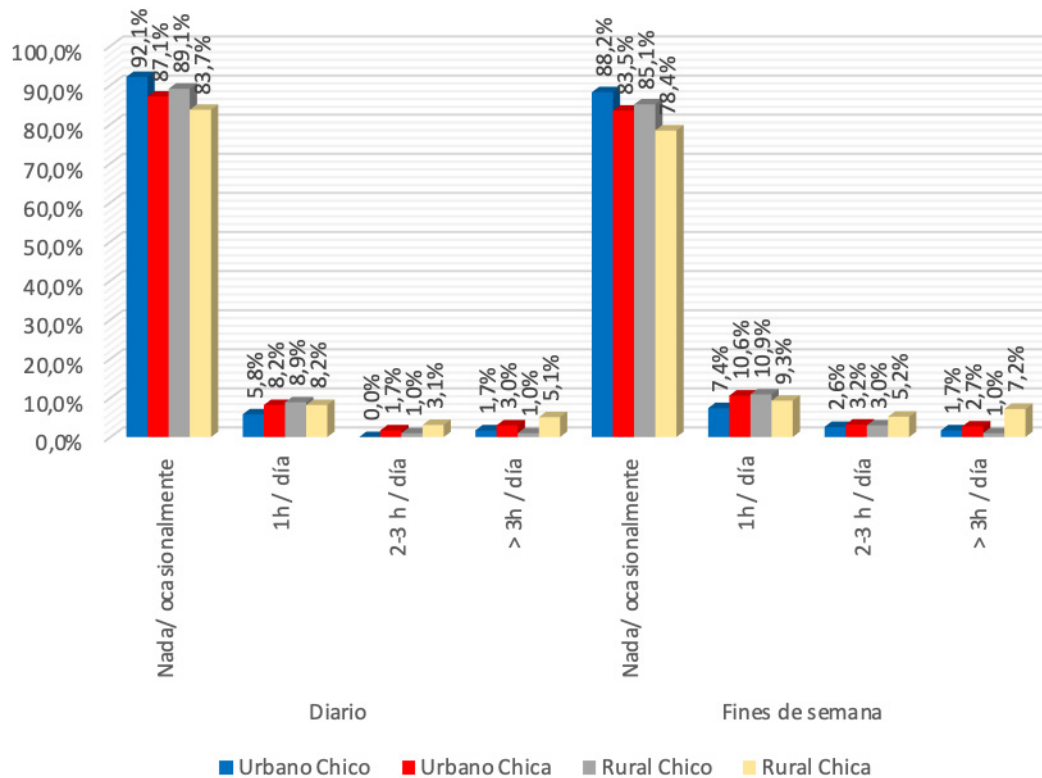
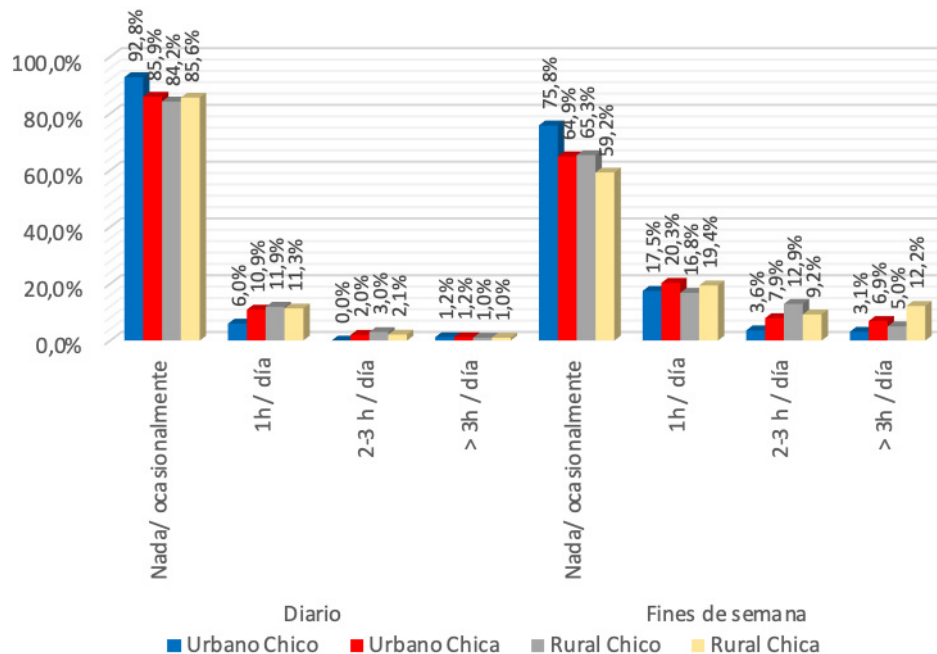


Gráfico 8.1.4. Exposición al tabaquismo pasivo fuera de casa por sexo y ámbito geográfico



8.2. ALCOHOL

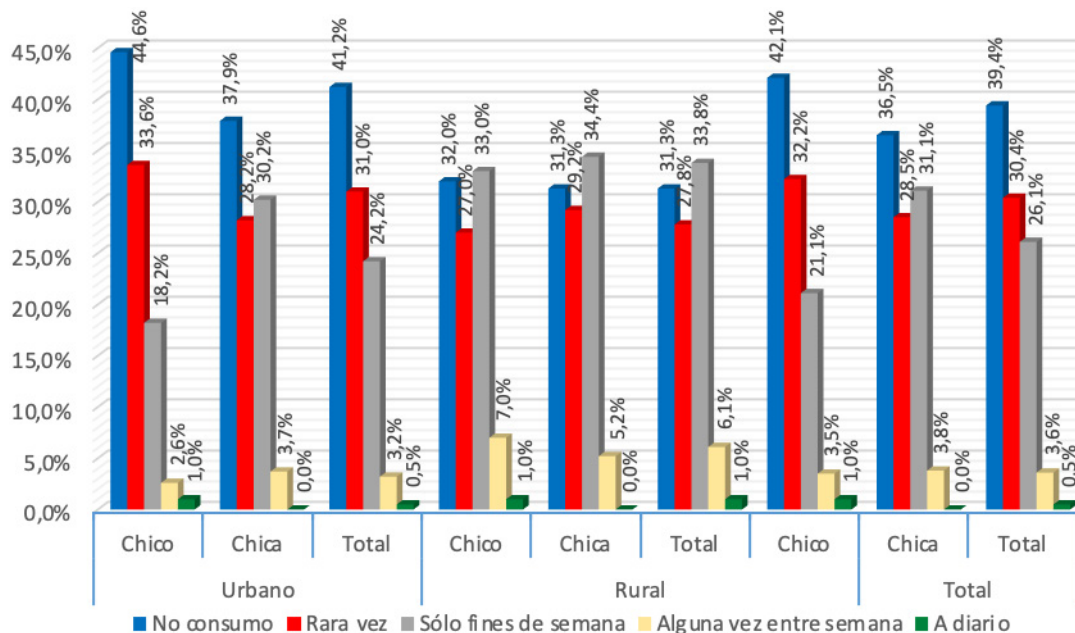
En este apartado, cuya finalidad es valorar el consumo de alcohol de los jóvenes de Castilla y León, se incluyeron siete preguntas sobre consumo de algún tipo de bebida alcohólica en los últimos 30 días, frecuencia con la que suelen consumir bebidas alcohólicas, a qué edad iniciaron el consumo de esta clase de bebidas con una periodicidad semanal o mayor, el tipo de bebida que suelen consumir en los días de diario y los fines de semana o festivos, si en los últimos 30 días han consumido alguna vez 6 o más unidades de alcohol en el mismo día (cada caña de cerveza, vaso de vino, sidra o vermut equivale a 1 unidad de alcohol, cada cubata o licor sin combinar equivale a 2 unidades de alcohol), si en los últimos 30 días se han emborrachado alguna vez y si durante ese mismo período han necesitado asistencia sanitaria por haber consumido bebidas con alcohol en exceso.

En cuanto al patrón de consumo de alcohol hay diferencias significativas por sexo ($p = 0,001$): el 39,3%

de los jóvenes no consume alcohol (42,1% de los chicos, 36,5% chicas) y el 30,4% rara vez (32,2% chicos, 28,5% chicas). Un 26% sólo consume los fines de semana (21,2% chicos, 31,1% chicas) y el 3,7% alguna vez entre semana. Un 0,5% declara consumir alcohol a diario) (Gráfico 8.2.1). También hay diferencias en cuanto al consumo de alcohol por ámbito ($p = 0,006$), con más jóvenes que no consumen alcohol o lo hacen rara vez en medio urbano (41,2%-31% y 31,3%-27,8 rural).

La mitad de los jóvenes (50,1%) responde haber consumido alcohol el último mes, principalmente las chicas (51,8% frente al 48,5% de los chicos), pero sin que la diferencia por sexos sea significativa. Sí lo es, sin embargo, por ámbito, con un mayor consumo en medio rural (59,6% frente al 47,9% urbano, $p = 0,003$), siendo los chicos de medio rural los que más consumieron alcohol los últimos 30 días (61,4%) y los chicos de medio urbano los que menos lo hicieron (45,4%).

Gráfico 8.2.1. Patrón de consumo de alcohol, por sexo y ámbito geográfico



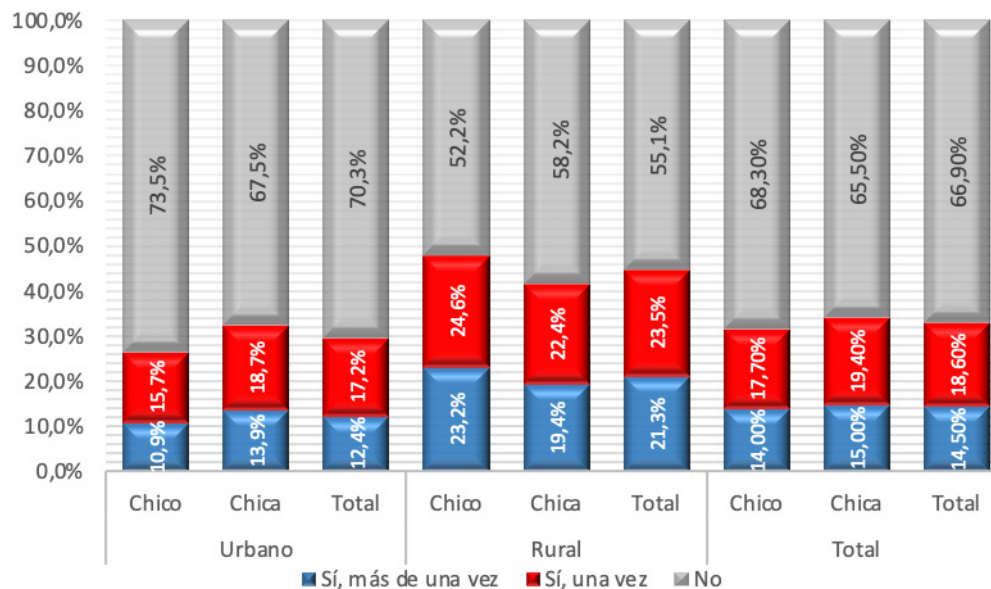
La media de edad a la que comienzan a consumir bebidas con alcohol al menos una vez a la semana es de 14,28 años, siendo la edad mínima a los 10 años. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito.

Entre los que consumen bebidas alcohólicas, el 93,1% indica que no lo hacen en los días de diario. Las bebidas más consumidas entre los que consumen alcohol los días de diario son la cerveza (66,5%), el vino y el calimocho (26,4% en ambos casos). Hay diferencias significativas por sexos respecto al consumo de cerveza los días de diario, mayor por parte de los chicos (80%, 53,6 % chicas, $p = 0,001$), y de sidra, mayor también en los chicos (15,6 frente al 2,9% en las chicas, $p = 0,010$).

Entre aquellos que consumen bebidas alcohólicas en fines de semana, el tipo de bebida más consumida son los combinados (52%), seguidos de la cerveza (48,6%) y el vino y calimocho (27,5% en ambos casos).

El 33,1% de los adolescentes que consumen alcohol, indica haber consumido en alguna ocasión 6 o más unidades de alcohol en el mismo día durante el último mes, incluso el 14,4% lo ha hecho en más de una ocasión. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo, pero sin embargo este hecho es más común entre los jóvenes del medio rural que el urbano: el 29,6% de los adolescentes de medio urbano han consumido en más 6 o más unidades de alcohol el mismo día en el último mes frente al 44,8% de los jóvenes del medio rural, y el 12,4% y el 21,3% respectivamente, lo han hecho en más una ocasión ($p < 0,003$). Los que más abusan del alcohol son los chicos de medio rural, pues casi la mitad de ellos (47,8%) han consumido al menos 6 unidades de alcohol en el mismo día en el último mes ($p = 0,026$) (Gráfico 8.2.2).

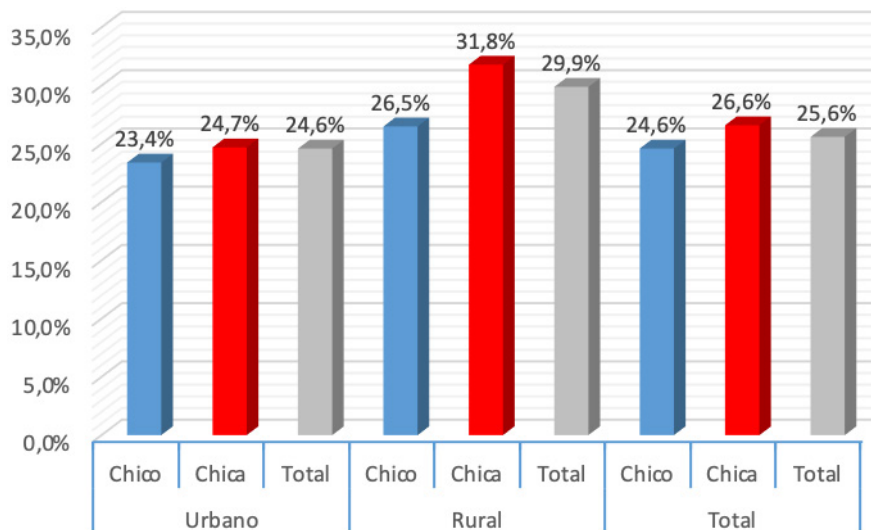
Gráfico 8.2.2. Consumo de alcohol ≥ 6 unidades / día en el último mes, por sexo y ámbito geográfico



Entre los jóvenes que consumen bebidas alcohólicas, el 25,6% se han emborrachado al menos una vez en el último mes, siendo las chicas de zona rural las que

lo han hecho en mayor proporción (31,8%) y los chicos del medio urbano los que menos (23,4%) aunque estas diferencias no son significativas (Gráfico 8.2.3).

Gráfico 8.2.3. Embriaguez en alguna ocasión en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico



El 0,9% de los adolescentes que consumen bebidas con alcohol refieren haber necesitado asistencia sanitaria en el último mes por haber bebido en exceso, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico.

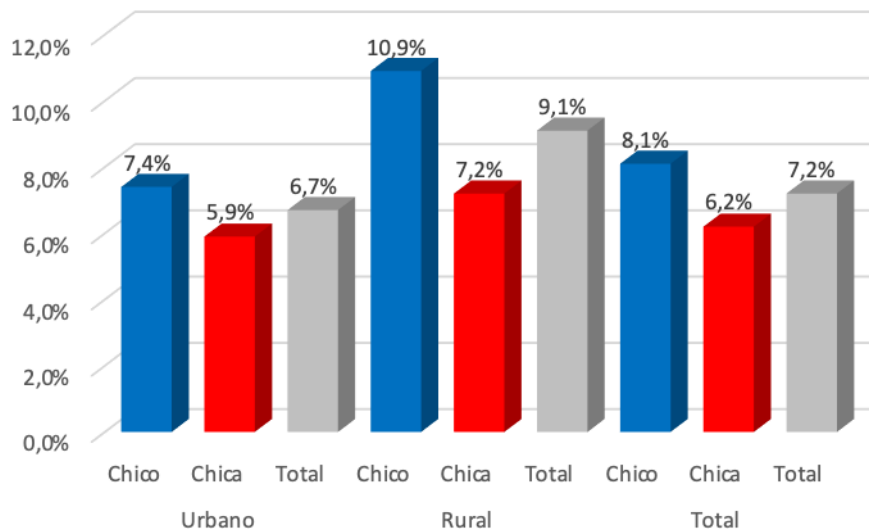
8.3. OTRAS SUSTANCIAS

Se preguntó a los jóvenes de Castilla y León si habían probado en los últimos 30 días alguna sustancia tóxica, exceptuando al tabaco y el alcohol, y, en caso afirmativo, cuál era la droga que habían consumido.

El 7,2% de los jóvenes dicen haber probado en los últimos 30 días algún tipo de drogas distintas del alcohol y tabaco, siendo los del medio rural los que lo han hecho en mayor proporción (9,1%) que los del urbano

(6,7%) y más los chicos (8,1%) que las chicas (6,2%) sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos casos. (Gráfico 8.3.1). Entre los estudiantes que respondieron afirmativamente, el tipo de droga más consumido es el hachís (96,3%), seguido de los tranquilizantes (7,7%) y el speed/anfetaminas (3,5%). Respecto a este último, el consumo es exclusivo del medio rural y mayor entre los chicos que en las chicas (18,2%-12,5% respectivamente), al contrario de lo que ocurre con los tranquilizantes/somníferos sin receta, cuyo consumo es muy superior entre las chicas (15,6%) que entre los chicos (2,4%) y también algo superior en medio rural que en urbano. El bajo número de casos hace que no sea posible establecer la significación estadística.

Gráfico 8.3.1. Consumo de drogas distintas del alcohol o el tabaco, por sexo y ámbito geográfico



En cuanto al consumo de otros tipos de drogas, que refiere el 4,1% de los consumidores, las respuestas

son ambiguas, como pastillas de cafeína en época de exámenes.

9. Relaciones sexuales

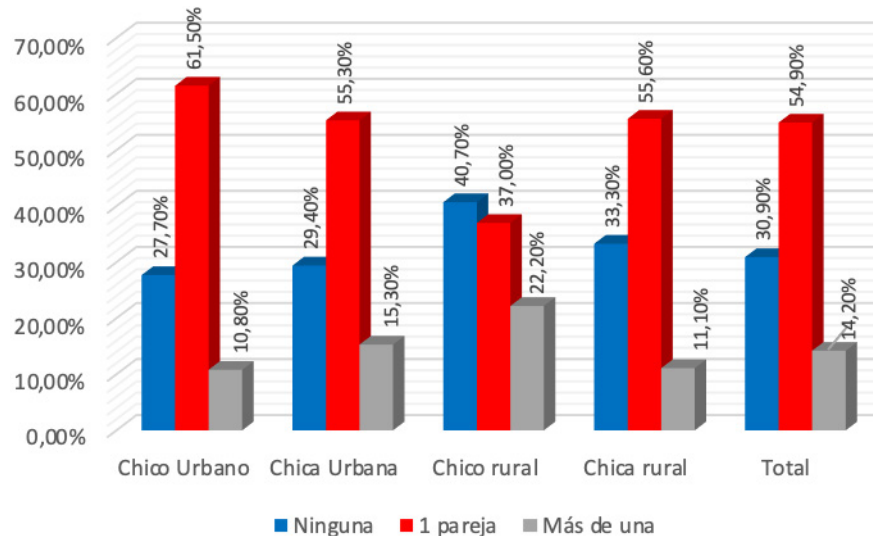
El cuestionario incluye una serie de preguntas para valorar el comportamiento sexual de los adolescentes de Castilla y León: se preguntó acerca de si han tenido alguna vez relaciones sexuales completas (RSC), y en caso afirmativo la edad a la que las tuvieron por primera vez, con cuántas personas mantuvieron RSC en los últimos 30 días, si utilizan algún método anticonceptivo, si la última vez que mantuvieron RSC emplearon preservativo y si han utilizado la píldora del día después en alguna ocasión y cuántas veces la han empleado. Estas dos últimas preguntas se refieren tanto al encuestado/a como a su pareja.

El 20% de los adolescentes refieren haber tenido alguna vez RSC, en mayor proporción los jóvenes de ámbito rural (27,3%) que urbano (18,4%) ($p < 0,005$), sin diferencias estadísticamente significativas según sexo. La edad de la primera RSC entre los que sí las han tenido, abarca desde los 12 a los 17 años, siendo la media

a los 14,5 años (mediana a los 15 años). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo, siendo menor la media de edad de las chicas (14,38) que la de los chicos (14,74) ($p = 0,009$), pero no las hay entre jóvenes de ámbito urbano y rural.

En cuanto al número de parejas sexuales en los últimos 30 días de los jóvenes que sí mantuvieron RSC, la mayor parte de los adolescentes refiere haber tenido una pareja (53,8% de los chicos y 55,9% de las chicas) y un 15,1% de los chicos y el 14,3% de las chicas tuvieron dos o más parejas en ese periodo, mientras que en los chicos es más frecuente no haber tenido ninguna pareja en los últimos 30 días (31,2%, frente al 30,6% en chicas). Según el ámbito geográfico, hay más jóvenes de medio rural que no han tenido ninguna pareja (28,5% urbano, 37,0% rural) o que han tenido más de o dos o más parejas en los últimos 30 días (16,7%; 13,9% en medio urbano) ($p = 0,352$) (Gráfico 9.1).

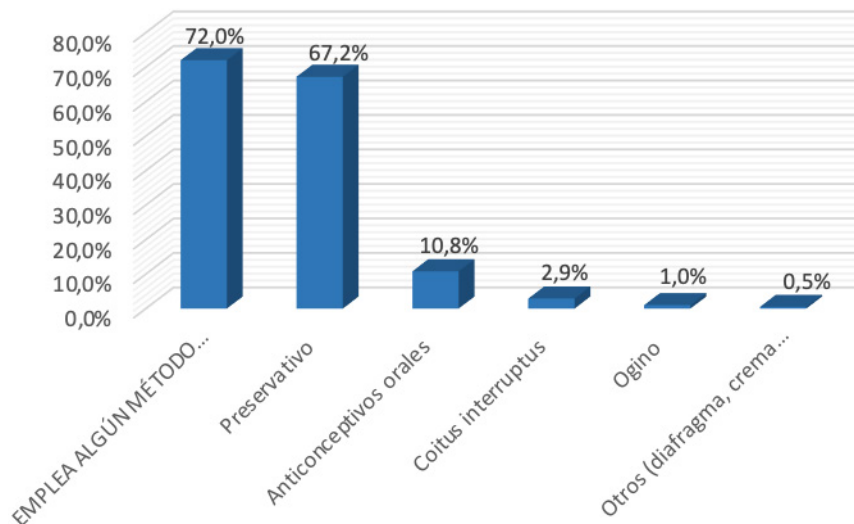
Gráfico 9.1. Número de parejas sexuales en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico



El 79,1% de los adolescentes encuestados refiere haber utilizado preservativo en su última RSC, con diferencias significativas por sexo y por ámbito, con mayor uso por parte de los chicos y en medio rural (chicos 90%, chicas 69,9%, $p < 0,001$, medio urbano 75,5%, rural 88,7%, $p = 0,043$) aunque sólo el 72,1% de aquéllos

que en algún momento han mantenido RSC dice utilizar algún método anticonceptivo; el método más utilizado es el preservativo (67,2% de los que han mantenido RSC), seguido de los anticonceptivos orales (10,8%) y el coitus interruptus o marcha atrás (2,9%) (Gráfico 9.2).

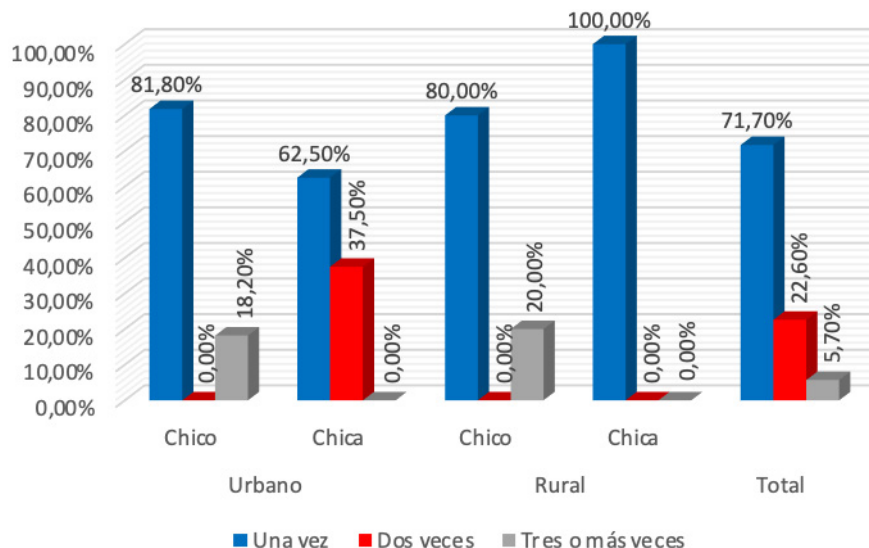
Gráfico 9.2. Métodos anticonceptivos empleados



En cuanto al uso de la píldora del día después (PDD), el 26,5% de los adolescentes (los jóvenes encuestados o su pareja) que han mantenido RSC refieren haberla empleado alguna vez (33,9% de chicas y 17,4% de chicos; $p = 0,008$). Entre los que han utilizado la PDD, el 28,3% la han utilizado dos o más veces, en mayor

proporción por los jóvenes del medio urbano (32,6%) que del rural (18,2%), sin ser estas diferencias estadísticamente significativas probablemente debido al pequeño porcentaje de jóvenes que han empleado la PDD ($n = 54$) (Gráfico 9.3).

Gráfico 9.3. Número de veces que han empleado la PDD, por sexo y ámbito geográfico



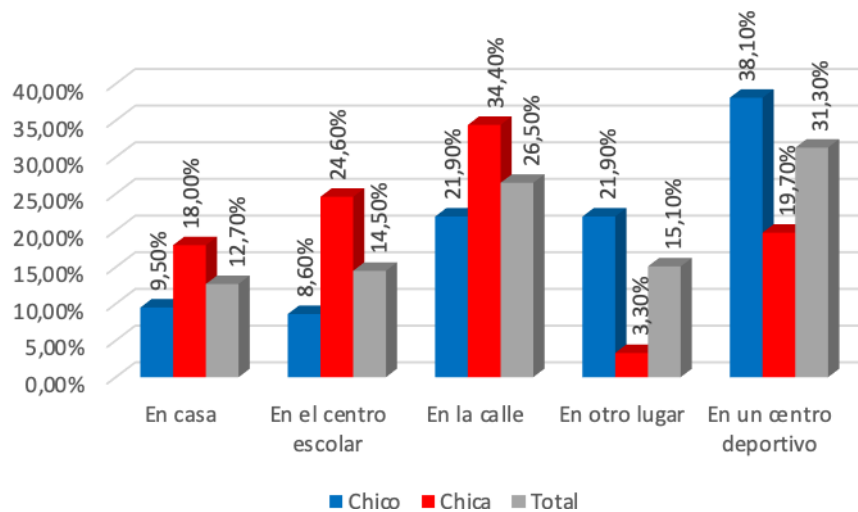
10. Accidentabilidad y seguridad vial

En el cuestionario se incluyeron siete preguntas relacionadas con la accidentabilidad y la seguridad vial de los adolescentes. Se preguntó acerca de si en los últimos 12 meses habían sufrido alguna lesión, quemadura, intoxicación o accidente (excluyendo los de tráfico) que hubiera precisado tratamiento médico, y en caso afirmativo, el lugar donde ocurrió esa lesión (casa, centro escolar, centro deportivo, calle...), y también si en los últimos 12 meses habían tenido algún accidente de tráfico que hubiera requerido tratamiento médico y en qué medio de transporte tuvo lugar. Respecto a la seguridad vial, se recogió información sobre la frecuencia de uso del cinturón de seguridad al viajar en coche (tanto en el asiento delantero como en el trasero) y la frecuencia de uso del casco al montar en moto y en bicicleta. Por último, se preguntó a los participantes si en los últimos

30 días habían viajado en un vehículo (coche o moto) sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas.

El 16,1% de los jóvenes sufrieron en los últimos 12 meses alguna lesión, accidente (excluyendo los de tráfico), intoxicación o quemadura que requirió tratamiento médico, siendo los chicos de zona urbana los que los han sufrido en mayor proporción (20,9%) y las chicas de zona rural las que menos (11,3%) ($p = 0,003$). Estos accidentes y lesiones ocurrieron principalmente en centros deportivos (31,3%), sobre todo en los chicos (38,1% de los accidentes), seguidos de los accidentes en la calle (26,5%), siendo éstos más frecuentes en chicas (34,4%) (Gráfico 10.1). Estas diferencias por sexos en cuanto al lugar en que se produjo el accidente son estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

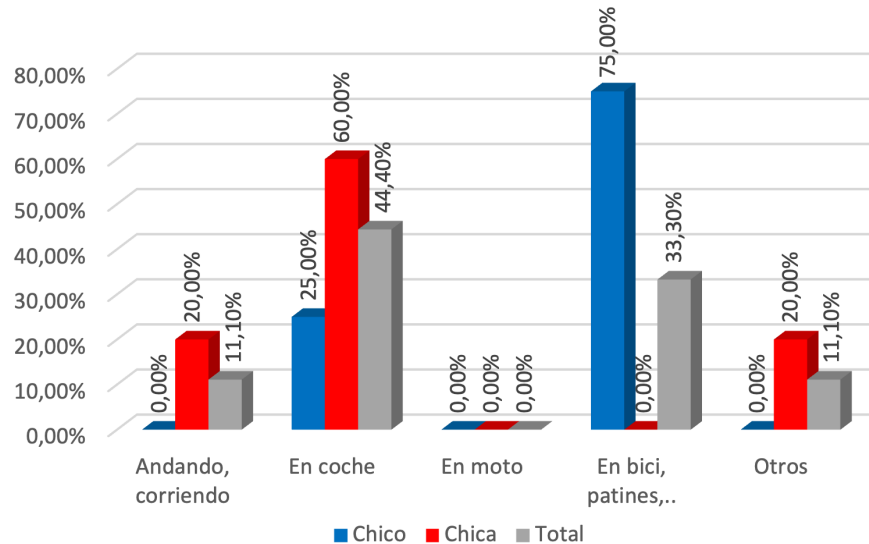
Gráfico 10.1. Lugar donde ocurrió la lesión o accidente (no de tráfico), por sexo



Respecto a los accidentes de tráfico que precisaron tratamiento médico, el 1% de los jóvenes han sufrido alguno en los últimos 12 meses, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni

ámbito geográfico. Los más frecuentes son los que tuvieron lugar yendo en coche (44,4%), seguidos de bicicleta, patines, skate... (33,3%) (Gráfico 10.2).

Gráfico 10.2. Medio de transporte en el que sucedió el accidente de tráfico, por sexo



En cuanto a la frecuencia de uso del cinturón de seguridad al ir en coche como pasajero en el asiento delantero, el 92% afirma utilizarlo siempre y el 5,8% casi siempre, mientras que el 1,5% solamente lo usan algunas veces y el 0,7% nunca. Por otra parte, al ir en el asiento trasero, el 83,9% de los jóvenes utilizan el cinturón de seguridad siempre y el 10,3% casi siempre, en cambio el 4,3% sólo lo usan a veces y el 1,5% nunca. Hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso del cinturón de seguridad tanto delantero como trasero por sexo, con casi la totalidad de la chicas que usan siempre/la mayoría de las veces el delantero (99,6% frente al 96,1% de los chicos, $p < 0,001$) y el 95,8% de ellas que utiliza siempre/la mayoría de las veces el trasero, frente al 92,5% de los chicos, $p = 0,023$).

El 28,8% de los jóvenes monta en moto, siendo los chicos del medio rural los que lo hacen en mayor proporción (33,7%). Entre los que montan en moto, el 82,8% indica que utilizan el casco siempre, el 7,7% la

mayoría de las veces, el 3,2% algunas veces y el 6,4% nunca, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico.

Sin embargo, hay una mayor proporción de adolescentes que usan la bicicleta: el 82,3% la utilizan, principalmente los chicos tanto de medio rural (91%) como urbano (88,2%) y siendo las chicas de medio rural las que menos lo hacen (74,5%) ($p < 0,001$). Sin embargo, los jóvenes utilizan el casco con menor frecuencia al ir en bicicleta que en moto (Gráfico 10.3): entre aquéllos que montan en bicicleta, tan sólo el 18,3% de los chicos utiliza el casco siempre en comparación con el 14,2% de las chicas, y el 18,1% de los adolescentes del medio urbano en contraste con el 9,8% de los de zona rural. También, cabe destacar que el 42,4% de los adolescentes indican que no utilizan el casco nunca cuando montan en bici, con diferencias estadísticamente significativas por ámbito ($p = 0,029$) (no lo usa el 49,7% de medio rural, frente al 40,6% de medio urbano) (Gráfico 10. 4).

Gráfico 10.3. Frecuencia de uso del casco en bici y en moto

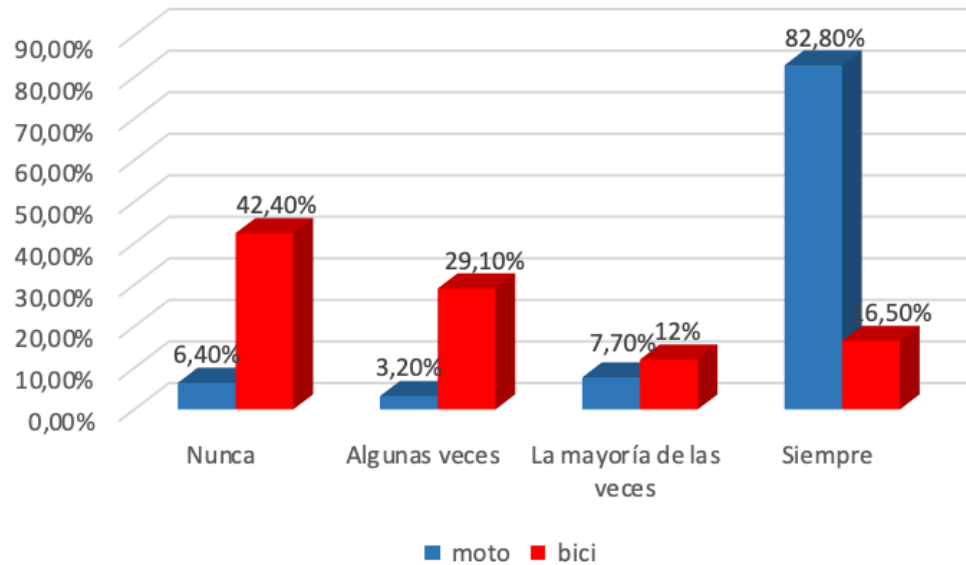
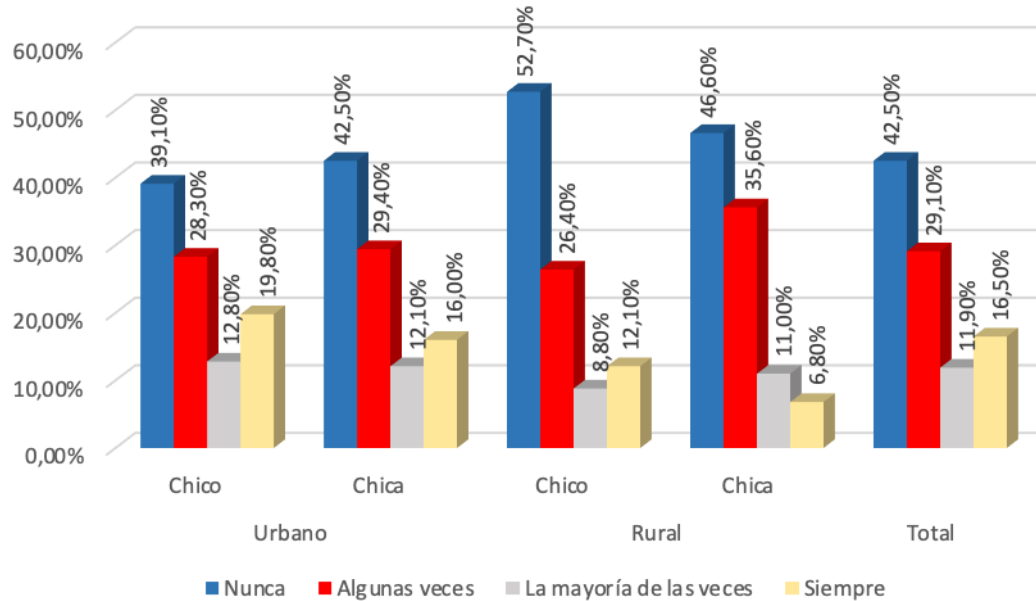


Gráfico 10.4. Frecuencia de uso del casco en la bici, por sexo y ámbito geográfico



El 10,5% de los adolescentes refiere haber viajado en un vehículo en los últimos 30 días sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo, aunque es mayor el porcentaje de chicas que lo ha hecho

(12,2% frente al 9,1% de chicos). Sí es significativa, sin embargo, la diferencia por ámbito, con mayor número de jóvenes de medio rural que contesta afirmativamente (14,6% frente al 9,6% urbano) ($p = 0,039$).



11. Higiene dental

En relación con la higiene bucodental, a los adolescentes se les realizaron tres preguntas sobre la frecuencia con la que se lavan los dientes, si lo hacen por la noche antes de acostarse y cuántas veces han ido al dentista en los últimos 12 meses (excluyendo las visitas de seguimiento o revisión de aparato dental).

El 83,9% de los adolescentes afirma que se lava los dientes más de una vez al día, mientras que el 2,8% reconoce no lavárselos nunca o menos de una vez al día. Asimismo, el 3,2% no se lava los dientes por la noche antes de acostarse y el 17% tan solo lo hace algunas

veces. Las diferencias por sexos son estadísticamente significativas ($p < 0,001$): las chicas son las que tienen una mayor higiene dental, principalmente aquéllas de medio rural, quienes en un 91,8% se lavan los dientes más de una vez al día y el 82,5% se los lava siempre antes de acostarse; en cambio, los chicos del medio rural son los que peor higiene dental tienen: el 5% no se lava los dientes nunca o menos de una vez al día y además tan solo el 76,8% se lava los dientes antes de acostarse (Gráficos 11.1 y 11.2).

Gráfico 11.1. Frecuencia de lavado dental, por sexo y ámbito geográfico

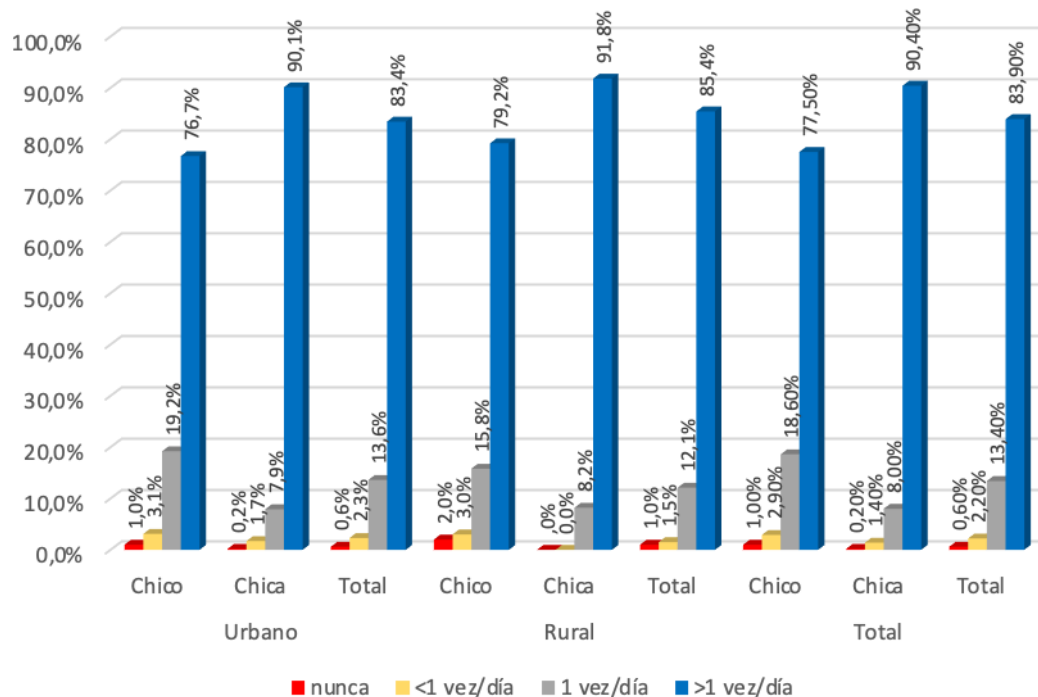
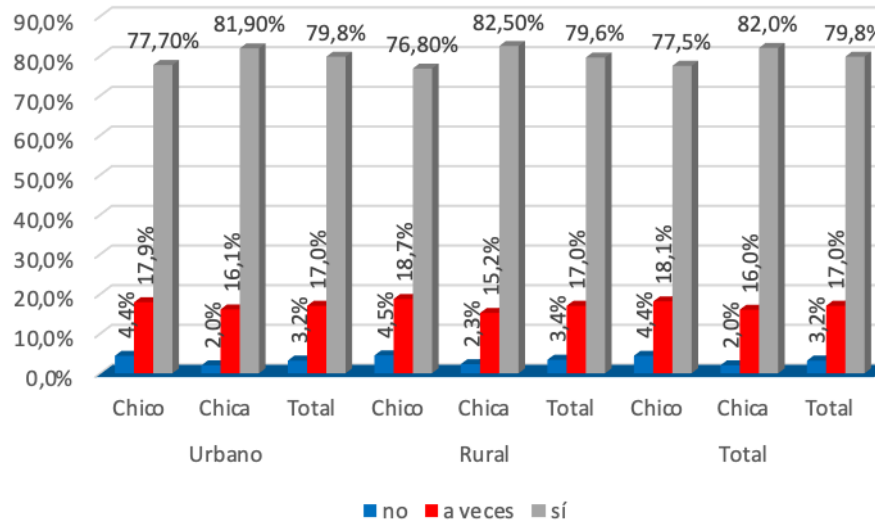


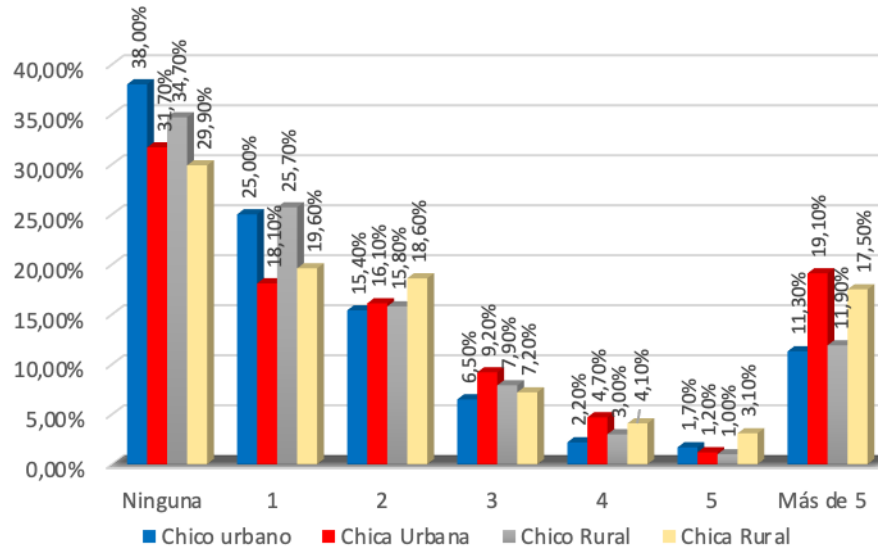
Gráfico 11.2. Lavado dental antes de acostarse, por sexo y ámbito geográfico



En cuanto a las visitas al dentista en los últimos 12 meses (excluidas las visitas de seguimiento o revisión de aparato dental), el 34,4% no realizó ninguna en ese período, mientras que el 15% lo hicieron más de 5 veces. El 21,8% y el 16% fueron 1 y 2 veces respectivamente.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico pero sí por sexo, con más chicos que no fueron al dentista en el último año o lo hicieron sólo una vez, y más chicas que fueron en más de 5 ocasiones ($p = 0,001$) (Gráfico 11.3).

Gráfico 11.3. Visitas al dentista en el último año, por sexo y ámbito geográfico.



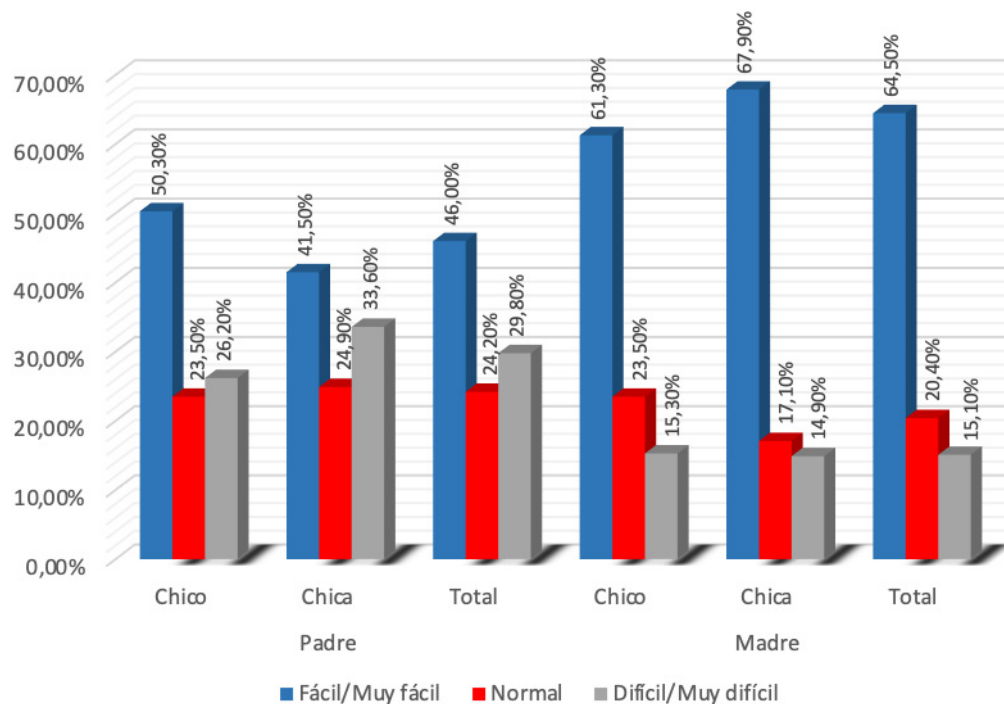
12. Relaciones con la familia

En el cuestionario se incluyó un bloque de preguntas dirigido a conocer la relación que mantienen los adolescentes con otros miembros de su familia, concretamente con el padre, madre o parejas de ambos en caso de que estén separados. Se preguntó si les resulta fácil hablar con ellos de las cosas que les preocupan, valorando esta facilidad en una escala de 1 a 5 de menos a más facilidad (1 = muy difícil, 2 = difícil, 3 = neutro/normal, 4 = fácil, 5 = muy fácil) para cada respuesta. Asimismo, se pidió su valoración personal en distintos grados de acuerdo o desacuerdo del 1 al 5, (1 = total desacuerdo, 2 = muy en desacuerdo, 3 = neutro/normal, 4 = muy de acuerdo, 5 = total acuerdo), respecto a si su familia realmente intenta ayudarles, si reciben de ésta el apoyo emocional que necesitan, si pueden hablar de sus problemas con su familia y si está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones.

Entre los jóvenes que tienen o ven a su padre, el 24,2% afirman que les resulta de una facilidad “normal”

hablar con él de las cosas que les preocupan, mientras que al 16,8% les resulta difícil y al 13,1% muy difícil, siendo las chicas en mayor proporción que los chicos quienes encuentran muy difícil el hablar con sus padres (15,3% y 10,8%, respectivamente) ($p = 0,015$). Por otra parte, de aquellos adolescentes que tienen o ven a su madre, el 64,5% encuentran fácil o muy fácil hablar de las cosas que les preocupan con ella, mientras que al 20,4% les resulta de una facilidad “normal” y al 15,1% difícil o muy difícil. La dificultad es menor para las chicas (67,9% lo encuentran fácil o muy fácil frente al 61,3% de los chicos), aunque es mayor el porcentaje de chicos que encuentran una grado de facilidad “normal” (23,5% y 17,1% de las chicas) ($p = 0,034$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico en ninguno de estos casos (Gráfico 12.1).

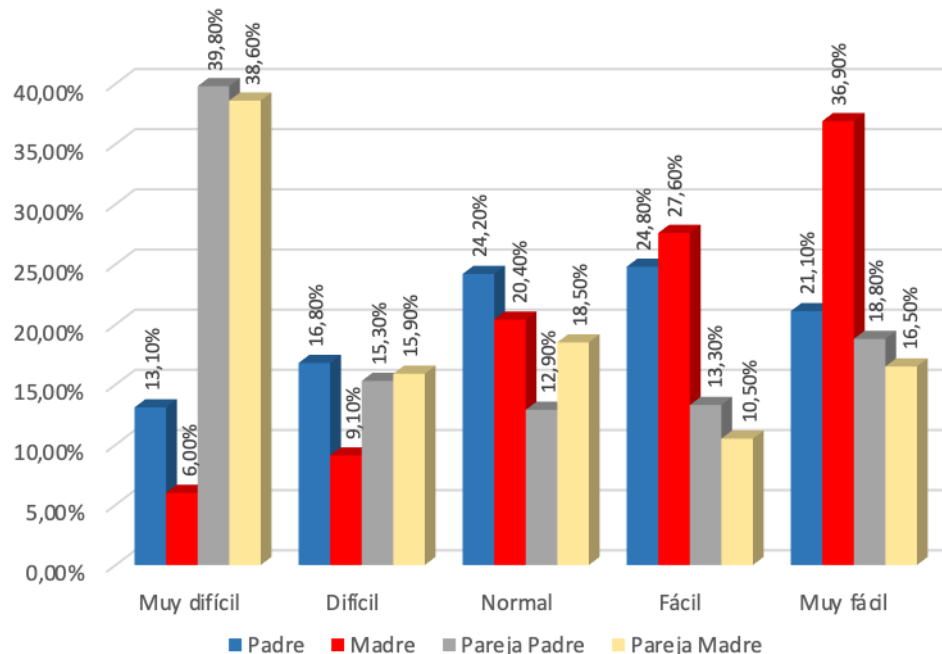
Gráfico 12.1. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con el padre y con la madre, por sexo



Al comparar la relación de los jóvenes con los padres, madres y sus parejas (en el caso de que los progenitores estén separados), la persona con la que les resulta más sencillo hablar es con la madre (al 64,5% le resulta fácil o muy fácil), seguido del padre (45,9%). Sin embargo, más de la mitad consideran difícil o muy difícil hablar tanto con la pareja del padre (55,1%) como con

la de la madre (54,5%) (Gráfico 12.2). No hay diferencias significativas entre sexos ni por ámbito geográfico, pero son los chicos quienes tienen más dificultad para hablar tanto con la pareja del padre (62,9% difícil/muy difícil frente al 47,1% de las chicas) como con la de la madre (58,2% frente al 42,9% de las chicas).

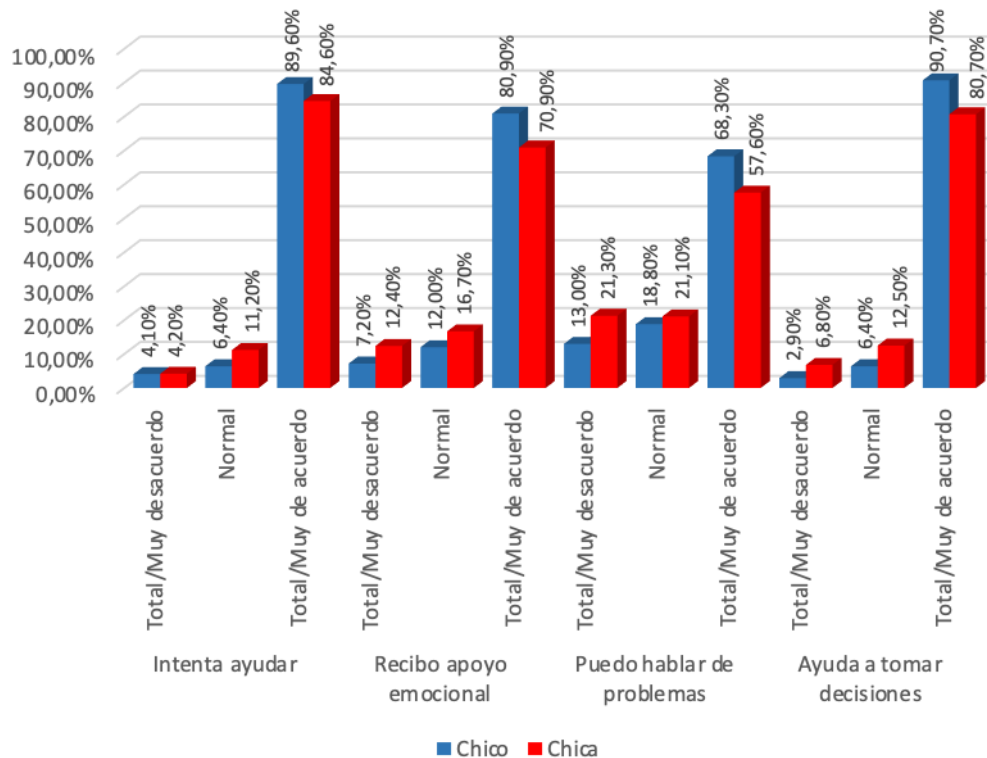
Gráfico 12.2. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con los padres, madres o sus parejas en caso de haberlas



El 87,1% de los adolescentes están totalmente o muy de acuerdo en que sus familias realmente intentan ayudarles, en mayor proporción los chicos (89,6%) que las chicas (84,6%) ($p = 0,025$). De igual manera, el 75,9% están totalmente o muy de acuerdo en que reciben de su familia el apoyo emocional que necesitan, principalmente los chicos (80,9%) frente a las chicas (70,9%) ($p = 0,001$). El 85,8% están totalmente o muy de acuerdo en que su familia está dispuesta a ayudarles

a tomar decisiones, también en mayor proporción los chicos (90,7%) que las chicas (80,7%) ($p < 0,001$). En cambio, en cuanto a hablar de sus problemas con su familia, únicamente el 63% de los adolescentes están totalmente o muy de acuerdo, siendo también los chicos los que lo están en mayor porcentaje (68,3%) que las chicas (57,6%) ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el ámbito geográfico (Gráfico 12.3).

Gráfico 12.3. Valoración subjetiva del apoyo familiar, por sexo



13. Relaciones sociales

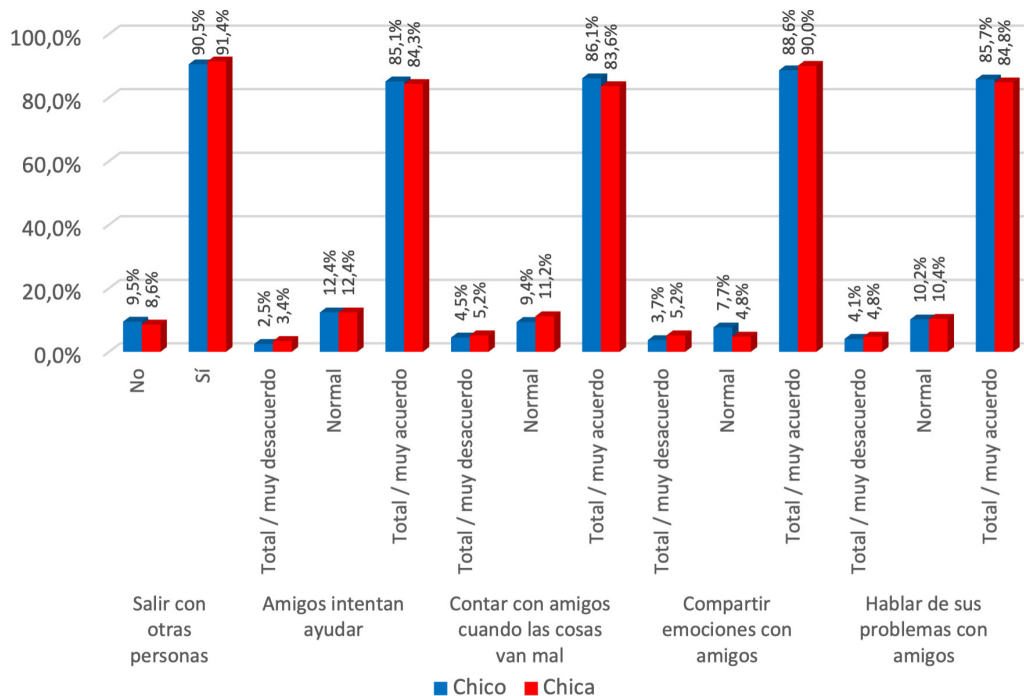
En el cuestionario se incluye un apartado en el que se recoge información para valorar las relaciones sociales de los adolescentes, en el que se les pregunta si suelen salir con otras personas para distraerse y además se les pide que valoren en distintos grados de acuerdo o de desacuerdo (del 1: total desacuerdo, al 5: total acuerdo) si sus amigos realmente tratan de ayudarles, si pueden contar con ellos cuando las cosas van mal, si tienen amigos con los que pueden compartir penas y alegrías y si pueden hablar con ellos de sus problemas.

El 91% de los adolescentes afirma que sale con otras personas para distraerse, sin diferencias significativas por sexo o ámbito.

El 84,7% está totalmente o muy de acuerdo en que sus amigos realmente tratan de ayudarle (84,3% de las chicas y 85,1% de los chicos), mientras que el 2,5% de los chicos y el 3,4% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo.

De igual manera, la mayoría de los jóvenes (84,9%) están totalmente o muy de acuerdo en que pueden contar con sus amigos cuando las cosas les van mal, siendo esta proporción mayor entre los chicos (86,1%) que las chicas (83,6%), mientras que el 4,5% de los chicos y el 5,2% de las chicas opinan todo lo contrario. El 89,2% refiere estar totalmente o muy de acuerdo en que tiene amigos con los que compartir emociones, aunque un 4,4% indica que no está de acuerdo, y con respecto a si pueden hablar de sus problemas con los amigos, el 85,3% afirma que están totalmente o muy de acuerdo (85,7% de los chicos y 84,8% de las chicas), mientras que un 4,1% de los chicos y un 4,8% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo. En ninguno de los casos se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexos ni por ámbito (Gráfico 13.1).

Gráfico 13.1. Valoración de las relaciones sociales, por sexo



14. Uso de internet y del teléfono móvil

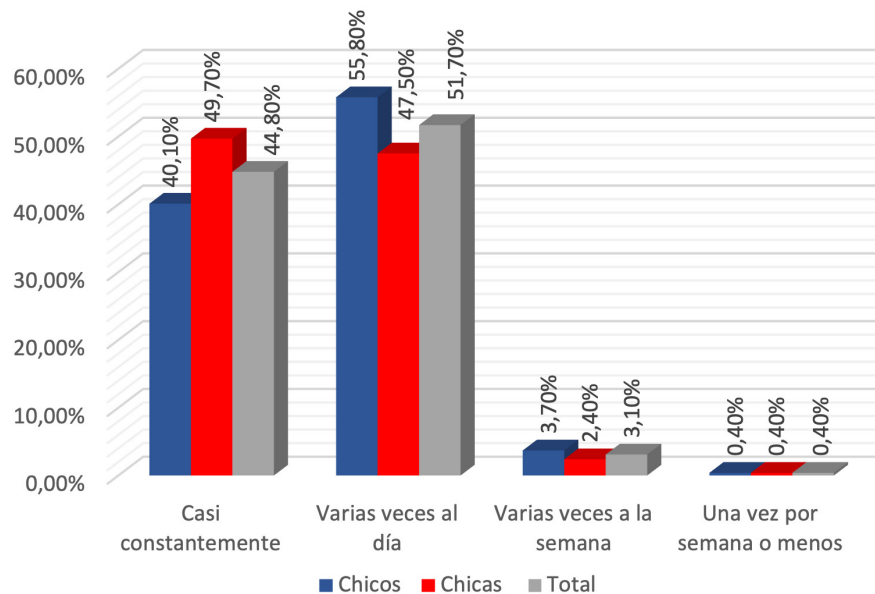
El cuestionario incluye un apartado sobre el uso de internet y de teléfono inteligente. Se les preguntó a los adolescentes si utilizan un móvil smartphone y, en el caso de hacerlo, con qué frecuencia utilizan internet en el móvil. También si apagan el teléfono en clase, cuando estudian, en lugares no permitidos y al dormir. Además, se recogió información sobre con qué frecuencia se han encontrado en los dos últimos meses con alguna de las siguientes situaciones con desconocidos: han intercambiado mensajes, han recibido mensajes/imágenes de contenido sexual, han enviado imágenes en postura sexy o provocativa y han recibido llamadas, al utilizar internet en su smartphone o en cualquier otro dispositivo.

También respondieron acerca del uso de juegos de distinto tipo (rol, habilidad, ...) a través de internet, y

sobre si sus padres o tutores utilizan herramientas para controlar su navegación por la red o su ubicación, o si establecen normas y límites sobre el uso de internet, les aconsejan sobre un uso seguro del mismo y les ayudan cuando algo les molesta a través de éste.

No hay diferencias significativas por sexo respecto al uso de smartphone, lo que hacen el 98,5% de los adolescentes, pero sí respecto a la frecuencia de uso ($p = 0,020$): son más las chicas que usan internet en el móvil casi constantemente (40,1% de los chicos y 49,7% de las chicas) y los chicos que lo hacen varias veces al día (55,8% de los chicos y 47,5% de las chicas) (Gráfico 14.1). No se han encontrado diferencias por ámbito.

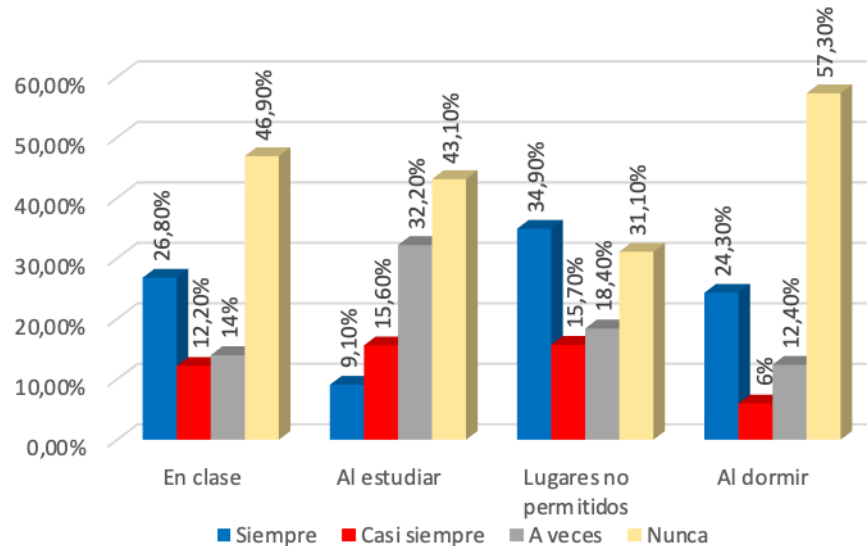
Gráfico 14.1. Frecuencia de uso de internet en el móvil, por sexo



En general, la circunstancia en la que mayor proporción de jóvenes apaga siempre el móvil es en lugares no permitidos (34,9%), mientras que es más común que no lo apaguen nunca al dormir (57,3%) y en clase (46,8%) (Gráfico 14.2). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a apagado del móvil en

clase, al estudiar y en lugares no permitidos ($p = 0,027$, $p = 0,001$ y $p < 0,001$ respectivamente), con más chicos que no lo apagan nunca, mientras que al dormir estas diferencias son significativas por ámbito, con más jóvenes de medio urbano que lo apagan siempre (26,2% frente al 16,5% rural) ($p = 0,006$).

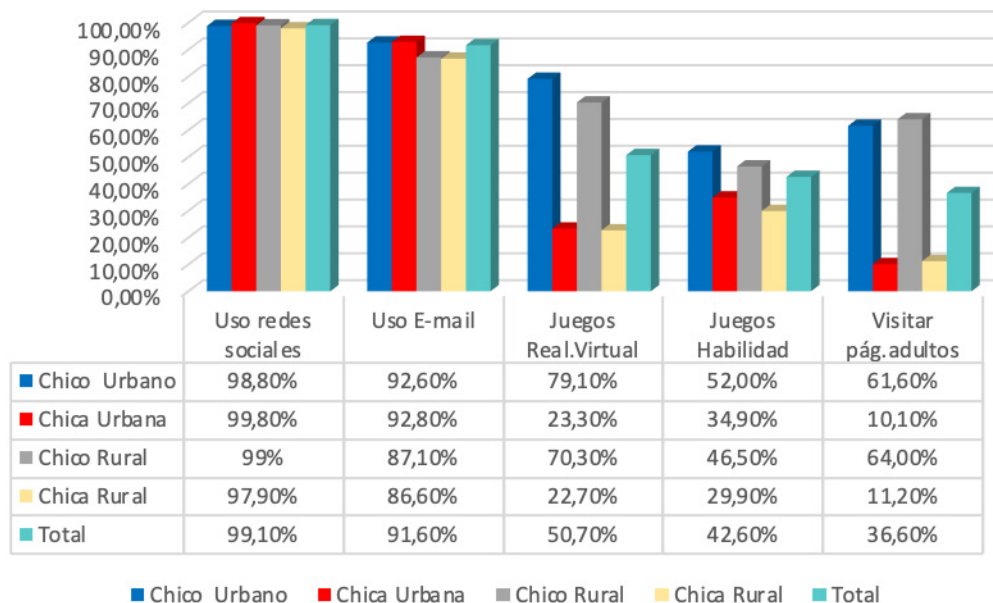
Gráfico 14.2. Frecuencia con la que apagan el móvil en distintas situaciones



En los últimos 30 días la casi totalidad de los jóvenes (99,1%) utilizó las redes sociales (Whatsapp, Facebook...), sin diferencias significativas por sexo ni ámbito, y siendo las chicas de medio urbano las que más lo hicieron (99,8%) y la de medio rural las que menos (97,9). En cuanto al uso de e-mail (91,6% de los jóvenes), se utilizó más en medio urbano que rural (92,7% frente a 86,9%, $p = 0,008$), sin diferencias por sexos.

En ese mismo período, el 97,7% de los participantes ha escuchado o descargado música, series, películas, etc.. a través de internet, sin diferencias por sexo o ámbito. El 50,7% participó en juegos de realidad virtual, el 42,6% en juegos de habilidad y el 36,6% visitó páginas para adultos con diferencias significativas por sexo en los tres casos ($p < 0,001$), siendo los chicos los que más contestan afirmativamente (Gráfico 14.3).

Gráfico 14.3. Principal actividad en internet los últimos 30 días



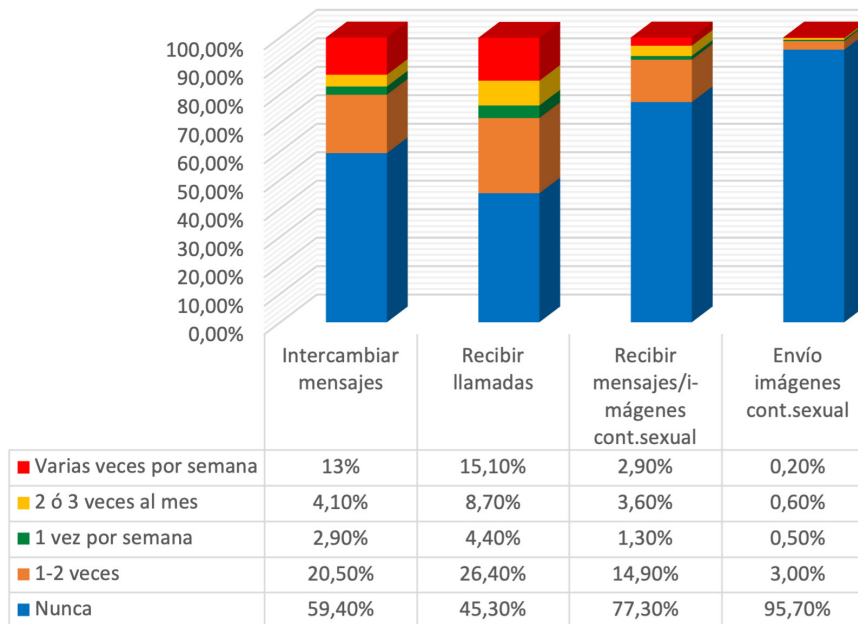
En los dos últimos meses, a través de internet, el 40,6% de los adolescentes ha intercambiado mensajes con desconocidos, destacando que el 13% lo ha hecho varias veces a la semana, mientras que el 20,5% lo ha hecho en 1 o 2 ocasiones en ese periodo de tiempo, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico.

Respecto a la recepción de llamadas de desconocidos, el 54,7% de los jóvenes las ha recibido en los últimos dos meses, el 15,1% varias veces a la semana y el 26,4% en 1 o 2 ocasiones, con diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p = 0,009$), siendo más frecuente en los chicos.

Por otra parte, el 22,7% de los participantes ha recibido mensajes o imágenes de contenido sexual por parte de desconocidos alguna vez en los últimos dos meses, sin diferencias significativas por sexo ni ámbito: el 14,9% los han recibido 1 ó 2 veces en ese periodo y el 2,9% varias veces a la semana.

En cuanto al envío a desconocidos por parte de los adolescentes de imágenes propias en postura sexy o provocativa, el 4,3% de los jóvenes las ha enviado en alguna ocasión en los últimos dos meses, la mayoría sólo en 1 o 2 ocasiones, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos sexos (Gráfico 14.4).

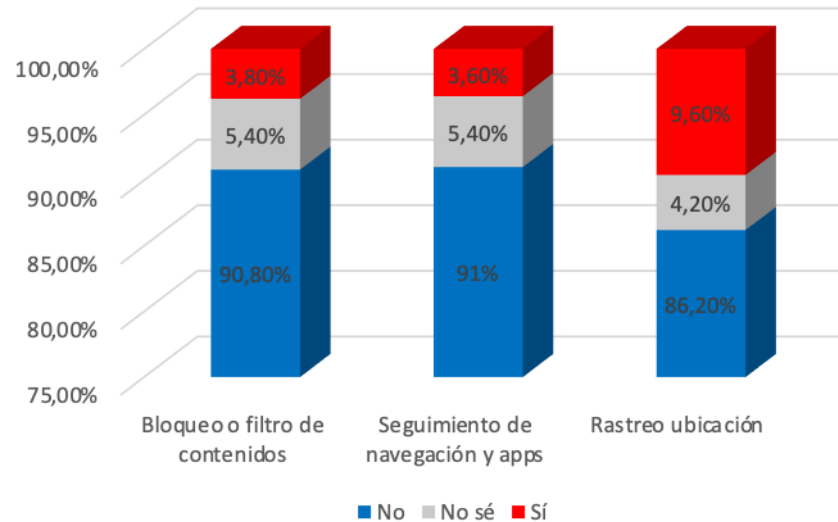
Gráfico 14.4. Interacción con desconocidos



En cuanto al control de padres o tutores sobre la navegación en internet, es escaso el número de ellos que utiliza programas de control parental: el 3,8% para bloquear

o filtrar contenidos, el 3,60% para conocer en qué páginas navegan y las aplicaciones que utilizan y el 9,6% para conocer la ubicación del adolescente (Gráfico 14.5).

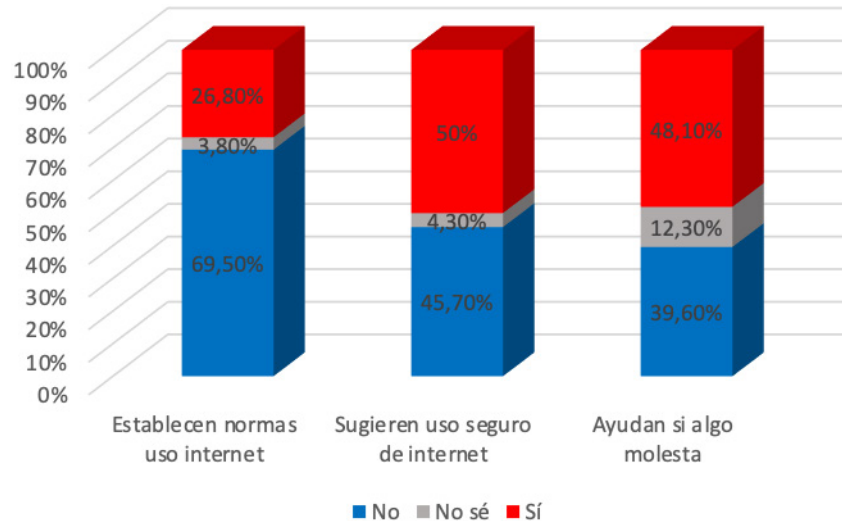
Gráfico 14.5. Uso de programas de control parental



Es mayor, sin embargo, la participación de padres y tutores respecto a la utilización de internet: el 26,8% establecen normas y limitaciones en relación al uso de

la red, el 50% sugieren modos de uso seguro y el 48,1% ayudan a los jóvenes si algo les molesta en internet (Gráfico 14.6).

Gráfico 14.6 Participación de padres y tutores en el uso de internet



15. Acoso escolar

En primer lugar se les explicó a los participantes qué situaciones son consideradas como maltrato y cuáles no lo son, tras lo cual se les hicieron varias preguntas para valorar el acoso escolar: se preguntó cuántas veces habían sido maltratados en el colegio o instituto y cuántas veces habían participado en algún episodio de maltrato a otro/a compañero/a en los dos últimos meses. También se les preguntó con qué frecuencia les habían ocurrido las siguientes situaciones durante ese mismo período de tiempo por parte de otros alumnos: les han hecho daño con insultos o burlas, les han apartado del grupo o ignorado, les han golpeado/zarandeado/encerrado, han contado mentiras o inventado cotilleos para que cayeran mal a los demás, les han hecho bromas o comentarios de contenido sexual, les han enviado mensajes instantáneos o correos electrónicos o han publicado en redes sociales contenidos crueles y burlas, o les han hecho fotos no favorecedoras o inapropiadas sin permiso y las han publicado en internet.

El 5% de los encuestados afirma haber sufrido maltrato escolar en los últimos dos meses, e incluso el 0,6% lo sufren varias veces a la semana. Por otra parte, el 6,7% de los jóvenes admite haber participado en algún episodio de maltrato a otro compañero en el colegio o instituto en ese período (Gráfico 15.1). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

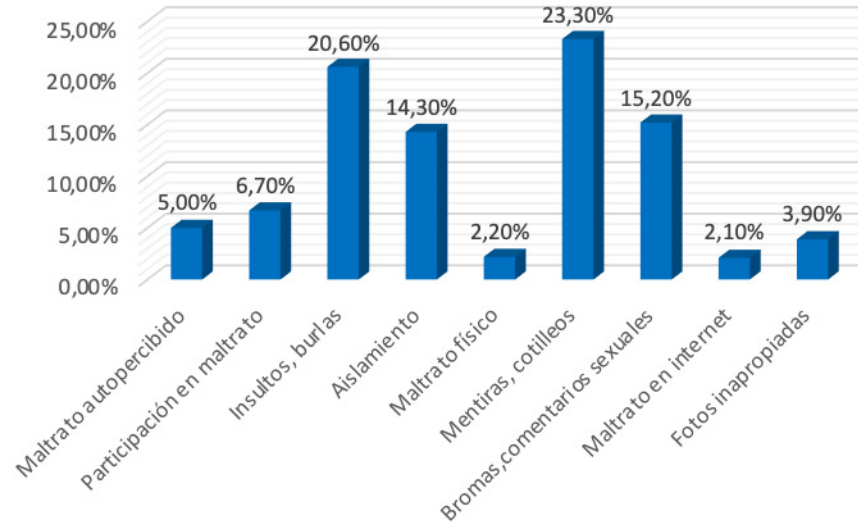
por sexo o ámbito geográfico en cuanto a haber sufrido maltrato o haber participado en maltrato a otros compañeros, pero sí las hay respecto al tipo de maltrato recibido: son las chicas las que más frecuentemente sufren insultos (25,9% frente a 15,3% chicos, $p < 0,001$) y aislamiento (8,3% chicos, 20,5% chicas, $p < 0,001$), así como mentiras o cotilleos inventados (15,1%-31,9%, $p < 0,001$) y ciberacoso (0,6%-3,2%, $p=0,003$) por parte de sus compañeros (Gráfico 15.2). En cuanto al maltrato físico, las diferencias significativas se refieren al ámbito, siendo más frecuente en el medio rural que en el urbano (1,7%-4,0%, $p = 0,042$), así como la publicación de fotos inapropiadas sin permiso, que es el doble en medio rural que urbano (3,3%-6,6%, $p = 0,033$).

Del total de jóvenes que declara haber sufrido maltrato, el 18,3% ha participado en maltrato a otros compañeros, y el 13,6% de los jóvenes que han participado en acoso a otros compañeros ha sido víctima del mismo. Al igual que en la edición anterior del cuestionario, se observa que algunos adolescentes no identifican el maltrato con determinados comportamientos, ya que según la información recogida hay una mayor proporción de jóvenes que reconocen sufrir insultos y burlas, aislamiento, mentiras y cotilleos inventados, bromas y comentarios de contenido sexual y publicación de fotos inapropiadas tomadas sin permiso, que aquéllos que

reconocen haber sufrido maltrato (Gráfico 15.1). Por ello, los datos presentados sobre cada tipo de maltrato

hacen referencia al total de jóvenes, no al total de los que se autoperciben como maltratados.

Gráfico 15.1. Frecuencia de maltrato escolar y tipos de maltrato recibido en los últimos 60 días (en el total de participantes)



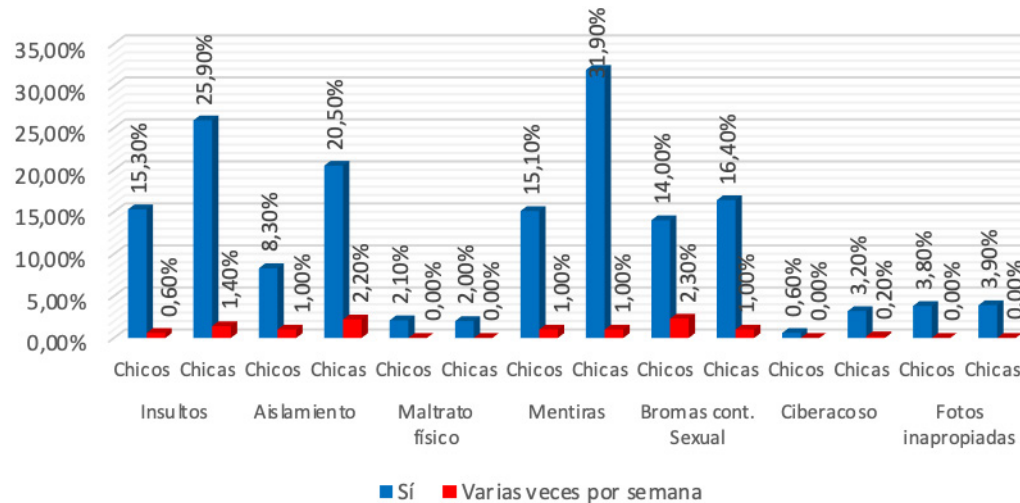
El 20,6% de los adolescentes ha recibido burlas e insultos en los dos últimos meses y el 0,9% en varias ocasiones a la semana. El 14,3% ha sido apartado de su grupo de amigos/as por otros alumnos o le han ignorado por completo, ocurriendo varias veces a la semana en el 1,6% de los casos. Además, al 15,2% de los estudiantes

les han gastado bromas o hecho comentarios o gestos de contenido sexual en el centro educativo, situación que se produce varias veces a la semana para el 1,7% de los jóvenes. El 3,9% han sido víctimas de la publicación en internet de fotos no favorecedoras o inapropiadas que les hicieron sin permiso, aunque en ningún caso se repitió

varias veces por semana al igual que en el caso maltrato físico sufrido por un 2,2% de los jóvenes. En relación con el ciberacoso, el 2,1% de los adolescentes refieren haberlo sufrido y el 0,2% en varias ocasiones a la semana.

Por otra parte, el 23,3% de adolescentes han sido víctimas de mentiras o cotilleos inventados por parte de otros compañeros, produciéndose varias veces a la semana en el 1,0% de ellos.

Gráfico 15.2. Tipos de acoso escolar sufrido en los dos últimos meses, por sexo



Sólo 1 de los adolescentes encuestados (0,1%) refiere haber sufrido todos los tipos de acoso descritos en

el cuestionario en alguna ocasión durante los últimos dos meses.

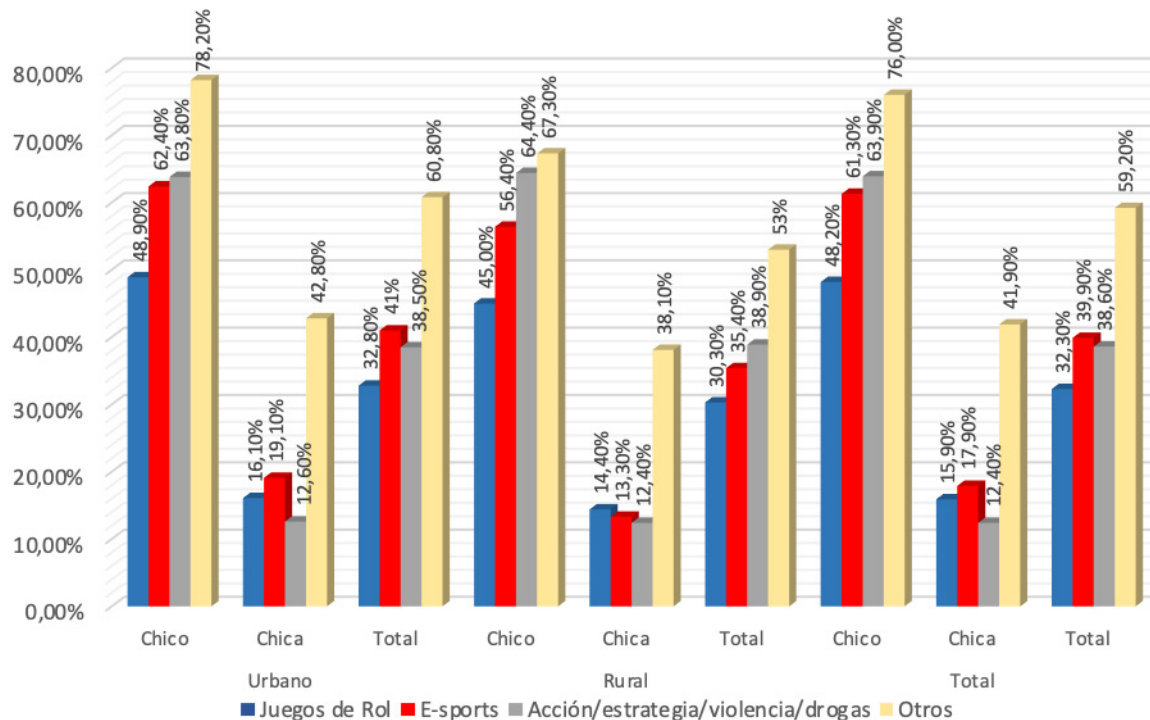
16. Videojuegos

En esta edición de la encuesta se han incluido preguntas sobre el uso de videojuegos, y más concretamente, se ha preguntado a los participantes si en los últimos 30 días han jugado a juegos de rol, juegos E-sports, juegos de acción y estrategia con violencia y/o drogas y/o sexo, o juegos de otro tipo.

Algo menos del 40% de los adolescentes jugaron a juegos de rol (32,3%), de deportes (39,9%) y de violencia, drogas y/o sexo (38,50), y casi el 60% a otro tipo de videojuegos (59,2%).

Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en la utilización de todos estos tipos de videojuegos, siendo los chicos los que más los utilizan ($p < 0,001$ en todos los casos) (Gráfico 16.1). No las hay, sin embargo, por ámbito, excepto en el caso de “otros juegos” (Urbano 60,8%, rural 53%, $p = 0,046$) aunque en todos los tipos de juego es superior la utilización en medio urbano que rural.

Gráfico 16.1 Uso de videojuegos en los últimos 30 días por sexo y ámbito



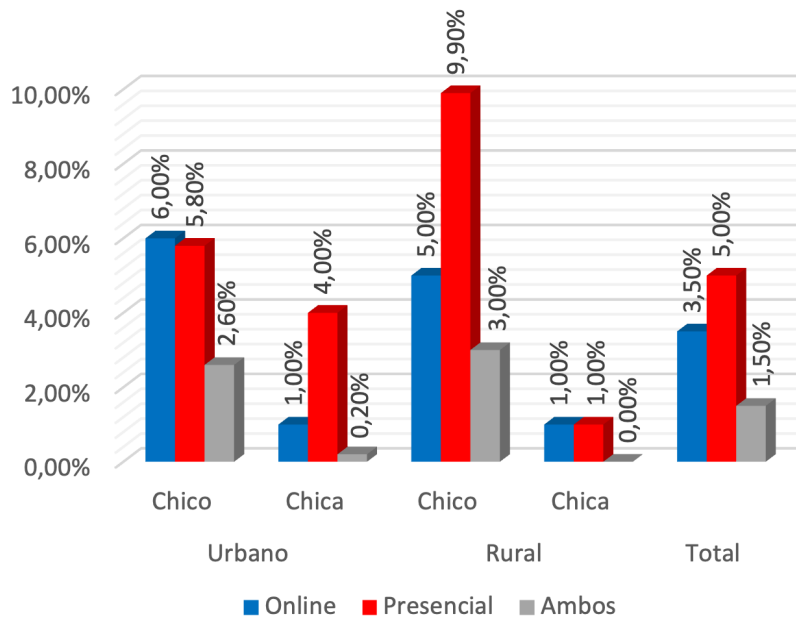
17. Juego con dinero

Por primera vez en esta edición se ha preguntado a los estudiantes si en los últimos 30 días han jugado/apostado con dinero, tanto en internet (webs o aplicaciones de apuestas, etc...) como de forma presencial en locales especializados o terminales de apuestas de establecimientos hosteleros. También se preguntó a qué edad jugaron dinero por primera vez en internet o presencialmente. Para valorar el juego patológico, se realizaron las dos preguntas del cuestionario Lie/Bet: ¿Alguna vez has tenido que mentir a alguien importante para ti acerca de cuánto juegas? y ¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?¹.

El 90,7% del total de participantes refiere no haber jugado nunca con dinero en internet, y el 88,4% no lo ha hecho nunca de forma presencial. Sin embargo, el 3,5% dice haber jugado con dinero en internet en los últimos 30 días, y el 5% de forma presencial en este mismo período. Un 1,5% lo había hecho en ambas modalidades el último mes. El perfil del jugador es principalmente masculino, con un mayor porcentaje de chicos que juegan con dinero tanto de forma online ($p < 0,001$) como presencial ($p = 0,020$) (Gráfico 17.1) y ambas ($p < 0,001$).

1. Johnson, E.E., Hammer, R., Nora, R.M., Tan, B., Eistenstein, N., & Englehart, C. (1988). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83-88.

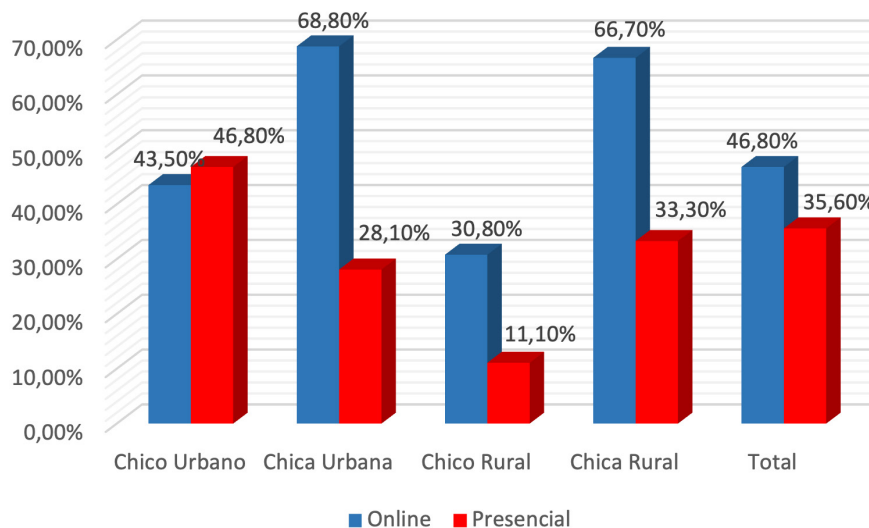
Gráfico 17.1 Juego con dinero en los últimos 30 días por sexo y ámbito



En cuanto a la edad en que comenzaron a jugar, casi la mitad de los estudiantes que alguna vez han jugado dinero en internet declaran haber comenzado antes de los 13 años (46,8%, 4,3% del total de encuestados), y de forma presencial el porcentaje de los que comenzaron antes de esa edad es del 35,6% (4,2% del total). Son más las chicas que los chicos que empezaron a jugar antes de los 13 años en internet (68,4% y 41,3% de los jugadores respectivamente, $p = 0,035$). Sin embargo, de forma presencial son más los chicos que comenzaron antes de los

13 años (38,8% frente al 30,8% de las chicas), aunque en este caso las diferencias estadísticamente significativas las encontramos respecto al ámbito, con más adolescentes de medio urbano que comenzaron a jugar antes de los 13 años (40,9% frente al 16,7% rural, $p = 0,028$). Por sexo y ámbito, el 46,8% de los chicos y un 28,1% de las chicas de medio urbano comenzaron a jugar presencialmente antes de los 13 años, mientras que el 11% de los chicos y el 33,3% de las chicas de medio rural lo hicieron a esa edad ($p = 0,031$). (Gráfico 17.2).

Gráfico 17.2. Porcentaje de jóvenes jugadores que comenzaron a jugar con dinero antes de los 13 años



Respecto a la valoración de juego patológico, un 1,2% de los participantes (7,1% de los jugadores) contestó afirmativamente a las dos preguntas del cuestionario. Un 15,3% de los jóvenes que han jugado alguna vez ha necesitado apostar más y más dinero, y un 19,3% ha mentido a gente importante para él respecto a cuánto

juega (Gráfico 17.3). Aunque las respuestas afirmativas en todos estos casos son más numerosas en los chicos (Gráfico 17.4), no hay diferencias significativas por sexo más que en el hecho de mentir acerca de cuánto juegan ($p = 0,048$).

Gráfico 17.3 Respuestas al cuestionario Lie/bet por sexos entre los jugadores

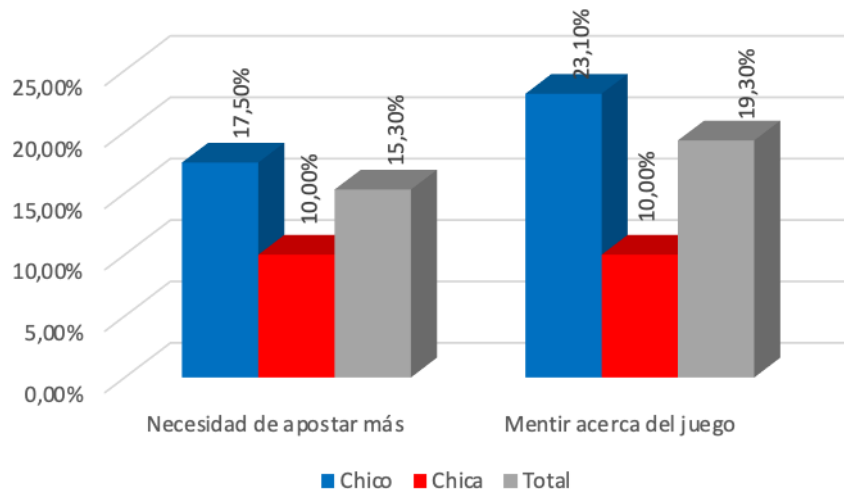
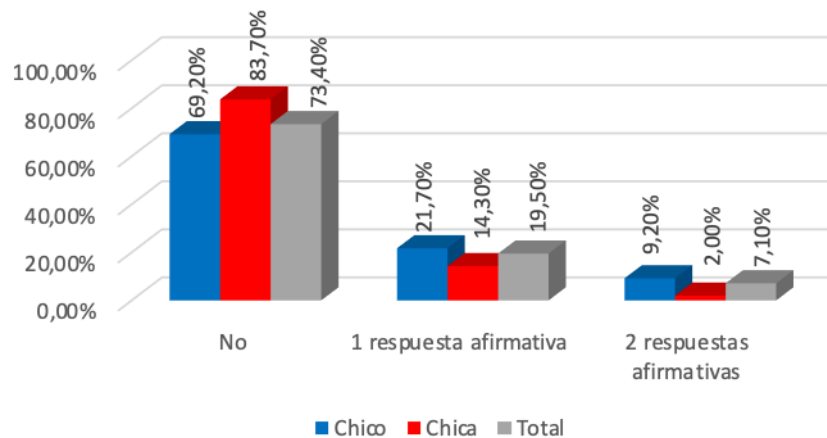


Gráfico 17.4 N.º de respuestas afirmativas en el cuestionario Lie/bet



18. Metodología

1. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

El cuestionario “Hábitos y estilos de vida en la población joven de Castilla y León” está dirigido a alumnos del último curso de la ESO (4.º ESO) residentes en Castilla y León que cursan estudios en algún centro público o privado (concertado o no) de la Comunidad.

En 2009 se condujo una encuesta piloto encuestando a 444 alumnos en 20 aulas de 20 colegios distintos elegidos al azar entre los 396 centros de la comunidad. En ese estudio se estimó el coeficiente de correlación intraclase (ICC) en 0,016 y el efecto del diseño en 1,344. La tasa de respuesta fue de un 93,9%.

En 2013 se celebró una nueva encuesta de la que formaron parte un total de 49 aulas pertenecientes a 46 colegios e institutos de todas las provincias de Castilla y León, siendo un total de 870 el número de encuestas consideradas válidas.

En 2015, se llevó a cabo otra edición de la encuesta, en la que participaron alumnos de 59 aulas pertenecientes a 57 colegios e institutos de Castilla y León, de los que finalmente se obtuvieron 960 encuestas consideradas válidas.

En 2017 se realizó de nuevo la encuesta, incluyendo 59 aulas de 58 centros escolares de Castilla y León, siendo 1004 el número final de encuestas válidas para su análisis. La tasa de respuesta en esta edición fue del 84,9%.

En la presente edición, 2021, han participado 67 aulas correspondientes a 60 centros escolares, obteniéndose finalmente 1020 cuestionarios válidos.

Se realizó un muestreo estratificado por conglomerados, donde las unidades de muestreo fueron las aulas de los colegios, en las cuales se pasarán los cuestionarios, y los estratos los entornos urbano y rural. Las unidades finales fueron los alumnos de las aulas seleccionadas.

Se contó con un listado de 381 colegios públicos y privados de la comunidad que agrupan 954 aulas distribuidas del siguiente modo:

Tabla 1: Distribución de colegios y aulas por entorno

	Colegios	Aulas
URBANA-SEMIURBANA	269	747
RURAL	112	207
TOTAL	381	954

Se extrajeron 4 muestras representativas de hombres y mujeres dentro de los entornos urbano/ semiurbano y rural. De este modo, el marco muestral distribuyó a los alumnos de la siguiente manera:

Tabla 2: Distribución de las personas por sexo y entorno

	Hombres	Mujeres	Total
URBANA-SEMIURBANA	8.114	7.843	15.957
RURAL	1.952	1.911	3.863
TOTAL	10.066	9.754	19.820

Para evitar el incremento del coste de muestreo al tomar dos muestras distintas de hombres y mujeres, se realizó una única muestra para el entorno rural y otra para el entorno urbano sin distinguir género y manteniendo la representatividad de los 4 estratos (entorno y sexo).

Con el marco anterior, para estimar una probabilidad del 50% con una confianza del 95%, un error del 7% y un efecto del diseño de 1,344 tenemos la siguiente estimación del tamaño de muestra²:

Tabla 3: Muestra teórica

	Hombres	Mujeres	Total
URBANA-SEMIURBANA	257	257	514
RURAL	239	239	478
TOTAL	496	496	992

2. Librería epicalc de R Language.

Por lo tanto, se deberían tomar 514 alumnos del entorno urbano y 478 alumnos del entorno rural.

Como la distribución entre hombres y mujeres no era homogénea (50,8% a 49,2%), para asegurar la representatividad por género (en este caso de las mujeres) habría que incluir a 523 del entorno urbano y 486 alumnos del entorno rural y (para que el 49,2% de cada entorno sean las 257 y 239 mujeres que necesitamos, respectivamente).

Por último, ajustando por la tasa de respuesta, obtenemos la muestra de alumnos final: 617 del entorno urbano y 573 del rural, siendo el total de 1190.

La media de alumnos por aula en el entorno urbano es de 21,4, por lo tanto se requirieron 29 aulas. La media en el rural es de 18,7, requiriendo 31 aulas.

Tabla 4: Muestra ajustada

	Total	Media alumnos	Aulas
URBANA-SEMIURBANA	617	21,4	29
RURAL	573	18,7	31
TOTAL	1190		60

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Las aulas se seleccionaron mediante muestreo proporcional al tamaño de cada estrato, lo que amplió

el número de aulas a 67 debido al redondeo hacia arriba. La encuesta se realizó a todos los alumnos de las aulas seleccionadas.

Tabla 5: Distribución de personas y aulas

Provincia	Urbano			Rural		
	Personas	%	Aulas	Personas	%	Aulas
Ávila	859	5,4%	2	532	13,8%	5
Burgos	2708	17,0%	5	317	8,2%	3
León	2808	17,6%	6	620	16,0%	5
Palencia	829	5,2%	2	366	9,5%	3
Salamanca	2229	14,0%	5	465	12,0%	4
Segovia	953	6,0%	2	486	12,6%	4
Soria	469	2,9%	1	302	7,8%	3
Valladolid	4111	25,8%	8	569	14,7%	5
Zamora	991	6,2%	2	206	5,3%	2
Total	15957		33	3863		34

La composición de la muestra, una vez seleccionada queda así:

Tabla 6: Distribución de la muestra final

	Urbano/semiurbano				Rural				Total
	Aulas	Hombres	Mujeres	Ambos	Aulas	Hombres	Mujeres	Ambos	
Ávila	2	19	21	40	5	41	49	90	129
Burgos	5	61	59	120	3	29	29	59	178
León	6	73	69	143	5	49	42	92	234
Palencia	2	24	21	45	3	26	35	61	106
Salamanca	5	53	58	111	4	33	50	83	194
Segovia	2	21	16	37	4	50	33	83	119
Soria	1	12	15	26	3	23	34	57	83
Valladolid	8	82	82	164	5	56	50	105	269
Zamora	2	24	18	42	2	14	13	27	69
Total	33	368	359	727	34	321	334	655	1.383

2. REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA

El trabajo de campo comenzó el 13 de mayo de 2021, tras la suspensión de la edición del curso 2019-2020 por coincidir su comienzo, en el mes de Marzo de 2020, con la declaración de la pandemia por COVID-19. Este período de realización de la edición 2021 se extendió durante un mes (hasta el 16 de Junio), aunque en más del 70% de las aulas se llevó a cabo durante el mes de Mayo. Dado lo avanzado del curso escolar y las circunstancias de prevención de COVID-19, en este caso se dejó a los propios centros la elección de las fechas para realizar la encuesta.

Se solicitó el consentimiento escrito de los padres/tutores para la participación de los menores en la encuesta, incluyendo en la hoja de autorización el peso y la talla de los jóvenes referido por los padres. Los consentimientos firmados quedaron custodiados en los centros escolares.

Debido a las incidencias con la herramienta utilizada en ediciones anteriores, en la actual se decidió emplear la aplicación FORMA de la administración del estado (<https://forma.administracionelectronica.gob.es>). Esta ha resultado de gran utilidad, con una elevada recuperación de encuestas (94,51%) sobre las realizadas y de las cuales la mayoría han resultado ser válidas (99,03%) (Fig.1).

Fig. 1. Datos globales encuesta 2020-2021



El n.º de participantes corresponde al referido en los informes provinciales.

El número total de alumnos seleccionados fue de 1383, algo superior al previsto (1358), debido a que los listados de centros utilizados en el muestreo correspondían al curso escolar anterior. Aportaron el consentimiento un total de 1118 alumnos (80,84%), de los cuáles finalmente participaron 1093 (79,03%) y se recibieron 1033 cuestionarios. El 52,42% de los alumnos participantes correspondieron a centros de zonas de salud urbanas/semiurbanas, mientras que el 47,58% restante fueron de zonas rurales.

Es posible que la realización de la encuesta en la etapa final del curso escolar, época de exámenes, y en un entorno de medidas preventivas de la COVID-19 haya influido negativamente sobre el número de participantes. Los datos de participación corresponden a los reflejados en el anexo V de los informes provinciales, aunque este año, al no haber asistido de forma presencial los representantes de los Servicios Territoriales no se conoce el número exacto de alumnos que realizaron la encuesta, ya que algunos, a pesar de haber entregado el consentimiento, no quisieron participar y otros se ausentaron del centro escolar ese día, bien por enfermedad u otros

motivos. También algunos responsables refieren que ha habido alumnos que han realizado la encuesta desde casa por estar confinados. Estas pueden ser algunas de las causas de que un 5,49% de las encuestas de los probables participantes no se recibieran, además de la de algún alumno que no pudo validarla y otros casos en que es posible que no se enviaran correctamente. En el ámbito urbano/semiurbano la participación fue del 88%, siendo mayor en comparación con el 82% registrado en los centros de zonas de salud rurales.

3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las características de los participantes en la encuesta.

Para el análisis de los datos, en algunos casos se crearon variables nuevas: se calculó el índice de masa corporal ($IMC = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$, con el peso en kilos y la altura en metros) y se agruparon categorías de algunas de las variables del cuestionario para facilitar su análisis. Los puntos de corte para las distintas categorías de nivel de peso según el IMC se establecieron de acuerdo a

los establecidos por la Internacional Obesity Task Force (IOTF)^{3,4} y la OMS⁵.

Posteriormente se realizó una ponderación de la muestra respecto a la población de referencia para que, manteniendo el tamaño muestral, la proporción de cada estrato (chicos del medio rural, chicas del medio rural, chicos del medio urbano y chicas del medio urbano) fuera igual en la muestra que en la población de referencia, conservando así la representatividad. Para ello, se empleó la siguiente fórmula matemática:

$$w_i = \frac{N_i}{n_i} \cdot \frac{\sum n_i}{\sum N_i}$$

Donde:

w_i es el factor de ponderación para cada estrato.

N_i es el número de jóvenes en cada estrato de la población de referencia.

n_i es el número de jóvenes en cada estrato de la muestra.

Los factores de ponderación obtenidos fueron los siguientes:

Chico		Chica	
Urbano	Rural	Urbano	Rural
1,82	0,45	1,33	0,37

Con la muestra ponderada se analizaron los resultados de la encuesta por sexo y ámbito para cada una de las variables. Para ello, se emplearon ji-cuadrado y la prueba exacta de Fisher en el caso de las variables categóricas y para las variables cuantitativas continuas pruebas paramétricas o no paramétricas según si se trataba de una distribución normal o no respectivamente. Se compararon las categorías de nivel de peso teniendo en cuenta el IMC conforme a la clasificación de la IOTF y la OMS con la autopercepción que tienen los jóvenes de su peso en relación con su altura empleando el índice kappa. Asimismo se analizó si las variables referentes

3. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal M, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Br Med J* 2000; 320: 1240-3. *BMJ* 2000; 320: 1-6.
4. Cole TJ, M Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007; 335: 194.
5. http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

a alimentación, IMC, actividad física y descanso están asociadas entre sí.

Se aceptó un valor de significación del 5%. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 19.

II. RECOMENDACIONES

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la vida adulta, en la que se producen importantes cambios físicos, emocionales y sociales. Es en este período cuando empiezan a tomarse decisiones de forma independiente y se intensifica la búsqueda de la identidad que definirá al individuo durante el resto de su vida. Aunque la adolescencia se considera una etapa de buena salud, una de sus características es la iniciación de conductas de riesgo, como el consumo de sustancias tóxicas, las relaciones sexuales sin protección o comportamientos que favorecen la accidentabilidad.

Hay diferentes factores que explican esta facilidad para iniciar conductas de riesgo, como procesos neurobiológicos (ligados, por ejemplo, a la maduración del lóbulo prefrontal del cerebro), psicológicos (creerse invulnerable, desear sensaciones y experiencias novedosas, etc.) y contextuales (una cierta permisividad dentro de la familia y en la sociedad en general para que estas conductas tengan lugar). Estos hábitos poco saludables, junto con otros referentes a la mala alimentación, descanso y actividad física insuficientes, etc... pueden

poner en riesgo su salud tanto presente como futura, así como la de sus posibles descendientes.

Por tanto, es esencial conocer cuáles son estos factores de riesgo y cómo evolucionan en nuestra población adolescente, con el fin de establecer acciones preventivas para disminuir el riesgo de sufrir enfermedades crónicas o no transmisibles, que actualmente representan el 71% de las causas de mortalidad a nivel mundial¹.

En 2009 la Junta de Castilla y León, mediante la colaboración de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación, se dotó de un Sistema de Información para conocer la situación y evolución de los factores de riesgo asociados a patologías de alta prevalencia en la población joven de nuestra Comunidad. Se sustenta en los resultados de las encuestas “Hábitos y estilos de vida de la población joven de Castilla y León”² realizadas a una muestra aleatoria de alumnos de 4.º de la ESO con una frecuencia bienal. En el curso escolar 2020/2021 se realizó una nueva edición, aunque en este caso el intervalo temporal ha sido algo mayor, ya que la encuesta

1. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

2. <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon/estudio-habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon>

prevista para el curso 2019/2020 tuvo que suspenderse debido a la pandemia por SARS-CoV2.

A pesar de poder describir rasgos comunes en el conjunto de adolescentes, la población en estas edades constituye un grupo social muy diverso, cuyas creencias, valores, actitudes, expectativas y comportamientos difieren considerablemente, reflejando el conocimiento individual, la experiencia y un infinito abanico de influencias sociales, lo que les convierte claramente en una población heterogénea. Esta diversidad representa un reto para el diseño de intervenciones educativas y sanitarias eficaces y efectivas. Según el primer informe de la OMS sobre adolescentes y salud³, para potenciar ésta es esencial involucrar a los propios jóvenes en ello. Durante la adolescencia es esencial adquirir un “capital

de salud”, en términos de información / formación sobre temas claves y de adquisición de habilidades de vida y de actitudes saludables, necesario para vivir esta etapa y a lo largo de toda la vida.

Se puede actuar sobre el entorno de los adolescentes, incluyendo el sistema educativo y las políticas de salud pública, y realizar intervenciones específicas que puedan favorecer desde un punto de vista de neurodesarrollo la adquisición de un estilo de vida sano.

A continuación, de forma orientativa, se realiza una breve revisión de las recomendaciones sobre las áreas específicas exploradas en el cuestionario sobre Hábitos y Estilos de vida de la población joven de Castilla y León.

3. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041363>. Working for a brighter, healthier future.

1. ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

Numerosos estudios demuestran los beneficios que aporta a la salud del individuo el mantenerse físicamente activo⁴. Esto es aún más importante en una etapa de grandes cambios, tanto físicos como emocionales, como es la adolescencia.

Aunque los adolescentes suelen ser personas activas, un elevado porcentaje de ellos no alcanza los niveles adecuados de actividad física, lo que no sólo es peligroso para la salud sino que conlleva una baja forma física, una menor autoestima y una pobre imagen corporal. Hay varios motivos por los que disminuye la actividad física en este grupo etario: hay menos tiempo libre al aumentar las exigencias escolares y además los jóvenes pierden el interés por jugar que había en la infancia y aparecen otras alternativas de tiempo libre, muchas de las cuáles son sedentarias. También quieren disponer de tiempo para estar con sus amigos y éstos adquieren más importancia mientras que la familia pierde influencia. Además, en los ambientes en los que los adolescentes suelen reunirse se favorecen conductas poco saludables (beber alcohol, fumar, trasnochar...).

La actividad física repercute de forma positiva en esta etapa tanto a nivel fisiológico como psicológico e incluso a nivel social:

- a) Beneficios fisiológicos: Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, cáncer de colon y diabetes. Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal, lo que es importante para prevenir la obesidad adulta. Fortalece los huesos, aumentando la densidad ósea y disminuyendo el riesgo de osteoporosis en el futuro. Fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga (forma física). Contribuye a la maduración del sistema nervioso motor y aumenta las destrezas motrices.
- b) Beneficios psicológicos: Mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión; aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico. Contribuye al desarrollo integral de la persona y mejora la memoria y el rendimiento escolar.

4. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 populationbased surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(1):23-35

- c) Beneficios sociales: Fomenta la sociabilidad. Aumenta la autonomía y la integración social (esto es especialmente importante en el caso de discapacidad física o psíquica).

Por el contrario, existe evidencia científica que sugiere que los jóvenes inactivos (los que no hacen actividad física de forma habitual) o sedentarios (pasar mucho tiempo frente a pantallas, desplazarse en vehículo en lugar de caminando o en bicicleta) presentan más probabilidades de tener sobrepeso/obesidad, incremento de la resistencia a la insulina y trastornos en el perfil de lípidos (disminución del nivel de HDL) y presión arterial elevada, cada vez más frecuente a edades más tempranas. El ejercicio regular ayuda a evitarlo. Sin embargo, el tiempo utilizado en conductas sedentarias ha aumentado entre los adolescentes⁵, por lo que es necesario potenciar programas dirigidos a aumentar la actividad física de esta población. El nuevo plan de acción mundial sobre Actividad Física de la OMS tiene como meta reducir la inactividad física en un 10% para el año

2025 y en un 15% para 2030⁶. Los padres, madres o tutores juegan un papel de vital importancia en promover y facilitar oportunidades para la realización de actividad física apropiada para cada edad. Se recomienda que los jóvenes y adolescentes realicen⁷:

1. Ejercicios aeróbicos: fortalecen el corazón y mejoran la oxigenación del cuerpo. Se recomienda realizar al menos 60 minutos al día de actividad física aeróbica moderada a vigorosa (ésta debe provocar una sensación de calor, sudoración de leve a intensa y que se respire y lata el corazón más deprisa). Por ejemplo: andar a paso ligero, pasear en bicicleta, correr, pedalear rápidamente o nadar. Estos 60 minutos pueden alcanzarse también sumando periodos más cortos a lo largo del día. Adicionalmente se recomienda que los adolescentes hagan por lo menos tres sesiones de 60 minutos de actividad física vigorosa cada semana. Se reconocen porque en éstas es más difícil hablar mientras se realiza el ejercicio, la sudoración

5. https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/investigacion_ocio_digital/

6. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.

7. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Tabla_resumen_Recomendaciones_ActivFisica.pdf

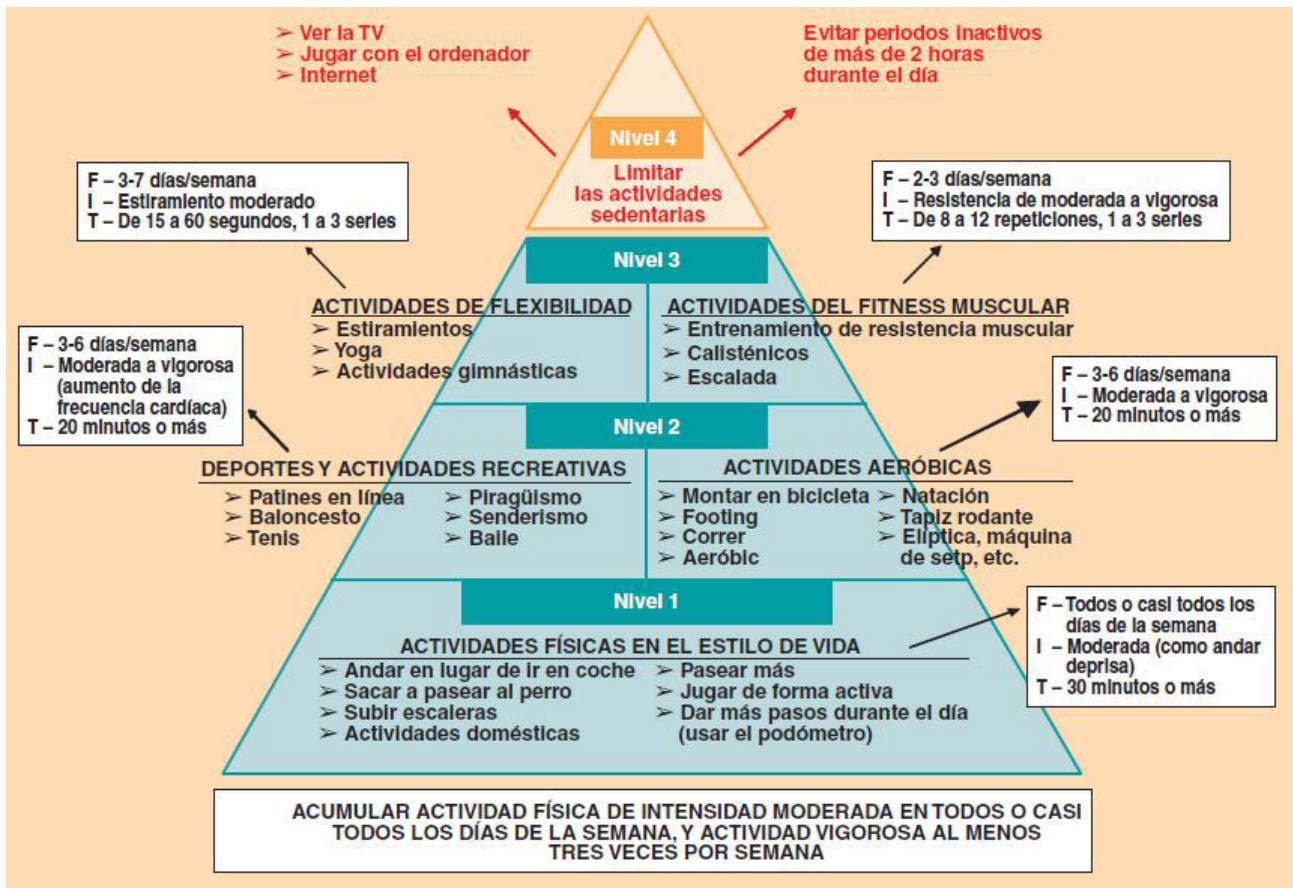
es más fuerte y cuesta más respirar, por ejemplo, deportes de equipo.

2. Ejercicios de fuerza: fortalecen los músculos y mejoran la masa ósea. Esto permite permanecer activos durante periodos más largos sin agotarse. Músculos más fuertes protegen las articulaciones y previenen lesiones. Se recomienda subir escaleras siempre que sea posible y practicar un deporte que incluya grandes grupos musculares al menos 3 días a la semana.
3. Ejercicios de flexibilidad: favorecen que los músculos y las articulaciones se estiren y doblen con facilidad, reduciendo distensiones y esguinces y ayudan a mejorar el rendimiento deportivo. Fomentan la flexibilidad los programas de gimnasia, el baile, el yoga o las artes marciales entre otros.

Hacer ejercicios de calentamiento antes de entrenar y estiramientos al final ayuda a desarrollar la flexibilidad.

4. Reducir las actividades sedentarias: Limitar el tiempo frente a la televisión u otras pantallas (móviles, videojuegos, ordenadores, etc.) con fines recreativos a un máximo de 2 horas al día. Minimizar el tiempo de transporte en coche o autobús y fomentar el recorrer a pie o en bici, al menos parte del camino.
5. Fomentar las actividades al aire libre: Participar en más de una actividad deportiva ayuda a desarrollar diferentes habilidades y a evitar lesiones. Nunca es demasiado tarde para empezar, debe descansarse (dormir) lo necesario y evitar el sobrentrenamiento.

PIRÁMIDE DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA ADOLESCENTES



Fuente: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>

Recursos en la red

- (1) <https://www.familiaysalud.es/salud-joven>: información dirigida a adolescentes, familias, profesionales sanitarios y educadores sobre los hábitos y problemas que más preocupan en esta etapa de la vida (ejercicio, alimentación, sexualidad, abuso de sustancias, ...).
- (2) <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/ejercicio-fisico>: Información dirigida a los jóvenes sobre actividad física y recursos disponibles en Castilla y León.
- (3) http://kidshealth.org/teen/en_español: Página web con información sobre salud para adolescentes.
- (4) <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/adolescencia-habitos-saludables>: Adolescencia y hábitos saludables | Comunidad de Madrid
- (5) https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_sivfrent-j_2019.pdf: Informe SIVFRENT-J 2019.
- (6) <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/de5a17/home.htm>: Estilos de vida saludable - Recomendaciones generales de actividad física para menores de 5 a 17 años. Ministerio de Sanidad.
- (7) <https://publichealth.jhu.edu/topics/child-and-adolescent-health>: Página web de recursos del centro de salud del adolescente de la Universidad Johns Hopkins de EEUU.

2. ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia hay una gran demanda de nutrientes, ya que es la fase de mayor velocidad de crecimiento y en la que se producen importantes cambios en la composición corporal. Esto, junto a los cambios en los estilos de vida y hábitos dietéticos hacen que esta etapa sea de alto riesgo nutricional.

Los cambios de hábitos nutricionales en los adolescentes son debidos a diversos factores, como son las influencias psicológicas y sociales, sobre todo de los amigos, la realización de comidas fuera de casa, el rechazo a las normas familiares, las propias preferencias, la búsqueda de autonomía y el tener un mayor poder adquisitivo.

Una nutrición saludable contribuye al mantenimiento de un estilo de vida físicamente activo. Además de realizar actividad física para mantener y mejorar la salud, los adolescentes necesitan una dieta sana y equilibrada que garantice el equilibrio entre aporte y gasto de energía, y que proporcione los nutrientes necesarios para un crecimiento y un desarrollo saludables. En el mejor de los casos, una mala dieta impedirá que el o

la joven alcance su mejor condición física, y en el peor, puede dañar su salud actual y futura.

La composición corporal de los adolescentes presenta claras diferencias entre los sexos, ya que los chicos aumentan su masa magra, músculo y hueso mientras que en las chicas aumenta mucho el tejido graso. Esto va a influir en las necesidades energéticas, puesto que el tejido magro consume una cantidad mayor de energía que el tejido graso. Las ingestas recomendadas en la adolescencia no se relacionan con la edad cronológica sino con la biológica, ya que el ritmo de crecimiento no es igual en todos los jóvenes. Además, hay que tener en cuenta la existencia de hábitos perjudiciales, como el tabaco, que impide la absorción de vitamina C y el consumo de alcohol que provoca deshidratación e impide la absorción de grasas y determinadas vitaminas⁸.

Algunos de los errores más frecuentes en los hábitos alimentarios de los adolescentes son: saltarse alguna de las comidas, como el desayuno, tener un patrón de ingesta de alimentos irregular, consumir snacks y comida rápida, no comer en familia, seguir dietas sin indicación médica, realizar una actividad física intensa sin el asesoramiento adecuado, o por el contrario, potenciar

8. Das, Jai K et al. "Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs." *Annals of the New York Academy of Sciences* vol. 1393,1 (2017): 21-33. doi: 10.1111/nyas.13330

el sedentarismo, pasando muchas horas frente a pantallas. Algunas de estas conductas, además de favorecer la aparición de patologías como la anorexia y la bulimia⁹, pueden instaurar hábitos poco saludables con repercusión en la edad adulta, como el incremento de obesidad, dislipemias, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

Por tanto, la adolescencia es un buen momento para hacer educación alimentaria (9):

- Una dieta equilibrada debe ser variada y contener todos los alimentos básicos.
- Una dieta es saludable cuando:
 1. Proporciona una variedad de alimentos diferentes.
 2. Suministra todos los nutrientes en cantidades adecuadas.
 3. Proporciona suficiente energía (calorías) para mantener una masa corporal ideal (10).

Una alimentación adecuada comienza con la elección del alimento. En la actualidad disponemos de tantos alimentos entre los que elegir que debemos

aprender a tomar decisiones saludables. Se debe subrayar que no existen alimentos “buenos” o “malos”, sino sólo una buena o mala dieta global. Una buena regla es no consumir alimentos refinados o procesados. Es importante variar los tipos que se consumen dentro de cada grupo de alimentos, con el fin de garantizar la ingesta de los micronutrientes necesarios, tales como minerales y vitaminas. Las cantidades de cada grupo de alimentos que se deben consumir dependen de la edad, el peso, el sexo y el nivel de actividad de la persona joven en cuestión, y aquellas con mayor edad o peso, o que son más activas, necesitan mayores cantidades de cada grupo de alimentos. Los suplementos de vitaminas y minerales, aunque resultan útiles en algunos casos, no son necesarios si la calidad y las cantidades de la dieta son adecuadas.

Las frutas, verduras y hortalizas deben estar presentes en la dieta, siendo consumidas todos los días en una cantidad de al menos 5 piezas o raciones. Una dieta saludable infantojuvenil, siguiendo el patrón de una dieta mediterránea debe comprender los siguientes grupos y cantidades de alimentos:

9. Swanson, Sonja A et al. “Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement.” *Archives of general psychiatry* vol. 68,7 (2011): 714-23. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22

- 2-3 raciones diarias de productos lácteos (por ejemplo, leche, yogur, queso, etc.).
 - 2-3 raciones diarias de alimentos ricos en proteínas (por ejemplo, carne, aves de corral, pescados, legumbres, huevos o frutos secos).
 - 6-11 raciones de alimentos ricos en hidratos de carbono complejo y no refinados (por ejemplo, pan, cereales, arroz o pasta).
 - 2-4 raciones diarias de fruta.
 - 3-5 raciones diarias de verduras.
 - Al menos 2-3 litros de líquidos.
 - Se deben consumir con prudencia grasas, aceite, sal y azúcares refinados.
1. Debe resaltarse la importancia de las frutas y verduras en especial: según diversos estudios y revisiones sistemáticas son las únicas características de la dieta que de forma consistente se asocian con resultados positivos en salud (10).
 2. Comenzar la jornada con un desayuno saludable es fundamental para llevar una vida más sana. Las investigaciones han demostrado que el desayuno es una comida particularmente importante para niños, niñas y adolescentes desde el punto de vista de su situación en materia de salud. Es muy im-

portante consumir un desayuno saludable y completo que proporcione energía para todo el día y posibilite un rendimiento más eficaz en el centro escolar. Algunos estudios han asociado el hecho de ingerir un desayuno saludable y adecuado con unos altos niveles de actividad física en niños, niñas y adolescentes y la incapacidad para desayunar se ha asociado a obesidad en la infancia y la adolescencia.

3. El desayuno debe incluir leche o productos lácteos, pan o cereales (preferiblemente integrales con un contenido mínimo en azúcares refinados) y fruta.
4. El agua es la bebida fundamental para la consecución de una dieta saludable. Se recomienda consumir entre 5 a 8 vasos por día. El consumo adecuado de líquidos es muy importante para los niños, niñas y adolescentes. Se deben consumir diariamente al menos 2-3 litros de líquidos, y posiblemente una cantidad superior si se realiza un alto grado de actividad física. Existen unos niveles preocupantes de consumo de refrescos (bebidas azucaradas y bebidas carbonatadas que con frecuencia contienen cafeína) y los resultados científicos vinculan el consumo de estas bebidas con una mala salud.

5. De forma más específica, un alto consumo de refrescos está relacionado con:
- a) sobrepeso u obesidad debidos a la ingesta adicional de calorías.
 - b) un incremento del riesgo de osteoporosis vinculado a la reducción del consumo de leche, que puede generar carencia de calcio y pérdidas óseas.
 - c) un incremento del riesgo de caries dental y de erosión del esmalte.

Las “bebidas deportivas” con electrolitos a menudo se comercializan como más saludables que los refrescos carbonatados, y aunque pueden resultar útiles para el suministro de líquidos y de energía durante actividades físicas prolongadas o de gran esfuerzo, no se deben convertir en la bebida preferida de los jóvenes. Los líquidos se deben consumir primordialmente en forma de agua y, ocasionalmente, de zumos naturales e infusiones.

6. Reducir el consumo de sal y azúcares refinados. La Organización Mundial de la Salud recomienda no tomar más de 5 gramos de sal diarios. Se calcula que en España cada persona consume 11 g. de sal al día por término medio. Hay que ser moderado en el consumo de aquellos alimentos cuyas

formas de presentación tienen un alto contenido de sal, conservas, platos preparados: pizzas, fiambres, “snacks”, etc. Los dulces y las golosinas (que contienen un alto nivel de azúcares refinados) y los alimentos con niveles elevados de sal (por ejemplo, las bolsas de patatas fritas) se deben comer únicamente de forma ocasional.

Se recomienda reducir el consumo de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta total de energía diaria (11).

Los productos con un alto contenido energético generalmente tienen un valor nutritivo mínimo (“calorías vacías”) y si se consumen en exceso pueden contribuir a la obesidad al tiempo que provocan pérdida de apetito en relación con el consumo de alternativas más saludables. Asimismo, los alimentos con un alto contenido de azúcar fomentan la caries dental y una mala salud oral.

7. No saltarse ninguna comida. Se recomienda hacer 5 comidas al día.

Recursos en la red

- (8) <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/alimentacion-saludable>
Información dirigida a población general sobre alimentación saludable: recetarios para comida

- cardiosaludable, estrategia NAOS (Nutrición Actividad Física y Prevención de la Obesidad), etc.
- (9) <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjuven/anorexia-bulimia>
Recursos en Castilla y León para ayudar e informar a jóvenes sobre desórdenes alimentarios.
- (10) <https://www.alimentosdespana.es/es/estrategia-alimentos-espana/>
Recetas en base a alimentos saludables, sin necesidad de registro, con acceso libre en español.
- (11) <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/observatorio.htm>: Página web del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, con todos los estudios relevantes relacionados realizados en España y Europa, dirigido a profesionales y educadores.
- (12) www.gasolfoundation.org/es/estudio-pasos/
- (13) https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm: [Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición](#). Página de recomendaciones para fomentar un estilo de vida y alimentación saludables de la estrategia NAOS, dirigida a diferentes grupos poblacionales (profesores, familias, menores...).
- (14) <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccion-Salud/adolescencia/recomendaciones.htm>: recomendaciones nutricionales de la Sociedad Española de Endocrinología.
- (15) <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/trastornos-alimentarios>: Información para familias sobre [Trastornos alimentarios | Ventana abierta a la familia \(saludcastillayleon.es\)](#)
- (16) https://sespo.es/wp-content/uploads/guia_alimentacion_etapa_escolar.pdf
La alimentación saludable en la etapa escolar - Guía para familias y escuelas (sespo.es)
- (17) Calderón García, A. et al. (2019). Valoración del estado nutricional y de hábitos y preferencias alimentarias en una población infanto-juvenil (7 a 16 años) de la Comunidad de Madrid. *Nut Hosp*, 36(2), 394-404. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2244>

come sano y muévete



ALIMENTACIÓN SALUDABLE

OCASIONALMENTE

PASTELES, DULCES, GOLOSINAS, REFRESCOS AZUCARADOS.

CADA SEMANA

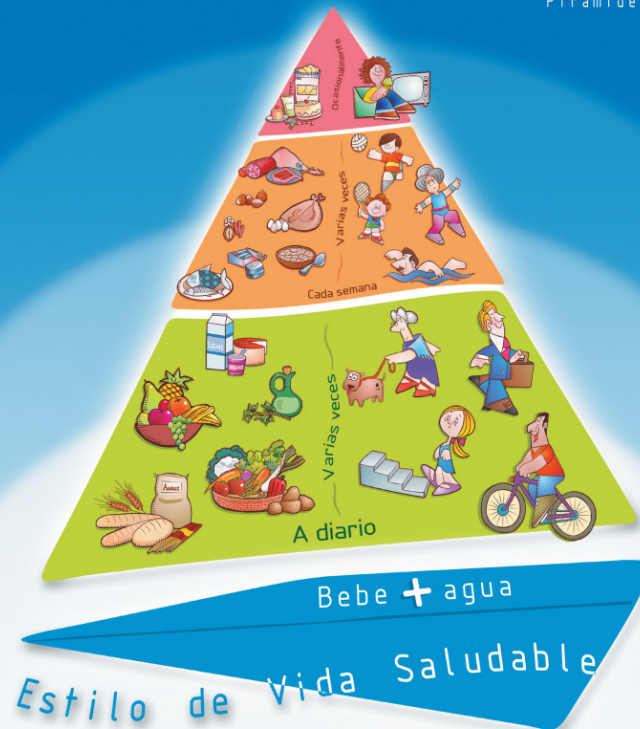
LEGUMBRES, CARNE, PESCADO, FRUTOS SECOS, EMBUTIDO.

A DIARIO

FRUTAS Y VERDURAS, LECHE Y DERIVADOS, PAN, PASTA, ARROZ, ACEITE DE OLIVA, AGUA.

- HAZ 5 COMIDAS AL DÍA.
- EL DESAYUNO COMPLETO Y CON TIEMPO.
- UTILIZA POCASAL Y AZUCAR.
- NO PICOTEES ENTRE COMIDAS.
- LÁVATE LAS MANOS.
- LÁVATE LOS DIENTES.

Pirámide NAOS



ACTIVIDAD FÍSICA

OCASIONALMENTE

TELEVISIÓN, ORDENADOR, VIDEOJUEGOS.

CADA SEMANA

PRACTICA ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE Y PRACTICA ALGÚN DEPORTE.

A DIARIO

JUEGA EN EL RECREO Y CUANDO PUEDES. USA LAS ESCALERAS PARA SUBIR Y BAJAR. SI PUEDES, VETE ANDANDO O EN BICICLETA. DUERME DE 8 A 10 HORAS.



DL/VA. 404/2007

Fuente: <https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/images?idMmedia = 84734>

DECÁLOGO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

1

UTILIZAR EL ACEITE DE OLIVA COMO PRINCIPAL GRASA DE ADICIÓN.

Es el aceite más utilizado en la cocina mediterránea. Es un alimento rico en vitamina E, beta-carotenos y ácidos grasos monoinsaturados que le confieren propiedades cardioprotectoras. Este alimento representa un tesoro dentro de la dieta mediterránea, y ha perdurado a través de siglos entre las costumbres gastronómicas regionales, otorgando a los platos un sabor y aroma únicos.

2

CONSUMIR ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL EN ABUNDANCIA: FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, CHAMPIÑONES Y FRUTOS SECOS.

Las verduras, hortalizas y frutas son la principal fuente de vitaminas, minerales y fibra de nuestra dieta y nos aportan, al mismo tiempo, una gran cantidad de agua. Es fundamental consumir 5 raciones de fruta y verdura a diario. Gracias a su contenido elevado en antioxidantes y fibra pueden contribuir a prevenir, entre otras, algunas enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

3

EL PAN Y LOS ALIMENTOS PROCEDENTES DE CEREALES (PASTA, ARROZ Y ESPECIALMENTE SUS PRODUCTOS INTEGRALES) DEBERÍAN FORMAR PARTE DE LA ALIMENTACIÓN DIARIA.

El consumo diario de pasta, arroz y cereales es indispensable por su composición rica en carbohidratos. Nos aportan una parte importante de energía necesaria para nuestras actividades diarias.

4

LOS ALIMENTOS POCO PROCESADOS, FRESCOS Y DE TEMPORADA SON LOS MÁS ADECUADOS.

Es importante aprovechar los productos de temporada ya que, sobre todo en el caso de las frutas y verduras, nos permite consumirlas en su mejor momento, tanto a nivel de aportación de nutrientes como por su aroma y sabor.

5

CONSUMIR DIARIAMENTE PRODUCTOS LÁCTEOS, PRINCIPALMENTE YOGURT Y QUESOS.

Nutricionalmente se debe destacar que los productos lácteos son excelentes fuentes de proteínas de alto valor biológico, minerales (calcio, fósforo, etc) y vitaminas. El consumo de leches fermentadas (yogur, etc.) se asocia a una serie de beneficios para la salud porque estos productos contienen microorganismos vivos capaces de mejorar el equilibrio de la microflora intestinal.

6

LA CARNE ROJA SE TENDRÍA QUE CONSUMIR CON MODERACIÓN Y SI PUEDE SER COMO PARTE DE GUIOS Y OTRAS RECETAS. Y LAS CARNES PROCESADAS EN CANTIDADES PEQUEÑAS Y COMO INGREDIENTES DE BOCADILLOS Y PLATOS.

El consumo excesivo de grasas animales no es bueno para la salud. Por lo tanto, se recomienda el consumo en cantidades pequeñas, preferentemente carnes magras, y formando parte de platos a base de verduras y cereales.

7

CONSUMIR PESCADO EN ABUNDANCIA Y HUEVOS CON MODERACIÓN.

Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana ya que sus grasas – aunque de origen animal- tienen propiedades muy parecidas a las grasas de origen vegetal a las que se les atribuyen propiedades protectoras frente enfermedades cardiovasculares.

Los huevos contienen proteínas de muy buena calidad, grasas y muchas vitaminas y minerales que los convierten en un alimento muy rico. El consumo de tres o cuatro huevos a la semana es una buena alternativa a la carne y el pescado.

8

LA FRUTA FRESCA TENDRÍA QUE SER EL POSTRE HABITUAL. LOS DULCES Y PASTELES DEBERÍAN CONSUMIRSE OCASIONALMENTE.

Las frutas son alimentos muy nutritivos que aportan color y sabor a nuestra alimentación diaria y son también una buena alternativa a media mañana y como merienda.

9

EL AGUA ES LA BEBIDA POR EXCELENCIA EN EL MEDITERRÁNEO. UNA CORRECTA HIDRATACIÓN ES ESENCIAL.

El agua es fundamental en nuestra dieta. Se debe garantizar el aporte diario de entre 1,5 y 2 litros de agua. Además de beber agua, se puede completar la ingesta de líquidos con infusiones y caldos bajos en grasa y sal.

10

REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA TODOS LOS DÍAS, YA QUE ES TAN IMPORTANTE COMO COMER ADECUADAMENTE.

Mantenerse físicamente activo y realizar cada día un ejercicio físico adaptado a nuestras capacidades es muy importante para conservar una buena salud.

<https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/#decalogo>

3. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL U OTRAS DROGAS

El consumo de alcohol, tabaco y drogas es un problema de salud pública, con especial incidencia en adolescentes. En ellos tiene importantes repercusiones, tanto físicas como psíquicas a largo plazo (dependencia, adicción, efectos neurocognitivos, ...) pero también a corto y medio plazo (problemas agudos de salud mental, absentismo o abandono escolar, problemas afectivos, conductas sexuales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, conducción temeraria, actos violentos^{10,11}). Los adolescentes son especialmente vulnerables al establecimiento de conductas de riesgo, entre las que se encuentra el consumo de sustancias, estando además esta conducta muy integrada socialmente en ambientes de ocio, y siendo de fácil accesibilidad. Así, el consumo de estas sustancias (alcohol, tabaco, cannabis,

...) se produce a edades tempranas (alrededor de los 14 años) aumentando esto la posible dependencia de las mismas en el futuro¹²: quienes comienzan a beber antes de los 15 años multiplican por cuatro el riesgo de presentar dependencia del alcohol en la edad adulta, frente a quienes comienzan a los 20¹³. Según los datos de la última encuesta ESTUDES (2021)¹⁴, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España por los adolescentes, con un 73,9% que lo ha consumido alguna vez en la vida, un 23,2% que ha sufrido alguna borrachera en el último mes y un 27,9% ha hecho binge drinking en ese mismo período, es decir, ha consumido 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en menos de 2 horas. La segunda sustancia psicoactiva más consumida entre los alumnos de 14 a 18 años es el tabaco. El 38,2% de los jóvenes indica que han fumado tabaco alguna vez en su vida. Más del 80% de los fumadores se inician en el consumo de tabaco antes de los 18 años, y cuanto menor

10. Perelman, Julian et al. "Smoking and school absenteeism among 15- to 16-year-old adolescents: a cross-section analysis on 36 European countries." *European journal of public health* vol. 29,4 (2019): 778-784. doi:10.1093/eurpub/ckz110

11. Markkula, Jaana et al. "Drunken driving and riding with a drunken driver: adolescent types at higher risk". *Drugs: Education, Prevention and Policy*. (2020) vol.27:3, 213-220, DOI: [10.1080/09687637.2019.1615867](https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1615867)

12. Chen CY, Storr CL, Anthony JC. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addict Behav* (2009) 34:319-22. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.10.021

13. <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/programa-icaro-alcohol.html>

14. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf

es la edad en la que los jóvenes comienzan a probar y experimentar, más probabilidad tienen de consolidarse como fumadores. En tercer lugar se sitúa el consumo de cannabis, con un 28,6% que declara haberlo consumido en algún momento y siendo éste la sustancia ilegal más consumida entre los estudiantes de 14 a 18 años. Las siguientes posiciones las ocupan los hipnosedantes (tranquilizantes/ somníferos), con o sin receta, que han sido consumidos por el 19,6% de los jóvenes en algún momento de su vida, el éxtasis (3,1%) y la cocaína (2,7%).

En relación al género, los datos de ESTUDES 2021 demuestran que el consumo de tabaco, alcohol e hipnosedantes está más extendido entre las mujeres. Pese a ello, los hombres que consumen alcohol o tabaco lo hacen con mayor intensidad que éstas. En cambio, el consumo de sustancias ilegales, está más extendido entre los varones (hachís, cocaína, alucinógenos, anfetaminas o heroína).

El consumo de alcohol en el cerebro adolescente puede alterar su desarrollo, afectando a la toma de decisiones, personalidad, memoria y aprendizaje. Puede reducir el autocontrol y potenciar comportamientos

arriesgados, como las prácticas sexuales sin protección o la conducción peligrosa, y es una causa de lesiones (en particular a consecuencia de accidentes de tránsito), violencia y muerte prematura¹⁵. También puede engendrar problemas de salud que aparezcan en un futuro y afecten a la esperanza de vida, como son efectos adversos en su hígado, huesos, crecimiento y desarrollo endocrino. El consumo excesivo de alcohol en la adolescencia baja los niveles de hormonas sexuales y de las hormonas de crecimiento tanto en chicos como en chicas.

Un problema que preocupa los últimos años, no solo a los poderes públicos sino a la sociedad en general, es la práctica extendida del “botellón” dentro del ocio juvenil de fin de semana y en el que los jóvenes consumen alcohol en parques, calles y plazas, en principio de forma abusiva. Este fenómeno deriva en consecuencias negativas además de altos consumos de alcohol y otras sustancias, como son accidentes de tráfico, molestias para los vecinos, rotura de mobiliario urbano, etc.

En Europa el cannabis es la droga ilícita más consumida, según los últimos datos recopilados según la Encuesta europea en población adolescente en el uso

15. Windle, M. y Windle, R. (2017). The Measurement of Adolescent Alcohol Problems via Item Response Theory and Their 15-Year Prospective Associations with Alcohol and Other Psychiatric Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41, 399-406. doi: 10.1111/acer.13301.

de drogas (ESPAD, 2019) el porcentaje de jóvenes con edades entre 15 y 16 años, que indicaron haber consumido cannabis al menos una vez en su vida asciende al 16%¹⁶. Existe evidencia de que el consumo de cannabis durante la adolescencia aumenta el riesgo de presentar enfermedades psiquiátricas como la adicción a las drogas, trastornos del humor como depresión, ansiedad y trastornos esquizoafectivos, etc. Son muchos los esfuerzos en la prevención del consumo de drogas y otras sustancias en la población adolescente, pero para que la estrategia sea efectiva debe actuarse a varios niveles: Salud pública, Educación (en los colegios y en el hogar)¹⁷ y Servicios sanitarios (1), a través de las siguientes acciones:

- Cumplimiento de la normativa que prohíbe la expedición de bebidas alcohólicas y tabaco a menores de 18 años.
- En el hogar los padres tienen un rol importante a la hora de establecer límites claros desde edades tempranas como el regresar temprano a casa los

días de fiesta o reuniones de amigos. Educar con el ejemplo y ser coherentes con las prohibiciones que se acuerden sobre el consumo de tabaco y el alcohol (18).

- Cambiar el paradigma de normalización del consumo de estas sustancias propiciado por campañas publicitarias y cierta permisibilidad social, por otro en el que el paso de adolescente a adulto discorra por un proceso de diferenciación y adopción de prácticas responsables de autocuidado. En otras palabras, no ceder a la presión de grupo y bajar el umbral de tolerancia al consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.
- Facilitar a los adolescentes alternativas de actividades y lugares de ocio donde puedan encontrarse con los amigos y divertirse de forma saludable.
- Los adolescentes que ya consumen alguna de estas sustancias deben abandonar estas prácticas nocivas, contando para ello con el correspondiente apoyo institucional (sistema sanitario, social, ...).

16. http://espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf: Informe ESPAD 2019.

17. Gerra G, Benedetti E, Resce G, Potente R, Cutilli A, Molinaro S. Socioeconomic Status, Parental Education, School Connectedness and Individual Socio-Cultural Resources in Vulnerability for Drug Use among Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 18;17(4):1306. doi: 10.3390/ijerph17041306. PMID: 32085546; PMCID: PMC7068584.

El consumo de alcohol y drogas por parte de niños y adolescentes viene asociado a alteraciones neurocognitivas que más adelante pueden generar problemas de comportamiento, emocionales, sociales o académicos.

La prevención del consumo de alcohol y drogas es un importante ámbito de trabajo en materia de salud pública, labor que puede pasar por estrategias e intervenciones dirigidas a la población y actividades en la escuela, la comunidad, la familia o a nivel individual. Entre las principales fórmulas para reducir el consumo de alcohol en la adolescencia están el establecimiento de una edad mínima para comprar y consumir alcohol y la eliminación de la publicidad dirigida a los menores. Se ha comprobado que normas severas en estos dos aspectos pueden prevenir que los adolescentes adquieran dos importantes conductas de riesgo: la iniciación al consumo de alcohol y el consumo en atracón (binge drinking) temprano¹⁸.

Recursos en la red

(18) <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/programas-des-tacados.html>: Sección de la página web del portal de

Familia, Mujer y Adicciones de la Junta de Castilla y León, con apartados de intervención desde la para la prevención del consumo de alcohol y drogas. También presenta información sobre prevención en adicciones sin sustancia.

- (19) <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/prevencion-adicciones/programas-prevencion-familiar-consumo-drogas>
Programas de prevención familiar del consumo de drogas
- (20) <https://familia.jcyl.es/web/es/adicciones/guias-sobre-tabaco-para.html>: Guía práctica para dejar de fumar
- (21) <https://www.sanidad.gob.es/alcoholJovenes/home.htm>: Página web del MSSSI, todo sobre el alcohol y los jóvenes (documentos, guías, folletos, etc.) dirigido a público general, padres, jóvenes y profesionales de la salud.
- (22) <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/adolescent-data/adolescent---risk-factors>: Página web de la OMS con información sobre factores de riesgo para la salud de los adolescentes.
- (23) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>: Salud del adolescente y el joven adulto

18. Noel JK. Associations Between Alcohol Policies and Adolescent Alcohol Use: A Pooled Analysis of GSHS and ESPAD Data. Alcohol Alcohol. 2019 Dec 1; 54(6):639-646. doi: 10.1093/alcalc/agz068. PMID: 31556931.

4. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano durante toda su vida y comprende sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas se expresan o experimentan. La sexualidad está influenciada por la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, étnicos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006)¹⁹.

La educación sexual comienza en la primera infancia y progresa a través de la adolescencia y la vida adulta a través del entorno familiar, social (amigos, compañeros), a través de los medios de comunicación, centros educativos²⁰ y mediante las políticas de salud pública. Aspira a proteger y apoyar un desarrollo seguro de la sexualidad en la infancia y juventud. Prepara y da

competencia a niños, niñas y jóvenes a través de información, habilidades y valores positivos para que comprendan, disfruten de su sexualidad y de sus relaciones de manera segura y satisfactoria. Les responsabiliza de su propia salud sexual y bienestar y la de otras personas, permitiéndoles que puedan hacer elecciones que mejoren sus vidas y contribuyan a hacer una sociedad más tolerante. Todas las niñas, niños y jóvenes tienen derecho a acceder a una educación sexual adecuada a su edad (24). En la definición de la OMS, el foco principal está en la sexualidad como posibilidades humanas y fuente de satisfacción y placer. Claramente se reconoce la necesidad de adquirir conocimientos para prevenir las enfermedades sexuales de manera positiva. Además, la educación sexual se debe basar en los derechos humanos internacionalmente aceptados, y en particular en el derecho a saber cómo prevenir las enfermedades²¹.

La educación para la sexualidad, dirigida a los adolescentes, ha de estar orientada por tres objetivos básicos:

19. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health?msclkid=049703a4cf7711ec87272af54f558cdf#tab=tab_2

20. Steiner, Riley J et al. “Adolescent Connectedness and Adult Health Outcomes.” *Pediatrics* vol. 144,1 (2019): e20183766. doi: 10.1542/peds.2018-3766

21. Kann, Laura et al. “Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017.” *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C.: 2002)* vol. 67,8 1-114. 15 Jun. 2018, doi:10.15585/mmwr.ss6708a1

- Despertar su propio valor personal (autoestima) y su fuerza potencial como grupo (ayuda mutua o apoyo solidario).
- Aportar instrumentos para analizar la situación problema en la que viven, los factores de riesgo con los que conviven, y descubrir la necesidad de actuar para modificar estas situaciones.
- Ayudarles a obtener los recursos y conocimientos necesarios para asumir el control de su propia salud y la de su comunidad. La intervención debe ser adecuada a la edad del adolescente, de acuerdo con los siguientes tramos etarios:

Adolescencia temprana (11-14 años)

Los adolescentes de esta edad tienden a ser concretos y tener un pensamiento a corto plazo, por lo que no consideran las consecuencias a largo plazo de sus decisiones. Es un buen momento para hablar sobre el hecho de retrasar el inicio de la actividad sexual pero no sirve de nada insistir en explicar sobre los beneficios o consecuencias a largo plazo de esta decisión.

Adolescencia media (15-17 años)

En la adolescencia el riesgo de consumo de drogas es máximo, ya que en estos años los adolescentes cuestionan los límites y la autoridad. La táctica del miedo no funciona; lo que sí lo hace es remarcar la importancia de la influencia de los amigos. Lo mejor es aconsejar sobre cómo vencer la presión de grupo y cambiar de círculos sociales (el comportamiento sexual y la asunción de riesgos están asociados con cierto tipo de grupos o con salir con chicos menores o mayores).

Adolescencia tardía (17 a 20)

Los adolescentes mayores están entrando en nuevas situaciones sociales como iniciar los estudios universitarios o la entrada en el mercado laboral, así que hablar del comportamiento sexual en un contexto más amplio de las relaciones sociales puede ser útil. Por ejemplo, se puede comentar como el comportamiento sexual ayuda a formar la identidad personal o a definir a un joven. Influye en cómo se ven a ellos mismos y en cómo son vistos en sus relaciones íntimas por su comunidad o sus grupos de iguales.

Los principales riesgos a los que se enfrentan los adolescentes a partir del comienzo de su actividad sexual son los embarazos no deseados y las enfermedades

de transmisión sexual (ETS). En los últimos años se ha añadido el “chemsex”²² que consiste en la utilización de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales durante un largo período de tiempo. Esta práctica potencia los riesgos anteriores al favorecer la desinhibición sexual y escaso uso del preservativo, así como de otros medios de protección.

Tanto para los padres como para los adolescentes, hablar de sexo puede ser incómodo. Los chicos no quieren ver a sus padres en ese contexto y, recíprocamente, los padres a sus hijos. A pesar de esto los adolescentes todavía reconocen que los padres son la principal influencia en su comportamiento sexual. Las directrices para el éxito de las conversaciones sobre sexo entre padres y adolescentes incluyen:

- Comprometer a los hijos a discutir de forma honesta y abierta sobre temas como el empezar a salir con alguien, la intimidad sexual y emocional, la identidad sexual y el compromiso emocional.
- Discutir las responsabilidades respecto al compromiso y la intimidad en las relaciones románticas.

- Discutir sobre las responsabilidades para evitar el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.
- Enseñar a los adolescentes a no explotar social, emocional o sexualmente a nadie.
- Es imposible enseñar si no se da el ejemplo.
- De igual forma enseñar a los adolescentes como reconocer las relaciones abusivas o de explotación.
- Poner límites apropiados como la edad de empezar a salir con alguien, la hora de regresar a casa y la edad de la persona con la que el hijo/a desea salir.
- Debido a que los adolescentes pueden sentirse avergonzados de hablar con sus padres sobre sexo o las relaciones, brindar acceso a otras personas adultas de confianza.
- Ser abiertos a las preguntas y los valores expresados por los adolescentes (24).

En tus relaciones sexuales completas, para prevenir infecciones o un embarazo: ¡Protégete! Siempre usa condón.

22. <https://www.immedicohospitalario.es//noticia/33706/el-chemsex-puede-triplicar-el-riesgo-de-infeccion-por-vih.html>

Recursos en la red

- (24) <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjuven/sexualidad>: Página dirigida a los jóvenes, con temas relacionados con la sexualidad: ETS; embarazo; agresión sexual entre otros. La Consejería de Sanidad de Castilla y León cuenta con un teléfono gratuito de asesoramiento e información sobre sexualidad (infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y métodos anticonceptivos) (horario: viernes, sábados y domingos de 18:00 a 23:00 horas.) 900 10 44 13. Además, estamos presentes en Facebook ([Información Sobre Sexualidad en Castilla y León](#)) y en Twitter ([InfoSexualidadCyl](#)) en donde disponéis de información actualizada y rigurosa sobre sexualidad.
- (25) <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex/Paginas/Birth-Control-for-Sexually-Active-Teens.aspx?msclkid = 6066e12acf8711ecb1f1b0b463728689>:
- (26) https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/img/anatomia/metodos_anticonceptivos.pdf
Guía de la Comunidad de Madrid de métodos anticonceptivos, 2013.
- (27) <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vih-virus-inmunodeficiencia-humana-its-infecciones-transmision-sexual>:Página web del portal de salud de la Comunidad de Madrid, sección de enfermedades de transmisión sexual.
- (27) <https://www.hbsc.es/informes#Monosex2018>: Resultados del estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) sobre conducta sexual en España. Análisis de tendencias de 2002 a 2018.
- (28) <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/sexualidad/chemsex-sexualidad>

5. EDUCACIÓN VIAL EN LA ADOLESCENCIA

En 2020, las causas externas fueron la primera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años, tanto a nivel nacional como en la Comunidad de Castilla y León²³. La tasa de mortalidad por accidentes de tráfico, aunque ha descendido en los últimos años (en 2020 principalmente debido a las medidas restrictivas por la pandemia), se mantiene como una importante causa de mortalidad en este grupo de edad (datos INE 2020). Los accidentes de tráfico afectan especialmente a las poblaciones más jóvenes y además de los ocupantes de turismos, están frecuentemente implicados en ellos los de motocicletas y bicicletas, así como los peatones. Por ello, es importante que dentro del proceso de promoción de la salud se incorporen contenidos sobre educación vial desde el colegio, la sociedad y la familia siendo importantes las siguientes recomendaciones (29):

No conducir mientras se utiliza el móvil. El uso del teléfono móvil está cada día más extendido en la población, incluso conduciendo, a pesar de que está suficientemente demostrado que aumenta significativamente el riesgo de sufrir un accidente. Según estudios de la Dirección General de Tráfico el uso del teléfono móvil multiplica por seis el riesgo de provocar un

accidente. Además de la distracción, conducir mientras se habla por el móvil produce sobre los reflejos efectos similares a los causados por la ingestión de una cantidad de alcohol suficiente para producir una alcoholemia de 1 g/l. La nueva Ley de Tráfico de 2022 no permite manipular el móvil durante la conducción.

No alcohol al volante. No existe un límite de seguridad de consumo de alcohol, y menos en menores de edad. Aún por debajo del límite legal, el riesgo de accidente puede verse ya incrementado; lo seguro, y recomendable, es evitar conducir después de haber consumido cualquier cantidad de alcohol. La única tasa realmente segura es 0,0 mg/l y este es el límite para los menores de edad, aunque en general el límite de alcoholemia en España actualmente se establece en 0,25mg/l en aire expirado y 0,5 mg/l en sangre, y para los profesionales y conductores noveles los límites son 0,15 mg/l y 0,3 mg/l respectivamente.

Usar siempre el cinturón de seguridad ya sea como copiloto o en la parte de atrás, en la ciudad o en el campo. El “factor humano” suele ser determinante en un alto porcentaje de los accidentes de tráfico. Sin embargo, podemos afirmar que el vehículo juega un importante papel para minimizar el riesgo en diferentes

23. <https://estadistica.jcyl.es/web/es/estadisticas-temas/defunciones-causa-muerte-2020.html>

situaciones en las que puede verse implicado. De esta manera los sistemas de seguridad de un vehículo pueden influir disminuyendo la probabilidad de que se produzca un accidente (sistemas de seguridad activa) y reduciendo en lo posible los daños que sufra cada ocupante una vez producido el accidente (sistemas de seguridad pasiva). El airbag no sirve para nada si no hacemos uso del cinturón.

Usar siempre casco en vehículos de dos ruedas.

La circulación en un vehículo de dos ruedas entraña una serie de alicientes respecto a otros tipos de vehículos. Sin embargo, los vehículos de dos ruedas protegen notoriamente menos a sus ocupantes en caso de accidente; sus capacidades de prevención de lesiones son mínimas. Los elementos de seguridad pasiva de otros vehículos son, en este caso, sustituidos por el equipamiento que viste el ocupante: chaqueta, pantalones, calzado, guantes y, sobre todo, casco. Una de las principales razones de la alta lesividad de los accidentes de vehículos de dos ruedas es la imposibilidad de evitar el mecanismo más importante de lesión grave y fallecimiento en caso de accidente: la eyección del ocupante. Evitar la eyección, reduce la mortalidad a casi la mitad en el caso de vehículos de cuatro ruedas, en gran medida debido a la menor probabilidad de sufrir lesiones cráneo-encefálicas graves y mortales. En los de dos, en

cambio, este tipo de lesiones son la norma en caso de accidente. Es fundamental utilizar un casco adecuado al tamaño de la cabeza y llevarlo en todo momento bien ajustado. Existe evidencia de la eficacia de la utilización del casco en motocicletas para reducir la gravedad de las lesiones en caso de accidente o evitar la muerte. En términos generales, quienes no hacen uso del casco padecen hasta tres veces más lesiones craneales y encefálicas que quienes si hacen uso del casco. No todos los cascos protegen de igual modo, existiendo modelos específicos para cada tipo de actividad y vehículo. A 50 kilómetros por hora las lesiones pueden ser de enorme severidad o mortales, por lo que no se debe escatimar en seguridad. El casco integral ofrece mayor protección para la cara, para el cuello y para toda la cabeza. El casco para bicicletas tiene algunas características diferentes. Salvo que se vaya a practicar deporte de BTT (bicicleta todoterreno), en cuyo caso se utilizan cascos integrales, el uso no deportivo de la bicicleta conlleva la utilización del casco especial, más ligero, pero también eficaz en la reducción de lesiones. Si el casco ha recibido un golpe, no se debe volver a utilizar.

Cuando se es peatón se debe cruzar siempre la calzada por los pasos de peatones, cuando el semáforo lo permite, tras verificar la ausencia de peligros. En las

vías interurbanas se circulará por la izquierda y en horas de baja visibilidad con elementos reflectantes.

Recursos en la red

- (29) <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/SeguridadVial/medioEscolar.htm>. Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud.
- (30) <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/jovenes/>
Otros recursos didácticos de la DGT dirigido a los jóvenes y educadores.
- (31) https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/seguridad-vial/recursos-materiales/jovenes/videos-jovenes/: Información sobre seguridad vial dirigida a jóvenes, de la Fundación MAPFRE.

6. DESCANSO ADECUADO

El descanso en los adolescentes afecta al desarrollo del cerebro. Su patrón de sueño normal es diferente al de los niños o los adultos. Hasta los 10 años de edad la mayoría de los niños se despiertan activos y frescos, pero los adolescentes generalmente están adormilados al despertarse, cansados durante el día y despiertos en la noche. En la adolescencia el ritmo circadiano cambia, debido a un cambio en la secreción de melatonina, la cual provoca somnolencia. En esta etapa la melatonina inicia su acción más tarde por la noche y disminuye también más tarde por la mañana. En contraste, el ritmo circadiano de las personas de mediana edad tiende a cambiar hacia atrás, por eso muchos padres luchan por permanecer despiertos mientras sus hijos adolescentes están en su alerta máxima.

De hecho los adolescentes necesitan dormir tanto o más tiempo que el que requerían cuando eran niños. El óptimo es de 9 a 10 horas. Muchos adolescentes están crónicamente privados de sueño, durmiendo un promedio de 6 a 7 horas cada noche. Ese déficit viene determinado por la hora temprana de comienzo de la

actividad lectiva y la muy tardía en la que se acuestan. Tan escaso tiempo de descanso puede ocasionar somnolencia (sea en clase o incluso detrás del volante), irritabilidad, incapacidad para realizar tareas que no sean emocionantes o de naturaleza competitiva y dependencia de bebidas con cafeína para permanecer alerta²⁴.

La falta de sueño tiene un poderoso efecto en la habilidad para aprender y retener nuevas materias, especialmente en áreas abstractas como física, filosofía, matemática y cálculo y también es importante para mejorar el rendimiento atlético y tener un desarrollo sano. El déficit de sueño puede causar problemas de salud, como las enfermedades cardíacas y la obesidad, dificultades para combatir las infecciones y problemas emocionales como la depresión.

Combatir contra la biología puede ser desalentador, pero los adultos pueden ayudar a los adolescentes a conseguir un descanso adecuado:

- Manteniendo la TV y los aparatos electrónicos fuera de sus habitaciones.
- Cambiando a bebidas sin cafeína al final del día.
- Disminuyendo las actividades a una hora razonable.

24. Owens J, Adolescent Sleep Working Group, Committee on Adolescence Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics*. 2014; 134(3):e921–e32.

Recuperar las horas de sueño los fines de semana no es la mejor opción, debido a que confunde al cerebro en la hora en que anochece y el descanso no es tan reparador como el logrado con el sueño regular²⁵.

Recursos en la red

- (32) <http://kidshealth.org/es/teens/how-much-sleep-esp.html>

- Página web dirigida a adolescentes con información sobre el sueño.
- (33) http://www.cinteco.com/_guia-del-sueno-para-el-adolescente/
Página web con información dirigida a adolescentes donde se amplían las recomendaciones para tener un sueño reparador y adecuado.

25. Bei B, Allen NB, Nicholas CL, Dudgeon P, Murray G, Trinder J. Actigraphy-assessed sleep during school and vacation periods: a naturalistic study of restricted and extended sleep opportunities in adolescents. *J Sleep Res.* 2014; 23(1): 107-117. doi:10.1111/jsr.12080

7. SALUD BUCODENTAL

Durante la infancia, los niños visitan al dentista acompañados de sus padres, pero los adolescentes controlan más su tiempo libre y es posible que no acudan al dentista para realizar exámenes de rutina. Como resultado, muchos adolescentes no reciben el cuidado dental que necesitan o la información necesaria sobre sus hábitos de higiene oral (34). La enfermedad crónica más común entre jóvenes de 5 y 17 años es la caries, según información de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Es una enfermedad mediada por bacterias cuyo signo principal es la presencia de una lesión en la pieza dental que puede o no estar cavitada. El proceso comienza por la desmineralización del esmalte, pudiendo posteriormente resultar en la exposición de la dentina y daño al tejido pulpar.

En las últimas décadas se ha observado un descenso de la caries dental en muchos países de Europa y Norteamérica pero continúan existiendo grandes diferencias a nivel socioeconómico que influyen en la prevención y por tanto en la prevalencia de enfermedades bucodentales. Las afecciones en la dentadura constituyen una fuente común de dolor y de discapacidades. Cualquier tipo de patología bucodental es causa, si no

se trata, de dolor orofacial y de una pérdida de distintas funciones como es el comer, masticar o hablar, situaciones que, en ocasiones, producen alteraciones en la apariencia física y contribuyen a que las personas dejen de sonreír, se sientan molestas si comen fuera de casa e incluso pierdan su autoestima y les dificulte mantener relaciones en su entorno social.

En 2021, la 74 Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre salud bucodental en la que se recomendó promover la prevención en lugar del enfoque exclusivamente curativo tradicional y potenciar la promoción de la salud bucodental en la familia, la escuela y el lugar de trabajo, así como incluir una atención integral e inclusiva dentro del sistema de atención primaria. La resolución afirma que la salud bucodental se debe integrar en la lucha contra las enfermedades no transmisibles y que las intervenciones en este ámbito deben incluirse en los programas relacionados con la cobertura sanitaria universal. La Asamblea ha pedido a la OMS la elaboración de un proyecto de estrategia mundial para hacer frente a las enfermedades bucodentales que antes de 2023 se traduzca en un plan de acción de salud bucodental que determine cuáles son las intervenciones más rentables en este ámbito²⁶.

26. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>



Los hábitos de una correcta higiene bucodental deben incorporarse dentro de la higiene general del individuo y es importante que se adquieran a edades tempranas para que persistan a lo largo de la vida. En esto, los padres juegan un papel esencial: deben ser los inductores de la higiene bucal de sus hijos y son los responsables de que el niño acuda al dentista desde una edad temprana. Si en una familia no se le da la suficiente importancia a la higiene bucal, la eficacia de lo que aprenda fuera de casa será mucho menor (35).

Muchas de las enfermedades y trastornos bucodentales comparten factores de riesgo modificables (como el consumo de tabaco y de alcohol y las dietas ricas en azúcares libres) con las principales enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes). Las recomendaciones para gozar de una buena salud bucodental son entre otras²⁶:

a) Cuidar la alimentación:

Limitar el consumo de bebidas y alimentos azucarados: “chuches”, caramelos, chicles, chocolate, pasteles, etc. Se aconseja la reducción en la ingesta de alimentos con mayor potencial cariogénico (los que contienen azúcares refinados) y evitar consumirlos especialmente entre comidas. Hay que recordar que es

cariogénico cualquier alimento muy rico en azúcar, tanto si es natural como elaborado como las golosinas, pastelitos, bebidas refrescantes, zumos de fruta, cereales, chocolate, helados, salsas o la miel.

Limitar el consumo de refrescos. El consumo de refrescos entre los jóvenes se ha incrementado en los últimos años. El azúcar en los refrescos azucarados puede causar caries, y los aditivos saborizantes ácidos (presentes en los refrescos azucarados y no azucarados) también pueden erosionar y dañar el esmalte dental (36). Además de reducir el consumo, los adolescentes pueden limitar los efectos nocivos de los refrescos de dos formas muy simples: beberlos con una “pajita” reduce el contacto que tienen con los dientes y enjuagarse la boca con agua después de beberlos puede reducir el riesgo de caries. También es frecuente que los adolescentes se alimentan con barras “nutritivas” y comidas rápidas para mantenerse alertas y cumplir con la escuela, las actividades extracurriculares y los trabajos de media jornada. Sin embargo, estos hábitos pueden dañar en forma permanente la salud bucal y la salud en general. Los jóvenes deben tener acceso a refrigerios saludables, como manzanas, zanahorias o queso bajo en grasas. Mantener un cepillo de dientes de viaje en el casillero o en su mochila puede ayudarles a mantener

buenos hábitos de limpieza dental, ya que podrán cepillarse los dientes después de ingerir alimentos.

Actualmente, se acepta que tanto la caries como la enfermedad periodontal, tienen un factor etiológico común: la placa bacteriana. Las diferentes técnicas de higiene oral tienen como finalidad eliminar ésta, bien de una forma mecánica, por medio del cepillo de dientes (manual o eléctrico) que es el método más efectivo, pero apenas controla la higiene de las zonas interproximales, por lo que es necesario utilizar además, otros procedimientos como la seda dental o los cepillos interdentales, especialmente en pacientes que han sufrido periodontitis. La técnica del hilo de seda es compleja, por lo que se recomienda una visita al odontólogo para recibir un correcto adiestramiento individualizado. La utilización incorrecta puede tener efectos negativos no deseados.

b) Controlar la higiene bucodental: Los dientes y encías deben cepillarse a diario y en profundidad con una pasta dentífrica fluorada después de cada comida. Se aconseja que a partir de los 6 años todas las personas se laven los dientes con una pasta dental fluorada como

mínimo dos veces al día²⁷. No es necesario recomendar una técnica concreta, simplemente que realicen un cepillado que llegue a todas las caras de los dientes y durante un tiempo suficiente (se recomienda tres minutos de cepillado). Cepillarse sin pasta dental no tiene un efecto preventivo sobre la caries. Se recomienda el recambio periódico del cepillo dental, al menos trimestralmente, ya que con el uso, el cepillo se estropea y deja de limpiar correctamente. Hay evidencias de que el cepillo eléctrico tiene una capacidad de limpieza ligeramente superior a los manuales, especialmente aquellos con batería recargable, puesto que en los que utilizan pilas la eficacia disminuye rápidamente. También es esencial no acostarse nunca sin cepillarse los dientes.

c) Evitar los piercings en la boca: Los piercings en la lengua siguen siendo una moda a pesar del peligro que representan para la salud bucal. Las personas que los usan astillan sus dientes con el arete cuando comen, duermen, hablan o mastican. La fractura puede limitarse al esmalte del diente y es posible que deba colocarse un empaste, o puede ser más profunda, lo que puede causar que sea necesario un procedimiento

27. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VC, Jeroncic A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3(3):CD007868. Published 2019 Mar 4. doi:10.1002/14651858.CD007868.pub3

de endodoncia o incluso la extracción del diente. Las infecciones también son comunes con los piercings en la boca. La lengua puede inflamarse tras ser perforada y, en algunos casos, puede infectarse e inflamarse a tal punto que puede llegar a obstruir la respiración. Si el equipo de perforación no está adecuadamente esterilizado puede transmitir otros tipos de infecciones como la hepatitis²⁸.

d) Jugar de forma segura: Los deportes de contacto pueden producir lesiones en la boca, pero los adolescentes pueden prevenirlas usando un protector bucal cuando practican deportes. El protector bucal, ya sea que haya sido fabricado a medida por un dentista o haya sido comprado en una tienda, debe mantenerse limpio, enjuagándolo con regularidad y guardándolo en un recipiente ventilado.

e) Visitar al dentista: Al igual que los adultos, los adolescentes deben visitar al dentista al menos dos veces por año. Las consultas al dentista y las limpiezas regulares no solo mantienen los dientes blancos y

brillantes (un incentivo para la autoestima de cualquier adolescente), sino que también pueden ayudar a detectar problemas menores antes de que empeoren y controlar la evolución del estado de la cavidad oral, practicando el sellado de fosas y fisuras a edades tempranas para prevenir caries oclusales (35)

Recursos en la red

- (34) https://www.cdc.gov/oralhealth/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhealthywatter%2Fhygiene%2Fdisease%2Fdental_caries.html
- (35) <https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas08/bucoDental/index.html>: Página del Ministerio de Sanidad y Consumo - Plan de Salud Bucodental dirigido a la población entre 7 y 15 años.
- (36) <http://sespo.es> Página web de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), con documentos y materiales de difusión sobre salud bucodental.
- (37) <https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil/salud-escuela/cuida-dientes>: Página web del portal de salud de Castilla y León sobre salud bucodental de 6 a 12 años.

28. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/prevencion-diagnostico/piercing-oral.html>

8. SALUD MENTAL Y BIENESTAR DEL ADOLESCENTE

En los últimos años se han acumulado evidencias sobre la influencia que las emociones y su manejo tienen sobre la salud en general. De hecho, el bienestar mental está incluido en la definición de salud de la OMS. Se refiere a un estado en el que las personas son conscientes de sus propias aptitudes, afrontan las presiones normales de la vida, pudiendo trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad²⁹. También uno de los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”³⁰.

La adolescencia es una etapa de grandes cambios físicos, emocionales y sociales y esto puede implicar una mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental. Se calcula que a nivel mundial uno de cada siete adolescentes de 10 a 19 años (14%) padece algún trastorno mental³¹, pero a pesar de ello estas enfermedades siguen en gran medida sin recibir el reconocimiento y el tratamiento debidos.

Este es un período esencial para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, como son la adopción de patrones de sueño saludables, hacer ejercicio regularmente, desarrollar habilidades para mantener relaciones interpersonales, hacer frente a situaciones difíciles y resolver problemas, y aprender a gestionar las emociones. Es importante, además, contar con un entorno favorable y de protección en la familia, la escuela y la comunidad en general.

Cuanto más sean los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes, mayores serán los efectos que puedan tener sobre su salud mental. Algunos de estos factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia son la exposición a la adversidad, la presión social de sus compañeros y la exploración de su propia identidad. La influencia de los medios de comunicación y la imposición de normas de género pueden exacerbar la discrepancia entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones de cara al futuro. También recientemente se ha observado la influencia de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población y sobre todo de los adolescentes,

29. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

30. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>

31. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>: Salud mental del adolescente (who.int)

en gran parte debida al cierre de los centros escolares, ya que éstos no solo imparten educación sino que proporcionan a los jóvenes oportunidades para mejorar su actividad física y relaciones sociales, contribuyendo a mejorar su salud mental³².

Hasta hace poco tiempo, se negaba que los niños y jóvenes sufrieran trastornos mentales, o se minimizaba su importancia. Actualmente se cuenta con suficientes evidencias que demuestran la existencia de relación y continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta (38). Se detecta, por tanto, un importante potencial de mejora en la concienciación sobre la magnitud y la gravedad de los problemas causados por los trastornos mentales en niños y adolescentes, tanto en la toma de decisiones políticas, como en aquellas tomadas por profesionales de la salud y la sociedad en general. La actuación en el ámbito de la salud mental de los niños y jóvenes es crítica y de gran relevancia para conseguir un desarrollo normal de estos pacientes. Además existe un importante número de casos de niños y jóvenes con problemas que pese a no cumplir con los criterios diagnósticos de un trastorno mental son fuente de sufrimiento. La carencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los

niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, teniendo consecuencias negativas, como la disminución de las oportunidades educativas y profesionales, además de suponer un sufrimiento elevado para familiares y cuidadores y una carga económica y social para la familia y la sociedad.

Se considera que durante la infancia y la adolescencia es esencial adquirir un capital de salud, en términos de información sobre temas clave y la adquisición de unas habilidades de vida y actitudes de respuesta saludables. Dentro de este capital de salud las habilidades que se pretende desarrollen durante esta etapa son:

- Habilidad de comunicación
- Relaciones sociales
- Autoestima
- Asertividad
- Conocimiento de sí mismos
- Fortalecer la toma de decisiones
- Convivencia y cooperación
- Control emocional

Por tanto, las intervenciones de promoción de la salud mental de los adolescentes tienen como objetivo

32. <https://www.cdc.gov/healthyouth/mental-health/index.htm>

mejorar su capacidad para regular las emociones, potenciar las alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia para gestionar situaciones difíciles o adversas, y promover entornos y redes sociales favorables.

Sobre las relaciones sociales, existe evidencia que respalda recomendar actividades como: participar en reuniones, entrenar en un equipo o club y asistir a eventos deportivos, por estar asociadas de forma positiva con una buena salud. Por otro lado, el tener baja actividad cultural afecta los resultados de salud auto-percibida, satisfacción con la vida y la autoestima positiva de los jóvenes (39).

Recursos en la red

- (38) <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental>.
- (39) <https://www.instagram.com/consaludmental/guide/guia-para-adolescentes/17963630563324750/?igshid=1ved5q92c6l3k> SALUD MENTAL ESPAÑA en Instagram: Guía para adolescentes • Instagram
- (40) <https://bemocion.sanidad.gob.es/> Iniciativa del Ministerio de Sanidad. Contiene consejos, cuestionarios y otros materiales dirigidos a abordar problemas de salud mental (depresión, ansiedad, etc.) de forma práctica, dirigido a público general.

9. ACOSO, MALTRATO ESCOLAR (*BULLYING*)

El bullying es una forma de violencia entre iguales (estudiantes) que se desarrolla en el medio escolar, tanto dentro como fuera del centro educativo (en el aula, en los patios o en las rutas a casa). Es una conducta repetitiva que implica intencionalidad y un desequilibrio de poder o fuerza. Además, al producirse en un contexto social estable (grupo de iguales o centro educativo) es más difícil salir de ella. El acoso puede ser de distintos tipos: mediante insultos, chantajes, rumores o amenazas, aislamiento, violencia física, económica (robos) o acoso sexual, y afecta a toda la comunidad educativa, ya que deteriora la convivencia y vulnera los derechos de los estudiantes. Los últimos años de primaria y primeros de secundaria son aquellos con mayor concentración de este tipo de violencia. Según el informe publicado por la ONU en 2021 con el título “Más allá de los números: poner fin a la violencia y el acoso en el ámbito escolar”³³, casi uno de cada tres estudiantes (32%) a nivel mundial fue víctima de acoso por parte de sus compañeros de escuela al menos una vez en el mes anterior a realizarse la encuesta, aunque en Europa la prevalencia es algo más baja (25%). También, según este informe, el tipo de acoso más sufrido es el físico, seguido del acoso sexual,

en todas las regiones excepto en Europa y América del Norte, en que el más común es el acoso psicológico.

Una mención especial merece el acoso a través de las nuevas tecnologías o *ciberbullying*, que afecta a nada menos que a uno de cada diez menores. Tiene consecuencias más graves ya que el número de espectadores es mayor, y es más difícil prevenirlo y abordarlo ya que se extiende fuera del ámbito escolar. La humillación a través de las redes sociales, los correos o el móvil se perpetúa en el tiempo y a menudo se asocia a la violencia física, verbal o de exclusión en el aula o en el centro. Las acciones que se pueden considerar acoso por internet van desde publicar o compartir información comprometida, comentarios, rankings negativos, perfiles falsos e incluso hasta suplantar la personalidad de las víctimas (41,42).

Las consecuencias del bullying se manifiestan a distintos niveles:

- a) A nivel educativo: conlleva un mayor absentismo, problemas de aprendizaje y peores resultados académicos, y una mayor probabilidad de abandonar los estudios después de la ESO.

33. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378398/PDF/378398spa.pdf.multi>

- b) A nivel de salud: repercute sobre la salud mental de las víctimas (indefensión, sumisión, sentimientos de inferioridad, y pensamientos suicidas), sobre su calidad de vida (dificultad para dormir, ansiedad, ...) y potencia las conductas de riesgo en los agresores en algunos casos y en las víctimas en otros (mayor tasa de consumo de tabaco, alcohol y cannabis y experiencias sexuales más tempranas).

Un tercer implicado son los espectadores, ya sea por indiferencia o por participación/ fomento. Si se permanece en estas situaciones el agresor puede aprender a conseguir sus objetivos mediante la violencia, a cualquier edad. Los asistentes o espectadores interiorizarán como normal dichos comportamientos (42).

Hay que tener en cuenta que el maltrato se alimenta del silencio: el silencio del maltratador, el silencio de la víctima, por miedo o por vergüenza o por la falta de confianza y por no saber a quién contar lo que sucede; y el silencio de los espectadores que no hacen nada para no ser tachados de “chivatos”. Además, el agresor suele buscar ese silencio cómplice de los testigos. Se sabe que más de la mitad de los niños no denunciarían ser víctimas de acoso y que solo una minoría de los casos de

hostigamiento son denunciados. Incluso cuando surge la voz de alarma, la mayoría quiere demostrar que no está ocurriendo nada o que lo que se dice es falso. Las administraciones públicas deben facilitar los medios necesarios y accesibles para que los propios adolescentes, víctimas o testigos de una situación de violencia, puedan comunicarlo de forma segura y fácil, por ejemplo mediante líneas telefónicas gratuitas de ayuda³⁴.

En los últimos años ha aumentado la proporción de jóvenes que comunican situaciones de agresión o acoso. La ayuda se busca más frecuentemente en amigos/as aunque una tercera parte lo contaría a la familia, seguido de compañeros o compañeras. Algo más del 10% no lo comunica (41).

Es importante reconocer y detectar la existencia del acoso escolar como un problema por parte de la comunidad educativa, ya que esta toma de conciencia ayuda al seguimiento de éste. Se ha recomendado realizar estudios epidemiológicos periódicos y desde 2014 existe la sección de convivencia escolar (vinculada a la Consejería de Educación) dentro del Observatorio de Castilla y León (41). No hay que minimizar el problema recurriendo a tópicos como “eso ha ocurrido siempre”, “fortalece el carácter”, “son cosas de chicos, más vale no

34. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

meterse”, etc... Asimismo, el profesorado debería mostrar una actitud cercana con los alumnos, mostrando interés y preocupación por ellos, y a su vez fomentando las actividades participativas y cooperativas y la educación en valores de convivencia positiva, para desarrollar alternativas a la violencia y prevenir la intolerancia y el sexismo. El alumnado lo vería así como un recurso para prevenir y solucionar los episodios de acoso escolar. Esto ayuda a la resolución de los conflictos en los propios centros escolares, con implicación de los adolescentes y de sus familias. El inicio de programas preventivos en edades más tempranas (últimos cursos de primaria) podría ser de alto valor, incluyendo además actividades específicas para prevenir la victimización, sobre todo en el alumnado de origen inmigrante, propenso a la exclusión social. La adquisición de técnicas de resolución de conflictos interpersonales y de estrategias de comunicación, así como el desarrollo de habilidades de relación interpersonal evita estos procesos (41-45).

La lucha contra el bullying, una vez detectado, necesita de medidas de intervención rápidas y precisas; sin embargo, una de las formas más efectivas de prevenir su aparición, es mejorar las relaciones entre iguales y la ayuda entre el propio alumnado, siendo los alumnos los que prevengan y paren el acoso, apoyen a las víctimas, involucren a los observadores pasivos y reeduquen

a los agresores. Ese es el núcleo central del programa PAR (Prevenir, Ayudar, Reeducar) que, además de ser un recurso, pretende ser una iniciativa para configurar una red de centros coordinados para luchar contra el acoso en todas sus modalidades.

Es necesario estimular a los alumnos a no callar ante la violencia, y saber observar y detectar cambios sugerentes de acoso en los jóvenes para poder identificar las situaciones de maltrato y así mejorar la convivencia. La colaboración con las familias en el conocimiento del origen del maltrato y de las medidas que deben tomarse se hace imprescindible.

Los aspectos educativos son primordiales. Se debería adaptar la educación a los actuales cambios sociales, desarrollando la colaboración a múltiples niveles, mejorando la calidad del vínculo educativo y coordinando políticas educativas en distintos ámbitos de actuación, para que se aprenda a condenar toda forma de violencia, favoreciendo una representación que ayude a combatirla. Las campañas educativas deberían dirigirse contra las distintas conductas de acoso escolar, fomentando la sensibilización y solidaridad hacia las víctimas y el rechazo social hacia los agresores.

Según la UNESCO “Todas las formas de violencia en la escuela, incluido el acoso, representan una vulneración del derecho de los niños y adolescentes a la educación, a

la salud y el bienestar. Ningún país puede lograr una educación inclusiva, equitativa y de calidad si sus estudiantes son víctimas de violencia en el ámbito escolar”(45).

DECÁLOGO POR LA CIBERCONVIVENCIA POSITIVA Y CONTRA EL CIBERBULLYING³⁵

1. Cuidado de los datos ajenos.

Los datos personales de las demás personas no te pertenecen. Evita usarlos o publicar fotografías sin permiso.

2. Discreción.

No reveles asuntos particulares de otras personas, aunque pienses que no les va a importar.

3. Respeto y prudencia.

Dirígete a las demás personas con mucho cuidado y respeto. Puede que no te entiendan bien o que tengan un mal día.

4. Visión global y creativa.

Cuida mucho las bromas en público. Aunque la persona implicada sepa que no es en serio otras lo pueden interpretar mal.

5. Observación y empatía.

Cuando entres en un lugar nuevo observa durante algunos días antes de actuar. Quizás no sea el sitio o la gente que pensabas.

6. Gestión positiva de emociones.

Si alguien te enfada, desconecta un rato. Puede tratarse de un malentendido o algo no intencionado.

7. Compromiso y sensibilidad.

Cuando veas que alguien comete una imprudencia, hazlo saber de manera discreta.

8. Implicación activa y constructiva.

Si perteneces a una comunidad o red, participa y contribuye de forma positiva.

9. Tolerancia y participación.

Muestra respeto por las opiniones de las demás personas y manifiesta la tuya.

10. Solidaridad.

Si ves que alguien sufre trato injusto y abuso intenta ayudar evitando presuposiciones y conflictos.

35. <https://www.pantallasamigas.net/decalogo-ciberconvivencia-positiva-contr-el-ciberbullying-acoso-escolar/>

Recursos en la red

- (41) <https://www.educa.jcyl.es/convivenciaescolar/es/observatorio-convivencia-escolar>: Información sobre acoso escolar de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León
- (42) <https://www.educacionyfp.gob.es/mc/sgctie/convivencia-escolar>: Materiales y recursos sobre acoso escolar del Ministerio de Educación y Formación profesional.
- (43) http://www.acabemosconelbullying.com/recursos/pdf/BULL_profesores.pdf
Guía para el profesorado sobre el acoso escolar. Contiene actividades para las aulas. Fundación ANAR.
- (44) <http://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/Guia%20acoso%20escolar%20CEAPA.pdf>
Guía para padres y madres sobre el acoso escolar, de la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- (45) https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374794_spa/PDF/374794spa.pdf.multi: Documento de la Conferencia Internacional sobre el Acoso Escolar organizada por la UNESCO y el Ministerio de Educación, Juventud y Deportes de Francia (Noviembre 2020).

10. VIDEOJUEGOS

Los videojuegos no son de aparición reciente en la historia del entretenimiento. En los años 70 se desarrollaron los primeros, muy sencillos y simples. Aunque hay estudios que han demostrado que algunos videojuegos pueden mejorar parámetros cognitivos, así como la capacidad para resolver problemas y procesar información, otros alertan sobre los riesgos potenciales de este tipo de prácticas. El uso excesivo de videojuegos ha aumentado de forma espectacular en la última década, sobre todo en los chicos de 10 a 19 años y esto puede llegar a tener consecuencias negativas como el juego problemático o adictivo³⁶, considerando éste como un uso disfuncional que perjudica al individuo a nivel familiar, social, laboral, escolar, conductual y/o psicológico³⁷.

El diseño de los videojuegos facilita la pérdida de capacidad de control sobre el juego, y esto, junto a otros factores personales y ambientales, puede dar lugar a una conducta adictiva en los adolescentes³⁸. En este sentido, las adicciones tecnológicas son el tipo más reciente de las denominadas adicciones sin sustancia. La OMS, en su última Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) ya incluye el “trastorno por uso de videojuegos” (gaming disorder) dentro de la sección “trastornos mentales, del comportamiento o del desarrollo neurológico”³⁹.

La creciente prevalencia a nivel mundial hace necesarias las investigaciones sobre este importante problema de Salud Pública. Conocer los indicadores y predictores de la adicción a los videojuegos es fundamental para que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes puedan identificar precozmente

36. Marco Y, Chóliz M. Eficacia de las técnicas de control de la impulsividad en la prevención de la adicción a videojuegos. *Terapia Psicológica*. 2017; 35(1): 57-69.

37. Coyne SM, Dyer WJ, Denseley R, Money NM, Day RD, Harper JM. Physiological Indicators of Pathologic Video Game Use in Adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Mar; 56(3): 307-313.

38. Krossbakken E, Torsheim T, AuneMentzoni R, Luke King D, BjorVatn B, MeenLorvik I, et al. The effectiveness of a parental guide for prevention of problematic video gaming in children: A public health randomized controlled intervention study. *Journal of Behavioral Addictions*. 2018 Jan; 7(1): 52-61.

39. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>

el comportamiento patológico y desarrollar programas de prevención eficaces⁴⁰. En España, entre los adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años, un 33% de los jugadores online (en línea) y un 6,8% de los jugadores offline (fuera de línea) presentan juego patológico⁴¹.

Predictores de la adicción al videojuego y juego problemático:

1. Variables demográficas: El género masculino está fuertemente asociado con la adicción a videojuegos, así como el femenino al uso de redes sociales y a juegos en el móvil⁴². Según estudios realizados en distintas poblaciones, otros factores pueden

ser: falta de amigos, bajo rendimiento escolar, problemas familiares, problemas psicosociales (depresión, ansiedad) y bajo control de impulsos⁴³.

2. Tiempo de juego y características del mismo: principalmente la frecuencia del juego en línea después de la medianoche aumenta en gran medida la probabilidad de adicción⁴⁴. Los más adictivos son los juegos de disparos, los de rol y los de estrategia.
3. Influencia de la familia: No se ha podido demostrar la influencia del entorno familiar en el desarrollo de adicción a los videojuegos, pero sí que la falta de control por parte de los padres en las actividades en línea de sus hijos, sí se asociaba con un mayor riesgo de adicción al juego online⁴⁵.

40. Rodríguez Rodríguez Mónica, García Padilla Francisca María. El uso de videojuegos en adolescentes. Un problema de Salud Pública. *Enferm. glob.* [Internet]. 2021 [citado 2022 Mayo 20]; 20(62): 557-591.

41. González MT, Espalda JP, Tejeiro R. El uso problemático de videojuegos está relacionado con problemas emocionales en adolescentes. *Adicciones*. 2017 Jul; 29(3): 180-185.

42. Spilková J, Chomynová P, Csémy L. Predictors of excessive use of social media and excessive online gaming in Czech teenagers. *Journal of Behavioral Addictions*. 2017. Oct; 6(4): 611-619.

43. Yağın Irmak A, Erdogan S. Predictors for Digital Game Addiction Among Turkish Adolescents: A Cox's Interaction Model-Based Study. *Journal of Addictions Nursing*. 2019; 30(1): 49-56.

44. Lee C, Kim O. Predictors of online game addiction among Korean adolescents. *Addiction Research & Theory*. 2017; 25(1): 58-66.

45. Choi C, Hums MA, Bum CH. Impact of the Family Environment on Juvenile Mental Health: eSports Online Game Addiction and Delinquency. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Dec; 15(12).



4. Influencia social: Los adolescentes que tienen relaciones sociales y mantuvieron vínculos con familiares, amigos, vecinos y profesores fueron menos propensos a ser adictos a los juegos en línea. Incluso aquellos adolescentes que tuvieron una mayor interacción social en línea presentaron menos síntomas de juego problemático que los que tuvieron una interacción social en línea menor⁴⁶. También agrava la adicción a videojuegos el que los compañeros jueguen habitualmente o recibir invitaciones suyas a jugar online.
5. Ámbito escolar: experiencias escolares negativas pueden inducir la adicción a videojuegos como vía de escape al alto nivel de tensión que producen en los adolescentes. También el nivel educacional bajo es un predictor importante.
6. Predictores psicológicos: Los adolescentes con rasgos de personalidad neurótica, agresividad o

ansia de experimentar nuevas sensaciones son los más propensos a desarrollar adicción. También lo favorece una mayor impulsividad y menor nivel de regulación emocional⁴⁷.

A nivel físico o fisiológico, los jugadores patológicos tienen más probabilidades de tener problemas de salud y peores autocuidados, como, por ejemplo, dormir poco, patrones irregulares de sueño y patrones irregulares de alimentación, lo que junto a un mayor sedentarismo favorece la obesidad. Además se ha demostrado que la adicción a juegos de internet puede causar estrés fisiológico.

Relación con otras adicciones: Los adolescentes con uso problemático de internet son los que tienen mayor nivel de adicción a los videojuegos. También se asocian a ésta el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, el bajo rendimiento escolar y las pocas relaciones familiares, siendo por tanto, factores de riesgo⁴⁸. Sin

46. Colder Carras M, Van Rooij AJ, Van de Mheen D, Musci R, Xue QL, Mendelson T. Video gaming in a hyperconnected world: A cross-sectional study of heavy gaming, problematic gaming symptoms, and online socializing in adolescents. *Computers in Human Behavior*. 2017 Mar; 68: 472-479.

47. Liao AK, Chuan Neo E, Gentile DA, Choo H, Sim T, Li D, et al. Impulsivity, selfregulation, and pathological video gaming among youth: testing a mediation model. *AsiaPacific Journal of Public Health*. 2015 Mar; 27(2): 2188-2196.

48. Muñoz-Mirallas R, Ortega-González R, López-Morón MR, Batalla-Martínez C, Manesa JM, Montelá. Jordana N, et al. The problematic use of Information and Communication Technologies (ICT) in adolescents by the cross sectional JOITIC study. *BMC Pediatrics*. 2016 Aug; 16(1).

embargo, realizar actividades extraescolares y tener un control por parte de los padres fueron factores protectores de estos problemas.

PREVENCIÓN

Para prevenir la adicción al videojuego, está demostrada la eficacia de las técnicas de control de la impulsividad para disminuir la dependencia previa a la adicción, así como de las actividades de prevención tradicional. Además, las técnicas innovadoras de prevención no solo mantuvieron los resultados en el tiempo (2-5 meses tras la finalización del programa), sino que éstos continuaron mejorando.

Las actividades tradicionales consistieron en:

- Realizar un horario semanal de uso de videojuegos (sin jugar todos los días y sin hacerlo fuera del tiempo programado).
- Jugar después de realizar las obligaciones.

- Utilizar otras alternativas en el tiempo libre.
- Enseñar los videojuegos favoritos a los padres.
- No utilizar el modo multijugador online.

El programa de prevención con técnicas de control de la impulsividad, aparte de las actividades mencionadas, añadió: esperar entre 5-10 minutos antes de ponerse a jugar, reflexionando en este momento si es el momento programado para ello o si hay otras cosas que hacer y ponerse una alarma antes de jugar para que suene un poco antes de tener que dejar el juego y les ayude a ello³⁶.

Recursos en la red

- (46) [https://www.madridsalud.es/serviciopad/:AYUDA_ADICCIONES_MADRID | SEPAD \(madridsalud.es\)](https://www.madridsalud.es/serviciopad/:AYUDA_ADICCIONES_MADRID_SEPAD_(madridsalud.es))
- (47) https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-and-Video-Games-Playing-with-Violence-091.aspx Video Games and Children: Playing with Violence (aacap.org)

11. USO DE REDES SOCIALES (RRSS)

Las Tecnologías para la Información y Comunicación (TIC) son ahora además tecnologías para las Relaciones (TRIC) y esto es importante para analizar el impacto que éstas tienen sobre los adolescentes⁴⁹. Es evidente que los jóvenes tienen una relación muy estrecha con la tecnología, y que no siempre es beneficiosa para ellos. Tras la pandemia, y con la educación online, han aumentado de forma exponencial las competencias digitales de los adolescentes, con más herramientas digitales y mayor acceso a las redes sociales y desde edades tempranas, pero con ello también han aumentado los riesgos, ya que a menudo su uso, y el del teléfono móvil, son intensivos y no supervisados. Sin embargo, las RRSS no son únicamente espacios de ocio improductivo, sino que son herramientas importantes de aprendizaje de niños y adolescentes⁵⁰.

La edad media del primer móvil es algo inferior a los 11 años. El 98% de los adolescentes tiene wifi en casa y el 94,8% móvil con conexión a internet. El 99% de los adolescentes utilizan al menos una app de mensajería y el 98,5% está registrado al menos en una red social (RS), con un 83,56% que lo está en 3 o más RRSS. Casi

2 de cada 3 jóvenes cuenta con más de un perfil en la misma red social, y los utilizan de forma diferente para familia y conocidos o para el grupo de amigos. Este dato es importante ya que los padres pueden tener la sensación de que los controlan y no ser así.

Las RRSS más utilizadas son Whatsapp, YouTube, Instagram y TikTok. Los adolescentes se conectan buscando diversión y comunicarse con sus amigos o hacer amigos nuevos, y no sentirse solos. También en algunos casos la falta de apoyo familiar puede llevarles a buscarlo en internet y RRSS.

Pero el desconocimiento de algunos peligros y la falta de medidas preventivas para evitarlos, pueden exponerles a riesgos como el ciberacoso, el grooming, el contacto con extraños, sentirse discriminados o excluidos, el chantaje y el sexting y sextorsión, o el acceso a contenidos inadecuados para su edad.

La Organización Mundial de la Salud sugiere utilizar el término “Uso Problemático” para referirse al abuso de Internet y redes sociales. 1 de cada 3 estudiantes españoles de ESO podrían tener ya un “Uso Problemático de Internet”, que no solo se caracteriza por una

49. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Res_Ejec_Impacto_de_la_tecnologia_en_la_adolescencia.pdf Resumen Ejecutivo TRIC (unicef.es)

50. http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/2.-_redes_sociales_y_aprendizaje.pdf

elevada frecuencia de conexión sino por interferir de forma importante en la vida diaria de estos adolescentes y de sus familias. Por tanto, es importante que estos problemas sean debidamente evaluados. 1 de cada 4 adolescentes tiene discusiones en casa al menos una vez por semana por el uso de tecnologías.

Sin embargo, sólo el 29,1% de los padres ponen algún tipo de normas o límites sobre el uso de Internet y/o las pantallas, como limitar las horas de uso o el acceso a determinados contenidos. También los hábitos familiares (el uso durante las comidas, en los momentos de descanso y de ocio familiar) condicionan el uso de los dispositivos electrónicos por parte de los jóvenes. Así los padres deben ser conscientes de su importancia en promover una buena higiene digital en la familia.

Claves para una buena higiene digital⁴⁹:

1. Las familias necesitan herramientas y apoyo para poder educar en materia digital.
2. El sistema educativo es clave en la transformación hacia una educación crítica y en el aprendizaje de las herramientas y pautas necesarias para manejarse en Internet.
3. Si los adolescentes están informados y cuentan con las herramientas necesarias para actuar, tendrán mayores posibilidades de comprender los

riesgos, informar sobre situaciones de abuso y buscar ayuda cuando la necesiten.

4. Las Instituciones deben generar las medidas y mecanismos de protección, educación y promoción de los derechos de los adolescentes necesarios en el entorno digital. Concretar medidas que se traduzcan en acciones y en planes de actuación es clave.
5. La industria tecnológica tiene un papel fundamental para garantizar la protección de los adolescentes a través de los servicios, contenidos, permisos y contratos, de forma que promuevan su bienestar digital. Difundir recomendaciones claras de uso y privacidad, así como a través del desarrollo de herramientas y mecanismos para encontrar ayuda en caso de encontrarse con una situación de riesgo son medidas necesarias.

Recursos en la red

- (48) <https://kidsandteensonline.com/category/entradas/redes-sociales/:Página> web sobre diferentes aspectos de las redes sociales.
- (49) http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/2.-_redes_sociales_y_aprendizaje.pdf
- (50) <https://entornoescolar.com/wp-content/uploads/2021/01/Dossier-ESTRES-DIGITAL.pdf> Informe sobre el estrés causado por el entorno digital. [ENE-RO 2021](#).

12. JUEGO CON DINERO

En niños y adolescentes, el juego como entretenimiento se considera imprescindible para el aprendizaje y el desarrollo cognitivo y social de una persona, pero el juego con apuestas, aunque también se puede realizar de forma lúdica, puede dar lugar al desarrollo de conductas problemáticas como el juego patológico.

La edad de los participantes en juegos de azar y apuestas se ha visto significativamente reducida en los últimos años, principalmente desde que en 2011 se aprobara el juego online. A pesar de que la ley no permite apostar a los menores de 18 años, la mayor accesibilidad al juego a través de internet y la creciente presencia de casas de apuestas en los municipios ha hecho de los juegos de azar una actividad muy popular entre los adolescentes⁵¹. Esto ha implicado un aumento en la prevalencia de problemas de juego en la población joven. Así, una revisión sistemática, realizada en 2017 ya

mostraba que entre el 0,2% y el 12,3% de los jóvenes cumplía los criterios de ludopatía en Europa⁵².

La adolescencia es una etapa en la que se adoptan diversas conductas de riesgo que pueden convertirse en adicciones, y una de ellas es el juego con apuestas. Los estudios están mostrando que muchos jóvenes ludópatas se iniciaron en el juego siendo menores, a pesar de estar prohibido. Son varios los motivos que favorecen esta conducta: por un lado las apuestas, además de como diversión, se ven como una posibilidad de obtener ingresos económicos, y además las empresas del sector han puesto su objetivo en los jóvenes para sus estrategias de publicidad y marketing. También el uso de medios digitales por parte de adolescentes, ha facilitado el acceso al juego online en esta población⁵³.

Por todo esto es esencial identificar de forma temprana los factores de riesgo para prevenir la ludopatía. Así, es necesario recabar información acerca de la situación de los adolescentes respecto al juego, tanto

51. Megías, I. (2020). Jóvenes, juegos de azar y apuestas. Una aproximación cualitativa. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. DOI:10.5281/zenodo.3601078.

52. Calado, F., Alexandre, J., y Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of gambling studies*, 33(2), 397-424. doi: 10.1007/s10899-016-9627-5

53. Mendoza Pérez, K., Morgade, M., Márquez, R. y Gimeno, Ch. (2021) Prácticas invisibles: Análisis de la incidencia e impacto del juego patológico en las trayectorias vitales de los adolescentes y jóvenes. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. DOI: 10.5281/zenodo.5040162

presencial como a través de internet para poder evaluarla y anticipar estrategias de intervención.

Para comprender los problemas de juego de la población adolescente, hay que tener en cuenta una serie de factores tanto internos (personalidad impulsiva, deseo de explorar sensaciones nuevas, problemas de adaptación...) como externos (mayor accesibilidad a las apuestas, tanto de forma presencial como en internet, elevado grado de privacidad en el juego online, etc...).

[Recomendaciones de la Dirección General de Ordenación del Juego. Ministerio de Consumo.](#)

La Dirección General de Ordenación de Juego (DGOJ) es el órgano al que corresponde la regulación, autorización, supervisión, coordinación, control y, en su caso, sanción, de las actividades de juego de ámbito estatal, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento del sector y la protección de los participantes y grupos vulnerables.

La Ley prohíbe jugar a los menores de 18 años, pero hay otras medidas de prevención de posibles conductas de riesgo. Las Administraciones Públicas (estatal y autonómicas) poseen mecanismos de verificación de identidad con el fin de comprobar la mayoría de edad de los participantes, así como los juegos para los que es precisa esa identificación. Así, en los lugares de juego presencial debe solicitarse la el documento acreditativo

y en el juego online estatal los operadores pedirán la fecha de nacimiento para comprobar que el jugador es mayor de 18 años. La identificación se cotejará con la información que proporciona la Dirección General de la Policía para asegurar la veracidad de los datos. Además, los operadores deben informar en su página de inicio de la prohibición de jugar a los menores, utilizando el logotipo que la DGOJ pone a su disposición. Otra medida de protección a los menores consiste en la regulación de las campañas de publicidad del juego online. El 29 de Mayo de 2021 entró en vigor la ley sobre juego online, de aplicación en todo el territorio español. Entre los puntos más importantes de esta nueva ley se incluye la prohibición de que las casas de apuestas emitan cualquier tipo de publicidad fuera de la franja horaria de 1 a 5 de la madrugada. Del mismo modo, los operadores de apuestas no podrán patrocinar equipos o competiciones deportivas. Es decir, no podrán publicitarse en camisetas ni dar nombre a conjuntos, competiciones o instalaciones o deportivas. Otra de las restricciones en cuanto a temas publicitarios, es que las casas de apuestas no podrán utilizar para sus anuncios a personajes famosos o conocidos, sobre todo si se trata de deportistas. Igualmente, quedan expresamente prohibidos los mensajes publicitarios que inciten reiteradamente a la práctica del juego y a las apuestas.

También esta ley del juego prohíbe los bonos de bienvenida, promoción con la que cuentan casi todos los operadores del juego y en la que se da una cantidad de dinero para utilizar en apuestas a los nuevos usuarios. También se eliminan los llamados “bonos de fidelización”, un sistema similar para los usuarios ya existentes.

El juego presencial depende de las comunidades autónomas. Ellas son las responsables de legislar y supervisar los locales destinados a juegos de azar y apuestas en relación a:

- a) La distancia entre locales de juego y apuestas y zonas vulnerables donde hay colegios, institutos, centros universitarios o parques infantiles.
- b) La concesión de licencias para apertura de estos locales.
- c) Las medidas de control de acceso para impedir que entren los menores de edad y los ciudadanos inscritos en el llamado “registro de autoprobibidos”, que son aquellas personas con problemas de juego que solicitan de forma voluntaria formar parte de esta lista para que se les niegue el acceso a estos locales. Cada CCAA mantiene un Registro de Autoexcluidos con su normativa y características, pero el Registro a nivel nacional de la DGOJ incluye el juego online.

También los padres o tutores tienen un importante papel para evitar que los menores accedan al juego. Algunas de las medidas que pueden adoptar son:

1. Cerrar las sesiones de juego.
2. Guardar las contraseñas de forma segura.
3. Instalar software preventivo y filtros adecuados en sus ordenadores.

Recursos en la red

- (50) [rinsad.uca.es/ojs3/index.php/rinsad/article/download/33/429?inline = 1](https://rinsad.uca.es/ojs3/index.php/rinsad/article/download/33/429?inline=1): Información sobre juego patológico. Revista del proyecto Interreg España-Portugal RISCAR.
- (51) <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/accion-coordinada-sobre-adicciones.html>: Sección de la página web del portal de Familia, Mujer y Adicciones de la Junta de Castilla y León, con apartados de intervención para la prevención del consumo de alcohol y drogas. También presenta información sobre prevención en adicciones sin sustancia.
- (52) <https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/practicasinvisiblesjuegoopatologico/>
- (53) <https://www.jugarbien.es/>: Recomendaciones para jugar con responsabilidad. [Dirección General de Ordenación del Juego](#). Ministerio de Consumo.

DECÁLOGO DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA ADOLESCENTES

1		La actividad física es muy importante. Incorpórala a tu agenda.
2		Vigila tu alimentación y escoge lo mejor para tu salud.
3		Di NO a las drogas (el tabaco también lo es). Que nadie decida por ti. Di NO al juego de azar con dinero y controla el tiempo que dedicas a videojuegos.
4		El alcohol (otra droga) NO es necesario para divertirse. Escoge bien a tus amigos. No subas a un vehículo si el que conduce ha consumido alcohol o drogas.
5		¡PROTÉGETE! Usa siempre condón en tus relaciones sexuales. Previenes infecciones, embarazos...
6		Utiliza siempre el cinturón de seguridad y el casco en una moto o una bicicleta.
7		Lávate los dientes después de cada comida y SIEMPRE antes de dormir.
8		Hay que descansar! DUERME al menos 9 horas al día.
9		Si piensas que estás pasando demasiado tiempo triste o te cuesta salir con tus amigos, cuéntalo.
10		RECHAZA LA VIOLENCIA. Si te acosan, busca ayuda; si lo presencias, avisa...Si eres el acosador REFLEXIONA sobre tu comportamiento...también necesitas ayuda.

III. EQUIPO DE TRABAJO

1. DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

Servicio de Información de Salud Pública:

Rufino Álamo Sanz
Maria Jesús Alonso Ramos
José Eugenio Lozano Alonso

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Dirección General de Innovación y Formación del Profesorado

Servicio de Calidad, Evaluación y Programas Educativos:

Clara Sancho Ramos
José M.ª Santa Olalla Tovar
M. Pilar Martín García

2. RESPONSABLES PROVINCIALES

PROVINCIA	SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD	DIRECCIÓN PROVINCIAL DE EDUCACIÓN
ÁVILA	<i>M.ª Pilar Martín Díaz M.ª Mercedes Duarte Martín</i>	<i>Jose Luis Martín López</i>
BURGOS	<i>Carmen Pedraz Pingarrón M.ª Isabel Moral Castelar</i>	<i>Juan José Raya Plaza</i>
LEÓN	<i>Esperanza Macayo Sanchez</i>	<i>Jaime Campelo Pérez</i>
PALENCIA	<i>Julio Barrón Sinda Luis Alberto Sangrador Arenas</i>	<i>Domingo García Ramos</i>
SALAMANCA	<i>Maria Ángeles Illera Muñoz Ana María Martín Encinas Maria Consuelo García García</i>	<i>Luis Sánchez Arévalo</i>
SEGOVIA	<i>Montserrat Sánchez Alba</i>	<i>Oscar Herrero Castillo</i>
SORIA	<i>Isabel Bayona Marzo</i>	<i>Mónica Arancón Gómez</i>
VALLADOLID	<i>M.ª José Polo Polo Lola Moro Gonzalez</i>	<i>María García Infante</i>
ZAMORA	<i>Raquel Severino Hernández Begoña Benito Herrero</i>	<i>Luis Antonio Pedraza de Castro</i>

3. COLABORADORES EN LOS CENTROS ESCOLARES 2020-2021

ÁVILA

Centro escolar	Interlocutor / Participante por el Centro
IESO VILLA DE SOTILLO (Sotillo de la Adrada)	Miguel Márquez Carrasco
IES VASCO DE LA ZARZA (Ávila)	Oscar Baeza Martín
IES ARENAS DE SAN PEDRO (Arenas de S. Pedro)	Laura Moyano/Ana Yolanda Miranda Lopez
IES HERMENEGILDO MARTÍN BORRO (Cebreros)	Celia Chico Agudo / Cristina Siles Vega
IES GREDOS (Piedrahita)	David Recio Rodríguez
IES JOSÉ LUIS LÓPEZ ARANGUREN (Ávila)	Jesús Ramón Martín de María
IES MARIA DE CÓRDOBA (Las Navas del Marqués)	Ana Vidal Castiñeira

BURGOS

Centro escolar	Interlocutor / Participante por el Centro
LICEO CASTILLA (Burgos)	Belén García Sanz
N.SRA DE LA MERCED y S. Fco. JAVIER (Burgos)	Cristóbal Álvarez Munguía
MARIA MEDIADORA (Burgos)	Sara Ruiz Fernández
IES CASTELLA VETULA (Medina de Pomar)	Celestino Martín Puebla
SAGRADA FAMILIA (Miranda de Ebro)	Ignacio Diana Fernández
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS (Burgos)	Miriam Vélez Moral
IES VALLE del ARLANZA (Lerma)	Sara Antoñanzas Ollo
IES ODRÁ-PISUERGA (Melgar de Fernamental)	Montserrat Someso Marín

LEÓN

Centro escolar	Interlocutor / Participante por el Centro
Colegio VIRGEN BLANCA (León)	Antonio Sánchez Rodríguez
IES SAN ANDRÉS (Villabalter)	Rosana Prieto Fernández
Colegio JESUS MAESTRO (León)	Laura Martínez Rodríguez
IES ORNIA (La Bañeza)	Pedro Poza Sanz
IES VÍA DE LA PLATA (La Bañeza)	Jairo Robles
Colegio SAGRADO CORAZÓN (León)	Ignacio Santos
IES DE SAHAGÚN (Sahagún)	Carolina Puga González
IES OBISPO ARGÜELLES (Villablino)	Jonatan Rodriguez Cabaleiro
IES BERGIDUM FLAVIUM (Cacabelos)	Lara Cobo Escuredo /Javier Cuyas Artero
IESO ASTURA (Mansilla de las Mulas)	Gregoria Vázquez Blanco

PALENCIA

Centro escolar	Interlocutor / Participante por el Centro
IES VIRGEN DE LA CALLE (Palencia)	Raquel Estévez Rey
Colegio MARISTA CASTILLA (Palencia)	Juan Pajares Calvo
IESO CANAL DE CASTILLA (Villamuriel)	Sara Ferreras/Azucena Hernández
IES SANTA MARÍA LA REAL (Aguilar de Campoo)	Cristina Álvarez Martínez
IES RECESVINTO (Venta de Baños)	Rebeca Fraile

SALAMANCA

Centro escolar	Interlocutor / Participante por el Centro
IES FRANCISCO SALINAS (Salamanca)	Ana M.ª Villafáfila Sánchez
IES TOMÁS BRETÓN (Villamayor)	Miguel A. Paniagua Escudero
COLEGIO LA ENCARNACIÓN (Peñaranda de Bracamonte)	M.ª Asunción González Yagüe
COLEGIO SAGRADO CORAZÓN (Salamanca)	M.ª Asunción García Hernández
IES CAMPO CHARRO (Fuente de San Esteban)	Marta M. Miguel García
CEO ALTO ALAGÓN (Linares de Riofrío)	Sara Acedo Fuentes
IES FERNANDO DE ROJAS (Salamanca)	M.ª Rosario Sánchez Rodríguez
IES FEDERICO GARCÍA BERNALT (Salamanca)	Felipe Cuesta Varela

SEGOVIA

Centro escolar	Interlocutor / Participante por el Centro
IES. FCO. GINER DE LOS RIOS (Segovia)	Juan José Fortea Sola
IES EZEQUIEL GONZALEZ (Segovia)	Fuencisla Alvarez Santos
IES. VEGA DEL PIRON (Carbonero el Mayor)	M. Angel San Frutos Martín
IES. VEGA DEL PIRON (Carbonero el Mayor)	Marta Senovilla Ramos
IES. VEGA DEL PIRON (Carbonero el Mayor)	M.ª Isabel Martín Iglesias
IES.JAIME GIL DE BIEDMA (Nava de la Asunción)	Francisco David Díez Pérez

SORIA

Centro escolar	Interlocutor / Participante por el Centro
COLEGIO TRILEMA (Soria)	R. Mónica Jiménez Llorente
IES LA RAMBLA (S.Esteban de Gormaz)	Eva López Corral
IES MARGARITA DE FUENMAYOR (Ágreda)	M.ª Pilar Rubio Pérez
IES RIBERA DEL JALÓN (Arcos de Jalón)	Adolfo Luis Paule Clemente

VALLADOLID

Centro escolar	Interlocutor / Participante por el Centro
I.E.S EMILIO FERRARI (Valladolid)	Rocío Mucientes Herrero
I.E.S EMILIO FERRARI (Valladolid)	Pilar Cava Sánchez
I.E.S. DELICIAS (Valladolid)	Julio Núñez Alonso
I.E.S GALILEO (Valladolid)	Clara de los Ojos Moral
I.E.S PIO DEL RIO HORTEGA (Portillo)	Mar Prieto Vielva
I.E.S NUÑEZ DE ARCE(Valladolid)	Jaime Antonio Foces Gil
I.E.S CIGALES (Cigales)	Luis Ignacio Castañeda Rubio
COLEGIO SAN JOSE (Valladolid)	Ester Garrido Calvo
I.E.S CONDE LUCANOR (Peñafiel)	David Hernández Benito
I.E.S GOMEZ PEREIRA (Medina del Campo)	María Pilar Peláez García
I.E.S CAMPOS Y TOROZOS (Medina de Rioseco)	Irene Cabrizo Palomo
I.E.S CAMPOS Y TOROZOS (Medina de Rioseco)	Ana de Luis Esteban

ZAMORA

Centro escolar	Interlocutor / Participante por el Centro
IES FUENTESAUCO (Fuentesaúco)	María Victoria Acera Martín
IES FUENTESAUCO (Fuentesaúco)	Maria Soledad Grande Hernández
IES LEÓN FELIPE (Benavente)	Nuria Huerga Mañanes
IES MAESTRO HAEDO (Zamora)	Elena Hernández Hernández
IES LOS VALLES (Camarzana de Tera)	Almudena Escudero Carbajo

