



Resultados y recomendaciones  
Curso escolar 2022-2023

# ESTUDIO HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN



Estudio hábitos y estilos de vida en la población joven de Castilla y León © 2024 by Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad CyL. is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

# Índice

ÍNDICE DE TABLAS .....	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	6
<b>I-RESULTADOS ENCUESTA HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN 2022-2023.....</b>	<b>11</b>
Presentación.....	12
I.A. RESUMEN DE RESULTADOS .....	13
1-DATOS GENERALES.....	14
2-ACTIVIDAD FÍSICA.....	15
3-ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ALIMENTACIÓN .....	17
4-ASOCIACIÓN ENTRE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA.....	20
5-DESCANSO .....	21
6-CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS .....	22
A-TABACO .....	22
B- ALCOHOL .....	23
C-OTRAS SUSTANCIAS.....	24
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 .....	28

13-ACOSO ESCOLAR .....	29
14-VIDEOJUEGOS .....	30
15- JUEGO CON DINERO .....	30
I.B. DESCRIPTIVO .....	31
I.C. ESTIMACIONES PARA CASTILLA Y LEÓN .....	35
1-Datos generales .....	36
2. Actividad física .....	45
3. Índice de masa corporal .....	50
4.Alimentación .....	54
5. Alimentación e índice de masa corporal. ....	63
6. Descanso.....	80
7. IMC, alimentación, actividad física y descanso. ....	83
7.A. Índice de masa corporal vs. actividad física y tiempo de pantalla .....	84
7 b. Índice de masa corporal vs. descanso .....	89
7 c. Alimentación vs. actividad física y tiempo de pantalla .....	89
7.d. Alimentación vs. descanso.....	98
7 e. Actividad física y tiempo de pantalla vs. descanso .....	100
8. Sustancias tóxicas .....	101
8.1 Tabaco .....	102
8.2 Alcohol .....	106
8.3 Otras sustancias .....	111
9-Relaciones sexuales.....	112

10. Accidentabilidad y seguridad vial .....	117
11. Higiene bucodental .....	124
12. Relaciones con la familia .....	128
13. Relaciones sociales .....	133
14. Uso de internet y teléfono móvil.....	136
15. Acoso escolar.....	145
16. Videojuegos .....	150
17. Juego con dinero .....	152
18. Metodología .....	158
1. Cálculo del tamaño muestral y selección de la muestra.....	159
2. Realización de la encuesta:.....	162
3. Análisis de los resultados.....	163

## II. RECOMENDACIONES..... 165

1-ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO .....	167
2. ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA .....	172
3. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL U OTRAS DROGAS .....	179
4. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA .....	183
5. EDUCACIÓN VIAL EN LA ADOLESCENCIA.....	187
6. DESCANSO ADECUADO .....	189
7. SALUD BUCODENTAL.....	191
8. SALUD MENTAL Y BIENESTAR DEL ADOLESCENTE .....	194
9. ACOSO, MALTRATO ESCOLAR ( <i>BULLYING</i> ) .....	197

10. VIDEOJUEGOS.....	202
11. USO DE REDES SOCIALES .....	206
12. JUEGO CON DINERO .....	208
DECÁLOGO DE HáBITOS SALUDABLES PARA ADOLESCENTES .....	212
<b>III. EQUIPO DE TRABAJO .....</b>	<b>213</b>
III.1 DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN .....	214
III.2 RESPONSABLES PROVINCIALES .....	215
III.3 COLABORADORES EN LOS CENTROS ESCOLARES 2022-2023.....	216

## 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. ....	33
Tabla 0.4. Distribución de participantes por edad y sexo. ....	33
Tabla 18.1: Distribución de colegios y aulas por entorno .....	159
Tabla 18.2. Distribución de las personas por sexo y entorno .....	160
Tabla 18.3: Muestra teórica .....	160
Tabla 18.4: Muestra ajustada.....	161
Tabla 18.5: Distribución de personas y aulas .....	161
Tabla 18.6: Distribución de la muestra final .....	162

## 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. ....	34
Gráfico 1.1 Situación laboral de los progenitores .....	38
Gráfico 1.2 Máximo nivel de estudios completado por los progenitores.....	39
Gráfico 1.3 Mayor nivel de estudios completado por los progenitores según ámbito geográfico .....	40
Gráfico 1.4 Nivel académico autopercebido .....	41
Gráfico 1.5 Nivel de salud autopercebido .....	42
Gráfico 1.6 Enfermedades diagnosticadas .....	42
Gráfico 1.7 Sintomatología en los 6 últimos meses .....	43
Gráfico 1.8 Sintomatología padecida casi a diario .....	43
Gráfico 1.9. Autovaloración del nivel vital por sexo y ámbito .....	44
Gráfico 2.1 realización de actividad física por sexo y ámbito .....	46
Gráfico 2.2A Frecuencia semanal de AF por sexo 2.2B Frecuencia diaria de AF por sexo .....	47
Gráfico 2.3 Tiempo de pantalla días diario y Fines semana/festivos por sexo .....	48
Gráfico 2.4 Desplazamiento al centro escolar por sexo y ámbito geográfico.....	49
Gráfico 3.1. IMC según sexo y ámbito geográfico.....	51
Gráfico 3.2. Categorías de nivel de peso según la IOTF, la OMS y el peso autopercebido. ....	52
Gráfico 3.3. Distorsión de la autopercepción del peso, por sexo .....	53

Gráfico 4.1. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos.....	56
Gráfico 4.3. Consumo de lácteos por sexo y ámbito geográfico.....	58
Gráfico 4.4 Consumo de snacks por sexo y ámbito geográfico.....	59
Gráfico 4.5. Consumo de distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días.....	60
Gráfico 4.6. Modificaciones en la dieta habitual, por sexo.....	62
Gráficos 5.1: Media de comidas realizadas en días de diario (a) y un día festivo (b) por categoría de nivel de peso IOTF .....	64
Gráfico 5.2. Proporción de jóvenes que no realizan cada una de las cinco comidas principales, por categoría de nivel de peso según la IOTF.....	66
Gráfico 5.3. Tipo de lácteos consumidos, por categoría de nivel de peso.....	67
Gráfico 5.4. Consumo de snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos...), por categoría de nivel de peso.....	68
Gráfico 5.5. Consumo de dulces/bollería y refrescos con azúcar en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso .....	69
Gráfico 5.6. Consumo de huevos y embutidos en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso. ....	70
Gráfico 5.7. Consumo de fruta fresca y verduras en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.....	71
Gráfico 5.8. Consumo de carne y pescado en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso.....	72
Gráfico 5.9. Consumo de pan/cereales en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso. ....	73
Gráfico 5.10. Consumo de legumbres y comida rápida en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso. ....	74
Gráfico 5.11. Consumo de leche y lácteos en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso. ....	75
Gráfico 5.12. Consumo de bebidas vegetales en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso. ....	76
Gráfico 5.13. Piezas de fruta consumidas en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso .....	77
Gráfico 5.14. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses, según las categorías de nivel de peso.....	78
Gráfico 5.15. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses para perder o ganar peso, según las categorías de nivel de peso y sexo .....	79
Gráfico 6.1. Distribución de jóvenes con sensación de descanso nocturno, por sexo y ámbito geográfico. ....	81
Gráfico 6.2. Sensación de descanso nocturno según las horas diarias de sueño. ....	82



Gráfico 7.1. Distribución de adolescentes que no realizan ejercicio físico en el tiempo libre, por categorías de nivel de peso. ....	84
Gráfico 7.2. Frecuencia semanal de actividad física entre los jóvenes que la realizan.....	85
Gráfico 7.3. Tipo de actividad física realizada por categorías de nivel de peso. ....	86
Gráfico 7.4. Tiempo de pantalla días de diario y fines de semana, por categorías de nivel de peso. ....	87
Gráfico 7.5. Tiempo de desplazamiento al centro escolar, caminando o en bicicleta, por categorías de nivel de peso. ....	88
Gráfico 7.6. Realización de ejercicio físico y hábito de desayunar y almorzar .....	89
Gráfico 7.7. Consumo en los últimos 7 días de huevo, fruta fresca, verduras y hortalizas, pescado, legumbres, leche y lácteos y piezas de fruta/día en relación a la realización de ejercicio físico. ....	90
Gráfico 7.8. Realización de desayuno y cena en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario. ....	93
Gráfico 7.9. Frecuencia de consumo de snacks en relación al tiempo frente a pantallas diario y fin de semana .....	94
Gráfico 7.10. Frecuencia de consumo de dulces, refrescos, comida rápida, pescado y legumbres y tiempo frente a pantallas los días de diario .....	95
Gráfico 7.11. Frecuencia de consumo de dulces, refrescos, comida rápida, pescado y legumbres en relación al tiempo frente a pantallas en fines de semana/ festivos .....	96
Gráfico 7.12. Nº de piezas de fruta consumidas a diario, en relación al tiempo frente a pantallas días de diario y fines de semana/ festivos. ....	97
Gráfico 7.13. Sensación de descanso nocturno según el tipo de dieta. ....	98
Gráfico 7.14. Desayuno y horas de sueño.....	99
Gráfico 7.15. Tiempo de pantallas y sensación de descanso nocturno. ....	100
Gráfico 8.1.1. Frecuencia de consumo de tabaco por sexo .....	102
Gráfico 8.1.2. Patrón de consumo de los fumadores, por sexo y ámbito geográfico. ....	103
Gráfico 8.1.3. Frecuencia de consumo de productos de tabaco no convencionales.....	104
Gráfico 8.1.4. Exposición al tabaquismo pasivo en casa por sexo y ámbito geográfico. ....	105
Gráfico 8.1.5. Exposición al tabaquismo pasivo fuera de casa por sexo y ámbito geográfico.....	106

Gráfico 8.2.1. Patrón de consumo de alcohol, por sexo y ámbito geográfico. ....	107
Gráfico 8.2.2. Consumo de alcohol $\geq 6$ unidades / día en el último mes, por sexo y ámbito geográfico. ....	109
Gráfico 8.2.3. Embriaguez en alguna ocasión en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico. ....	110
Gráfico 8.3.1. Consumo de drogas distintas del alcohol o el tabaco, por sexo y ámbito geográfico. ....	111
Gráfico 9.1. Número de parejas sexuales en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico. ....	114
Gráfico 9.2. Métodos anticonceptivos empleados. ....	115
Gráfico 9.3. Número de veces que han empleado la PDD, por sexo y ámbito geográfico. ....	116
Gráfico 10.1. Lugar donde ocurrió la lesión o accidente (no de tráfico), por sexo. ....	119
Gráfico 10.2. Medio de transporte en el que sucedió el accidente de tráfico, por sexo. ....	120
Gráfico 10.3. Uso de cinturón delantero y trasero, por sexo. ....	121
Gráfico 10.4. Frecuencia de uso del casco en bici y en moto. ....	122
Gráfico 11.1. Frecuencia de lavado dental, por sexo y ámbito geográfico. ....	125
Gráfico 11.2. Lavado dental antes de acostarse, por sexo y ámbito geográfico. ....	126
Gráfico 11.3. Visitas al dentista en el último año, por sexo y ámbito geográfico. ....	127
Gráfico 12.1. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con el padre y con la madre, por sexo. ....	130
Gráfico 12.2. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con los padres, madres o sus parejas en caso de haberlas. ....	131
Gráfico 12.3. Valoración subjetiva del apoyo familiar, por sexo. ....	132
Gráfico 13.1. Valoración de las relaciones sociales, por sexo. ....	135
Gráfico 14.1. Frecuencia de uso de internet en el móvil, por sexo y ámbito geográfico. ....	138
Gráfico 14.2. Frecuencia con la que apagan el móvil en distintas situaciones. ....	139
Gráfico 14.3. Principal actividad en internet los últimos 30 días. ....	140
Gráfico 14.4. Interacción con desconocidos. ....	142

Gráfico 14.5. Uso de programas de control parental.....	143
Gráfico 14.6 Participación de padres y tutores en el uso de internet .....	144
Gráfico 15.1. Frecuencia de maltrato escolar y tipos de maltrato recibido en los últimos 60 días (en el total de participantes) .....	147
Gráfico 15.2. Tipos de acoso escolar sufrido en los dos últimos meses, por sexo. ....	148
Gráfico 16.1 Uso de videojuegos en los últimos 30 días por sexo y ámbito .....	151
Gráfico 17.1 Juego con dinero en los últimos 30 días por sexo y ámbito .....	154
Gráfico 17.2. Porcentaje de jóvenes jugadores que comenzaron a jugar con dinero antes de los 13 años .....	155
Gráfico 17.3 Respuestas al cuestionario Lie/bet por sexos entre los jugadores .....	156
Gráfico 17.4 Nº de respuestas afirmativas de los jugadores en el cuestionario Lie/bet .....	157
Tabla 18.6: Distribución de la muestra final .....	162
Fig.1 Datos globales encuesta 2022-2023.....	162
RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	170
DECÁLOGO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA.....	178



# **I-RESULTADOS ENCUESTA HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN 2022-2023**

## PRESENTACIÓN

Los hábitos y estilos de vida son factores esenciales para prevenir el desarrollo de enfermedades de alta prevalencia, y esto es aún más relevante cuando se trata de población adolescente, ya que en esta etapa se instauran muchos de los comportamientos que se mantendrán a lo largo de la vida adulta, como los relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, la actividad física o la alimentación.

Con el fin de monitorizar dichos hábitos para poder poner en marcha estrategias preventivas, 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 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en centros públicos y privados de Castilla y León.

En base a las respuestas obtenidas, se presenta la estimación para ese grupo de población.

La periodicidad de realización de esta encuesta es bienal desde 2013, aunque debido a la pandemia por SARS-CoV2, hubo un intervalo 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 inicio de la pandemia, realizándose finalmente en mayo de 2021. La presente edición (2022-2023) se ha llevado a cabo durante 5 semanas entre los meses de febrero y marzo de 2023.

Agradecer el interés y la colaboración de todos aquellos (alumnos, padres, docentes, sanitarios, ...) que con su implicación y contribución han permitido disponer de tan valiosa información, que ponemos a disposición de cuantos se encuentren interesados en ella.



## **I.A. RESUMEN DE RESULTADOS**

## 1-DATOS GENERALES

A partir de las encuestas descargadas a través de la aplicación FORMA utilizada en esta edición 2022-2023, se han validado 1120 cuestionarios completos que han permitido realizar el análisis de datos.

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

La edad media fue de 15,9 años (DE: 0,56), siendo el mínimo de 14,23 y el máximo de 18,92 años. El 94,1% 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 (16,02 (DE=0,68) frente a 15,85 (DE=0,51) en el medio urbano,  $p<0,001$ ).

El 92,8% de los estudiantes nacieron en España (94,5% chicos, 91% chicas;  $p=0,025$ ) al igual que el 86,4% de los padres y el 86% de las madres.

Son más los padres que trabajan, (90,4%, madres 80,1%) y las madres que se dedican a las tareas del hogar: el 12,7% (11% medio urbano-19,5% rural) de las madres se dedican a las tareas

del hogar frente al 0,5% (0,6% medio urbano-0,5% medio rural) de los padres. El 2,2% de los padres están desempleados y el 3% son pensionistas o están jubilados a diferencia de las madres con el 4,2% y el 1,4% respectivamente (Gráfico 1.1).

En cuanto a la formación universitaria es superior en las madres (50,5% frente al 37,3% de los padres) mientras que más padres tienen graduado escolar (23,4% frente al 15,6% de madres) (Gráfico 1.2). El nivel de estudios de los progenitores del medio urbano es superior al de aquéllos del medio rural: el 53,7% de madres y el 40,8% de padres tienen estudios universitarios, en comparación con el 36,4% de madres ( $p<0,001$ ) y el 21,3% de padres del medio rural ( $p<0,001$ ) (Gráfico 1.3).

El número medio de personas con las que conviven los adolescentes es de 2,87 (DE= 0,95), siendo el rango de 1 a 8, sin diferencias significativas por sexo ni por ámbito. La mayoría conviven con su madre (94,5%), su padre (83,9%) o sus hermanos (68,2%). Además, el 7,2% de estudiantes conviven con otros familiares y el 3,9% con otras personas. El 79,8% convive con los dos progenitores (más chicos: 81,9%, chicas 77,9%  $p=0,006$ ), mientras que el 18,7% lo hace con uno solo, y un 1,4% no convive con ninguno de los dos. Hay más chicos que conviven con el padre (86,3% frente a 81,7% de chicas,  $p=0,035$ ) y más chicas que conviven con “otras personas” (5,6% frente al 2,3% de chicos,  $p=0,005$ ), sobre todo chicas de medio urbano (6%-3,7% rural).



El número de hermanos es de 0 a 6, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico, siendo la media de un hermano en todas las categorías.

No hay diferencias significativas por sexo ni por ámbito geográfico en cuanto a la autopercepción de sus resultados académicos en comparación con los compañeros de clase: el 19% de los estudiantes se autoclasifica en el grupo que obtiene mejores notas y el 29,6% en el grupo medio-alto. El 32,8% se sitúa en el grupo medio, el 14,3% en el medio-bajo y el 4,4% en el grupo de peores notas. (Gráfico 1.4).

En cuanto al estado de salud autopercebido, son más los chicos que la consideran “muy buena” (41% en comparación con el 19,6% de las chicas) y más las chicas que la consideran “buena” (58,1%, chicos 49,9%) ( $p<0,001$ ) (Gráfico 1.5).

El 36,8% de los estudiantes refiere haber sido diagnosticado de alguna enfermedad, sin diferencias significativas por sexo ni ámbito geográfico. La enfermedad diagnosticada con mayor frecuencia es la alergia (22,2%), más frecuente en chicos que en chicas (25,3%-19,2%,  $p=0,014$ ), seguida de las jaquecas, migrañas o dolores de cabeza (9,7%) que, por el contrario, es más común en chicas (12,9%) que en chicos (6,4%) ( $p<0,001$ ) y lo mismo ocurre con el grupo de “otras enfermedades” (Chicas 12,7% - chicos 6,4%,  $p<0,001$ ) (Gráfico 1.6).

Los síntomas que han presentado en los últimos 6 meses son bajo ánimo (62%), nerviosismo (67,5%), irritabilidad (66,3%), dolor de espalda (47,5%), dolor de cabeza (41%), dificultad para dormir (37,2%), dolor de estómago (34,4%) y sensación de mareo (30,3%). 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)

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 7,13 ( $DE=1,68$ ) siendo más baja la de las chicas (chicos 7,47- chicas 6,79,  $p<0,001$ ), y la peor la de las chicas de medio rural (media: 6,70), aunque muy igualada con las de medio urbano (6,80). La mejor es la de los chicos de medio urbano (media: 7,50), seguida de la de los chicos de medio rural (7,35) ( $p<0,001$ ) (Gráfico 1.9).

## 2-ACTIVIDAD FÍSICA

El 76,9% de los jóvenes realiza alguna actividad física al menos 30 minutos al día durante su tiempo libre y fuera del horario escolar, principalmente los de ámbito urbano (78,2% frente al 71,6% en el ámbito rural,  $p=0,038$ ). El 0,2% no pueden realizarlo, bien por incapacidad o enfermedad.



Son más los chicos que realizan actividad física (87% frente al 66,6% de las chicas,  $p<0,001$ ), principalmente los de medio urbano (87,1%) mientras las chicas del medio rural son las que lo hacen en menor proporción (56%) ( $p<0,001$ ) (Gráfico 2.1).

Hay diferencias estadísticamente significativas por sexos en cuanto a la frecuencia, tanto semanal como diaria con que los adolescentes realizan actividad física, siendo los chicos los que lo hacen con mayor frecuencia: El 30,4% 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 19,1%. ( $p<0,001$ ) (Gráfico 2.2A) y también son más chicos que chicas los que realizan actividad física durante más de dos horas al día (25,2% y 15,9% respectivamente) y más chicas las que lo hacen 1-2 horas (69,9% de los chicos y 73,9% de las chicas) ( $p<0,001$ ) (Gráfico 2.2B)

Los días laborables son las chicas quienes pasan más tiempo frente a pantallas (televisión, consola, ordenador, tableta, móvil...): el 41,4% emplean más de 2 horas al día frente al 35,8% de los chicos, y un 23,5% de éstos pasa menos de una hora al día frente al 15,8% de las chicas ( $p=0,004$ ). En cambio, los fines de semana y festivos la proporción de chicos y de chicas que pasan más de dos horas frente a las pantallas está más igualada (72,1% y 74,2%, respectivamente) (Gráfico 2.3). En medio rural emplean

más tiempo delante de las pantallas en los días de diario (el 46,6% más de 2 horas en contraste con el 36,6% del medio urbano ( $p=0,018$ )). Sin embargo, los fines de semana o festivos esta relación se invierte, siendo algo mayor el porcentaje de jóvenes de medio urbano que pasan más de dos horas frente a pantallas (73,3% frente a 72,5% de los de medio rural), aunque sin ser significativa.

El 30% de jóvenes utilizan medio de transporte (coche, autobús, moto) para acudir al centro escolar. El 27,9% tardan menos de 15 minutos al día al centro escolar caminando o en bicicleta, el 31,4% 15-30 minutos y el 7,7% entre 30-60 minutos al día, con diferencias significativas tanto por sexo como por ámbito geográfico, con más chicas que emplean menos de 15 minutos diarios y más chicos que emplean más de una hora al día en desplazarse al centro escolar ( $p=0,001$ ). También se utiliza más el transporte para ir al centro escolar en medio rural (38%) que en medio urbano (28,1%) pero 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 (31,2% en medio rural, 27,2% 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 (33,2% frente al 24,4% en medio rural) ( $p=0,002$ ) (Gráfico 2.4) .

### 3-ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ALIMENTACIÓN

La estatura y el peso medio autorreferido son significativamente mayores en los chicos: 174,64 cm (DE 7,15) y 64,37 Kg (DE 10,74) frente a 162,87 cm (DE 6,25) y 56,61 Kg (DE 9,13) en las chicas ( $p < 0,001$ ), sin diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico, al contrario de lo que ocurre con el IMC: es significativamente mayor en el ámbito rural (21,45, DE=2,85) que en el urbano (21,03 DE 2,90) ( $p=0,032$ ), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo.

El valor más bajo de media de IMC corresponde a los chicos de medio urbano (20,93; DE 2,87) mientras que el IMC medio más alto se observa en los chicos de medio rural (21,55; DE 2,76) (Gráfico 3.1).

En cuanto a las categorías de nivel de peso según la International Obesity Task Force (IOTF)<sup>1</sup> el 75,8% de las chicas y el 78,8% de los chicos tienen un peso normal. Por otra parte, son más las chicas con infrapeso (10,7% en comparación con el 5,5% de los chicos), y con obesidad (2% frente al 1,4% de los chicos), siendo sin embargo los chicos los que presentan sobrepeso en

mayor porcentaje (14,2% frente al 11,5% de las chicas). Estas diferencias por sexos son significativas estadísticamente ( $p=0,008$ ).

Sin embargo, al clasificar el IMC según las categorías que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>, el 1,5% de las chicas y el 1,8% 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 15,3% y 2,1% respectivamente y en las chicas de 12,4% y 2,6% y sin que estas diferencias por sexos sean significativas. 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 0,744 ( $p < 0,001$ ).

El 71,9% de los chicos y el 72,2% de las chicas consideran que su peso es normal. El 12,6% de los chicos considera su peso inferior al normal, mientras que sólo el 6,6% de las chicas se autoclasifica en este grupo. Por otro lado, el 14,7% de los chicos y el 19,4% de las chicas consideran que su peso es algo mayor de lo normal y el 0,7% y el 1,8% respectivamente lo consideran bastan-

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup><https://www.who.int/toolkits/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>

te mayor de lo normal ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 3.2). La concordancia del IMC autopercibido con la clasificación de la IOTF es algo mayor que con la clasificación de la OMS (IOTF:  $\kappa = 0,395$ ;  $p < 0,001$ , OMS:  $\kappa = 0,363$ ;  $p < 0,001$ ) aunque en ambos casos se trata de una concordancia discreta.

Tanto los chicos como las chicas con normopeso son los que tienen una percepción de su peso más ajustada a la realidad (80,6% y 82,2%, respectivamente). Los adolescentes con infrapeso o sobrepeso/obesidad tienden a normalizar subjetivamente su peso (Gráfico 3.3).

La comida que más omiten los días laborables es la merienda (25,7% no merienda) y los fines de semana el almuerzo (59,5%). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a desayunar, merendar y cenar, tanto días de diario como festivos, así como almorzar los fines de semana, y en todos estos casos son más las chicas que no lo hacen (Gráfico 4.2).

Según el ámbito geográfico no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la realización o no de las principales comidas. El número medio de comidas al día es de 4,33 (DE 0,89) los días de diario, y de 3,97 (DE 0,99) los días del fin de semana, con diferencias estadísticamente significativas por sexo tanto los días de diario (media chicos= 4,43, DE 0,83, chicas

=4,22, DE 0,94,  $p < 0,001$ ) como los festivos: chicos 4,13 (DE 0,93), chicas 3,81 (DE 1,02). Por ámbito geográfico no las hay ni diario ni festivos.

El 77% de los jóvenes señalan que ven la televisión mientras comen y/o cenar, el 26,8% siempre y un 50,2% a veces, sin diferencias significativas por sexo ni ámbito.

Hay más chicos que consumen lácteos y más enteros, mientras que las chicas consumen más desnatados y semidesnatados. ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 4.3). La mayoría de los jóvenes consumen snacks (57,4%), sobre todo las chicas (60,1% frente al 54,8% de los chicos,  $p = 0,014$ ) (Gráfico 4.4).

Los alimentos que más consumieron los últimos 7 días fueron la leche y otros lácteos (el 67,4% de jóvenes los consumieron 5 o más veces), seguido del pan y cereales (53,9%), la fruta fresca (36%) y la carne (27,4%). Entre los menos consumidos están las bebidas vegetales, los refrescos azucarados y la comida rápida, que no tomaron un 88,4%, 42,1% y 39,6% de los jóvenes en los últimos 7 días respectivamente. La mitad tan solo han tomado 1-2 veces en la última semana huevo (49,8%) y pescado (58,6%). La mitad de los jóvenes ha consumido dulces en 1 o 2 ocasiones en esos 7 días.

Las legumbres se incluyen en la dieta con poca frecuencia: la mayoría (61,7%) han consumido legumbres en 1 o 2 ocasiones en la última semana. En cuanto a las verduras, el 33,4% las consumieron en 1-2 ocasiones y el 38,8% en 3 o 4 durante ese periodo (Gráfico 4.5). También el 44,3% consumió pasta, arroz y patatas en 3 o 4 ocasiones.

Hay diferencias significativas por sexos en cuanto al consumo de verduras y hortalizas ( $p=0,049$ ) con más chicos que no las han consumido (8,9% frente al 6,6% chicas) y más chicas que las han tomado en 5 o más ocasiones en los últimos 7 días (22,8% frente al 17,4% chicos). Los que menos verduras y hortalizas han consumido son los chicos de medio rural (9,7% no las consumen nunca) y las que más las chicas urbanas (24,5% 5 veces o más). También es significativa la diferencia por sexos en cuanto a consumir refrescos azucarados ( $p<0,001$ ): el 47,2% de las chicas no los consumió en la última semana, frente al 36,9% de chicos. Sin embargo, son más los chicos que no han consumido dulces (16,9% frente al 7,9% de las chicas) y más las chicas que los consumieron 3-4 veces en los últimos 7 días (30,8% frente al 22,6% chicos) ( $p<0,001$ ).

También hay diferencias significativas respecto al consumo de carne ( $p=0,003$ ), con más chicas que no la han

consumido (1,1% frente al 0,5% de los chicos) y más chicos que la consumieron 5 o más veces en los últimos 7 días (31,5% frente al 23,3% de las chicas). Lo mismo ocurre con el consumo de pan/cereales ( $p<0,001$ ), pasta, arroz y patatas ( $p<0,001$ ), y leche y lácteos ( $p<0,001$ ), en todos los casos con más chicos que los han consumido 5 o más veces en la última semana, al igual que los huevos ( $p<0,001$ ), con más chicas que no los consumieron o sólo 1 o 2 veces en los últimos 7 días, y más chicos que lo hicieron entre 3 y 5 veces o más.

Por ámbito geográfico solo encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto al consumo de fruta fresca ( $p=0,004$ ), con más jóvenes de medio rural que no la consumieron o solo en 1 o 2 ocasiones la última semana, y más jóvenes de medio urbano que lo hicieron 5 veces o más.

El 58,7% de los estudiantes suelen consumir 1-2 piezas de fruta al día; tan sólo el 5% toma 5 o más piezas, y el 18,3% no toma fruta habitualmente. No hay diferencias significativas entre ambos sexos, pero sí por ámbito ( $p=0,001$ ), con más jóvenes de medio rural que no toman fruta habitualmente (26,25 frente al 16,4% de medio urbano) y más de medio urbano que toman de 3 a 5 o más piezas (25% frente a 15,4% rural).

El 73% de los jóvenes no ha seguido ninguna dieta especial en los últimos 12 meses, mientras que el 10,7% lo han hecho con intención de adelgazar y el 5,0% para engordar. Es mayor el porcentaje de chicos que no han modificado su dieta (75,4%) en comparación con las chicas (70,6%) y los que lo hicieron fue por motivos diferentes: el 14,7% de las chicas han seguido una dieta para adelgazar, frente al 6,8% de los chicos, mientras que el 8% de éstos lo hizo para engordar, frente al 2% de las chicas, y el 4,7% de éstas hizo dieta por motivos de salud, frente al 1,4% de los chicos ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 4.6). No hay diferencias estadísticamente significativas por ámbito.

#### **4-ASOCIACIÓN ENTRE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA**

Los jóvenes que no realizan actividad física se saltan más el desayuno (22,8%,  $p=0,006$ ) y el almuerzo (27,8%  $p=0,010$ ) los días de diario, sin diferencias estadísticamente significativas respecto a las demás comidas ni tampoco en fines de semana/festivos (Gráfico 7.6). También se observa una asociación estadísticamente significativa con otros hábitos poco saludables como un mayor consumo de snacks ( $p=0,022$ ), dulces/bollería ( $p=0,009$ ), y comida rápida ( $p=0,049$ ). En cambio, los jóvenes que sí practican ejercicio consumen más fruta fresca ( $p<0,001$ ),

verduras y hortalizas ( $p=0,038$ ), huevos ( $p=0,001$ ), pescado ( $p<0,001$ ), legumbres  $p=0,002$ ), leche y lácteos ( $p=0,039$ ), así como un mayor número de piezas de fruta diarias  $p<0,001$ ) (Gráfico 7.7).

Los adolescentes que emplean más tiempo frente a las pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil...) los días de diario son los que más se saltan el desayuno ( $p=0,001$ ) y la cena ( $p=0,002$ ), siendo estos porcentajes mayores a medida que este tiempo frente a pantallas también aumenta (Gráfico 7.8). Lo mismo ocurre con estas dos comidas los fines de semana/festivos, y además el mayor tiempo frente a pantallas también afecta al almuerzo ( $p<0,001$ ).

Con relación al tiempo de desplazamiento al centro escolar realizan más el desayuno, la merienda y la cena aquellos que utilizan transporte o emplean menos de 15 minutos en desplazarse al centro escolar. Hay diferencias significativas en cuanto al consumo de comida rápida y dulces, mayor en aquellos que utilizan transporte o tardan menos de 15 min y además consumen menos piezas de fruta y menos carne que aquellos que emplean más de una hora al día en desplazarse al centro escolar andando o en bicicleta.

## 5-DESCANSO

La media de horas de sueño es de 7,82 (DE 1,20). El 36,4% de los jóvenes refiere dormir 8 horas al día, y el 76,6% entre 7 y 9 horas. Las chicas duermen de media algo menos que los chicos (7,75 y 7,90 respectivamente,  $p=0,040$ ), y los jóvenes de medio urbano algo menos que los de medio rural (7,78 horas los de medio urbano y 8,01 los de medio rural,  $p=0,009$ ). El 50,5% de los jóvenes no se levantan con sensación de haber descansado, siendo únicamente el 37,9% de las chicas y el 60,9% de los chicos los que tienen sensación de descanso nocturno ( $p < 0,001$ ). Las chicas del medio urbano son las que en menor proporción (37%) descansan tras haber dormido, mientras que la mayoría de los chicos del medio rural (65,5%) 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 7,57 horas al día, mientras que aquéllos que sí se levantan con sensación de haber descansado duermen una media de 8,07 horas al día ( $p < 0,001$ ), (el 70,7% 7 u 8 horas, el 7,4% 5 o 6 horas y el 22,1% entre 9 y 12 horas) (Gráfico 6.2).

Hay una relación entre hábitos de descanso y alimentación: los jóvenes que han descansado se saltan con

menor frecuencia el desayuno y la merienda tanto los días de diario ( $p<0,001$  y  $p=0,042$ , respectivamente) como los de fin de semana o festivos ( $p=0,013$  y  $p=0,005$ ). También descansan menos los jóvenes que siguen alguna dieta especial o han realizado modificaciones en su dieta habitual (principalmente para adelgazar el 44,5% no tiene sensación de descanso frente al 51,2% de los que la no han modificado ( $p = 0,006$ ) (Gráfico 7.12).

Son más los jóvenes que se levantan sin sensación de haber descansado por la noche entre los que no realizan actividad física que entre los que sí hacen ejercicio: 59,7% y 47,9% 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: en días de diario se levanta descansado el 58,2% de los que pasan menos de 1 hora frente a pantallas, el 53,4% de los que están de 1 a 2 horas y sólo el 40,6% de los que emplean más de 2 horas ( $p<0,001$ ). Los fines de semana/festivos también hay diferencias significativas: descansa el 58,1% de los que emplean menos de 1 hora, el 57,3% de los que están 1 a 2 horas y el 46,5% de los que emplean más de dos horas ( $p=0,005$ ). (Gráfico 7.15).

## 6-CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

### A-TABACO

El 94,9% de los adolescentes no tienen permiso de sus padres para fumar, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo, aunque sí por ámbito, siendo en medio urbano donde hay más progenitores que no permiten fumar (95,8% frente a 91,4%,  $p=0,009$ ).

El 82,7% de los jóvenes refiere no haber fumado nunca, mientras que el 4,3% dice hacerlo a diario y el 3,1% lo hace sólo fines de semana. Son más los chicos que no han fumado nunca (84,7%) que las chicas (80,6%), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa, pero sí lo es por ámbito, con más jóvenes de medio urbano que no han fumado nunca (84,5% frente a 75,2% en medio rural,  $p=0,001$ ) (Gráfico 8.1.1).

La mitad (50,8%) de los fumadores actuales consume entre 2 y 5 cigarrillos/día (53,1% chicos-48,1% chicas), y el 28,1% un cigarrillo o caladas sueltas (24,5% chicos- 30,4% chicas). El 10,2% de los chicos fuman de 6 a 10 cigarrillos en comparación con el 19% de las chicas, y el 8,2% de los chicos y 1,3% de las chicas fuman 11 o más cigarrillos. Hay más jóvenes de medio rural que

fuman entre 6 y 20 cigarrillos, aunque ninguno consume más de un paquete, a diferencia del medio urbano en que lo hace un 3,4% de los fumadores. Los que más fuman son los chicos de ámbito rural, con un 35,7% que consume 6 o más cigarrillos diarios, frente al 16,8% de los chicos urbanos y el 33,4% y 14,9% de chicas rurales y urbanas respectivamente, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas (Gráfico 8.1.2). También los adolescentes de zona rural son los que en mayor proporción han fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida (66,7% de zona rural frente al 48,2% de zona urbana,  $p=0,021$ ).

La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 13,89 años (mínima 10 años y máxima 17), sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico, aunque es algo inferior en las chicas (chicos 13,98, chicas 13,81) y en el medio urbano (13,87, rural 13,92).

El 30% de los jóvenes consume o ha consumido productos de tabaco no convencionales (vapeadores, cigarrillo electrónico, pipa de agua...). De éstos, el 19,6% lo ha dejado, el 4,7% sólo los consume el fin de semana, el 4,9% lo hace alguna vez a la semana y el 0,9% a diario (Gráfico 8.1.3).



Un 31,7% 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 (76,6% de los padres y 78,1% de las madres); sin embargo, el 19,7% de los padres y el 17,8% de las madres fuman de forma habitual.

El 12,6% de los jóvenes están expuestos al tabaquismo pasivo en casa y el 11,2% fuera de casa los días de diario. Los fines de semana los adolescentes sufren una mayor exposición al tabaquismo pasivo, principalmente fuera de casa (32,2%, 16,6% en casa), sin diferencias significativas por sexo ni ámbito en ninguno de los casos (Gráficos 8.1.4 y 8.1.5).

## **B- ALCOHOL**

Hay diferencias significativas por sexo ( $p=0,006$ ) y por ámbito ( $p=0,001$ ) en el patrón de consumo de alcohol: el 45% de los jóvenes no consume alcohol (48,1% de los chicos, 41,7% chicas) y el 30,4% rara vez (31,8% chicos, 29% chicas). Un 22,4% sólo consume los fines de semana (18,2% chicos, 26,8% chicas) y el 2,1% alguna vez entre semana (1,8% chicos, 2,5% chicas). Un 0,1% declara consumir alcohol a diario. Hay más jóvenes que no consumen alcohol en medio urbano (48,8%, frente al 29,3% rural) (Gráfico 8.2.1).

Algo menos de la mitad de los jóvenes (42,8%) consumieron alcohol el último mes, principalmente las chicas (46,1% frente al 39,6% de los chicos,  $p=0,027$ ) y en medio rural (57% frente al 39,3% urbano,  $p<0,001$ ). Las chicas de medio rural son las que más consumieron alcohol los últimos 30 días (60,6%) y los chicos de medio urbano los que menos lo hicieron (36,1%).

La media de edad a la que comienzan a consumir bebidas con alcohol al menos una vez a la semana es de 14,21 años, siendo la edad mínima a los 10 años. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito, aunque es menor en las chicas (14,15; 14,27 en chicos) y en medio urbano (14,19; 14,24 en medio rural).

Los adolescentes que declaran consumir alcohol los días de diario (10,1% de los que beben alcohol), prefieren los combinados (49,2%), la cerveza (38,1%) y el vino (19,6%). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexos en el consumo de estas bebidas, pero sí por ámbito geográfico en el consumo de cerveza, mayor en medio rural (58,8% frente al 29,4% urbano,  $p=0,047$ ). Las bebidas más consumidas los fines de semana son los combinados (74,5%), vino o calimocho (36,2%) y la cerveza (33,6%), con diferencias estadísticamente significativas por sexo en estos dos últimos, siendo más los chicos que



consumen cerveza (chicos 40,8%, chicas 27,8%,  $p=0,001$ ) y las chicas que consumen vino o calimocho los fines de semana (chicos 29,4%, chicas 41,8%,  $p=0,003$ ). También son más los chicos que consumen vermut (3,7% frente al 0,7% en chicas,  $p=0,027$ ). La cerveza se consume más en medio rural que urbano los fines de semana (urbano 30,8%, rural 41,5%,  $p=0,019$ ).

El 34,9% 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 12,2% lo ha hecho en más de una ocasión. Este hecho es más común entre los jóvenes del medio rural que el urbano (32,5% de medio urbano frente al 41% de medio rural) y el 9,2% y el 20,5% respectivamente, lo han hecho en más una ocasión ( $p < 0,001$ ). Las que más abusan del alcohol son las chicas de medio rural, de las que el 22% han consumido al menos 6 unidades de alcohol en el mismo día más de una vez en el último mes ( $p = 0,021$ ) (Gráfico 8.2.2).

Entre los jóvenes que consumen bebidas alcohólicas, el 18,3% se ha emborrachado al menos una vez en el último mes, siendo las chicas de zona urbana las que lo han hecho en mayor proporción (22,3%) y los chicos de medio urbano los que menos

(14,3%) aunque estas diferencias no son significativas. (Gráfico 8.2.3). El 0,7% de los adolescentes que consumen bebidas con alcohol necesitó asistencia sanitaria en el último mes por haber bebido en exceso, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico.

### C-OTRAS SUSTANCIAS

El 4,6% de los jóvenes dicen haber probado en los últimos 30 días algún tipo de drogas distintas del alcohol y tabaco, principalmente en medio rural (6,8% frente al 4% en medio urbano) sin que esta diferencia sea significativa, y tampoco por sexos (Gráfico 8.3.1). La sustancia más consumida es el hachís (98,4%), seguido del speed/anfetaminas (6,8%). Respecto a este último, el consumo es mayor en el medio rural y entre las chicas que entre los chicos (chica rural 16,7%, chico rural 11,1%), y lo mismo ocurre con los tranquilizantes/somníferos sin receta, que consumen exclusivamente las chicas, principalmente las de medio rural (16,7% frente al 5,3% de las chicas de medio urbano). Las diferencias no son estadísticamente significativas probablemente debido al bajo número de casos en algunas categorías.

## 7-RELACIONES SEXUALES COMPLETAS (RSC)

El 21,6% de los adolescentes refieren haber tenido alguna vez RSC, en mayor proporción los de ámbito rural (27,5%) que urbano (20,3%) ( $p=0,020$ ), sin diferencias significativas por sexo. La edad media de la primera RSC es de 14,9 años (mediana 15 años), sin diferencias significativas por sexo ni ámbito.

La mayor parte de los jóvenes que han mantenido RSC refiere haber tenido una pareja en los últimos 30 días (51,8% de los chicos y 66,7% de las chicas) y un 12,5% de los chicos y el 3,9% 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 (35,7%, frente al 29,5% en chicas). (Gráfico 9.1.)

El 85,4% de los jóvenes refiere haber utilizado preservativo en su última RSC, con diferencias significativas por sexo (chicos 92%, chicas 79,8%,  $p=0,008$ ), pero no por ámbito, aunque es mayor su utilización en medio urbano (87,4%, rural 80%). Sin embargo, sólo el 68,7% de aquéllos que en algún momento han mantenido RSC dice utilizar algún método anticonceptivo; el método más utilizado es el preservativo (66,4% de los que han mantenido RSC), seguido de los anticonceptivos orales (6,1%) y el coitus interruptus o marcha atrás (2,4%) (Gráfico 9.2).

El 22,2% de los adolescentes (los jóvenes encuestados o su pareja) que han mantenido RSC refieren haber empleado alguna vez la píldora del día después (PDD), sin diferencias por sexo o por ámbito. Entre los que han utilizado la PDD, el 18,9% la han utilizado dos o más veces, en mayor proporción las chicas (22,6%, chicos 13,6%) y los jóvenes de medio rural (36,4%) que del urbano (14,3%), sin ser estas diferencias estadísticamente significativas probablemente debido al pequeño porcentaje de jóvenes que han empleado la PDD ( $n = 54$ ) (Gráfico 9.3).

## 8-ACCIDENTABILIDAD

La accidentabilidad no tráfico en los últimos 12 meses fue del 22,5%, siendo los chicos de zona urbana los que los han sufrido en mayor proporción (26,2%) y las chicas de zona rural las que menos (16,7%). Estos accidentes y lesiones ocurrieron principalmente en centros deportivos (45%), sobre todo en los chicos (52,1% de los accidentes no tráfico), seguidos de los accidentes en la calle (17,9%, 22,1% chicos, 12,6% chicas) (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 1,9% de los jóvenes han sufrido alguno en

los últimos 12 meses, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico. Sí hay diferencias por sexos en cuanto al medio en que ocurrió el accidente, ya que todas las chicas lo sufrieron yendo en coche, mientras que sólo un 7,1% de los chicos que sufrieron accidentes de tráfico iba en automóvil, siendo más frecuentes en ellos los accidentes como peatón (andando, corriendo), en bici y en patinete eléctrico (Gráfico 10.2).

Un 92,2% utilizan siempre el cinturón cuando van en el asiento del copiloto y el 81% en el asiento trasero, en ambos casos más las chicas, pero las diferencias solo son estadísticamente significativas en cuanto al uso del cinturón trasero, con un 84,2% de chicas que lo usan siempre y un 12% la mayoría de las veces, frente al 77,8% y el 13,3% de los chicos respectivamente ( $p=0,001$ ) (Gráfico 10.3). El 27,2% de los jóvenes monta en moto, siendo en medio rural donde más se utiliza (34,7% frente al 25,4% de medio urbano,  $p=0,005$ ) y sobre todo los chicos (38,1%). El 85,1% de los que usan moto indica que utilizan el casco siempre, el 7,2% la mayoría de las veces, el 3,4% algunas veces y el 4,3% nunca, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico. Sin embargo, hay más adolescentes que usan la bicicleta: el 77,9% la utilizan, principalmente los chicos (86,7%, chicas 68,9%,  $p<0,001$ ), sin diferencias significativas por ámbito.

Los jóvenes utilizan el casco con menor frecuencia al ir en bicicleta que en moto: el 21,8% de los chicos que usan bici utilizan el casco siempre, frente al 16,4% de las chicas, y el 20,8% de los adolescentes del medio urbano en contraste con el 14,1% de los de zona rural. Hay que destacar que el 38% de los adolescentes indican que no utilizan el casco nunca cuando montan en bici, con diferencias estadísticamente significativas por ámbito ( $p=0,002$ ) (no lo usa el 64,5% de medio rural, frente al 51,8% de medio urbano) (Gráfico 10.4).

El 10,6% de los adolescentes viajó los últimos 30 días en un vehículo sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas, con mayor porcentaje de chicos que lo ha hecho (12,5% frente al 8,8% de chicas,  $p=0,046$ ). También es estadísticamente significativa la diferencia por ámbito, con mayor número de jóvenes de medio rural que contesta afirmativamente (14,4% frente al 9,7% urbano) ( $p=0,041$ ).

## 9-HIGIENE BUCODENTAL

El 84,5% de los adolescentes se lava los dientes más de una vez al día, pero el 2,9% no se los lava nunca o menos de una vez al día. El 4% no se los lava por la noche antes de acostarse y el 17,4% solo lo hace algunas veces. Las chicas son las que tienen una mayor higiene dental, con una frecuencia de cepillado mayor a

una vez al día superior a los chicos ( $p < 0,001$ ) y mayor porcentaje de lavado de dientes siempre antes de acostarse ( $p = 0,024$ ), principalmente aquéllas de medio rural, aunque las diferencias por ámbito no son significativas (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 32,3% no realizó ninguna en ese período, mientras que el 14,9% lo hicieron más de 5 veces. El 21% y el 16,9% fueron 1 y 2 veces respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico, aunque hay más chicos que no fueron al dentista en el último año o lo hicieron solo una vez, y más chicas que fueron en más de 5 ocasiones (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 69,8% le resulta fácil/muy fácil), seguido del padre (48% fácil/muy fácil). Los chicos tienen mayor facilidad para comunicarse con sus progenitores, aunque esta diferencia solo es significativa en el caso del padre ( $p = 0,001$ ) (Gráfico 12.1). 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 (54,9% y 51,9% respectivamente) (Gráfico 12.2).

El 85,3% de los jóvenes están totalmente o muy de acuerdo en que su familia realmente intenta ayudarles, el 73,2% en que reciben de ella el apoyo emocional que necesitan, el 84,9% en que está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones, y el 65% 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 85,8% de los adolescentes afirma que sale con otras personas para distraerse. El 79% está totalmente o muy de acuerdo en que sus amigos realmente tratan de ayudarles, mientras que el 5,2% de los chicos y el 7,7% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo.

De igual manera, la mayoría de los jóvenes (77,7%) están totalmente o muy de acuerdo en que pueden contar con sus amigos cuando las cosas les van mal, el 84,4% en que tiene amigos con los que compartir emociones, y el 79,2% en que pueden hablar de sus problemas con ellos (Gráfico 13.1).

En todos los casos es mayor el porcentaje de chicos que está de acuerdo con estas opiniones ( $p=0,009$ ,  $p=0,007$  y  $p=0,043$  respectivamente).

## 12-USO DE INTERNET Y TELÉFONO MÓVIL

El 96,6% de los adolescentes disponen de smartphone, sin diferencias significativas por sexo. Sí las hay sin embargo en la frecuencia de uso de internet en este dispositivo en base al ámbito geográfico ( $p=0,004$ ): el 43,1% de los jóvenes se conecta casi constantemente, sobre todo en medio rural (51,6% frente 40,9% urbano), mientras que del 51,1% de jóvenes que se conecta varias veces al día, es mayor el porcentaje en medio urbano que rural (53% frente a 43,3%,  $p=0,011$ ) (Gráfico 14.1).

El 39,5% apaga siempre el móvil en lugares no permitidos, mientras que es más común que no lo apaguen nunca al dormir (54,2%) y en clase (43,8%) (Gráfico 14.2). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a apagado del móvil al estudiar y al dormir ( $p<0,001$  y  $p<0,004$  respectivamente), con más chicos que lo apagan siempre, mientras que en clase estas diferencias son significativas por ámbito, con más jóvenes de medio urbano que lo apagan siempre (30,6% frente al 22% rural) ( $p=0,006$ ). En los 30 días antes de la encuesta, casi todos los jóvenes (98%) utilizaron las redes sociales (Whatsapp, Facebook...), y el 83,3% el e-mail. El 95,2% escuchó o descargó

contenidos de la red (música, series, películas, etc.), el 49,7% participó en juegos de realidad virtual, el 48% en juegos de habilidad y el 30,7% visitó páginas para adultos. En todos los casos hay diferencias significativas por sexo ( $p\leq 0,001$ ), siendo las chicas los que más utilizan las redes sociales y escuchan/descargan contenidos, mientras que los chicos las superan en cuanto a uso del correo electrónico, participación en juegos de realidad virtual y de habilidad, y también son ellos los que más visitan páginas para adultos (Gráfico 14.3). No se han encontrado diferencias por ámbito geográfico.

En cuanto a la interacción con desconocidos los dos últimos meses a través de internet, el 42,9% de los adolescentes intercambió mensajes (el 11,4% varias veces a la semana, el 24,3% en 1 o 2 ocasiones) y el 52,4% de los jóvenes recibió llamadas de desconocidos (el 13,1% varias veces a la semana y el 24,8% en 1 o 2 ocasiones. Estas dos situaciones se dieron más en chicos ( $p=0,044$  y  $p=0,010$  respectivamente). El 17,3% de los jóvenes recibieron mensajes o imágenes de contenido sexual (el 13,5% los han recibido 1 ó 2 veces y el 1,6% varias veces a la semana), sin diferencias por sexos, al igual que en el envío a desconocidos de imágenes propias en postura sexy o provocativa durante ese período, lo que hizo el 3,6% la mayoría solo en 1 o 2 ocasiones (Gráfico 14.4).

El 52,1% de los padres o tutores ayudan a los jóvenes si algo les molesta en internet y el 51,3% sugieren modos de uso seguro. En ambos casos hay diferencias por sexos, con mayor participación de los padres en el caso de las chicas ( $p<0,001$  en ambos casos). También el 28,6% de los padres establecen normas y limitaciones en el uso de la red y algunos utilizan programas de control parental: el 9,5% para bloquear o filtrar contenidos, el 8,5% para conocer en qué páginas navegan y las aplicaciones que utilizan y el 17,8% para conocer la ubicación del adolescente (Gráficos 14.5 y 14.6). En este último caso hay diferencias estadísticamente significativas por sexo (es más frecuente en chicas: 21,3% frente al 14,2% de los chicos,  $p=0,002$ ) y por ámbito (19,5% urbano frente al 10,4% rural,  $p=0,006$ ).

### 13-ACOSO ESCOLAR

El 5,4% de los adolescentes sufrió maltrato escolar en los dos meses previos a la realización de la encuesta (el 0,2% varias veces a la semana) y el 8,3% de los jóvenes participó en algún episodio de maltrato a otro/a 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 aislamiento (10,9% chicos, 24,1% chicas,  $p<0,001$ ), así como mentiras o cotilleos inventados (21,7%-36,3%,  $p<0,001$ )

mientras que los chicos reciben más maltrato físico (5,3% frente al 1,8% de las chicas,  $p<0,001$ ).

Respecto al ámbito geográfico solo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con relación a las bromas de contenido sexual, más frecuentes en el ámbito rural (16,3%, frente al 10,9% en el ámbito urbano,  $p=0,027$ ).

En cuanto al maltrato a otros compañeros, son más los chicos que participaron en él (10% frente al 6,6% de las chicas,  $p=0,044$ ), sin diferencias significativas por ámbito geográfico (Gráfico 15.2).

Del total de jóvenes que declara haber sufrido maltrato, el 29,3% ha participado en maltrato a otros compañeros, y el 18,8% de los jóvenes que han participado en acoso a otros compañeros ha sido víctima del mismo.

Ninguno de los adolescentes encuestados refiere haber sufrido todos los tipos de acoso descritos en el cuestionario en alguna ocasión durante los últimos dos meses, pero el 24,4% ha sufrido al menos uno de éstos durante ese período, aunque sólo el 5,4% del total lo ha percibido como maltrato. 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

El 29,1% de los adolescentes jugaron a juegos de rol, el 46,4% a los de deportes, el 39,6% a videojuegos de violencia, drogas y/o sexo y el 63,3% a otro tipo de videojuegos siendo los chicos los que más los utilizan ( $p<0,001$  en todos los casos) (Gráfico 16.1). No hay diferencias por ámbito geográfico.

## 15- JUEGO CON DINERO

También se ha preguntado 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 91,9% no ha jugado nunca con dinero en internet, y el 87,5% no lo ha hecho nunca de forma presencial. Sin embargo, el 3,8% dice haber jugado con dinero en internet en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta, y el 7,3% de forma presencial en este mismo período. Un 1,8% lo había hecho en ambas modalidades el último mes. Tanto online como presencial y de ambas formas son más los chicos que jugaron ( $p<0,001$ ). (Gráfico 17.1)

Más de la cuarta parte de los que alguna vez han jugado dinero en internet comenzó antes de los 13 años, (27,8%, 2,2% del total de encuestados), así como el 21,7% 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 (47,6% frente al 21,7%;  $p=0,020$ ) así como de forma presencial (25% frente al 20,8%), sin diferencias por ámbito. Las más precoces en comenzar a jugar por internet fueron las chicas de medio urbano (el 56,3% antes de los 13 años) (Gráfico 17.2).

Un 0,98% de los participantes (5,8% de los jugadores) contestó afirmativamente a las dos preguntas del cuestionario Lie Bet para valorar el juego patológico. Un 17,3% de los jóvenes que han jugado alguna vez ha necesitado apostar más y más dinero, y un 8,3% ha mentido a gente importante para él respecto a cuánto juega (Gráficos 17.3 y 17.4). Aunque las respuestas afirmativas en todos estos casos son más numerosas en los chicos, no hay diferencias significativas por sexo más que en el hecho de necesitar apostar más y más dinero (chicos 22,5%, chicas 3,8%,  $p=0,002$ ).





## **I.B. DESCRIPTIVO**



Al igual que en la edición anterior, para la realización de la encuesta se utilizó la aplicación FORMA, mediante la cual se descargaron y validaron 1120 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.

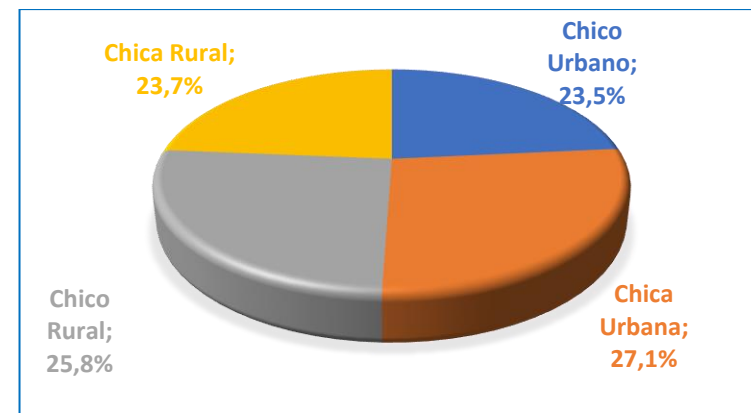
De ese total de 1120 estudiantes un 49,5% estaban escolarizados en centros de medio rural y el 50,5% en centros de medio urbano-semiurbano (en adelante, urbano). El ámbito geográfico se determinó como rural o urbano, tomando como referencia la Zona Básica de Salud a la cual corresponde el centro escolar. El 50,7% fueron chicas y el 49,3% chicos.

Teniendo en cuenta el sexo y el ámbito geográfico, el subgrupo con mayor proporción de participantes fue el de chicas de medio urbano con un 27,1%, seguido de los chicos de medio rural (25,8%) (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	%
<b>Chica</b>	265	23,7	303	27,1	568	50,7
<b>Chico</b>	289	25,8	263	23,5	552	49,3
<b>Total</b>	554	49,5	566	50,5	1120	100,0

*Gráfico 0.1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico.*



La edad media de los jóvenes fue de 15,94 años, siendo muy similar en chicos y chicas, pero con diferencias estadísticamente significativas por ámbito, siendo algo mayor en el medio rural (16,02 frente a 15,85,  $p < 0,001$ ). (Tablas 0.2-0.4). El rango de edad es mayor en los chicos, y en medio rural, con un mínimo de 14,23 años y máximo de 18,92, que en las chicas (15,11-17,98 en medio urbano y 15,16-18,71 en medio rural). En los chicos de medio urbano, el rango de edad oscila entre 15,16 y 18,15 años.

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

		Edad		
		n	media	DE
Sexo	Chico	552	15,92	0,62
	Chica	568	15,95	0,60
Ámbito geográfico	Rural	554	16,02	0,68
	Urbano	566	15,85	0,51
Total		1120	15,94	0,61

*Tabla 0.3. Distribución de participantes por edad y ámbito geográfico.*

Edad	Ámbito geográfico					
	Urbano		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
<15	0	0	2	0,4	2	0,2
15	406	71,7	332	59,9	738	65,9
16	134	23,7	161	29,1	295	26,3
17	24	4,2	52	9,4	76	6,8
≥18	2	0,4	7	1,3	9	0,8
Total	566	100	554	100	1120	100

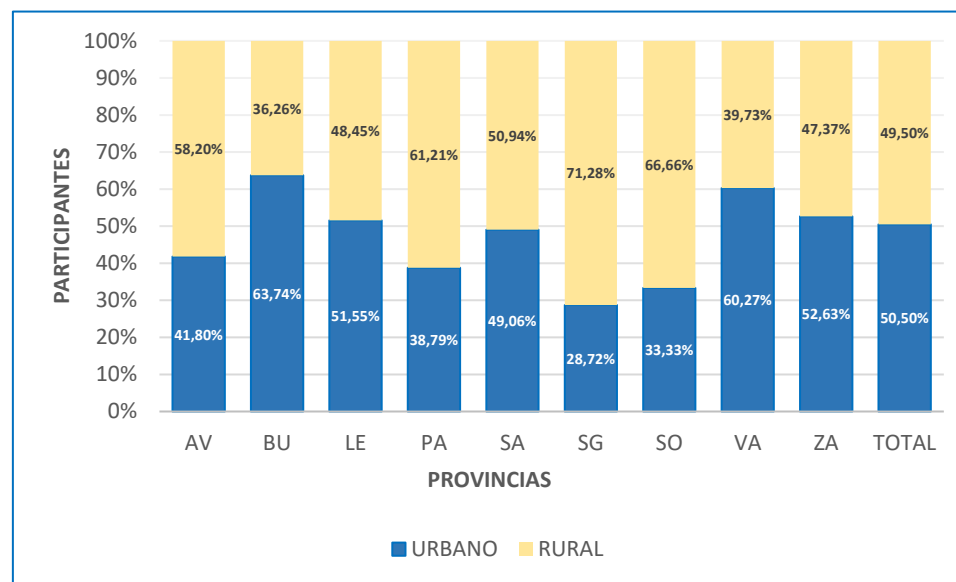
*Tabla 0.4. Distribución de participantes por edad y sexo.*

Edad	Sexo					
	Chico		Chica		Total	
	n	%	n	%	n	%
<15	2	0,4	0	0	2	0,2
15	366	66,3	372	65,5	738	65,9
16	142	25,7	153	26,9	295	26,3
17	37	6,7	39	6,9	76	6,8
≥18	5	0,9	4	0,7	9	0,8
Total	552	100	568	100	1120	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, Salamanca, Segovia y

Soria. En cambio, en Burgos, León, 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

## 1.DATOS GENERALES

En este 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 el 50,2% de los estudiantes son chicos y el 49,8% son chicas. El 80,2% viven en medio urbano/semiurbano (en adelante: medio urbano) y el 19,8% residen en el medio rural.

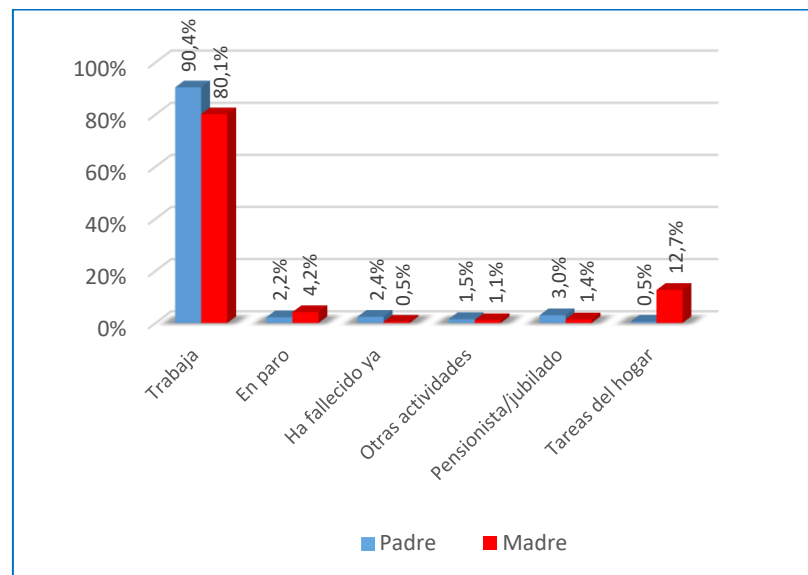
La edad media es de 15,88 años (DE: 0,56), siendo el mínimo de 14,23 y el máximo de 18,92 años. El 94,1% de los jóvenes tienen 15 o 16 años. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a media de edad por sexo, pero sí por ámbito, siendo superior la media de edad en el medio rural (16,02 (DE=0,68) frente a 15,85 (DE=0,51) en el medio urbano,  $p<0,001$ ).

En cuanto al país de nacimiento, el 92,8% de los estudiantes nacieron en España, al igual que el 86,4% de los padres y el 86% de las madres. Hay más chicos que chicas nacidos en España (94,5%-91%;  $p=0,025$ ), sin diferencias por ámbito geográfico. También hay diferencias por sexo en cuanto al país de nacimiento del padre, con más chicas de padre nacido en un país extranjero (16,5% frente a 10,6% de los chicos;  $p=0,004$ ).

Respecto a la situación laboral de los progenitores, el 90,4% de los padres trabaja en comparación con el 80,1% de las madres. En ambos casos, el porcentaje de los que trabajan es ligeramente superior en el medio urbano que en el rural, aunque esta diferencia solo es estadísticamente significativa en el caso de las madres (urbano 81,9%, rural 72,7%,  $p=0,002$ ).

Por otra parte, el 12,7% (11% medio urbano-19,5% medio rural) de las madres se dedican a las tareas del hogar en contraposición con el 0,5% (0,6% medio urbano-0,5% medio rural) de los padres. El 2,2% de los padres están desempleados y el 3% son pensionistas o están jubilados a diferencia de las madres con el 4,2% y el 1,4% respectivamente (Gráfico 1.1).

Gráfico 1.1 Situación laboral de los progenitores

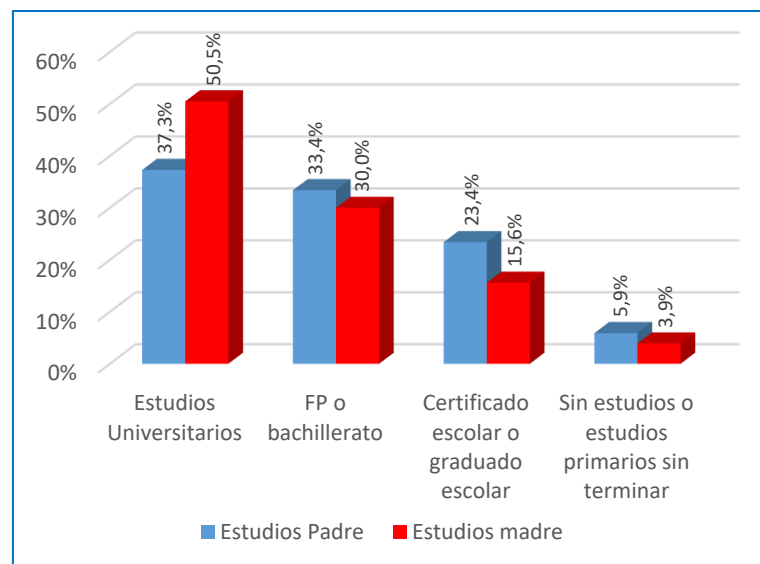


En cuanto al máximo nivel de estudios completado por los progenitores, la mayor diferencia la encontramos respecto a los estudios universitarios: las madres han recibido formación académica universitaria en mayor proporción que los padres (50,5% y 37,3% respectivamente). Por otro lado, el nivel máximo de estudios del 23,4% de los padres es graduado escolar frente al

15,6% de madres con la misma titulación.

Hay menor diferencia entre la proporción de padres y madres que tienen estudios de FP o Bachillerato (33,4% y 30,0% respectivamente), y entre aquellos sin estudios o con estudios primarios sin finalizar (padres: 5,9%; madres: 3,9%) (Gráfico 1.2).

*Gráfico 1.2 Máximo nivel de estudios completado por los progenitores*

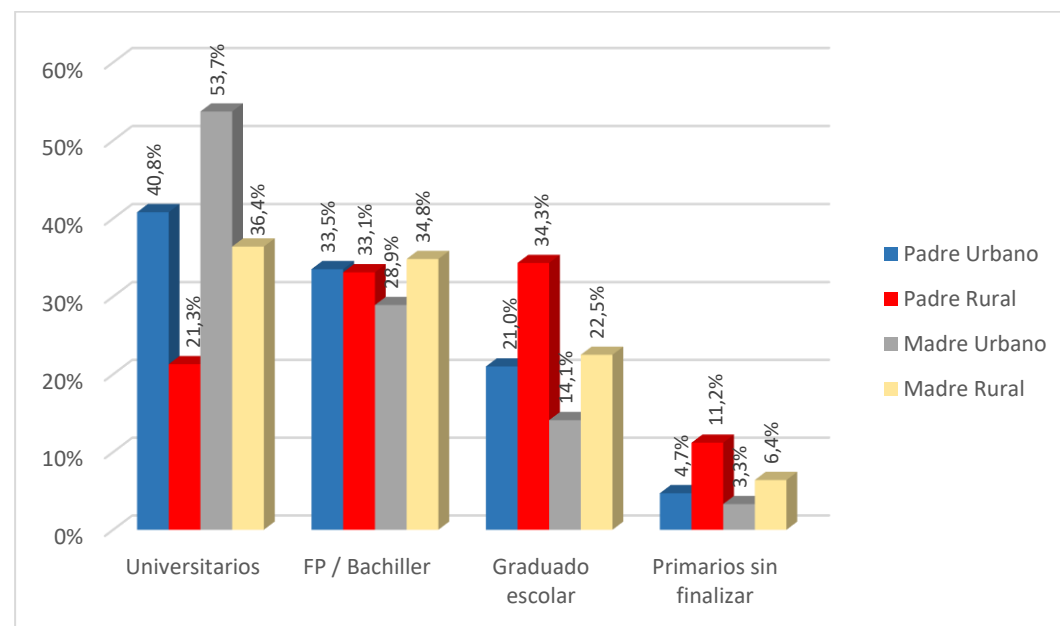




El nivel de estudios de los progenitores del medio urbano es superior al de aquéllos del medio rural: el 53,7% de madres y el 40,8% de padres tienen estudios universitarios, en comparación

con el 36,4% de madres (p< 0,001) y el 21,3% de padres del medio rural (p<0,001) (Gráfico 1.3).

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



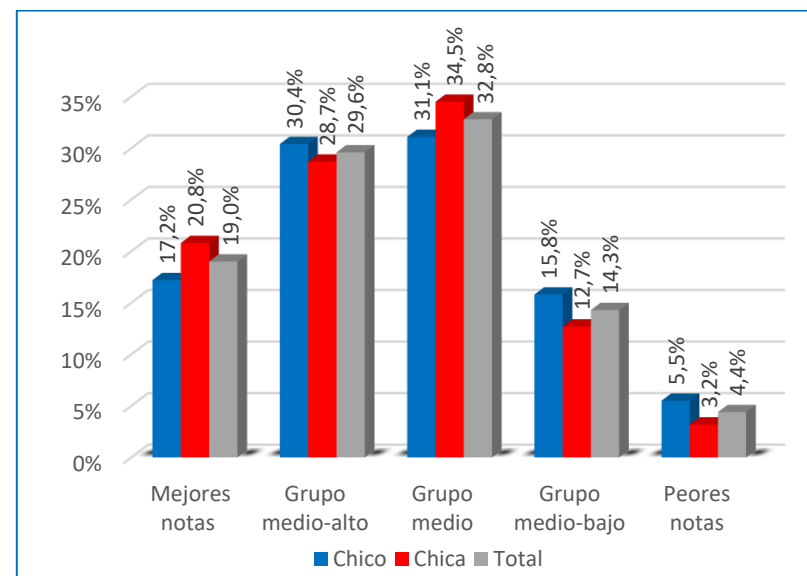
El número medio de personas con las que conviven es de 2,87 (DE=0,95), siendo el rango de 1 a 8, sin diferencias significativas por sexo ni por ámbito. La mayoría de los jóvenes conviven con su madre (94,5%), su padre (83,9%) o sus hermanos (68,2%). Además, el 7,2% de estudiantes conviven con otros familiares y el 3,9% con otras personas. El 79,8% convive con los dos progenitores (más chicos: 81,9% frente a 77,9% chicas,  $p=0,006$ ), mientras que el 18,7% lo hace con uno solo, y un 1,4% no convive con ninguno de los dos. Hay diferencias significativas por sexo en cuanto a la convivencia con el padre, con mayor porcentaje de chicos (86,3% frente a 81,7% de chicas,  $p=0,035$ ), mientras que hay más chicas que conviven con “otras personas” (5,6% frente al 2,3% de chicos,  $p=0,005$ ), sobre todo chicas de medio urbano (6%-3,7% rural).

El número de hermanos es de 0 a 6, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico, siendo la media de un hermano en todas las categorías.

En cuanto a la autopercepción de sus resultados académicos en comparación con los compañeros de clase, el 19% de los estudiantes manifiesta encontrarse en el grupo de la clase que obtiene mejores notas y el 29,6% en el grupo medio-alto. El 32,8% se sitúa en el grupo medio, el 14,3% en el medio-bajo y el

4,4% en el grupo de peores notas. No hay diferencias significativas por sexo ni por ámbito geográfico (Gráfico 1.4).

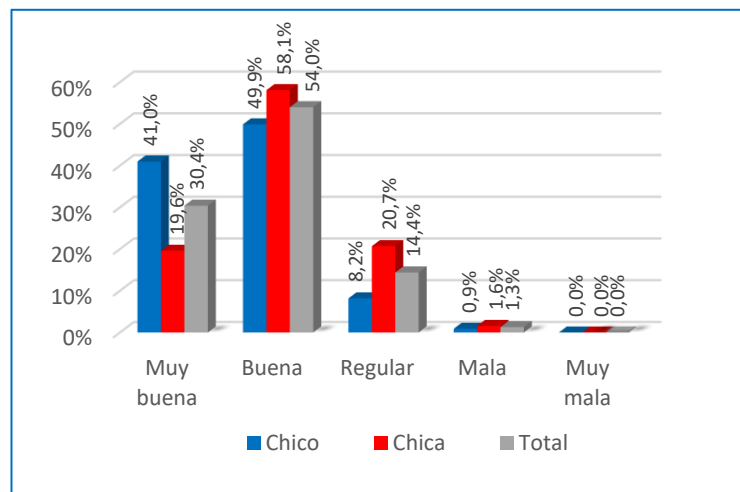
*Gráfico 1.4 Nivel académico autopercebido*



Son más los chicos que consideran que su salud es “muy buena” (41% en comparación con el 19,6% de las chicas) y más las chicas que consideran su salud “buena” (58,1%, chicos 49,9%).

Únicamente el 0,9% de los chicos y el 1,6% de las chicas consideran su salud “mala” y ninguno “muy mala” ( $p<0,001$ ) (Gráfico 1.5).

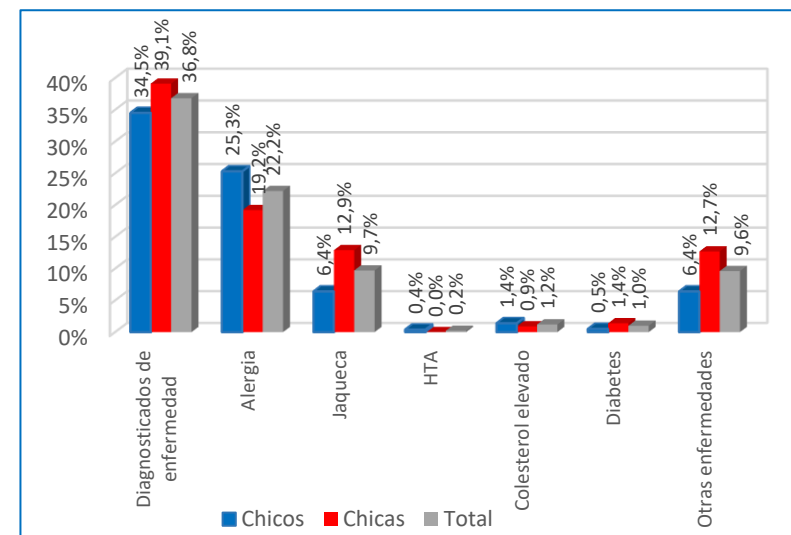
Gráfico 1.5 Nivel de salud autopercebido



No hay diferencias significativas por ámbito geográfico, aunque son más los jóvenes de medio urbano que la autoperceben como “muy buena” (32,1% frente a 23,5% rural) y más de medio rural que la consideran “buena” (60,2% frente a 52,6% urbano). El 36,8% de los estudiantes refiere haber sido diagnosticado de alguna enfermedad, sin diferencias significativas por sexo ni ámbito geográfico. La enfermedad diagnosticada con

mayor frecuencia es la alergia (22,2%), más frecuente en chicos que en chicas (25,3%-19,2%,  $p=0,014$ ), seguida de las jaquecas, migrañas o dolores de cabeza (9,7%) que, por el contrario, son más comunes en chicas (12,9%) que en chicos (6,4%) ( $p<0,001$ ) y lo mismo ocurre con el grupo de “otras enfermedades” (chicas 12,7% - chicos 6,4%,  $p<0,001$ ). No se han encontrado diferencias significativas por ámbito geográfico. Respecto a la frecuencia de diabetes, hipercolesterolemia 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 (62%), nerviosismo (67,5%), irritabilidad (66,3%), dolor de espalda (47,5%), dolor de cabeza (41%), dificultad para dormir (37,2%), dolor de estómago (34,4%) y sensación de mareo (30,3%).

(30,3%). 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

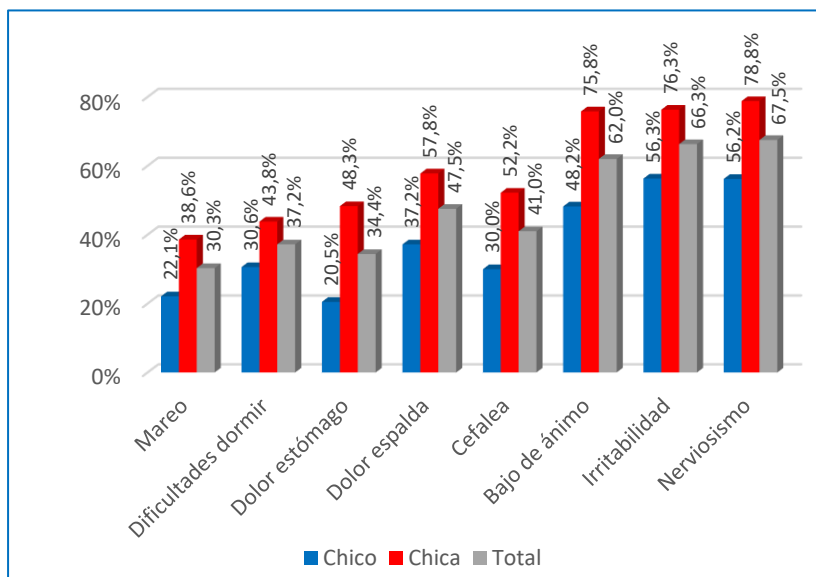
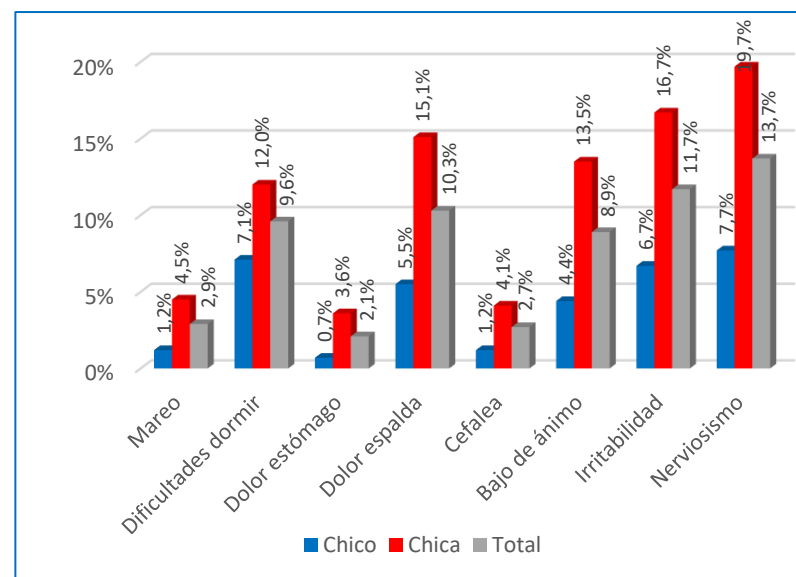


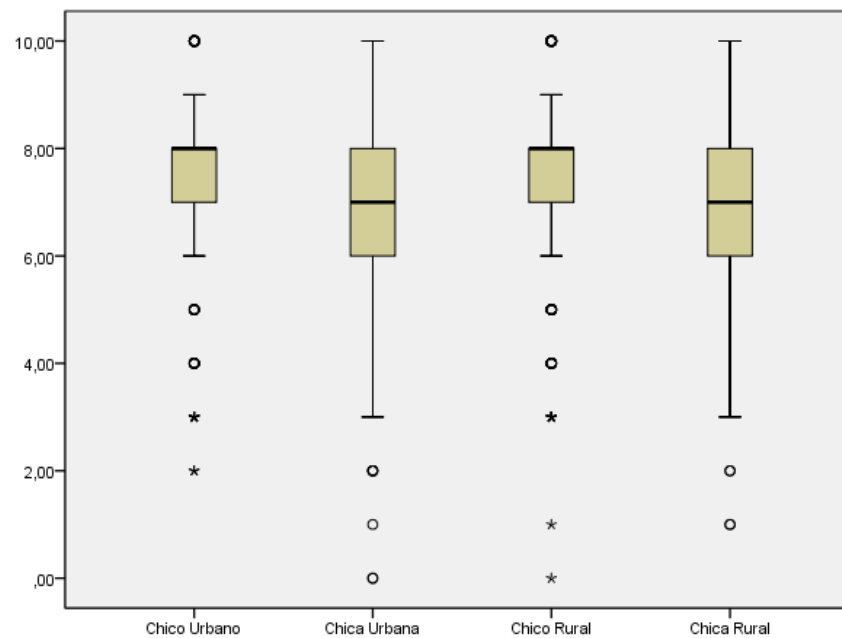
Gráfico 1.8 Sintomatología padecida casi a diario



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 7,13 (DE=1,68) siendo por sexos más baja la de las chicas (chicos 7,47- chicas 6,79,  $p<0,001$ ), y la peor puntuación la de las chicas de

medio rural (media: 6,70), aunque muy igualada con las de medio urbano (6,80). La mejor es la de los chicos de medio urbano (media: 7,50), seguida de la de los chicos de medio rural (7,35) ( $p<0,001$ ) (Gráfico 1.9).

Gráfico 1.9. Autovaloración del nivel vital por sexo y ámbito





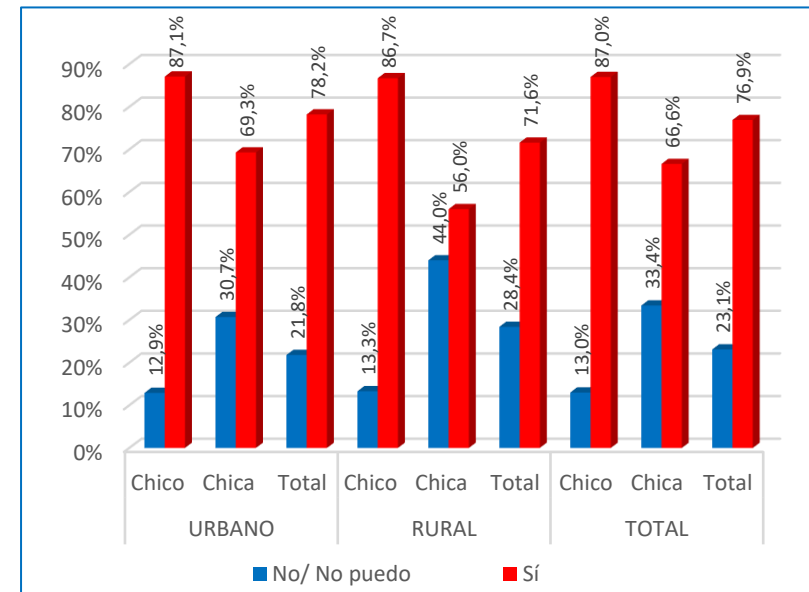
## **2. Actividad física**

## 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, fuera del horario escolar), 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 76,9% de los jóvenes afirman realizar con frecuencia alguna actividad física al menos 30 minutos al día en su tiempo libre y fuera del horario escolar, principalmente los de ámbito urbano (78,2% frente al 71,6% en el ámbito rural,  $p=0,038$ ). El 0,2% no pueden realizarlo, bien por incapacidad o enfermedad. Son los chicos los que realizan actividad física en mayor proporción (87%) en contraste con las chicas (66,6%) ( $p<0,001$ ), principalmente los chicos de medio urbano (87,1%) mientras que las chicas del medio rural son las que lo hacen en menor proporción (56%) ( $p<0,001$ ) (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 (50,8%), seguido de ciclismo (14,7%). Las chicas practican más frecuentemente la danza o baile (17,5%), seguido de voleibol (16,4%).



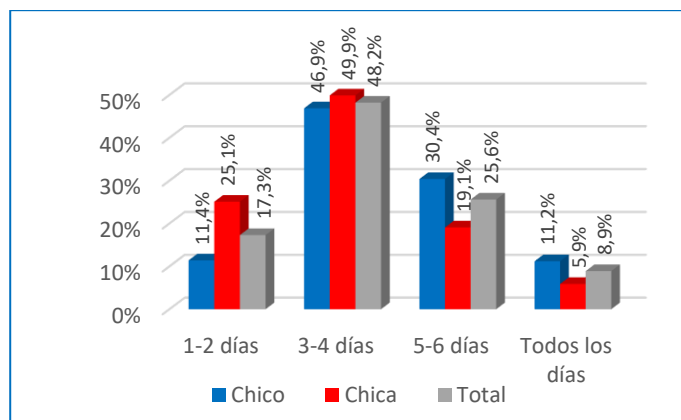
En todos estos deportes las diferencias entre sexos son estadísticamente significativas, así como en el balonmano (chicos 4,3%-chicas 1,6%,  $p=0,026$ ), el tenis/pádel (chicos 11,7%-chicas 7,3%,  $p=0,031$ ) y el rugby (1,8% de los chicos y ninguna chica,  $p=0,009$ ). El tercer deporte más practicado en ambos sexos es el baloncesto.

Según el ámbito geográfico, hay diferencias significativas en cuanto a práctica de fútbol/fútbol sala (28,9% urbano, 43,4% rural,  $p<0,001$ ) y natación (7,7% urbano, 2,5% rural,  $p=0,020$ ).

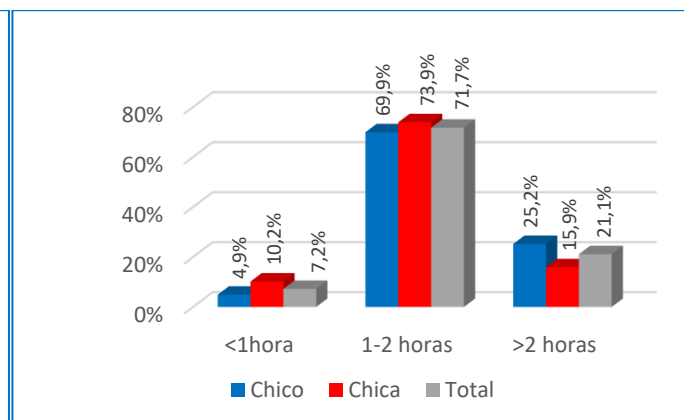
En cuanto a la frecuencia, tanto semanal como diaria con

que los adolescentes realizan actividad física, hay diferencias estadísticamente significativas por sexos, siendo los chicos los que lo hacen con mayor frecuencia: el 30,4% 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 19,1% ( $p<0,001$ ) (Gráfico 2.2A). En cuanto a la duración, el 71,7% de los estudiantes que practican actividad física emplean 1-2 horas al día en ello (69,9% de los chicos y 73,9% de las chicas). Son más chicos que chicas los que realizan actividad física durante más de dos horas al día (25,2% y 15,9% respectivamente) ( $p<0,001$ ) (Gráfico 2.2B).

Gráfico 2.2A Frecuencia semanal de AF por sexo



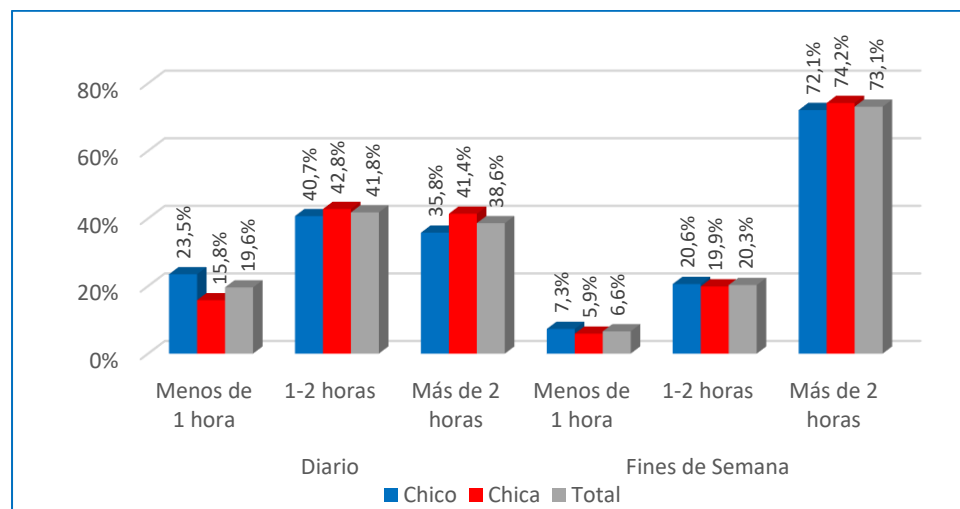
2.2B Frecuencia diaria de AF por sexo



El 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 41,4% de las chicas pasan más de 2 horas al día frente a pantallas, mientras que en los chicos esta proporción es del 35,8%, y un 23,5% de éstos pasa menos de una hora al día frente al 15,8% 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 (72,1% y 74,2%, respectivamente) (Gráfico 2.3).

Con relación al ámbito geográfico también hay diferencias estadísticamente significativas, siendo en el medio rural donde emplean más tiempo delante de las pantallas en los días de diario ya que el 46,6% pasan más de 2 horas en contraste con el 36,6% del medio urbano ( $p=0,018$ ). Sin embargo, los fines de semana o festivos esta relación se invierte, siendo algo mayor el porcentaje de jóvenes de medio urbano que pasan más de dos horas frente a pantallas (73,3% frente a 72,5% de los de medio rural), aunque sin ser significativa.

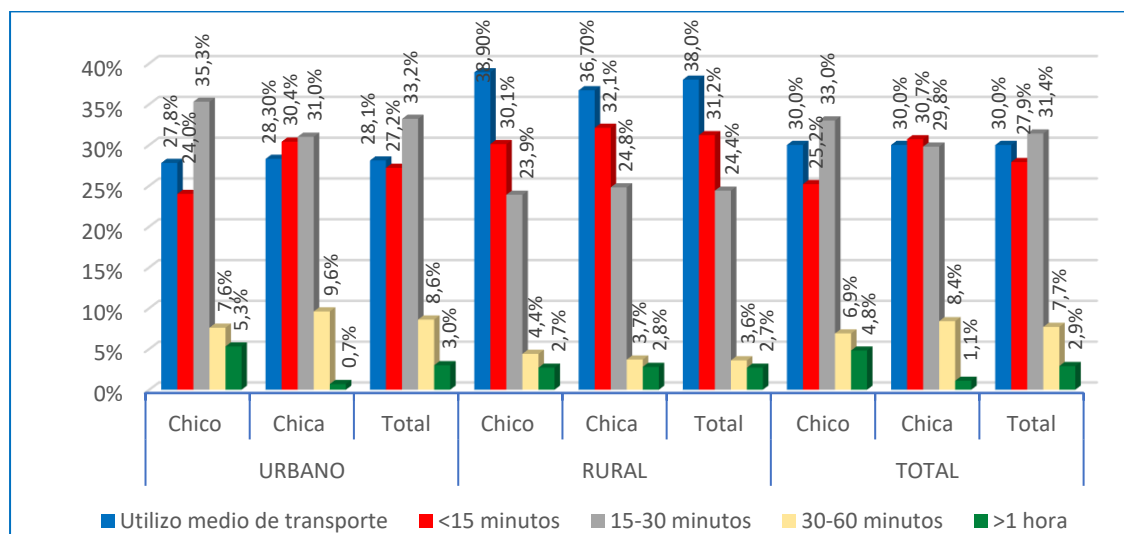
Gráfico 2.3 Tiempo de pantalla días diario y Fines semana/festivos por sexo



El 30% de jóvenes utilizan medio de transporte (coche, autobús, moto) para acudir al centro escolar. El 27,9% tardan menos de 15 minutos al día en los traslados al centro escolar caminando o utilizando la bicicleta, mientras que el 31,4% tardan 15-30 minutos y el 7,7% entre 30-60 minutos al día, con diferencias significativas tanto por sexo como por ámbito geográfico, con más chicas que emplean menos de 15 minutos diarios y más chicos que emplean más de una hora al día en desplazarse al centro escolar ( $p=0,001$ ).

También se utiliza más el transporte para ir al centro escolar en medio rural (38%) que en medio urbano (28,1%) 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 (31,2% en medio rural, 27,2% 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 (33,2% frente al 24,4% en medio rural) ( $p=0,002$ ) (Gráfico 2.4).

Gráfico 2.4 Desplazamiento al centro escolar por sexo y ámbito geográfico





### **3. Índice de masa corporal**

### 3. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

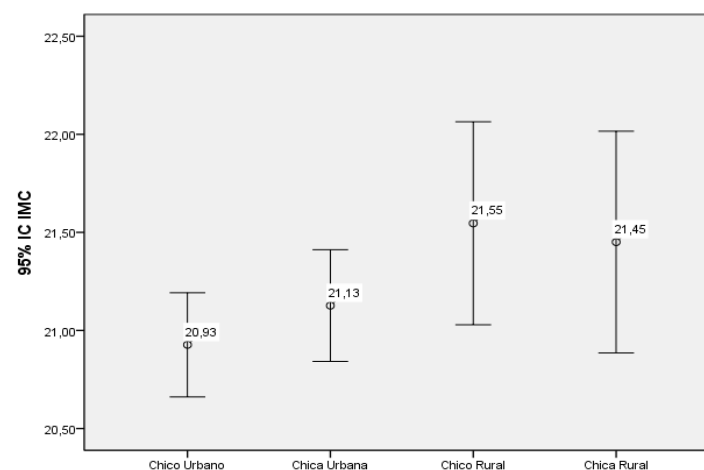
Para identificar el sobrepeso y la obesidad en los jóvenes, así como el infrapeso, se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calculó a partir de los datos proporcionados por ellos mismos (talla en cm y peso en Kg). También respondieron acerca de la autopercepción que cada uno tiene de su imagen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

La estatura media y el peso medio autorreferido son significativamente mayores en los chicos: 174,64 cm (DE 7,15) y 64,37 Kg (DE 10,74) frente a 162,87 cm (DE 6,25) y 56,61 Kg (DE 9,13) 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 (21,45, DE 2,85) que en el urbano (21,03 DE 2,90) ( $p=0,032$ ), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo.

El valor más bajo de media de IMC corresponde a los chicos de medio urbano (20,93; DE 2,87) mientras que el IMC medio más alto se observa en los chicos de medio rural (21,55; DE 2,76) (Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1. IMC según sexo y ámbito geográfico



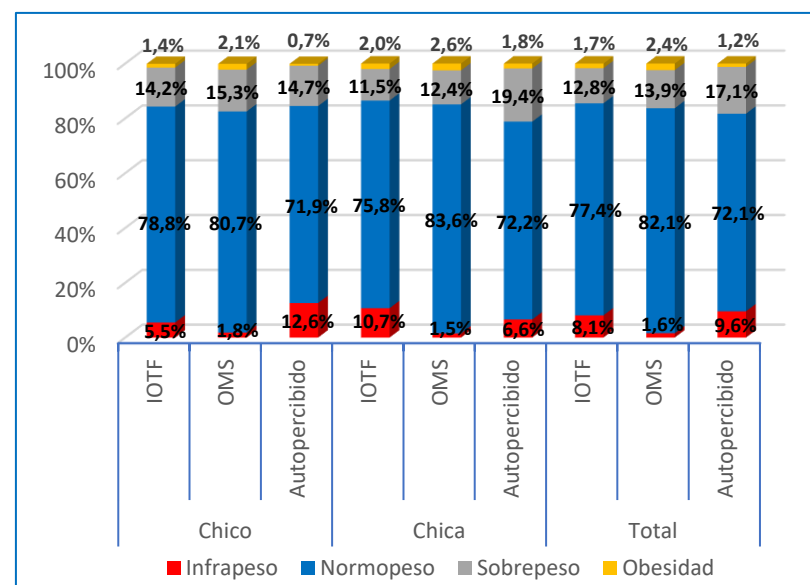
Teniendo en cuenta la clasificación del IMC según la International Obesity Task Force (IOTF)<sup>3</sup> en las categorías de infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad, el 75,8% de las chicas el 78,8% de los chicos tienen un peso normal. Por otra parte, son más las chicas con infrapeso (10,7% en comparación con el 5,5% de los chicos), y con obesidad (2% frente al 1,4% de los chicos), siendo sin embargo los chicos los que presentan sobrepeso en mayor porcentaje (14,2% frente al 11,5% de las chicas). Estas diferencias por sexos son significativas estadísticamente ( $p=0,008$ ).

Sin embargo, al clasificar el IMC según las categorías que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup>, el 1,5% de las chicas y el 1,8% 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 15,3% y 2,1% respectivamente y en las chicas de 12,4% y 2,6% y sin que estas diferencias por sexos sean significativas.

Respecto a la autopercepción de los jóvenes sobre su imagen corporal, el 71,9% de los chicos y el 72,2% de las chicas consideran que su peso es normal. Cabe destacar que el 12,6% de los chicos considera que su peso es inferior al normal, mientras

que sólo el 6,6% de las chicas se autoclasifica en este grupo. Por otro lado, el 14,7% de los chicos y el 19,4% de las chicas consideran que su peso es algo mayor de lo normal y el 0,7% y el 1,8% respectivamente lo consideran bastante mayor de lo normal ( $p = 0,001$ ) (Gráfico 3.2).

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



<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup><https://www.who.int/toolkits/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>

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 0,744 ( $p < 0,001$ ). 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 algo mayor que con la clasificación de la OMS (IOTF: kappa = 0,395;  $p < 0,001$ , OMS: kappa = 0,363;  $p < 0,001$ ) aunque en ambos casos se trata de una concordancia discreta.

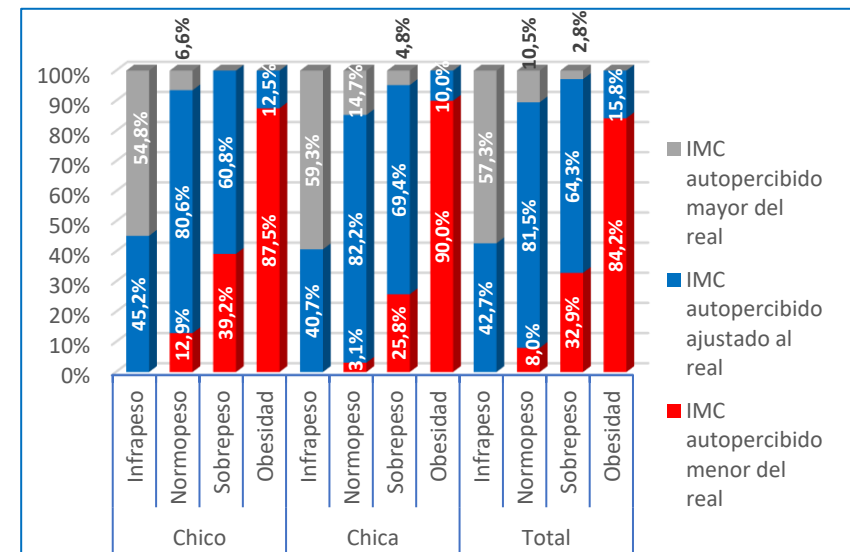
Tomando como referencia las categorías de nivel de peso según la clasificación de la IOTF, tanto los chicos como las chicas con normopeso son los que tienen una percepción de su peso más ajustada a la realidad (80,6% y 82,2%, respectivamente). Los adolescentes con infrapeso o sobrepeso/obesidad tienen 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 59,3% de éstas consideran que su peso es mayor que el real.

Sin embargo, en el grupo de jóvenes con obesidad, el 90% de las chicas considera su peso inferior al real, frente al 87,5% de los chicos. En las demás categorías de IMC son ellos los que tienen mayor percepción de que su peso es inferior al real (Gráfico 3.3).

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







## 4. Alimentación

## 4. ALIMENTACIÓN

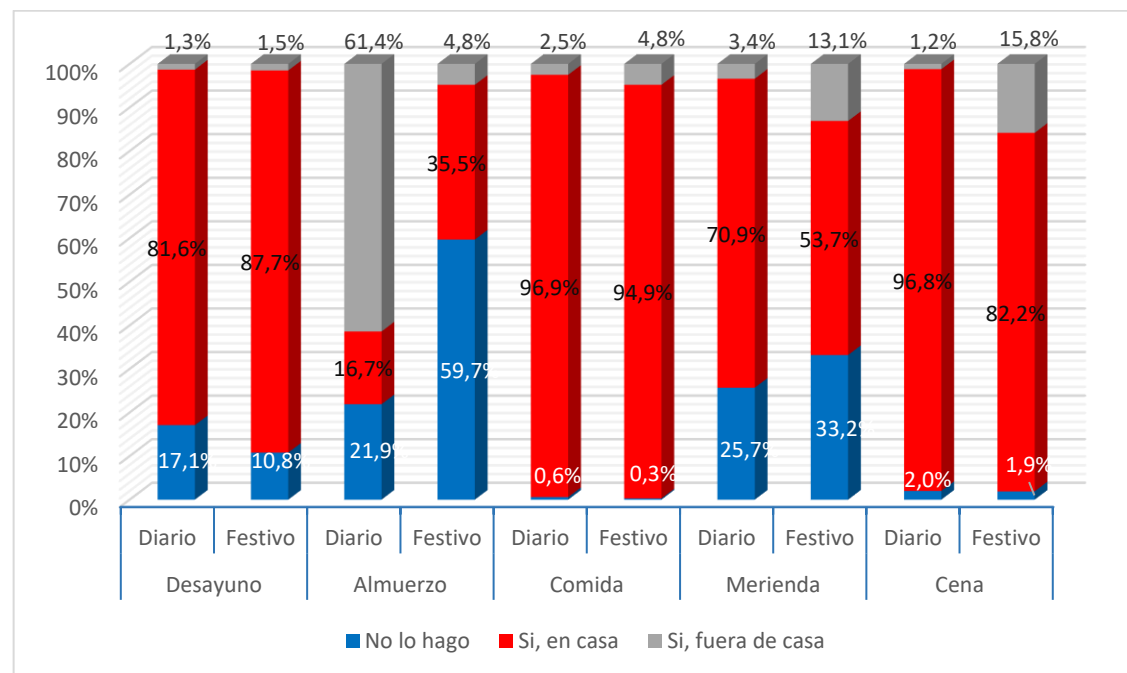
En este apartado, relacionado con la dieta y la alimentación, se recogió información acerca del número de comidas que realizan los jóvenes y en qué lugar, tanto días de diario como los del fin de semana y festivos, y si cuando comen o cenan en casa lo hacen viendo la televisión. También se preguntó acerca del tipo de leche o productos lácteos (enteros/semidesnatados/desnatados) 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 o por otros motivos).

La mayor parte de los jóvenes desayunan en casa o fuera de casa los días de diario (82,9%) y los del fin de semana (89,2%).

Por otro lado, el 78,1% almuerzan los días de diario, y principalmente fuera de casa (61,4%), en cambio los fines de semana solo lo hace el 40,3% y generalmente en casa (fuera de casa solo el 4,8%).

Casi todos los adolescentes comen en casa los días de diario (96,9%) y sólo un 2,5% fuera, mientras que el fin de semana un 94,9% comen en casa y un 4,8% fuera de ella. Son más los que meriendan los días de diario (74,3%) y lo hace en casa, (un 3,4% lo hace fuera de casa) que los festivos o fines de semana (66,8%, un 13,1% fuera de casa). Respecto a la cena, los días de diario la mayoría de los jóvenes lo hacen en casa (98%, un 96,8% en casa y el 1,2% fuera), mientras que los fines de semana, el porcentaje de jóvenes que sí cenan es el mismo, pero el 82,2% lo hace en casa y el 15,8% fuera de ella (Gráfico 4.1).

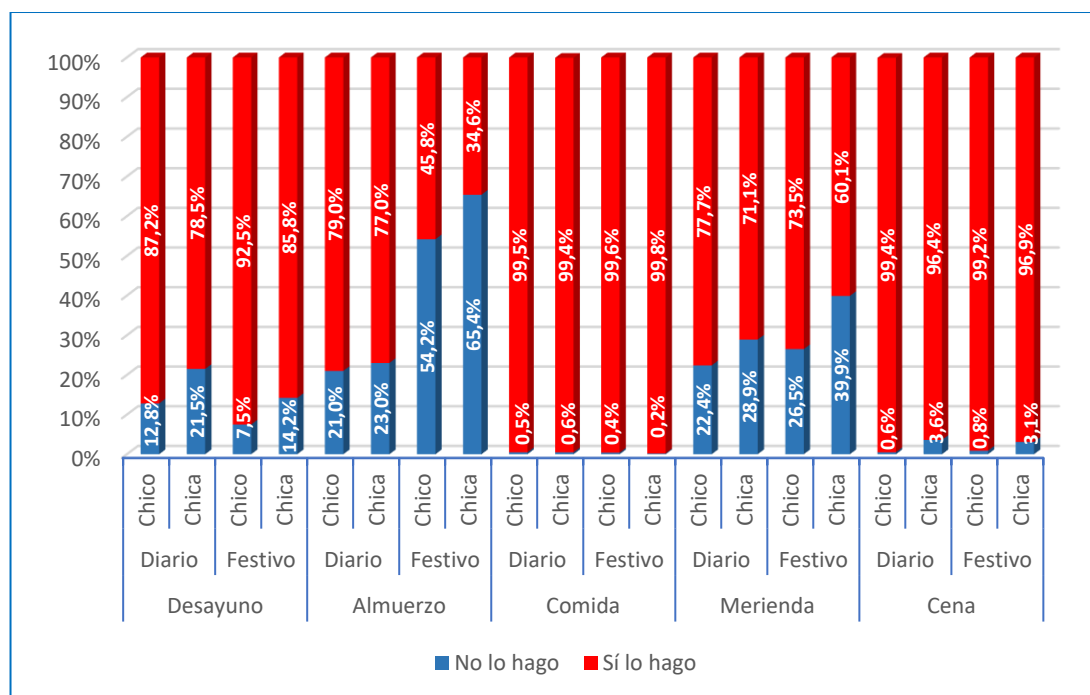
Gráfico 4.1. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos



Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a desayunar, merendar y cenar, tanto días de diario como festivos, así como almorzar los fines de semana, y en todos estos casos son más las chicas que no lo hacen (Gráfico 4.2).

Según el ámbito geográfico no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la realización o no de las principales comidas.

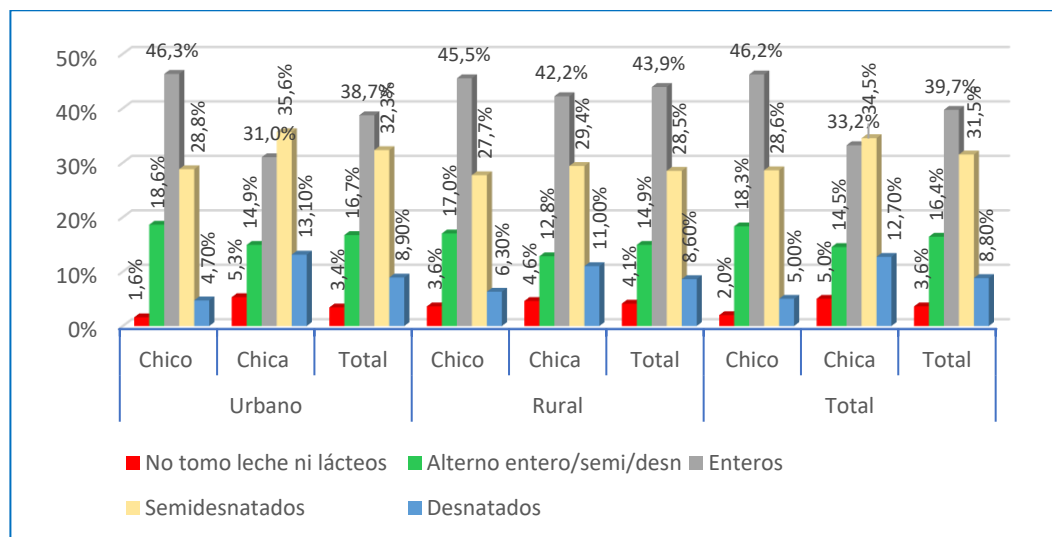
Gráfico 4.2. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos por sexos



El número medio de comidas al día es de 4,33 (DE 0,89) los días de diario, y de 3,97 (DE 0,99) los días del fin de semana, con diferencias estadísticamente significativas por sexo tanto los días de diario (media chicos= 4,43, DE=0,83, chicas =4,22, DE=0,94,  $p < 0,001$ ) como los festivos: chicos 4,13 (DE 0,93), chicas 3,81 (DE= 1,02). Por ámbito geográfico no las hay ni diario ni festivos. El 77% de los jóvenes señalan que ven la televisión mientras comen y/o cenan, el 26,8% siempre y un 50,2% a veces, sin diferencias significativas por sexo ni ámbito.

En cuanto al tipo de leche y productos lácteos, los más consumidos son los enteros (39,7%), seguidos de los semidesnatados (31,5%). El 3,6% de los estudiantes no toman lácteos, y el 16,4% alternan entre enteros/semidesnatados /desnatados. No hay diferencias significativas en el consumo de lácteos por ámbito geográfico, pero sí por sexo ( $p < 0,001$ ), con más chicas que no toman lácteos (5% frente al 2% de chicos) y consumen semidesnatados (34,5% frente a 28,6% los chicos), mientras que los chicos consumen más lácteos enteros (46,2% frente al 33,2% de las chicas). (Gráfico 4.3).

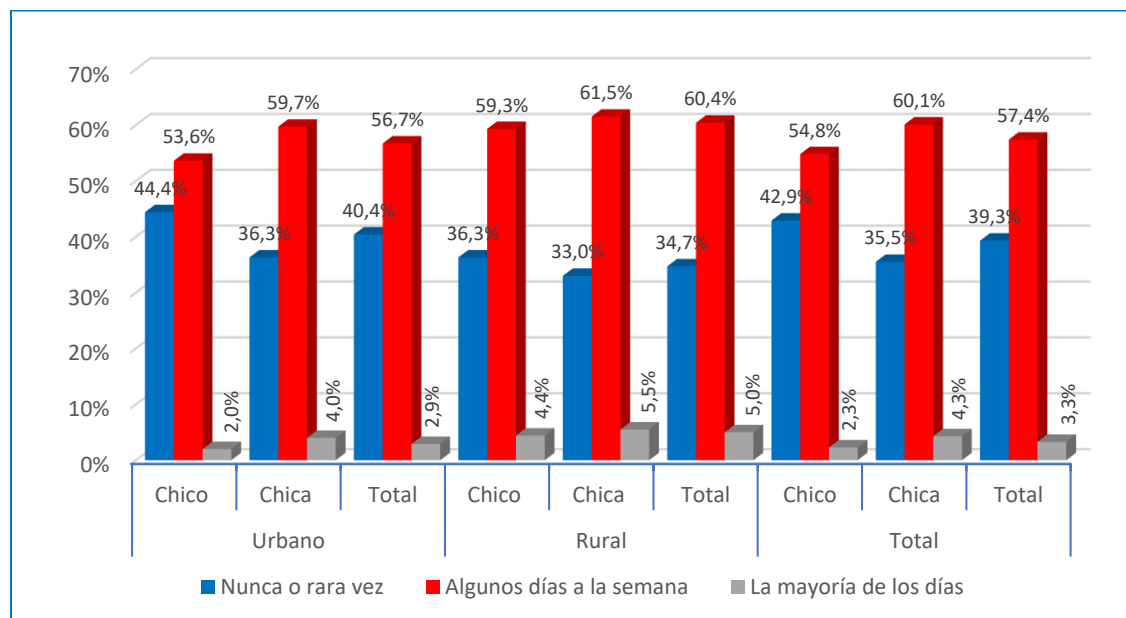
Gráfico 4.3. Consumo de lácteos por sexo y ámbito geográfico



Más de la mitad de los adolescentes (57,4%) consume snacks (patatas fritas de bolsa, gusanitos, cortezas o similares) algunos días a la semana, y el 3,3% la mayoría de los días, sobre todo las chicas (60,1% algunos días y 4,3% la mayoría de los días,

frente al 54,8% y 2,3% respectivamente de los chicos,  $p=0,014$ ), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico (Gráfico 4.4).

Gráfico 4.4 Consumo de snacks por sexo y ámbito geográfico



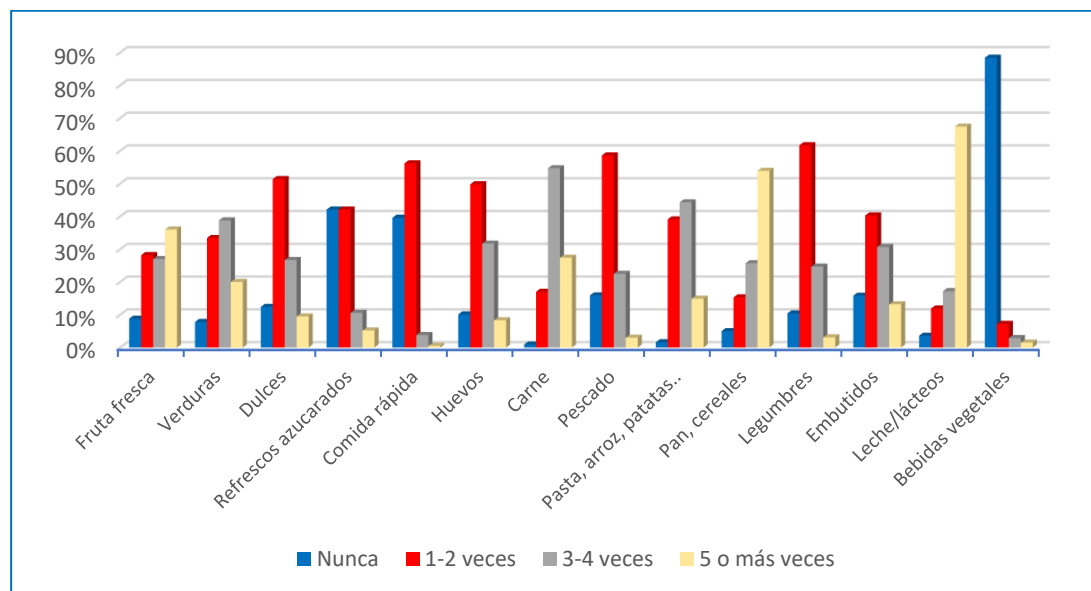
Se les preguntó acerca de la frecuencia de consumo de diferentes alimentos los últimos 7 días, siendo los más consumidos la leche y otros lácteos, que fueron consumidos 5 o más veces por el 67,4% de jóvenes, seguido del pan y cereales (53,9%), la fruta fresca (36%) y la carne (27,4%).

Entre los alimentos menos consumidos están las bebidas vegetales, los refrescos azucarados y la comida rápida, que no consumieron un 88,4%, 42,1% y 39,6% de los jóvenes en los últimos 7 días respectivamente. La mitad tan solo han tomado 1-

2 veces en la última semana huevo (49,8%) y pescado (58,6%). La mitad de los jóvenes han consumido dulces en 1 o 2 ocasiones en esos 7 días.

Las legumbres son consumidas con poca frecuencia: la mayoría de los jóvenes (61,7%) han consumido legumbres en 1 o 2 ocasiones en la última semana. En cuanto a las verduras, el 33,4% las consumieron en 1-2 ocasiones y el 38,8% en 3 o 4 durante ese periodo. También el 44,3% consumió pasta, arroz y patatas en 3 o 4 ocasiones (Gráfico 4.5).

Gráfico 4.5. Consumo de distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días.



Hay diferencias significativas por sexos en cuanto al consumo de verduras y hortalizas ( $p=0,049$ ) con más chicos que no las han consumido (8,9% frente al 6,6% chicas) y más chicas que las han tomado en 5 o más ocasiones en los últimos 7 días (22,8% frente al 17,4% chicos). Los que menos verduras y hortalizas han consumido son los chicos de medio rural (9,7% no las consumen nunca) y las que más las chicas urbanas (24,5% 5 veces o más).

También es significativa la diferencia por sexos en cuanto a consumir o no refrescos azucarados ( $p<0,001$ ): el 47,2% de las chicas dice no haberlos consumido en la última semana, frente al 36,9% de chicos con la misma respuesta. Los que más los consumen son los chicos de medio rural. Sin embargo, en cuanto al consumo de dulces son más los chicos que no los han consumido (16,9% frente al 7,9% de las chicas) y más las chicas que los consumieron 3-4 veces en los últimos 7 días (30,8% frente al 22,6% chicos), siendo estas diferencias significativas estadísticamente ( $p<0,001$ ).

En cuanto al consumo de carne en la última semana también es significativa la diferencia entre chicos y chicas ( $p=0,003$ ), con más chicas que no la han consumido (1,1% frente

al 0,5% de los chicos) y más chicos que la consumieron 5 o más veces en los últimos 7 días (31,5% frente al 23,3% de las chicas). También hay diferencias por sexo en cuanto a consumo de pan/cereales ( $p<0,001$ ), pasta, arroz y patatas ( $p<0,001$ ), y leche y lácteos ( $p<0,001$ ), en todos los casos con más chicos que los han consumido 5 o más veces en la última semana. Lo mismo ocurre con los huevos ( $p<0,001$ ), con más chicas que no los consumieron o sólo 1 o 2 veces en los últimos 7 días, y más chicos que lo hicieron entre 3 y 5 veces o más.

Por ámbito solo encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto al consumo de fruta fresca ( $p=0,004$ ), con más jóvenes de medio rural que no la consumieron o solo en 1 o 2 ocasiones la última semana, y más jóvenes de medio urbano que lo hicieron 5 veces o más.

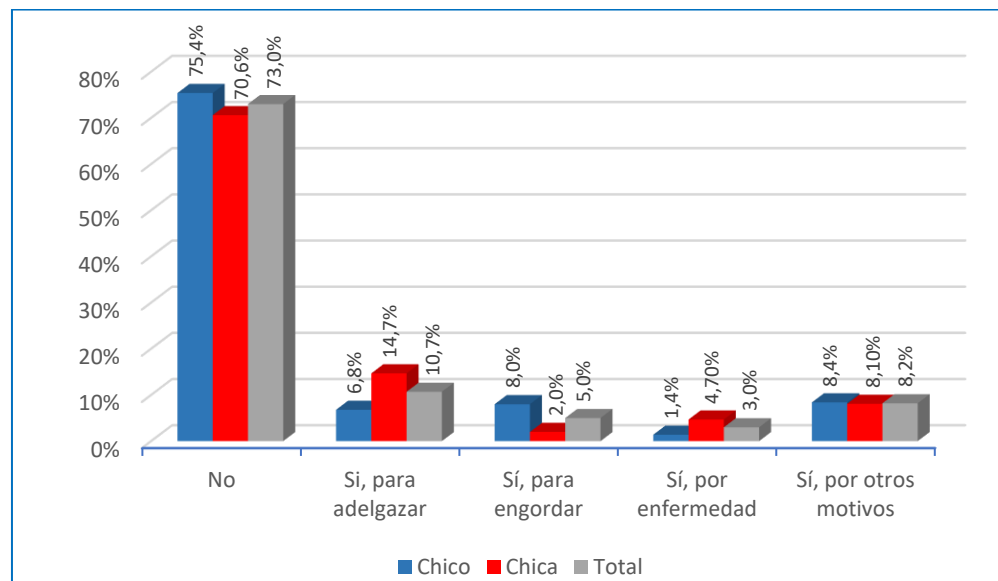
El 58,7% de los estudiantes suelen consumir 1-2 piezas de fruta al día; tan sólo el 5% toma 5 o más piezas, y el 18,3% no toma fruta habitualmente. No hay diferencias significativas entre ambos sexos, pero sí por ámbito ( $p=0,001$ ), con más jóvenes de medio rural que no toman fruta habitualmente (26,25 frente al 16,4% de medio urbano) y más de medio urbano que toman de 3 a 5 o más piezas (25% frente a 15,4% rural).



El 73% de los jóvenes no han seguido ninguna dieta especial o han modificado su dieta habitual en los últimos 12 meses, mientras que el 10,7% lo han hecho con intención de adelgazar y el 5,0% para engordar. Es mayor el porcentaje de chicos que no han modificado su dieta (75,4%) en comparación con las chicas (70,6%) y los que lo hicieron fue por motivos

diferentes: el 14,7% de las chicas han seguido una dieta especial para adelgazar, frente al 6,8% de los chicos, mientras que el 8% de éstos lo hizo para engordar, frente al 2,0% de las chicas, y el 4,7% de éstas hizo dieta por motivos de salud, frente al 1,4% de los chicos ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 4.6). No hay diferencias estadísticamente significativas por ámbito.

Gráfico 4.6. Modificaciones en la dieta habitual, por sexo.





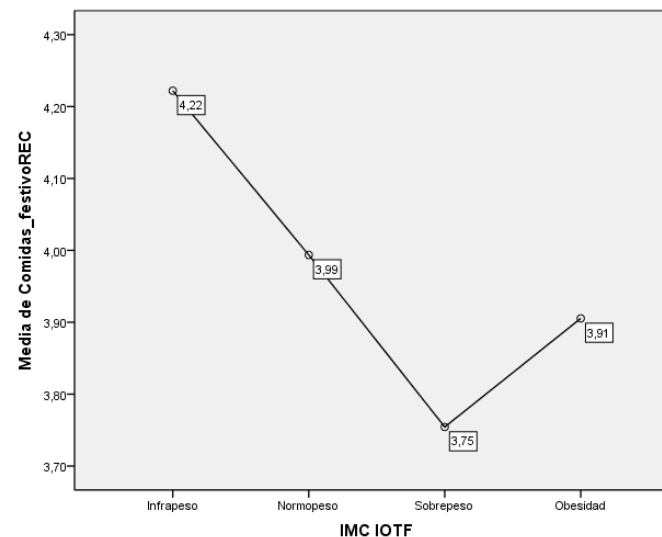
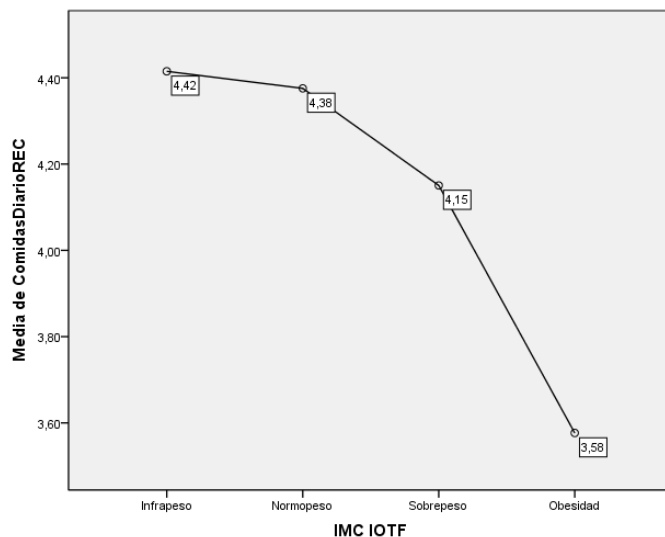
## **5. Alimentación e índice de masa corporal.**

## 5. ALIMENTACIÓN E IMC

La distribución de la media de comidas no es igual en las distintas categorías de IMC según la IOTF. Los días laborables son significativas las diferencias entre las medias de comidas de los jóvenes con obesidad, y aquellos con infrapeso ( $p=0,001$ ),

normopeso ( $p=0,001$ ) y sobrepeso ( $p=0,047$ ) y también entre el grupo de normopeso y sobrepeso ( $p=0,028$ ). Los fines de semana o festivos sólo son significativas las diferencias entre el grupo de jóvenes con sobrepeso y los grupos con infrapeso ( $p=0,002$ ) y con normopeso ( $p=0,042$ ) (Gráficos 5.1a y 5.1b)

Gráficos 5.1: Media de comidas realizadas en días de diario (a) y un día festivo (b) por categoría de nivel de peso IOTF



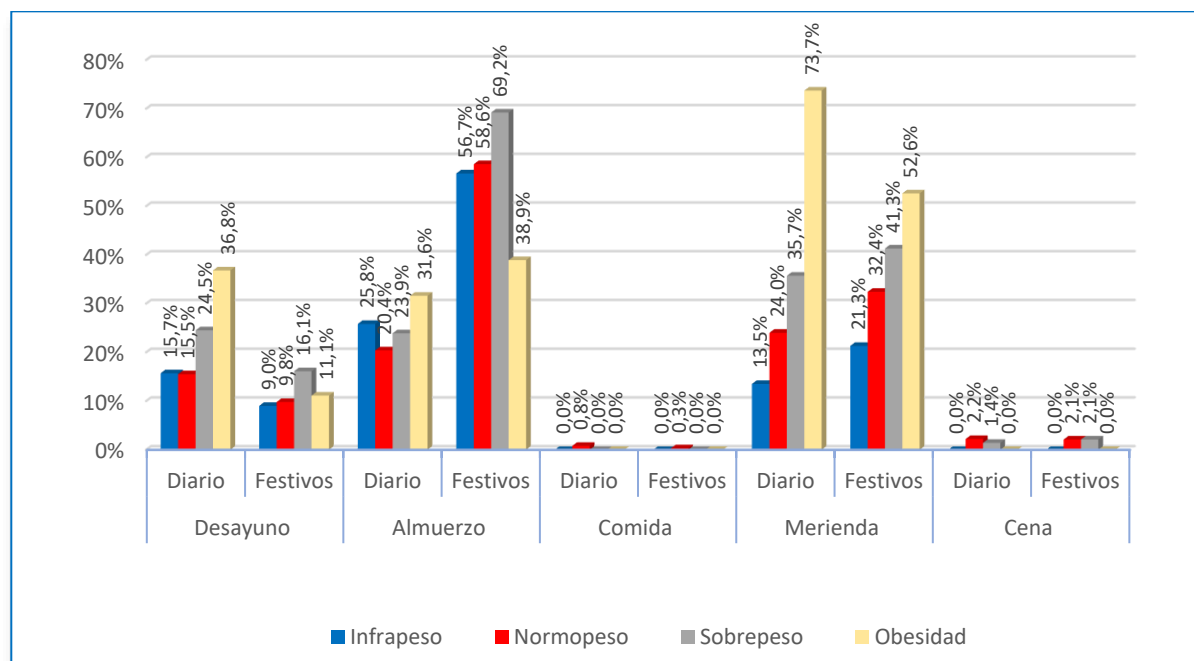
Considerando las 5 comidas principales, la que se saltan con mayor frecuencia los jóvenes los días de diario es la merienda (25,7%), con diferencias significativas entre categorías de peso IOTF ( $p < 0,001$ ) con más jóvenes que no meriendan a medida que aumenta el IMC. Lo mismo ocurre con la merienda los fines de semana ( $p = 0,004$ ) aunque en este caso la comida que más omiten es el almuerzo (59,5%) y los que más se lo saltan son los jóvenes con sobrepeso (69,2%) y los que menos aquellos con obesidad (38,9%) ( $p = 0,024$ ).

Las comidas que menos evitan son la de mediodía y la cena, tanto en los días de diario (0,6% y 1,9% respectivamente)

como en los fines de semana o festivos (0,3% y 1,9% respectivamente), sin diferencias significativas según las categorías de nivel de peso.

Cabe destacar que el 17,1% de jóvenes no desayunan los días de diario, con diferencias significativas según categorías de IMC ( $p = 0,006$ ), siendo aquellos con sobrepeso y obesidad los que menos lo hacen (24,5% y 36,8% respectivamente), mientras que los fines de semana o festivos este porcentaje es del 10,8% y hay una mayor proporción de jóvenes con sobrepeso que se saltan el desayuno (16,1%), aunque en este caso las diferencias no son estadísticamente significativas (Gráfico 5.2).

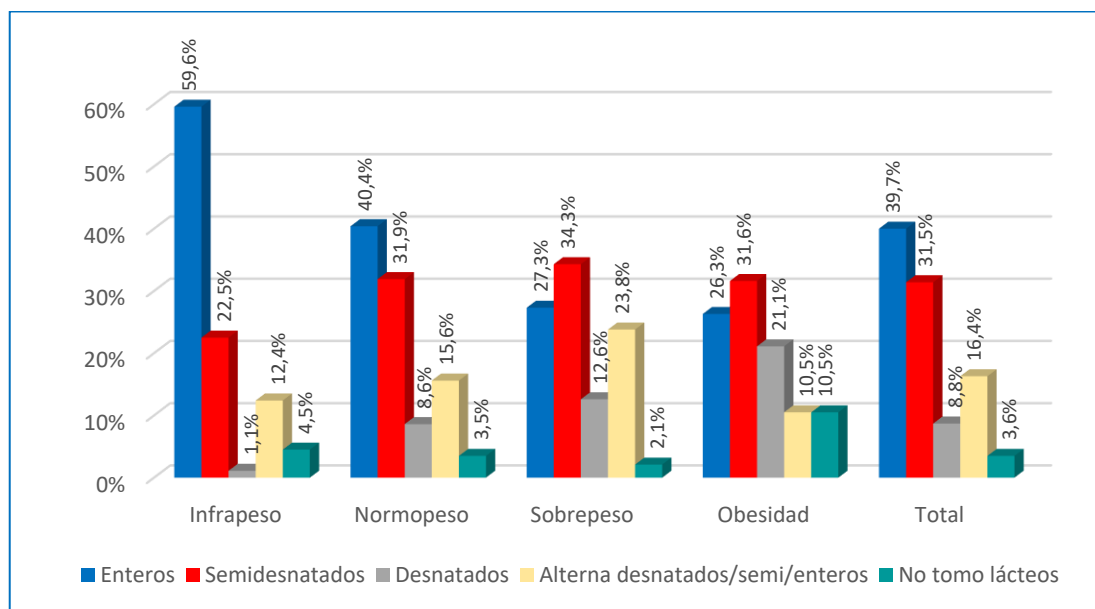
Gráfico 5.2. Proporción de jóvenes que no realizan cada una de las cinco comidas principales, por categoría de nivel de peso según la IOTF



Los alumnos toman fundamentalmente lácteos enteros (39,7%) y semidesnatados (31,5%), mientras que un 16,4% de ellos alternan los desnatados, semidesnatados y enteros, y el 3,6% 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). Este patrón se mantiene al analizar por sexos.

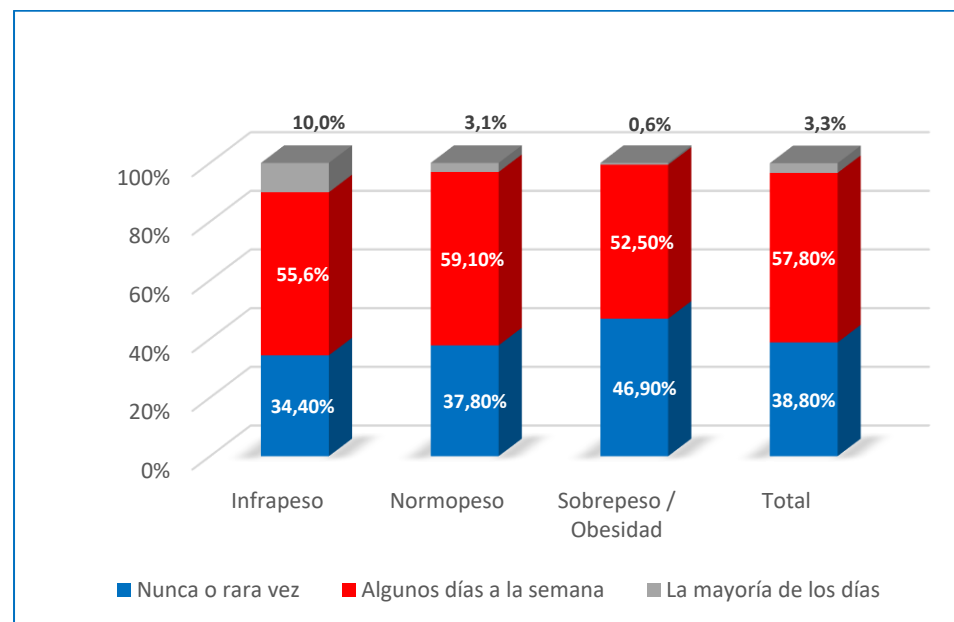
Gráfico 5.3. Tipo de lácteos consumidos, por categoría de nivel de peso.



Respecto a los snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos, cortezas) a mayor IMC menor porcentaje de jóvenes que los consumen; así, los mayores consumidores son los jóvenes con infrapeso: lo hace el 65,6%, de los cuáles el 55,6% lo hace algunos

días a la semana y el 10% la mayoría de los días, en comparación con el 53,1% de los que tienen sobrepeso/obesidad, de los cuáles un 52,5% los consume varias veces por semana, y el 0,6% lo hace la mayoría de los días ( $p<0,001$ ). (Gráfico 5.4).

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

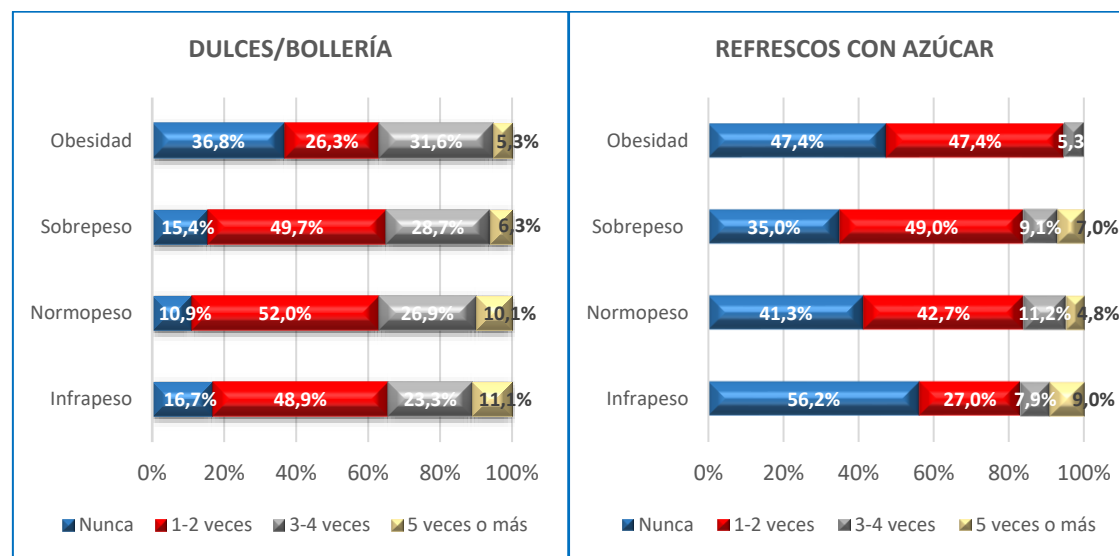


Al analizar la frecuencia de consumo de los distintos tipos de alimentos en los 7 días anteriores a la realización de la encuesta, solo se encuentran diferencias estadísticamente significativas según las categorías de nivel de peso IOTF en el consumo de dulces y bollería ( $p=0,028$ ), refrescos azucarados ( $p=0,025$ ), huevos ( $p=0,033$ ) y embutidos ( $p=0,033$ ). Respecto al consumo de otros alimentos como carne, pescado, legumbres, pan/cereales y bebidas vegetales, aunque hay diferencias no es

posible establecer la significación debido al pequeño número de casos en algunas categorías.

En cuanto a los dulces y bollería, son más los jóvenes con obesidad que no los consumieron en la última semana, y también los que menos lo hicieron 5 o más veces en ese periodo. Sin embargo, hubo más jóvenes con infrapeso que no consumieron refrescos azucarados, aunque ninguno del grupo con obesidad lo hizo 5 o más veces (Gráfico 5.5).

Gráfico 5.5. Consumo de dulces/bollería y refrescos con azúcar en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso.

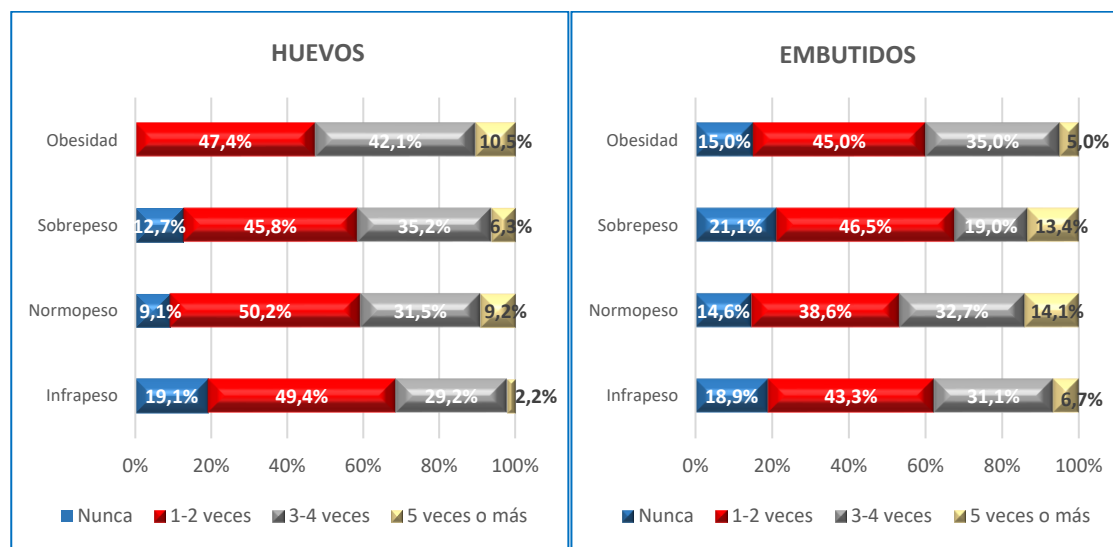




Todos los jóvenes con obesidad consumieron huevos, y más de la mitad (52,7%) 3 o más veces en esos 7 días. Respecto a los embutidos, son los jóvenes con sobrepeso el grupo que en

mayor porcentaje no los tomaron durante la semana anterior a la realización de la encuesta (Gráfico 5.6).

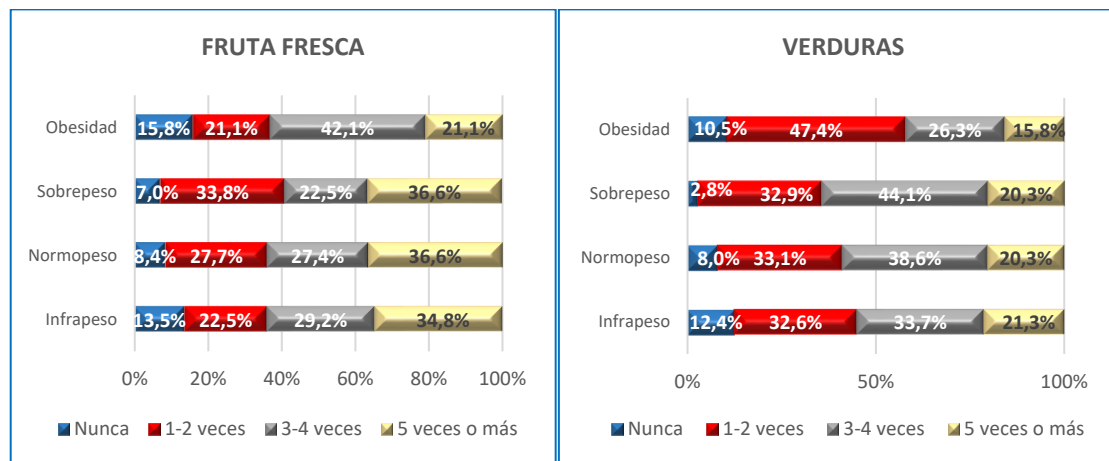
Gráfico 5.6. Consumo de huevos y embutidos en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso.



Respecto a los otros grupos de alimentos sobre los que se ha preguntado, también se observan diferencias, aunque no son estadísticamente significativas. Los jóvenes con obesidad son los que menos fruta fresca consumieron: el 15,8% nunca y solo el 21,1% en 5 o más ocasiones. También en este grupo es baja la

frecuencia de consumo de verduras, donde casi la mitad (47,4% las consumieron solo en 1-2 ocasiones y el 10,5% en ninguna. Sin embargo, los jóvenes con sobrepeso son los que presentan mayor frecuencia de consumo de alimentos de ambos grupos (Gráfico 5.7).

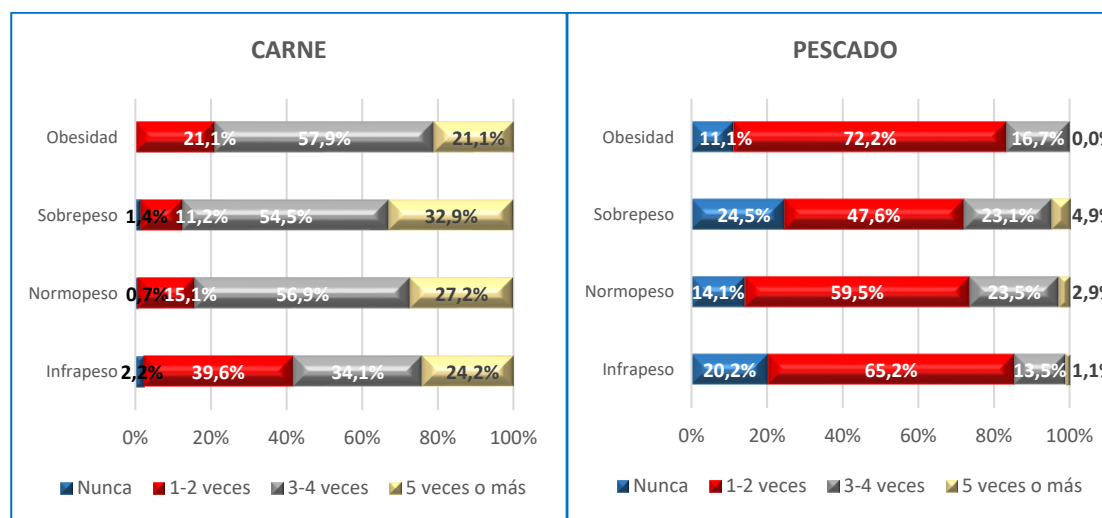
Gráfico 5.7. Consumo de fruta fresca y verduras en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso



Respecto al consumo de carne, todos los jóvenes con obesidad la consumieron, y el 79% en 3 o más ocasiones. Sin embargo, solo el 58,3% de los jóvenes con infrapeso lo hizo con esa frecuencia, y el 2,2% no lo hizo en ninguna ocasión durante ese mismo periodo. Respecto al consumo de pescado, el mayor

porcentaje de jóvenes que no lo consumieron está entre aquellos con sobrepeso (24,5%), mientras que el menor está en el grupo de obesidad (el 11,1% no consumieron pescado los últimos 7 días) (Gráfico 5.8).

Gráfico 5.8. Consumo de carne y pescado en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso.



Todos los jóvenes con obesidad consumieron pasta, arroz y patatas, pero son los que menos pan y cereales tomaron: 36,8% no lo hizo, y solo el 21,1% los consumió en 5 o más ocasiones (Gráfico 5.9). Lo mismo ocurre con las legumbres y la

comida rápida, donde el mayor porcentaje de no consumo corresponde a este grupo, aunque en el caso de las legumbres también son los que más las consumieron en 5 o más ocasiones (Gráfico 5.10).

Gráfico 5.9. Consumo de pan/cereales en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.

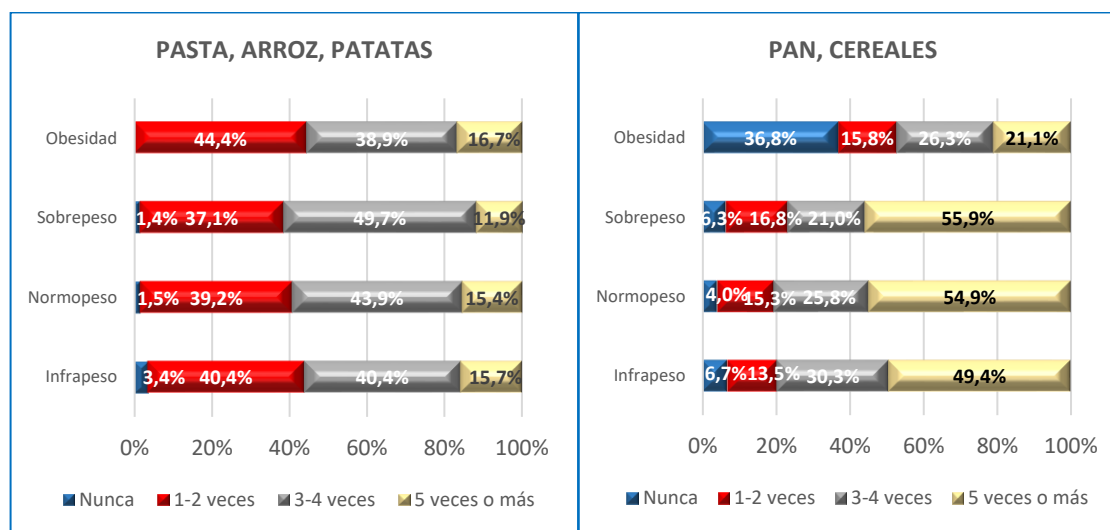
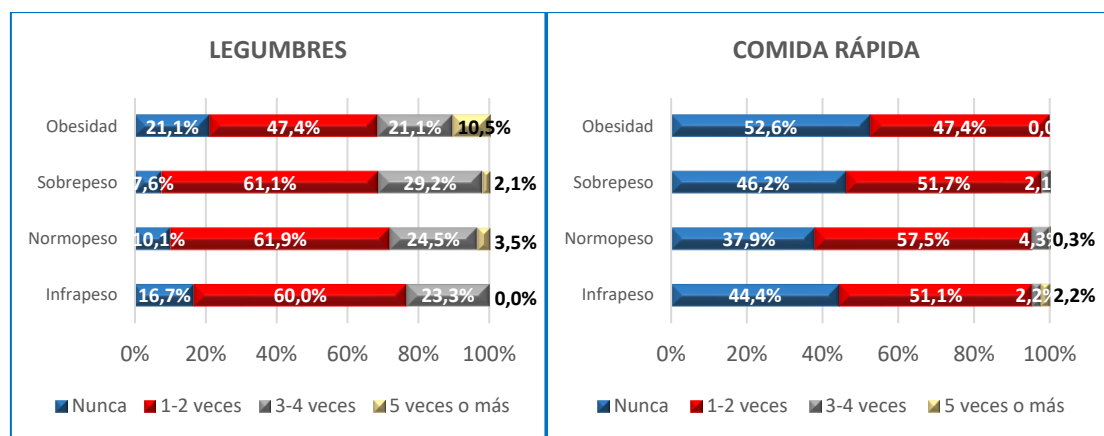


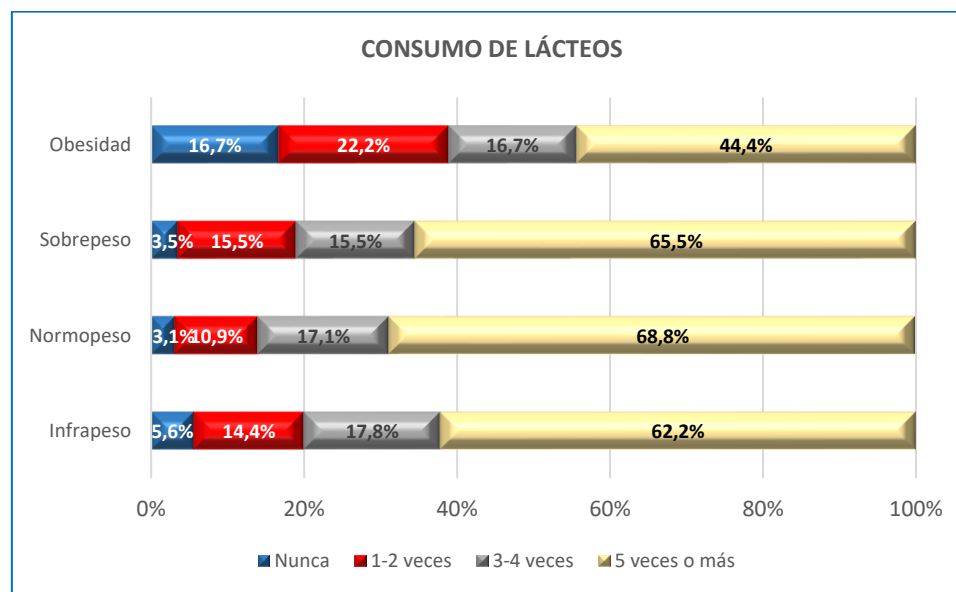
Gráfico 5.10. Consumo de legumbres y comida rápida en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.



En cuanto al consumo de leche y lácteos son los jóvenes con normopeso los que más los consumen (96,9%) y con más frecuencia (el 68,8% 5 veces o más en los últimos 7 días), mientras que los que tienen obesidad son los que los consumen con menor

frecuencia (83,3%) y solo el 44,4% los consumieron 5 veces o más durante la última semana, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas (Gráfico 5.11)

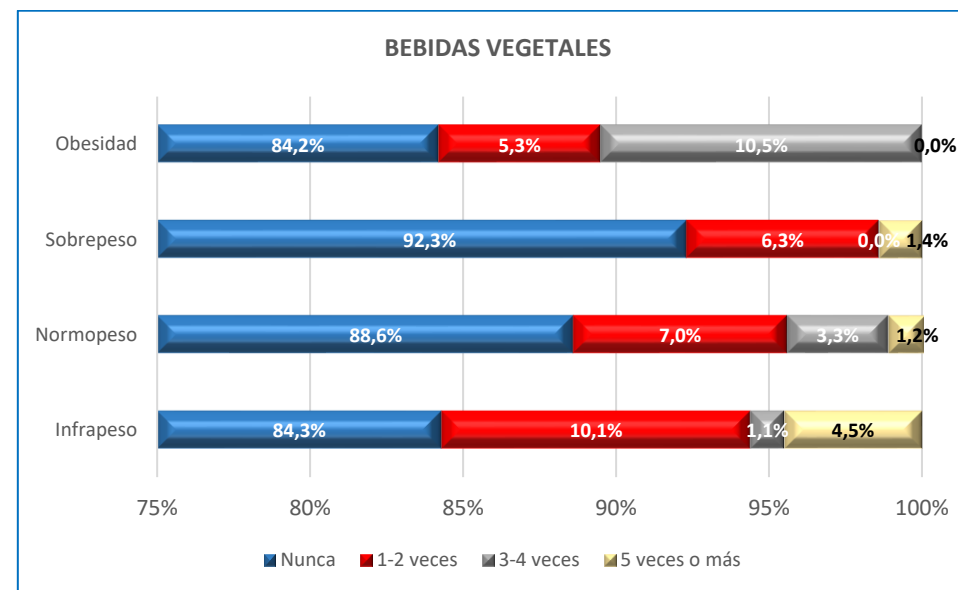
Gráfico 5.11. Consumo de leche y lácteos en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.



Los jóvenes con sobrepeso son los que menos consumieron bebidas vegetales (el 92,3% no lo hizo) y con menor frecuencia, mientras que los jóvenes con obesidad fueron los que

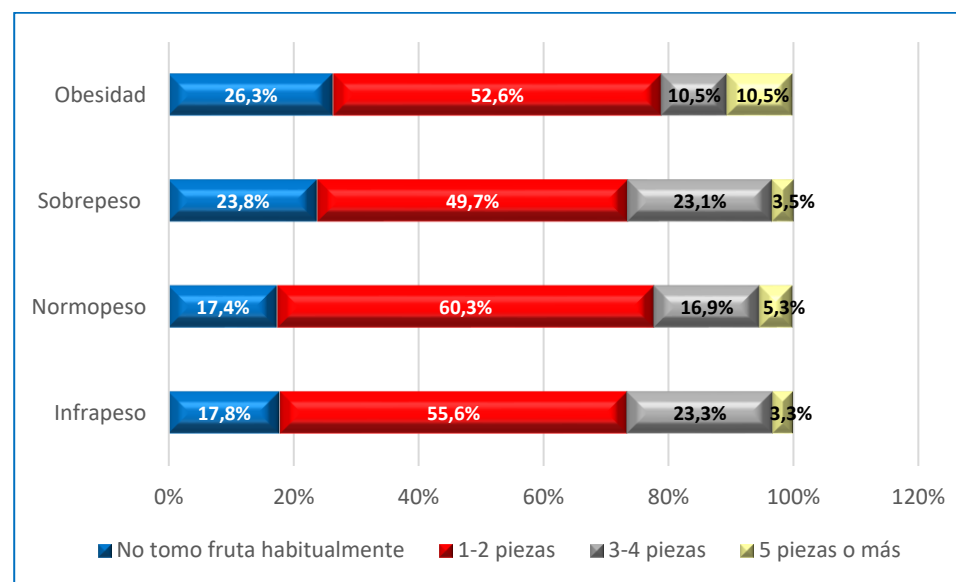
lo hicieron con mayor frecuencia (10,5% en 3 o más ocasiones) (Gráfico 5.12).

Gráfico 5.12. Consumo de bebidas vegetales en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso.



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 5.13).

Gráfico 5.13. Piezas de fruta consumidas en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso

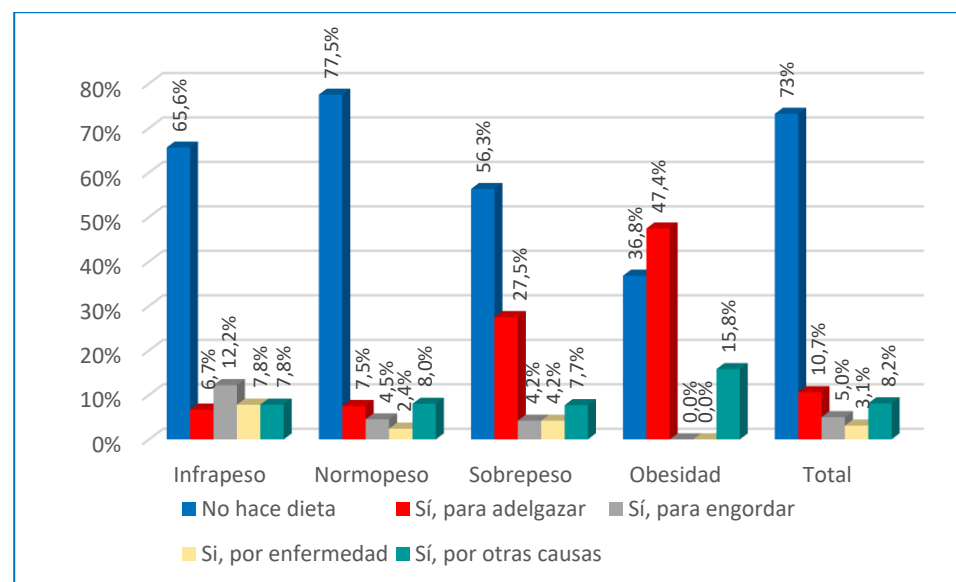




Realización de dietas especiales: El 27% de los jóvenes realizó dietas especiales o modificó la dieta habitual durante el último año, principalmente los que entran en las categorías de obesidad (63,2%, el 47,4% para adelgazar y el 15,8% restante por otros motivos) y sobrepeso (43,7%, el 27,5% para adelgazar, el

4,2% para engordar, otro 4,2% por enfermedad, y el 7,7% restante por otros motivos). Entre los jóvenes con peso normal modificó su dieta el 22,5%, mientras que en el grupo de infrapeso lo hizo el 34,4% (Gráfico 5.14).

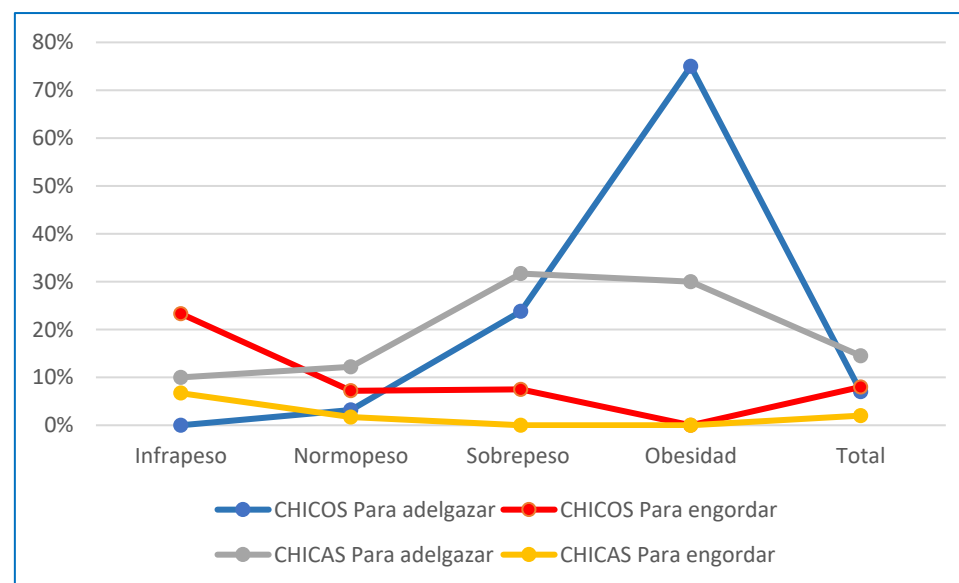
Gráfico 5.14. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses, según las categorías de nivel de peso.



En todas las categorías fue mayor el porcentaje de chicas que hicieron dieta para adelgazar, excepto en la categoría de obesidad según la clasificación de la IOTF. 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 5.15).

Gráfico 5.15. 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

## 6. DESCANSO

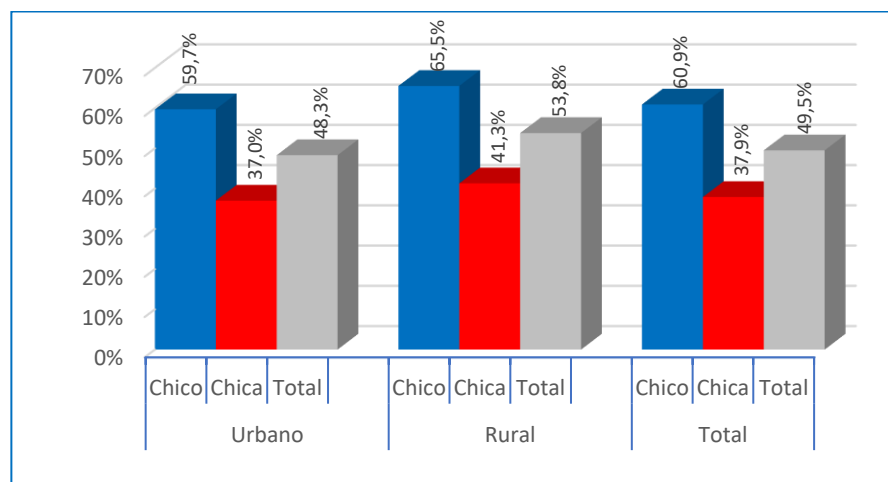
El cuestionario incluye dos preguntas dirigidas a recoger información sobre el descanso en los jóvenes: cuántas horas aproximadas duermen al día (incluyendo las siestas), y si tienen la sensación de haber descansado al levantarse por la mañana.

La media de horas de sueño es de 7,82 (DE 1,20). El 36,4% de los jóvenes refiere dormir 8 horas al día, y el 76,6% entre 7 y 9 horas. Las chicas duermen de media algo menos que los chicos (7,75 y 7,90 respectivamente,  $p=0,040$ ), y los jóvenes de medio urbano algo menos que los de medio rural (7,78 horas los de medio urbano y 8,01 los de medio rural,  $p=0,009$ ). Así, son las

chicas urbanas las que menos horas duermen (7,70) y los chicos de medio rural los que tienen mayor media de horas de sueño (8,09,  $p=0,015$ ).

El 50,5% de los jóvenes no se levantan con sensación de haber descansado, siendo únicamente el 37,9% de las chicas y el 60,9% de los chicos los que tienen sensación de descanso nocturno ( $p < 0,001$ ). Las chicas del medio urbano son las que en menor proporción (37%) descansan tras haber dormido, mientras que la mayoría de los chicos del medio rural (65,5%) se levantan con sensación de haber descansado ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 6.1).

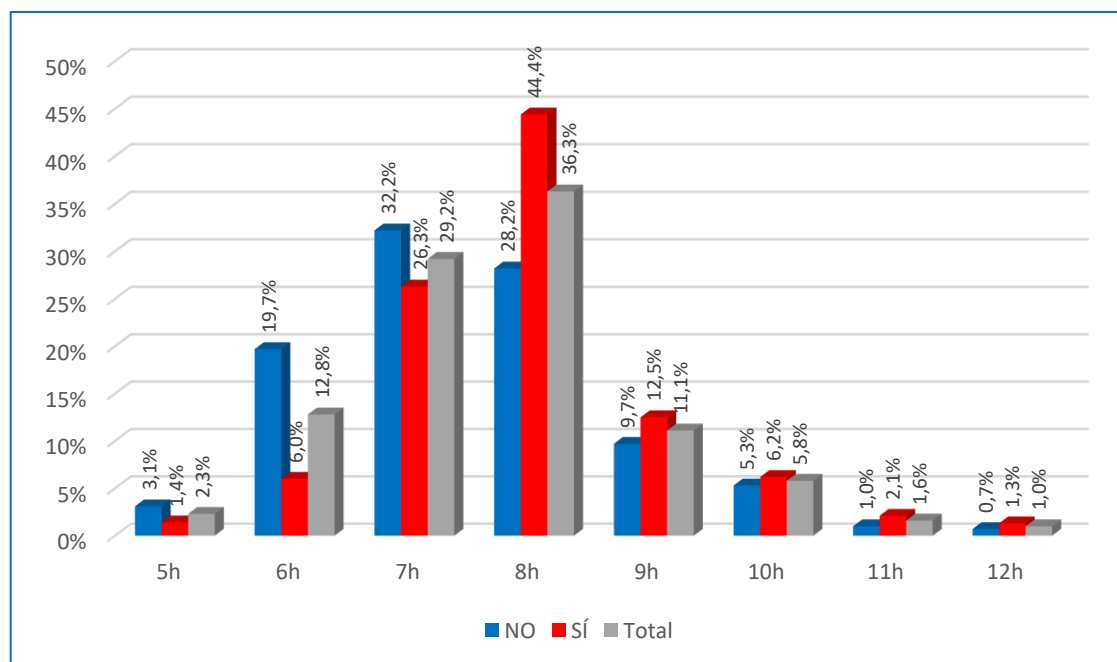
Gráfico 6.1. Distribución de jóvenes con sensación de descanso nocturno, por sexo y ámbito geográfico.



Los estudiantes que no tienen sensación de descanso nocturno duermen de media 7,57 horas al día, mientras que aquéllos que sí se levantan con sensación de haber descansado duermen una media de 8,07 horas al día ( $p < 0,001$ )

La mayoría de los jóvenes que refieren tener sensación de descanso nocturno duermen 7 u 8 horas (70,7%), mientras que el 7,4% duermen 5 o 6 horas y el 22,1% entre 9 y 12 horas (Gráfico 6.2).

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





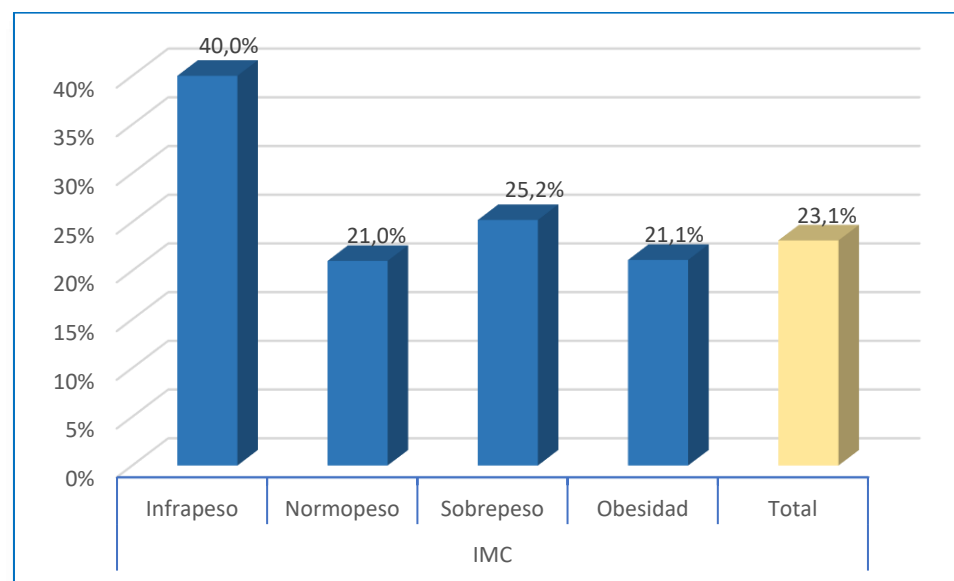
## **7. IMC, alimentación, actividad física y descanso.**

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

Casi una cuarta parte de los jóvenes (23,1%) declaran no realizar actividad física (al menos 30 minutos a lo largo del día que hagan respirar más deprisa o sudar). Este porcentaje alcanza el

40% en aquellos con un peso menor del normal, y es del 21% en los de peso normal, el 25,2% en el grupo con sobrepeso y el 21,1% en el de obesidad ( $p=0,001$ ) (Gráfico 7.1).

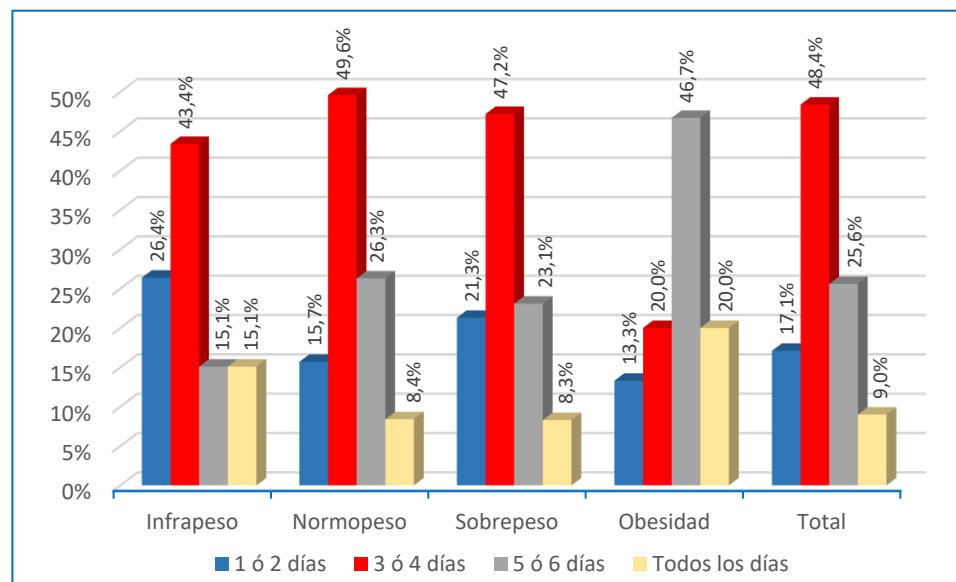
*Gráfico 7.1. Distribución de adolescentes que no realizan ejercicio físico en el tiempo libre, por categorías de nivel de peso.*



Considerando solo los estudiantes que realizan ejercicio, hay diferencias por categorías de peso respecto a la frecuencia semanal del mismo: son los jóvenes con obesidad quienes lo hacen con una frecuencia mayor: el 66,7% 5 o más días a la semana (el 20% todos los días), mientras que en las demás categorías de peso al menos el 65% lo hace con una frecuencia

inferior a 5 días por semana ( $p=0,008$ ) (Gráfico 7.2). Con relación al número de horas de ejercicio, son los jóvenes con sobrepeso y obesidad los que más tiempo diario emplean: el 26,2% y 31,3% respectivamente emplean más de 2 horas frente al 20% de los grupos con infra y normopeso, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Gráfico 7.2. Frecuencia semanal de actividad física entre los jóvenes que la realizan.

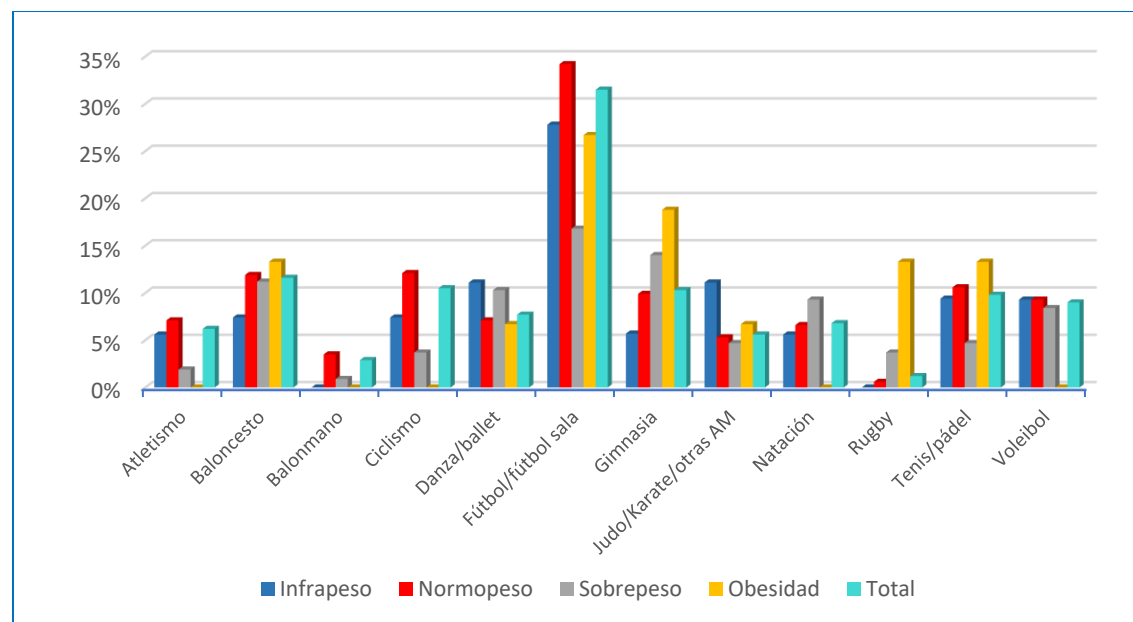




En todas las categorías de IMC el deporte practicado en mayor porcentaje es el fútbol o fútbol sala (31,5%), siendo los jóvenes con sobrepeso los que menos lo practican ( $p=0,001$ ), al igual que ocurre con el tenis. Sin embargo, los jóvenes con obesidad son los que más practican tenis/pádel, gimnasia,

baloncesto y rugby, aunque la diferencia con las demás categorías de peso solo es estadísticamente significativa en este último caso ( $p=0,011$ ). El grupo de infrapeso es mayoritario en deportes como danza y artes marciales. Los jóvenes con normopeso son los que más practican ciclismo ( $p=0,001$ ) y fútbol ( $p<0,001$ ) (Gráfico 7.3).

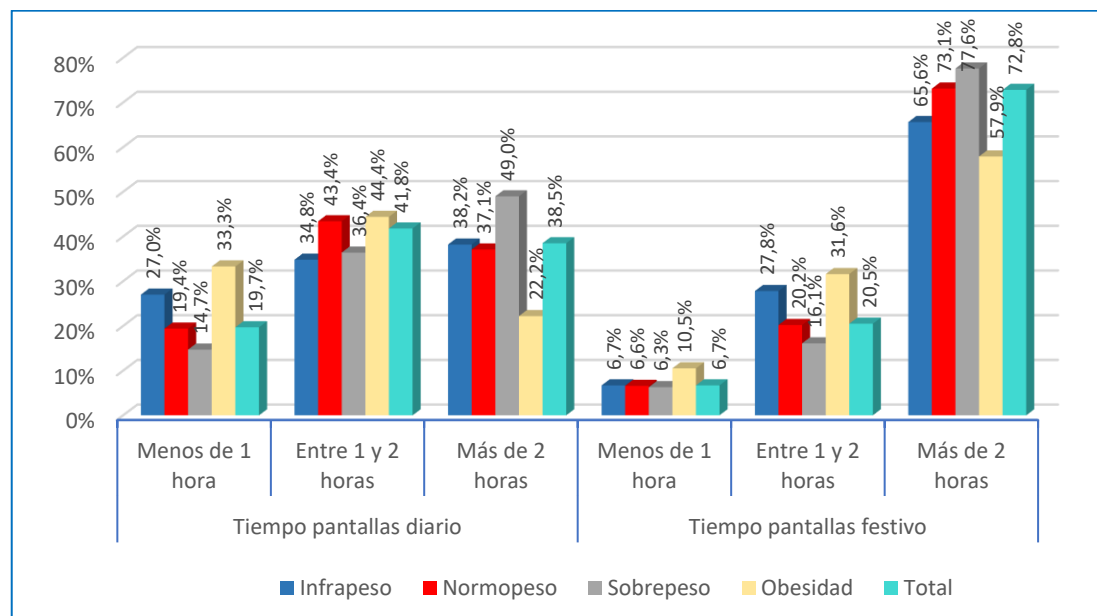
Gráfico 7.3. Tipo de actividad física realizada por categorías de nivel de peso.



Respecto al tiempo que emplean los jóvenes sentados frente a pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil...), los que tienen obesidad son los que pasan menos horas los días de diario: de éstos, el 22,2% está más de 2 horas frente a pantallas, mientras que en el grupo de jóvenes con infrapeso y en el de normopeso estos porcentajes son del 38,2% y 37,1%

respectivamente, y en el de sobrepeso alcanza el 49%. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p=0,021$ ). Los fines de semana o festivos también son los jóvenes con obesidad los que menos tiempo están frente a pantallas, pero en este caso no se ha encontrado significación estadística (Gráfico 7.4).

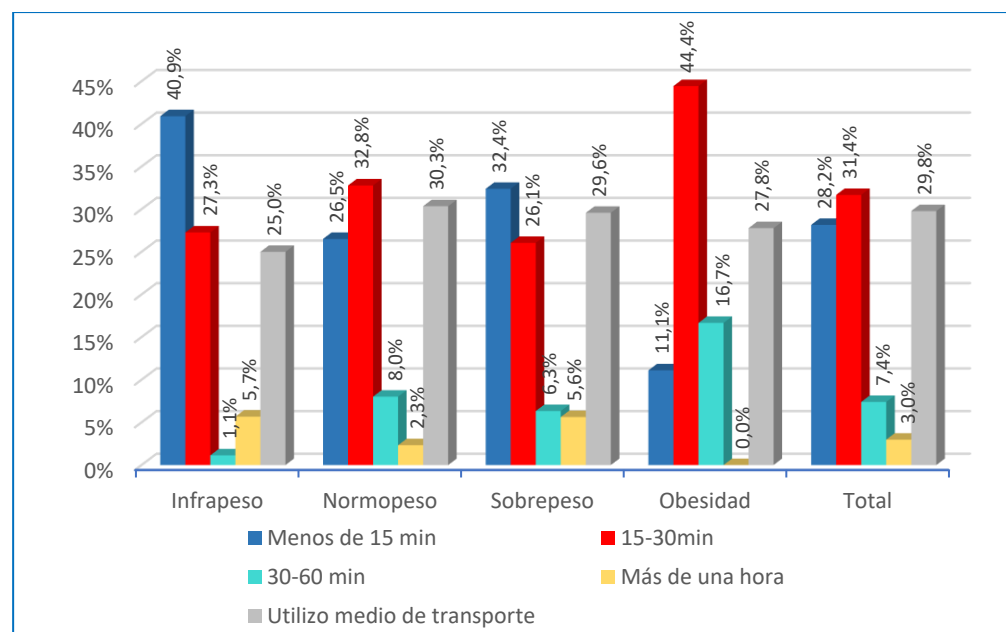
Gráfico 7.4. Tiempo de pantalla días de diario y fines de semana, por categorías de nivel de peso.



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 (31,4%), sobre todo los jóvenes con obesidad (44,4%). En el grupo de infrapeso es en

el que menos utilizan medio de transporte (25%) y en el que se encuentran más jóvenes que emplean menos de 15 minutos diarios en caminar o pedalear al centro educativo (40,9%) ( $p=0,007$ ) (Gráfico 7.5).

Gráfico 7.5. Tiempo de desplazamiento al centro escolar, caminando o en bicicleta, por categorías de nivel de peso.



### 7 B. ÍNDICE DE MASA CORPORAL VS. DESCANSO

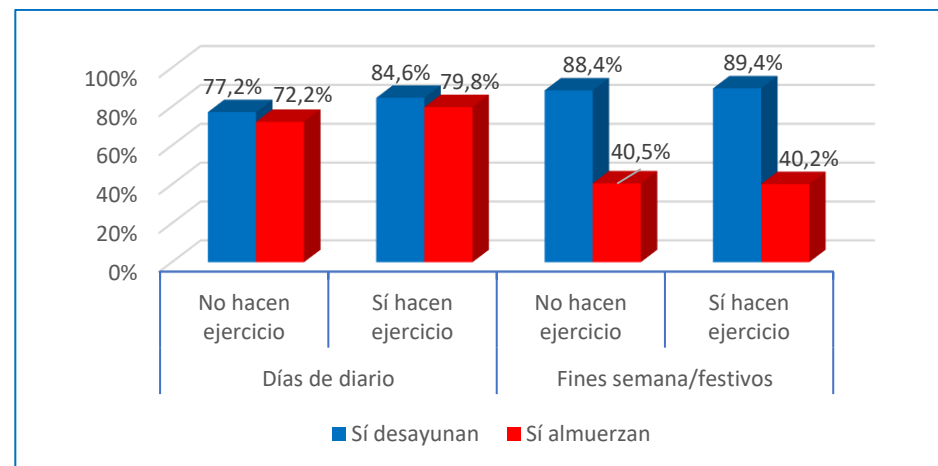
La mitad de los jóvenes, 50,5%, refiere no tener sensación de descanso nocturno, sin hallarse asociación estadísticamente significativa según las categorías de nivel de peso, aunque son los jóvenes con infrapeso los que menos sensación de descanso tienen (43,3%). Tampoco las hay en el número medio de horas de sueño al día entre las distintas categorías de nivel de peso, aunque la media es algo superior en los jóvenes con obesidad (8,17 horas

de sueño al día frente a 7,82 en infrapeso, 7,86 normopeso y 7,62 en el grupo de sobrepeso).

### 7 C. ALIMENTACIÓN VS. ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA

Los jóvenes que no realizan actividad física se saltan más el desayuno ( $p=0,006$ ) y el almuerzo ( $p=0,010$ ) los días de diario, sin diferencias estadísticamente significativas respecto a las demás comidas ni tampoco en fines de semana/festivos (Gráfico 7.6)

Gráfico 7.6. Realización de ejercicio físico y hábito de desayunar y almorzar

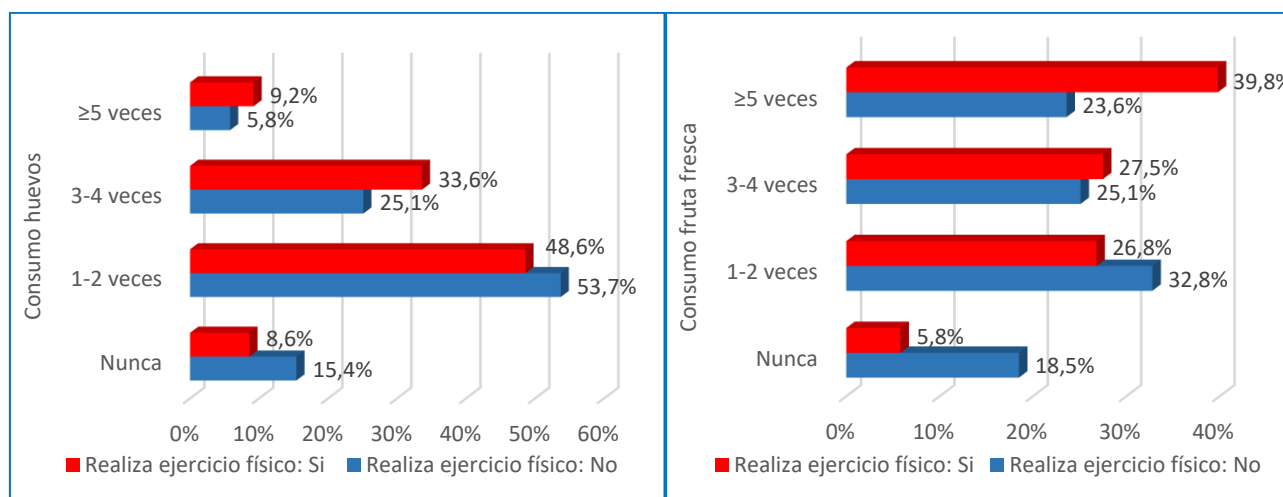


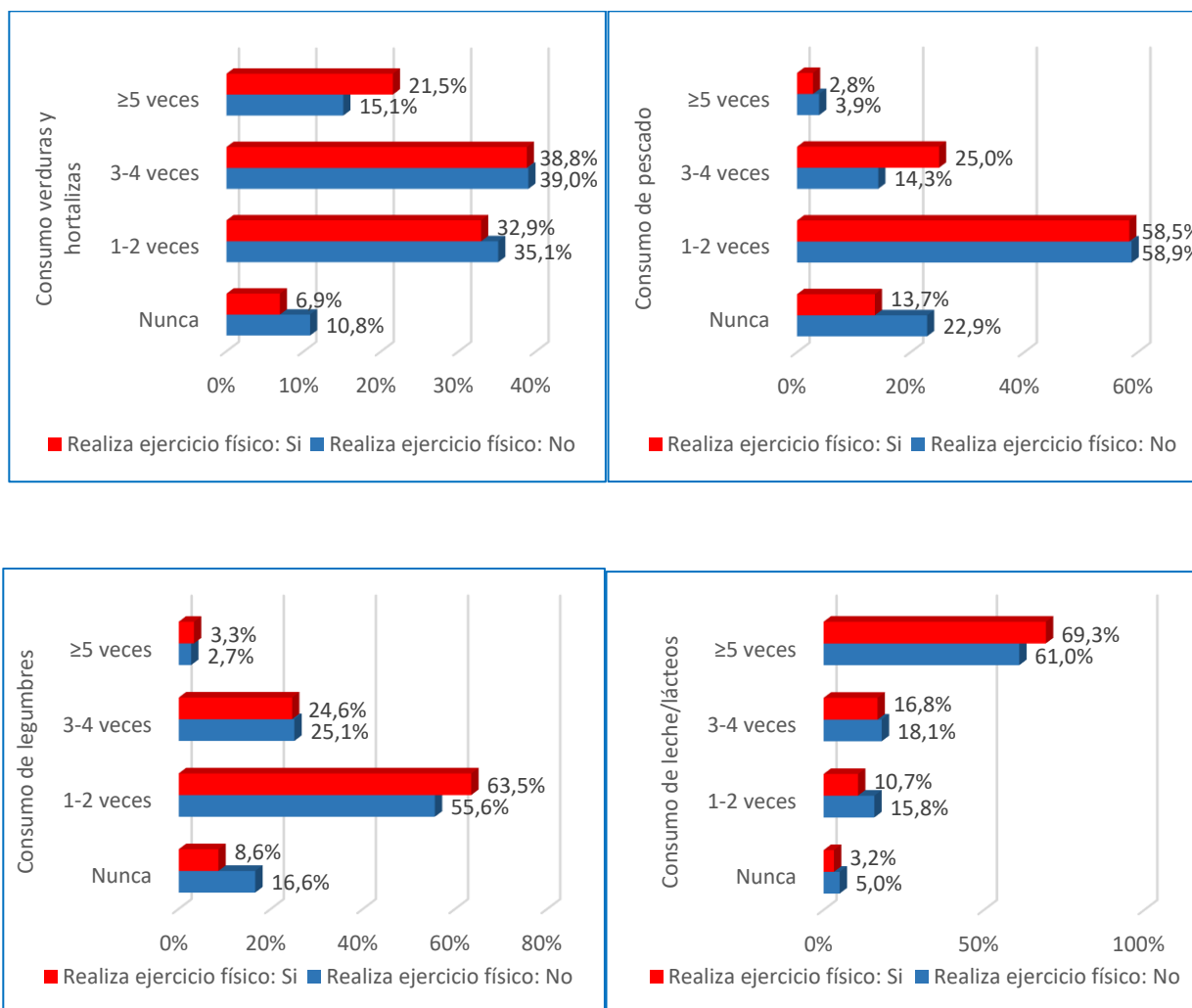
Es menor el porcentaje de jóvenes que realiza actividad física entre aquellos que comen/cenan viendo la TV: el 24,7% de éstos no hace ejercicio, frente al 17,9% de los que no cenan frente al TV ( $p=0,024$ ).

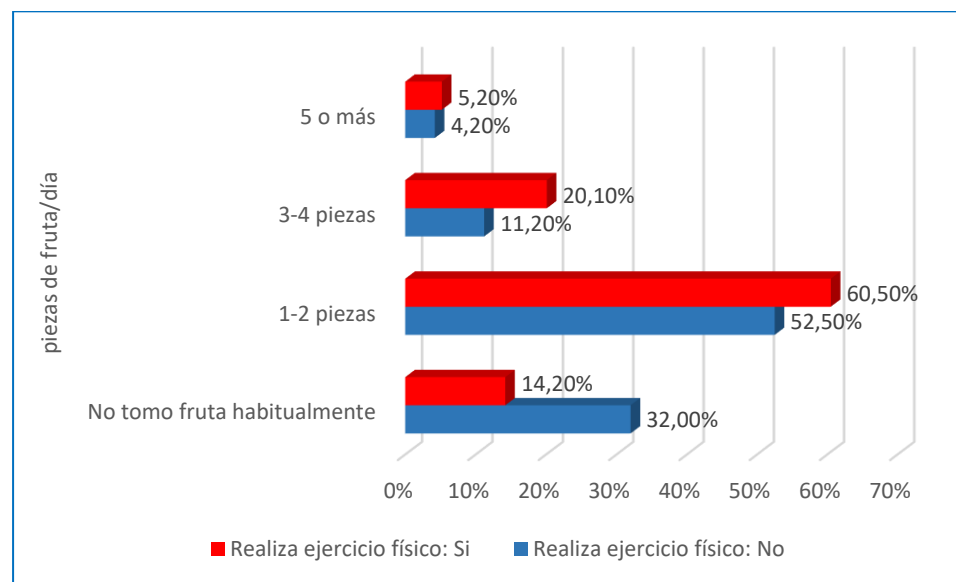
La ausencia de actividad física muestra además una asociación estadísticamente significativa con otros hábitos poco

saludables: estos jóvenes consumen más snacks ( $p=0,022$ ), dulces/bollería ( $p=0,009$ ), y comida rápida ( $p=0,049$ ). En cambio, los jóvenes que sí practican ejercicio consumen más fruta fresca ( $p<0,001$ ), verduras y hortalizas ( $p=0,038$ ), huevos ( $p=0,001$ ), pescado ( $p<0,001$ ), legumbres ( $p=0,002$ ), leche y lácteos ( $p=0,039$ ), así como un mayor número de piezas de fruta diarias ( $p<0,001$ ) (Gráfico 7.7).

Gráfico 7.7. Consumo en los últimos 7 días de huevo, fruta fresca, verduras y hortalizas, pescado, legumbres, leche y lácteos y piezas de fruta/día en relación a la realización de ejercicio físico.



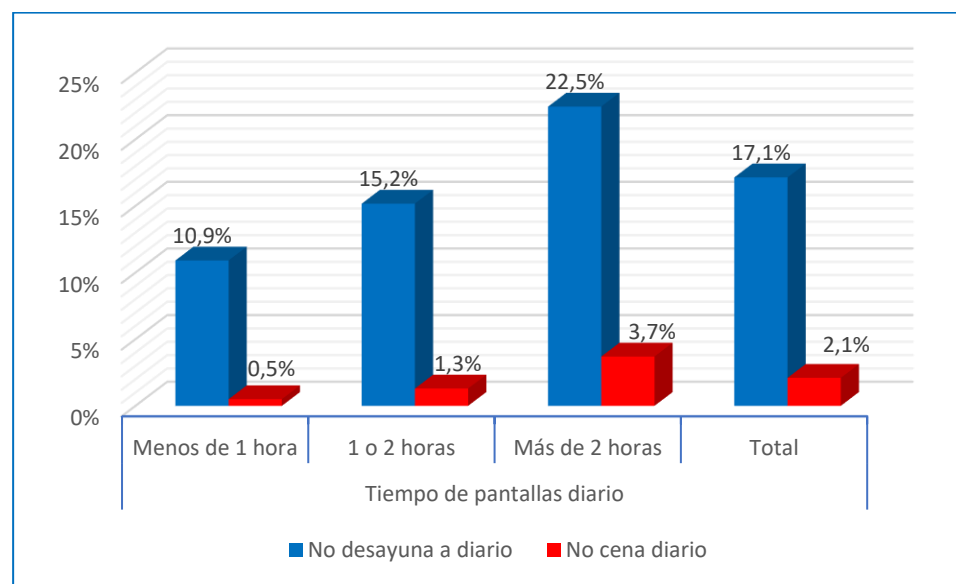




Los adolescentes que emplean más tiempo frente a las pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil...) en los días de diario son los que más omiten el desayuno y la cena, siendo estos porcentajes mayores a medida que este tiempo frente a pantallas

también es mayor. Estas diferencias son estadísticamente significativas (Gráfico 7.8). Lo mismo ocurre con estas dos comidas los fines de semana/festivos, y además el mayor tiempo frente a pantallas también afecta al almuerzo ( $p < 0,001$ ).

Gráfico 7.8. Realización de desayuno y cena en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario.





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 y lo mismo ocurre los

fin de semana, con diferencias significativas además en este caso respecto al consumo de bebidas azucaradas, mayor en el caso de los que pasan más de dos horas frente a pantallas. Por el contrario, un menor tiempo de pantalla se asocia a hábitos nutricionales más saludables, como un mayor consumo de pescado y piezas de fruta (Gráficos 7.9 ,7.10 , 7.11 y 7.12).

*Gráfico 7.9. Frecuencia de consumo de snacks en relación al tiempo frente a pantallas diario y fin de semana.*

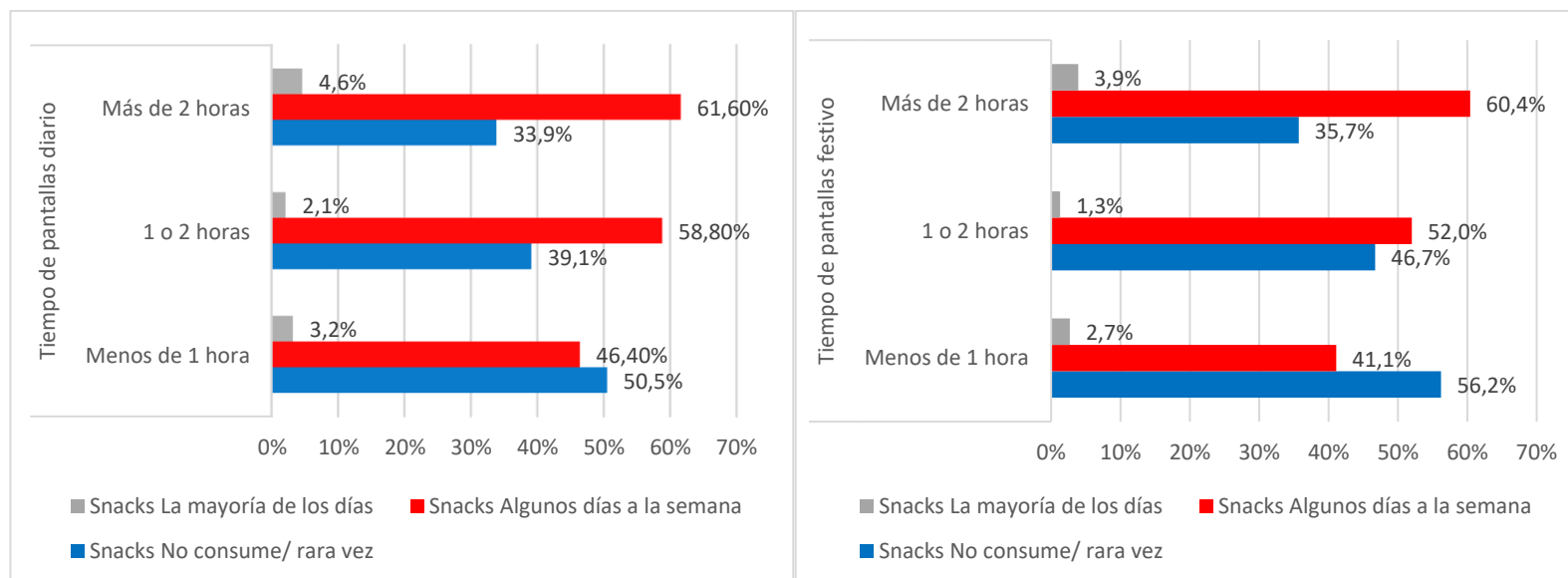


Gráfico 7.10. Frecuencia de consumo de dulces, refrescos, comida rápida, pescado y legumbres en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario.

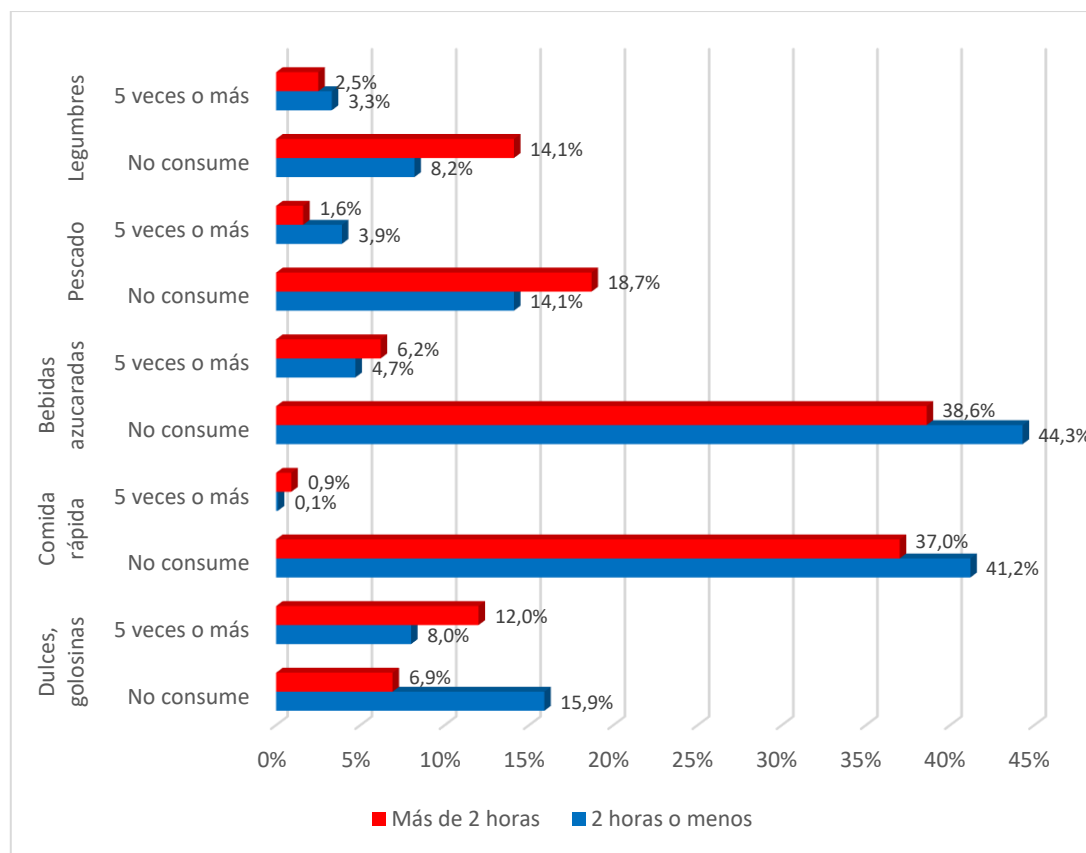
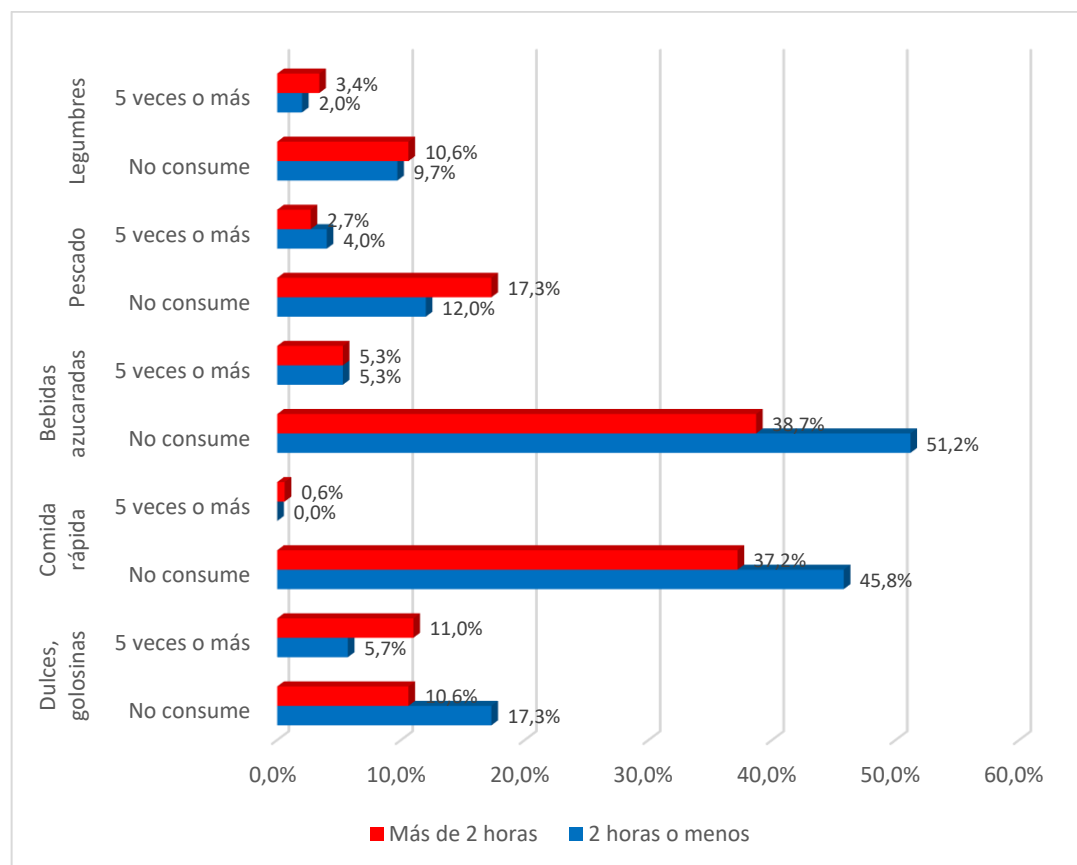
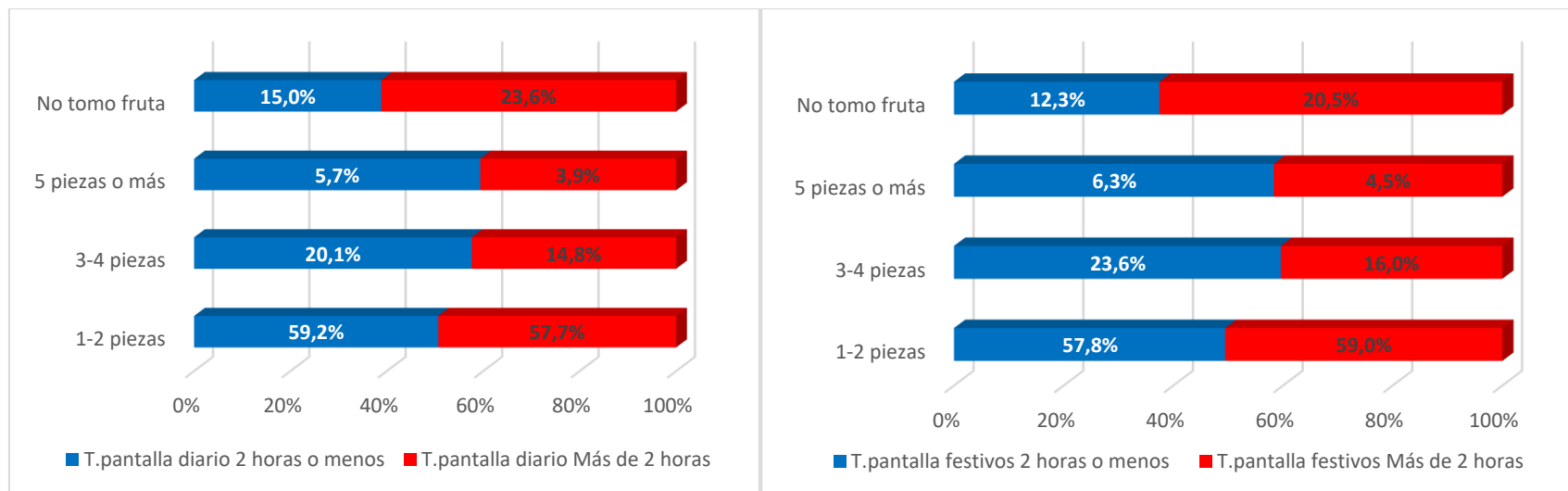


Gráfico 7.11. Frecuencia de consumo de dulces, refrescos, comida rápida, pescado y legumbres en relación al tiempo frente a pantallas en fines de semana/festivos.



*Gráfico 7.12. Nº de piezas de fruta consumidas a diario, en relación con el tiempo empleado frente a pantallas días de diario y fines de semana/ festivos.*



Hay diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de consumo de comida rápida y de dulces, que son mayores en los jóvenes que utilizan transporte o emplean menos de 15 minutos diarios en desplazarse al centro educativo y en el de carne y piezas de fruta que es mayor en aquellos que emplean más de una hora al día en desplazarse al centro escolar andando o en bicicleta.

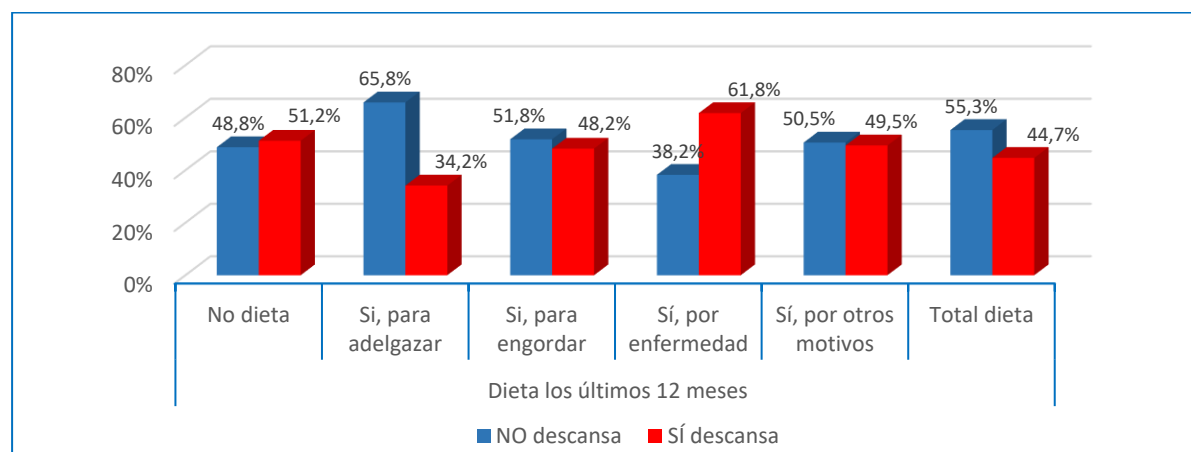
#### 7.D. ALIMENTACIÓN VS. DESCANSO

Los jóvenes que se levantan con sensación de haber descansado se saltan con menor frecuencia el desayuno y la merienda tanto los días de diario ( $p < 0,001$  y  $p = 0,042\%$ ,

respectivamente) como los de fin de semana o festivos ( $p = 0,013$  y  $p = 0,005$ ). 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 para adelgazar), son los que en mayor porcentaje indican no tener sensación de descanso nocturno: el 55,3% no tiene sensación de descanso frente al 48,8% de los que no la han modificado ( $p = 0,006$ ) (Gráfico 7.13).

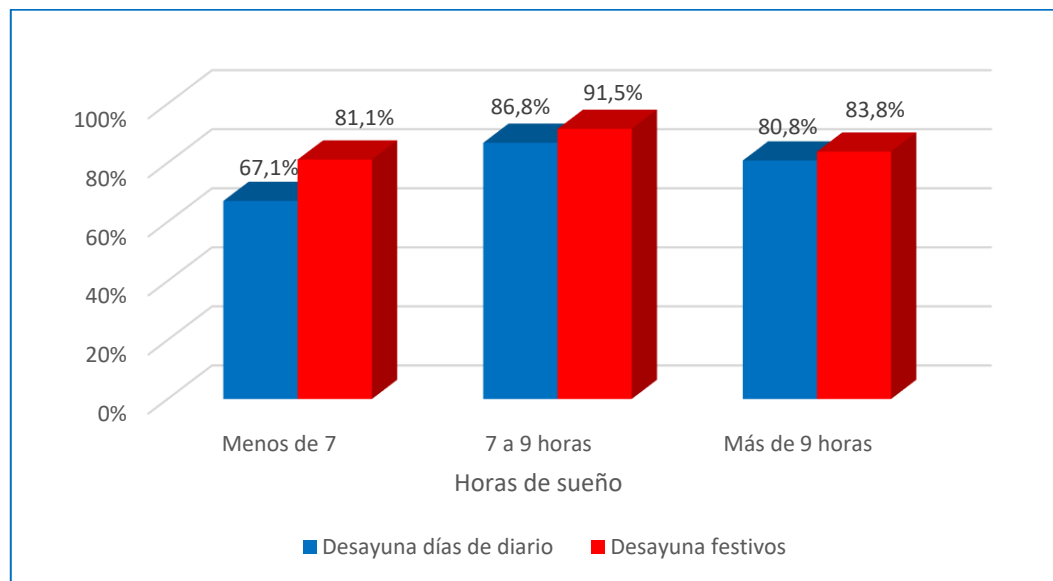
Gráfico 7.13. Sensación de descanso nocturno según el tipo de dieta.



Los jóvenes que duermen menos de 7 horas son los que más se saltan el desayuno los días de diario (32,9%), seguidos de los que duermen más de 9 horas (19,2%), mientras que aquéllos

que duermen de 7 a 9 horas se lo saltan en menor proporción (13,2%) ( $p < 0,001$ ). En los días de fin de semana o festivos ocurre lo mismo (Gráfico 7.14)

Gráfico 7.14. Desayuno y horas de sueño.



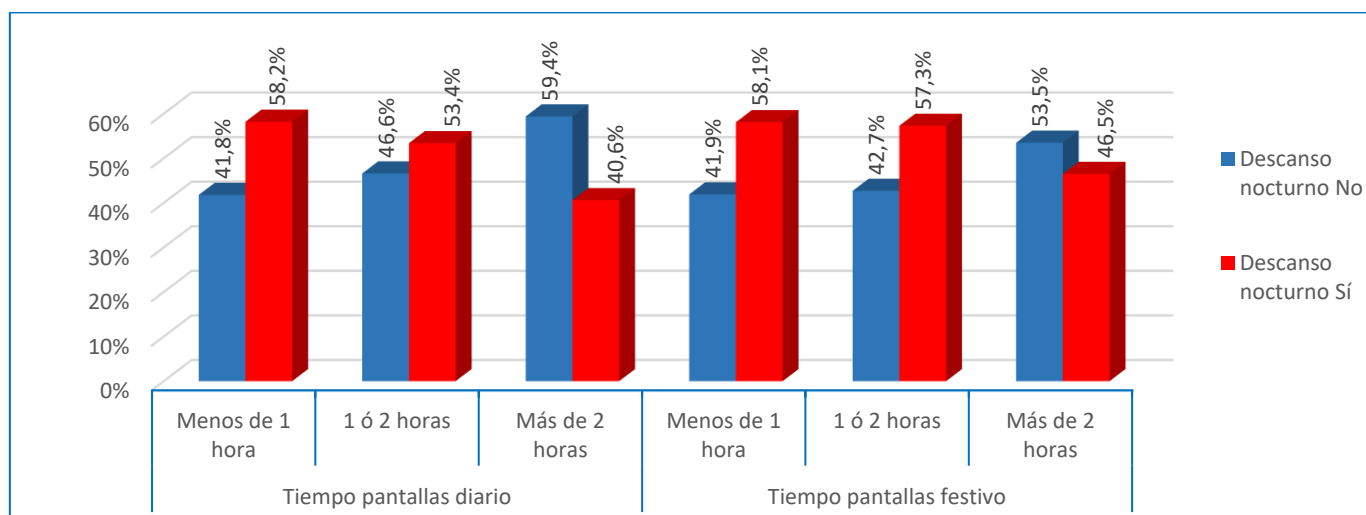
### 7 E. ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA VS. DESCANSO

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: 59,7% y 47,9% respectivamente ( $p=0,001$ ). El 86,5% de los que realizan actividad física duermen 7 o más horas, frente al 79,9% de los que no realizan ejercicio ( $p=0,011$ ).

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: el porcentaje de adolescentes que refieren tener sensación de descanso al levantarse es menor cuanto mayor es el tiempo de utilización de pantallas: en días de diario se levanta descansado el 58,2% de los que pasan menos de 1 hora frente a pantallas, el 53,4% de los que están de 1 a 2 horas y sólo el 40,6% de los que emplean más de 2 horas ( $p<0,001$ ). Los fines de semana/festivos también hay diferencias significativas: descansa el 58,1% de los que emplean menos de 1 hora, el 57,3% de los que están 1 a 2 horas y el 46,5% de los que emplean más de dos horas ( $p=0,005$ ). (Gráfico 7.15)

Gráfico 7.15. Tiempo de pantallas y sensación de descanso nocturno.





## 8. Sustancias tóxicas



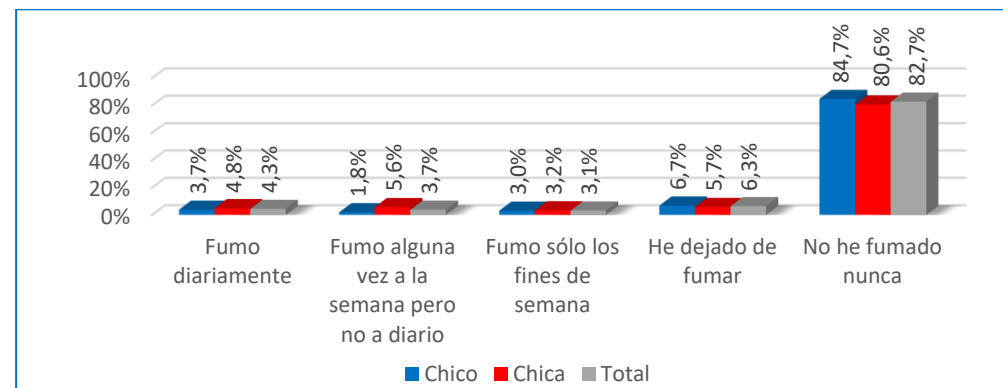
## 8.1 TABACO

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). En esta edición se ha añadido una pregunta sobre el consumo de productos de tabaco no convencionales (cigarrillo electrónico, pipa de agua o cachimba, shisha; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco).

El 94,9% de los adolescentes no tienen permiso de sus padres para fumar, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo, aunque sí por ámbito, siendo en medio urbano donde hay más progenitores que no permiten fumar (95,8% frente a 91,4%,  $p=0,009$ ).

El 82,7% de los jóvenes refiere no haber fumado nunca, mientras que el 4,3% dice hacerlo a diario y el 3,1% lo hace sólo fines de semana. Son más los chicos que no han fumado nunca (84,7%) que las chicas (80,6%), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa, pero sí lo es por ámbito, con más jóvenes de medio urbano que no han fumado nunca (84,5% frente a 75,2% en medio rural,  $p=0,001$ ) (Gráfico 8.1.1).

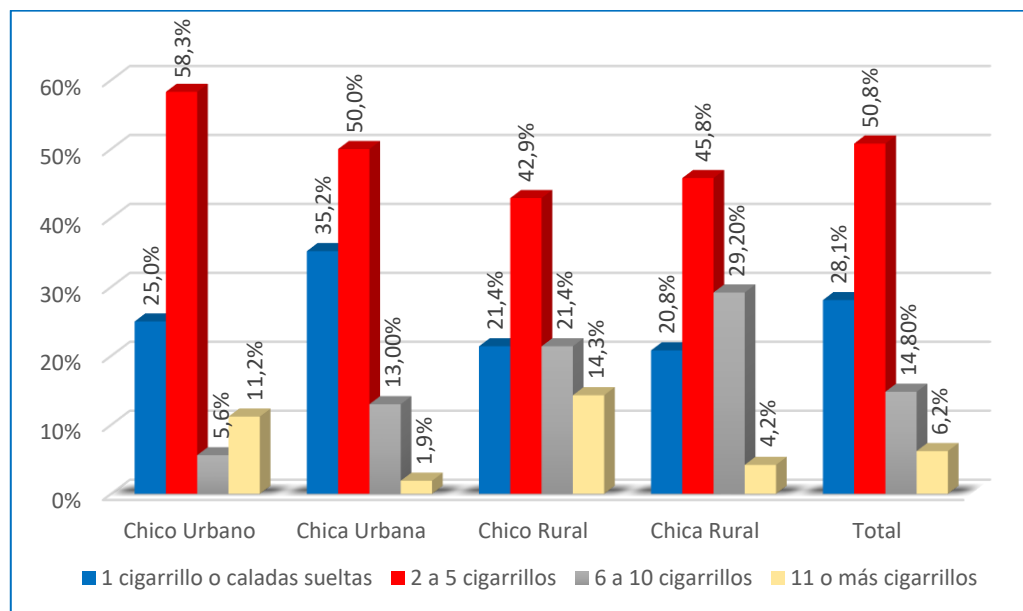
Gráfico 8.1.1. Frecuencia de consumo de tabaco por sexo.



La mitad (50,8%) de los participantes que fuman actualmente declara consumir entre 2 y 5 cigarrillos (53,1% chicos-48,1% chicas), y el 28,1% un cigarrillo o caladas sueltas (24,5% chicos- 30,4% chicas). El 10,2% de los chicos fuman de 6 a 10 cigarrillos en comparación con el 19% de las chicas, y el 8,2% de los chicos y 1,3% de las chicas fuman 11 o más cigarrillos. Hay más jóvenes de medio rural que fuman entre 6 y 20 cigarrillos,

aunque ninguno consume más de un paquete, a diferencia del medio urbano en que lo hace un 3,4% de los fumadores. Los que más fuman son los chicos de ámbito rural, con un 35,7% que consume 6 o más cigarrillos diarios, frente al 16,8% de los chicos urbanos y el 33,4% y 14,9% 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.

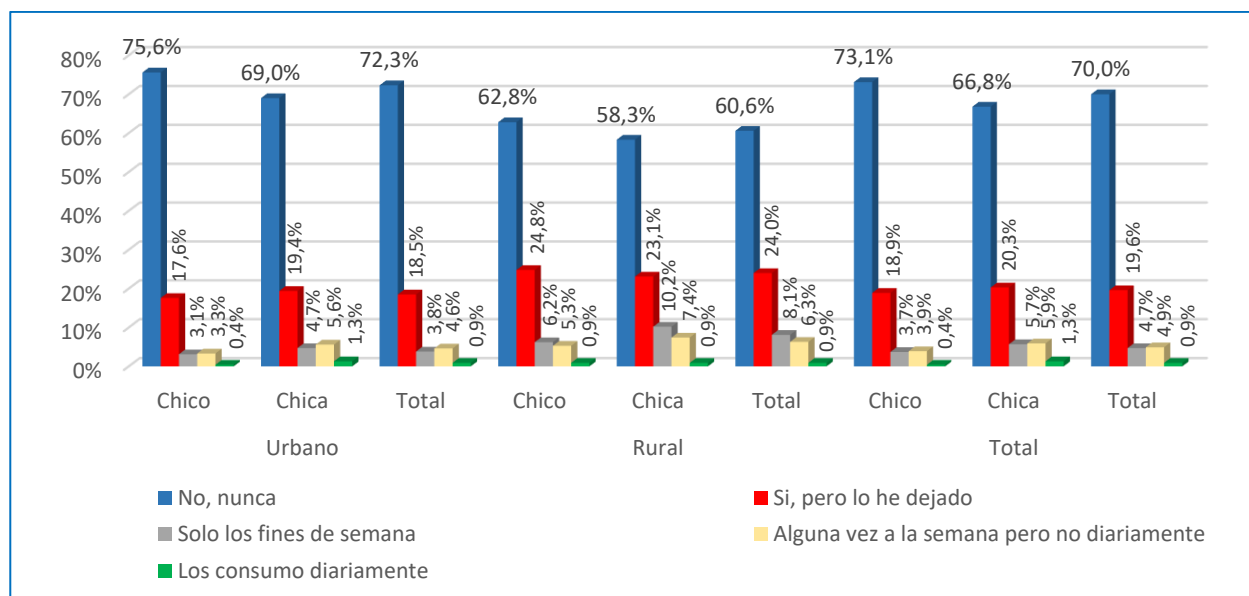


Entre los fumadores actuales y los exfumadores, el 53,4% afirman haber consumido más de 100 cigarrillos (5 paquetes de tabaco) a lo largo de su vida, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, pero sí por ámbito geográfico, donde se observa que los adolescentes de zona rural son los que en mayor proporción han fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida (66,7% de zona rural frente al 48,2% de zona urbana,  $p=0,021$ ). La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 13,89 años (mínima 10 años y máxima

17), sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico, aunque es algo inferior en las chicas (chicos 13,98, chicas 13,81) y en el medio urbano (13,87, rural 13,92).

El 30% de los jóvenes consume o ha consumido productos de tabaco no convencionales (vapeadores, cigarrillo electrónico, pipa de agua, ...). De éstos, el 19,6% lo ha dejado, el 4,7% sólo los consume el fin de semana, el 4,9% lo hace alguna vez a la semana y el 0,9% a diario (Gráfico 8.1.3).

Gráfico 8.1.3. Frecuencia de consumo de productos de tabaco no convencionales.



Un 31,7% 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 (76,6% de los padres y 78,1% de las madres); sin embargo, el 19,7% de los padres y el 17,8% de las madres fuman de forma habitual.

El 12,6% de los jóvenes están expuestos al tabaquismo pasivo en casa y el 11,2% fuera de casa los días de diario. Los fines de semana los adolescentes sufren una mayor exposición al tabaquismo pasivo, principalmente fuera de casa (32,2%, 16,6% en casa), sin diferencias significativas por sexo ni ámbito en ninguno de los casos (Gráficos 8.1.4 y 8.1.5).

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

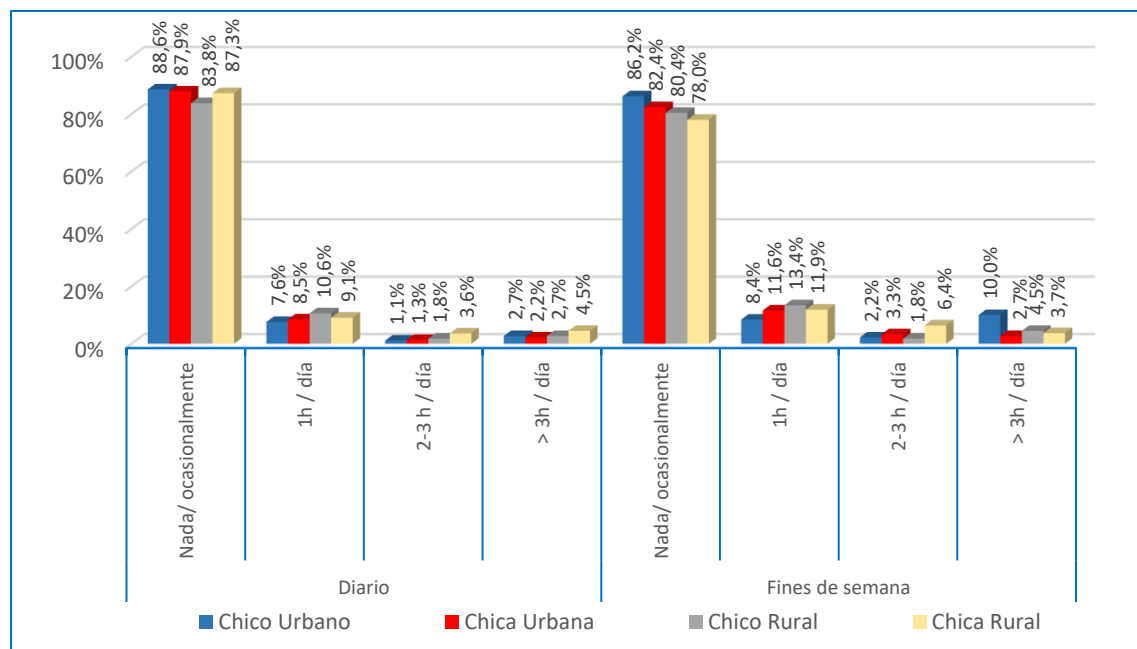
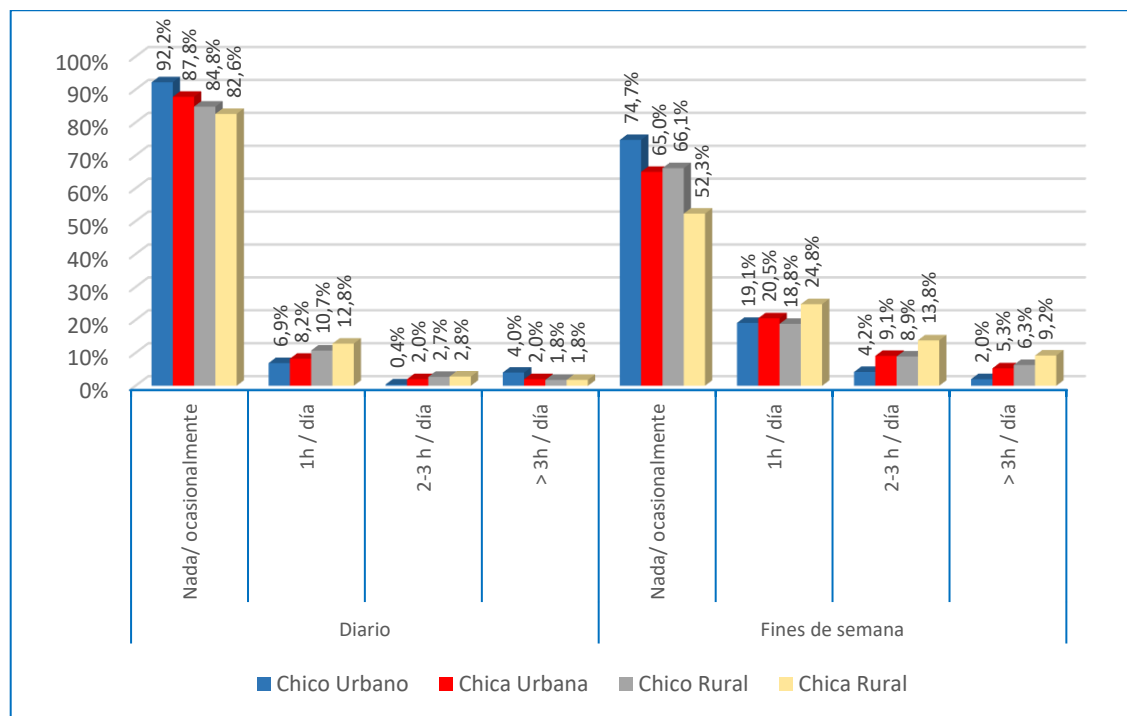


Gráfico 8.1.5. Exposición al tabaquismo pasivo fuera de casa por sexo y ámbito geográfico.



## 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

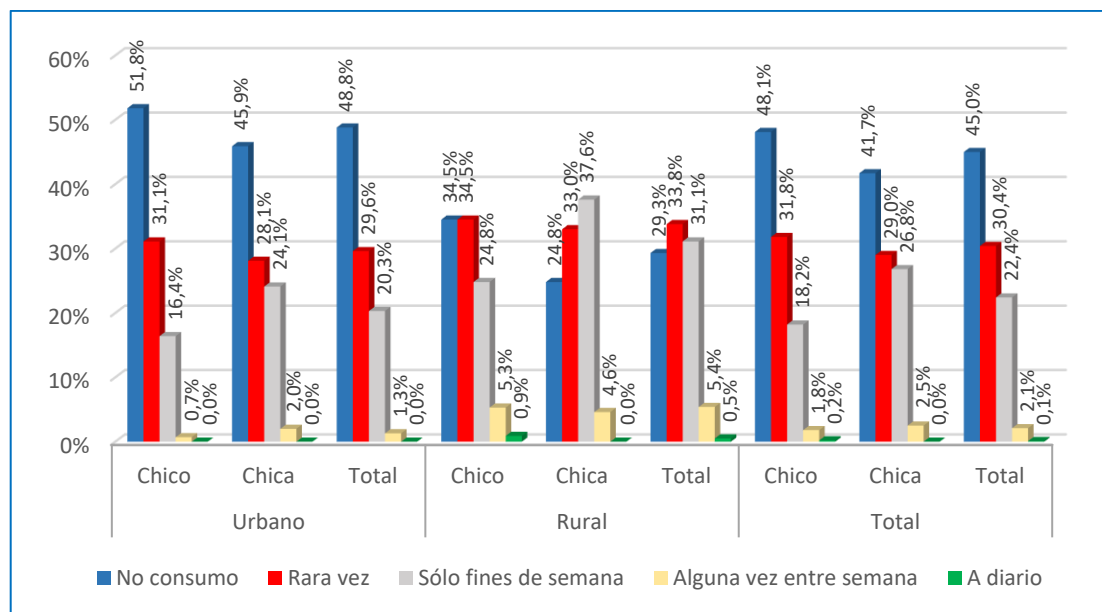
alcohólicas, a qué edad iniciaron el consumo de esta clase de bebidas con una periodicidad semanal o mayor, el tipo de bebida que suelen consumir en los días de diario y los fines de semana o festivos, si en los últimos 30 días han consumido alguna vez 6 o más unidades de alcohol en el mismo día (cada caña de cerveza, vaso de vino sidra o vermut equivale a 1 unidad de alcohol, cada

cupata 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 ( $p=0,006$ ): el 45% de los jóvenes no consume alcohol (48,1% de los chicos, 41,7% chicas) y el 30,4%

rara vez (31,8% chicos, 29% chicas). Un 22,4% solo consume alcohol los fines de semana (18,2% chicos, 26,8% chicas) y el 2,1% alguna vez entre semana (1,8% chicos, 2,5% chicas). Un 0,1% declara consumir alcohol a diario. También hay diferencias en cuanto al consumo de alcohol por ámbito ( $p<0,001$ ), con más jóvenes que no consumen alcohol en medio urbano (48,8% y 29,3% rural) (Gráfico 8.2.1).

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



El 42,8% responde haber consumido alcohol el último mes, principalmente las chicas (46,1% frente al 39,6% de los chicos,  $p=0,027$ ) y en el medio rural (57% frente al 39,3% urbano,  $p<0,001$ ), siendo las chicas de medio rural las que más consumieron alcohol los últimos 30 días (60,6%) y los chicos de medio urbano los que menos lo hicieron (36,1%).

La media de edad a la que comienzan a consumir bebidas con alcohol al menos una vez a la semana es de 14,21 años, siendo la edad mínima a los 10 años. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito, aunque es menor en las chicas (14,15; 14,27 en chicos) y en medio urbano (14,19; 14,24 en medio rural).

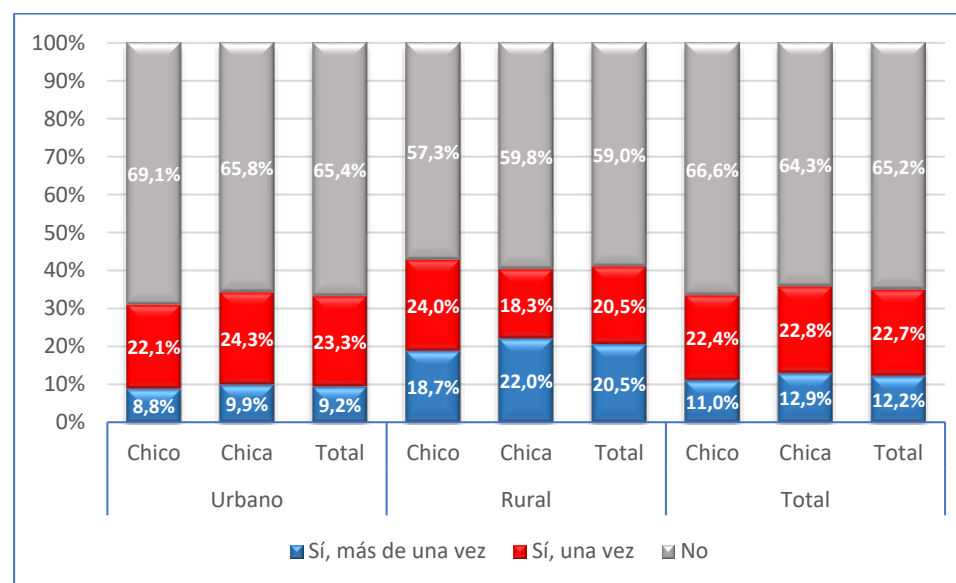
Los adolescentes que declaran consumir alcohol los días de diario (10,1% de los que beben alcohol), prefieren los combinados (49,2%), la cerveza (38,1%) y el vino (19,6%). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexos en el consumo de estas bebidas, pero sí por ámbito geográfico en el consumo de cerveza, mayor en medio rural (58,8% frente al 29,4% urbano,  $p=0,047$ ).

Entre aquellos que consumen bebidas alcohólicas, las más consumidas los fines de semana son los combinados (74,5%), seguidos del vino o calimocho (36,2%) y la cerveza (33,6%), con

diferencias estadísticamente significativas por sexo en estos dos últimos, siendo más los chicos que consumen cerveza (chicos 40,8%, chicas 27,8%,  $p=0,001$ ) y las chicas que consumen vino o calimocho los fines de semana (chicos 29,4%, chicas 41,8%,  $p=0,003$ ). También son más los chicos que consumen vermut (3,7% frente al 0,7% en chicas,  $p=0,027$ ). La cerveza se consume más en medio rural que urbano los fines de semana (Urbano 30,8%, rural 41,5%,  $p=0,019$ ).

El 34,9% 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 12,2% 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 41% de los adolescentes de medio rural han consumido 6 o más unidades de alcohol el mismo día en el último mes frente al 32,5% de los jóvenes de medio urbano, y el 20,5% y el 9,2% respectivamente, lo han hecho en más una ocasión ( $p=0,001$ ). Las que más abusan del alcohol son las chicas de medio rural, de las que el 22% han consumido al menos 6 unidades de alcohol en el mismo día más de una vez en el último mes ( $p=0,021$ ) (Gráfico 8.2.2).

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

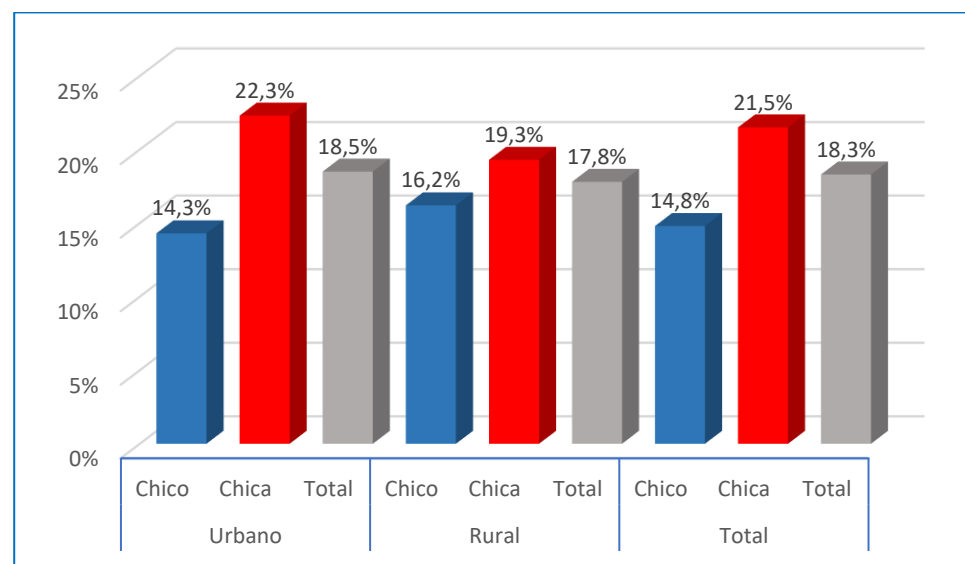




Entre los jóvenes que consumen bebidas alcohólicas, el 18,3% se han emborrachado al menos una vez en el último mes, siendo las chicas de zona urbana las que lo han hecho en mayor

proporción (22,3%) y los chicos del medio urbano los que menos (14,3%) 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 0,7% 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

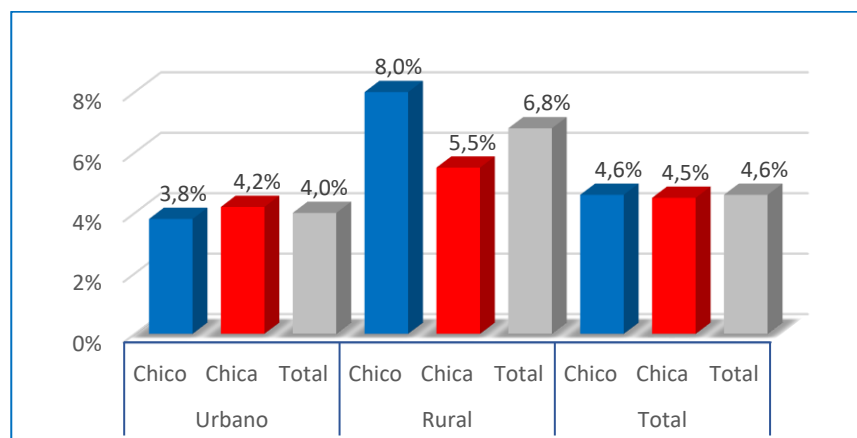
Se preguntó a los jóvenes de Castilla y León si habían probado en los últimos 30 días alguna sustancia tóxica, exceptuando tabaco y alcohol, y, en caso afirmativo, cuál era la droga que habían consumido.

El 4,6% de los jóvenes dicen haber probado en los últimos 30 días algún tipo de drogas distintas de alcohol y tabaco, más los de medio rural (6,8%) que urbano (4%) sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas, y tampoco por sexos. (Gráfico 8.3.1). Entre los estudiantes que respondieron afirmativamente, el tipo de droga más consumido es el hachís

(98,4%), seguido del speed/anfetaminas (6,8%). Respecto a este último, el consumo es mayor en medio rural y entre las chicas (chica rural 16,7%, chico rural 11,1%), y lo mismo ocurre con los tranquilizantes/somníferos sin receta, que consumen exclusivamente las chicas, principalmente las de medio rural (16,7% frente al 5,3% de las chicas de medio urbano). Las diferencias no son estadísticamente significativas probablemente debido al bajo número de casos en algunas categorías.

En cuanto al consumo de otros tipos de drogas, que refiere el 3,1% de los consumidores, las respuestas incluyen sustancias como la ketamina o la cafeína.

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





## **9-Relaciones sexuales**

## 9. RELACIONES SEXUALES

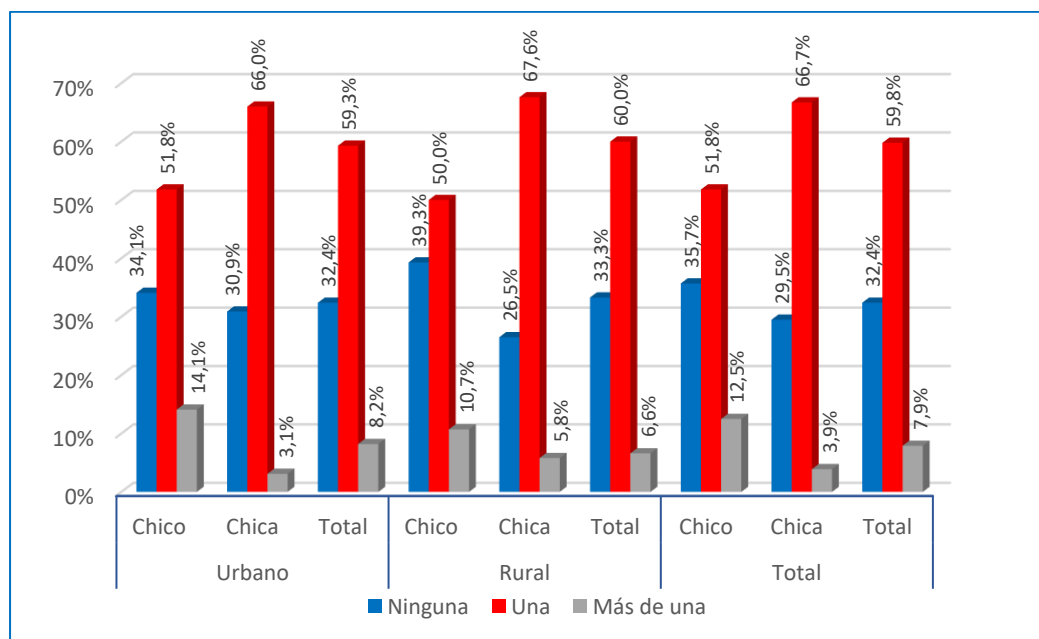
El cuestionario incluye una serie de preguntas para valorar los hábitos en cuanto a sexualidad de los adolescentes de Castilla y León: se preguntó acerca de si han tenido alguna vez relaciones sexuales completas (RSC), y en caso afirmativo a qué edad las tuvieron por primera vez, con cuántas personas 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 21,6% de los adolescentes refieren haber tenido alguna vez RSC, en mayor proporción los jóvenes de ámbito rural (27,5%) que urbano (20,3%) ( $p=0,020$ ), sin diferencias estadísticamente significativas según sexo (chicos 20,1%, chicas 23,2%). 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 14,9 años (mediana a los 15 años). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni 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 (51,8% de los chicos y 66,7% de las chicas) y un 12,5% de los chicos y el 3,9% 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 (35,7%, frente al 29,5% en chicas). Según el ámbito geográfico, los porcentajes están más igualados (Gráfico 9.1).

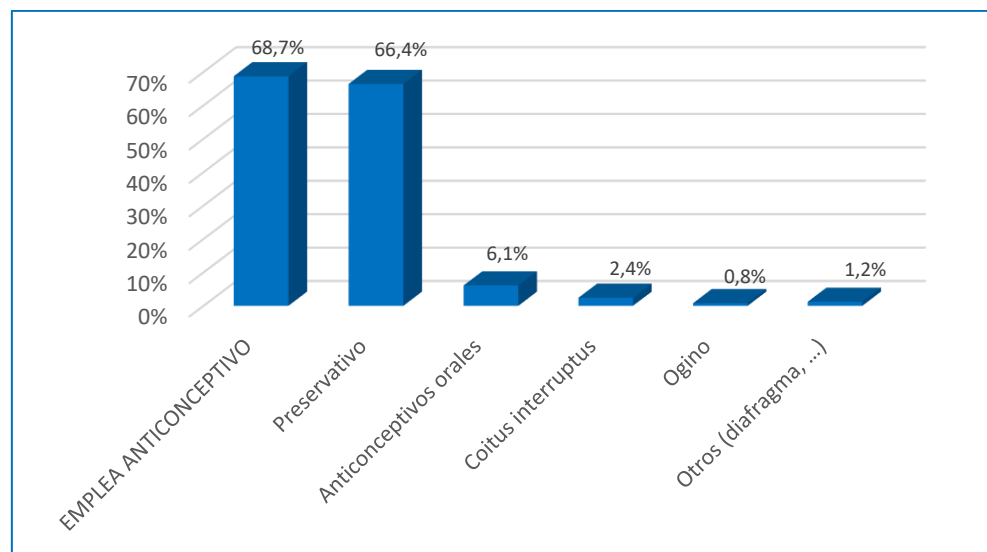
Gráfico 9.1. Número de parejas sexuales en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico.



El 85,4% de los adolescentes encuestados refiere haber utilizado preservativo en su última RSC, con diferencias significativas por sexo (chicos 92%, chicas 79,8%,  $p=0,008$ ), pero no por ámbito, aunque es mayor su utilización en medio urbano (87,4%, rural 80%). Sin embargo, sólo el 68,7% de aquéllos que en

algún momento han mantenido RSC dice utilizar algún método anticonceptivo; el método más utilizado es el preservativo (66,4% de los que han mantenido RSC), seguido de los anticonceptivos orales (6,1%) y el coitus interruptus o marcha atrás (2,4%) (Gráfico 9.2).

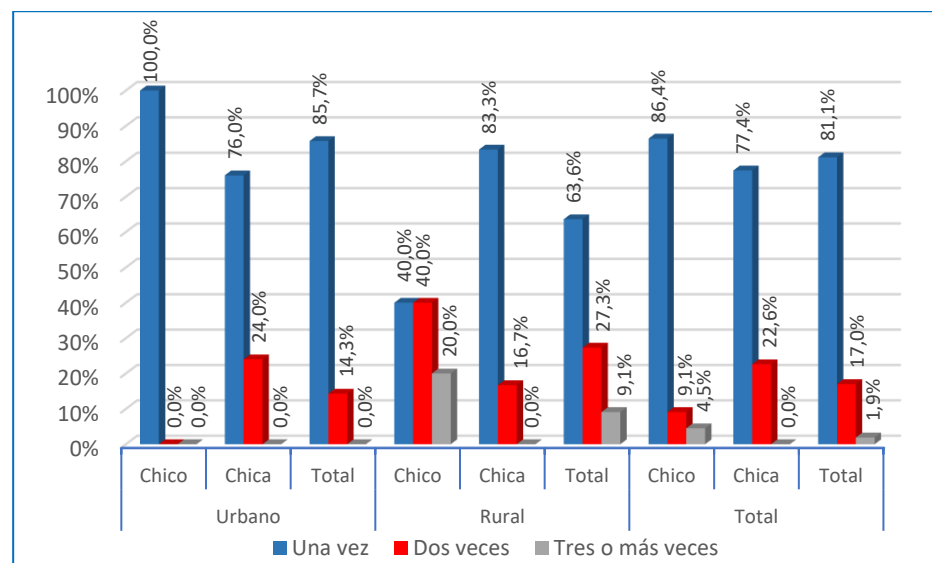
*Gráfico 9.2. Métodos anticonceptivos empleados.*



En cuanto al uso de la píldora del día después (PDD), el 22,2% de los adolescentes (los jóvenes encuestados o su pareja) que han mantenido RSC refieren haberla empleado alguna vez, sin diferencias por sexo o por ámbito. Entre los que han utilizado la PDD, el 18,9% la han utilizado dos o más veces, en mayor

proporción las chicas (22,6%, chicos 13,6%) y los jóvenes de medio rural (36,4%) que del urbano (14,3%), 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**



## 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

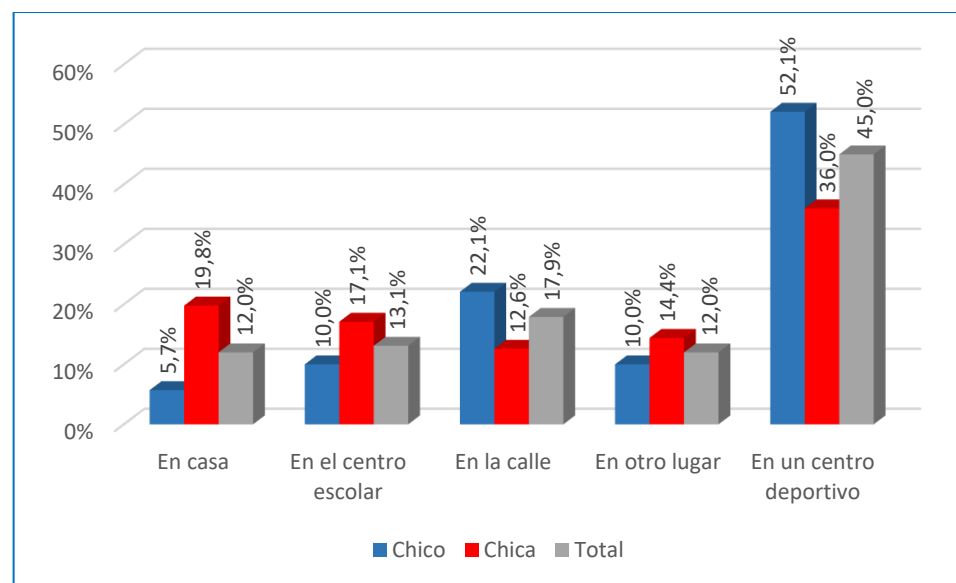
(tanto en el asiento delantero como en el trasero) y la frecuencia de uso del casco al montar en moto y en bicicleta. Por último, se preguntó a los participantes si en los últimos 30 días habían viajado en un vehículo (coche o moto) sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas

El 22,5% 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 (26,2%) y las chicas de zona rural las que menos (16,7%), aunque no hay diferencias estadísticamente significativas ni por sexo ni por ámbito.

Estos accidentes y lesiones ocurrieron principalmente en centros deportivos (45%), sobre todo en los chicos (52,1% de los accidentes no tráfico, 36% en chicas), seguidos de los accidentes

en la calle (22,1% chicos, 12,6% chicas) (Gráfico 10.1). Estas diferencias por sexos en cuanto al lugar en que se produjo el accidente son estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

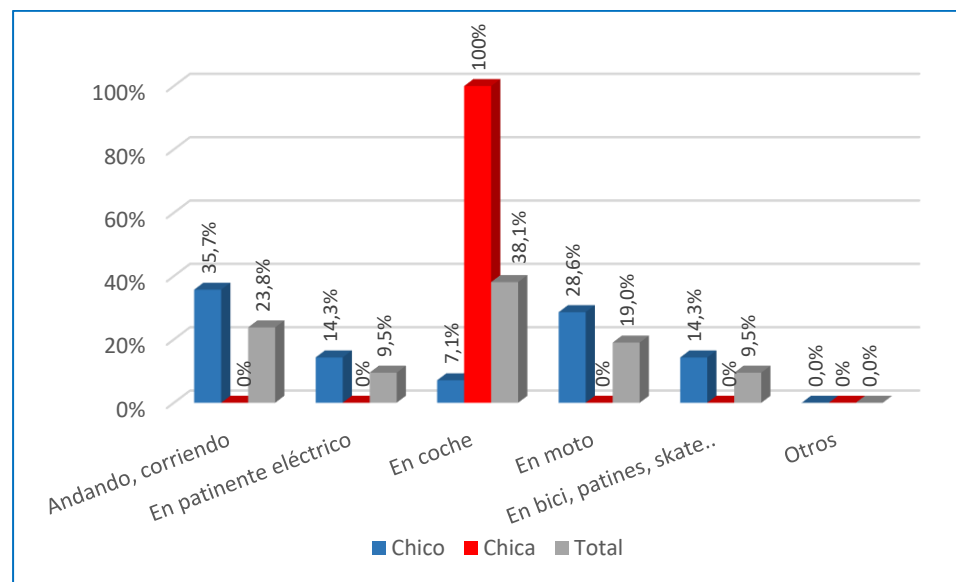
Gráfico 10.1. Lugar donde ocurrió la lesión o accidente (no de tráfico), por sexo.



Respecto a los accidentes de tráfico que precisaron tratamiento médico, el 1,9% de los jóvenes han sufrido alguno en los últimos 12 meses, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico. Sí hay diferencias por sexos en cuanto al medio en que ocurrió el

accidente, ya que todas las chicas lo sufrieron yendo en coche, mientras que sólo un 7,1% de los chicos que sufrieron accidentes de tráfico iba en automóvil, siendo más frecuentes en ellos los accidentes como peatón (andando, corriendo), en moto, bici y en patinete eléctrico (Gráfico 10.2).

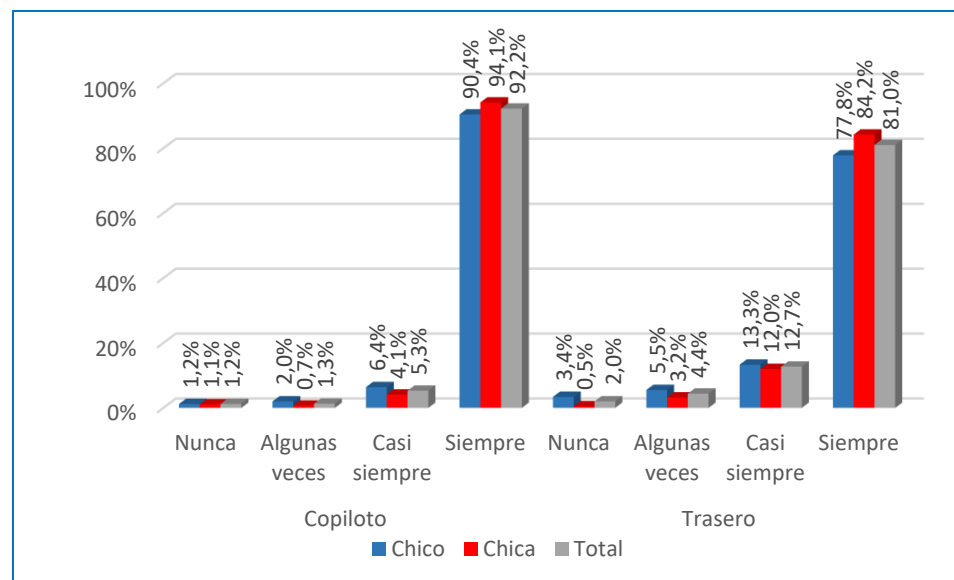
*Gráfico 10.2. Medio de transporte en el que sucedió el accidente de tráfico, por sexo.*



En cuanto a la frecuencia de uso del cinturón de seguridad al ir en coche como pasajero en el asiento delantero, el 92,2% afirma utilizarlo siempre y el 5,3% casi siempre, mientras que el 1,3% solamente lo usan algunas veces y el 1,2% nunca. Por otra parte, al ir en el asiento trasero, el 81% de los jóvenes utilizan el cinturón de seguridad siempre y el 12,7% casi siempre, en cambio

el 4,4% sólo lo usan a veces y el 2% nunca. Hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso del cinturón de seguridad trasero por sexo, con un 84,2% de chicas que lo usan siempre y un 12% la mayoría de las veces, frente al 77,8% y el 13,3% de los chicos respectivamente ( $p=0,001$ ) (Gráfico 10.3).

Gráfico 10.3. Uso de cinturón delantero y trasero, por sexo.

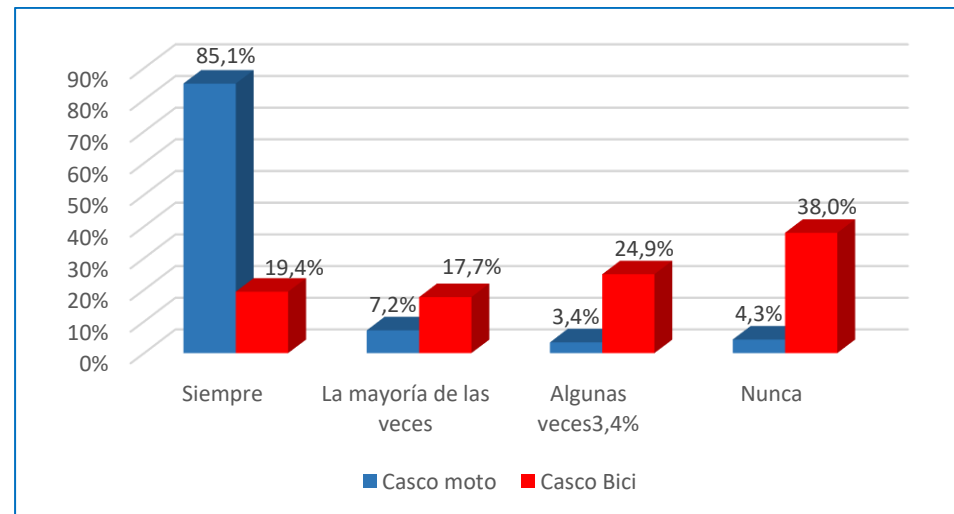


El 27,2% de los jóvenes monta en moto, siendo en medio rural donde más se utiliza (34,7% frente al 25,4% de medio urbano,  $p=0,005$ ) y sobre todo los chicos (38,1%). Entre los que montan en moto, el 85,1% indica que utilizan el casco siempre, el 7,2% la mayoría de las veces, el 3,4% algunas veces y el 4,3% nunca, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico.

Sin embargo, hay una mayor proporción de adolescentes que usan la bicicleta: el 77,9% la utilizan, principalmente los chicos (86,7%, chicas 68,9%,  $p<0,001$ ), sin diferencias significativas por

ámbito. Sin embargo, los jóvenes utilizan el casco con menor frecuencia al ir en bicicleta que en moto (Gráfico 10.4): entre aquéllos que montan en bicicleta, el 21,8% de los chicos utiliza el casco siempre, frente al 16,4% de las chicas, y el 20,8% de los adolescentes del medio urbano en contraste con el 14,1% de los de zona rural. También, cabe destacar que el 38% de los adolescentes indican que no utilizan el casco nunca cuando montan en bici, con diferencias estadísticamente significativas por ámbito ( $p=0,002$ ) (no lo usa el 64,5% de medio rural, frente al 51,8% de medio urbano) (Gráfico 10.4).

Gráfico 10.4. Frecuencia de uso del casco en bici y en moto.



El 10,6% de los adolescentes viajó en los últimos 30 días en un vehículo sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas, sobre todo los chicos (12,5% frente al 8,8% de chicas,

$p= 0,046$ ). También es significativa la diferencia por ámbito, con mayor número de jóvenes de medio rural que contesta afirmativamente (14,4% frente al 9,7% urbano) ( $p=0,041$ ).



## **11. Higiene bucodental**

## 11. HIGIENE BUCODENTAL

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 84,5% de los adolescentes afirma que se lava los dientes más de una vez al día, mientras que el 2,9% reconoce hacerlo con

menor frecuencia o incluso no lavárselos nunca. Asimismo, el 4% no se lava los dientes por la noche antes de acostarse y el 17,4% tan solo lo hace algunas veces. Las diferencias por sexos son estadísticamente significativas: las chicas son las que tienen una mayor higiene dental, con una frecuencia de cepillado mayor a una vez al día superior a los chicos ( $p<0,001$ ) y mayor porcentaje de lavado de dientes siempre antes de acostarse ( $p=0,024$ ), principalmente aquéllas de medio rural, aunque las diferencias por ámbito no son significativas (Gráficos 11.1 y 11.2).

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

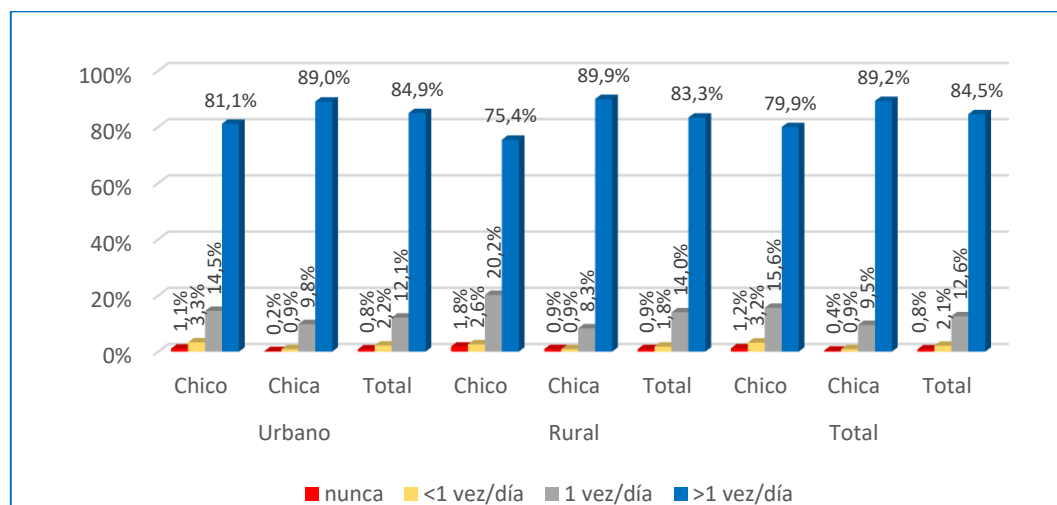
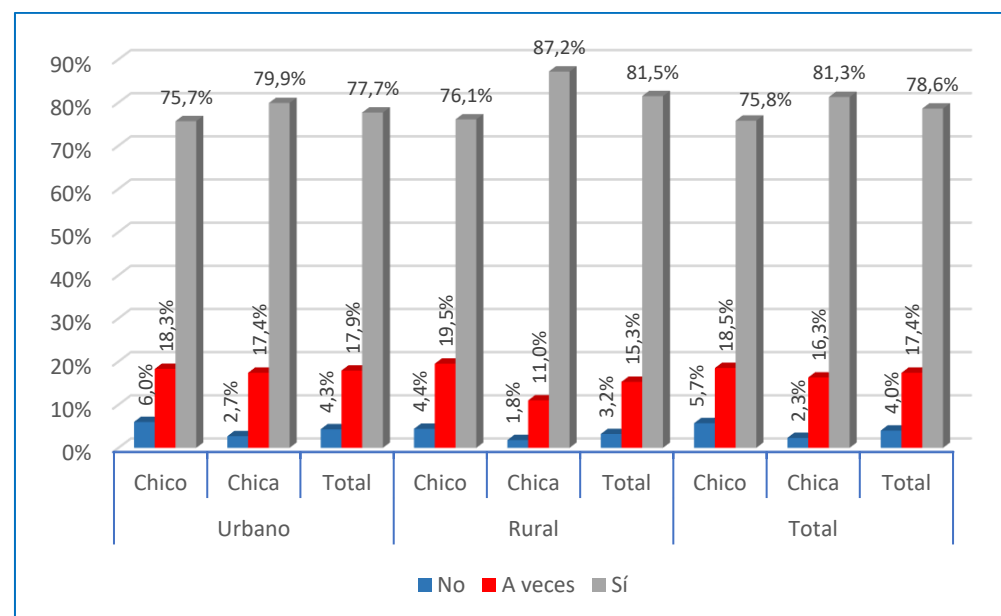




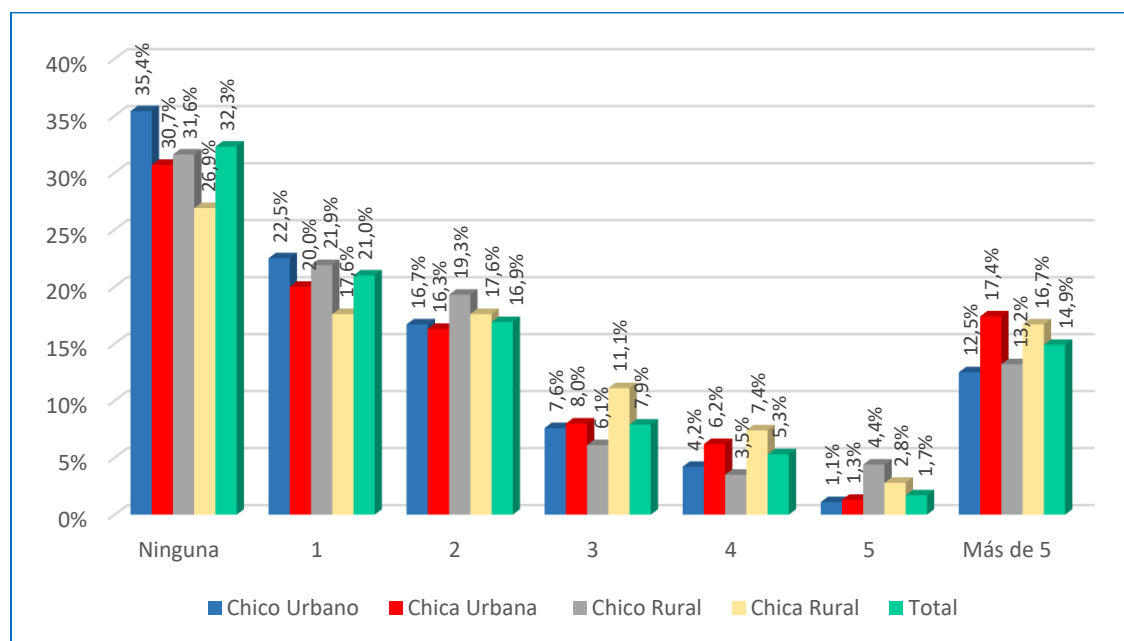
Gráfico 11.2. Lavado dental antes de acostarse, por sexo y ámbito geográfico.



En cuanto a las visitas al dentista en los últimos 12 meses (excluidas las visitas de seguimiento o revisión de aparato dental), el 32,3% no realizó ninguna en ese período, mientras que el 14,9% lo hicieron más de 5 veces. El 21% y el 16,9% fueron 1 y 2 veces respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente

significativas por sexo ni ámbito geográfico, aunque 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 (Gráfico 11.3).

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





## **12. Relaciones con la familia**

## 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.

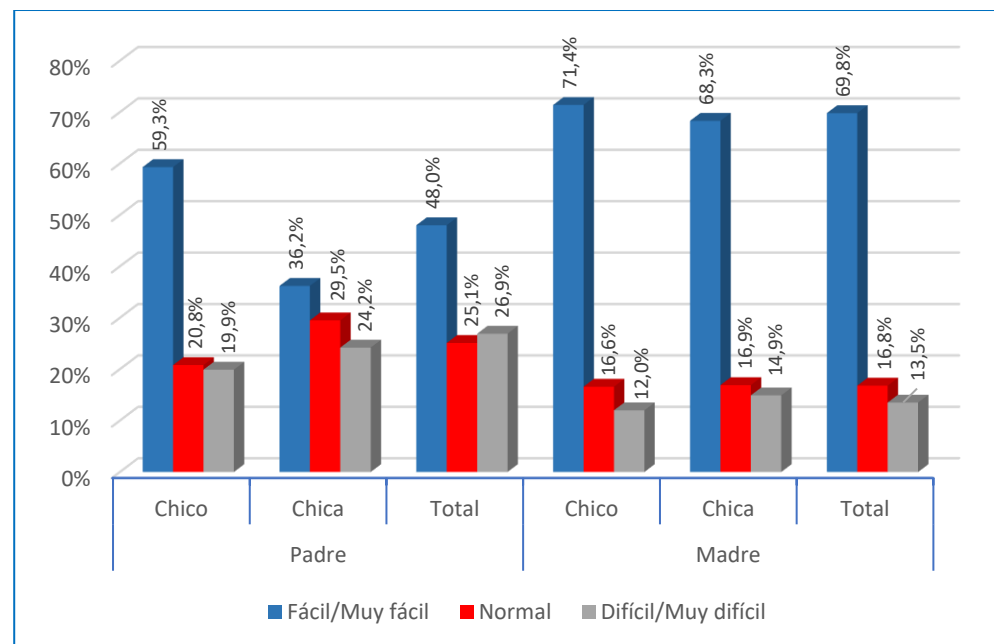
Asimismo, se pidió su valoración personal en distintos grados de acuerdo o desacuerdo del 1 al 5, (1=total desacuerdo, 2=muy en desacuerdo, 3=neutro/normal, 4=muy de acuerdo, 5=total acuerdo), respecto a si su familia realmente intenta ayudarles, si reciben de ésta el apoyo emocional que necesitan, si pueden hablar de sus problemas con su familia y si está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones.

Un 7,5% de los jóvenes no tienen padre o no lo ven, y respecto a la madre este porcentaje es del 1,4%.

Entre los jóvenes que tienen o ven a su padre, el 25,1% afirma que les resulta de una facilidad “normal” hablar con él de las cosas que les preocupan, mientras que al 15,4% les resulta difícil y al 11,5% muy difícil, siendo las chicas en mayor proporción que los chicos quienes encuentran muy difícil el hablar con su padre (16,5% y 6,6%, respectivamente) ( $p < 0,001$ ). Por otra parte,

de aquellos adolescentes que tienen o ven a su madre, el 69,8% encuentran fácil o muy fácil hablar con ella de las cosas que les preocupan, mientras que al 16,8% les resulta de una facilidad “normal” y al 13,5% difícil o muy difícil, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito (Gráfico 12.1).

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

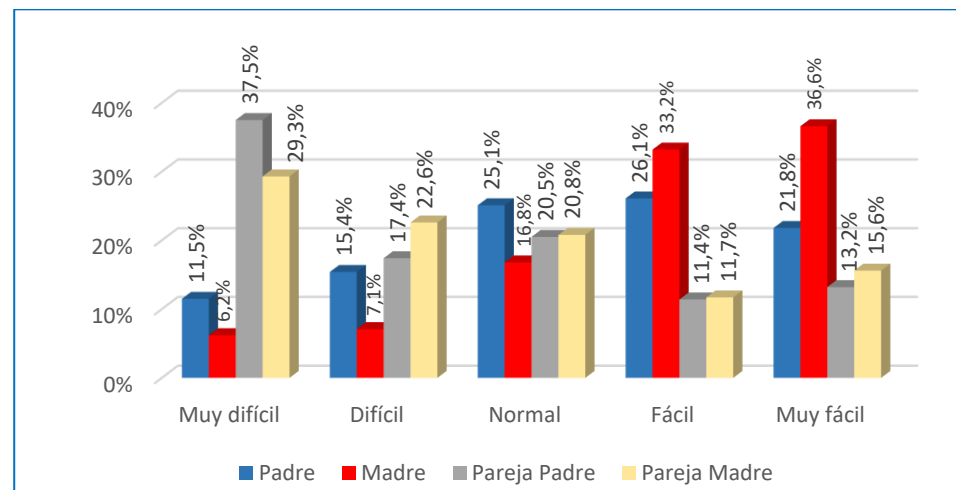


Con la pareja del padre y de la madre (aquellos que tienen, que son el 8,7% y el 13,4% respectivamente), a más de la mitad de los adolescentes les resulta difícil o muy difícil hablar de los temas que les preocupan (54,9% con la del padre y 51,9% con la de la madre), mientras que al 24,6% le resulta fácil o muy fácil hablar con la pareja del padre y al 27,3% con la de la madre, y el grado de dificultad es “normal” para el 20,5% y 20,8% con las parejas del padre y de la madre respectivamente. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ni por ámbito geográfico, aunque los chicos encuentran más dificultad para hablar tanto con la pareja del

padre (56,5% difícil/muy difícil frente al 53% de las chicas) como con la de la madre (55,1% frente al 48% de las chicas).

Por tanto, 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 69,8% le resulta fácil o muy fácil), seguido del padre (48%). Sin embargo, más de la mitad consideran difícil o muy difícil hablar tanto con la pareja del padre (54,9%) como con la de la madre (51,9%) (Gráfico 12.2).

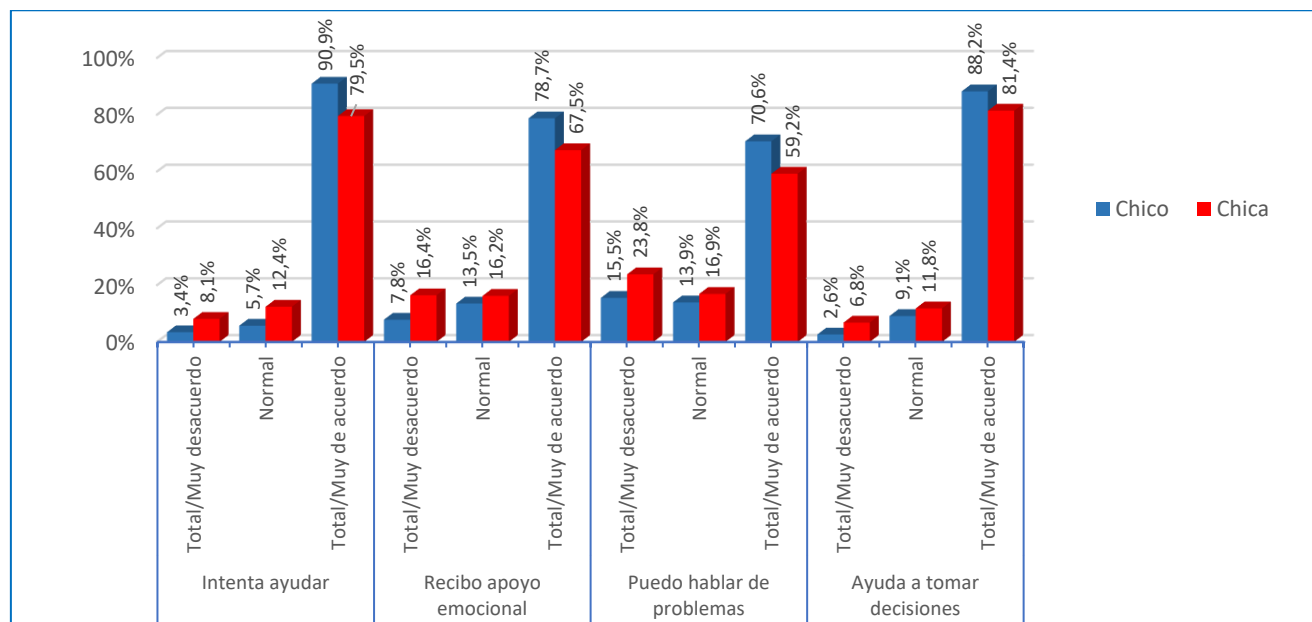
*Gráfico 12.2. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con los padres, madres o sus parejas en caso de haberlas.*



El 85,3% de los adolescentes están totalmente o muy de acuerdo en que sus familias realmente intentan ayudarles, en mayor proporción los chicos (90,9%) que las chicas (79,5%) ( $p < 0,001$ ). De igual manera, el 73,2% están totalmente o muy de acuerdo en que reciben de su familia el apoyo emocional que necesitan, principalmente los chicos (78,7%) frente a las chicas (67,5%) ( $p < 0,001$ ). El 84,9% están totalmente o muy de acuerdo en que su familia está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones,

también en mayor proporción los chicos (88,2%) que las chicas (81,4%) ( $p=0,007$ ). En cambio, en cuanto a hablar de sus problemas con su familia, únicamente el 65% de los adolescentes están totalmente o muy de acuerdo, siendo también los chicos los que lo están en mayor porcentaje (70,6%) que las chicas (59,2%) ( $p < 0,001$ ). 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**



### 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.

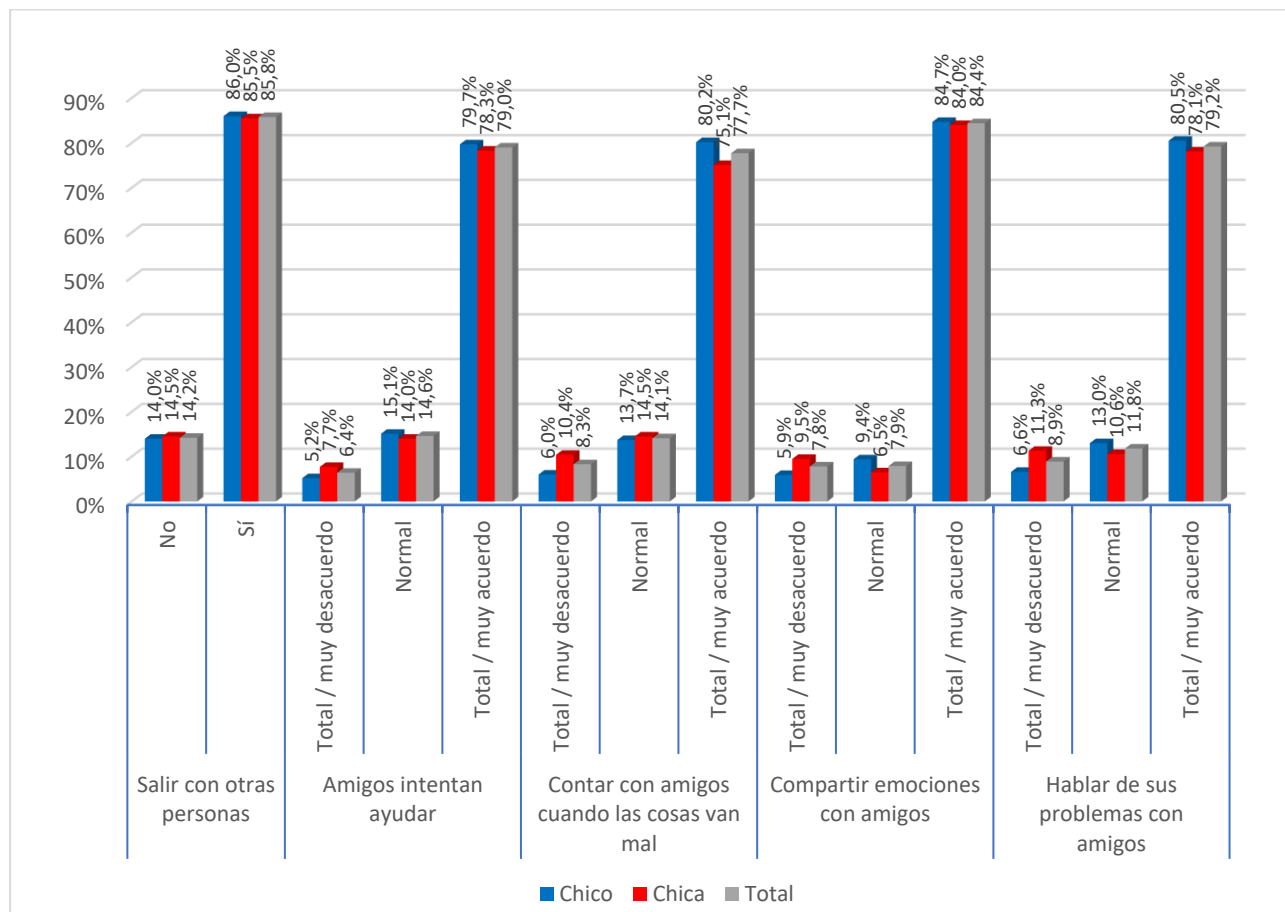
El 85,8% de los adolescentes afirma que sale con otras personas para distraerse, sin diferencias significativas por sexo o ámbito.

El 79% está totalmente o muy de acuerdo en que sus amigos realmente tratan de ayudarle (78,3% de las chicas y 79,7% de los chicos), mientras que el 5,2% de los chicos y el 7,7% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo.

De igual manera, la mayoría de los jóvenes (77,7%) 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 (80,2%) que las chicas (75,1%), mientras que el 6% de los chicos y el 10,4% de las chicas opinan todo lo contrario ( $p=0,009$ ).

El 84,4% refiere estar totalmente o muy de acuerdo en que tiene amigos con los que compartir emociones, aunque un 7,8% indica que no está de acuerdo (chicos 5,9%, chicas 9,5%,  $p=0,007$ ), y con respecto a si pueden hablar de sus problemas con los amigos, el 79,2% afirma que están totalmente o muy de acuerdo (80,5% de los chicos y 78,1% de las chicas), mientras que un 6,6% de los chicos y un 11,3% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo ( $p=0,043$ ) (Gráfico 13.1). En ninguno de los casos se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por ámbito.

Gráfico 13.1. Valoración de las relaciones sociales, por sexo.





## **14. Uso de internet y teléfono móvil**

## 14. USO DE INTERNET Y DEL TELÉFONO MÓVIL

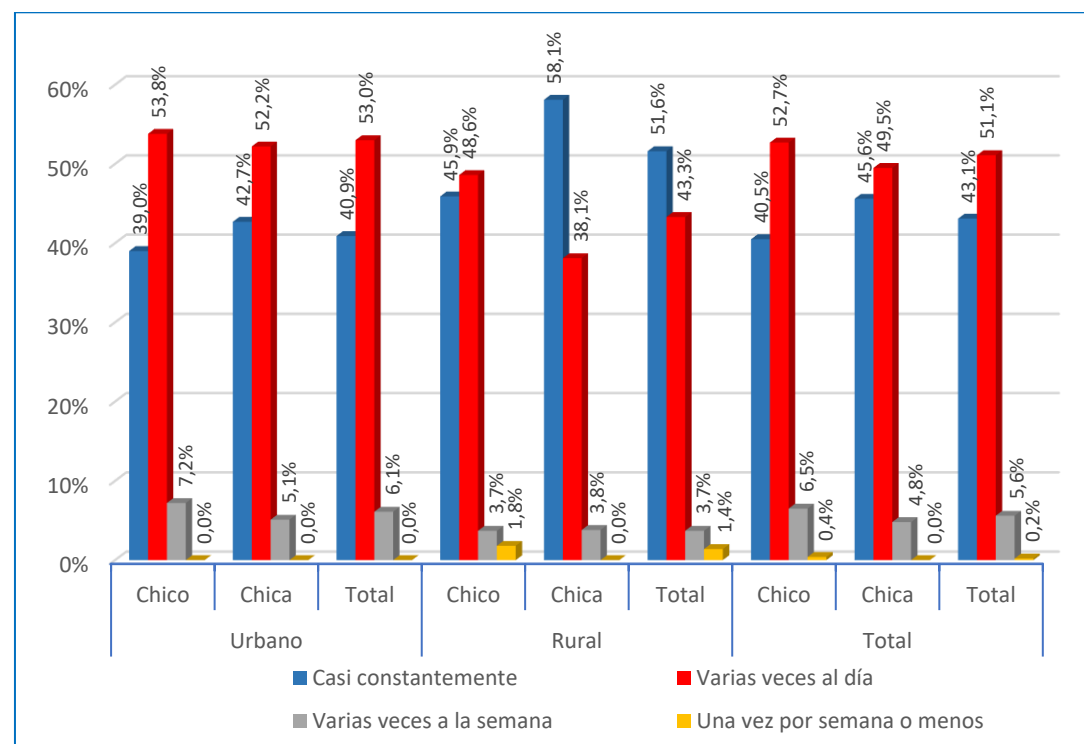
El cuestionario incluye un apartado sobre el uso de internet y de teléfono inteligente. Se les preguntó a los adolescentes si utilizan un móvil smartphone y, en caso de hacerlo, con qué frecuencia utilizan internet en el móvil. También si apagan el teléfono en clase, cuando estudian, en lugares no permitidos y al dormir. Además, se recogió información sobre la frecuencia con que 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, y 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 la red.

No hay diferencias significativas por sexo respecto a utilizar smartphone, lo que hacen el 96,6% de los adolescentes, ni respecto a la frecuencia de uso de internet en este dispositivo, donde sí las hay sin embargo en base al ámbito geográfico ( $p=0,004$ ): el 43,1% de los jóvenes se conecta casi constantemente, sobre todo en medio rural (51,6% frente a 40,9% urbano), mientras que del 51,1% de jóvenes que se conecta varias veces al día, es mayor el porcentaje en medio urbano que rural (53% frente a 43,3%,  $p=0,011$ ) (Gráfico 14.1),

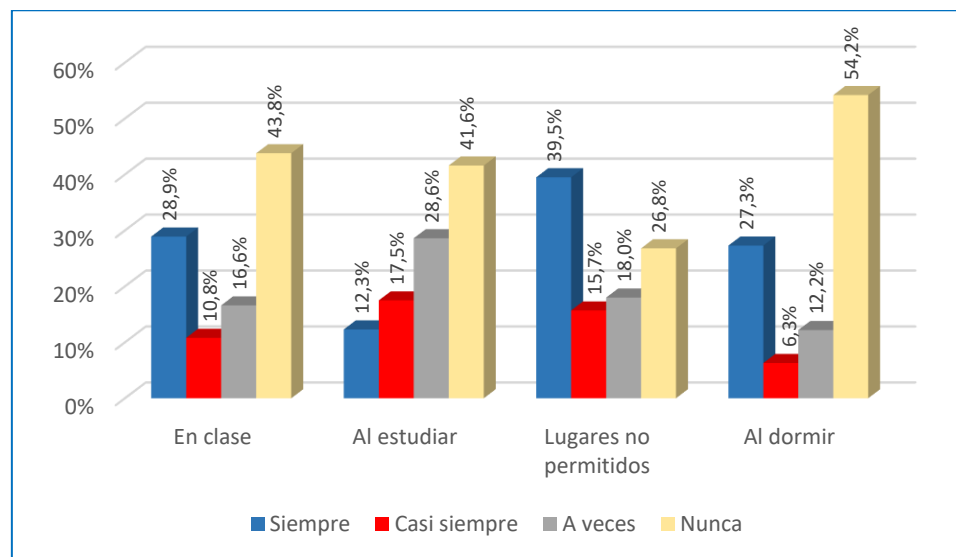
Gráfico 14.1. Frecuencia de uso de internet en el móvil, por sexo y ámbito geográfico.



En general, la circunstancia en la que mayor proporción de jóvenes apaga siempre el móvil es en lugares no permitidos (39,5%), mientras que es más común que no lo apaguen nunca al dormir (54,2%) y en clase (43,8%) (Gráfico 14.2). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a apagado del

móvil al estudiar y al dormir ( $p < 0,001$  y  $p < 0,004$  respectivamente), con más chicos que lo apagan siempre, mientras que en clase estas diferencias son significativas por ámbito, con más jóvenes de medio urbano que lo apagan siempre (30,6% frente al 22% rural) ( $p = 0,006$ ).

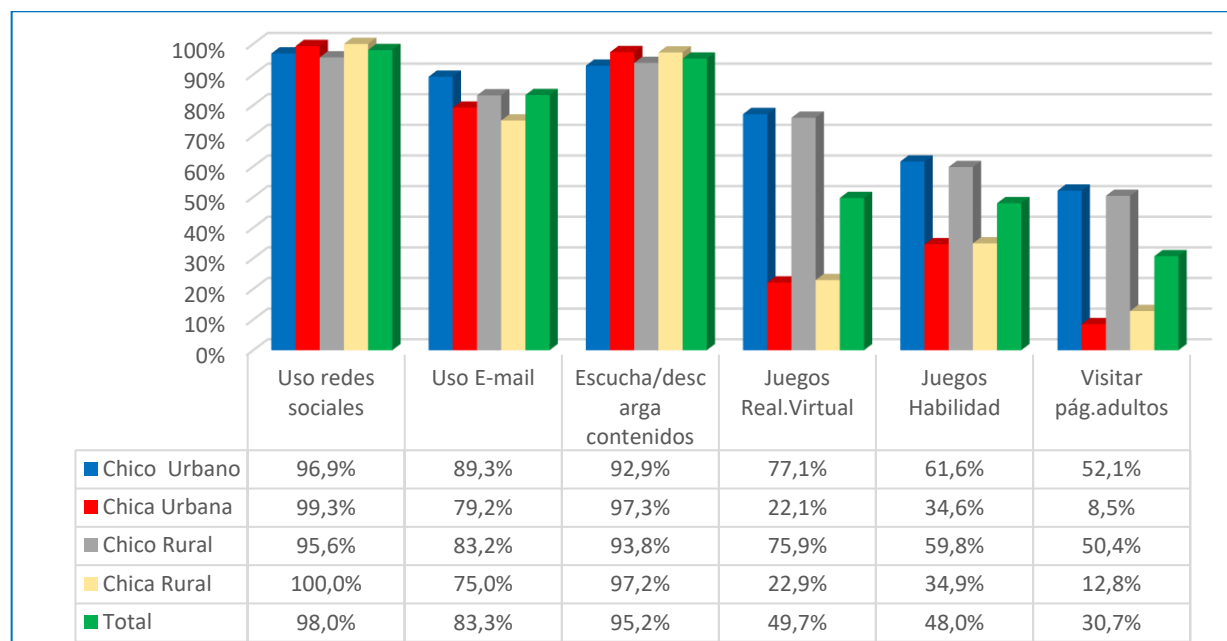
Gráfico 14.2. Frecuencia con la que apagan el móvil en distintas situaciones.



En los últimos 30 días la casi totalidad de los jóvenes (98%) utilizó las redes sociales (Whatsapp, Facebook...) y el 83,3% el e-mail. El 95,2% escuchó o descargó contenidos de la red (música, series, películas, etc..), el 49,7% participó en juegos de realidad virtual, el 48,0% en juegos de habilidad y el 30,7% visitó páginas para adultos. En todos los casos hay diferencias significativas por sexo ( $p \leq 0,001$ ), siendo las chicas los que más utilizan las redes

sociales y escuchan/descargan contenidos, mientras que los chicos las superan en cuanto a uso del correo electrónico, participación en juegos de realidad virtual y de habilidad, y también son ellos los que más visitan páginas solo para adultos (Gráfico 14.3). No se han encontrado diferencias por ámbito geográfico.

Gráfico 14.3. Principal actividad en internet los últimos 30 días.



En los dos últimos meses, a través de internet, el 42,9% de los adolescentes ha intercambiado mensajes con desconocidos, destacando que el 11,4% lo ha hecho varias veces a la semana, mientras que el 24,3% lo ha hecho en 1 o 2 ocasiones en ese periodo de tiempo. Hay diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p=0,044$ ), siendo más los chicos que intercambian mensajes varias veces por semana (13,9% frente a 8,8% chicas).

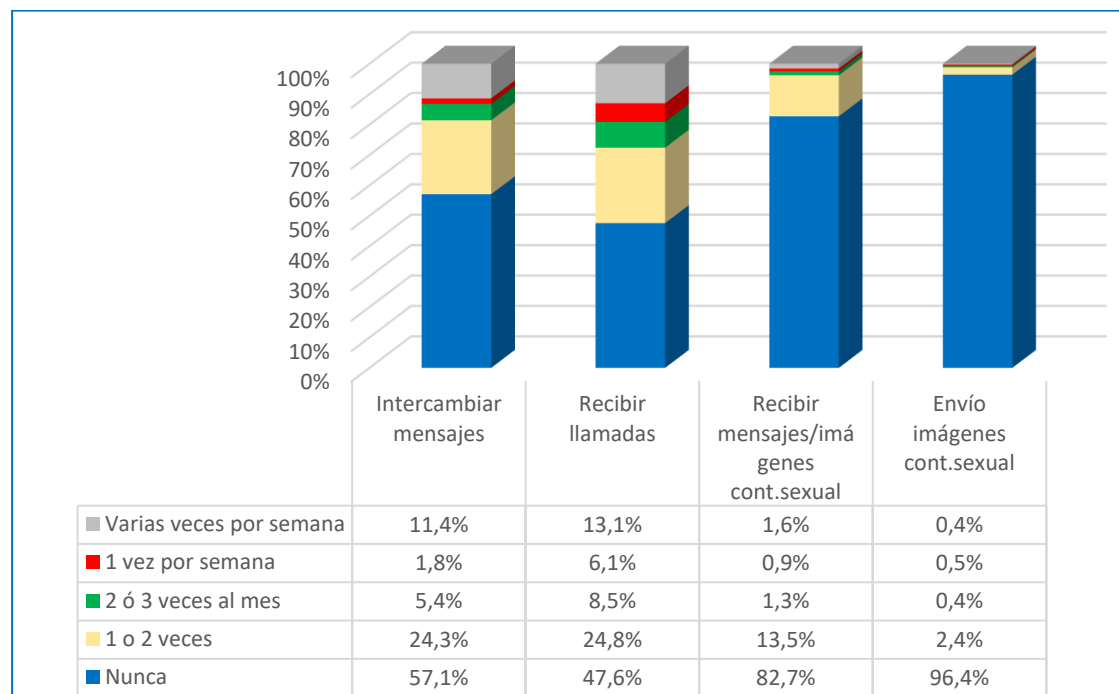
Respecto a la recepción de llamadas de desconocidos, el 52,4% de los jóvenes las ha recibido en los últimos dos meses, el 13,1% varias veces a la semana y el 24,8% en 1 o 2 ocasiones, con diferencias estadísticamente significativas por sexo ( $p=0,010$ ), siendo más frecuente en los chicos.

Por otra parte, el 17,3% 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 13,5% los han recibido 1 ó 2 veces en ese periodo y el 1,6% 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 3,6% 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).



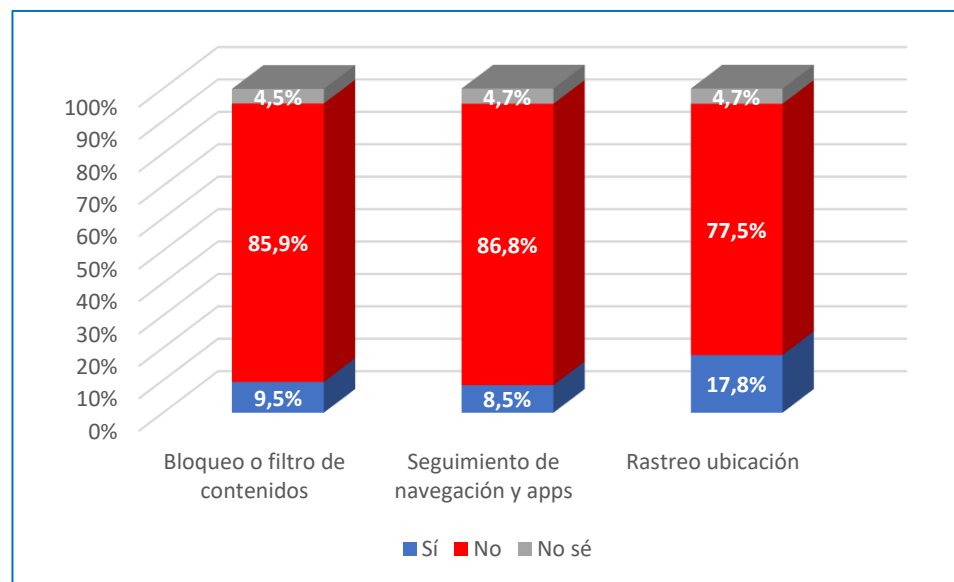
Gráfico 14.4. Interacción con desconocidos.



En cuanto al control de padres o tutores sobre la navegación en internet, el 9,5% utiliza programas de control parental para bloquear o filtrar contenidos, el 8,5% para conocer en qué páginas navegan sus hijos y las aplicaciones que utilizan y el 17,8% para conocer la ubicación del adolescente (Gráfico 14.5).

En este último caso hay diferencias estadísticamente significativas por sexos (es más frecuente en chicas: 21,3% frente al 14,2% de los chicos,  $p=0,002$ ) y en medio urbano (19,5% frente al 10,4% rural,  $p=0,006$ ).

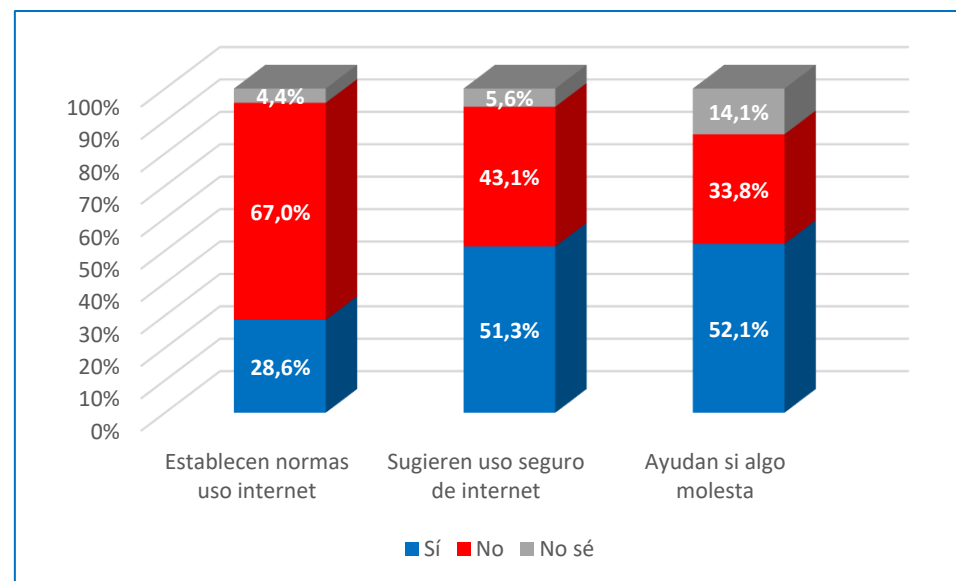
Gráfico 14.5. Uso de programas de control parental



Es mayor, sin embargo, la participación de padres y tutores respecto a la utilización de internet: el 28,6% establecen normas y limitaciones en relación al uso de la red, el 51,3% sugieren modos de uso seguro y el 52,1% ayudan a los jóvenes si algo les

molesta en internet (Gráfico 14.6). En los dos últimos casos hay diferencias por sexos, con mayor participación de los padres en el caso de las chicas ( $p < 0,001$  en ambos casos).

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





## **15. Acoso escolar**

## 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.

Al igual que en ediciones anteriores 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 in-

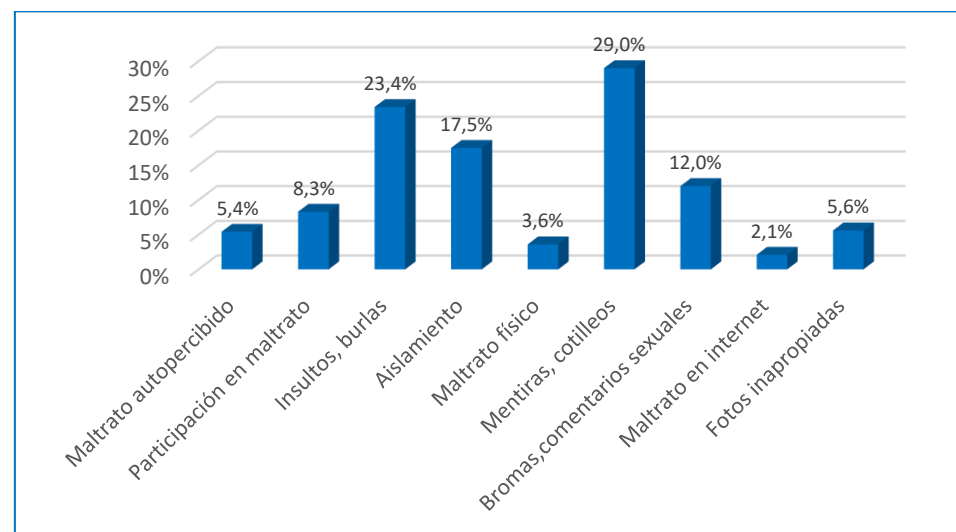
ventados, bromas y comentarios de contenido sexual y publicación de fotos inapropiadas tomadas sin permiso, que aquéllos que reconocen haber sufrido maltrato (Gráfico 15.1). Por ello, los datos presentados sobre cada tipo de maltrato hacen referencia al total de jóvenes, no al total de los que se autoperciben como maltratados.

El 5,4% de los encuestados afirma haber sufrido maltrato escolar en los últimos dos meses, y el 0,2% lo sufren varias veces a la semana. Por otra parte, el 8,3% de los jóvenes admite haber participado en algún episodio de maltrato a otro/a compañero en el colegio o instituto en ese período. El 23,4% de los adolescentes ha recibido burlas e insultos en los dos últimos meses y el 1,3% en varias ocasiones a la semana. El 17,5% 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 2% de los casos. Además, al 12% 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 1,6% de los jóvenes. El 5,6% han sido víctimas de la publicación en internet de fotos no favorecedoras o inapropiadas que les hicieron sin permiso, y en el 0,4% se repitió varias veces por semana.

También el maltrato físico sufrido por un 3,6% de los jóvenes se repitió varias veces por semana en el 0,3%. En relación con el ciberacoso, el 2,1% de los adolescentes refieren haberlo sufrido y el 0,4% en varias ocasiones a la semana.

Por otra parte, el 29% de los adolescentes han sido víctimas de mentiras o cotilleos inventados por otros compañeros, el 2,1% de ellos varias veces a la semana (Gráfico 15.1).

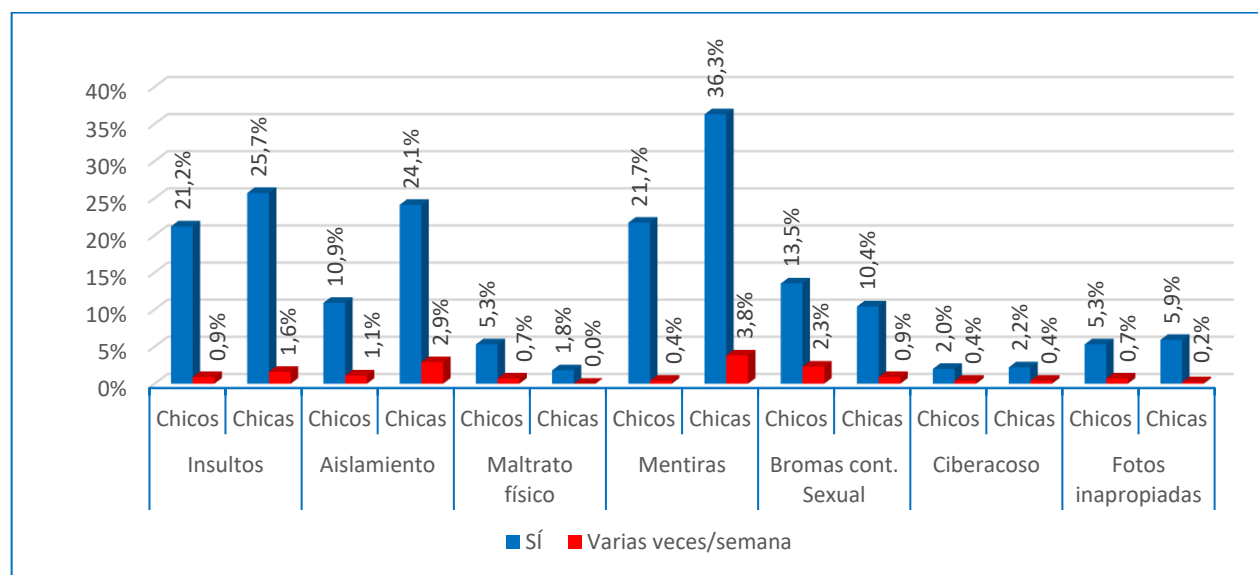
*Gráfico 15.1. Frecuencia de maltrato escolar y tipos de maltrato recibido en los últimos 60 días (en el total de participantes).*



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico en cuanto a haber sufrido maltrato, pero sí las hay respecto al tipo de maltrato recibido: son las chicas las que más frecuentemente sufren aislamiento (10,9% chicos, 24,1% chicas,  $p<0,001$ ), así como mentiras o cotilleos inventados (21,7%-36,3%,  $p<0,001$ ) por parte de sus compañeros, mientras que los chicos sufren en mayor proporción maltrato físico (golpes/zarandeos/encierros) (5,3%

chicos frente a 1,8% chicas,  $p=0,001$ ) (Gráfico 15.2). Respecto al ámbito geográfico solo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a las bromas de contenido sexual, más frecuentes en el ámbito rural (16,3%, frente al 10,9% en el ámbito urbano,  $p= 0,027$ ). En cuanto al maltrato a otros compañeros, son más los chicos que participaron en él (10% frente al 6,6% de las chicas,  $p=0,044$ ), sin diferencias significativas por ámbito geográfico.

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



Del total de jóvenes que declara haber sufrido maltrato, el 29,3% ha participado en maltrato a otros compañeros, y el 18,8% de los jóvenes que han participado en acoso a otros compañeros ha sido víctima del mismo.

Ninguno de los adolescentes encuestados refiere haber sufrido todos los tipos de acoso descritos en el cuestionario en alguna ocasión durante los últimos dos meses, pero el 24,4% ha sufrido al menos uno de éstos durante ese período, aunque sólo el 5,4% del total lo ha percibido como maltrato.





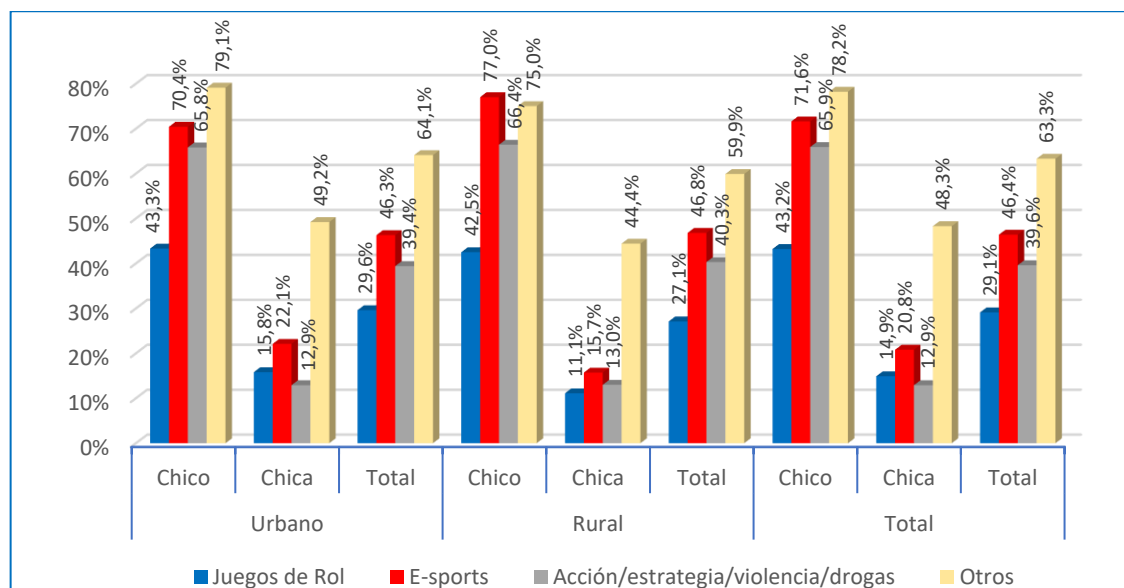
## 16. Videojuegos

## 16.- VIDEOJUEGOS

En 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 videojuegos de otro tipo. El 29,1% de los adolescentes jugaron a juegos de rol, el 46,4% a los de deportes,

el 39,6% a videojuegos de violencia, drogas y/o sexo y el 63,3% a otro tipo de videojuegos. 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), pero no las hay, sin embargo, por ámbito geográfico.

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





## **17. Juego con dinero**

## 17. JUEGO CON DINERO

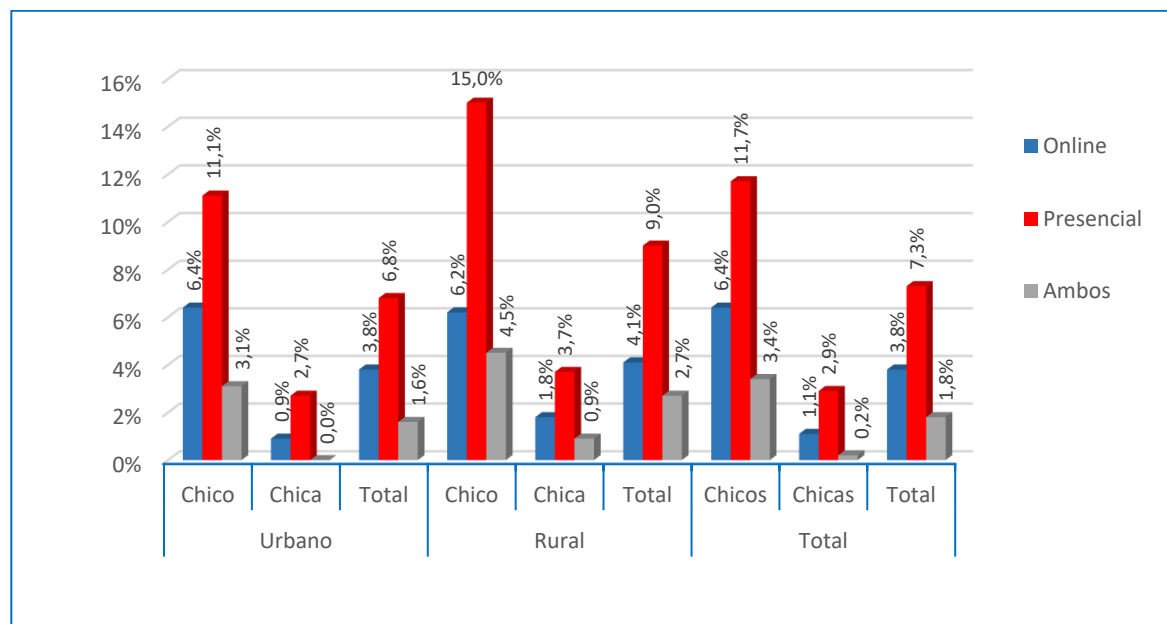
Se ha preguntado a los estudiantes si en los últimos 30 días han jugado/apostado con dinero, tanto en internet (webs o aplicaciones de apuestas, etc....) como de forma presencial en locales especializados o terminales de apuestas de establecimientos hosteleros. También se preguntó a qué edad jugaron 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?<sup>5</sup>.

El 91,9% del total de participantes refiere no haber jugado nunca con dinero en internet, y el 87,5% no lo ha hecho nunca de forma presencial. Al preguntar sobre los últimos 30 días, el 3,8% dice haber jugado con dinero en internet y el 7,3% de forma presencial en este mismo período. Un 1,8% 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 ( $p<0,001$ ) (Gráfico 17.1) y ambas ( $p<0,001$ ).

---

<sup>5</sup> Johnson, E.E., et al.(1988). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. Psychological Reports, 80, 83-88.

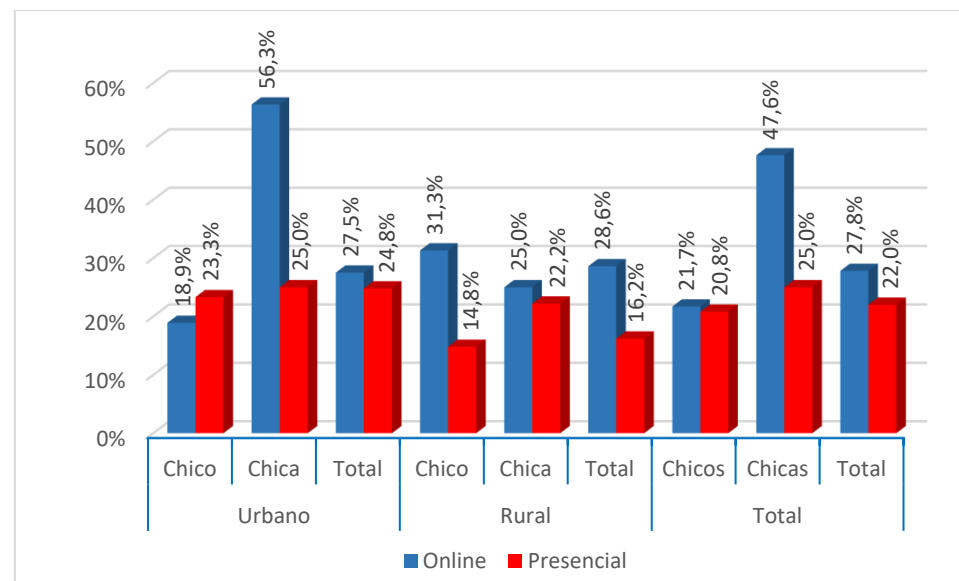
Gráfico 17.1 Juego con dinero en los últimos 30 días por sexo y ámbito.



En cuanto a la edad en que comenzaron a jugar, más de la cuarta parte de los estudiantes que alguna vez han jugado dinero en internet declaran haber comenzado antes de los 13 años (27,8%, lo que supone el 2,2% del total de encuestados), y de forma presencial el porcentaje de los que comenzaron antes de esa edad es del 21,7% (2,7% del total). Son más las chicas jugadoras que se iniciaron en el juego antes de los 13 años en internet (47,6% y 21,7% de los jugadores respectivamente,

$p=0,020$ ). También de forma presencial son más las jugadoras que comenzaron antes de los 13 años (25% frente al 20,8% de los chicos jugadores), sin diferencias estadísticamente significativas respecto al ámbito. Por sexo y ámbito, el 56,3% de las chicas y un 18,9% de los chicos de medio urbano comenzaron a jugar en internet antes de los 13 años, mientras que el 31,3% de los chicos y el 25% de las chicas de medio rural lo hicieron a esa edad ( $p=0,034$ ) (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 5,8% de los jugadores (0,98% de los participantes) contestó afirmativamente a las dos preguntas del cuestionario. Un 17,3% de los jóvenes que han jugado alguna vez ha necesitado apostar más y más dinero, y un 8,3% ha mentido a gente importante para

él respecto a cuánto juega (Gráficos 17.3 y 17.4) Aunque las respuestas afirmativas en todos estos casos son más numerosas en los chicos, no hay diferencias significativas por sexo más que en el hecho de necesitar apostar más y más dinero (chicos 22,5%, chicas 3,8%,  $p=0,002$ ).

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

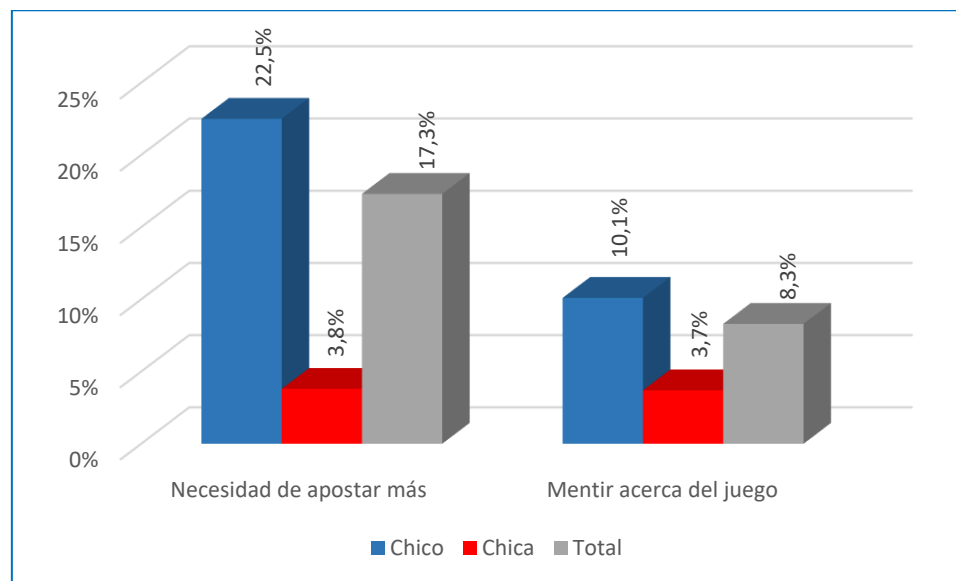
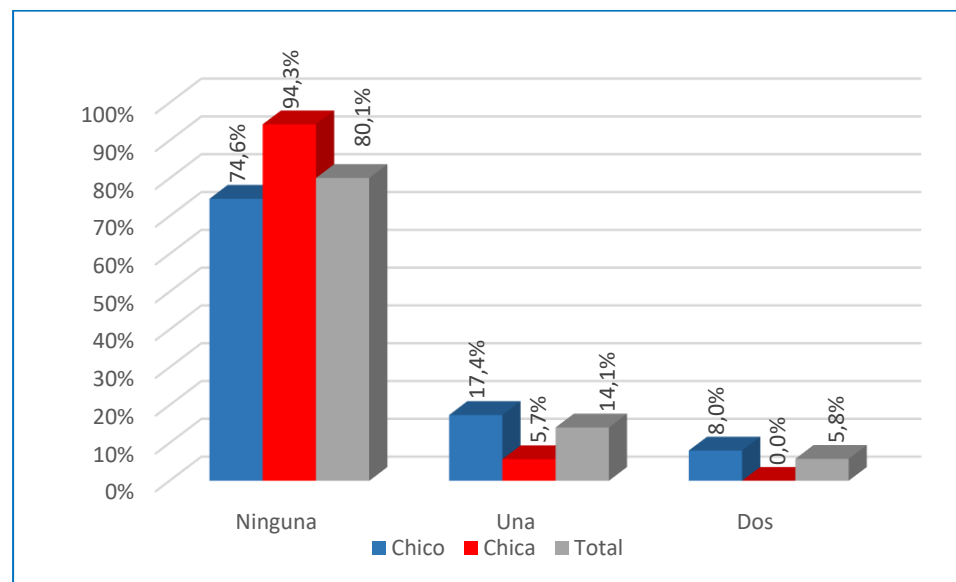


Gráfico 17.4 Nº de respuestas afirmativas de los jugadores en el cuestionario Lie/bet.







## 18. Metodología

## 18. METODOLOGÍA

### 1. Cálculo del tamaño muestral y selección de la muestra

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 (4º 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 realizada 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.

En la edición 2020-2021, (con un mayor intervalo respecto a la anterior debido a la pandemia por COVID-19) participaron 67 aulas correspondientes a 60 centros escolares, obteniéndose finalmente 1020 cuestionarios válidos. La tasa de respuesta en esta edición se estimó en un 79,0%.

Para la presente edición, 2022-2023, se realizó un muestreo estratificado por conglomerados, donde las unidades de muestreo son las aulas de los colegios, en las cuales se pasan los cuestionarios y los estratos los entornos urbano y rural. Las unidades finales son los alumnos de las aulas seleccionadas. Se contó con un listado de 383 colegios públicos y privados de la comunidad que contienen 942 aulas distribuidas del siguiente modo:

*Tabla 18.1: Distribución de colegios y aulas por entorno*

	Colegios	Aulas
<b>URBANA-SEMIURBANA</b>	270	729
<b>RURAL</b>	113	213
<b>TOTAL</b>	383	942

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 18.2. Distribución de las personas por sexo y entorno*

	Hombres	Mujeres	Total
<b>URBANA-SEMIURBANA</b>	7.739	7.730	15.469
<b>RURAL</b>	1.956	1.890	3.846
<b>TOTAL</b>	9.695	9.820	19.315

Para evitar el incremento del coste de muestreo al tomar dos muestras distintas de hombres y mujeres, se tomó 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 la muestra<sup>6</sup>:

<sup>6</sup> The R Language

*Tabla 18 3: Muestra teórica*

	Hombres	Mujeres	Total
<b>URBANA-SEMIURBANA</b>	257	257	514
<b>RURAL</b>	239	239	478
<b>TOTAL</b>	496	496	992

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 (50,2% a 49,8%), para asegurar la representatividad por género (en este caso de las mujeres) habría que incluir a 517 del entorno urbano y 480 alumnos del entorno rural y (para que el 49,8% 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: 655 del entorno urbano y 608 del rural.

La media de alumnos por aula en el entorno urbano es de 21,2, por lo tanto, se requirieron 31 aulas. La media en el entorno rural es de 18,1, requiriendo 34 aulas.

*Tabla 18.4: Muestra ajustada*

	Total	Media alumnos	Aulas
<b>URBANA-SEMIURBANA</b>	655	21,2	31
<b>RURAL</b>	608	18,1	34
<b>TOTAL</b>			65

### Selección de la muestra:

Las aulas se seleccionan mediante muestreo proporcional al tamaño de cada estrato, lo que amplía el número de aulas a 75 debido al redondeo hacia arriba. La encuesta se realiza a todos los alumnos de las aulas seleccionadas.

*Tabla 18.5: Distribución de personas y aulas*

Provincia	Urbano			Rural		
	Personas	%	Aulas	Personas	%	Aulas
<b>Avila</b>	800	5,2%	2	520	13,5%	5
<b>Burgos</b>	2622	17,0%	6	342	8,9%	4
<b>Leon</b>	2663	17,2%	6	579	15,1%	6
<b>Palencia</b>	815	5,3%	2	345	9,0%	4
<b>Salamanca</b>	2189	14,2%	5	483	12,6%	5
<b>Segovia</b>	882	5,7%	2	456	11,9%	5
<b>Soria</b>	472	3,1%	1	257	6,7%	3
<b>Valladolid</b>	4048	26,2%	9	667	17,3%	6
<b>Zamora</b>	978	6,3%	2	197	5,1%	2
<b>Total</b>	15469		35	3846		40

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

Tabla 18.6: Distribución de la muestra final

	Urbano/semiurbano				Rural				Total
	Aulas	Hombres	Mujeres	Ambos	Aulas	Hombres	Mujeres	Ambos	
Ávila	2	18	24	42	5	34	47	81	123
Burgos	6	65	62	126	4	40	39	79	205
León	6	64	57	121	6	59	52	111	232
Palencia	2	26	20	46	4	32	41	73	119
Salamanca	5	54	68	122	5	51	44	95	217
Segovia	2	16	19	35	5	53	43	96	131
Soria	1	12	14	27	3	31	28	59	86
Valladolid	9	101	100	201	6	47	50	97	298
Zamora	2	16	17	33	2	17	9	26	59
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>372</b>	<b>381</b>	<b>753</b>	<b>40</b>	<b>365</b>	<b>352</b>	<b>716</b>	<b>1469</b>

## 2. Realización de la encuesta:

El trabajo de campo de la edición 2022-2023, comenzó el 8 de febrero de 2023, desarrollándose durante 5 semanas y finalizando el 17 de Marzo.

En dicha edición se seleccionaron 75 aulas correspondientes a 69 centros escolares a cuyo criterio se dejó la elección de las fechas para realizar la encuesta dentro de ese período, ya que coincidía con evaluaciones en distintas semanas

en cada uno de ellos. 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.

La herramienta utilizada fue la misma de la edición anterior: 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 (94,45%) sobre las realizadas (Fig.1).



El nº de participantes corresponde al referido en el anexo V de los informes provinciales.

Fig.1 Datos globales encuesta 2022-2023

El número total de alumnos seleccionados fue de 1583, algo superior al previsto (1470), debido a que los listados de centros utilizados en el muestreo no estaban actualizados en todos los casos. Aportaron el consentimiento un total de 1218 alumnos (76,94%), de los cuáles finalmente participaron 1190 (75,17%) y se recibieron 1122 cuestionarios (70,9% sobre el nº total de alumnos, 94,3% de los que participaron). Los datos de participación corresponden a los reflejados en el anexo V de los informes provinciales.

Algunos jóvenes, a pesar de haber entregado el consentimiento, no quisieron participar y otros estaban ausentes del centro escolar el día en que se realizó la encuesta, bien por enfermedad u otros motivos. En cuanto al 5,7% de encuestas que no se han recibido, parece que algunos alumnos tuvieron problemas al validarla, en algún caso debido a fallos de conexión en el centro, y en otros casos es posible que no se enviaran correctamente a pesar de haber indicado a los alumnos los pasos necesarios para hacerlo.

El índice de participación fue del 75,17%, siendo mayor en medio rural (76%) que en medio urbano (74,4%).

<sup>7</sup> 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

### 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 corresponden a los establecidos por la Internacional Obesity Task Force (IOTF)<sup>7</sup> <sup>8</sup> y la OMS<sup>9</sup>. 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:

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

<sup>8</sup> 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

<sup>9</sup> [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/)

Donde:

$w_i$  es el factor de ponderación para cada estrato.

$N_i$  : número de jóvenes en cada estrato de la población de referencia.

$n_i$ : número de jóvenes en cada estrato de la muestra.

Los factores de ponderación obtenidos fueron:

Chico		Chica	
Urbano	Rural	Urbana	Rural
1,71	0,39	1,48	0,41

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 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 mundial<sup>10</sup>.

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”<sup>11</sup> realizadas a una muestra aleatoria de alumnos de 4º de la ESO con una frecuencia bienal. La última edición de dicha encuesta se ha realizado durante el curso escolar 2022/2023.

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

<sup>10</sup> <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

<sup>11</sup> <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon/estudio-habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon>

y salud <sup>12</sup>, 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.

## 1-ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

Numerosos estudios demuestran los beneficios que aporta a la salud del individuo el mantenerse físicamente activo<sup>13</sup>. Esto es aún más importante en una etapa de grandes cambios, tanto físicos como emocionales, como es la adolescencia.

<sup>12</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041363>.

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, traspasar...).

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.

<sup>13</sup> 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

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.
- 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 (pasan mucho tiempo frente a pantallas, se desplazan 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 adolescentes<sup>14</sup>, 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 2030<sup>15</sup>. 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 realicen<sup>16</sup>:

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 respiración y latido cardíaco más rápidos). 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

<sup>14</sup> [https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/investigacion\\_ocio\\_digital/](https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/investigacion_ocio_digital/)

<sup>15</sup> World Health Organization. Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030. Más personas activas para un mundo sano. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>16</sup> [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/actividadFisica/docs/Recomendaciones\\_ActividadFisica\\_poblacion\\_5\\_17anos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/actividadFisica/docs/Recomendaciones_ActividadFisica_poblacion_5_17anos.pdf)

mientras se realiza el ejercicio, la sudoración 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 sobreentrenamiento.

## RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES



Fuente: [https://www.salud.gob.es/areas/promocionPrevencion/actividadFisica/docs/Recomendaciones\\_ActividadFisica\\_poblacion\\_5\\_17anos.pdf](https://www.salud.gob.es/areas/promocionPrevencion/actividadFisica/docs/Recomendaciones_ActividadFisica_poblacion_5_17anos.pdf)

### Recursos en la red:

- (1) <https://www.familiaysalud.es/salud-joven/alimentacion-y-ejercicio-fisico/deporte-y-actividad-fisica>: Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria con 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-espanol>: Página web con información sobre salud para adolescentes.
- (4) [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/Guia\\_PacoyPaca.htm](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/Guia_PacoyPaca.htm)
- (5) [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe\\_sivfrent-j\\_2019.pdf](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

La alimentación de los jóvenes tiene una gran repercusión sobre la salud y la calidad de vida en la etapa adulta. 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 imagen corporal, la búsqueda de autonomía y el tener un mayor poder adquisitivo. Esto puede llevar a importantes riesgos nutricionales, tanto por exceso como por defecto, e influir en el aumento de prevalencia de algunas patologías que son la principal causa de enfermedad y muerte en el mundo actual<sup>17</sup>.

Para potenciar la realización de una dieta equilibrada en esta etapa es importante desarrollar un plan de recomendaciones

nutricionales que logre despertar el interés de los jóvenes y a la vez mantenga su independencia y capacidad para hacer sus propias elecciones dietéticas. Una ingesta equilibrada y variada de alimentos ligada a la práctica de actividad física regular se asocia con una vida saludable y un adecuado desarrollo intelectual.

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 vitaminas<sup>18</sup>.

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

<sup>17</sup>[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38\\_nutricion\\_adolescente.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38_nutricion_adolescente.pdf)

<sup>18</sup> 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

en familia, seguir dietas sin indicación médica, realizar una actividad física intensa sin el asesoramiento adecuado, o por el contrario, potenciar el sedentarismo, pasando muchas horas frente a pantallas. Algunas de estas conductas, además de favorecer la aparición de patologías como la anorexia y la bulimia <sup>19</sup>, 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 de alimentos 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:

<sup>19</sup> 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.

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).

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 importante 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.

El desayuno debe incluir leche o productos lácteos, pan o cereales (preferiblemente integrales con un contenido mínimo en azúcares refinados) y fruta.

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 nivel 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.

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.

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 día por término medio. Hay que ser

moderado en el consumo de aquellos alimentos que sus 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.

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) <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/saludjoven>

Recursos en Castilla y León para ayudar e informar a jóvenes sobre hábitos y estilos de vida, sexualidad, tabaquismo y otras drogas, anorexia y bulimia...

- (10) <https://www.alimentosdespana.es/es/estrategia-alimentos-espana/> Información sobre dieta mediterránea. Recetas en base a alimentos saludables y para cocinar en familia.

- (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/](http://www.gasolfoundation.org/es/estudio-pasos/)
- (13) [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia\\_naos.htm](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.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/trastornos-alimentarios>: Información para familias sobre Trastornos alimentarios. Ventana abierta a la familia (saludcastillayleon.es)
- (15) [https://sespo.es/wpcontent/uploads/guia\\_alimentacion\\_etapa\\_escolar.pdf](https://sespo.es/wpcontent/uploads/guia_alimentacion_etapa_escolar.pdf) La alimentación saludable en la etapa escolar - Guía para familias y escuelas (sespo.es)



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

## Decálogo de la dieta mediterránea

<b>1</b> <b>UTILIZAR EL ACEITE DE OLIVA COMO PRINCIPAL GRASA DE ADICIÓN.</b>  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.	<b>2</b> <b>CONSUMIR ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL EN ABUNDANCIA: FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, CHAMPIÑONES Y FRUTOS SECOS.</b>  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.
<b>3</b> <b>EL PAN Y LOS ALIMENTOS PROCEDENTES DE CEREALES (PASTA, ARROZ Y ESPECIALMENTE SUS PRODUCTOS INTEGRALES) DEBERÍAN FORMAR PARTE DE LA ALIMENTACIÓN DIARIA.</b>  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.	<b>4</b> <b>LOS ALIMENTOS POCO PROCESADOS, FRESCOS Y DE TEMPORADA SON LOS MÁS ADECUADOS.</b>  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.
<b>5</b> <b>CONSUMIR DIARIAMENTE PRODUCTOS LÁCTEOS, PRINCIPALMENTE YOGURT Y QUESOS.</b>  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.	<b>6</b> <b>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.</b>  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.
<b>7</b> <b>CONSUMIR PESCADO EN ABUNDANCIA Y HUEVOS CON MODERACIÓN.</b>  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.	<b>8</b> <b>LA FRUTA FRESCA TENDRÍA QUE SER EL POSTRE HABITUAL. LOS DULCES Y PASTELES DEBERÍAN CONSUMIRSE OCASIONALMENTE.</b>  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.
<b>9</b> <b>EL AGUA ES LA BEBIDA POR EXCELENCIA EN EL MEDITERRÁNEO. UNA CORRECTA HIDRATACIÓN ES ESENCIAL.</b>  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.	<b>10</b> <b>REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA TODOS LOS DÍAS, YA QUE ES TAN IMPORTANTE COMO COMER ADECUADAMENTE.</b>  Mantenerse físicamente activo y realizar cada día un ejercicio físico adaptado a nuestras capacidades es muy importante para conservar una buena salud.

Modificado de: <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/#decalog>

### 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 <sup>20</sup> , <sup>21</sup> ). Los adolescentes son especialmente vulnerables al establecimiento de conductas de riesgo, entre las que se encuentran 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 futuro <sup>22</sup> : 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 20<sup>23</sup> . Según los datos de la última encuesta ESTUDES (2021)<sup>24</sup> , el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España por los adolescentes, con un 73,9% que lo han 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 que cuanto menor 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

<sup>20</sup> 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

<sup>21</sup> 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)

<sup>22</sup> 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

<sup>23</sup> <https://familia.jcyl.es/web/es/familia.html>

<sup>24</sup> [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2021\\_Infor-me\\_de\\_Resultados.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Infor-me_de_Resultados.pdf)

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 del resto de sustancias está más extendido entre los varones (cocaína, alucinógenos, anfetaminas o heroína). Respecto al cannabis, es mayor el consumo por parte de los chicos excepto en el tramo de los 14 y 15 años en que es mayor en las chicas.

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 prematura<sup>25</sup>. También puede engendrar problemas de salud que aparezcan en un futuro y afecten a la esperanza de vida, como son efectos adversos en su

<sup>25</sup> 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.

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 sobre el uso de drogas (ESPAD, 2019) el porcentaje de jóvenes europeos entre 15 y 16 años, que indicaron haber consumido cannabis al menos una vez en su vida asciende al 16%<sup>26</sup>. Existe evidencia de que el consumo de cannabis durante la adolescencia aumenta el riesgo de presentar enfermedades

<sup>26</sup> [http://espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878\\_EN\\_04.pdf](http://espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf) : Informe ESPAD 2019.



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)<sup>27</sup> y Servicios sanitarios, 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 las 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, ...).

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

<sup>27</sup> 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.



conductas de riesgo: la iniciación al consumo de alcohol y el consumo en atracón (binge drinking) temprano<sup>28</sup>.

**Recursos en la red:**

- (16) <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/prevencion-adicciones>. Programas de prevención familiar del consumo de drogas (Moneo y Dédalo), alcohol (programa Ícaro) y tabaco.
- (17) <https://www.saludcastillayleon.es/es/guia-tabaco>. Guía práctica para dejar de fumar.

- (18) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/jovenes.htm> :Página web del Ministerio de Sanidad, todo sobre el alcohol y los jóvenes (documentos, guías, folletos, etc.) dirigido a público general, padres, jóvenes y profesionales de la salud.
- (19) <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.
- (20) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>: Salud del adolescente y el joven adulto

<sup>28</sup> 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)<sup>29</sup>.

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 educativos<sup>30</sup> 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. Además, la educación sexual se debe basar en los derechos humanos internacionalmente aceptados, y en particular en el derecho a saber cómo prevenir las enfermedades<sup>31</sup>.

Las Naciones Unidas proponen programas de Educación Sexual Integral (ESI) que den a los jóvenes información precisa y apropiada para su edad sobre la sexualidad y salud sexual y reproductiva, la cual es fundamental para su salud y supervivencia.

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

<sup>29</sup> [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health?msclkid=049703a4cf7711ec87272af54f558cdf#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health?msclkid=049703a4cf7711ec87272af54f558cdf#tab=tab_2)

<sup>30</sup> Steiner, Riley J et al. “Adolescent Connectedness and Adult Health Outcomes.” *Pediatrics* vol. 144,1 (2019): e20183766. doi:10.1542/peds.2018-3766

<sup>31</sup> Wilkins NJ, Krause KH, Verlenden JV, et al. School Connectedness and Risk Behaviors and Experiences Among High School Students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2021. *MMWR Suppl* 2023;72(Suppl-1):13–21.

- 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, a 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”<sup>32</sup> que consiste en la utilización de drogas psicoactivas para mantener

32

<https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/sexualidad/chemsex-sexualidad.ficheros/1989002-06%20Chemsex%20y%20sexualidad.pdf>

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.

- Hablar 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.
- 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.
- Si los adolescentes se sienten 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.

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

### Recursos en la red:

- (21) <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/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 X (InfoSexualidadCyl ) con información actualizada y rigurosa sobre sexualidad.
- (22) <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex/Paginas/Birth-Control-for-Sexually-Active-Teens.aspx?msclkid=6066e12acf8711ec>

[b1f1b0b463728689](#). Métodos anticonceptivos eficaces para los adolescentes sexualmente activos.

- (23) <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.
- (24) <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.
- (25) <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/sexualidad/chemsex-sexualidad>.

## 5. EDUCACIÓN VIAL EN LA ADOLESCENCIA

En 2023, las causas externas fueron la primera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 39 años, tanto a nivel nacional como en la Comunidad de Castilla y León<sup>33</sup>. 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 2023). 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 (27):

**No conducir mientras se utiliza el móvil.** 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, 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.** 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.** Los vehículos de dos ruedas protegen notoriamente menos a sus

<sup>33</sup> <https://estadistica.jcyl.es/web/es/estadisticas-temas/defunciones-causa-muerte-2023.html>

ocupantes en caso de accidente. 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. Por ello es fundamental utilizar un casco adecuado al tamaño de la cabeza y llevarlo en todo momento bien ajustado. Quienes no hacen uso del casco padecen hasta tres veces más lesiones craneales y encefálicas que quienes lo utilizan. 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 (28).

**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:

- (26) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/seguridadVial/documentosTecnicos/medioEscolar.htm> Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud.
- (27) <https://www.dgt.es/conoce-la-dgt/que-hacemos/educacion-vial/>. Otros recursos didácticos de la DGT dirigido a los jóvenes y educadores.
- (28) <https://www.fundacionmapfre.org/educacion-divulgacion/seguridad-vial/actividades-educativas/> : 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 la adolescencia 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 alerta (29).

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 enfermedades cardíacas y 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.

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 regular (30).



### Recursos en la red:

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

Página web dirigida a adolescentes con información sobre el sueño.

(30) <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.

## 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 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. La enfermedad crónica más común entre jóvenes de 6 y 19 años es la caries, según información de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

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 cuáles constituyen una fuente común de dolor y de discapacidades como problemas al comer, masticar o hablar, lo que, en ocasiones, produce alteraciones en la apariencia física y contribuye 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 2022, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la estrategia mundial sobre salud bucodental, cuya visión es la

cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de todas las personas y comunidades para 2030<sup>34</sup>.

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.

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 otras (31):

**a) Cuidar la alimentación:** Limitar el consumo de bebidas y alimentos azucarados (“chuches”, caramelos, chicles, chocolate, pasteles, etc.), especialmente aquellos con mayor potencial

<sup>34</sup><https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#Datos%20Y%20Cifras>

cariogénico (los que contienen azúcares refinados) y evitar consumirlos especialmente entre comidas.

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. 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.

**b) Controlar la higiene bucodental:** Actualmente, se acepta que tanto la caries como la enfermedad periodontal, tienen un factor etiológico común: la placa bacteriana. 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 esta limpieza se realice al menos dos veces al día<sup>35</sup>) 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. También es esencial no acostarse nunca sin cepillarse los dientes. Mantener un cepillo de dientes de viaje en el casillero o en la mochila puede ayudar a los adolescentes a mantener buenos hábitos de limpieza dental, ya que podrán cepillarse los dientes después de ingerir alimentos.

**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 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.

<sup>35</sup> Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VC, Jeroncio 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

Si el equipo de perforación no está adecuadamente esterilizado puede transmitir otros tipos de infecciones como la hepatitis<sup>36</sup>.

**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, ya sea fabricado a medida por un dentista o 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.

#### Recursos en la red:

- (31)[https://www.cdc.gov/oralhealth/index.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhealthywater%2Fhygiene%2Fdisease%2Fdental\\_caries.html](https://www.cdc.gov/oralhealth/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhealthywater%2Fhygiene%2Fdisease%2Fdental_caries.html)
- (32)<https://www.sanidad.gob.es/campannas/campanas08/bucoDental/index.html>: Página del Ministerio de Sanidad y Consumo - Plan de Salud Bucodental dirigido a la población entre 7 y 15 años.
- (33) <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.
- (34)<https://es.deltadentalins.com/wellness/kids/articles/dental-tips-for-teens.html>. Consejos de salud dental para adolescentes

<sup>36</sup> <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 comunidad<sup>37</sup>. 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”<sup>38</sup>.

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 mental<sup>39</sup>, 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, 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

<sup>37</sup> <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

<sup>38</sup> <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>

<sup>39</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>: Salud mental del adolescente (who.int)

actividad física y relaciones sociales, contribuyendo a mejorar su salud mental<sup>40</sup>.

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 cui-

dadores 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 mejorar su capacidad para regular las emociones, potenciar las alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia para

<sup>40</sup> <https://www.cdc.gov/healthyyouth/mental-health/index.htm>

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.

#### Recursos en la red:

- (35) <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental>.
- (36) <https://www.instagram.com/consaludmental/guide/guia-para-adolescentes/17963630563324750/?igshid=1ved5q92c6l3k> SALUD MENTAL ESPAÑA en Instagram: Guía para adolescentes • Instagram
- (37) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/adolescentes>. Promoción de la adaptación saludable de los adolescentes.

## 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”<sup>41</sup>, 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.

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.

<sup>41</sup><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 .

Hay que tener en cuenta que el maltrato de 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 ayuda<sup>42</sup>

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.

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 (38). No hay que minimizar el problema recurriendo a

---

<sup>42</sup> LEY ORGÁNICA 8/2021, DE 4 DE JUNIO, DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA FRENTE A LA VIOLENCIA.

tópicos como “eso ha ocurrido siempre”, “fortalece el carácter”, “son cosas de chicos, más vale no 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.

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” (43).

### DECÁLOGO POR LA CIBERCONVIVENCIA POSITIVA Y CONTRA EL CIBERBULLYING<sup>43</sup>

- 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, házselo 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.

<sup>43</sup><https://www.pantallasamigas.net/decalogo-ciberconvivencia-positiva-contra-el-ciberbullying-acoso-escolar/>

### Recursos en la red:

- (38) <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
- (39) <https://www.educacionyfp.gob.es/mc/sgctie/convivencia-escolar>: Materiales y recursos sobre acoso escolar del Ministerio de Educación y Formación profesional.
- (40) [http://www.acabemosconelbullying.com/recursos/pdf/BULL\\_profesores.pdf](http://www.acabemosconelbullying.com/recursos/pdf/BULL_profesores.pdf). Guía para el profesorado sobre el acoso escolar. Contiene actividades para las aulas. Fundación ANAR.

- (41) <http://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/Guia%20acoso%20escolar%20CEAPA.pdf>  
a. Guía para padres y madres sobre el acoso escolar, de la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- (42) [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374794\\_spa/PDF/374794spa.pdf.multi](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 adictivo<sup>44</sup>, considerando éste como un uso disfuncional que perjudica al individuo a nivel familiar, social, laboral, escolar, conductual y/o psicológico<sup>45</sup>.

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 adolescentes<sup>46</sup>. En este sentido, las adicciones

tecnológicas son el tipo más reciente de las denominadas adicciones sin sustancia, que engloban también el juego con dinero, tanto online como presencial y se han incluido en la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas. 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”<sup>47</sup>.

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 el comportamiento patológico y desarrollar programas de prevención eficaces<sup>48</sup>. En España, entre los adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años, un 33% de los jugadores

<sup>44</sup> 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.

<sup>45</sup> Coyne SM, Dyer WJ, Densley 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.

<sup>46</sup> 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.

<sup>47</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>

<sup>48</sup> 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

online (en línea) y un 6,8% de los jugadores offline (fuera de línea) presentan juego patológico<sup>49</sup>.

### **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 móvil<sup>50</sup>. 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 impulsos<sup>51</sup>.

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

adicción<sup>52</sup>. 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 online<sup>53</sup>.

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<sup>35</sup>. 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 menor<sup>54</sup>. También agrava la adicción a videojuegos el que los

<sup>49</sup> 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.

<sup>50</sup> 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.

<sup>51</sup> Yalçın 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.

<sup>52</sup> Lee C, Kim O. Predictors of online game addiction among Korean adolescents. *Addiction Research & Theory*. 2017; 25(1): 58-66.

<sup>53</sup> 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)

<sup>54</sup> 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

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<sup>37</sup>.

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 emocional<sup>55</sup>.

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.

<sup>55</sup> 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.

**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 riesgo<sup>56</sup>. Sin 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<sup>36</sup>. 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)

<sup>56</sup> Muñoz-Mirallès 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).

- . 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 ello<sup>36</sup>.

### Recursos en la red

(43) [https://www.madridsalud.es/serviciopad/:AYUDA  
ADICCIONES MADRID | SEPAD \(madridsalud.es\)](https://www.madridsalud.es/serviciopad/:AYUDA_ADICCIONES_MADRID_|_SEPAD_(madridsalud.es))

(44) [https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FFF-Guide/Children-and-Video-Games-Playing-with-Violence-091.aspx](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

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 adolescentes<sup>57</sup>. 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 adolescentes<sup>58</sup>.

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 llevarlos 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 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

<sup>57</sup> [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Res\\_Ejec\\_Impacto\\_de\\_la\\_tecnologia\\_en\\_la\\_adolescencia.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Res_Ejec_Impacto_de_la_tecnologia_en_la_adolescencia.pdf) Resumen Ejecutivo TRIC (unicef.es)

<sup>58</sup> [http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/2.-\\_redes\\_sociales\\_y\\_aprendizaje.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/2.-_redes_sociales_y_aprendizaje.pdf)

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 digital <sup>49</sup>:**

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:**

(45) <https://kidsandteenonline.com/category/entradas/redes-sociales/>:Página web sobre diferentes aspectos de las redes sociales.

(46) [http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/2.-\\_redes\\_sociales\\_y\\_aprendizaje.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/2.-_redes_sociales_y_aprendizaje.pdf)

(47) <https://entornoescolar.com/wp-content/uploads/2021/01/Dossier-ESTRES-DIGITAL.pdf> Informe sobre el estrés causado por el entorno digital. ENERO 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 adolescentes<sup>59</sup>. Esto ha implicado un aumento en la prevalencia de problemas de juego en la población joven. Así, una revisión sistemática, realizada en

<sup>59</sup> 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.

<sup>60</sup> 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

2017 ya mostraba que entre el 0,2% y el 12,3% de los jóvenes cumplía los criterios de ludopatía en Europa<sup>60</sup>.

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<sup>61</sup>. 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 población<sup>62</sup>.

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

<sup>61</sup> 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

<sup>62</sup> 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

adolescentes respecto al juego, tanto 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 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:

- La distancia entre locales de juego y apuestas y zonas vulnerables donde hay colegios, institutos, centros universitarios o parques infantiles.
- La concesión de licencias para apertura de estos locales.
- Las medidas de control de acceso para impedir que entren los menores de edad y los ciudadanos inscritos en

el llamado “registro de autoprohibidos”, 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

(48) [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.











(49) <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.

(50) [https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/practic-as\\_invisibles\\_juego\\_patologico/](https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/practic-as_invisibles_juego_patologico/)

(51) <https://www.jugarbien.es/>: Recomendaciones para jugar con responsabilidad. Dirección General de Ordenación del Juego. Ministerio de Consumo.

## DECÁLOGO DE HáBITOS 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**



### III.1 DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

#### CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Dirección General de Salud Pública**

**Servicio de Información de Salud Pública**

*Rufino Álamo Sanz*

*María Jesús Alonso Ramos*

*José Eugenio Lozano Alonso*

#### CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

**Dirección General de Innovación y Formación del  
Profesorado**

**Servicio de Supervisión de Calidad, Evaluación y  
Programas Educativos**

*Alicia Ortega de la Calle*

*M. Pilar Martín García*

### III.2 RESPONSABLES PROVINCIALES

Provincia	Servicio Territorial de Sanidad	Dirección Provincial de Educación
Ávila	<i>M<sup>a</sup> Pilar Martín Díaz</i> <i>M<sup>a</sup> Mercedes Duarte Martín</i>	<i>José Luis Martín López</i>
Burgos	<i>M<sup>a</sup> Isabel Moral Castelar</i>	<i>Sara Val Gutiérrez</i>
León	<i>Esperanza Macayo Sanchez</i> <i>Jose Antonio Aguilera Mellado</i>	<i>Jaime Campelo Pérez</i>
Palencia	<i>Julio Barrón Sinde</i> <i>Luis Alberto Sangrador Arenas</i>	<i>Domingo García Ramos</i>
Salamanca	<i>Rosa M<sup>a</sup> Moralejo Vicente</i> <i>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>Santiago Molinos García</i>	<i>Mónica Arancón Gómez</i>
Valladolid	<i>Pedro Matesanz Alonso</i> <i>Lola Moro Gonzalez</i>	<i>María García Infante</i>
Zamora	<i>M<sup>a</sup> del Carmen Blanco Alberca</i> <i>Elena Begoña Benito Herrero</i>	<i>Luis Antonio Pedraza de Castro</i>

### III.3 COLABORADORES EN LOS CENTROS ESCOLARES 2022-2023

#### ÁVILA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES VASCO DE LA ZARZA (Ávila)	<i>Plácido Barroso Jiménez</i>
IES ALONSO DE MADRIGAL(Ávila)	<i>Ascensión Jiménez López</i>
CEO VIRGEN DE NAVASERRADA (El Hoyo de Pinares)	<i>Fernando Sánchez Matas</i>
IES HERMENEGILDO MARTÍN BORRO (Cebreros)	<i>Paloma Pérez Vallejo</i>
IES ARENAS DE SAN PEDRO (Arenas de San Pedro)	<i>Laura Moyano Álvarez</i>
IES GREDOS (Piedrahita)	<i>María Ángeles Sánchez Pérez</i>

#### BURGOS

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES DIEGO DE SILOÉ (Burgos)	<i>Raúl García Martín</i>
COLEGIO SANTA MARÍA LA NUEVA Y SAN JOSÉ ARTESANO (Burgos)	<i>Ana Gutiérrez Alonso</i>
COLEGIO SAN PEDRO Y SAN FELICES (Burgos)	<i>Rosa M<sup>a</sup> Alonso Vilda</i>
COLEGIO LICEO CASTILLA (Burgos)	<i>Ana Álvarez Díez</i>
IES CAMINO DE SANTIAGO (Burgos)	<i>Francisco Javier Elena Miguel</i>
IES CONDE DIEGO PORCELOS (Burgos)	<i>Irene Portugal Esteban</i>
IES VALLE DEL ARLANZA (Lerma)	<i>Ángel Alonso Moreno</i>
IES TIERRA DE ALVARGONZÁLEZ (Quintanar de la Sierra)	<i>Francisco Camarero Ferreira</i>
IES MERINDADES DE CASTILLA (Villarcayo)	<i>Carolina Arias Gallego</i>
IES DOCTOR SANCHO DE MATIENZO (Valle de Mena)	<i>M<sup>a</sup> José Rodríguez Herrero</i>

## LEÓN

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES EUROPA (Ponferrada)	<i>Maria Encina Cuesta Carrera</i>
IES VÍA DE LA PLATA (La Bañeza)	<i>Jairo Robles Sahagún</i>
IES GIL Y CARRASCO (Ponferrada)	<i>Raquel González Pol</i>
COLEGIO SAN JOSÉ (León)	<i>Adolfo Prieto Arenal</i>
IES PABLO DÍEZ (Boñar)	<i>Patricia Pérez González</i>
IES BERGIDUM FLAVIUM (Cacabelos)	<i>Andres Puerto Quiroga</i>
IES OBISPO ARGÜELLES (Villablino)	<i>Pilar Palacios Pérez</i>
IES RAMIRO II (La Robla)	<i>Josefa Gómez Barrio</i>
IES VALLE DE LACIANA (Villablino)	<i>Beatriz Calderón Muñoz</i>
IES VALLES DEL LUNA (Sta. M <sup>a</sup> del Páramo)	<i>Marta Vivas Martínez</i>

## PALENCIA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
COLEGIO BLANCA DE CASTILLA (Palencia)	<i>Javier Fernández Muñoz</i>
COLEGIO MARISTA CASTILLA (Palencia)	<i>Gregorio Calvo Montes</i>
IES CONDES DE SALDAÑA (Saldaña)	<i>Rebeca Teijeiro Suárez</i>
IES RECESVINTO (Venta de Baños)	<i>Ana García Lema</i>
COLEGIO SAN GREGORIO-NUUESTRA SEÑORA DE LA COMPASION (Aguilar de Campoo)	<i>Pedro Barbero Corral</i>
IES SEM TOB (Carrión de los Condes)	<i>Beatriz González González / Cristina Hinojal del Campo</i>

### SALAMANCA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
COLEGIO CALASANZ (Salamanca)	<i>Oscar Blanco Redondo</i>
IES MARTÍNEZ URIBARRI (Salamanca)	<i>Argelina Perez Cuesta</i>
COLEGIO PIZARRALES (Salamanca)	<i>Susana Moya Rodriguez</i>
COLEGIO SAGRADO CORAZÓN (Salamanca)	<i>Lorenzo Javier Regidor Delgado</i>
IES TIERRA DE CIUDAD RODRIGO (Ciudad Rodrigo)	<i>Alba Montero Cruz</i>
IES VÍA DE LA PLATA (Guijuelo)	<i>Mª Elena Sánchez Sierra</i>
IESO TOMÁS BRETÓN (Villamayor)	<i>Andrés Sánchez de Vega</i>
IES CAMPO CHARRO (La Fuente de S.Esteban)	<i>Nieves Matas Rubio</i>
IESO MIGUEL DE UNAMUNO (Ledesma)	<i>Ascensión Martín Rodriguez</i>

### SEGOVIA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES FRANCISCO GINER DE LOS RÍOS (Segovia)	<i>Daniel Rascón</i>
IES MARQUÉS DE LOZOYA (Cuéllar)	<i>Ana Abad Matías</i>
CEO VIRGEN DE LA PEÑA (Sepúlveda)	<i>Maria Jesús Heras</i>
IES CATALINA DE LANCASTER (Sta.Mª la Real de Nieva)	<i>Mónica Rojo Bartolomé</i>
IES CAUCA ROMANA (Coca)	<i>Fco. Miguel García Olmedo</i>
IES VEGA DEL PIRÓN (Carbonero el Mayor)	<i>Rafael Pajares Barcenilla. Inmaculada Aguña.</i>
CEO EL MIRADOR DE LA SIERRA (Villacastín)	<i>Ignacio Ortega García</i>

## SORIA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES ANTONIO MACHADO (Soria)	<i>Raquel Martín Samaniego</i>
IES GAYA NUÑO (Almazán)	<i>Ángel Aguirre Medina</i>
IES SAN LEONARDO (San Leonardo de Yagüe)	<i>M<sup>re</sup> José Fernández Sánchez</i>
IES SANTA CATALINA (Burgo de Osma)	<i>Mónica Móntón Catalina</i>

## VALLADOLID

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES PINAR DE LA RUBIA (Valladolid)	<i>Miguel Ángel Sánchez Sastre Elena Escuredo Cristóbal</i>
COLEGIO LESTONNAC (Valladolid)	<i>Raul Herrero Zarzosa Noelia Rodríguez Rodríguez</i>
IES JUANA DE CASTILLA (Tordesillas)	<i>Ángel Luis Estévez</i>
IES NÚÑEZ DE ARCE (Valladolid)	<i>Silvia Blázquez Collantes (Tutora)</i>
COLEGIO SAN VIATOR (Valladolid)	<i>Ana Rodríguez Giralda</i>
IES JULIÁN MARÍAS (Valladolid)	<i>Eduardo De La Torre Elena Ferrero</i>
COLEGIO PATROCINIO SAN JOSÉ (Valladolid)	<i>Guillermo Moneo</i>
COLEGIO SAFAGRIAL (Valladolid)	<i>Carmen Escudero</i>
COLEGIO SAN AGUSTÍN (Valladolid)	<i>Alberto García Ortega</i>
IES JORGE GUILLÉN (Villalón de Campos)	<i>Marta Maroto Del Olmo</i>
IES ALFONSO VI (Olmedo)	<i>Carlos Enrique Fernández Bazán Catalina Domínguez Sánchez</i>
IES SANTO TOMÁS DE AQUINO (Íscar)	<i>Olga Laguna Toribio</i>
IES CAMPOS Y TOROZOS (Medina de Rioseco)	<i>M<sup>re</sup> Pilar Cabezas Pascual</i>
IES CONDE LUCANOR (Peñafiel)	<i>Rubén Franco Cambra</i>

## ZAMORA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES CLAUDIO MOYANO (Zamora)	<i>María Isabel Martín Ayuso/ Fernando García Pérez</i>
IES FUENTESAÚCO (Fuentesaúco)	<i>Cristina Ramos Vega</i>
IES JOSÉ LUIS GUTIÉRREZ (Muga de Sayago)	<i>Ángel Bravo Román</i>

