



Resultados y recomendaciones

Curso escolar 2024-2025

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 2024-25 © 2026 by Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Bienestar Social CyL is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Imagen portada generada con IA (Microsoft Copilot)

Índice

ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
I-RESULTADOS ENCUESTA HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN 2024-2025.....	11
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)	24
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	32
I.C. ESTIMACIONES PARA CASTILLA Y LEÓN	36
1-Datos generales.....	37
2. Actividad física.....	45
3. Índice de masa corporal	51
4.Alimentación	55
5. Alimentación e índice de masa corporal.	64
6. Descanso.....	76
7. IMC, alimentación, actividad física y descanso.	79
7.A. Índice de masa corporal vs. actividad física y tiempo de pantalla	80
7 b. Índice de masa corporal vs. descanso.....	85
7 c. Alimentación vs. actividad física y tiempo de pantalla.....	85
7.d. Alimentación vs. descanso.....	96
7 e. Actividad física y tiempo de pantalla vs. descanso.....	99
8. Sustancias tóxicas	100
8.1 Tabaco	101
8.2 Alcohol.....	105
8.3 Otras sustancias	110
9-Relaciones sexuales.....	111

10. Accidentabilidad y seguridad vial	116
11. Higiene bucodental.....	123
12. Relaciones con la familia	127
13. Relaciones sociales	132
14. Uso de internet y teléfono móvil.....	135
15. Acoso escolar.....	144
16. Videojuegos	149
17. Juego con dinero	151
18. Metodología	157
1. Cálculo del tamaño muestral y selección de la muestra.....	158
2. Realización de la encuesta:.....	160
3. Análisis de los resultados.....	161
II. RECOMENDACIONES.....	163
1-ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO	165
2. ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA	170
3. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL U OTRAS DROGAS.....	175
4. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA	179
5. EDUCACIÓN VIAL EN LA ADOLESCENCIA.....	183
6. DESCANSO ADECUADO	185
7. SALUD BUCODENTAL.....	187
8. SALUD MENTAL Y BIENESTAR DEL ADOLESCENTE	190
9. ACOSO, MALTRATO ESCOLAR (<i>BULLYING</i>)	193

10. VIDEOJUEGOS.....	198
11. USO DE REDES SOCIALES	202
12. JUEGO CON DINERO	204
DECÁLOGO DE HÁBITOS SALUDABLES PARA ADOLESCENTES	208
III. EQUIPO DE TRABAJO	209
III.1 DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN	210
III.2 RESPONSABLES PROVINCIALES	211
III.3 COLABORADORES EN LOS CENTROS ESCOLARES 2022-2023.....	212

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 0.1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico.	33
Tabla 0.2. Media de edad de participantes, por sexo y ámbito geográfico.	34
Tabla 0.3. Distribución de participantes por edad y ámbito geográfico.	34
Tabla 0.4. Distribución de participantes por edad y sexo.	34
Tabla 18.1: Distribución de colegios y aulas por entorno	158
Tabla 18.2. Distribución de las personas por sexo y entorno	159
Tabla 18.3: Muestra teórica	159
Tabla 18.4: Muestra ajustada	160
Tabla 18.5: Distribución de personas y aulas.....	160
Tabla 18.6: Distribución de la muestra final	160

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Gráfico 0.1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico.	33
Gráfico 0.2. Distribución de participantes por provincia y ámbito geográfico.	35
Gráfico 1.1 Situación laboral de los progenitores	39
Gráfico 1.2 Mayor nivel de estudios completado por los progenitores según ámbito geográfico	40
Gráfico 1.3 Nivel académico autopercebido.....	41
Gráfico 1.4 Nivel de salud autopercebido	42
Gráfico 1.5 Enfermedades diagnosticadas	42
Gráfico 1.6 Sintomatología en los 6 últimos meses	43
Gráfico 1.7 Sintomatología padecida casi a diario	43
Gráfico 1.8. Autovaloración del nivel vital por sexo y ámbito	44
Gráfico 2.2 Frecuencia semanal de AF por sexo.....	47
Gráfico 2.3 Frecuencia diaria de AF por sexo.....	48
Gráfico 2.4 Tiempo de pantalla días diario y Fines semana/festivos por sexo.....	49
Gráfico 2.5 Desplazamiento al centro escolar por sexo y ámbito geográfico	50
Gráfico 3.1. IMC según sexo y ámbito geográfico	52
Gráfico 3.2. Categorías de nivel de peso según la IOTF, la OMS y el peso autopercebido.	53
Gráfico 3.3. Distorsión de la autopercepción del peso, por sexo	54
Gráfico 4.1. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos	57

Gráfico 4.2. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos por sexos.....	58
Gráfico 4.3. Consumo de lácteos	59
Gráfico 4.4 Consumo de snacks por sexo	60
Gráfico 4.5. Consumo de distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días	61
Gráfico 4.6. Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a consumo los últimos 7 días por sexo.	62
Gráfico 4.7. Modificaciones en la dieta habitual, por sexo.....	63
Gráficos 5.1: Media de comidas realizadas en días de diario (a) y un día festivo (b) por categoría de nivel de peso IOTF	65
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 IOTF.....	67
Gráfico 5.4. Consumo de snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos...), por categoría de nivel de peso.....	68
Gráfico 5.5. Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en su consumo por niveles de peso IOTF	70
Gráfico 5.6. Alimentos sin diferencias estadísticamente significativas en su consumo por niveles de peso IOTF.....	72
Gráfico 5.7. Piezas de fruta consumidas en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso	73
Gráfico 5.8. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses, según las categorías de nivel de peso.....	74
Gráfico 5.9. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses para perder o ganar peso, según las categorías de nivel de peso y sexo	75
Gráfico 6.1. Distribución de jóvenes con sensación de descanso nocturno, por sexo y ámbito geográfico.	77
Gráfico 6.2. Sensación de descanso nocturno según las horas diarias de sueño.....	78
Gráfico 7.1. Distribución de adolescentes que no realizan ejercicio físico en el tiempo libre, por categorías de nivel de peso IOTF.....	80
Gráfico 7.2. Frecuencia semanal y nº horas de actividad física (AF) entre los jóvenes que la realizan por categorías de nivel de peso IOTF.....	81
Gráfico 7.3. Tipo de actividad física realizada por categorías de nivel de peso IOTF.	82
Gráfico 7.4. Tiempo de pantalla días de diario y fines de semana, por categorías de nivel de peso IOTF.	83
Gráfico 7.5. Tiempo de desplazamiento al centro escolar, caminando o en bicicleta, por categorías de nivel de peso IOTF.	84

Gráfico 7.6. Realización de ejercicio físico y hábito de desayunar y almorzar	85
Gráfico 7.7. Consumo de snacks y de refrescos azucarados los últimos 7 días en relación a la realización de actividad física	86
Gráfico 7.8. Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en su consumo los últimos 7 días en relación a la realización de ejercicio físico.	87
Gráfico 7.11. Realización de comidas en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario y en fines de semana/festivos	90
Gráfico 7.12. Frecuencia de consumo de snacks en relación al tiempo frente a pantallas diario y fin de semana.	91
Gráfico 7.13. Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a consumo los últimos 7 días en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario.	92
Gráfico 7.14. Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a consumo los últimos 7 días en relación al tiempo frente a pantallas en días festivos/fines de semana.	93
Gráfico 7.15. Nº de piezas de fruta consumidas a diario, en relación con el tiempo empleado frente a pantallas días laborables* y fines de semana/ festivos.	94
Gráfico 7.16 Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a consumo los últimos 7 días en relación al tiempo de desplazamiento al centro escolar.	95
Gráfico 7.17. Realización de comidas diario y festivos en función del descanso	96
Gráfico 7.18. Realización de comidas y horas de sueño.	97
Gráfico 7.19. Alimentos con diferencias significativas en cuanto a su consumo los	98
últimos 7 días en relación al descanso.	98
Gráfico 7.20. Tiempo de pantallas y sensación de descanso nocturno.....	99
Gráfico 8.1.1. Frecuencia de consumo de tabaco por sexo.....	101
Gráfico 8.1.2. Patrón de consumo de los fumadores, por sexo y ámbito geográfico.	102
Gráfico 8.1.3. Frecuencia de consumo de productos de tabaco no convencionales.....	103
Gráfico 8.1.4. Exposición al tabaquismo pasivo en casa por sexo y ámbito geográfico.....	104

Gráfico 8.1.5. Exposición al tabaquismo pasivo fuera de casa por sexo y ámbito geográfico.....	105
Gráfico 8.2.1. Patrón de consumo de alcohol, por sexo y ámbito geográfico.	106
Gráfico 8.2.2. Consumo de alcohol ≥ 6 unidades / día en el último mes, por sexo y ámbito geográfico.	108
Gráfico 8.2.3. Embriaguez en alguna ocasión en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico.....	109
Gráfico 8.3.1. Consumo de drogas distintas del alcohol o el tabaco, por sexo y ámbito geográfico.	110
Gráfico 9.1. Número de parejas sexuales en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico.	113
Gráfico 9.2. Métodos anticonceptivos empleados.....	114
Gráfico 9.3. Número de veces que han empleado la PDD, por sexo y ámbito geográfico.	115
Gráfico 10.1. Lugar donde ocurrió la lesión o accidente (no de tráfico), por sexo.	118
Gráfico 10.2. Medio de transporte en el que sucedió el accidente de tráfico, por sexo.....	119
Gráficos 10.3.A Uso de cinturón delantero y 10.3.B cinturón trasero, por sexo y ámbito.....	120
Gráfico 10.4. Frecuencia de uso del casco en bici, moto	122
Gráfico 11.1. Frecuencia de lavado dental, por sexo y ámbito geográfico.	124
Gráfico 11.2. Lavado dental antes de acostarse, por sexo y ámbito geográfico.	125
Gráfico 11.3. Visitas al dentista en el último año, por sexo y ámbito geográfico.....	126
Gráfico 12.1. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con el padre y con la madre, por sexo.	129
Gráfico 12.2. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con los padres, madres o sus parejas en caso de haberlas.....	130
Gráfico 12.3. Valoración subjetiva del apoyo familiar, por sexo.....	131
Gráfico 13.1. Valoración de las relaciones sociales, por sexo.	134
Gráfico 14.1. Frecuencia de uso de internet en el móvil, por sexo y ámbito geográfico.	137
Gráfico 14.2. Frecuencia con la que apagan el móvil en distintas situaciones.	138
Gráfico 14.3. Principal actividad en internet los últimos 30 días	139

Gráfico 14.4. Interacción con desconocidos.	141
Gráfico 14.5. Uso de programas de control parental por sexos	142
Gráfico 14.6 Participación de padres y tutores en el uso de internet	143
Gráfico 15.1. Frecuencia de maltrato escolar y tipos de maltrato recibido en los últimos 60 días (en el total de participantes).....	146
Gráfico 15.2. Tipos de acoso escolar sufrido en los dos últimos meses, por sexo.	147
Gráfico 16.1 Uso de videojuegos en los últimos 30 días por sexo y ámbito.....	150
Gráfico 17.1 Juego con dinero en los últimos 30 días por sexo y ámbito.	153
Gráfico 17.2. Porcentaje de jóvenes jugadores que comenzaron a jugar con dinero antes de los 13 años.	154
Gráfico 17.3 Respuestas al cuestionario Lie/bet por sexos entre los jugadores.	155
Gráfico 17.4 Nº de respuestas afirmativas de los jugadores en el cuestionario Lie/bet.....	156
Fig.1 Datos globales encuesta 2024-2025.....	161
Fig.R1 RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	168
Fig. R2 Pirámide de Alimentación saludable y actividad física.....	172
Fig.R3 El Plato para Comer Saludable, de la Escuela de Salud Pública de Harvard.....	173
Fig.R4 Decálogo de la dieta mediterránea.....	174



I-RESULTADOS ENCUESTA HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN 2024-2025

PRESENTACIÓN

Los hábitos y estilos de vida son factores esenciales para prevenir el desarrollo de enfermedades no transmisibles 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 Alertas y Respuesta Rápida 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 comienzo de la pandemia, realizándose finalmente en mayo de 2021. La presente edición (2024-2025) se ha llevado a cabo durante los meses de marzo a mayo de 2025.

Queremos 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 2024-2025, se han validado 1051 cuestionarios completos que han permitido realizar el análisis de datos.

Ajustando los resultados para ese grupo de población de Castilla y León, se observa una distribución equilibrada por sexo (50,2% chicos y 49,8% chicas) y la mayoría del alumnado estudia en centros de ámbito urbano o semiurbano (en adelante medio urbano) (80,3%), frente al 19,7% que lo hace en zonas rurales.

La edad media fue de 16,04 años (DE: 0,63), con un rango entre 15,23 y 18,96 años. El 89,6% de los jóvenes tienen 15 o 16 años. Aunque no se detectan diferencias significativas por ámbito geográfico, los chicos presentan una edad media ligeramente superior a la de las chicas (16,09 frente a 15,99 años; $p=0,015$).

El 88,8% de los estudiantes nacieron en España, al igual que el 81,2% de los padres y el 79,3% de las madres.

En relación a la situación laboral, trabajan más padres (89,2%) que madres (82,2%) mientras que las tareas del hogar siguen recayendo mayoritariamente en ellas: el 9,4% (9,2% medio urbano-10,3% rural) frente al 0,4% (0,4% medio urbano-0,5%

medio rural) de los padres. El 1,5% de los padres están desempleados y el 3,7% son pensionistas o están jubilados a diferencia de las madres con el 4,9% y el 0,7% respectivamente (Gráfico 1.1).

En cuanto al nivel educativo, las madres presentan una formación superior más elevada: el 47,4% cuenta con estudios universitarios, frente al 32,7% de los padres. Esta diferencia se acentúa en el medio urbano, donde el 50% de las madres y el 35,7% de los padres tienen estudios universitarios, frente al 36% y 19,4%, respectivamente, en el medio rural ($p<0,001$ en ambos casos) (Gráfico 1.2).

Respecto a la convivencia familiar, la mayoría vive en hogares con una media de tres personas, sin diferencias significativas por sexo ni por ámbito, y convive principalmente con su madre (93,4%), su padre (81,4%) y sus hermanos (70%). Además, el 8,7% conviven con otros familiares (más chicos que chicas: 10,8% frente al 6,7%, $p=0,018$) y el 2,8% con otras personas. Tres de cada cuatro estudiantes viven con ambos progenitores (77,4%) mientras que el 20% lo hace con uno solo, y un 2,6% no convive con ninguno de los dos. El número medio de hermanos es de 1,2 (aunque el rango va de 0 a 7) y no se observan diferencias relevantes por sexo ni por entorno.

En el ámbito académico existen diferencias significativas por sexo en la autopercepción del rendimiento escolar: del 20,1% de los estudiantes que se autoclasifica en el grupo que obtiene mejores notas son más las chicas, así como del 36,2% del grupo medio, y por el contrario, del 24,7% del grupo medio-alto y el 5,5% del grupo de peores notas es mayor el porcentaje de chicos ($p<0,001$) (Gráfico 1.3).

En relación con la salud, los chicos valoran con mayor frecuencia su estado como “muy bueno” (37,6% frente al 20,7% de las chicas), mientras que las chicas lo califican habitualmente como “bueno” (59,7%, chicos 50,5%) ($p<0,001$) (Gráfico 1.4).

Cuatro de cada diez estudiantes (39,3%) refieren haber sido diagnosticados de alguna enfermedad, principalmente las chicas (44,3% frente al 34,4% chicos, $p=0,001$), sin diferencias significativas por ámbito geográfico. La enfermedad más frecuente es la alergia (24,8%), seguida de “otras enfermedades” (10,4%) sin diferencias por sexos en ninguno de los dos casos. Sin embargo, las jaquecas, migrañas o dolores de cabeza (8,5%) son más frecuentes en chicas (13,5%) que en chicos (3,4%) ($p<0,001$) (Gráfico 1.5).

Durante los últimos seis meses, una proporción elevada de adolescentes ha presentado síntomas como bajo estado de ánimo (57,7%) irritabilidad (67,1%), nerviosismo (63,1%), dificultades

para dormir (42,2%), dolor de espalda (46,6%), de cabeza (44,9%), de estómago (38,4%) y sensación de mareo (30,9%). Estos síntomas son más frecuentes y más intensos en las chicas ($p<0,05$) (Gráfico 1.6), con muchos de ellos presentes casi a diario (Gráfico 1.7). Solo el bajo estado de ánimo muestra diferencias por entorno geográfico, siendo más común en el medio urbano (59,5%) que en medio rural (50,2%) ($p=0,016$).

Por último, al valorar su situación vital actual en una escala de 0 a 10, (siendo 0 la peor situación posible y 10 la mejor), la media es de 7,09 ($DE=1,77$). Las chicas puntúan su bienestar más bajo que los chicos, (chicos 7,34 - chicas 6,84, $p<0,001$), especialmente en el entorno urbano (media: 6,80), mientras que los chicos del medio rural son quienes muestran una valoración más positiva (media: 7,52 ($p<0,001$)) (Gráfico 1.8).

2-ACTIVIDAD FÍSICA

El 76,3% de los jóvenes declara realizar alguna actividad física durante al menos 30 minutos diarios en su tiempo libre y fuera del horario escolar. Esta práctica es ligeramente más frecuente en el ámbito urbano (76,9%) que en el ámbito rural (74%), si bien la diferencia no alcanza significación estadística. Un 0,6% de los jóvenes manifiesta no poder realizar actividad física debido a enfermedad o limitación funcional.

La práctica de actividad física muestra diferencias significativas según el sexo, siendo los chicos los que la realizan en mayor proporción (86,2%) que las chicas (66,4%), ($p<0,001$), y principalmente los de medio urbano (86,7%), mientras que la menor proporción corresponde a las chicas del medio rural (64%) ($p<0,001$) (Gráfico 2.1).

También hay una asociación significativa entre el sexo y la frecuencia semanal con la que los adolescentes realizan actividad física, que es mayor en los chicos: el 30% de los chicos que realizan actividad física lo hacen 5–6 días a la semana, frente al 21,6% de las chicas, ($p<0,001$) (Gráfico 2.2).

Respecto a la duración de la actividad física, el 72% de los estudiantes que la practican dedican entre 1 y 2 horas diarias, porcentaje que asciende al 76,1% en las chicas y se sitúa en el 68,9% en los chicos, que dedican a ello más de dos horas al día en mayor proporción (26,3%- chicas 15,2%), ($p<0,001$) (Gráfico 2.3). En función del ámbito geográfico, se observa que los adolescentes del medio urbano dedican, en general, más tiempo diario a la actividad física que los del medio rural ($p=0,022$).

En cuanto al tipo de actividad realizada, entre los chicos predomina el fútbol (50,3%), seguido de deportes de raqueta como tenis, pádel o tenis de mesa (14,9%) y el ciclismo (12,7%). En las chicas, la actividad más frecuente es la danza o el baile (17,6%), seguida del voleibol (12,1%) y de los deportes de raqueta (11,5%).

El tiempo que los adolescentes pasan frente a pantallas (televisión, consola, ordenador, tableta, teléfono móvil, etc.) es considerablemente mayor durante los fines de semana y festivos que en los días laborables. En los días de diario casi la mitad de las chicas (47,9%) pasa más de dos horas frente a pantallas, algo más que los chicos (40,2%). Por el contrario, un 18,8% de los chicos declara pasar menos de una hora diaria frente a pantallas, en comparación con el 14,7% de las chicas ($p=0,029$). Sin embargo, durante los fines de semana y festivos, la proporción de adolescentes que supera las dos horas diarias es muy similar en ambos sexos, alcanzando el 73,1% en los chicos y el 73,7% en las chicas (Gráfico 2.4). En relación al ámbito geográfico, no hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo dedicado a pantallas ni durante los días laborables ni durante los fines de semana y festivos.

El 34,4% de los jóvenes utiliza algún medio de transporte motorizado (coche, autobús o motocicleta) para acudir al centro escolar. Entre quienes realizan el desplazamiento a pie o en bicicleta, el 27,7% tarda menos de 15 minutos diarios, el 25,7% emplea entre 15 y 30 minutos, y el 8,7% dedica entre 30 y 60 minutos al día a los traslados al centro escolar.

Se observan diferencias estadísticamente significativas tanto por sexo como por ámbito geográfico. En relación con el sexo, ($p=0,045$) es mayor la proporción de chicas que emplean menos de 15 minutos diarios en desplazarse al centro escolar en mientras que más chicos emplean entre 15 y 30 minutos. Por ámbito geográfico, el uso de medios de transporte motorizados es significativamente más frecuente en el medio rural (46,6%) que en el medio urbano (31,4%) ($p<0,001$) (Gráfico 2.5).

3-ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ALIMENTACIÓN

La estatura media y el peso medio autorreferido fueron significativamente mayores en los chicos: 174,48 cm (DE 6,70) y 66,68 Kg (DE 12,10) frente a 161,91 cm (DE 6,46) y 54,66 Kg (DE 9,28) en las chicas ($p < 0,001$), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico, al contrario

de lo que ocurre con el IMC: es significativamente mayor en el ámbito rural (21,79, DE 3,60) que en el urbano (21,23 DE 3,24) ($p=0,029$) y también mayor en chicos (21,86; DE 3,47) que en chicas (20,82; DE 3,07) ($p<0,001$).

El valor más bajo de media de IMC corresponde a las chicas de medio urbano (20,67; DE 2,87) mientras que el más alto se observa en los chicos de medio rural (22,15; DE 3,75) (Gráfico 3.1).

En cuanto a la clasificación del estado ponderal según la International Obesity Task Force (IOTF)¹, el 78,3% de las chicas y el 71,3% de los chicos presentan un peso normal. Son más las chicas con infrapeso (12,3% en comparación con el 6,5% de los chicos), y los chicos con sobrepeso y obesidad (17,1% y 5,1% respectivamente, frente al 7,7% y el 1,7% de las chicas). Estas diferencias por sexos son significativas ($p<0,001$).

Sin embargo, al utilizar la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)², se detecta una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad: chicos 20,2% y 6,5% respectivamente y chicas de 8,7% y 1,9% ($p<0,001$), mientras que solo clasifica como infrapeso al 2,9% tanto de las chicas como de los chicos.

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

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

Respecto a la autopercepción de la imagen corporal, el 62% de los chicos y el 74,6% de las chicas consideran que su peso es normal. Cabe destacar que el 18,4% de los chicos percibe su peso como inferior al normal, mientras que sólo el 6,7% de las chicas se autoclasifica en este grupo. Por otro lado, el 17,1% de los chicos y el 16,2% de las chicas consideran que su peso es algo mayor de lo normal y el 2,5% de ambos sexos lo percibe como bastante mayor de lo normal ($p < 0,001$) (Gráfico 3.2).

La comparación entre las clasificaciones de la IOTF y la OMS muestra que la OMS detecta más sobrepeso y obesidad mientras que la IOTF detecta más casos de infrapeso. Sin embargo, el nivel de concordancia entre ambas es bueno, con un índice kappa de 0,741 ($p < 0,001$). Para analizar la concordancia entre IMC autopercebido y las clasificaciones objetivas (IOTF y OMS), se equipararon las categorías 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”. Los resultados muestran una concordancia discreta en ambos casos, ligeramente superior con la clasificación de la IOTF (kappa = 0,317; $p < 0,001$) respecto a la de la OMS (kappa = 0,298; $p < 0,001$).

Tomando como referencia la clasificación de la IOTF, los adolescentes con normopeso, tanto chicos como chicas, son los que muestran una percepción más ajustada de su peso real (71,5% y 81,8%, respectivamente). Por el contrario, los jóvenes

con infrapeso o sobrepeso/obesidad presentan una percepción más distorsionada de su imagen corporal, tendiendo a normalizar subjetivamente su peso. Las chicas muestran con mayor frecuencia una sobreestimación de su peso, siendo especialmente relevante el caso de las chicas con infrapeso, de las cuales el 73,1% consideran que su peso es superior al real. No obstante, en el grupo con obesidad, el 66,7% de las chicas percibe su peso como inferior al real, frente al 73,9% de los chicos. En las demás categorías de IMC son ellos los que presentan en mayor medida una infravaloración de su peso (Gráfico 3.3)

El 2,4% de los jóvenes realizaron más de 5 comidas los días de diario y este porcentaje se duplica los festivos (4,9%). El resto realizó una media de 4,14 (DE 0,92) comidas los días de diario y 3,90 (DE 0,96) los del fin de semana, con diferencias estadísticamente significativas por sexo tanto los días de diario (media chicos= 4,28, DE=0,85, chicas =4,01, DE=0,96, $p < 0,001$) como los festivos: chicos 4,06 (DE 0,92), chicas 3,76 (DE= 0,97), ($p < 0,001$). Por ámbito geográfico no las hay ni diario ni festivos.

La comida que más omiten los días laborables es la merienda (29,3%) y los fines de semana el almuerzo (56,2%). Se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, aunque no por ámbito, tanto en días de diario como en festivos, siendo las chicas quienes con mayor frecuencia omiten el desayuno, la merienda, la cena y, en fines de semana, también el almuerzo y la comida (Gráfico 4.2).

Destaca el elevado porcentaje de adolescentes que ven la televisión mientras comen o cenan (78,7%), ya sea siempre (25,7%) o de forma ocasional (53%), sin diferencias significativas por sexo ni ámbito.

Un 4,2% de los estudiantes no toman lácteos, y los más consumidos son los enteros (44,7%), seguidos de los semidesnatados (27,7%). El 16,6% alternan entre enteros/semidesnatados /desnatados (Gráfico 4.3). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico

Más de la mitad de los adolescentes (56,8%) consume snacks, sobre todo las chicas: el 64,6% los consume algunos días y el 3,4% la mayoría de los días, frente al 49,1% y el 5,3% respectivamente de los chicos ($p < 0,001$). No se observan diferencias estadísticamente significativas según el ámbito geográfico.

Los alimentos más consumidos los últimos 7 días fueron: leche y otros lácteos (consumidos 5 o más veces por el 61,4% de los jóvenes), pan y cereales (46,6%), carne (33,4%) y fruta fresca (32,8%).

Entre los alimentos menos consumidos destacan: bebidas vegetales³(84,3% no las consumió), cereales integrales (42,5%), refrescos azucarados (37,7%) y comida rápida (34,5%).

El consumo de otros alimentos fue principalmente ocasional: el 40,2% consumió huevos 1–2 veces, el 40,4% embutidos 1–2 veces, el 58,5% consumió pescado 1–2 veces. Alrededor de la mitad consumieron dulces 1-2 veces y el 60,1% consumió legumbres con esta misma frecuencia. En cuanto a las verduras, el 31,4% las consumió 1–2 veces y 41% 3–4 veces, y el 43% consumió pasta, arroz y patatas 3–4 veces.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo en el consumo de refrescos azucarados, dulces, huevos, carne, pasta, arroz y patatas, pan y cereales, legumbres, embutidos y leche y lácteos. En general, los chicos consumen más cantidad de estos alimentos, excepto los dulces y los snacks, cuyo consumo es mayor entre las chicas ($p < 0,001$).

Por ámbito geográfico, solo se encontraron diferencias significativas en el consumo de comida rápida, siendo más frecuente que los jóvenes de medio urbano la hubieran consumido en la última semana (67,6%) en comparación con los del medio rural (57%; $p = 0,004$).

³ Bebidas elaboradas a partir de alimentos de origen vegetal (soja, almendras, arroz, chufas...)

Respecto al consumo de fruta diario, El 58% de los estudiantes consume 1–2 piezas de fruta al día. Solo el 4,1% alcanza las 5 o más piezas diarias, mientras que el 18,1% no consume fruta habitualmente. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas ni por sexo ni por ámbito geográfico.

El 73,1% de los jóvenes no han seguido ninguna dieta especial el último año, mientras que el 12,7% lo han hecho con intención de adelgazar y el 4,3% para engordar. Es mayor el porcentaje de chicas que no han modificado su dieta (75,8%) en comparación con los chicos (70,5%) y quienes lo hicieron fue por motivos diferentes: el 13,5% de las chicas han seguido una dieta especial para adelgazar, frente al 11,9% de los chicos, mientras que el 7,8% de éstos lo hizo para engordar, frente al 0,8% de las chicas, y el 3,6% de éstas hizo dieta por motivos de salud, frente al 1,7% 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 físicamente activos tienen hábitos más saludables, como saltarse menos el desayuno, tanto días de diario ($p < 0,001$) como festivos ($p = 0,025$), así como el almuerzo los días de diario ($p = 0,020$) (Gráfico 7.6). También su alimentación es mejor desde el punto de vista nutricional, con mayor consumo de

fruta fresca ($p < 0,001$), verduras y hortalizas ($p < 0,001$), huevos ($p = 0,008$), pescado ($p = 0,001$), pan y cereales ($p < 0,001$) leche y lácteos ($p = 0,025$) (Gráfico 7.8), así como un mayor número de piezas de fruta diarias ($p < 0,001$) (Gráfico 7.9). Además, consumen menos snacks ($p = 0,001$) y refrescos azucarados ($p = 0,048$) (Gráfico 7.7).

Es mayor el porcentaje de jóvenes que realiza actividad física entre aquellos que comen/cenan viendo la TV, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas (77,4% frente al 73,4% de los que no comen frente al TV).

Los adolescentes que emplean más tiempo frente a las pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil...) en los días laborables son los que más omiten el desayuno ($p < 0,001$), mientras que los fines de semana/festivos el mayor tiempo frente a pantallas afecta de forma negativa al almuerzo ($p < 0,001$) (Gráfico 7.11).

Según el tiempo y modo de desplazamiento al centro escolar no se ha encontrado asociación significativa respecto a la realización de las principales comidas. Sí la hay, sin embargo, en cuanto a la frecuencia de consumo de varios alimentos. Así, es menor el porcentaje de jóvenes que consume dulces, pan y cereales y bebidas vegetales entre los que emplean más de una hora diaria en desplazarse caminando o en bici al centro educativo, mientras que con los refrescos azucarados ocurre lo

contrario (Gráfico 7.16). Asimismo, el porcentaje de jóvenes que no consumen fruta es superior entre quienes utilizan transporte motorizado, mientras que quienes tardan más de una hora diaria en desplazarse a pie o en bicicleta consumen un mayor número de piezas de fruta ($p = 0,001$).

5-DESCANSO

La media de horas de sueño es de 7,81 (DE 1,25). El 33,7% de los jóvenes refiere dormir 8 horas al día, y el 75,6% entre 7 y 9 horas. Las chicas duermen de promedio menos que los chicos (7,72 y 7,90 respectivamente, $p=0,025$), y los jóvenes de medio urbano algo menos que los de medio rural (7,78 horas los de medio urbano y 7,95 los de medio rural) pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. Así, son las chicas urbanas las que menos horas duermen (7,68) y los chicos de medio rural los que tienen mayor media de horas de sueño (7,98, $p= 0,038$).

En cuanto a la calidad percibida del sueño, la mitad de los jóvenes se levantan con sensación de no haber descansado, siendo únicamente el 41,2% de las chicas y el 59,1% de los chicos los que tienen sensación de descanso nocturno ($p < 0,001$). Aunque descansan más los jóvenes de medio rural (51,9% frente al 49,7% urbano) estas diferencias no son estadísticamente significativas. Las chicas del medio urbano son las que en menor proporción (40,7%) descansan, mientras que la mayoría de los

chicos del medio rural (59,8%) se levantan con sensación de haber descansado ($p < 0,001$) (Gráfico 6.1).

La mayoría (65,6%) de los jóvenes que refieren tener sensación de descanso nocturno duermen 7 u 8 horas, mientras que el 8,1% duermen 5 o 6 horas y el 26,4% entre 9 y 12 horas (Gráfico 6.2). La media de los que no descansan es de 7,52 h/día, frente a las 8,10 h/día de los que sí lo hacen ($p<0,001$).

Hay una relación entre hábitos de descanso y alimentación: los jóvenes que se levantan con sensación de haber descansado se saltan con menor frecuencia todas las comidas, tanto días laborables como festivos, y estas diferencias son estadísticamente significativas excepto en cuanto al almuerzo días de diario y la merienda en diario y festivos (Gráfico 7.17).

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 y tampoco entre los que realizan dietas por distintos motivos.

La actividad física también se asocia a un mejor descanso: el 53,7% de los jóvenes que realizan ejercicio se levantan con sensación de haber descansado, frente al 46,3% de los que no lo hacen ($p = 0,001$). Asimismo, el 85,1% de quienes practican actividad física duerme 7 o más horas, en comparación con el 79,4% de los sedentarios ($p = 0,038$).

Por último, un mayor tiempo de exposición a pantallas se relaciona con peor descanso nocturno. El porcentaje de adolescentes que se levantan con sensación de descanso es inferior al 50% cuando el uso de pantallas supera las dos horas diarias, tanto en días laborables ($p < 0,001$) como en fines de semana o festivos ($p = 0,002$) (Gráfico 7.20).

6-CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

A-TABACO

El 95,9% de los adolescentes no tienen permiso de sus padres para fumar, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito. El 82,6% de los jóvenes refiere no haber fumado nunca, sobre todo chicos (85,6% frente al 79,5% de las chicas, $p=0,010$), mientras que el 3,7% refiere hacerlo a diario y el 3,5% sólo fines de semana (Gráfico 8.1.1). Son más los jóvenes de medio urbano que no han fumado nunca (83,2% frente a 79,8% en medio rural) pero esta diferencia no es significativa.

El 41,3% de los adolescentes que fuman actualmente declara consumir entre 2 y 5 cigarrillos y el 31,2% un cigarrillo o caladas sueltas, en ambos casos con porcentajes muy similares en chicos y chicas. El 25% de los chicos fuman de 6 a 10 cigarrillos frente al 20% de las chicas, mientras que el 2,3% de los chicos y 7,7% de las chicas fuman 11 o más cigarrillos. Estas diferencias en el consumo por sexos no son estadísticamente significativas, y

tampoco lo son por ámbito, aunque hay más chicas de medio rural que fuman entre 2 y 5 cigarrillos y más jóvenes de medio urbano que fuman 1 cigarrillo o caladas sueltas. Ninguno de los encuestados consume más de un paquete (Gráfico 8.1.2).

Entre los fumadores actuales y los exfumadores, el 49,4% afirman haber consumido más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida. Esta proporción es algo mayor en adolescentes de zonas rurales (54,8% de zona rural frente al 47,9% de zona urbana), pero sin significación estadística. La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 13,79 años (mínima 11 años y máxima 17), algo inferior en las chicas (chicos 13,88, chicas 13,73) y en el medio urbano (13,76, rural 13,90) aunque estas diferencias tampoco son estadísticamente significativas.

El 30,5% de los jóvenes consume o ha consumido productos de tabaco no convencionales (vapeadores, cigarrillo electrónico, pipa de agua, ...). Entre ellos, el 16,5% ha dejado de utilizarlos, el 6% sólo los consume el fin de semana, el 5% lo hace alguna vez a la semana y el 2,9% a diario (Gráfico 8.1.3). No hay diferencias significativas por sexo ni por ámbito.

Un 30,5% de los jóvenes convive con fumadores, principalmente chicas (34%, chicos 27,1%, $p=0,015$), aunque la mayoría de los padres y madres no han fumado nunca o son exfumadores (75,8% de los padres y 79,5% de las madres); sin

embargo, el 20,4% de los padres y el 15,3% de las madres son fumadores habituales.

El 12,9% de los jóvenes están expuestos al tabaquismo pasivo en casa y el 14,4% fuera de casa los días de diario. Los fines de semana estos porcentajes son mayores, principalmente fuera de casa (33,7%, 18,3% en casa). Hay diferencias significativas por sexo en cuanto a exposición al tabaco en el hogar, tanto en días de diario ($p<0,001$) como festivos ($p=0,004$), con más chicas expuestas en ambos casos. Los jóvenes de medio rural están expuestos fuera de casa al tabaco de forma pasiva más tiempo que los de medio urbano, tanto los días de diario ($p=0,039$), como los festivos ($p=0,007$) (Gráficos 8.1.4 y 8.1.5).

B- ALCOHOL

En cuanto al patrón de consumo de alcohol no hay diferencias significativas por sexos: el 42,7% de los jóvenes no consume alcohol y el 33,9% rara vez. Un 17,3% solo consume alcohol los fines de semana y el 5,7% alguna vez entre semana, mientras que un 0,4% declara consumir alcohol a diario. Sí que hay una asociación significativa en cuanto al consumo de alcohol por ámbito ($p=0,013$), con más jóvenes que no consumen alcohol en medio urbano (44,5% y 35,7% rural) y más de medio rural que lo hacen solo fines de semana (24,6% rural, 15,4% urbano) (Gráfico 8.2.1).

El 41,1% responde haber consumido alcohol el último mes, sin diferencias por sexos pero más en medio rural (49%) que urbano (39,1%) ($p=0,009$).

La media de edad a la que comienzan a consumir bebidas con alcohol al menos una vez a la semana es de 13,76 años (DE 1,3), siendo la edad mínima a los 10 años. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito, aunque es algo menor en las chicas (13,68; 13,83 en chicos).

Los adolescentes que declaran consumir alcohol los días de diario (10,6% de los que beben alcohol), prefieren la cerveza (39,3%) especialmente los chicos (51,6%, chicas 26,7%, $p=0,046$) y el vino/calimochó (22,5%), en este caso sin diferencias significativas por sexo. Sí las hay en cuanto a los licores sin combinar (9,8%) que entre semana solo consumen las chicas ($p=0,024$) y por ámbito geográfico en el consumo de “otras bebidas alcohólicas” (2,9%) que solo se consumen en medio rural ($p=0,044$).

Entre aquellos que consumen bebidas alcohólicas, las más consumidas los fines de semana son los combinados (64,5%), seguidos de la cerveza (34,6%), y del vino o calimochó (34,4%). Solo hay diferencias estadísticamente significativas por sexo y por ámbito en cuanto al consumo de cerveza, mayor entre los chicos (chicos 51,2%, chicas 19%, $p<0,001$) y más en medio rural que urbano (Urbano 32,5%, rural 42,1%, $p=0,039$).

El 34,3% de los adolescentes que consumen alcohol, indica haber consumido en alguna ocasión 6 o más unidades de alcohol en el mismo día el último mes, incluso el 14,1% lo ha hecho en más de una ocasión. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito geográfico (Gráfico 8.2.2).

Entre los jóvenes que consumen bebidas alcohólicas, el 20,9% se han emborrachado al menos una vez en el último mes, siendo los chicos de zona rural los que lo han hecho en mayor proporción (27,1%) y los chicos del medio urbano los que menos (19,3%) aunque estas diferencias no son significativas. (Gráfico 8.2.3). El 0,5% 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 4,9% de los jóvenes dicen haber probado en los últimos 30 días algún tipo de drogas distintas de alcohol y tabaco, destacando los chicos de medio rural pero sin que estas diferencias por sexo ni por ámbito sean estadísticamente significativas (Gráfico 8.3.1). Entre los estudiantes que respondieron afirmativamente, el tipo de droga más consumido es el hachís (90,3%), seguido de los tranquilizantes/somníferos sin receta (17%) y la cocaína (7,6%). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito,

probablemente debido al bajo número de casos en algunas categorías.

En cuanto al consumo de otros tipos de drogas, que refiere el 7,7% de los consumidores, las respuestas incluyen sustancias como productos farmacéuticos y Popper.

7-RELACIONES SEXUALES COMPLETAS (RSC)

El 22,3% de los adolescentes refieren haber tenido alguna vez RSC, en mayor proporción los chicos (25,4%) que las chicas (19,3%) ($p=0,017$) y sin diferencias por ámbito (urbano 22,4%, rural 22,1%). La edad de inicio de las RSC se sitúa entre los 12 y los 17 años, con una edad media de 14,6 años y una mediana de 15 años, sin diferencias estadísticamente significativas ni por sexo ni por ámbito geográfico.

La mayor parte de los jóvenes que han mantenido RSC, refiere haber tenido una única pareja en los últimos 30 días (51,5% de los chicos y 60% de las chicas) y un 9,7% de los chicos y el 5% de las chicas tuvieron dos o más parejas en ese periodo, mientras que en los chicos es más frecuente no haber tenido ninguna pareja el último mes (38,8%, frente al 35% en chicas). Estas diferencias no son estadísticamente significativas, y tampoco por ámbito geográfico (Gráfico 9.1).

El 75,2% de los adolescentes refiere haber utilizado preservativo en su última RSC, con diferencias significativas por

sexo (chicos 82,1%, chicas 65,3%, $p=0,003$), pero no por ámbito, aunque es mayor su utilización en medio urbano (75,1%, rural 73,9%). Sin embargo, sólo el 57,9% de aquéllos que en algún momento han mantenido RSC dice utilizar algún método anticonceptivo; el método más utilizado es el preservativo (53,7% de los que han mantenido RSC), seguido de los anticonceptivos orales (9%) (Gráfico 9.2).

El 23,7% 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 39,3% la han utilizado dos o más veces, en proporción similar chicas (40%) y chicos (38,8%) pero más los jóvenes de medio urbano (40,4%) que rural (25%), sin poder establecerse la significación estadística de estas diferencias debido al pequeño porcentaje de jóvenes que han empleado la PDD ($n = 56$) (Gráfico 9.3).

8-ACCIDENTABILIDAD

Las lesiones o accidentes no tráfico en los últimos 12 meses fue del 21,1%, siendo los chicos de zona rural los que los sufrieron en mayor proporción (25,5%) y las chicas de zona rural las que menos (16,8%). Estos accidentes y lesiones ocurrieron principalmente en centros deportivos (42,4%), sobre todo en las chicas (44,4% de los accidentes no tráfico, chicos 40,7%), seguidos de los accidentes en casa en chicas (21,2%) y en la calle en chicos

(19,5%) (Gráfico 10.1). Estas diferencias por sexos en cuanto al lugar en que se produjo el accidente son estadísticamente significativas ($p=0,006$).

Respecto a los accidentes de tráfico que precisaron tratamiento médico, el 2,8% de los jóvenes han sufrido alguno en los últimos 12 meses, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico. Tampoco las hay en cuanto al medio en que ocurrió el accidente, aunque la mayoría de las chicas lo sufrieron yendo en coche (54,5%), mientras que sólo un 11,1% de los chicos que sufrieron accidentes de tráfico iba en automóvil, siendo más frecuentes en ellos los accidentes en moto 38,9% frente al 9,1% de las chicas (Gráfico 10.2).

Un 92% afirma utilizar siempre el cinturón de seguridad cuando van de copiloto, y el 5,1% casi siempre, mientras que el 1,2% solamente lo usan algunas veces y el 1,7% nunca. Por otra parte, al ir en el asiento trasero, el 80,8% de los jóvenes utilizan el cinturón de seguridad siempre y el 12,9% casi siempre, en cambio el 3,8% sólo lo usan a veces y el 2,5% nunca. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso del cinturón del copiloto por sexo, pero son más los jóvenes de medio urbano que lo usan siempre (92,7% frente al 89,9% rural) y más de medio rural que lo hacen casi siempre (7,2% frente al 4,6% urbano) y algunas veces (2,4% frente a 0,8%), mientras que en medio urbano más jóvenes dicen no utilizarlo nunca (1,9% frente a 0,5%) ($p=0,044$).

(Gráfico 10.3.A). No hay diferencias significativas respecto al uso de cinturón trasero (Gráfico 10.3.B).

El 27,9% de los jóvenes monta en moto, siendo en medio rural donde más se utiliza (34,1% frente al 26,5% de medio urbano, $p=0,028$) y sobre todo los chicos (30,7% frente al 25,2% de las chicas, $p=0,047$). El 81% de los que usan moto indica que utilizan el casco siempre, el 8,2% la mayoría de las veces, el 3,8% algunas veces y el 7% nunca, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico.

Sin embargo, hay más adolescentes que usan la bicicleta: el 70% la utilizan, principalmente los chicos (75,9%, chicas 63,9%, $p<0,001$), sin diferencias significativas por ámbito, pero los ciclistas utilizan el casco con menor frecuencia: solo el 24,4% de los chicos que usan bicicleta utiliza el casco siempre, frente al 19,8% de las chicas, aunque también hay más chicos que dice no utilizarlo nunca (42% frente a 34,3% de chicas, $p=0,009$). También hay diferencias estadísticamente significativas por ámbito: lo usan siempre el 25,6% de los jóvenes de medio urbano frente al 10,5% de medio rural, y dicen no utilizarlo nunca el 35% de medio urbano y el 52,3% de medio rural ($p<0,001$).

En cuanto al patinete eléctrico, que se ha incluido en el análisis en la presente edición del cuestionario, lo utilizan un 29,9% de los jóvenes, sobre todo chicos (35,6% frente al 24,2% de las chicas, $p<0,001$) y sin diferencias significativas por ámbito. Sin

embargo, solo el 11,1% de los jóvenes que lo utilizan dice usar casco siempre (14,8% de los chicos, 5,5% de las chicas, $p=0,001$), sin diferencias significativas por ámbito (Gráfico 10.4).

El 12,9% de los adolescentes viajó en los últimos 30 días en un vehículo sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas, sobre todo los chicos (17,2% frente al 8,6% de chicas, $p<0,001$). No es significativa la diferencia por ámbito, aunque es mayor el número de jóvenes de medio rural que contesta afirmativamente (15,9% frente al 12,1% urbano).

9-HIGIENE BUCODENTAL

El 84,9% de los adolescentes se lava los dientes más de una vez al día, mientras que el 2,3% reconoce hacerlo con menor frecuencia o incluso no lavárselos nunca. El 4% no se lava los dientes por la noche antes de acostarse y el 18,1% tan 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 también, aunque sin significación estadística, son las que en mayor porcentaje se lavan los dientes siempre antes de acostarse, principalmente aquéllas de medio rural, aunque tampoco hay una asociación significativa por ámbito (Gráficos 11.1 y 11.2).

En cuanto a las visitas al dentista en los últimos 12 meses (excluidas las de seguimiento o revisión de aparato dental), el 34% no realizó ninguna en ese período, mientras que el 14,6% lo hizo

más de 5 veces. El 20,8% y el 14,9% 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).

10-RELACIONES CON LA FAMILIA

Un 8,4% de los jóvenes no tienen padre o no lo ven, y respecto a la madre este porcentaje es del 1,5%. 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 65,7% le resulta fácil/muy fácil), seguido del padre (47,7% 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, casi a la mitad de los adolescentes les resulta difícil o muy difícil hablar tanto con la pareja del padre como con la de la madre (46,2% y 44,5% respectivamente), siendo las chicas las que encuentran más dificultad en ambos casos ($p=0,004$ y $p=0,013$) (Gráfico 12.2).

El 82,2% de los jóvenes están totalmente o muy de acuerdo en que su familia realmente intenta ayudarles, el 71,5% en que reciben de ella el apoyo emocional que necesitan, el 83,2%

en que está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones, y el 61,5% en que pueden hablar de sus problemas con su familia. En todos estos casos hay diferencias significativas por sexo (excepto en cuanto a que la familia les ayuda a tomar decisiones), con más chicos que chicas totalmente o muy de acuerdo (Gráfico 12.3).

11-RELACIONES SOCIALES

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto que las relaciones de amistad desempeñan un papel central como fuente de apoyo emocional y social en la adolescencia. La gran mayoría de los adolescentes afirma salir con otras personas para distraerse (85,9%), sin diferencias relevantes por sexo ni por ámbito.

Asimismo, se aprecia una elevada percepción de apoyo por parte de los amigos: más de las tres cuartas partes de los jóvenes (76,7%) consideran que sus amistades realmente tratan de ayudarles (77,9% de las chicas y 75,4% de los chicos), mientras que el 7,6% de los chicos y el 6,1% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo ($p=0,004$).

De igual manera, la mayoría de los jóvenes (78%) están totalmente o muy de acuerdo en que pueden contar con sus amigos cuando las cosas les van mal, siendo esta proporción similar entre chicos (77,5%) y chicas (78,2%), mientras que el 6% de los chicos y el 7,3% de las chicas opinan todo lo contrario ($p=0,014$).

El 83% refiere estar totalmente o muy de acuerdo en que tiene amigos con los que compartir emociones, aunque un 6,4% indica que está en desacuerdo (chicos 8,9%, chicas 3,8%, $p=0,014$), y con respecto a si pueden hablar de sus problemas con los amigos, el 78,1% afirma que están totalmente o muy de acuerdo y un 8% totalmente o muy en desacuerdo, sin diferencias significativas por sexo (Gráfico 13.1). En ninguno de los casos se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por ámbito.

12-USO DE INTERNET Y TELÉFONO MÓVIL

El 96,8% de los adolescentes dispone de smartphone, sin diferencias significativas por sexo, pero sí respecto a la frecuencia de uso de internet en este dispositivo: el 40,1% de jóvenes se conecta casi constantemente, sobre todo chicas (45,7% frente a 34,6% chicos), mientras que del 52,6% de jóvenes que se conecta varias veces al día, es mayor el porcentaje de chicos (57,5% frente a 47,6%, $p=0,004$) (Gráfico 14.1).

El 37,5% apaga siempre el móvil en lugares no permitidos, mientras que es más común que no lo apaguen nunca al dormir (49,9%) y al estudiar (41,5%) (Gráfico 14.2). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a apagado del móvil al estudiar ($p=0,003$) y en lugares no permitidos ($p<0,001$), en ambos casos con más chicos que no lo apagan nunca, y al dormir ($p=0,011$), en este caso con más chicas que no lo apagan.

En los 30 días anteriores a la encuesta, casi todos los jóvenes (98,3%) utilizaron las redes sociales (Whatsapp, Facebook...) y el 78,7% el e-mail. El 96% escuchó o descargó contenidos de la red (música, series, películas, etc.), el 50,3% participó en juegos de realidad virtual, el 51,1% en juegos de habilidad y el 22,6% visitó páginas para adultos. Hay diferencias significativas por sexo ($p\leq 0,001$), siendo los chicos los que más usan el e-mail, participan 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.

En cuanto a la interacción con desconocidos los dos últimos meses, a través de internet, el 37,5% de los adolescentes intercambió mensajes (el 10,7% varias veces a la semana y el 20,3% en 1 o 2 ocasiones) y el 57,9% de los jóvenes recibió llamadas de desconocidos (el 16,7% varias veces a la semana y el 25,3% en 1 o 2 ocasiones). Estas dos situaciones fueron más frecuentes en chicos ($p=0,044$ y $p=0,010$ respectivamente).

Por otra parte, el 11,6% de los participantes recibió mensajes o imágenes de contenido sexual por parte de desconocidos, siendo también los chicos quienes los han recibido con mayor frecuencia ($p<0,001$).

En cuanto al envío a desconocidos por parte de los adolescentes de imágenes propias en postura sexy o provocativa,

el 3,5% 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).

En cuanto al control de padres o tutores sobre la navegación en internet, el 14,9% utiliza programas de control parental para bloquear o filtrar contenidos, el 13,3% para conocer en qué páginas navegan sus hijos y las aplicaciones que utilizan y el 34% para conocer la ubicación del adolescente. En este último caso hay diferencias estadísticamente significativas tanto por sexo (es más frecuente en chicas: 38,6% frente al 29,4% de los chicos, $p=0,002$) (Gráfico 14.5), como por ámbito geográfico (37,4% en medio urbano frente al 20,3% en medio rural, $p<0,001$). Respecto a la utilización de internet: el 35% establecen normas y limitaciones en el uso de la red, el 51% sugieren modos de uso seguro y el 47,7% ayudan a los jóvenes si algo les molesta en internet. En todos los casos hay diferencias estadísticamente significativas por sexos, con mayor participación de los padres en el caso de las chicas ($p=0,019$, $p=0,001$ y $p<0,001$ respectivamente) (Gráfico 14.6).

13-ACOSO ESCOLAR

El 8,8% de los jóvenes sufrió maltrato escolar en los dos meses anteriores a la encuesta (el 0,6% varias veces a la semana), y el 7,3% participó en algún episodio de maltrato a otro/a

compañero en el colegio o instituto en ese período. El 23,3% de los adolescentes recibió burlas e insultos (el 2,4% en varias ocasiones a la semana) y el 19,4% ha sido apartado de su grupo de amigos/as por otros alumnos o le han ignorado por completo, (varias veces a la semana en el 2,4% de los casos). Además, al 17,7% de los estudiantes les han gastado bromas o hecho comentarios o gestos de contenido sexual en el centro educativo, (varias veces a la semana el 2,7% de los jóvenes) y el 7,3% han sido víctimas de la publicación en internet de fotos no favorecedoras o inapropiadas que les hicieron sin permiso, y en el 0,1% se repitió varias veces por semana.

También el maltrato físico sufrido por un 7,7% de los jóvenes se repitió varias veces por semana en el 0,9% y el ciberacoso, sufrido por el 3% de los adolescentes, se repitió en varias ocasiones a la semana para el 0,3%. Por otra parte, el 26,6% fueron víctimas de mentiras o cotilleos inventados por otros compañeros, el 3,6% de ellos varias veces a la semana (Gráfico 15.1).

No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico en cuanto a haber sufrido maltrato, pero sí las hay por sexos respecto al tipo de maltrato recibido: las chicas sufren más frecuentemente aislamiento (14% chicos, 24,8% chicas, $p<0,001$), así como mentiras o cotilleos inventados (21,8%-31,5%, $p=0,007$) por parte de sus compañeros, mientras que los chicos sufren en mayor proporción maltrato físico

(golpes/zarandeos/encierros) (9,8% chicos frente a 5,5% chicas, $p=0,009$) y bromas de contenido sexual (19,7% frente al 15,6% chicas, $p=0,018$) (Gráfico 15.2). En cuanto al maltrato a otros compañeros no hubo diferencias significativas por sexo ni por ámbito geográfico.

Del total de jóvenes que declara haber sufrido maltrato, el 12,8% ha participado en maltrato a otros compañeros, y el 18,1% de los jóvenes que han participado en acoso a otros compañeros ha sido víctima del mismo.

Un 0,6% de los adolescentes encuestados refiere haber sufrido todos los tipos de acoso descritos en el cuestionario en alguna ocasión durante los últimos dos meses, y el 51,2% ha sufrido al menos uno de éstos durante ese período, aunque sólo el 5,4% del total lo ha percibido como maltrato.

14-VIDEOJUEGOS

El 33,7% de los adolescentes jugaron a juegos de rol, el 46,4% a los de deportes, el 39,8% a videojuegos de violencia, drogas y/o sexo y el 65,9% 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 significativas por ámbito geográfico.

15- JUEGO CON DINERO

El 90% no ha jugado nunca con dinero en internet, y el 84,4 no lo ha hecho nunca de forma presencial. Sin embargo, el 4,3 dice haber jugado con dinero en internet y el 10,4% de forma presencial en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta, y un 2,9% lo había hecho en ambas modalidades el último mes. Son más los chicos que jugaron tanto de forma online como presencial y ambas ($p<0,001$ en todos los casos) (Gráfico 17.1). No hay diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico.

Más de la tercera parte de los estudiantes que alguna vez han jugado dinero en internet comenzaron antes de los 13 años (35,8%, lo que supone el 3,6% del total de encuestados), así como el 17,7% (2,7% del total) de los que lo han hecho de forma presencial. Son más las chicas jugadoras en internet que se iniciaron en el juego antes de los 13 años (63,3% y 25,7% de los chicos respectivamente, $p<0,001$) y lo mismo ocurre con las que lo hicieron de forma presencial (30% frente al 15% de los chicos jugadores), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa y tampoco lo es por ámbito. Las diferencias entre sexos son mayores en el ámbito urbano que en el rural: el 72,7% de las chicas y un 25,4% de los chicos de medio urbano

comenzaron a jugar en internet antes de los 13 años, mientras que el 30,8% de los chicos y el 37,5% de las chicas de medio rural lo hicieron a esa edad ($p=0,001$) (Gráfico 17.2).

Un 11,7% de los jugadores (2,4% de los participantes) contestó afirmativamente a las dos preguntas del cuestionario Lie-Bet para valorar el juego patológico. Un 23,8% de los jóvenes

que han jugado alguna vez ha necesitado apostar más y más dinero, y un 15,4% 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 mentir a personas importantes acerca de cuanto juegan (chicos 19,4%, chicas 3,7%, $p=0,006$).



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 1051 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.

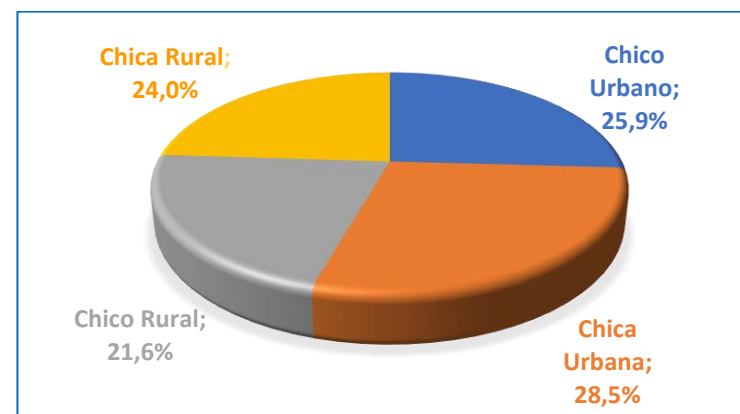
De ese total de 1051 estudiantes un 45,6% estaban escolarizados en centros de medio rural y el 54,4% en centros de medio urbano-semiurbano (en adelante, urbano). El ámbito geográfico se determinó como rural o urbano, tomando como referencia la Zona Básica de Salud a la cual corresponde el centro escolar. El 52,5% fueron chicas y el 47,5% 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 28,5%, seguido de los chicos de medio urbano (25,9%) (Tabla 0.1 y Gráfico 0.1).

Tabla 0.1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico.

Sexo	Ámbito geográfico					
	Rural		Urbano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Chica	252	24	300	28,5	552	52,5
Chico	227	21,6	272	25,9	449	47,5
Total	479	45,6	572	54,4	1051	100,0

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



La edad media de los jóvenes fue de 16,03 años (DE 0,61), con diferencias estadísticamente significativas por sexos, siendo algo mayor en los chicos (16,08 frente a 15,99 en las chicas, $p=0,015$) (Tablas 0.2-0.4). El rango de edad es mayor en las chicas, y en medio urbano, con un mínimo de 15,28 años y máximo de 18,96, que en los chicos (15,23-18,23 en medio urbano y 15,28-18,23 en medio rural). En las chicas de medio rural, el rango de edad oscila entre 15,28 y 18,39 años.

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

		Edad		
		n	media	DE
Sexo	Chico	499	16,08	0,65
	Chica	552	15,99	0,57
Ámbito geográfico	Rural	479	16,03	0,58
	Urbano	572	16,04	0,64
Sexo y ámbito	Chico urbano	272	16,09	0,69
	Chica urbana	300	15,99	0,59
	Chico rural	225	16,07	0,60
	Chica rural	252	15,99	0,56
TOTAL		1051	16,03	0,61

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

Edad	Ámbito geográfico					
	Urbano		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
15	345	60,3	284	59,3	629	59,8
16	165	28,8	158	33,0	323	30,7
17	54	9,4	32	6,7	86	8,2
≥18	8	1,4	5	1,0	13	1,2
Total	572	100	479	100	1051	100

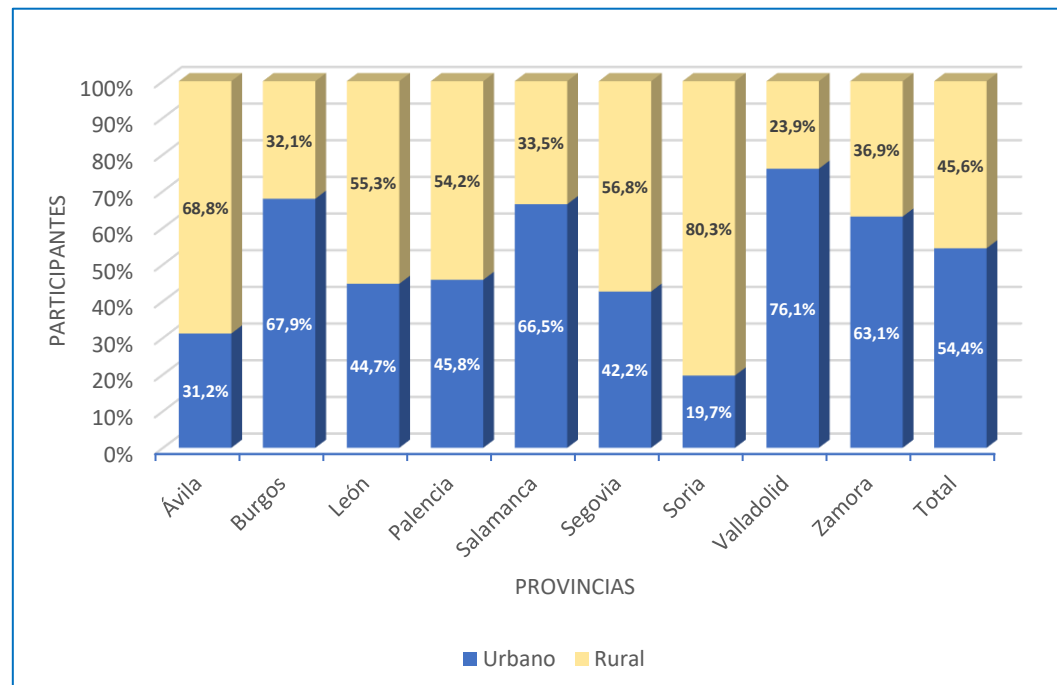
Tabla 0.4. Distribución de participantes por edad y sexo.

Edad	Sexo					
	Chico		Chica		Total	
	n	%	n	%	n	%
15	287	57,5	342	62,0	629	59,8
16	150	30,1	173	31,3	323	30,7
17	57	11,4	29	5,3	86	8,2
≥18	5	1,0	8	1,4	13	1,2
Total	499	100	552	100	1051	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, León, Palencia, Segovia y Soria. En

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

Gráfico 0.2. Distribución de participantes por provincia y ámbito geográfico.





I.C. ESTIMACIONES PARA CASTILLA Y LEÓN



1-Datos generales

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 los progenitores, situación laboral y nivel de estudios de éstos, información sobre los convivientes, número de hermanos, autopercepción de resultados académicos y estado 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. La mayoría (80,3%) viven en entorno urbano/ semiurbano (en adelante: medio urbano) y el 19,7% residen en el medio rural.

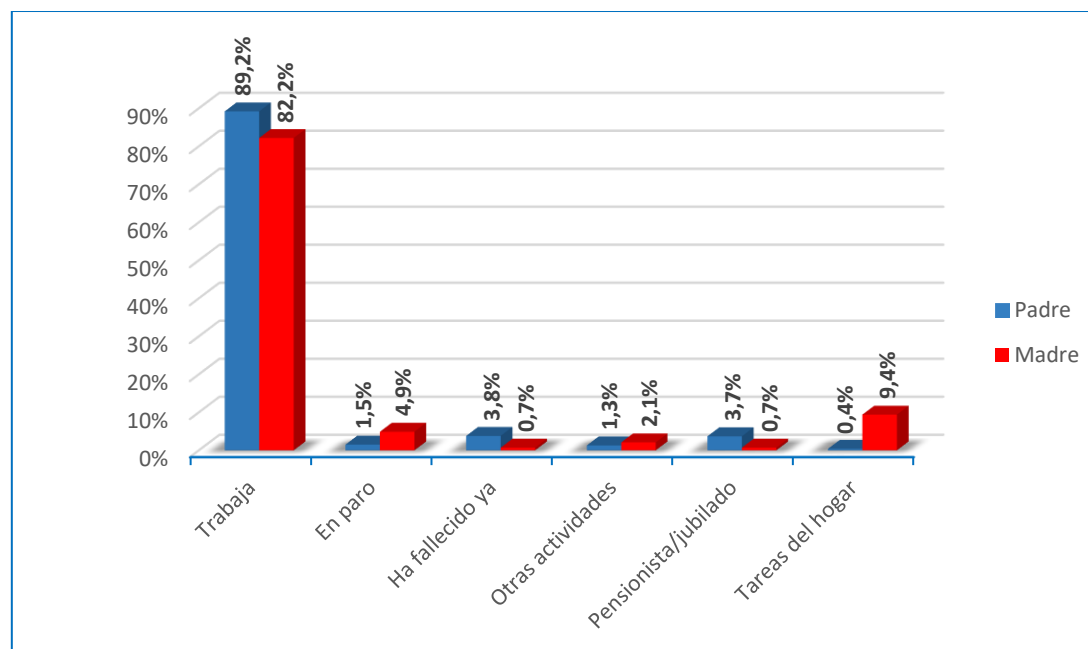
La edad media es de 16,04 años ($DE= 0,63$), con un rango entre 15,23 y 18,96 años. El 89,6% de los jóvenes tienen 15 o 16 años. Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a media de edad por ámbito, sí se observan por sexo, siendo superior la media de edad de los chicos (16,09 ($DE=0,67$)) a la de las chicas (15,99 ($DE=0,58$)) ($p=0,015$).

En cuanto al país de nacimiento, el 88,8% de los jóvenes nacieron en España, al igual que el 81,2% de los padres y el 79,3% de las madres. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito geográfico en cuanto al país de nacimiento de los alumnos ni tampoco en relación al país de nacimiento de los progenitores.

Respecto a la situación laboral de los progenitores, el 89,2% de los padres trabaja en comparación con el 82,2% de las madres. En ambos casos, el porcentaje de los que trabajan es ligeramente superior en el medio rural que en el urbano, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Son más los chicos cuya madre trabaja (84,6% frente al 79,8% de las chicas, $p=0,045$).

Por otra parte, el 9,4% (9,2% medio urbano-10,3% medio rural) de las madres se dedican a las tareas del hogar en contraposición con el 0,4% (0,4% medio urbano-0,5% medio rural) de los padres. El 1,5% de los padres están desempleados y el 3,7% son pensionistas o están jubilados a diferencia de las madres con el 4,9% y el 0,7% respectivamente (Gráfico 1.1).

Gráfico 1.1 Situación laboral de los progenitores

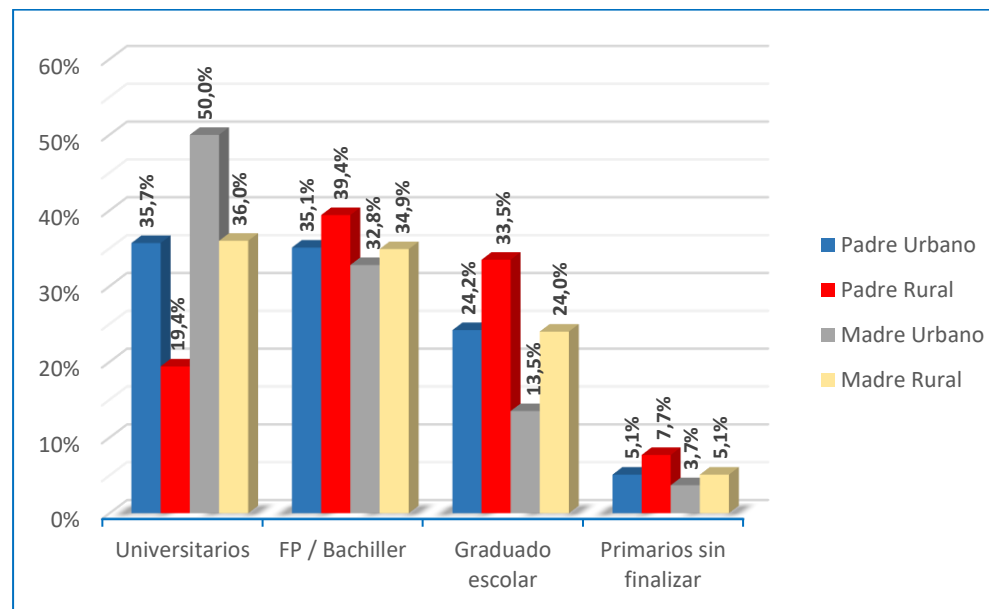


En cuanto al máximo nivel de estudios completado por los progenitores, la mayor diferencia la encontramos respecto a los estudios universitarios: las madres han recibido formación académica universitaria en mayor proporción que los padres (47,4% y 32,7% respectivamente). Por el contrario, el 25,8% de los padres tiene como máximo graduado escolar frente al 15,4% de madres con la misma titulación. Hay menor diferencia entre la proporción de padres y madres que tienen estudios de FP o

Bachillerato (35,9% y 33,3% respectivamente), y entre aquellos sin estudios o con estudios primarios sin finalizar (padres: 5,6%; madres: 3,9%)

El ámbito geográfico marca diferencias claras: en el medio urbano, el 50% de las madres y el 35,7% de los padres poseen estudios universitarios, frente al 36% y 19,4% respectivamente en el medio rural ($p < 0,001$ en ambos casos) (Gráfico 1.2).

Gráfico 1.2 Mayor nivel de estudios completado por los progenitores según ámbito geográfico



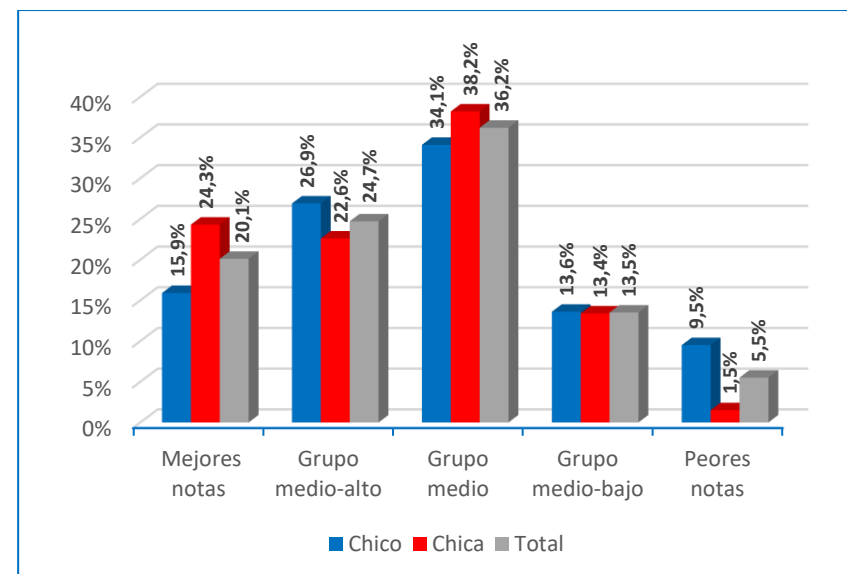
El 99,4% de los jóvenes convive con hasta 8 personas, con una media de 3 (DE=1,08) y el 0,6% con más de 8, sin diferencias significativas por sexo ni por ámbito. La mayoría de los jóvenes conviven con su madre (93,4%), su padre (81,4%) o sus hermanos (70%). Además, el 8,7% de estudiantes conviven con otros familiares y el 2,8% con otras personas. El 77,4% convive con los dos progenitores (más chicos: 79,9% frente a 74,8% chicas), mientras que el 20% lo hace con uno solo (chicos 16,5%, chicas 23,7%), y un 2,6% no convive con ninguno de los dos (3,6% chicos, 1,5% chicas) ($p=0,002$). No hay diferencias significativas por sexo en cuanto a la convivencia con el padre, la madre ni los hermanos, pero sí son más los chicos que viven con otros familiares (10,8% frente al 6,7% de chicas, $p=0,018$).

El número de hermanos oscila entre 0 y 7, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico, siendo la media de 1,2 en todas las categorías.

En cuanto a la autopercepción de sus resultados académicos en comparación con los compañeros de clase, el 20,1% de los estudiantes manifiesta encontrarse en el grupo de la clase que obtiene mejores notas y el 24,7% en el grupo medio-alto. El 36,2% se sitúa en el grupo medio, el 13,5% en el medio-bajo y el 5,5% en el grupo de peores notas. No hay diferencias significativas por ámbito geográfico, pero sí por sexos ($p<0,001$),

con más chicas en el grupo de mejores notas y en el grupo medio, y más chicos en el medio-alto y en el de peores notas (Gráfico 1.3).

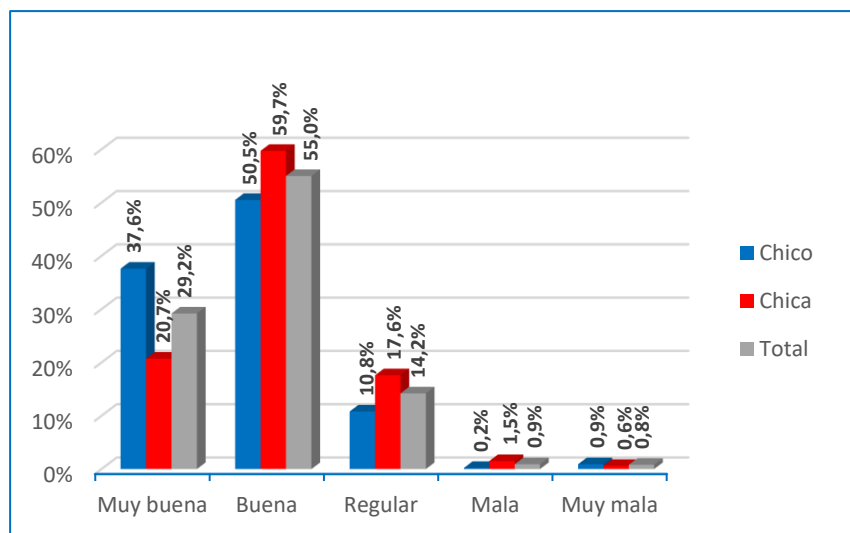
Gráfico 1.3 Nivel académico autopercebido



Son más los chicos que consideran que su salud es “muy buena” (37,6% en comparación con el 20,7% de las chicas) y más las chicas que consideran su salud “buena” (59,7%, chicos 50,5%). Únicamente el 0,2% de los chicos y el 1,5% de las chicas consideran su salud “mala” y el 0,9% y 0,6% respectivamente “muy mala” ($p<0,001$) (Gráfico 1.4), sin diferencias significativas por ámbito, aunque son más los jóvenes de medio urbano que la

autoperciben como “muy buena” (30,3%, 24,6% rural) y más de medio rural que la consideran “buena” (59,4%, 54,0% urbano).

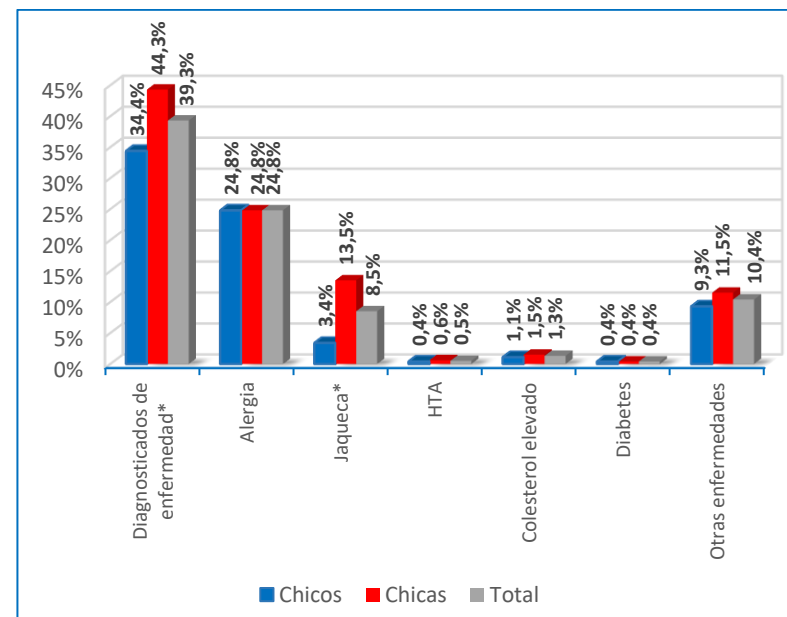
Gráfico 1.4 Nivel de salud autopercebido



El 39,3% de los estudiantes refiere haber sido diagnosticado de alguna enfermedad, más chicas que chicos (44,3%-34,4%, $p=0,001$) sin diferencias significativas por entorno. La enfermedad más diagnosticada es la alergia, igual en chicos y chicas (24,8%), seguida de “otras enfermedades” (10,4%) y de las jaquecas (8,5%), ambas más comunes en chicas (11,5% y 13,5%

respectivamente) que en chicos (9,3% y 3,4%) aunque la diferencia solo es significativa en el caso de las migrañas ($p<0,001$). No hay asociación significativa por ámbito y tampoco respecto a la frecuencia de diabetes, hipercolesterolemia o hipertensión ni por sexo ni por ámbito, aunque puede ser debido al pequeño número de casos (Gráfico 1.5).

Gráfico 1.5 Enfermedades diagnosticadas



*Diferencias estadísticamente significativas

Los síntomas que han presentado en los últimos 6 meses son bajo ánimo (57,7%), nerviosismo (63,1%), irritabilidad (67,1%), dolor de espalda (46,6%), dolor de cabeza (44,9%), dificultad para dormir (42,2%), dolor de estómago (38,4%) y sensación de mareo (30,9%). En todos los casos fueron las chicas

quienes padecieron esta sintomatología en mayor proporción y con mayor frecuencia ($p < 0,05$) (Gráfico 1.6), con muchos de estos síntomas presentes casi a diario (Gráfico 1.7). Por ámbito solo es significativa la diferencia en cuanto a bajo ánimo, más frecuente en medio urbano (59,5%) que en medio rural (50,2%) ($p = 0,016$).

Gráfico 1.6 Sintomatología en los 6 últimos meses

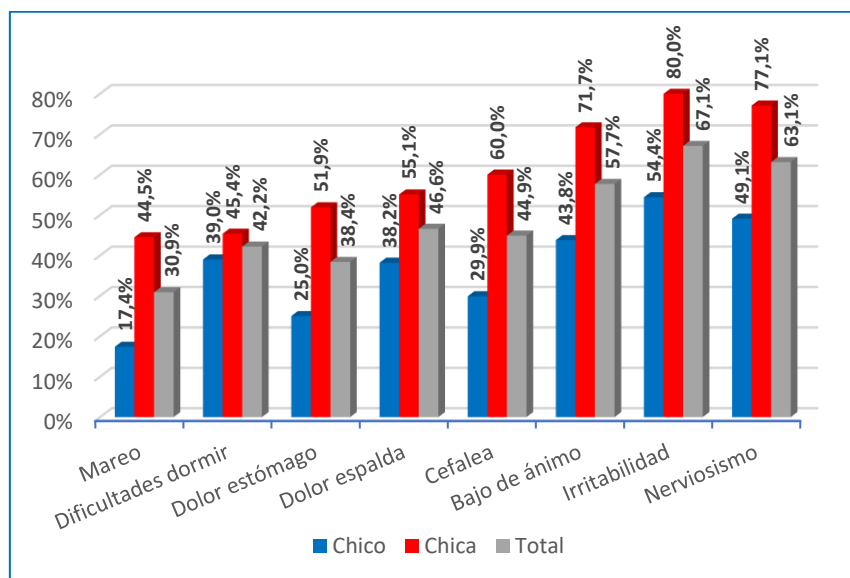
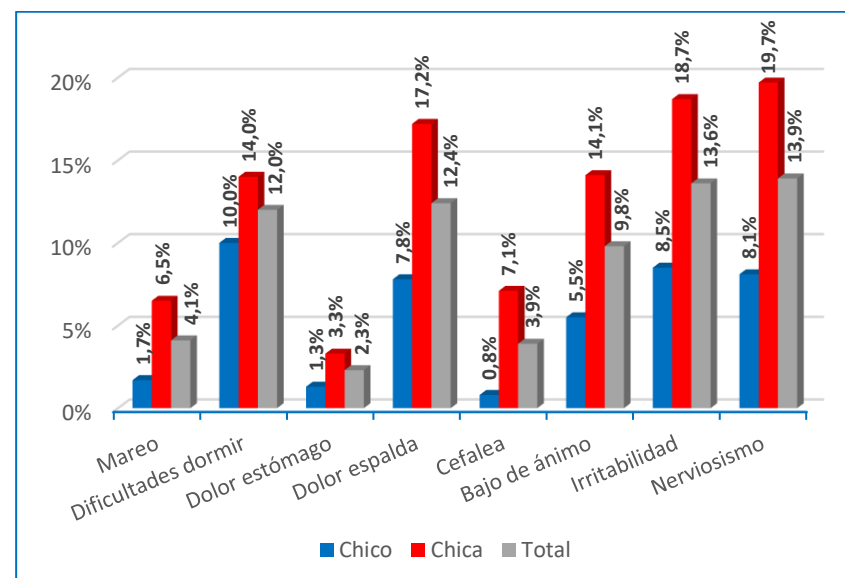


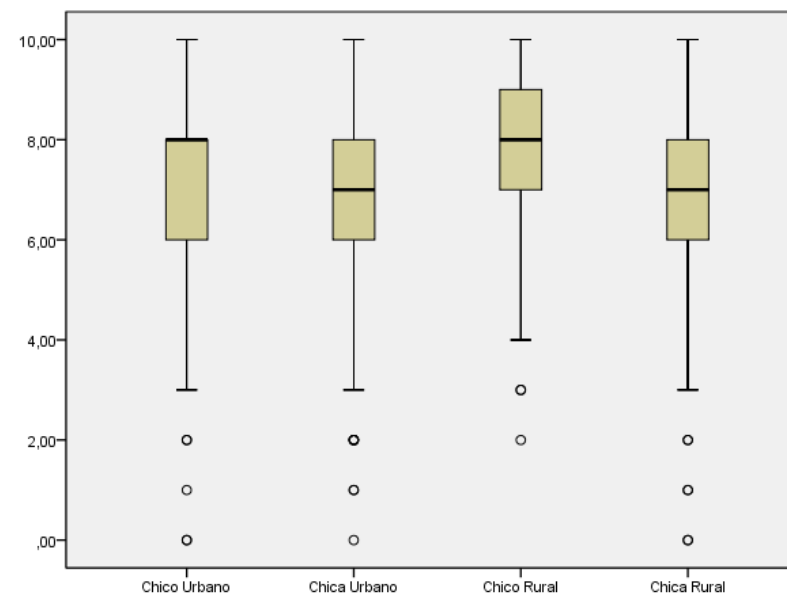
Gráfico 1.7 Sintomatología padecida casi a diario



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 7,09 (DE=1,77) siendo por sexos más baja la de las chicas (chicos 7,34- chicas 6,84, $p<0,001$), y la peor puntuación la de las chicas de

medio urbano (media: 6,80), aunque muy igualada con las de medio rural (6,99). La mejor es la de los chicos de medio rural (media: 7,52), seguida de la de los chicos de medio urbano (7,30) ($p<0,001$) (Gráfico1.9).

Gráfico 1.8. Autovaloración del nivel vital por sexo y ámbito





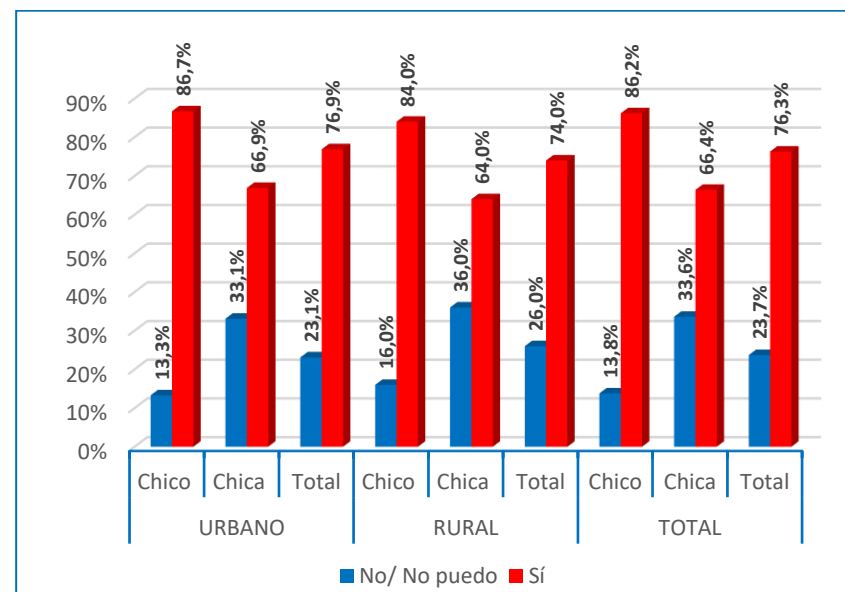
2. Actividad física

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 76,3% 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 (76,9% frente al 74% en el ámbito rural), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. El 0,6% no pueden realizarlo, bien por incapacidad o enfermedad. Son los chicos los que realizan actividad física en mayor proporción (86,2%) en contraste con las chicas (66,4%) ($p<0,001$), principalmente los chicos de medio urbano (86,7%) mientras que las chicas del medio rural son las que lo hacen en menor proporción (64%) ($p<0,001$) (Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1 realización de actividad física por sexo y ámbito



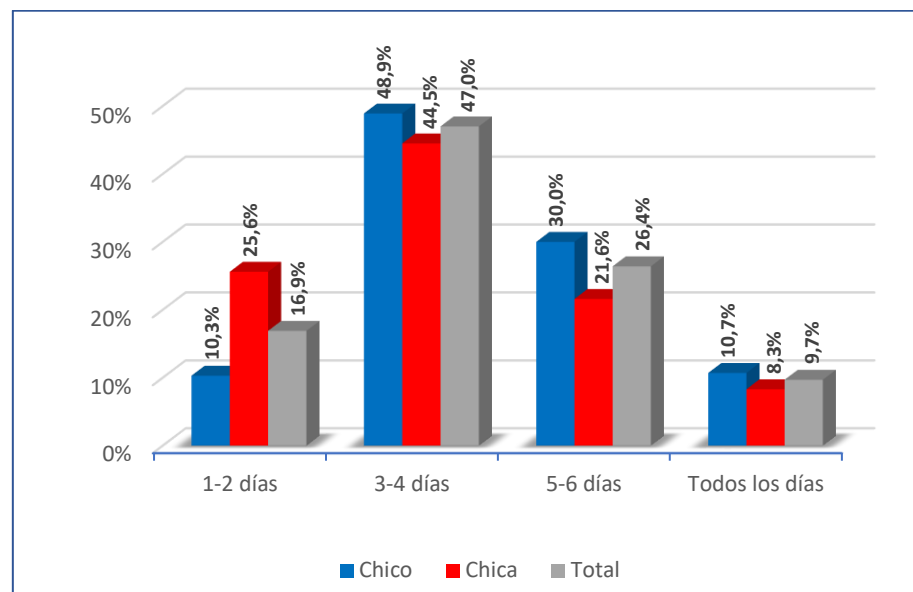
Entre los chicos que realizan ejercicio, el deporte más practicado es el fútbol (50,3%), seguido de tenis/pádel/tenis de mesa (14,9%) y ciclismo (12,7%). Las chicas practican más frecuentemente la danza o baile (17,6%), seguido de voleibol (12,1%) y tenis/pádel/tenis de mesa (11,5%).

En todos estos deportes, excepto en el grupo del tenis, las diferencias entre sexos son estadísticamente significativas, así como en el judo/artes marciales (chicos 4,3%-chicas 1,6%, $p=0,006$).

Según el ámbito geográfico, solo hay diferencias significativas en cuanto a práctica del atletismo (urbano 6,6%-rural 11,8%, $p=0,031$) ciclismo (7,2% urbano, 15,6% rural, $p=0,001$) y también en el béisbol, en que solo hay un caso y pertenece al ámbito rural ($p=0,040$).

En cuanto a la frecuencia, tanto semanal 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% 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 21,6% ($p<0,001$) (Gráfico 2.2). No hay diferencias significativas por ámbito geográfico.

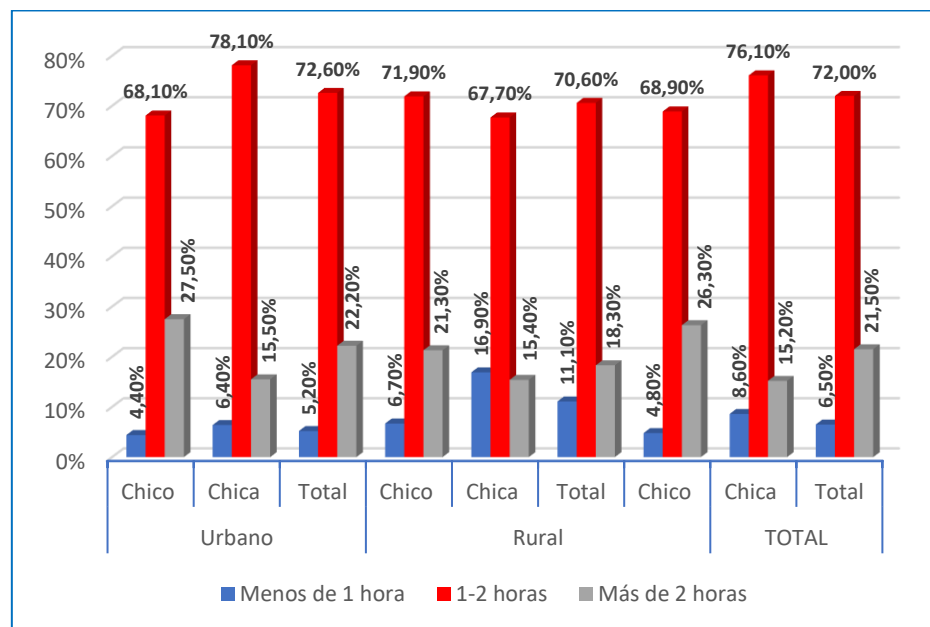
Gráfico 2.2 Frecuencia semanal de AF por sexo



En cuanto a la duración, el 72% de los estudiantes que practican actividad física emplean 1-2 horas al día en ello (68,9% de los chicos y 76,1% de las chicas). Son más chicos que chicas los que realizan actividad física durante más de dos horas al día

(26,3% y 15,2% respectivamente) ($p < 0,001$) (Gráfico 2.3). Por ámbito, se emplea más tiempo en realizar actividad física en medio urbano que rural ($p = 0,022$).

Gráfico 2.3 Frecuencia diaria de AF por sexo

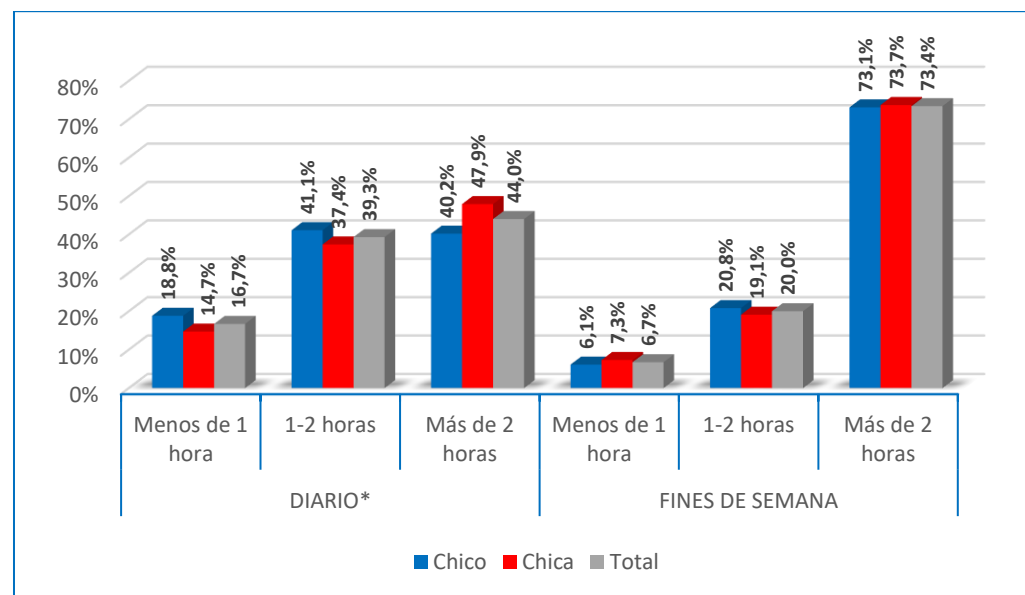


El tiempo que pasan frente a pantallas (televisión, consola, ordenador, tableta, móvil...) es muy superior el fin de semana que los días laborables. Los días de diario hay diferencias significativas por sexo: el 47,9% de las chicas pasan más de 2 horas al día frente a pantallas, mientras que en los chicos esta proporción es del 40,2%, y un 18,8% de éstos pasa menos de una hora al día frente al 14,7% de las chicas ($p=0,029$). 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 muy igualada (73,1% y 73,7%, respectivamente) (Gráfico 2.4).

Con relación al ámbito geográfico no hay diferencias estadísticamente significativas ni los días de diario ni los festivos respecto al tiempo frente a pantallas.

Gráfico 2.4 Tiempo de pantalla días diario y Fines semana/festivos por sexo

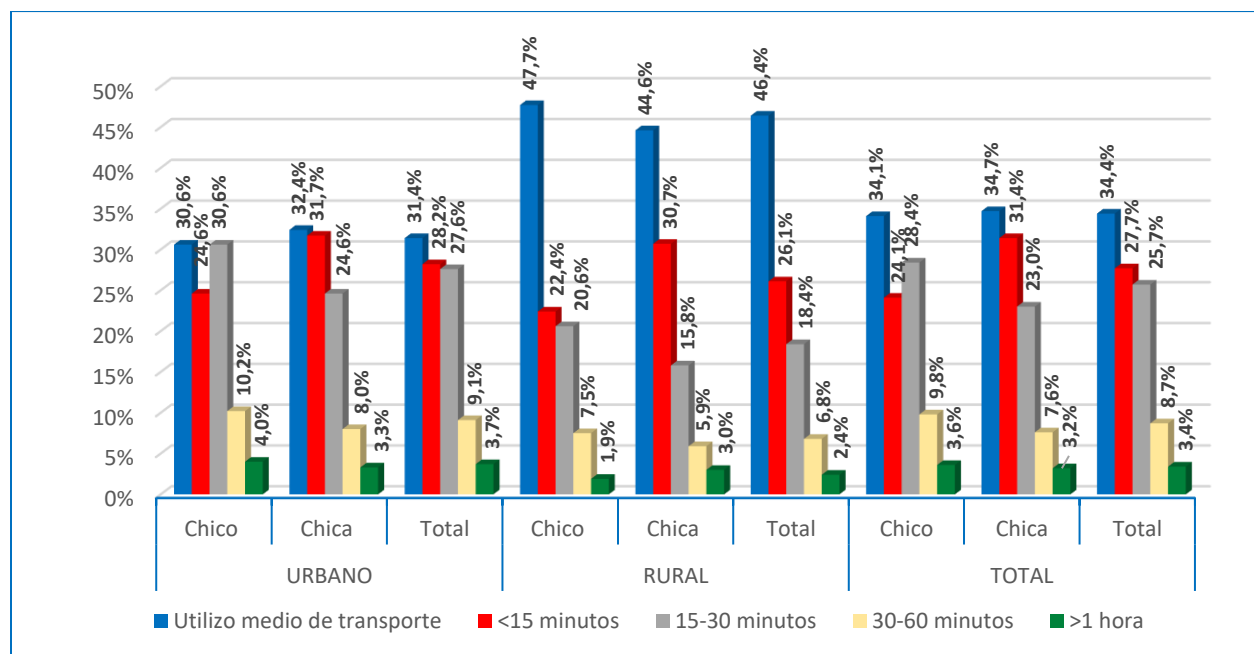


* Diferencias estadísticamente significativas

El 34,4% de jóvenes utilizan medio de transporte (coche, autobús, moto) para acudir al centro escolar. El 27,7% tardan menos de 15 minutos al día en los traslados al centro escolar caminando o utilizando la bicicleta, mientras que el 25,7% tardan 15-30 minutos y el 8,7% 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 en desplazarse al centro escolar ($p=0,045$) y más alumnos de medio rural que utilizan transporte (rural 46,6%, urbano 31,4%) ($p<0,001$) (Gráfico 2.5).

Gráfico 2.5 Desplazamiento al centro escolar por sexo y ámbito geográfico





3. Índice de masa corporal

3. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

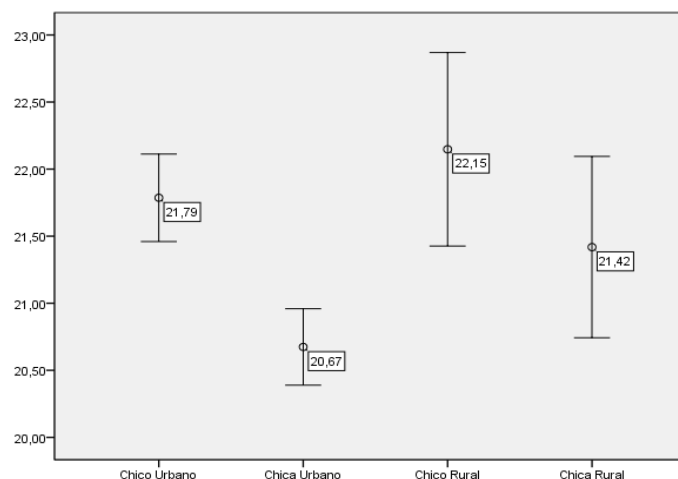
Para identificar el sobrepeso y la obesidad en los jóvenes, así como el infrapeso, se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calculó a partir de los datos proporcionados por ellos mismos (talla en cm y peso en Kg). También respondieron acerca de la autopercepción que cada uno tiene de su imagen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

La estatura media y el peso medio autorreferido son significativamente mayores en los chicos: 174,48 cm (DE 6,70) y 66,68 Kg (DE 12,10) frente a 161,91 cm (DE 6,46) y 54,66 Kg (DE 9,28) en las chicas ($p < 0,001$), sin encontrarse diferencias

estadísticamente significativas por ámbito geográfico. Sin embargo, respecto al IMC sí las hay: es significativamente mayor en el ámbito rural (21,79, DE 3,60) que en el urbano (21,23 DE 3,24) ($p=0,029$) y también mayor en chicos (21,86; DE 3,47) que en chicas (20,82; DE 3,07) ($p<0,001$).

El valor más bajo de media de IMC corresponde a las chicas de medio urbano (20,67; DE 2,87) mientras que el IMC medio más alto se observa en los chicos de medio rural (22,15; DE 3,75) (Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1. IMC según sexo y ámbito geográfico



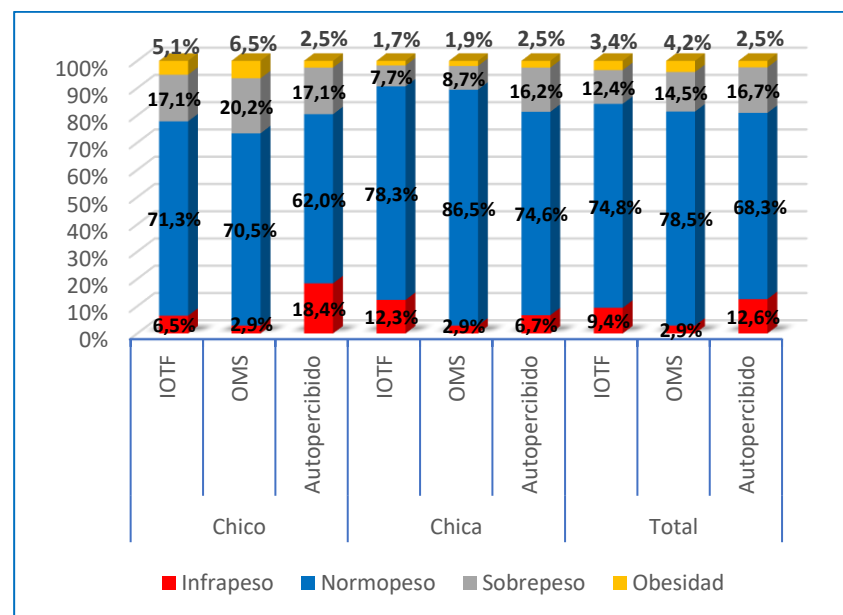
Teniendo en cuenta la clasificación del IMC según la International Obesity Task Force (IOTF)⁴ en las categorías de infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad, el 78,3% de las chicas y el 71,3% de los chicos tienen un peso normal. Son más las chicas con infrapeso (12,3% en comparación con el 6,5% de los chicos), y los chicos con sobrepeso y obesidad (17,1% y 5,1% respectivamente, frente al 7,7% y el 1,7% de las chicas). Estas diferencias por sexos son significativas estadísticamente ($p < 0,001$).

Sin embargo, al clasificar el IMC según las categorías que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵, el 2,9% de las chicas y 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 20,2% y 6,5% respectivamente y en las chicas de 8,7% y 1,9% siendo también estas diferencias por sexos estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Respecto a la autopercepción de los jóvenes sobre su imagen corporal, el 62% de los chicos y el 74,6% de las chicas consideran que su peso es normal. Cabe destacar que el 18,4% de los chicos considera que su peso es inferior al normal, mientras

que sólo el 6,7% de las chicas se autoclasifica en este grupo. Por otro lado, el 17,1% de los chicos y el 16,2% de las chicas consideran que su peso es algo mayor de lo normal y el 2,5% de ambos sexos 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.



⁴ 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.

⁵<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 0,741 ($p < 0,001$). Para comparar las categorías de IMC autopercibido 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 autopercibido con la clasificación de la IOTF es algo mayor que con la clasificación de la OMS (IOTF: kappa = 0,317; $p < 0,001$, OMS: kappa = 0,298; $p < 0,001$) aunque en ambos casos se trata de una concordancia discreta.

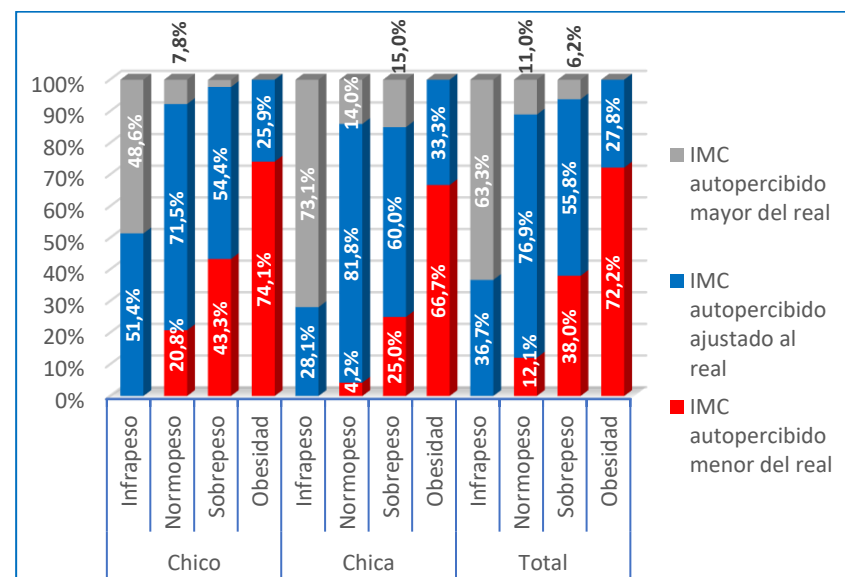
Tomando como referencia las categorías de nivel de peso según la clasificación de la IOTF, tanto los chicos como las chicas con normopeso son los que tienen una percepción de su peso más ajustada a la realidad (71,5% y 81,8%, respectivamente). Los adolescentes con infrapeso o sobrepeso/obesidad tienen 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 73,1% de éstas consideran que su peso es mayor que el real.

Sin embargo, en el grupo de jóvenes con obesidad, el 66,7% de las chicas considera su peso inferior al real, frente al 73,9% 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

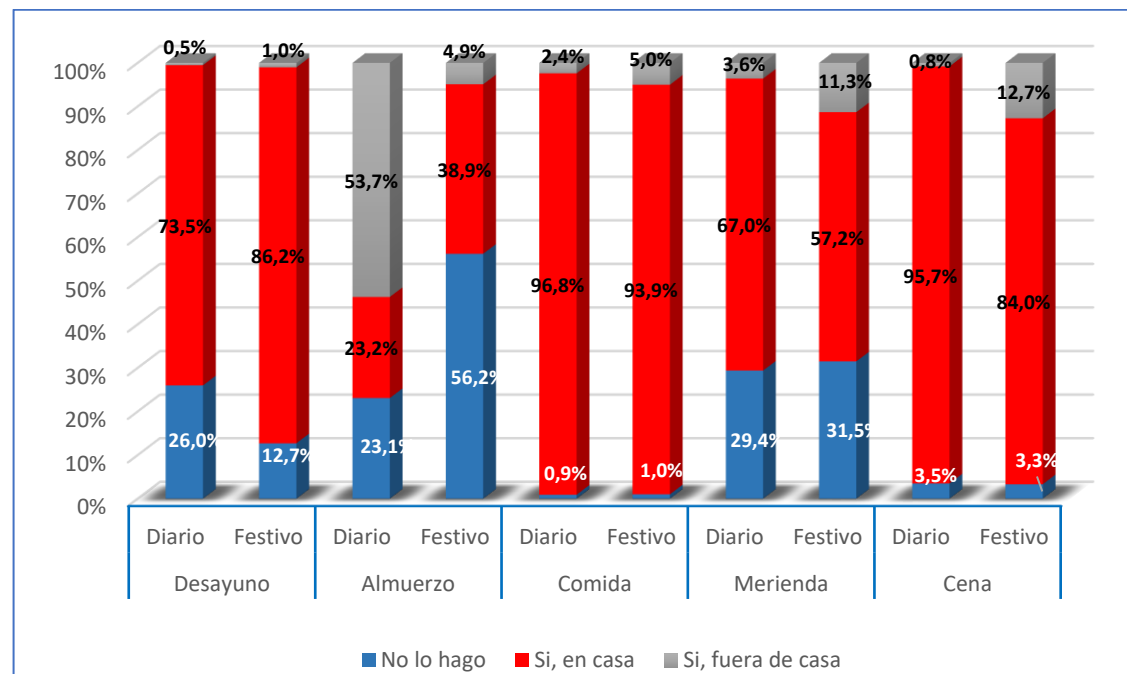
En este apartado, relacionado con la dieta y la alimentación, se recogió información acerca del número de comidas que realizan los jóvenes y en qué lugar, tanto días de diario como los del fin de semana y festivos, y si cuando comen o cenan en casa lo hacen viendo la televisión. También se preguntó acerca 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 (74%) y los del fin de semana (87,2%).

Por otro lado, el 76,9% almuerzan los días de diario, y principalmente fuera de casa (53,7%), en cambio los fines de semana solo lo hace el 43,8% y generalmente en casa (fuera de casa solo el 4,9%).

Casi todos los adolescentes comen en casa los días de diario (96,8%) y sólo un 2,4% fuera, mientras que el fin de semana un 93,9% comen en casa y un 5% fuera de ella. Son más los que meriendan los días de diario (70,6%) y lo hace en casa, (un 3,6% lo hace fuera de casa) que los festivos o fines de semana (68,5%, un 11,3% fuera de casa). Respecto a la cena, los días de diario la mayoría de los jóvenes lo hacen en casa (96,5%, un 95,7% en casa y el 0,8% fuera), mientras que los fines de semana, el porcentaje de jóvenes que sí cenan es casi el mismo (96,7%), pero el 84% lo hace en casa y el 12,7% fuera de ella (Gráfico 4.1).

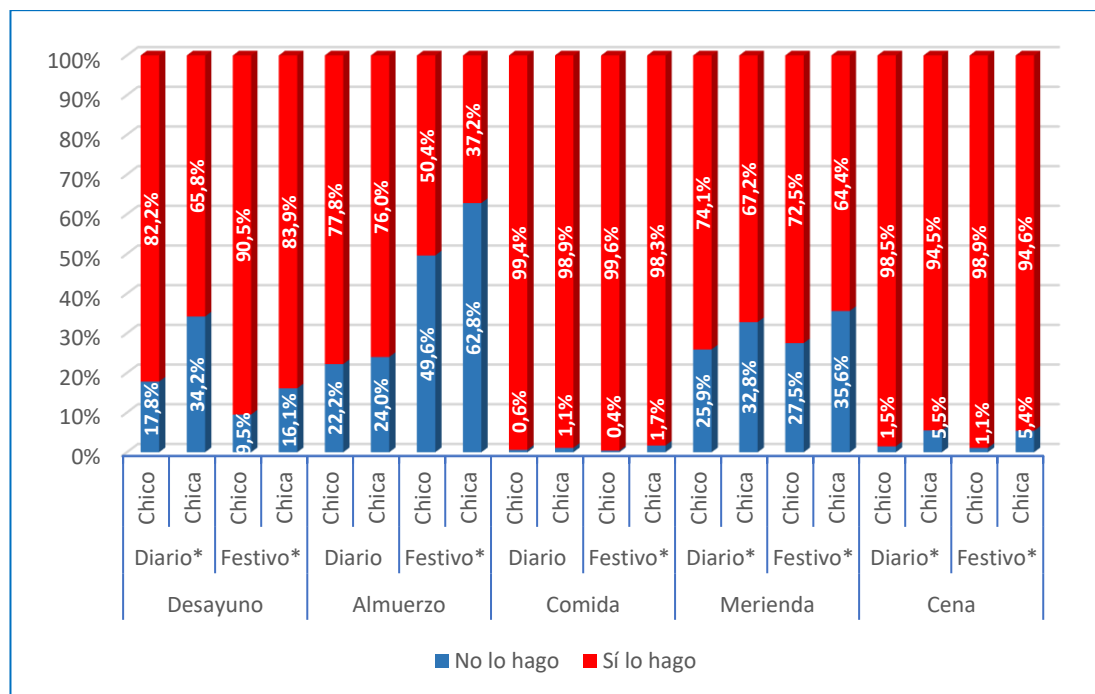
Gráfico 4.1. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos



Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a desayunar, merendar y cenar, tanto días de diario como festivos, así como respecto al almuerzo y la comida los fines de semana, y en todos los 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



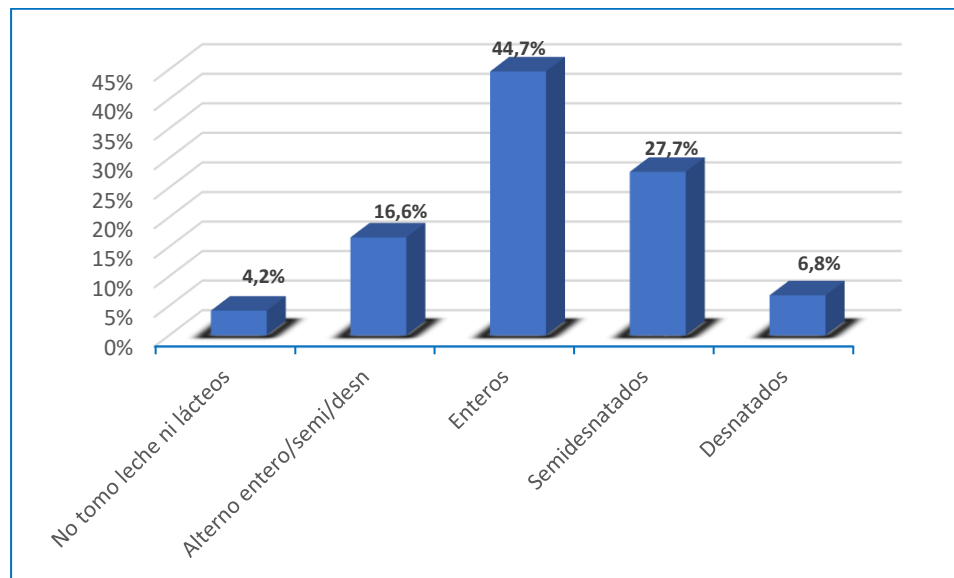
* Diferencias estadísticamente significativas

El 2,4% de los jóvenes realizaron más de 5 comidas los días de diario y este porcentaje se eleva al 4,9% los festivos. El resto realizaron una media de 4,14 (DE 0,92) comidas los días de diario y 3,90 (DE 0,96) los del fin de semana, con diferencias estadísticamente significativas por sexo tanto los días de diario (media chicos= 4,28, DE=0,85, chicas =4,01, DE=0,96, $p < 0,001$) como los festivos: chicos 4,06 (DE 0,92), chicas 3,76 (DE= 0,97), ($p < 0,001$). Por ámbito geográfico no las hay ni diario ni festivos. El 78,7% de los jóvenes señalan que ven la televisión mientras

comen y/o cenan, el 25,7% siempre y un 53% a veces, sin diferencias significativas por sexo ni ámbito.

En cuanto al tipo de leche y productos lácteos, los más consumidos son los enteros (44,7%), seguidos de los semidesnatados (27,7%). El 4,2% de los estudiantes no toman lácteos, y el 16,6% alternan entre enteros/semidesnatados /desnatados (Gráfico 4.3). No hay diferencias estadísticamente significativas en el consumo de lácteos por sexo ni ámbito geográfico.

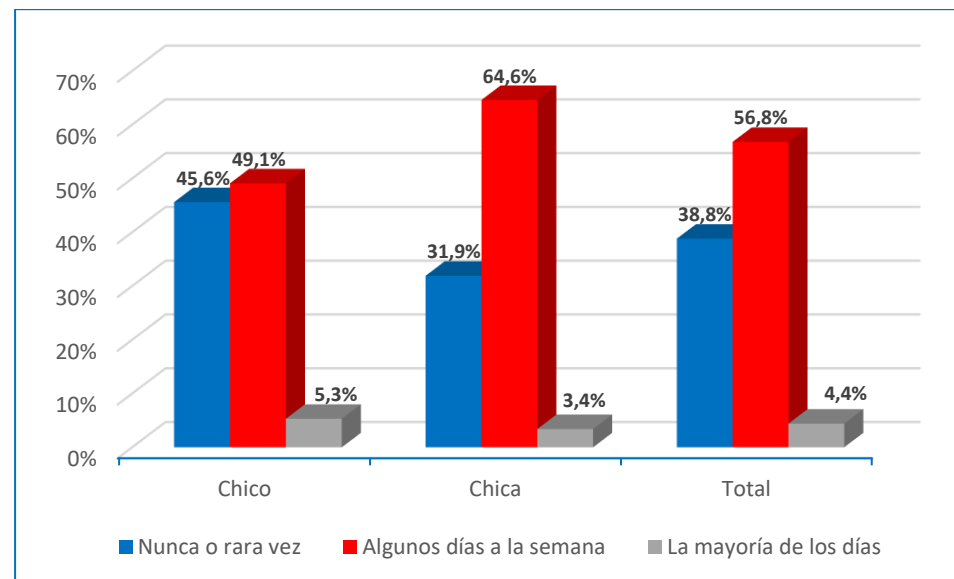
Gráfico 4.3. Consumo de lácteos



Más de la mitad de los adolescentes (56,8%) consume snacks (patatas fritas de bolsa, gusanitos, cortezas o similares) algunos días a la semana, y el 4,4% la mayoría de los días, sobre todo las chicas (64,6% algunos días y 3,4% la mayoría de los días,

frente al 49,1% y 5,3% respectivamente de los chicos, $p<0,001$), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico (Gráfico 4.4).

Gráfico 4.4 Consumo de snacks por sexo



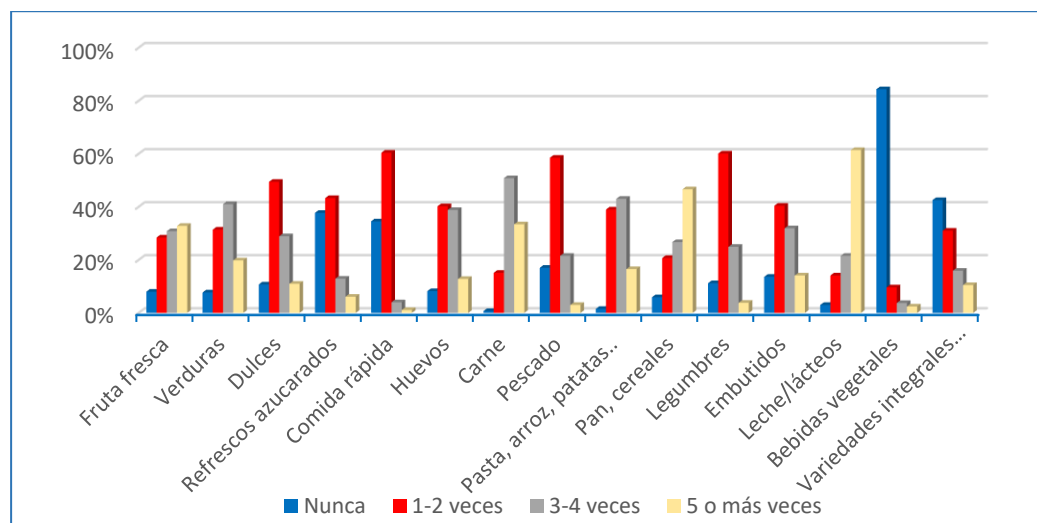
Se les preguntó acerca de la frecuencia de consumo de diferentes alimentos los últimos 7 días, siendo los más consumidos la leche y otros lácteos, que fueron consumidos 5 o más veces por el 61,4% de jóvenes, seguido del pan y cereales (46,6%), carne (33,4%) y fruta fresca (32,8%).

Entre los menos consumidos están las bebidas vegetales, los cereales integrales, los refrescos azucarados y la comida rápida, que no consumieron un 84,3%, 42,5%, 37,7% y 34,5% de los jóvenes respectivamente. El 40,2% solo han tomado huevo 1-2 veces en la última semana, al igual que los embutidos (40,4% 1

o 2 veces) y en cuanto al pescado, la mayoría lo han consumido 1 o 2 veces en ese periodo (58,5%).

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 (60,1%) han consumido legumbres en 1 o 2 ocasiones en la última semana. En cuanto a las verduras, el 31,4% las consumieron en 1-2 ocasiones y el 41% en 3 o 4 durante ese periodo. También el 43% consumió pasta, arroz y patatas en 3 o 4 ocasiones (Gráfico 4.5).

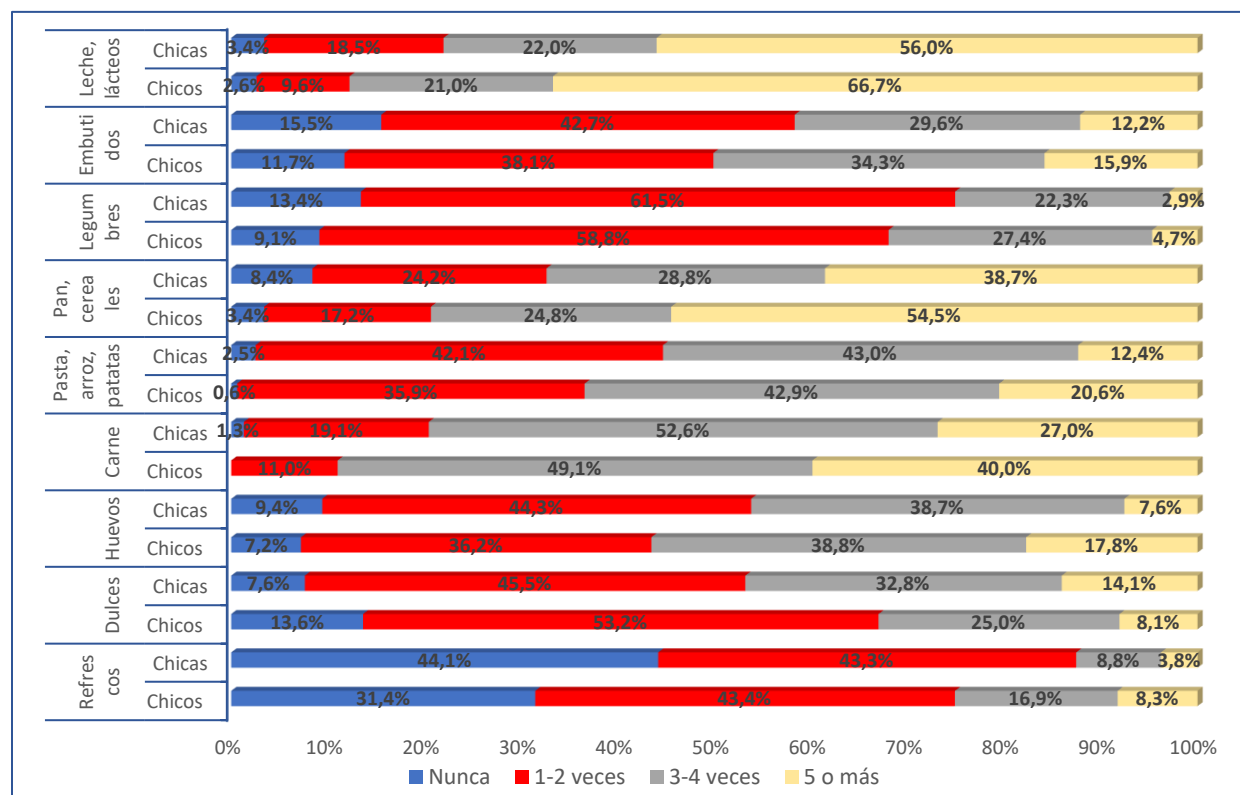
Gráfico 4.5. Consumo de distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días.



Hay diferencias significativas por sexos en cuanto al consumo de refrescos azucarados, dulces, huevos, carne, pasta, arroz y patatas, pan y cereales, legumbres, embutidos, leche y lácteos, siendo los chicos los que más consumen estos alimentos, excepto los dulces que son más consumidos por las chicas, así

como los snacks ($p < 0,001$). Por ámbito solo encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto al consumo de comida rápida, con más jóvenes de medio urbano que lo hicieron la última semana (67,6% frente al 57% de los de medio rural, $p = 0,004$).

Gráfico 4.6. Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a consumo los últimos 7 días por sexo.

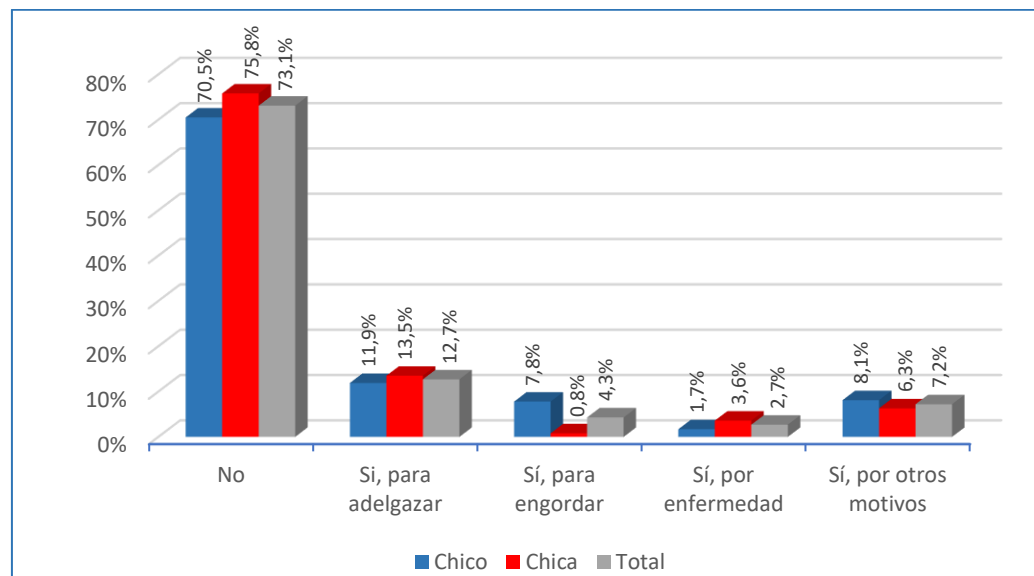


El 58% de los estudiantes suelen consumir 1-2 piezas de fruta al día; tan sólo el 4,1% toma 5 o más piezas, y el 18,1% no toma fruta habitualmente. No hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, ni tampoco por ámbito geográfico.

El 73,1% de los jóvenes no han seguido ninguna dieta especial o han modificado su dieta habitual en los últimos 12 meses, mientras que el 12,7% lo han hecho con intención de

adelgazar y el 4,3% para engordar. Es mayor el porcentaje de chicas que no han modificado su dieta (75,8%) en comparación con los chicos (70,5%) y quienes lo hicieron fue por motivos diferentes: el 13,5% de las chicas han seguido una dieta especial para adelgazar, frente al 11,9% de los chicos, mientras que el 7,8% de éstos lo hizo para engordar, frente al 0,8% de las chicas, y el 3,6% de éstas hizo dieta por motivos de salud, frente al 1,7% de los chicos ($p < 0,001$) (Gráfico 4.6). No hay diferencias estadísticamente significativas por ámbito.

Gráfico 4.7. Modificaciones en la dieta habitual, por sexo.





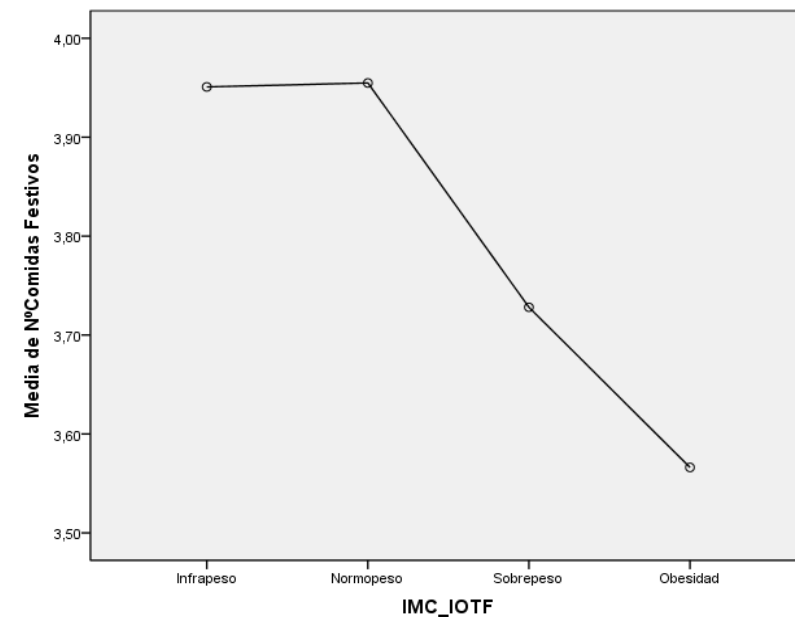
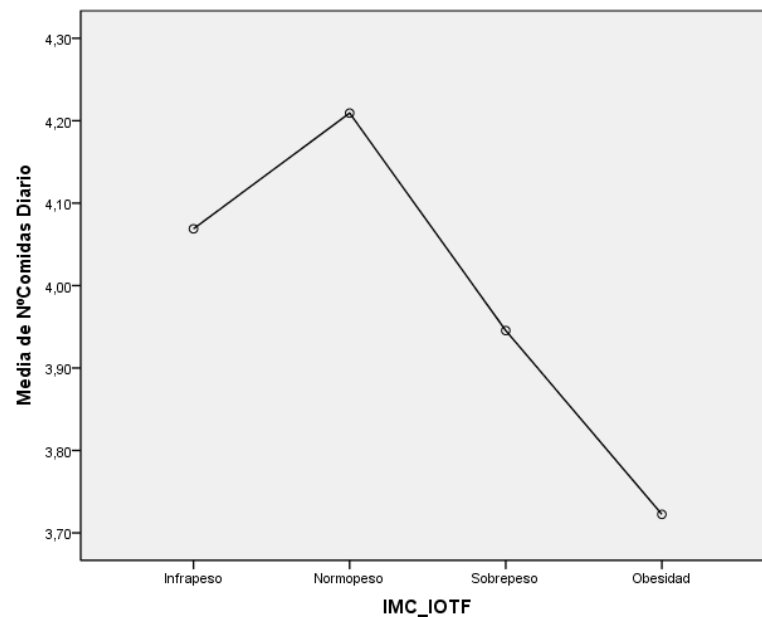
5. Alimentación e índice de masa corporal.

5. ALIMENTACIÓN E IMC

La distribución de la media de comidas es diferente entre las distintas categorías de IMC según la IOTF, tanto en días laborables ($p < 0,001$) como fines de semana/festivos ($p = 0,013$),

disminuyendo a partir de normopeso a medida que aumenta el IMC (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



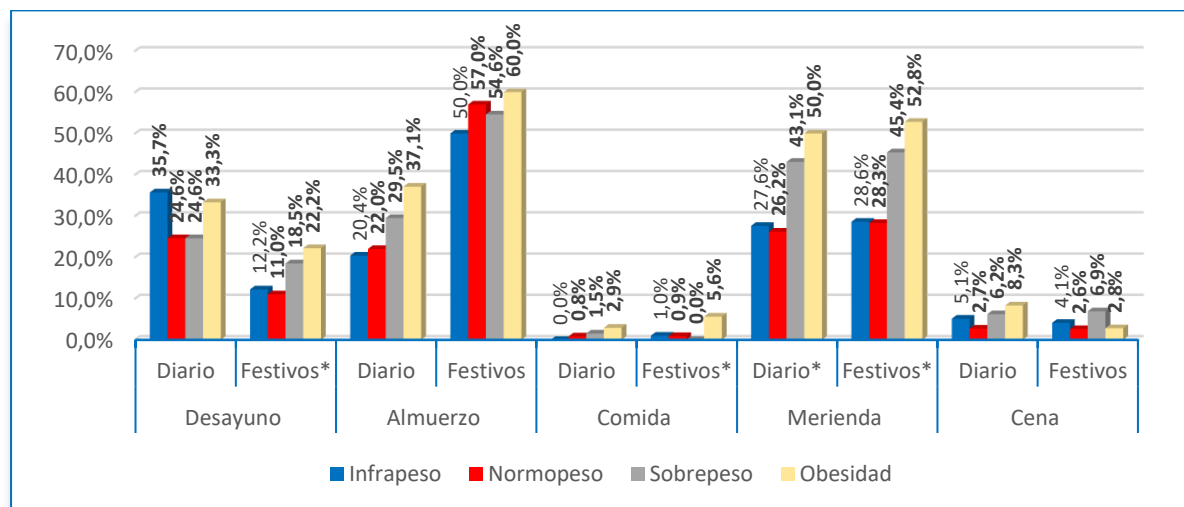
Considerando las 5 comidas principales, la que se saltan con mayor frecuencia los jóvenes los días laborables es la merienda (29,3%), con más jóvenes que no meriendan a medida que aumenta el IMC ($p<0,001$). Lo mismo ocurre con la merienda los fines de semana ($p<0,001$), aunque en este caso la comida que más omiten es el almuerzo (56,2%) sin diferencias significativas por categorías de peso.

Las comidas que menos evitan son la de mediodía y la cena, tanto a diario como en los fines de semana o festivos y sin

diferencias significativas según las categorías de nivel de peso.

Cabe destacar que el 25,9% de jóvenes no desayunan los días de diario, sin diferencias significativas según categorías de IMC siendo aquellos con infrapeso y obesidad los que menos lo hacen (35,7% y 33,3% respectivamente), mientras que los fines de semana o festivos este porcentaje es del 12,4% y hay una mayor proporción de jóvenes con obesidad que se saltan el desayuno (22,2%), ($p=0,029$) (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

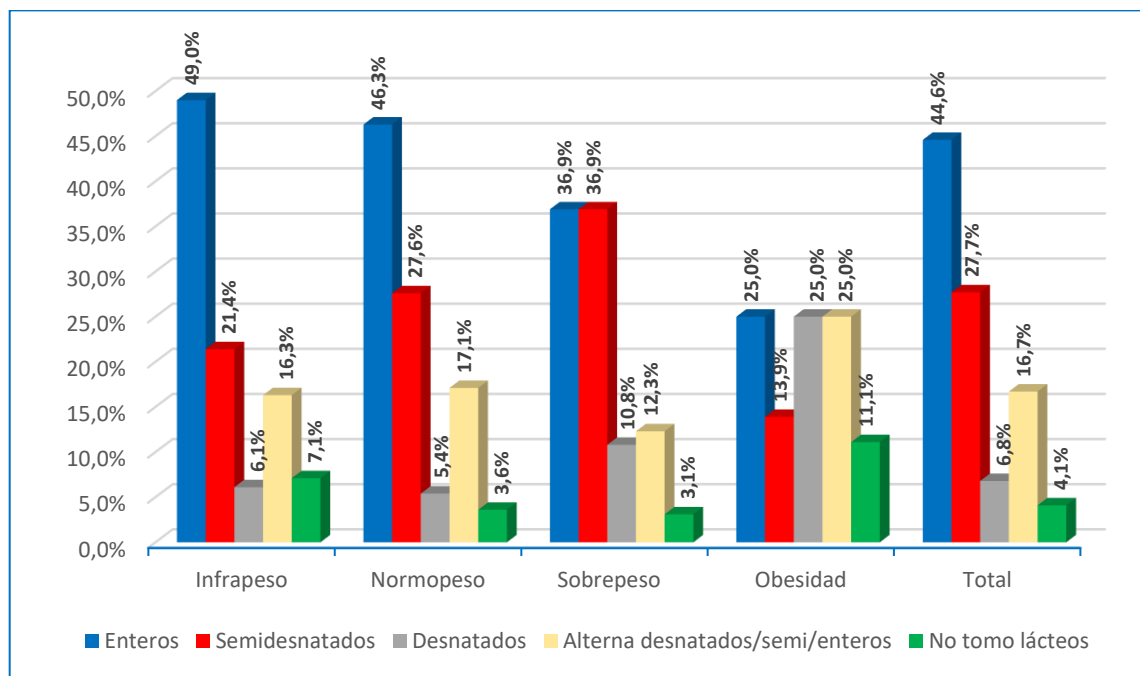


* Diferencias estadísticamente significativas

Hay diferencias significativas en el patrón de consumo de lácteos según las categorías de nivel de peso IOTF ($p < 0,001$). Así,

el consumo de lácteos enteros disminuye a medida que aumenta el IMC (Gráfico 5.3). Este patrón se mantiene al analizar por sexos.

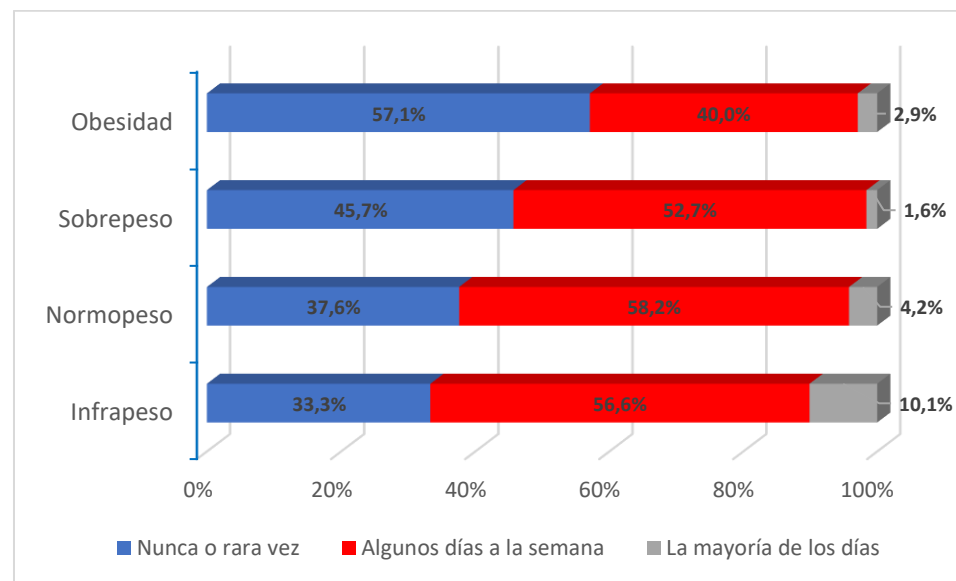
Gráfico 5.3. Tipo de lácteos consumidos, por categoría de nivel de peso IOTF



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 66,7%, de los cuáles el 56,6% lo hace algunos

días a la semana y el 10,1% la mayoría de los días, en comparación con el 54,3% de los que tienen sobrepeso y el 42,9% de los que tienen obesidad, de los cuáles un 2,9% los consumen la mayoría de los días ($p=0,006$) (Gráfico 5.4).

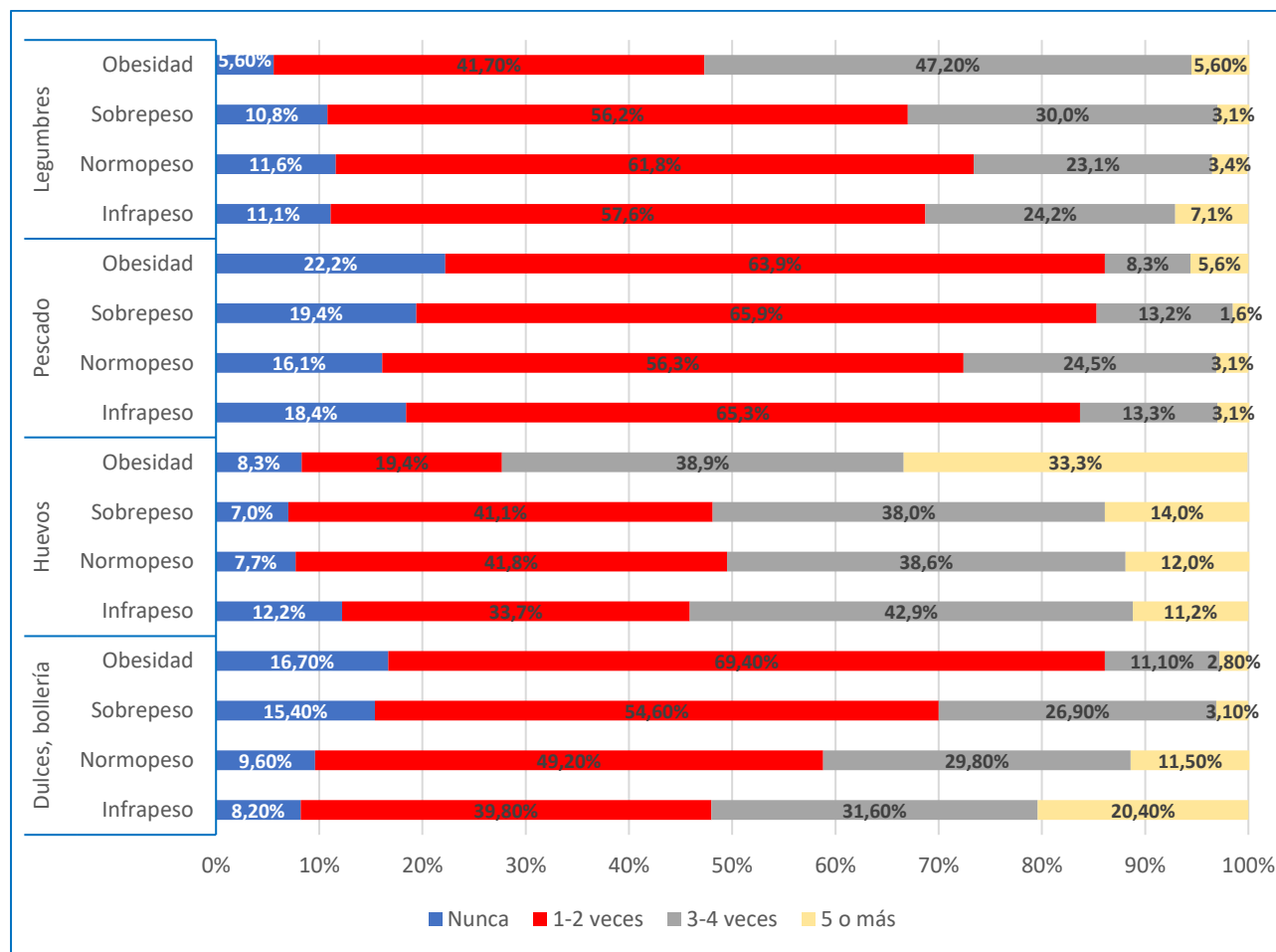
Gráfico 5.4. Consumo de snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos...), por categoría de nivel de peso.



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 ($p < 0,001$), huevos ($p = 0,014$), pescado ($p = 0,022$) y legumbres ($p = 0,047$).

En cuanto a los dulces y bollería, son más los jóvenes que los consumieron (y con mayor frecuencia) a medida que disminuye el IMC, mientras que con el consumo de huevos y legumbres ocurre lo contrario, los consumen más los jóvenes con mayor IMC (Gráfico 5.5).

Gráfico 5.5. Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en su consumo por niveles de peso IOTF



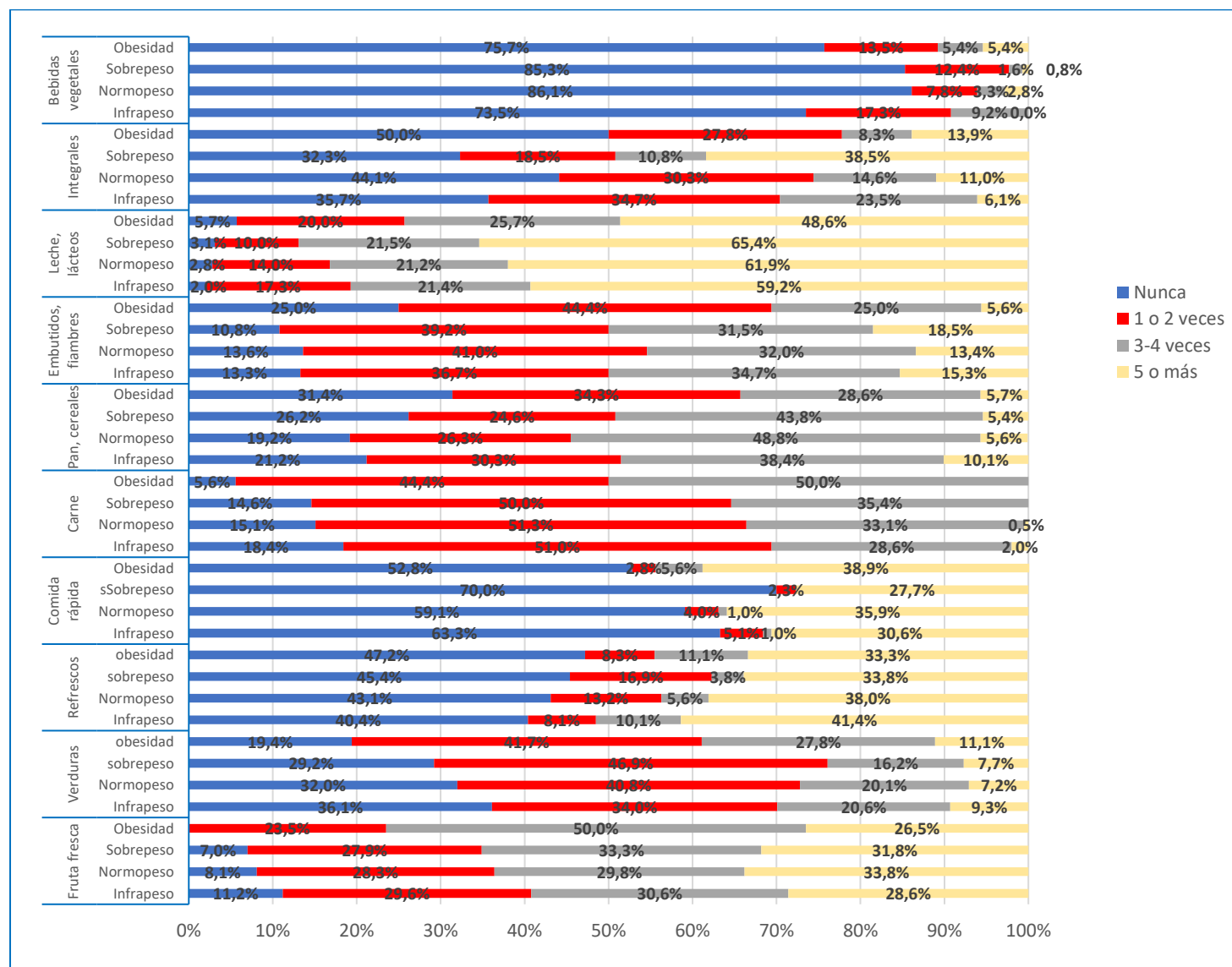
Respecto a los otros grupos de alimentos sobre los que se ha preguntado, también se observan diferencias, aunque no son estadísticamente significativas o en algunos no es posible establecer la significación debido al pequeño número de casos en algunas categorías. Todos los jóvenes con obesidad consumieron fruta fresca, a diferencia de otros grupos, en los que un porcentaje entre el 7% (sobrepeso) y el 11,2% (infrapeso) no la consumieron la última semana. También en este grupo es mayor la frecuencia de consumo de verduras, con el porcentaje más bajo de los que no las consumieron y el más alto de los que lo hicieron en 5 o más ocasiones. Además, son los que menos refrescos consumieron: casi la mitad (47,2%) se abstuvieron y el 19,4% lo hizo menos de 5 veces. Sin embargo, son los mayores consumidores de comida rápida, lo que hizo casi la mitad (47,2%) en los últimos 7 días, y el 33,3% en 5 o más ocasiones.

Todos los jóvenes consumieron carne en este período, (principalmente los jóvenes con obesidad ,94,4%) pero solo un 2% del grupo de infrapeso y un 0,5% de normopeso lo hicieron en 5 o más ocasiones.

En cuanto al pan y cereales, en el grupo de obesidad es mayor el porcentaje de jóvenes que no los consumió, y lo mismo ocurre con las variedades integrales y con los embutidos.

Respecto a las bebidas vegetales, el mayor consumo corresponde al grupo de infrapeso (26,5%) aunque ninguno lo hizo en 5 o más ocasiones. Un 24,3% de los jóvenes con obesidad consumió este tipo de bebidas, y un 5,4% de ellos lo hizo 5 o más veces en la última semana. (Gráfico 5.6).

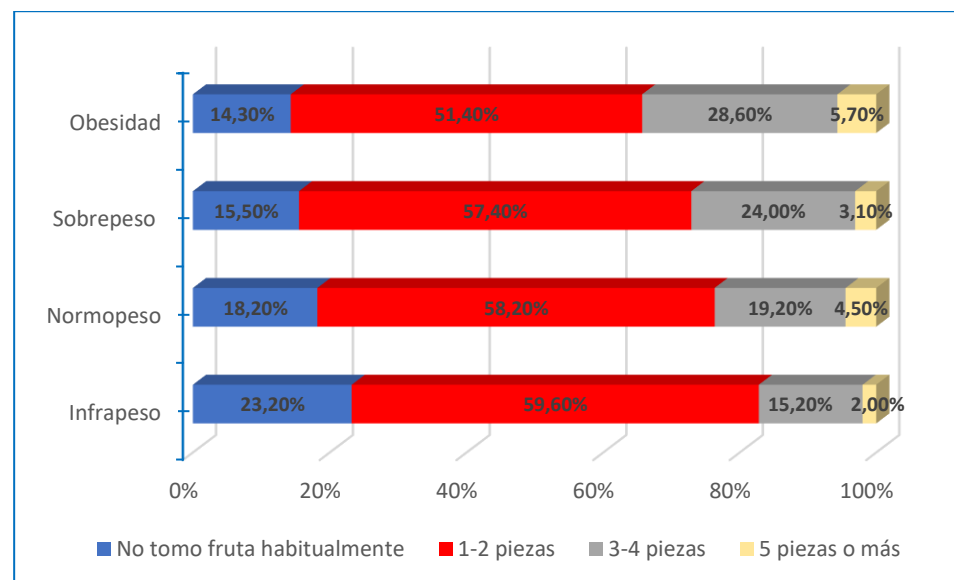
Gráfico 5.6. Alimentos sin diferencias estadísticamente significativas en su consumo por niveles de peso IOTF



Tampoco hay asociación significativa entre el número de piezas de fruta diarias y la categoría de peso, aunque se observa que a medida que aumenta el IMC disminuye el porcentaje de

jóvenes que no toman fruta habitualmente, y aumenta el consumo de 3-4 piezas/día (Gráfico 5.7).

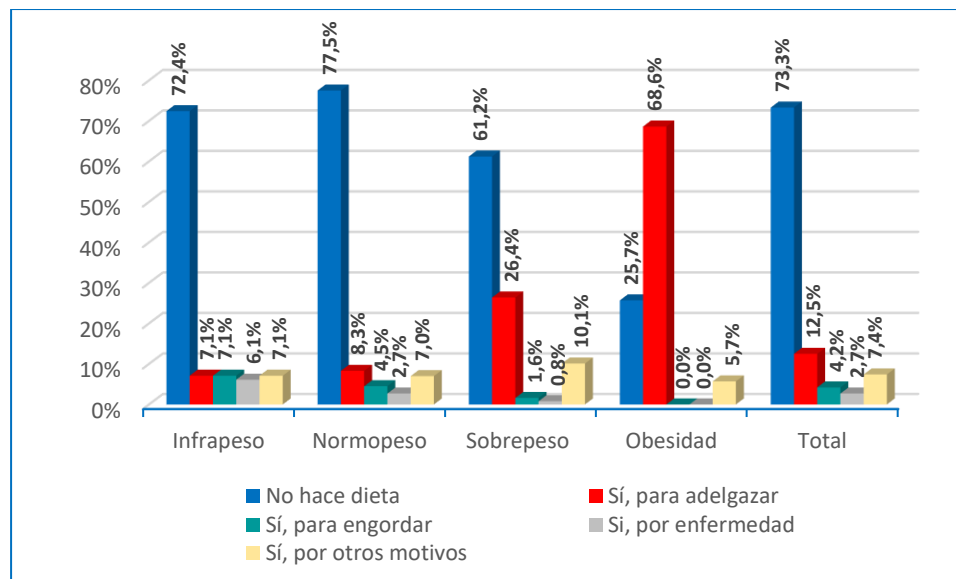
Gráfico 5.7. Piezas de fruta consumidas en los últimos 7 días, según categorías de nivel de peso



En cuanto a la realización de dietas especiales existe un patrón muy marcado: en general, las $\frac{3}{4}$ partes de los adolescentes no ha hecho dieta (73,3%), pero esta proporción se invierte en el

caso de los jóvenes con obesidad: solo el 25,7% no ha hecho dieta, y la mayoría ha sido para adelgazar (68,6%) ($p < 0,001$) (Gráfico 5.8).

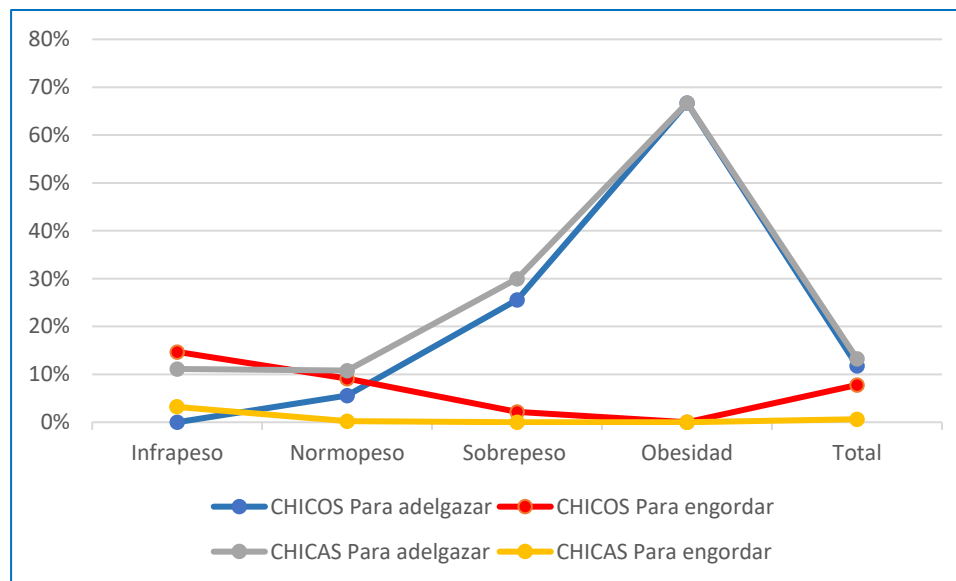
Gráfico 5.8. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses, según las categorías de nivel de peso.



En todas las categorías fue mayor el porcentaje de chicas que hicieron dieta para adelgazar, excepto en la categoría de obesidad en que los porcentajes coinciden en ambos sexos. Es llamativo que hay chicas en la categoría de infrapeso que también hicieron dieta para adelgazar, lo que podría indicar una

percepción de la imagen corporal poco ajustada al peso real. 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 5.9).

Gráfico 5.9. 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

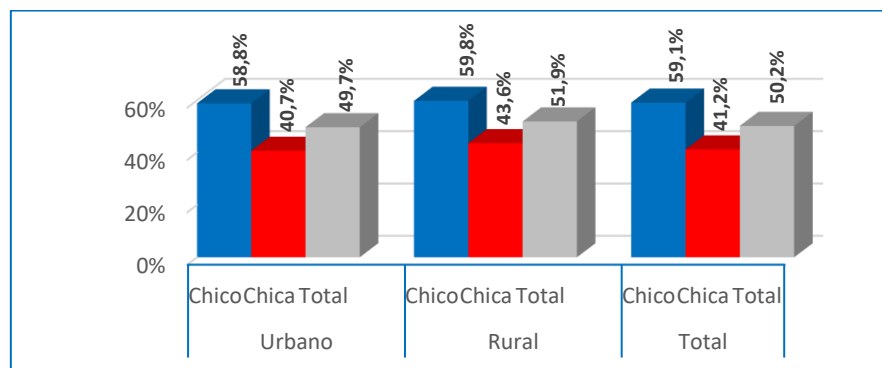
El cuestionario incluye dos preguntas dirigidas a recoger información sobre el descanso en los jóvenes: cuántas horas aproximadas duermen al día (incluyendo las siestas), y si tienen la sensación de haber descansado al levantarse por la mañana.

La media de horas de sueño es de 7,81 (DE 1,25). El 33,7% de los jóvenes refiere dormir 8 horas al día, y el 75,6% entre 7 y 9 horas. Las chicas duermen de media algo menos que los chicos (7,72 y 7,90 respectivamente, $p=0,025$), y los jóvenes de medio urbano algo menos que los de medio rural (7,78 horas los de medio urbano y 7,95 los de medio rural) pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. Así, son las chicas urbanas las

que menos horas duermen (7,68) y los chicos de medio rural los que tienen mayor media de horas de sueño (7,98, $p=0,038$).

La mitad de los jóvenes no se levantan con sensación de haber descansado, siendo únicamente el 41,2% de las chicas y el 59,1% de los chicos los que tienen sensación de descanso nocturno ($p < 0,001$). Aunque descansan más los jóvenes de medio rural (51,9% frente al 49,7% urbano) estas diferencias no son estadísticamente significativas. Las chicas del medio urbano son las que en menor proporción (40,7%) descansan, mientras que la mayoría de los chicos del medio rural (59,8%) se levantan con sensación de haber descansado ($p < 0,001$) (Gráfico 6.1).

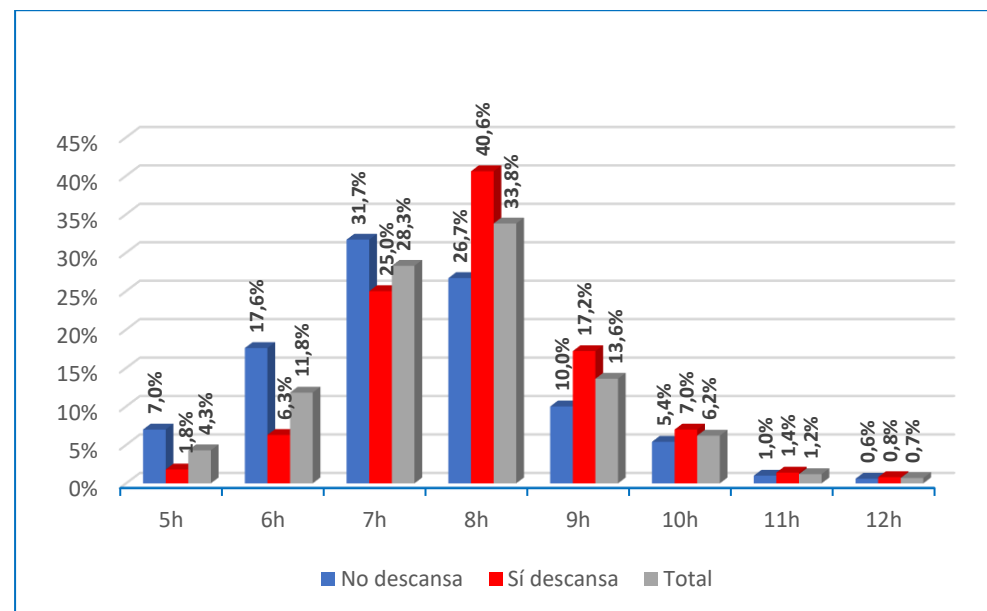
Gráfico 6.1. Distribución de jóvenes con sensación de descanso nocturno, por sexo y ámbito geográfico.



La mayoría (65,6%) de los jóvenes que refieren tener sensación de descanso nocturno duermen 7 u 8 horas, mientras que el 8,1% duermen 5 o 6 horas y el 26,4% entre 9 y 12 horas (Gráfico 6.2).

La media de horas de sueño diarias de los que no descansan es de 7,52 horas al día (DE 1,3), mientras que aquéllos que sí se levantan con sensación de haber descansado duermen una media de 8,10 horas al día (DE 1,1) ($p < 0,001$)

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





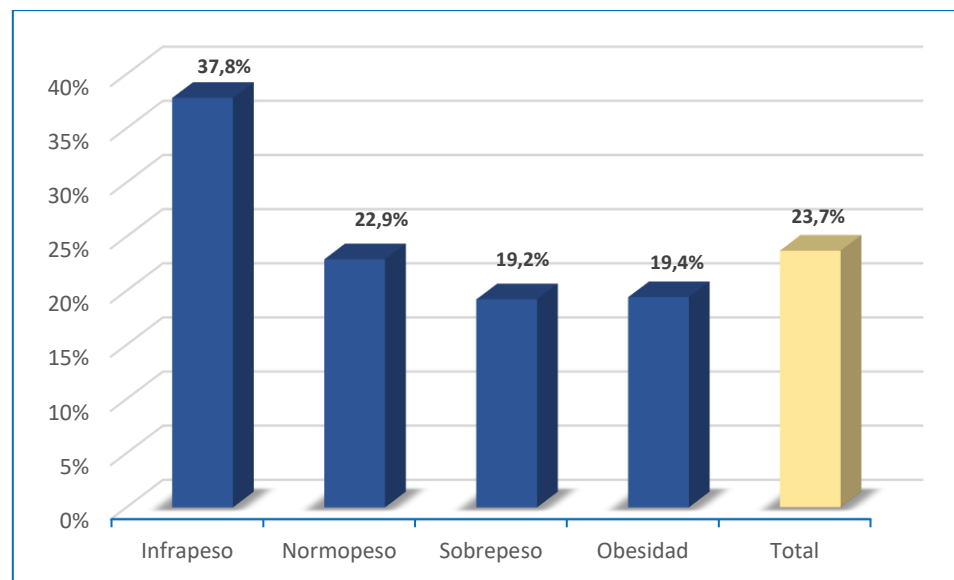
7. IMC, alimentación, actividad física y descanso.

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

Casi una cuarta parte de los jóvenes (23,7%) declaran no realizar actividad física (al menos 30 minutos a lo largo del día que hagan respirar más deprisa o sudar). Este porcentaje, según la

clasificación de la IOTF, alcanza el 37,8% en aquellos con un peso menor del normal, y va disminuyendo al aumentar el IMC (22,9% en los de peso normal, 19,2% en el grupo con sobrepeso y 19,4% en el de obesidad ($p=0,005$), existiendo, por tanto, una asociación estadísticamente significativa entre la actividad física y la categoría de IMC (Gráfico 7.1).

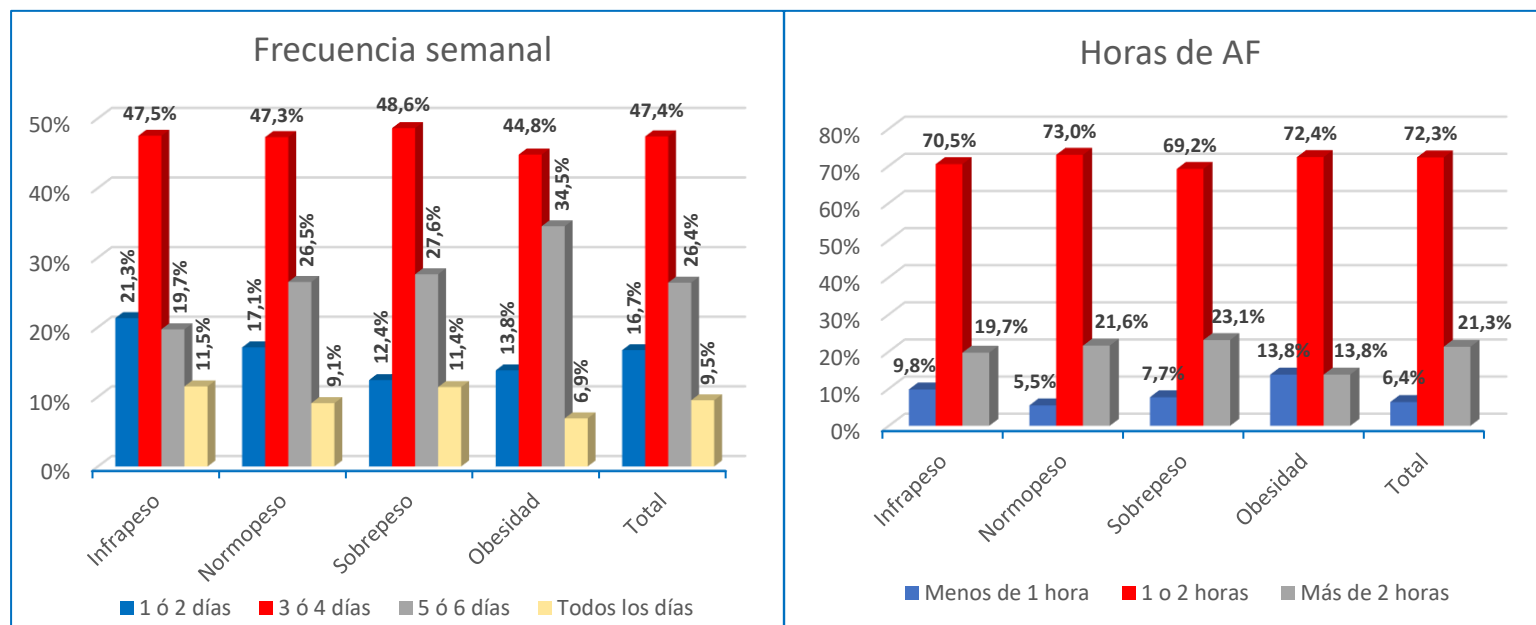
Gráfico 7.1. Distribución de adolescentes que no realizan ejercicio físico en el tiempo libre, por categorías de nivel de peso IOTF.



Considerando solo los estudiantes que realizan ejercicio, las diferencias por categorías de peso respecto a la frecuencia semanal del mismo no son estadísticamente significativas, y tampoco lo son en relación al número de horas de ejercicio diario,

aunque se observa que la frecuencia de los que lo hacen 5-6 días /semana aumenta con el IMC y que la mayoría de los jóvenes emplean 1-2 horas cuando realizan actividad física, independientemente del IMC (Gráfico 7.2).

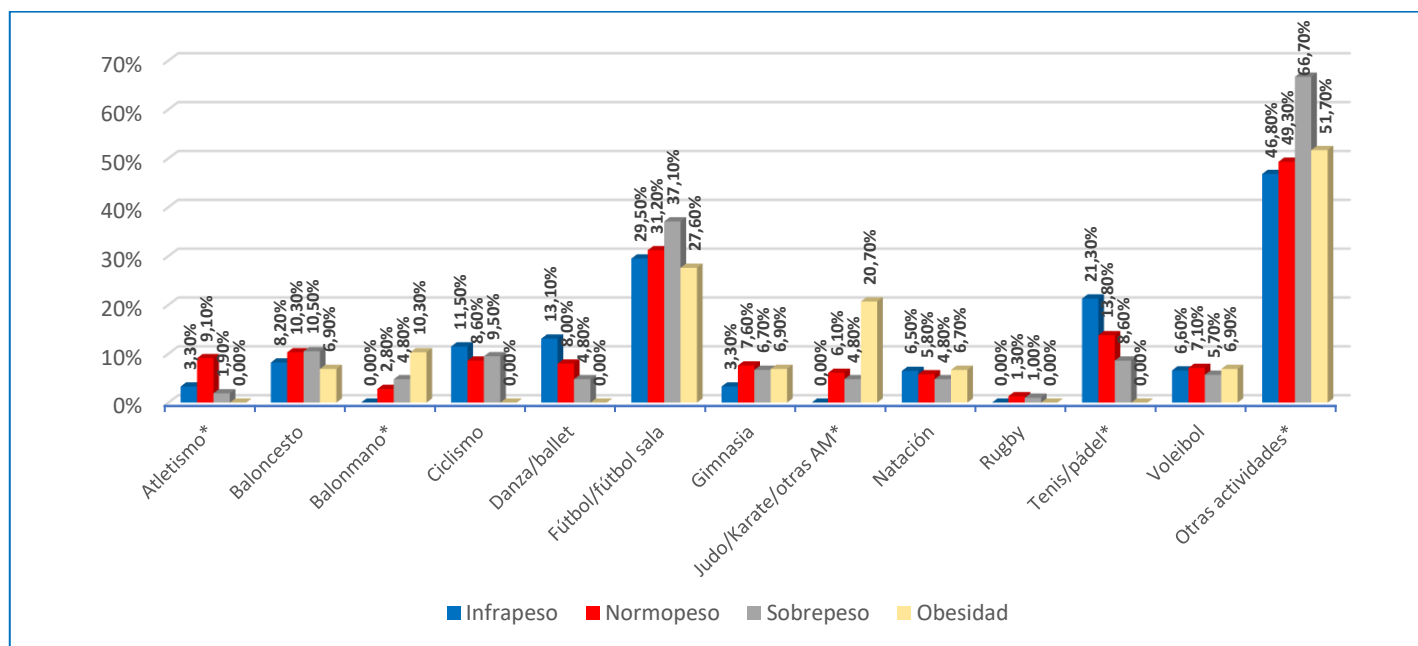
Gráfico 7.2. Frecuencia semanal y nº horas de actividad física (AF) entre los jóvenes que la realizan por categorías de nivel de peso IOTF.



El IMC se asocia de forma significativa con la práctica de ciertos deportes, pero no con otros. Así, el atletismo ($p=0,011$) y el tenis ($p=0,018$) tienen mayor número de practicantes entre los jóvenes con normopeso e infrapeso respectivamente, mientras que el balonmano ($p=0,045$) y el judo y otras artes marciales ($p=0,002$) están asociados a IMC más altos, sobre todo obesidad.

También en “otras actividades” hay una participación muy elevada de jóvenes con IMC elevados (sobrepeso y obesidad) ($p=0,010$). En todas las categorías de peso el deporte practicado en mayor porcentaje es el fútbol o fútbol sala (31,7%), sin diferencias significativas entre ellas, como tampoco en el resto de los deportes incluidos en el cuestionario (Gráfico 7.3).

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

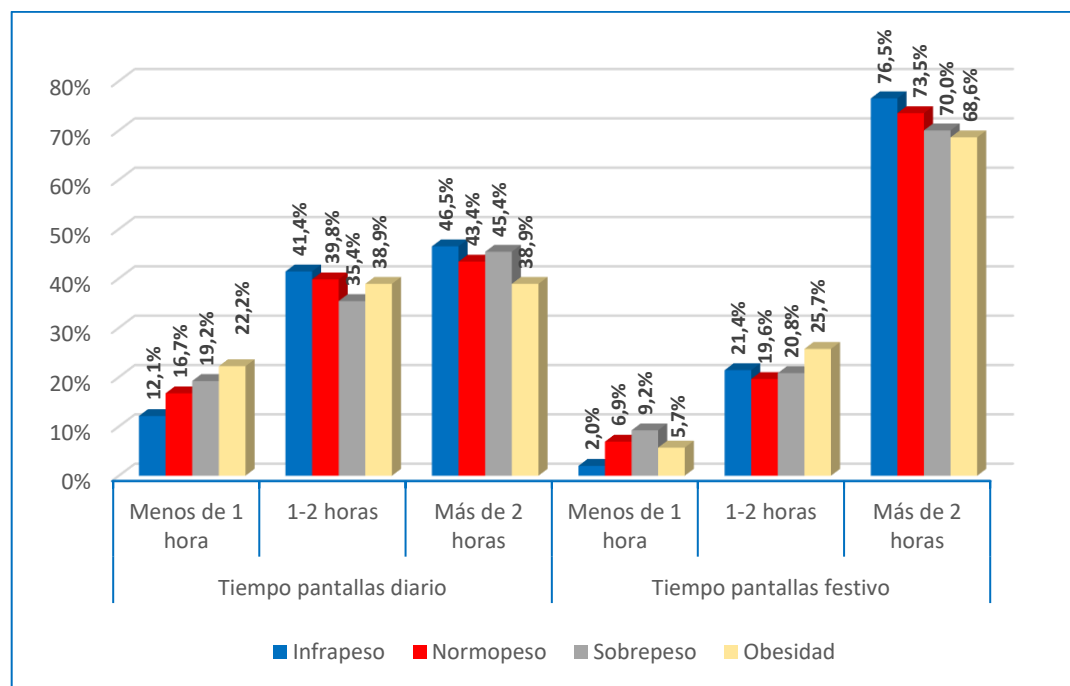


* Diferencias estadísticamente significativas

Respecto al tiempo que emplean los jóvenes sentados frente a pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil...), no hay diferencias estadísticamente significativas ni los días de diario ni los del fin de semana/festivos. El grupo con infrapeso es el que

pasa más tiempo frente a pantallas, tanto los días de diario como los festivos, y el de obesidad los que pasan menos horas los días de diario (Gráfico 7.4).

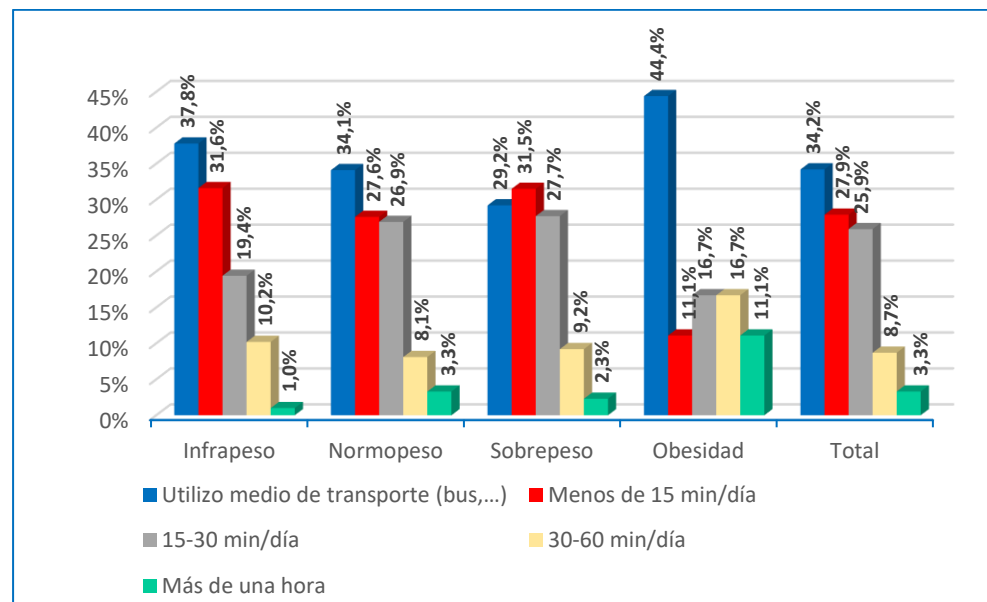
Gráfico 7.4. Tiempo de pantalla días de diario y fines de semana, por categorías de nivel de peso IOTF.



En este estudio se observa una asociación entre el tiempo y el modo de desplazamiento al centro educativo y el estado ponderal definido según los criterios de la IOTF. Los escolares con

obesidad muestran una mayor frecuencia de uso de medios de transporte y también una mayor proporción de desplazamientos prolongados ($p=0,033$) (Gráfico 7.5).

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



7 B. ÍNDICE DE MASA CORPORAL VS. DESCANSO

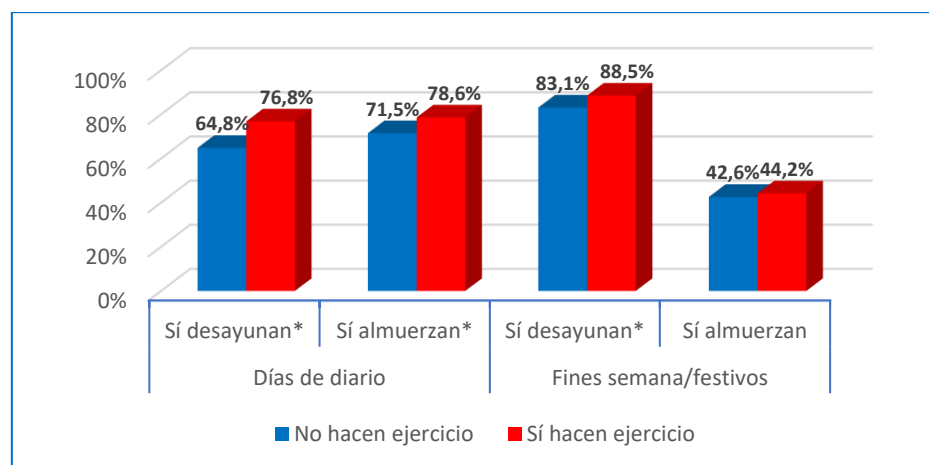
La mitad de los jóvenes, 49,8%, refiere no tener sensación de descanso nocturno, sin hallarse asociación estadísticamente significativa según las categorías de nivel de peso, aunque son los jóvenes con infrapeso los que menos sensación de descanso tienen (43,3%) y ésta aumenta al aumentar el IMC (49,7% normopeso, 52,3% sobrepeso y 56,8% obesidad). Tampoco son significativas las diferencias en el número medio de horas de sueño al día entre las distintas categorías de nivel de peso, aunque es algo inferior en los jóvenes con obesidad (7,56 horas) y

normopeso (7,63 horas) frente a normopeso (7,74 horas) y sobre todo sobrepeso (7,85 horas).

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

Los jóvenes físicamente activos se saltan menos el desayuno, tanto días de diario ($p<0,001$) como festivos ($p=0,025$), así como el almuerzo los días de diario ($p=0,020$) (Gráfico 7.6), sin diferencias estadísticamente significativas respecto a las demás comidas ni tampoco en fines de semana/festivos.

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



*Diferencias estadísticamente significativas

Es mayor el porcentaje de jóvenes que realiza actividad física entre aquellos que comen/cenan viendo la TV, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas (77,4% frente al 73,4% de los que no comen frente al TV).

La ausencia de actividad física muestra una asociación significativa con varios hábitos alimentarios poco saludables,

como mayor consumo de snacks ($p=0,001$) y refrescos azucarados ($p=0,048$) (Gráfico 7.7). En cambio, los jóvenes que sí practican ejercicio consumen más fruta fresca ($p<0,001$), verduras y hortalizas ($p<0,001$), huevos ($p=0,008$), pescado ($p=0,001$), pan y cereales ($p<0,001$) y leche y lácteos ($p=0,025$) (Gráfico 7.8), así como un mayor número de piezas de fruta diarias ($p<0,001$) (Gráfico 7.9).

Gráfico 7.7. Consumo de snacks y de refrescos azucarados los últimos 7 días en relación a la realización de actividad física

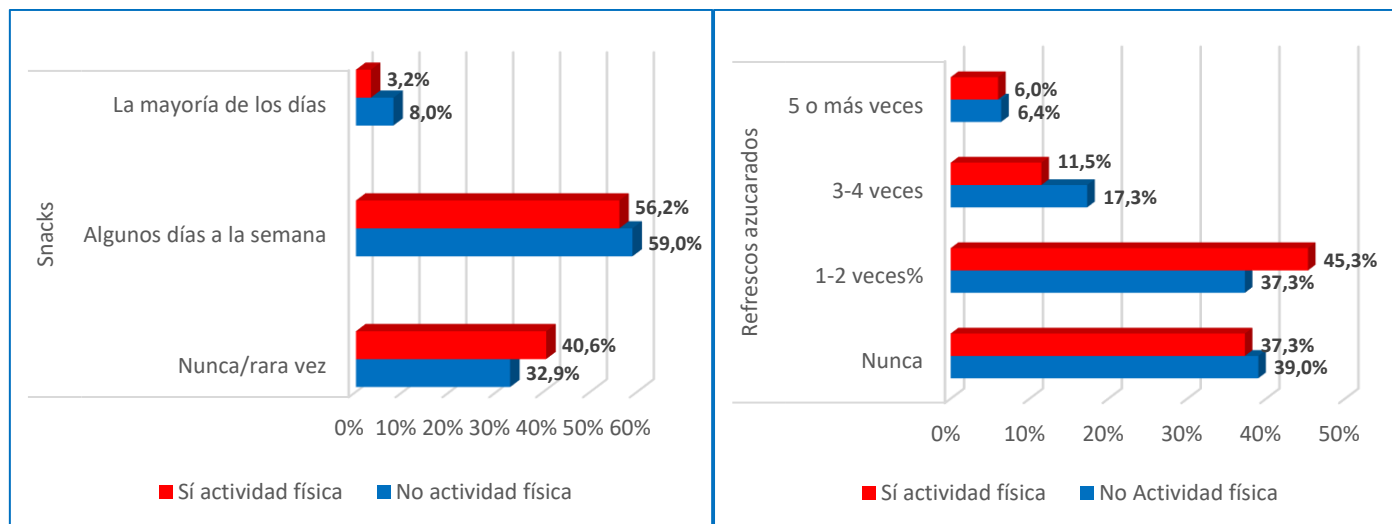


Gráfico 7.8 Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en su consumo los últimos 7 días en relación a la realización de ejercicio físico.

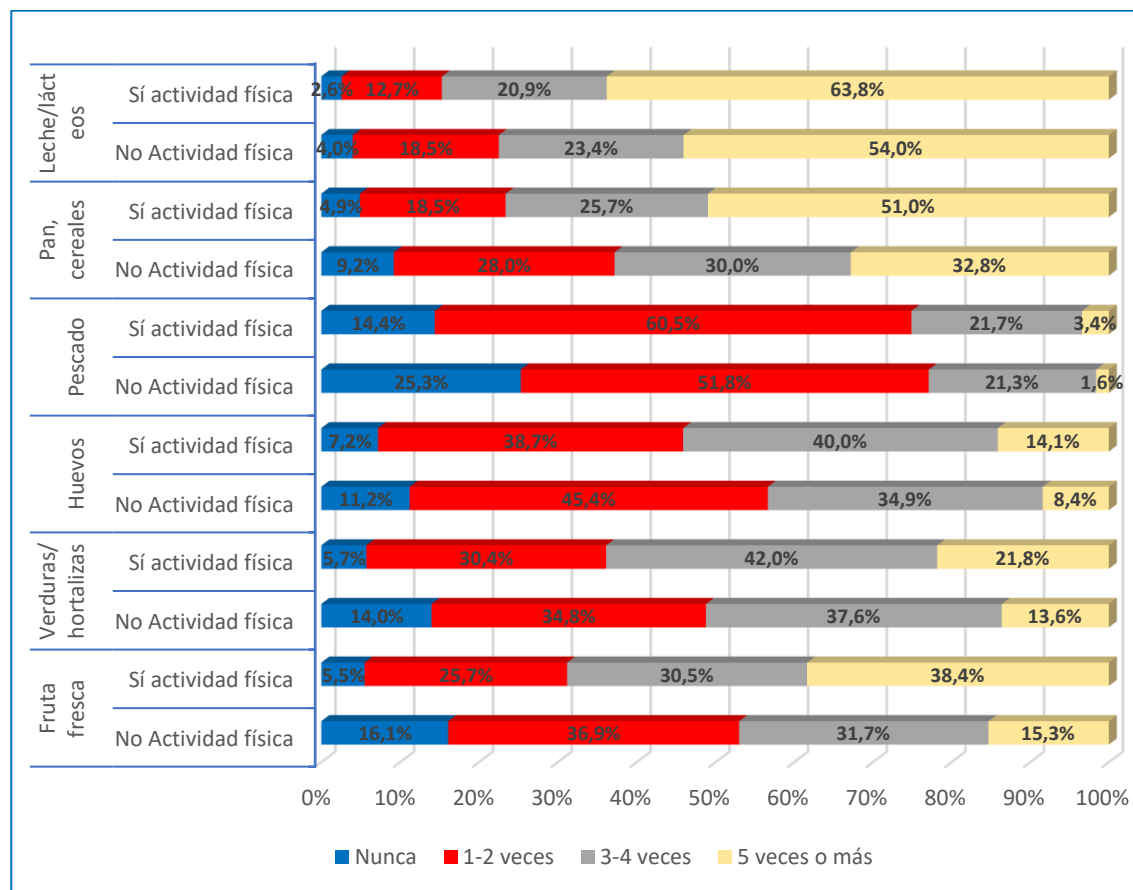
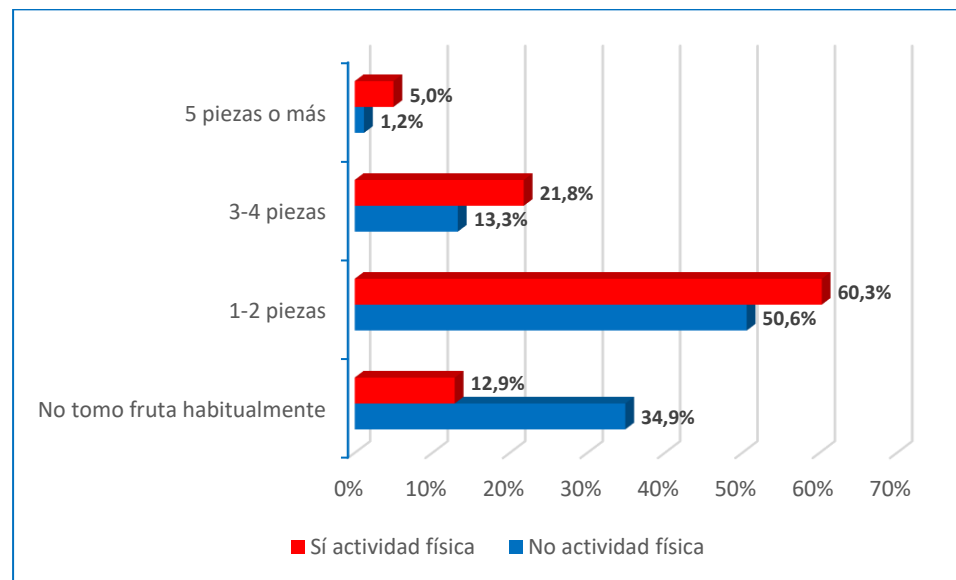
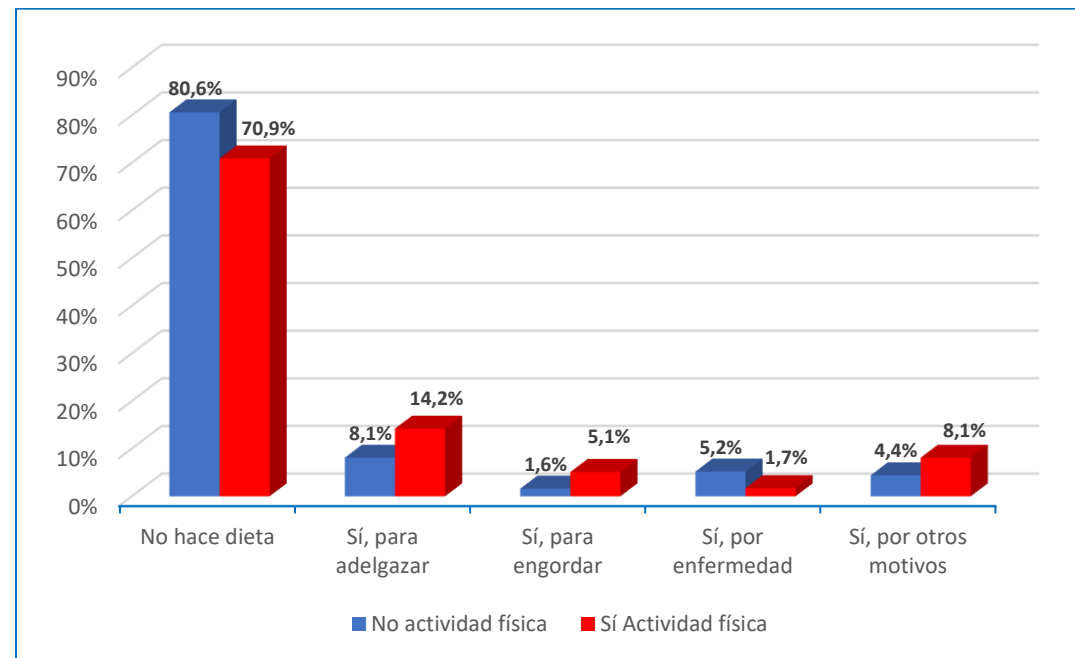


Gráfico 7.9 Nº de piezas de fruta/día consumidas los últimos 7 días en relación a la realización de ejercicio físico.



Se ha encontrado una asociación significativa entre la realización de dietas especiales (por diversos motivos) y de actividad física ($p<0,001$) (Gráfico 7.10).

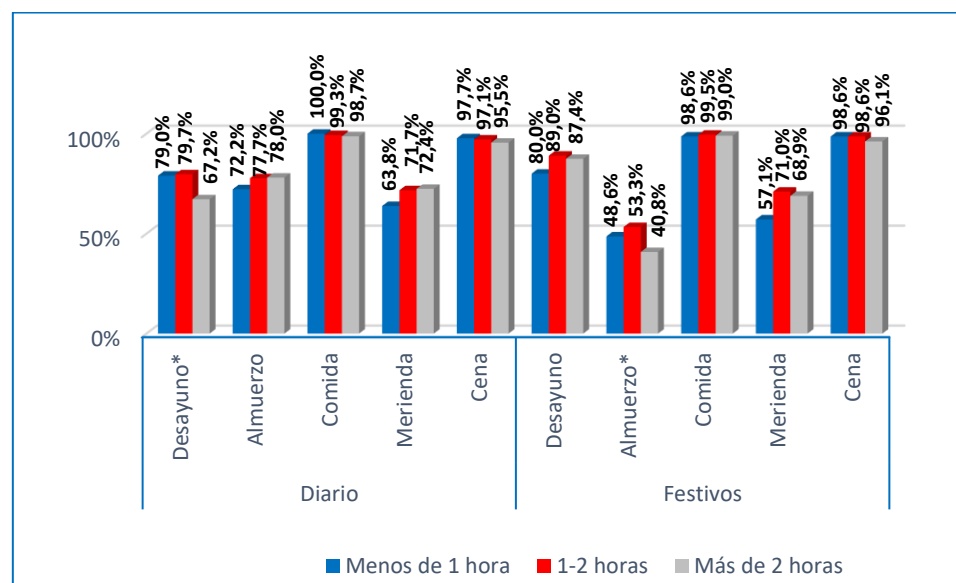
Gráfico 7.10 Realización de dietas especiales los últimos 12 meses en relación a la actividad física.



Los adolescentes que emplean más tiempo frente a las pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil...) en días laborables son los que más omiten el desayuno, y esta diferencia

es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Los fines de semana/festivos el mayor tiempo frente a pantallas afecta de forma negativa al almuerzo ($p < 0,001$) (Gráfico 7.11).

Gráfico 7.11. Realización de comidas en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario y en fines de semana/festivos

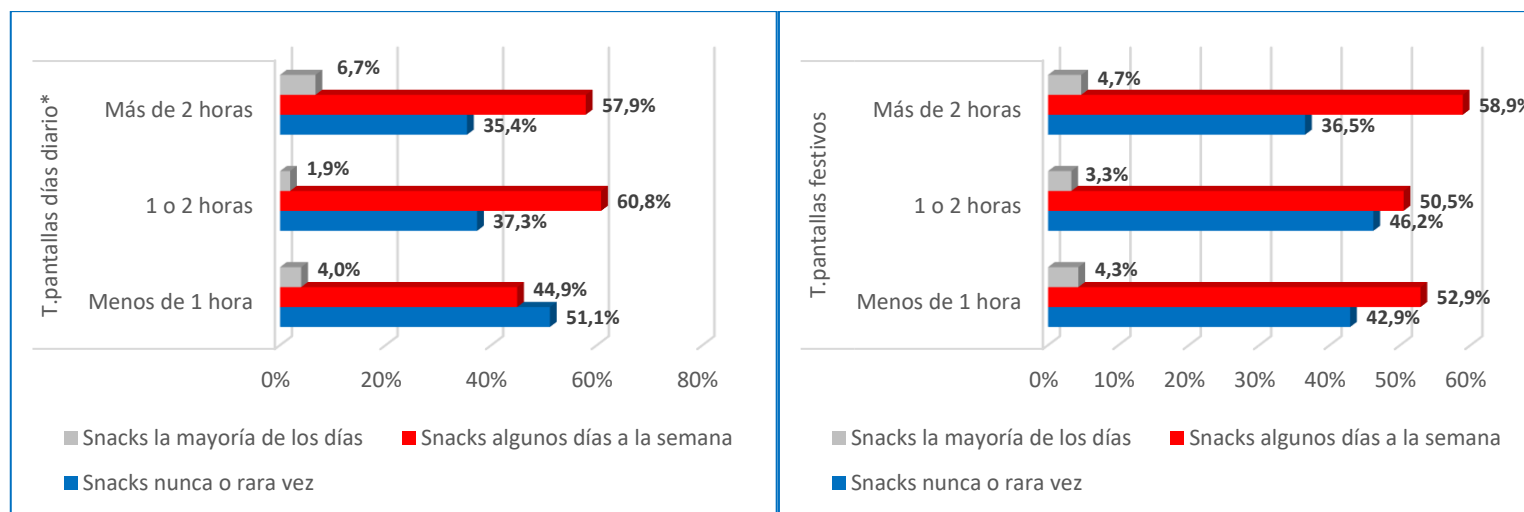


*Diferencias estadísticamente significativas

También el tiempo dedicado a pantallas se asocia de forma significativa con el consumo de algunos alimentos, 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...) ($p < 0,001$) (Gráfico 7.12), dulces, bollería y golosinas, refrescos azucarados y comida rápida y lo mismo ocurre los fines de semana (excepto con los snacks, en que la diferencia no es estadísticamente significativa). Por el contrario, un menor tiempo

de pantalla se asocia los días de diario a una mayor frecuencia de consumo de alimentos de alta calidad nutricional, como fruta fresca, pescado, pan y cereales, legumbres, bebidas vegetales, variedades integrales de pan, pasta, arroz y cereales (gráfico 7.13), así como un mayor número de piezas de fruta (Gráfico 7.15). Los festivos también es menor el consumo de legumbres y fruta fresca en los jóvenes que pasan más tiempo frente a pantallas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 7.14).

Gráfico 7.12. Frecuencia de consumo de snacks en relación al tiempo frente a pantallas diario y fin de semana.



* Diferencias estadísticamente significativas

Gráfico 7.13. Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a consumo los últimos 7 días en relación al tiempo frente a pantallas en días de diario.

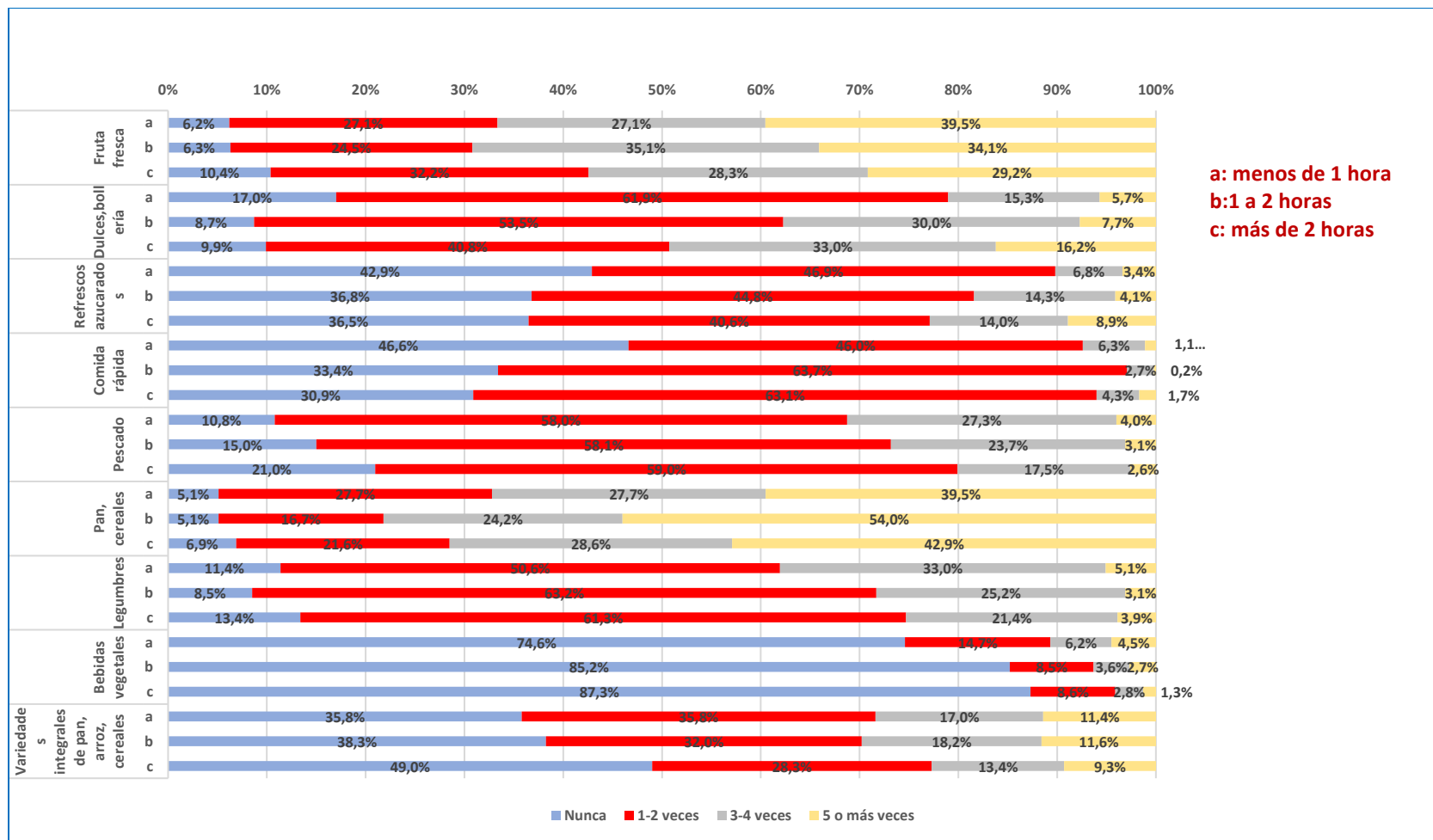


Gráfico 7.14. Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a consumo los últimos 7 días en relación al tiempo frente a pantallas en días festivos/fines de semana.

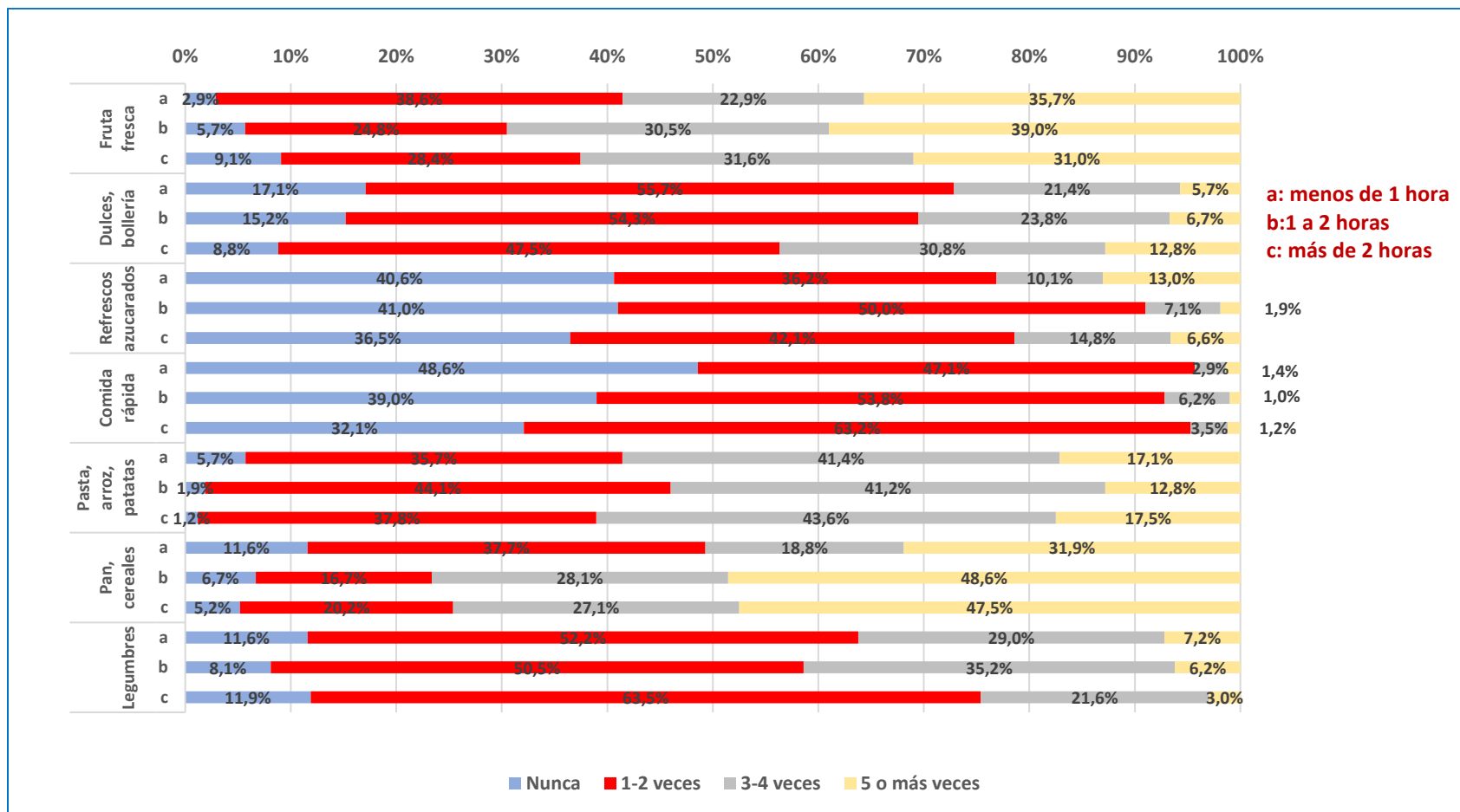
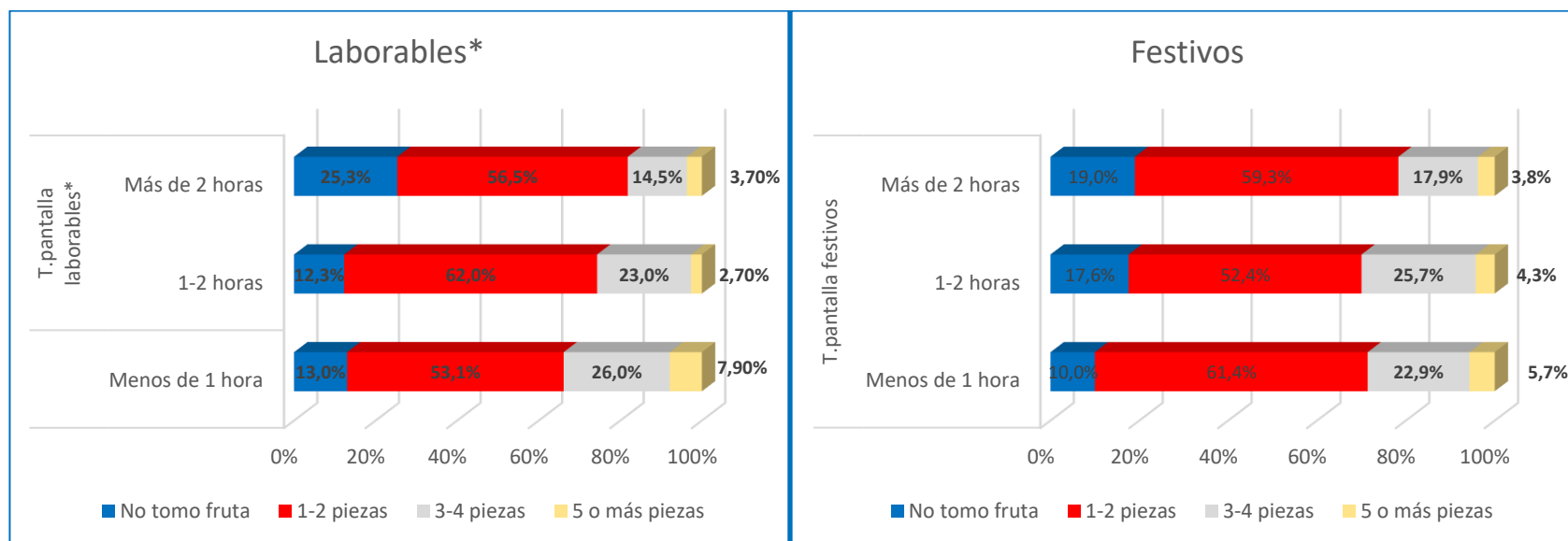


Gráfico 7.15. Nº de piezas de fruta consumidas a diario, en relación con el tiempo empleado frente a pantallas días laborables* y fines de semana/ festivos.

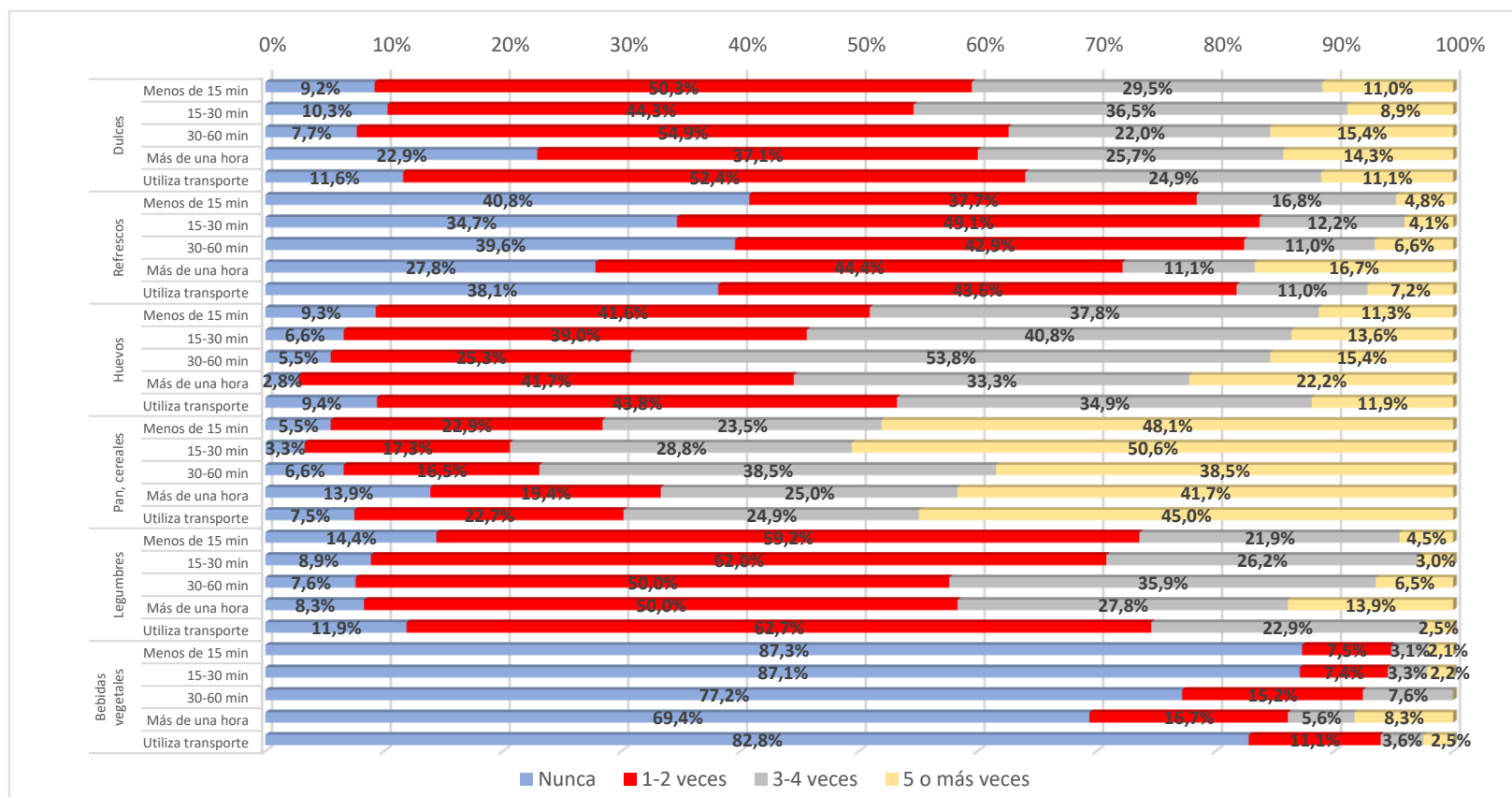


* Diferencias estadísticamente significativas

Hay diferencias significativas en la frecuencia de consumo de varios alimentos en relación al modo y tiempo de desplazamiento al centro educativo (Gráfico 7.16). También son más los jóvenes que no toman fruta entre los que utilizan

transporte y los que consumen más piezas de fruta son los que tardan más de una hora al día en desplazarse al centro escolar andando o en bicicleta ($p=0,001$).

Gráfico 7.16 Alimentos con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a consumo los últimos 7 días en relación al tiempo de desplazamiento al centro escolar.

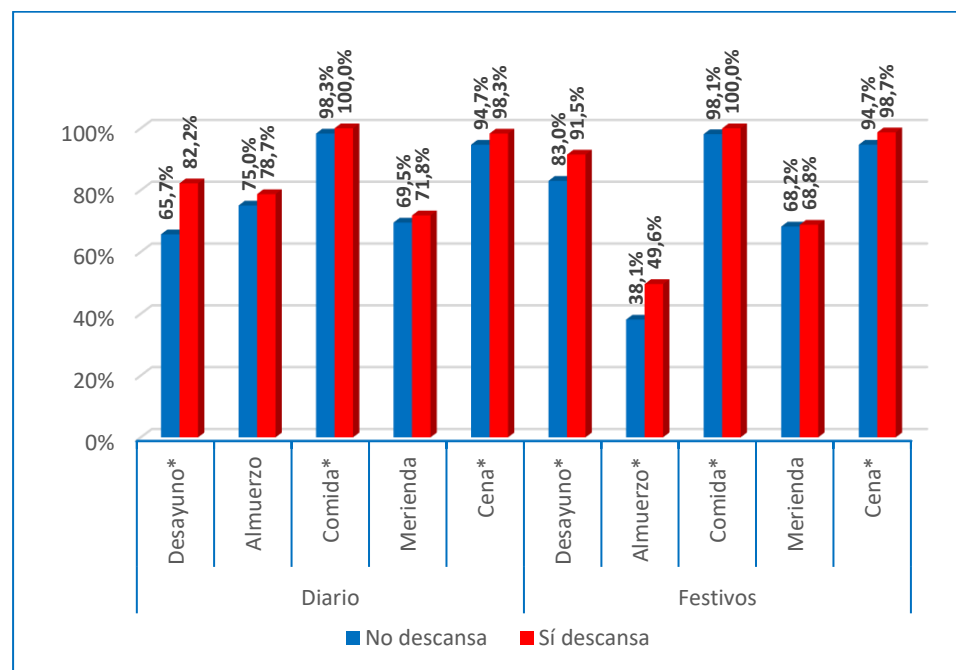


7.D. ALIMENTACIÓN VS. DESCANSO

Los jóvenes que se levantan con sensación de haber descansado se saltan con menor frecuencia todas las comidas, tanto días de diario como festivos, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas en cuanto al almuerzo días de diario y la merienda, ni diario ni festivos (Gráfico 7.17).

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 y tampoco entre los que realizan dietas por distintos motivos.

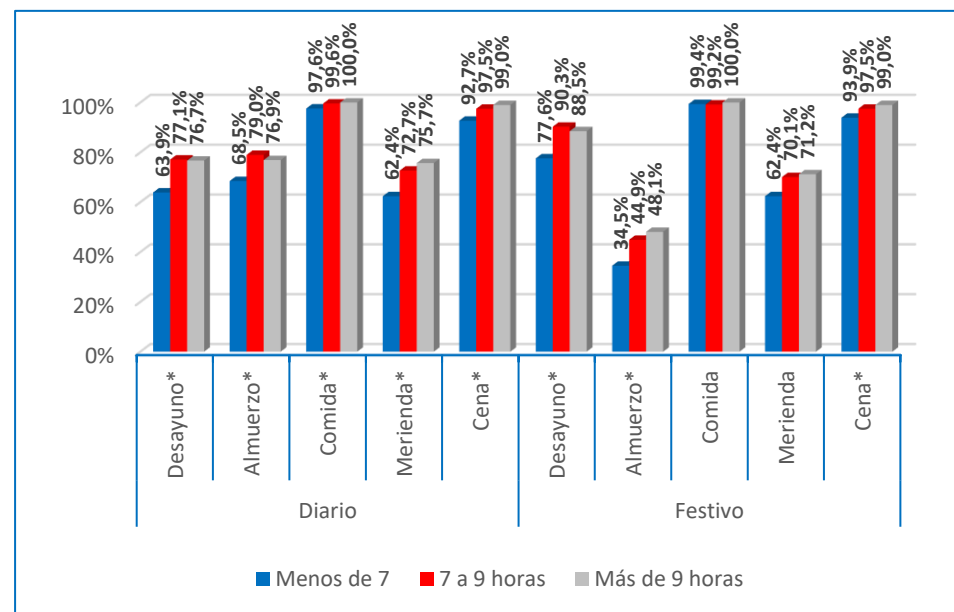
Gráfico 7.17. Realización de comidas diario y festivos en función del descanso



Los jóvenes que duermen menos de 7 horas son los que más se saltan todas las comidas los días de diario. En los fines de semana o festivos ocurre lo mismo, aunque en la comida y la

merienda estas diferencias no son estadísticamente significativas (Gráfico 7.18).

Gráfico 7.18. Realización de comidas y horas de sueño.

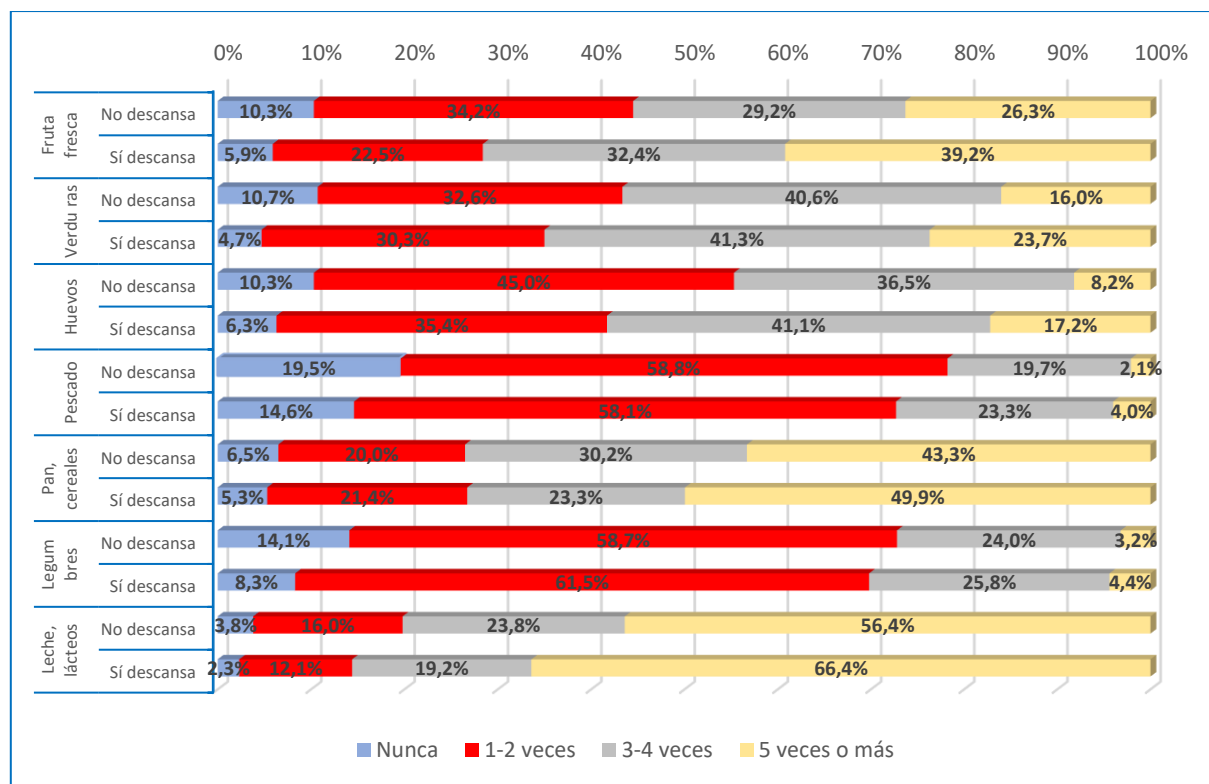


* Diferencias estadísticamente significativas

El descanso se asocia con patrones alimentarios más regulares y saludables. Los adolescentes que sí descansan muestran una mayor frecuencia de consumo de alimentos saludables como fruta fresca, verduras, huevos, pescado,

legumbres, leche y lácteos, y también pan y cereales (Gráfico 7.19). Además, son menos los que consumen snacks y lo hacen con menor frecuencia ($p<0,001$).

Gráfico 7.19. Alimentos con diferencias significativas en cuanto a su consumo los últimos 7 días en relación al descanso.

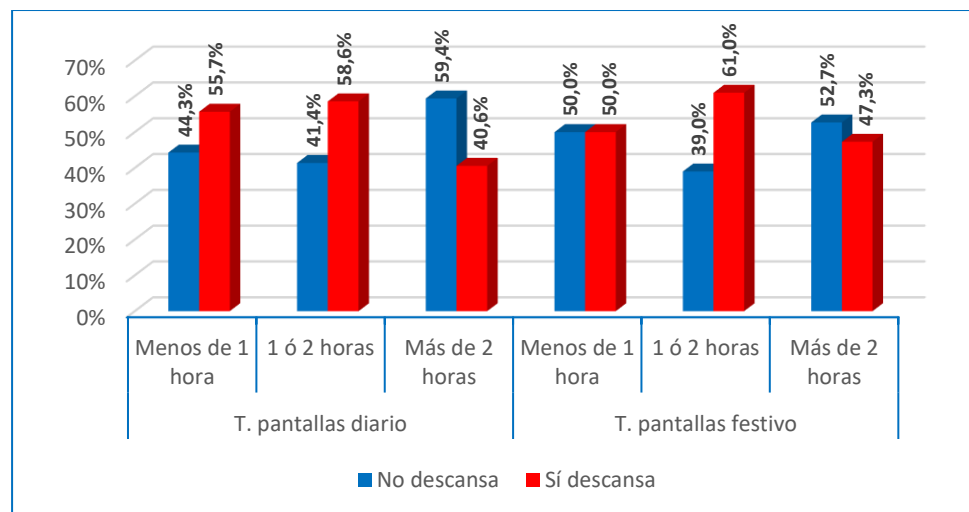


7 E. ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA VS. DESCANSO

La mitad de los jóvenes que realizan actividad física se levantan con sensación de haber descansado por la noche, a diferencia de los que no hacen ejercicio (53,7% y 46,3% respectivamente, $p=0,001$). El 85,1% de los que realizan actividad física duermen 7 o más horas, frente al 79,4% de los que no realizan ejercicio ($p=0,038$).

También se observa que el estar más tiempo frente a pantallas, tanto los días de diario como fines de semana o festivos, está asociado con un peor descanso nocturno: el porcentaje de adolescentes que refieren tener sensación de descanso al levantarse es menor de la mitad cuando el tiempo de utilización de pantallas es superior a dos horas, ($p<0,001$ diario y $p=0,002$ festivos) (Gráfico 7.20).

Gráfico 7.20. Tiempo de pantallas y sensación de descanso nocturno





8. Sustancias tóxicas

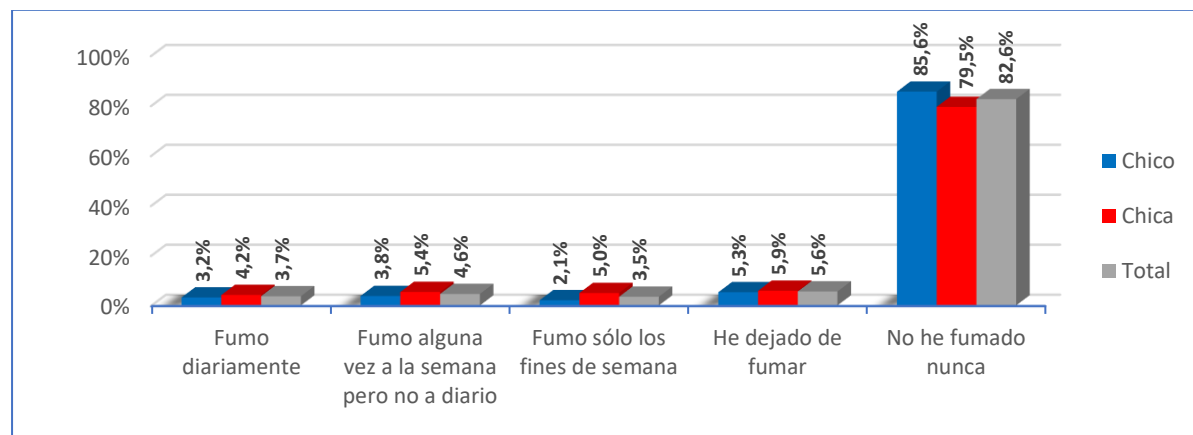
8.1 TABACO

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 la edición anterior se añadió 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 95,9% de los adolescentes no tienen permiso de sus padres para fumar, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito. El 82,6% de los jóvenes refiere no haber fumado nunca, mientras que el 3,7% dice hacerlo a diario y el 3,5% lo hace sólo fines de semana. Son más los chicos que no han fumado nunca (85,6%) que las chicas (79,5%) (Gráfico 8.1.1), y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,010$), pero no lo es por ámbito, aunque hay más jóvenes de medio urbano que no han fumado nunca (83,2% frente a 79,8% en medio rural).

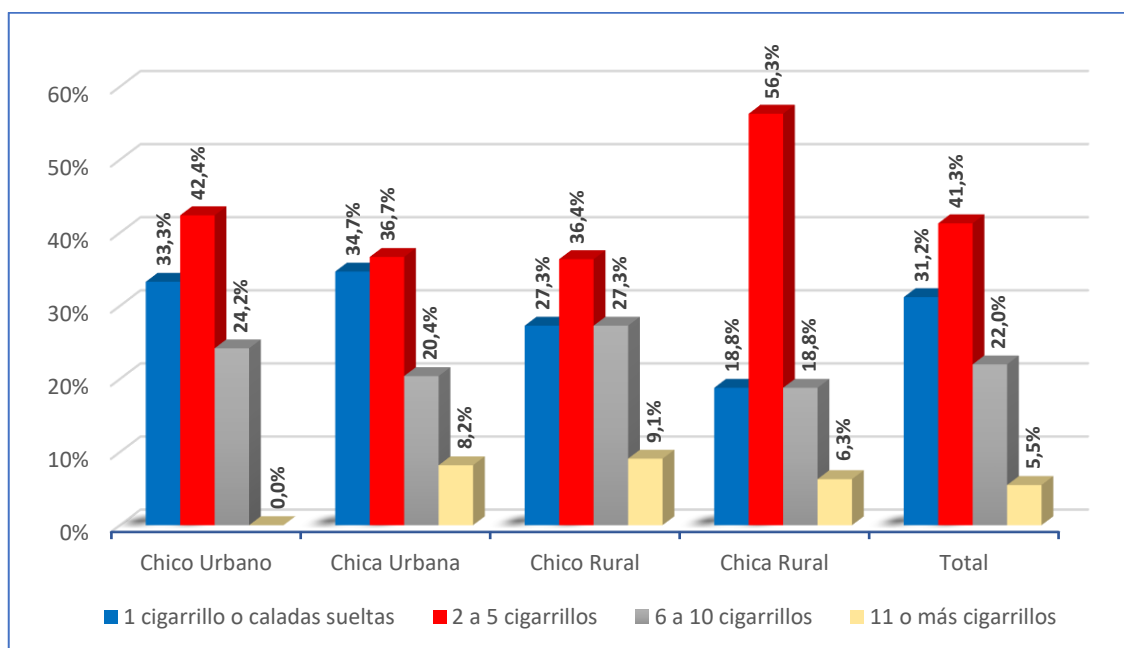
Gráfico 8.1.1. Frecuencia de consumo de tabaco por sexo.



El 41,3% de los participantes que fuman actualmente declara consumir entre 2 y 5 cigarrillos y el 31,2% un cigarrillo o caladas sueltas, en ambos casos con porcentajes muy similares en chicos y chicas. El 25% de los chicos fuman de 6 a 10 cigarrillos frente al 20% de las chicas, mientras que el 2,3% de los chicos y 7,7% de las chicas fuman 11 o más cigarrillos. Estas diferencias en

el consumo por sexos no son estadísticamente significativas, y tampoco lo son por ámbito, aunque hay más chicas de medio rural que fuman entre 2 y 5 cigarrillos y más jóvenes de medio urbano que fuman 1 cigarrillo o caladas sueltas. Ninguno de los encuestados consume más de un paquete (Gráfico 8.1.2).

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

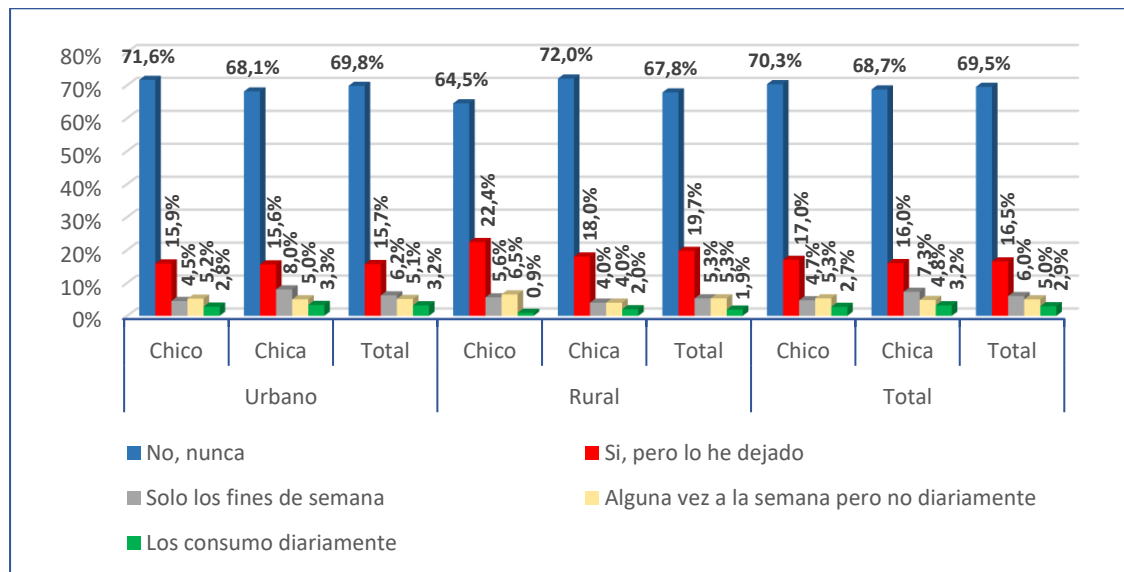


Entre los fumadores actuales y los exfumadores, el 49,4% afirman haber consumido más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ni por ámbito geográfico, aunque se observa que los adolescentes de zona rural son los que en mayor proporción han fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida (54,8% de zona rural frente al 47,9% de zona urbana). La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 13,79 años (mínima 11 años y máxima 17), algo inferior en las chicas (13,73, chicos

13,88) y en el medio urbano (13,76, rural 13,90) aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

El 30,5% de los jóvenes consume o ha consumido productos de tabaco no convencionales (vapeadores, cigarrillo electrónico, pipa de agua, ...). De éstos, el 16,5% lo ha dejado, el 6% sólo los consume el fin de semana, el 5% lo hace alguna vez a la semana y el 2,9% a diario (Gráfico 8.1.3). No hay diferencias significativas por sexo ni por ámbito.

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



Un 30,5% de los jóvenes convive con fumadores, principalmente chicas (34%, chicos 27,1%, $p=0,015$), aunque la mayoría de los padres y madres no han fumado nunca o son exfumadores (75,8% de los padres y 79,5% de las madres); sin embargo, el 20,4% de los padres y el 15,3% de las madres fuman de forma habitual.

El 12,9% de los jóvenes están expuestos al tabaquismo pasivo en casa y el 14,4% fuera de casa los días de diario. Los fines

de semana los adolescentes sufren una mayor exposición al tabaquismo pasivo, principalmente fuera de casa (33,7%, 18,3% en casa). Hay diferencias significativas por sexo en cuanto a exposición al tabaco en casa, tanto en días de diario ($p<0,001$) como festivos ($p=0,004$), con más chicas expuestas en ambos casos. Los jóvenes de medio rural están expuestos fuera de casa al tabaco de forma pasiva más tiempo que los de medio urbano, tanto los días de diario ($p=0,039$), como los festivos ($p=0,007$) (Gráficos 8.1.4 y 8.1.5).

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

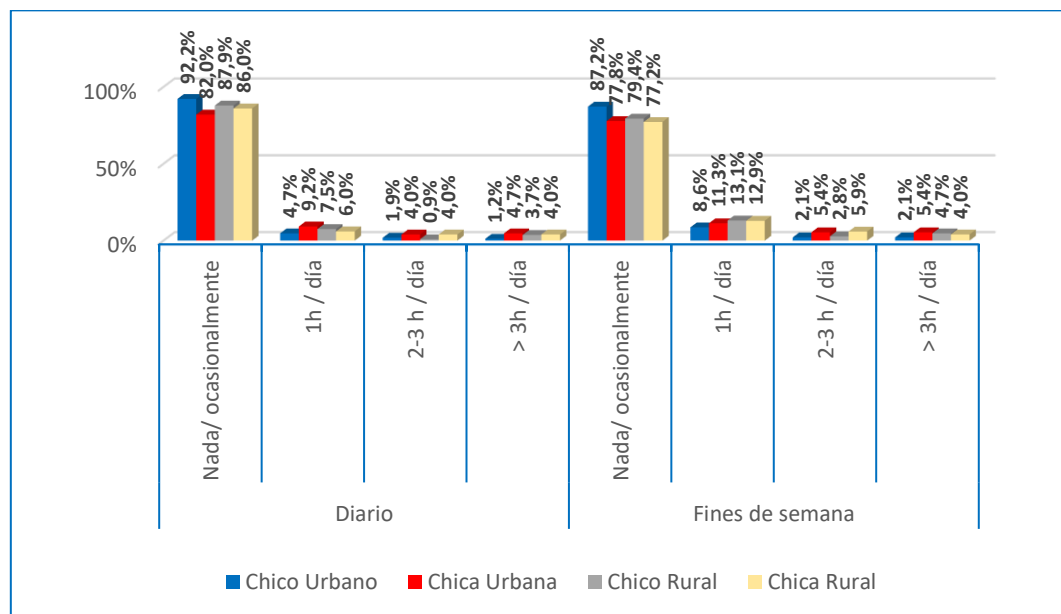
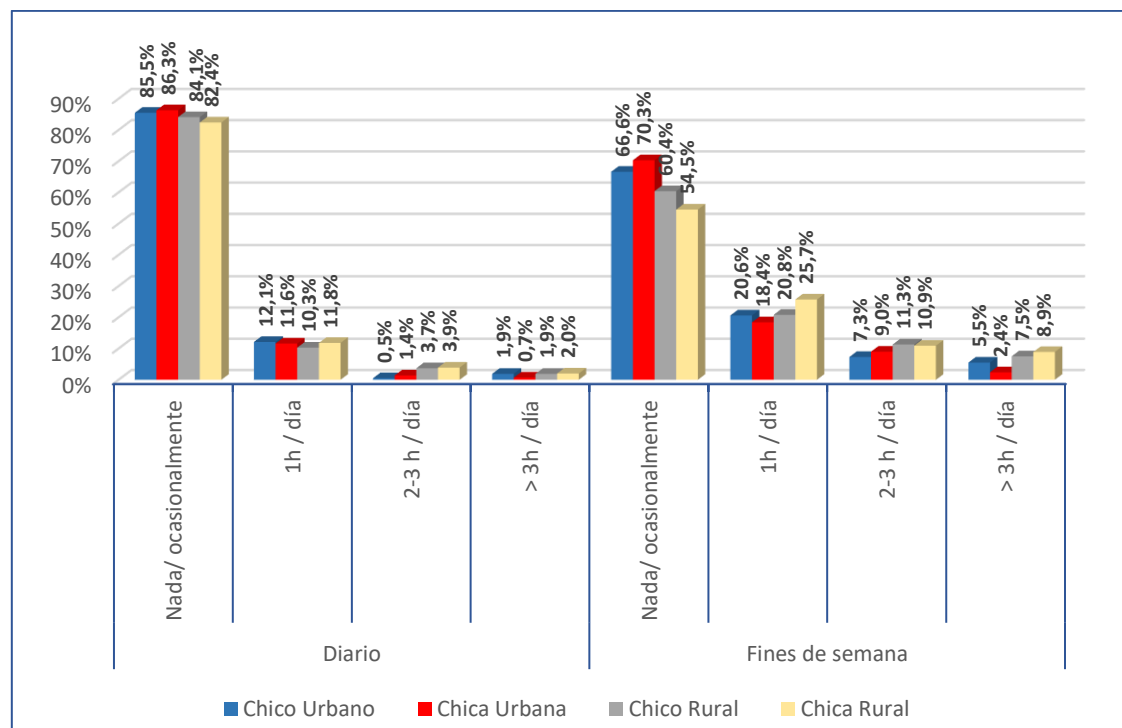


Gráfico 8.1.5. Exposición al tabaquismo pasivo fuera de casa por sexo y ámbito geográfico.



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

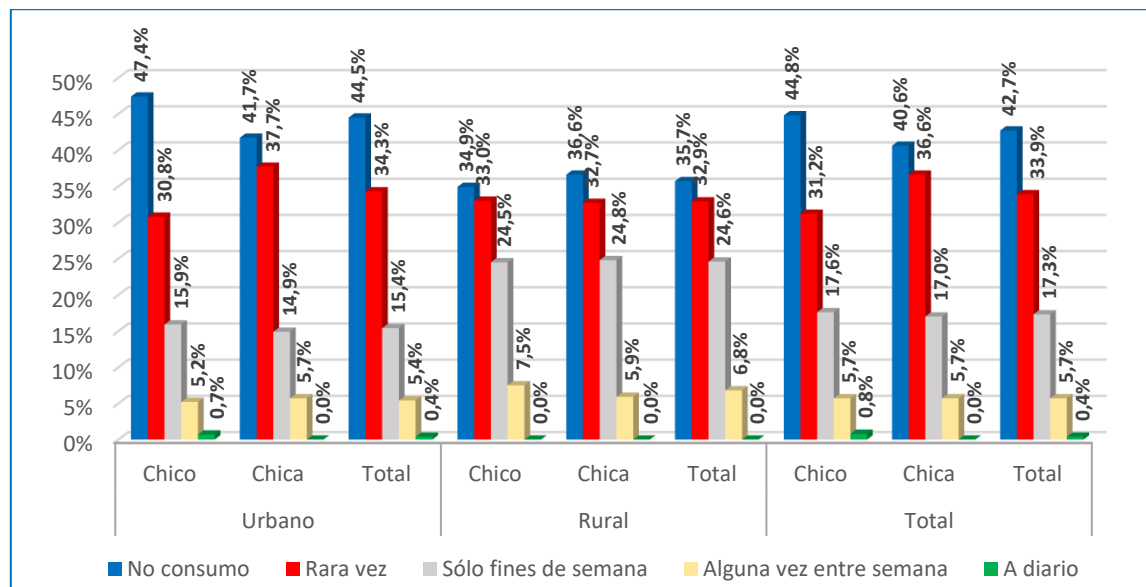
los últimos 30 días, frecuencia con la que suelen consumir bebidas alcohólicas, a qué edad iniciaron el consumo de esta clase de bebidas con una periodicidad semanal o mayor, el tipo de bebida que suelen consumir en los días de diario y los fines de semana o festivos, si en los últimos 30 días han consumido 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 cubata o licor sin combinar equivale a 2 unidades de alcohol), si en los últimos 30 días se han emborrachado alguna vez y si durante ese mismo período han necesitado asistencia sanitaria por haber consumido bebidas con alcohol en exceso.

En cuanto al patrón de consumo de alcohol no hay diferencias significativas por sexos: el 42,7% de los jóvenes no

consume alcohol y el 33,9% rara vez. Un 17,3% solo consume alcohol los fines de semana y el 5,7% alguna vez entre semana, mientras que un 0,4% declara consumir alcohol a diario. Sí que hay diferencias significativas en cuanto al consumo de alcohol por ámbito ($p=0,013$), con más jóvenes que no consumen alcohol en medio urbano (44,5% y 35,7% rural) y más de medio rural que lo hacen solo fines de semana (24,6% rural, 15,4% urbano) (Gráfico 8.2.1).

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



El 41,1% responde haber consumido alcohol el último mes, sin diferencias por sexo pero más en medio rural (49%) que urbano (39,1%) ($p=0,009$).

La media de edad a la que comienzan a consumir bebidas con alcohol al menos una vez a la semana es de 13,76 años (DE 1,3), siendo la edad mínima a los 10 años. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito, aunque es algo menor en las chicas (13,68; 13,83 en chicos).

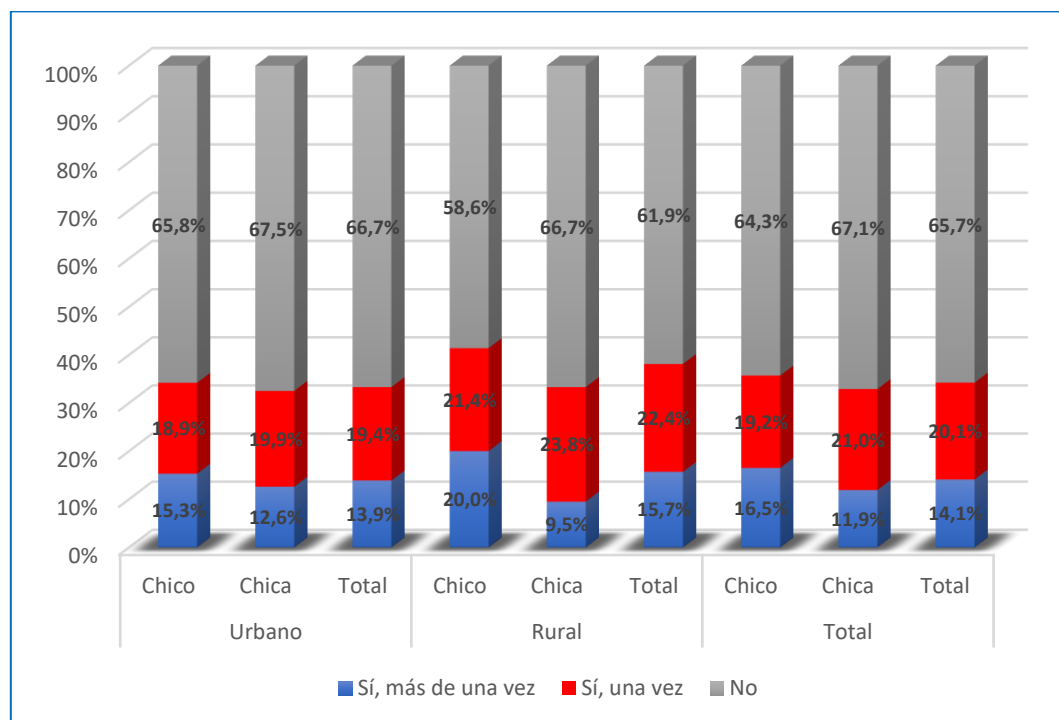
Los adolescentes que declaran consumir alcohol los días de diario (10,6% de los que beben alcohol), prefieren la cerveza (39,3%) sobre todo los chicos (51,6%, chicas 26,7, $p=0,046$) y el vino/calimocho (22,5%), en este caso sin diferencias significativas por sexo. Sí las hay en cuanto a los licores sin combinar (9,8%) que entre semana solo consumen las chicas ($p=0,024$) y por ámbito

geográfico en el consumo de “otras bebidas alcohólicas” (2,9%) que solo se consumen en medio rural ($p=0,044$).

Entre aquellos que consumen bebidas alcohólicas, las más consumidas los fines de semana son los combinados (64,5%), seguidos de la cerveza (34,6%), y del vino o calimocho (34,4%). Solo hay diferencias estadísticamente significativas por sexo y por ámbito en cuanto al consumo de cerveza, siendo más los chicos que la consumen (chicos 51,2%, chicas 19%, $p<0,001$) y más en medio rural que urbano (Urbano 32,5%, rural 42,1%, $p=0,039$).

El 34,3% de los adolescentes que consumen alcohol, indica haber consumido en alguna ocasión 6 o más unidades de alcohol en el mismo día durante el último mes, incluso el 14,1% lo ha hecho en más de una ocasión. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito geográfico (Gráfico 8.2.2).

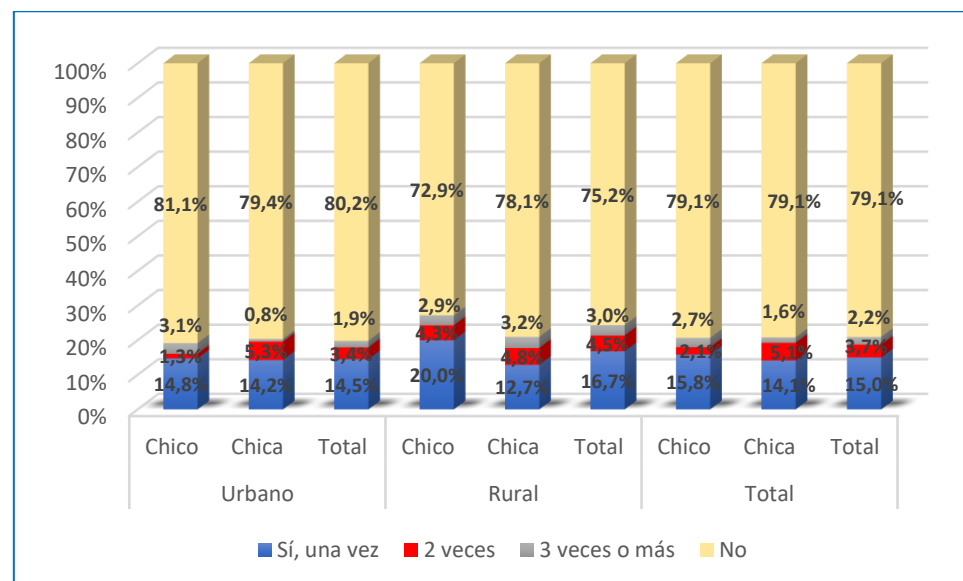
Gráfico 8.2.2. Consumo de alcohol ≥ 6 unidades / día en el último mes, por sexo y ámbito geográfico.



Entre los jóvenes que consumen bebidas alcohólicas, el 20,9% se han emborrachado al menos una vez en el último mes, siendo los chicos de zona rural los que lo han hecho en mayor

proporción (27,1%) y los chicos del medio urbano los que menos (19,3%) 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 0,5% 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

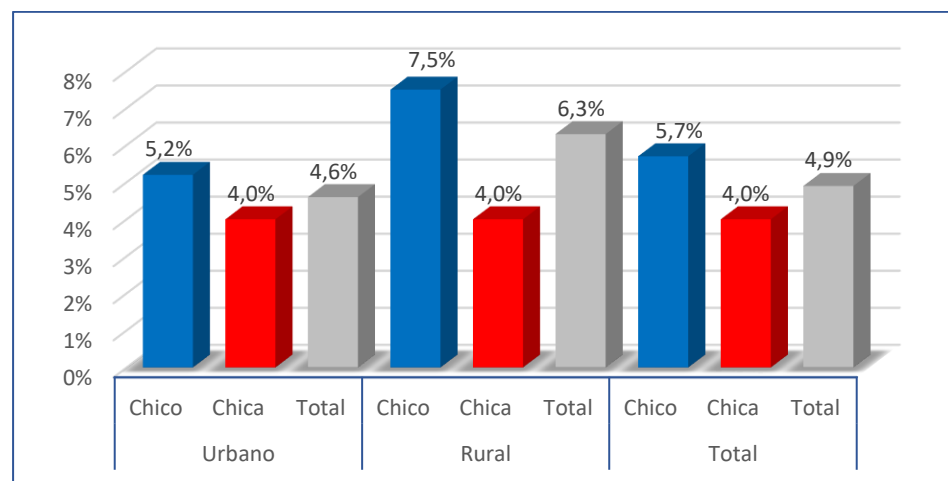
Se preguntó a los jóvenes de Castilla y León si habían probado en los últimos 30 días alguna sustancia tóxica, exceptuando tabaco y alcohol, y, en caso afirmativo, cuál era la droga que habían consumido.

El 4,9% de los jóvenes dicen haber probado en los últimos 30 días algún tipo de drogas distintas de alcohol y tabaco, destacando los chicos de medio rural pero sin que estas diferencias por sexo ni por ámbito sean estadísticamente

significativas. (Gráfico 8.3.1). Entre los estudiantes que respondieron afirmativamente, el tipo de droga más consumido es el hachís (90,3%), seguido de los tranquilizantes/somníferos sin receta (17%) y la cocaína (7,6%). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito, probablemente debido al bajo número de casos en algunas categorías.

En cuanto al consumo de otros tipos de drogas, que refiere el 7,7% de los consumidores, las respuestas incluyen sustancias como productos farmacéuticos y Popper.

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





9-Relaciones sexuales

9. RELACIONES SEXUALES

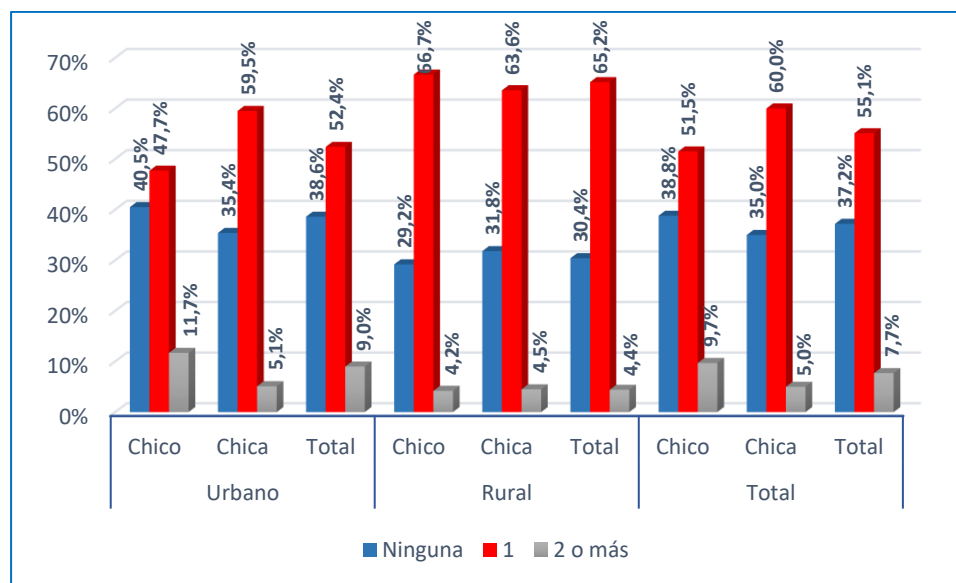
El cuestionario incluye una serie de preguntas para valorar los hábitos en cuanto a sexualidad de los adolescentes de Castilla y León: se preguntó acerca de si han tenido alguna vez relaciones sexuales completas (RSC), y en caso afirmativo a qué edad las tuvieron por primera vez, con cuántas personas 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 22,3% de los adolescentes refieren haber tenido alguna vez RSC, en mayor proporción los chicos (25,4%) que las chicas (19,3%) ($p=0,017$), sin diferencias estadísticamente significativas por ámbito (urbano 22,4%, rural 22,1%). 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 14,6 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 (51,5% de los chicos y 60% de las chicas) y un 9,7% de los chicos y el 5% 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 (38,8%, frente al 35% en chicas). Estas diferencias no son estadísticamente significativas, y tampoco por ámbito geográfico (Gráfico 9.1).

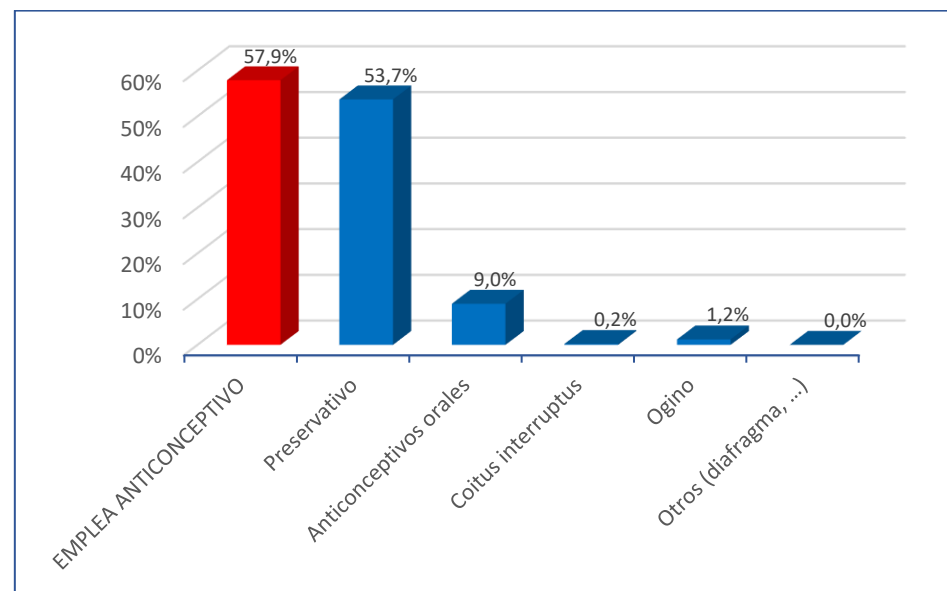
Gráfico 9.1. Número de parejas sexuales en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico.



El 75,2% de los adolescentes encuestados refiere haber utilizado preservativo en su última RSC, con diferencias significativas por sexo (chicos 82,1%, chicas 65,3%, $p=0,003$), pero no por ámbito, aunque es mayor su utilización en medio urbano (75,1%, rural 73,9%). Sin embargo, sólo el 57,9% de aquéllos que

en algún momento han mantenido RSC dice utilizar algún método anticonceptivo; el método más utilizado es el preservativo (53,7% de los que han mantenido RSC), seguido de los anticonceptivos orales (9%) (Gráfico 9.2).

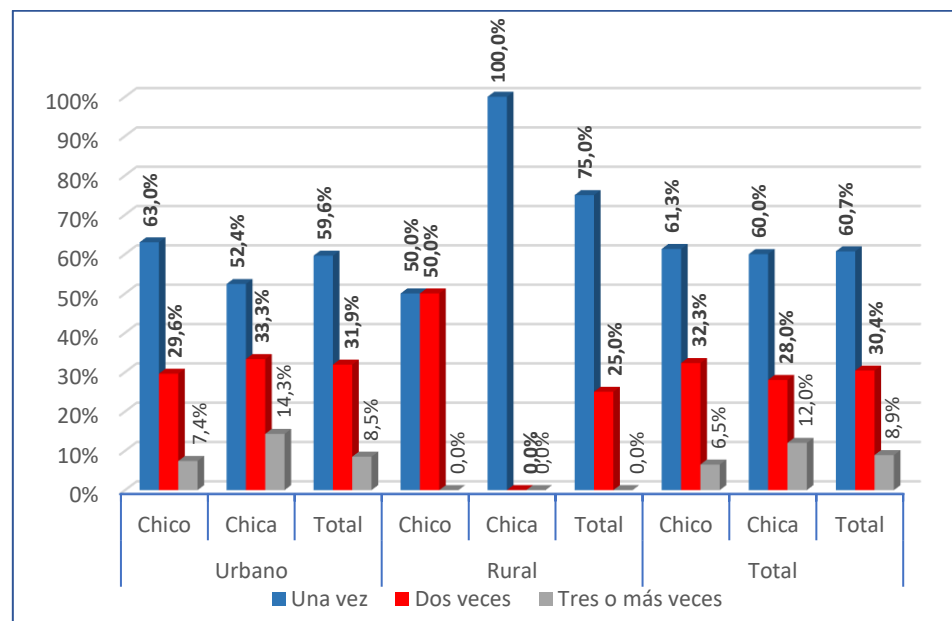
Gráfico 9.2. Métodos anticonceptivos empleados.



En cuanto al uso de la píldora del día después (PDD), el 23,7% 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 39,3% la han utilizado dos o más veces, en proporción

similar chicas (40%) y chicos (38,8%) pero más los jóvenes de medio urbano (40,4%) que rural (25%), sin poder establecerse la significación estadística de estas diferencias debido al pequeño porcentaje de jóvenes que han empleado la PDD (n = 56) (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

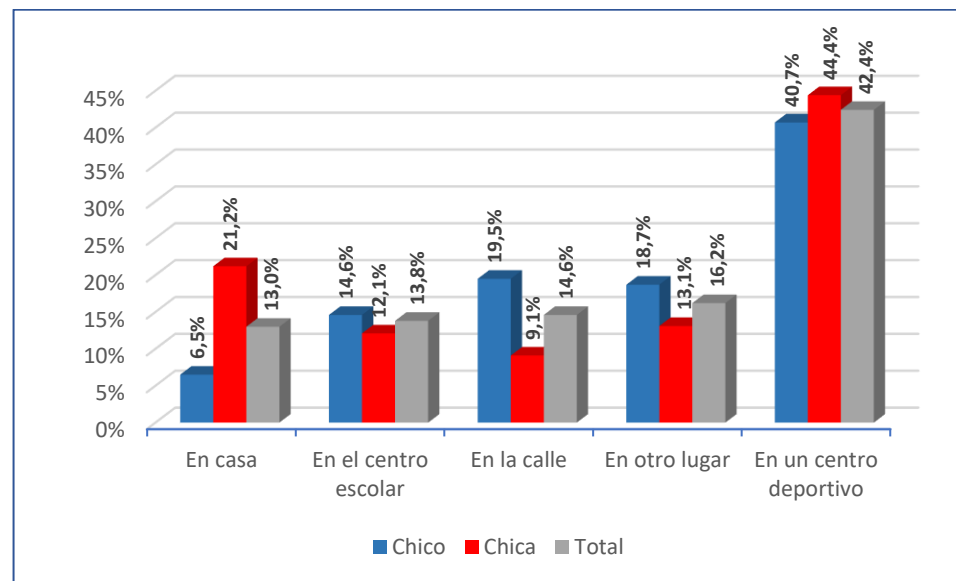
(tanto en el asiento delantero como en el trasero) y la frecuencia de uso del casco al montar en moto y en bicicleta. Por último, se preguntó a los participantes si en los últimos 30 días habían viajado en un vehículo (coche o moto) sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas.

El 21,1% de los jóvenes sufrieron en los últimos 12 meses alguna lesión, accidente (excluyendo los de tráfico), intoxicación o quemadura que requirió tratamiento médico, siendo los chicos de zona rural los que los han sufrido en mayor proporción (25,5%) y las chicas de zona rural las que menos (16,8%), aunque no hay diferencias estadísticamente significativas ni por sexo ni por ámbito.

Estos accidentes y lesiones ocurrieron principalmente en centros deportivos (42,4%), sobre todo en las chicas (44,4% de los accidentes no tráfico, 40,7% en chicos), seguidos de los accidentes en casa en chicas (21,2%) y en la calle en chicos (19,5%) (Gráfico

10.1). Estas diferencias por sexos en cuanto al lugar en que se produjo el accidente son estadísticamente significativas ($p=0,006$).

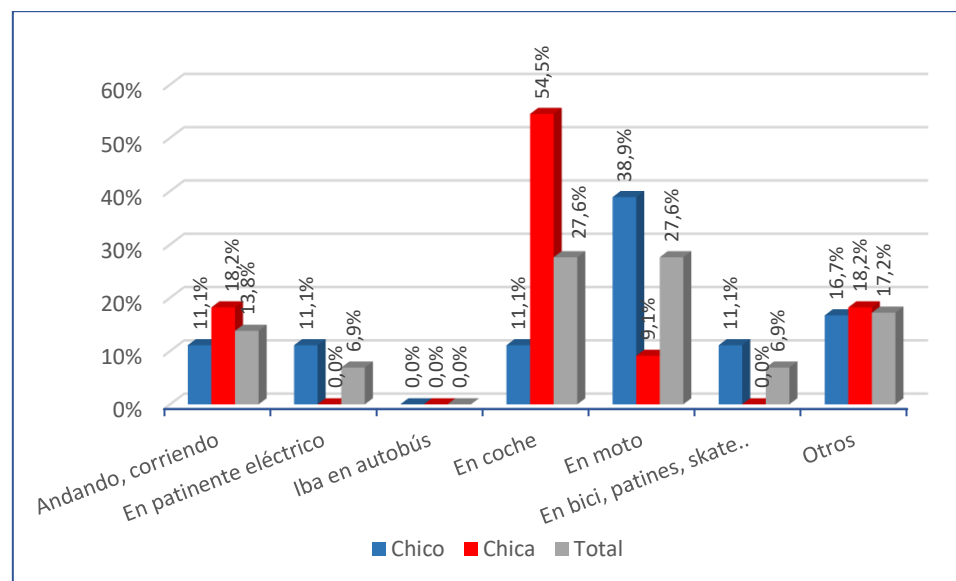
Gráfico 10.1. Lugar donde ocurrió la lesión o accidente (no de tráfico), por sexo.



Respecto a los accidentes de tráfico que precisaron tratamiento médico, el 2,8% de los jóvenes han sufrido alguno en los últimos 12 meses, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico. Tampoco las hay en cuanto al medio en que ocurrió el accidente,

aunque la mayoría de las chicas lo sufrieron yendo en coche (54,5%), mientras que sólo un 11,1% de los chicos que sufrieron accidentes de tráfico iba en automóvil, siendo más frecuentes en ellos los accidentes en moto 38,9% frente al 9,1% de las chicas (Gráfico 10.2).

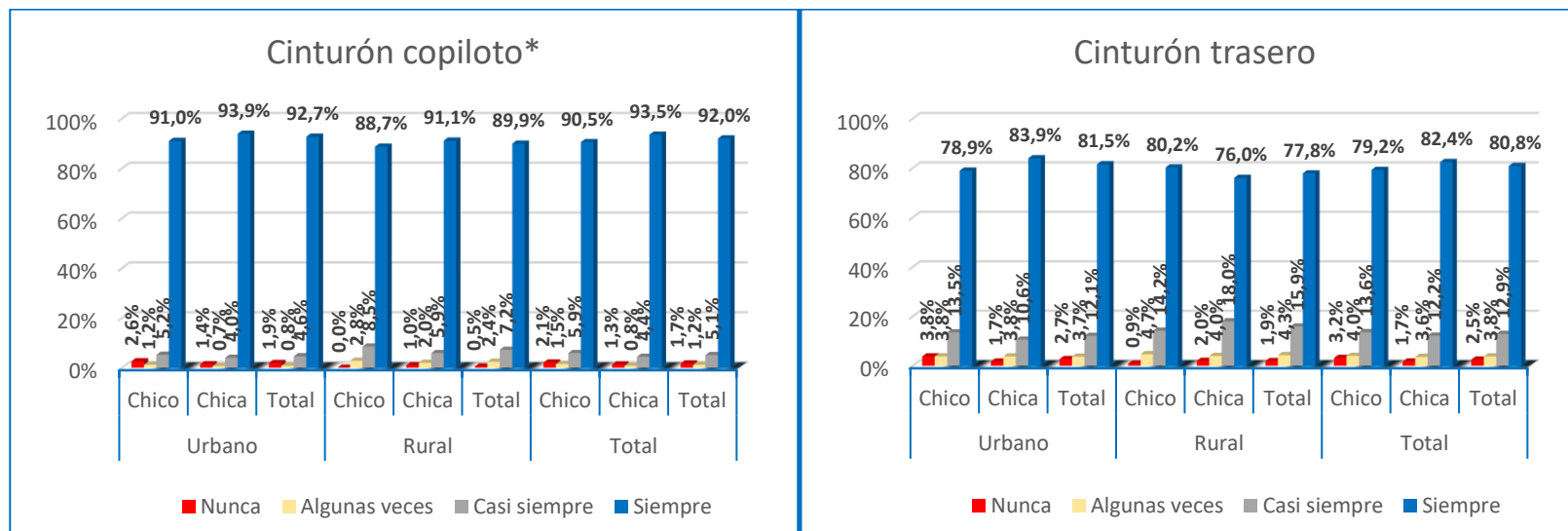
Gráfico 10.2. Medio de transporte en el que sucedió el accidente de tráfico, por sexo



En cuanto a la frecuencia de uso del cinturón de seguridad al ir en coche como pasajero en el asiento delantero, el 92% afirma utilizarlo siempre y el 5,1% casi siempre, mientras que el 1,2% solamente lo usan algunas veces y el 1,7% nunca. Por otra parte, al ir en el asiento trasero, el 80,8% de los jóvenes utilizan el cinturón de seguridad siempre y el 12,9% casi siempre, en cambio el 3,8% sólo lo usan a veces y el 2,5% nunca. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso del cinturón del

copiloto por sexo, pero son más los jóvenes de medio urbano que lo usan siempre (92,7% frente al 89,9% rural) y más de medio rural que lo hacen casi siempre (7,2% frente al 4,6% urbano) y algunas veces (2,4% frente a 0,8%), mientras que en medio urbano más jóvenes dicen no utilizarlo nunca (1,9% frente a 0,5%) ($p=0,044$) (Gráfico 10.3.A). No hay diferencias significativas en cuanto al uso de cinturón trasero por sexo ni por ámbito (Gráfico 10.3.B).

Gráficos 10.3.A Uso de cinturón delantero y 10.3.B cinturón trasero, por sexo y ámbito



* Diferencias estadísticamente significativas por ámbito

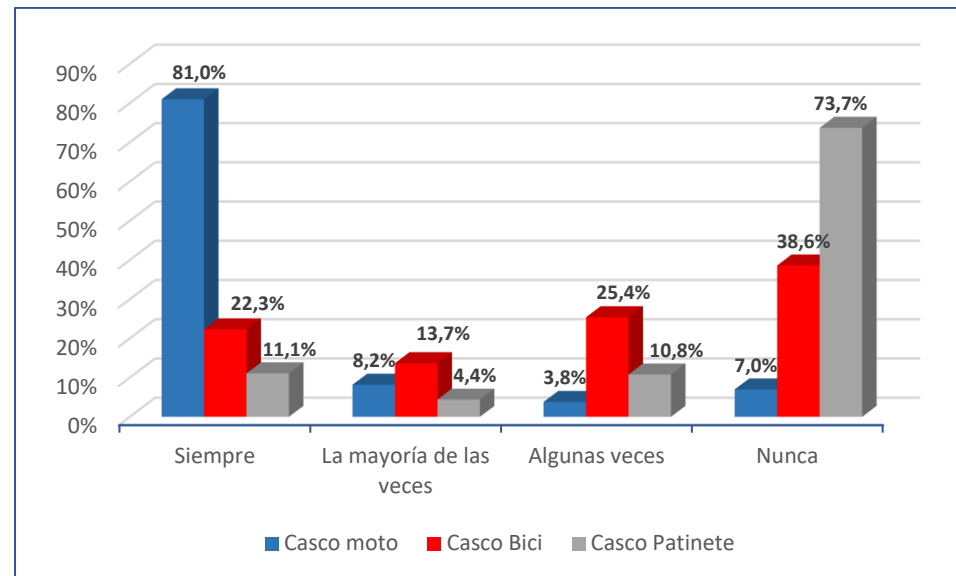
El 27,9% de los jóvenes monta en moto, siendo en medio rural donde más se utiliza (34,1% frente al 26,5% de medio urbano, $p=0,028$) y sobre todo los chicos (30,7% frente al 25,2% de las chicas, $p=0,047$). Entre los que montan en moto, el 81% indica que utilizan el casco siempre, el 8,2% la mayoría de las veces, el 3,8% algunas veces y el 7% nunca, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico.

Sin embargo, hay una mayor proporción de adolescentes que usan la bicicleta: el 70% la utilizan, principalmente los chicos (75,9%, chicas 63,9%, $p<0,001$), sin diferencias significativas por ámbito. Sin embargo, los jóvenes utilizan el casco con menor frecuencia al ir en bicicleta que en moto: entre aquéllos que montan en bicicleta, el 24,4% de los chicos utiliza el casco

siempre, frente al 19,8% de las chicas, aunque también hay más chicos que dice no utilizarlo nunca (42% frente a 34,3% de chicas, $p=0,009$). También hay diferencias estadísticamente significativas por ámbito: lo usan siempre el 25,6% de los jóvenes de medio urbano frente al 10,5% de medio rural, y dicen no utilizarlo nunca el 35% de medio urbano y el 52,3% de medio rural ($p<0,001$).

En cuanto al patinete eléctrico, que se ha incluido en el análisis en la presente edición del cuestionario, lo utilizan un 29,9% de los jóvenes, sobre todo chicos (35,6% frente al 24,2% de las chicas, $p<0,001$) y sin diferencias significativas por ámbito. Sin embargo, solo el 11,1% de los jóvenes que lo utilizan dice usar casco siempre (14,8% de los chicos, 5,5% de las chicas, $p=0,001$), sin diferencias significativas por ámbito (Gráfico 10.4).

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



El 12,9% de los adolescentes viajó en los últimos 30 días en un vehículo sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas, sobre todo los chicos (17,2% frente al 8,6% de chicas,

$p < 0,001$). No es significativa la diferencia por ámbito, aunque es mayor el número de jóvenes de medio rural que contesta afirmativamente (15,9% frente al 12,1% urbano).



11. Higiene bucodental

11. HIGIENE BUCODENTAL

En relación con la higiene bucodental, a los adolescentes se les realizaron tres preguntas: 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 84,9% de los adolescentes afirma que se lava los dientes más de una vez al día, mientras que el 2,3% 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 18,1% tan solo lo hace algunas veces. La diferencia por sexo es estadísticamente significativa: 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 también, aunque sin significación estadística, son las que en mayor porcentaje se lavan los dientes siempre antes de acostarse, principalmente aquéllas de medio rural, aunque las diferencias por ámbito tampoco son significativas (Gráficos 11.1 y 11.2).

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

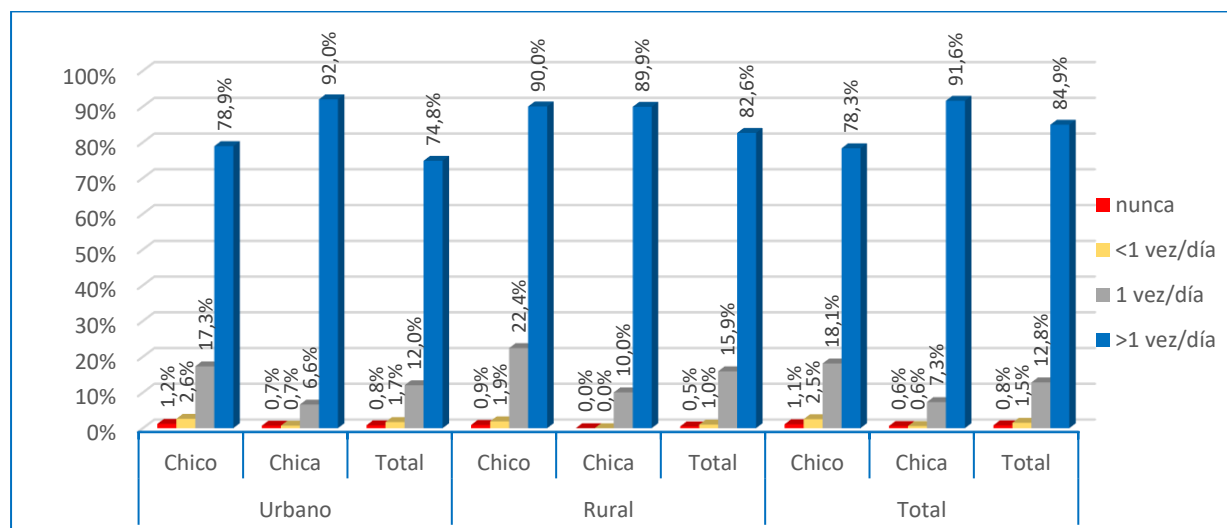
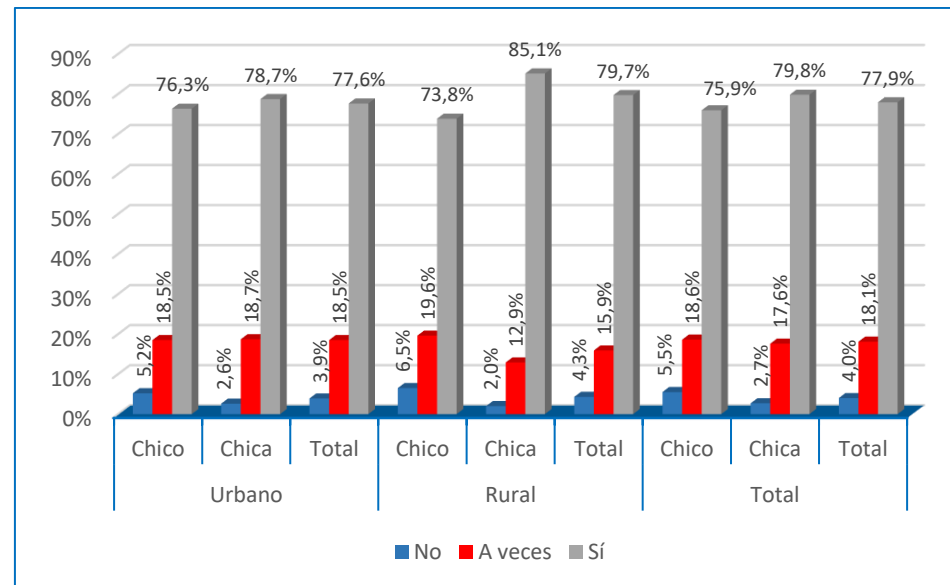


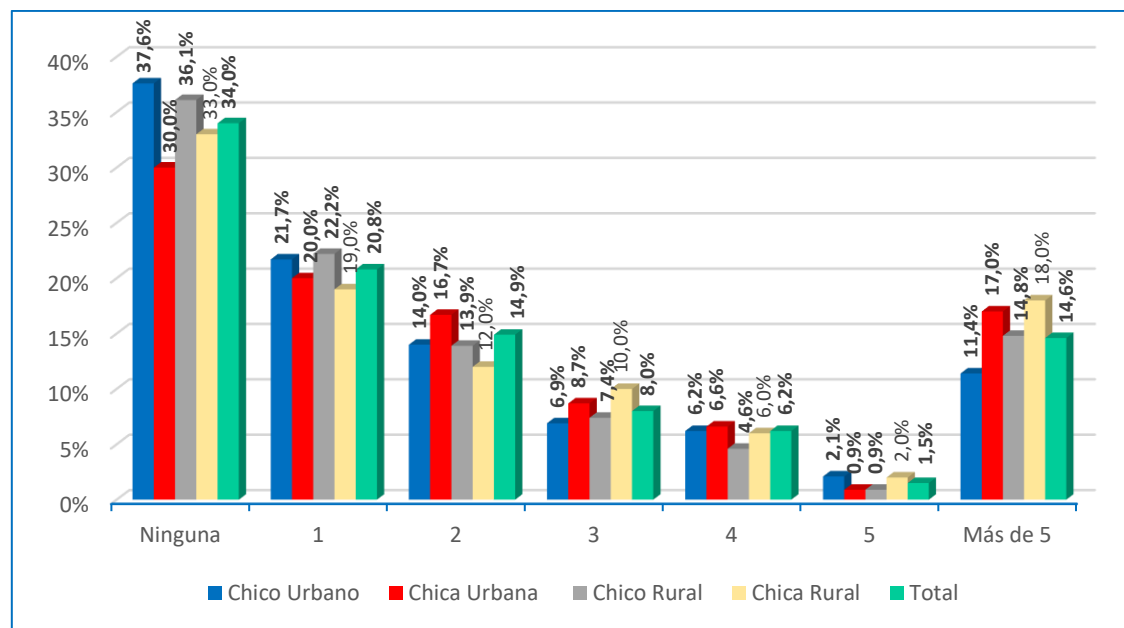
Gráfico 11.2. Lavado dental antes de acostarse, por sexo y ámbito geográfico.



En cuanto a las visitas al dentista en los últimos 12 meses (excluidas las visitas de seguimiento o revisión de aparato dental), el 34% no realizó ninguna en ese período, mientras que el 14,6% lo hizo más de 5 veces. El 20,8% y el 14,9% 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 Likert de 1 a 5 (1=muy difícil, 2=difícil, 3=neutro/normal, 4=fácil, 5=muy fácil) para cada respuesta.

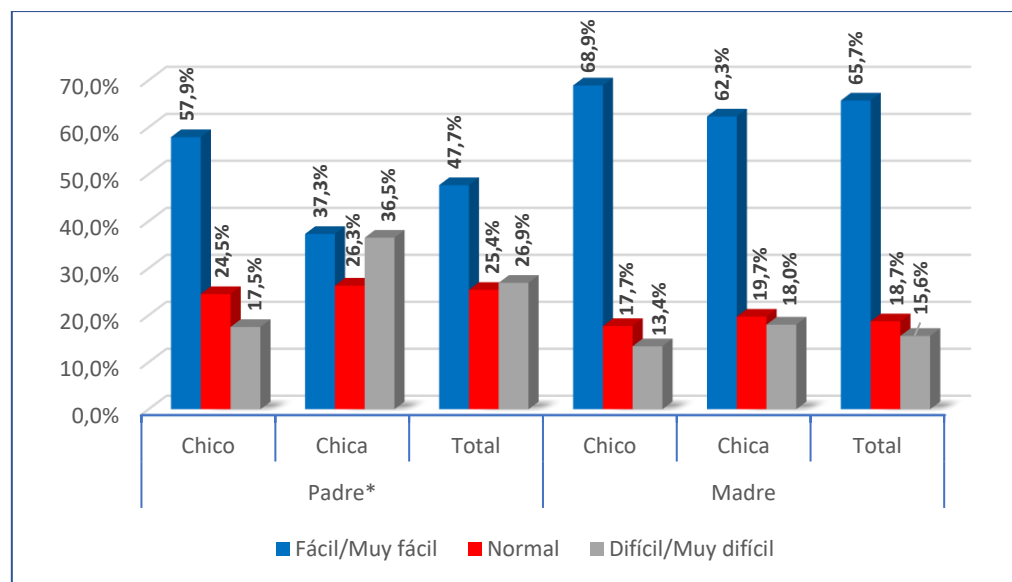
Asimismo, se pidió su valoración personal en distintos grados de acuerdo o desacuerdo del 1 al 5, (1=total desacuerdo, 2=muy en desacuerdo, 3=neutro/normal, 4=muy de acuerdo, 5=total acuerdo), respecto a si su familia realmente intenta ayudarles, si reciben de ésta el apoyo emocional que necesitan, si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

Un 8,4% de los jóvenes no tienen padre o no lo ven, y respecto a la madre este porcentaje es del 1,5%.

Entre los jóvenes que tienen o ven a su padre, el 25,4% afirma que les resulta de una facilidad “normal” hablar con él de las cosas que les preocupan, mientras que al 15,1% les resulta difícil y al 11,8% muy difícil, siendo las chicas en mayor proporción que los chicos quienes encuentran muy difícil el hablar con su padre (16,9% y 6,8%, respectivamente) ($p<0,001$).

Por otra parte, de aquellos adolescentes que tienen o ven a su madre, el 65,7% encuentran fácil o muy fácil hablar con ella de las cosas que les preocupan, mientras que al 18,7% les resulta de una facilidad “normal” y al 15,6% 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.



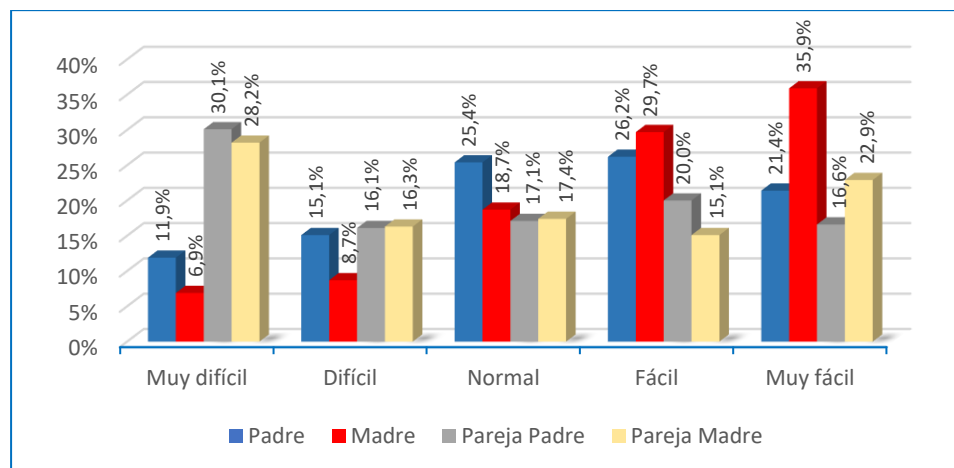
* Diferencias estadísticamente significativas

Con la pareja del padre y de la madre (aquellos que tienen, que son el 10,4% y el 13,7% respectivamente), casi a la mitad de los adolescentes les resulta difícil o muy difícil hablar de los temas que les preocupan (46,2% con la del padre y 44,5% con la de la madre), mientras que al 36,6% le resulta fácil o muy fácil hablar con la pareja del padre y al 38% con la de la madre, y el grado de dificultad es “normal” para el 17,1% y 17,4% con las parejas del padre y de la madre respectivamente. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico, pero sí por sexos, siendo las chicas quienes encuentran más dificultad para hablar tanto con la pareja del padre (61,4%

difícil/muy difícil frente al 35,4% de los chicos, $p=0,004$) como con la de la madre (57,6% frente al 34,5% de los chicos, $p=0,031$).

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 65,6% le resulta fácil o muy fácil), seguido del padre (47,6%), resultándoles más difícil la comunicación tanto con la pareja del padre como con la de la madre (Gráfico 12.2).

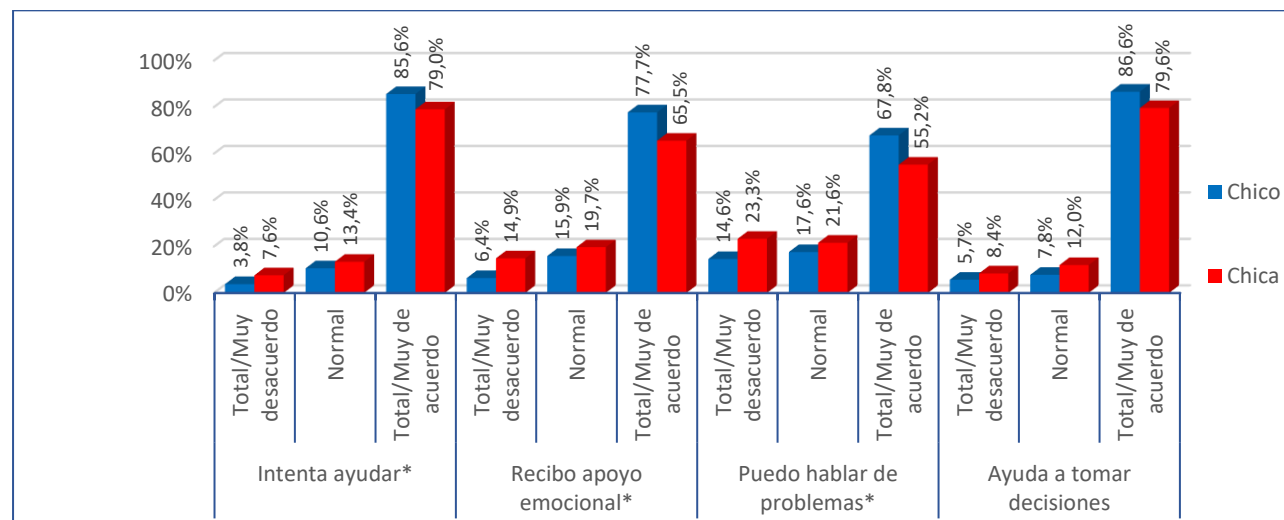
Gráfico 12.2. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con los padres, madres o sus parejas en caso de haberlas.



El 82,2% de los adolescentes están totalmente o muy de acuerdo en que sus familias realmente intentan ayudarles, en mayor proporción los chicos (85,6%) que las chicas (79%) ($p = 0,017$). De igual manera, el 71,5% están totalmente o muy de acuerdo en que reciben de su familia el apoyo emocional que necesitan, principalmente los chicos (77,7%) frente a las chicas (65,5%) ($p < 0,001$). El 83,2% están totalmente o muy de acuerdo en que su familia está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones,

también en mayor proporción los chicos (86,6%) que las chicas (79,6%), no siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En cambio, en cuanto a hablar de sus problemas con su familia, únicamente el 61,5% de los adolescentes están totalmente o muy de acuerdo, siendo también los chicos los que lo están en mayor porcentaje (67,8%) que las chicas (55,2%) ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el ámbito geográfico (Gráfico 12.3).

Gráfico 12.3. Valoración subjetiva del apoyo familiar, por sexo.



* Diferencias estadísticamente significativas



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.

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto que las relaciones de amistad desempeñan un papel central como fuente de apoyo emocional y social en la adolescencia. La gran mayoría de los adolescentes afirma salir con otras personas para distraerse (85,9%), sin diferencias relevantes por sexo ni por ámbito.

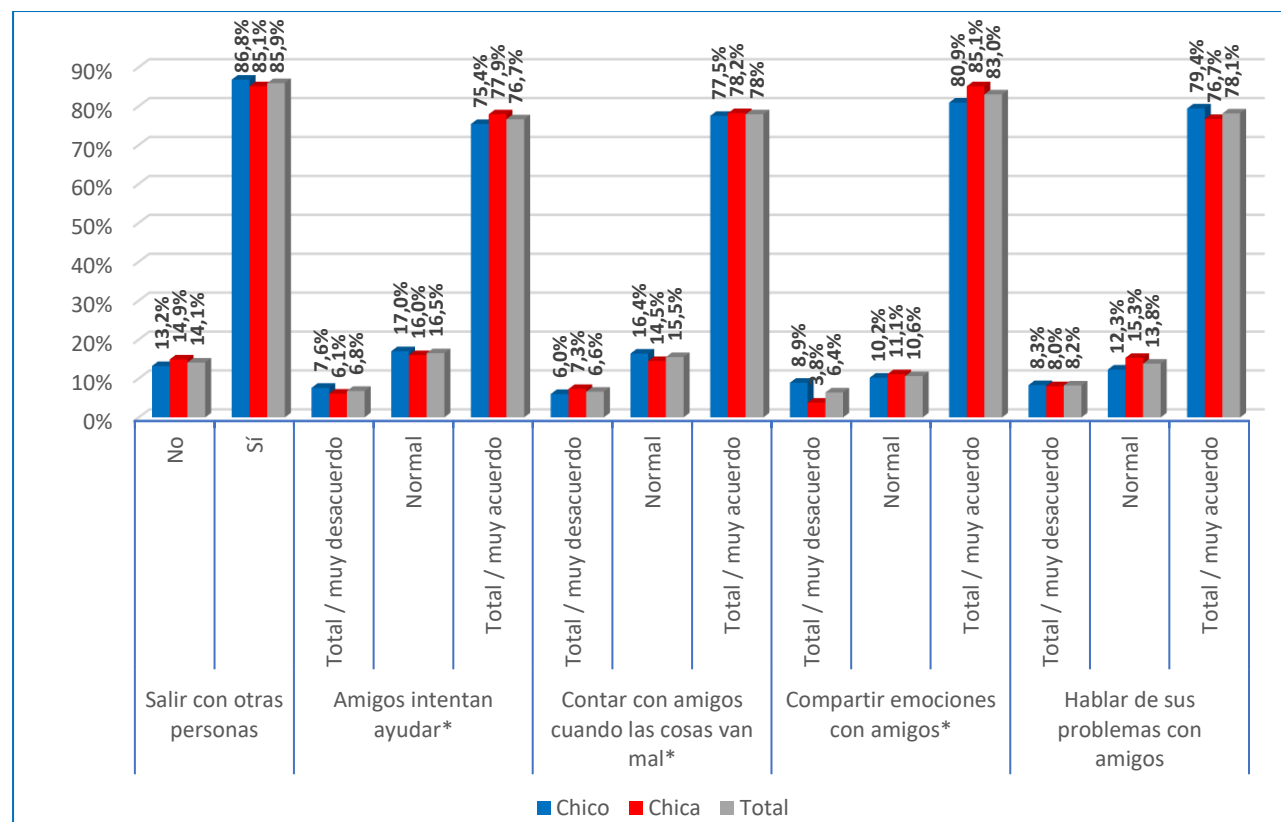
Asimismo, se aprecia una elevada percepción de apoyo por parte de los amigos: más de las tres cuartas partes de los jóvenes (76,7%) consideran que sus amistades realmente tratan de ayudarles (77,9% de las chicas y 75,4% de los chicos), mientras

que el 7,6% de los chicos y el 6,1% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo ($p=0,004$).

De igual manera, la mayoría de los jóvenes (78%) están totalmente o muy de acuerdo en que pueden contar con sus amigos cuando las cosas les van mal, siendo esta proporción similar entre chicos (77,5%) y chicas (78,2%), mientras que el 6% de los chicos y el 7,3% de las chicas opinan todo lo contrario ($p=0,014$).

El 83% refiere estar totalmente o muy de acuerdo en que tiene amigos con los que compartir emociones, aunque un 6,4% indica que está en desacuerdo (chicos 8,9%, chicas 3,8%, $p=0,014$), y con respecto a si pueden hablar de sus problemas con los amigos, el 78,1% afirma que están totalmente o muy de acuerdo (79,4% de los chicos y 76,7% de las chicas), mientras que un 8,3% de los chicos y un 8% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo, sin que esta diferencia sea significativa (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.



* Diferencias estadísticamente significativas



14. Uso de internet y teléfono móvil

14. USO DE INTERNET Y DEL TELÉFONO MÓVIL

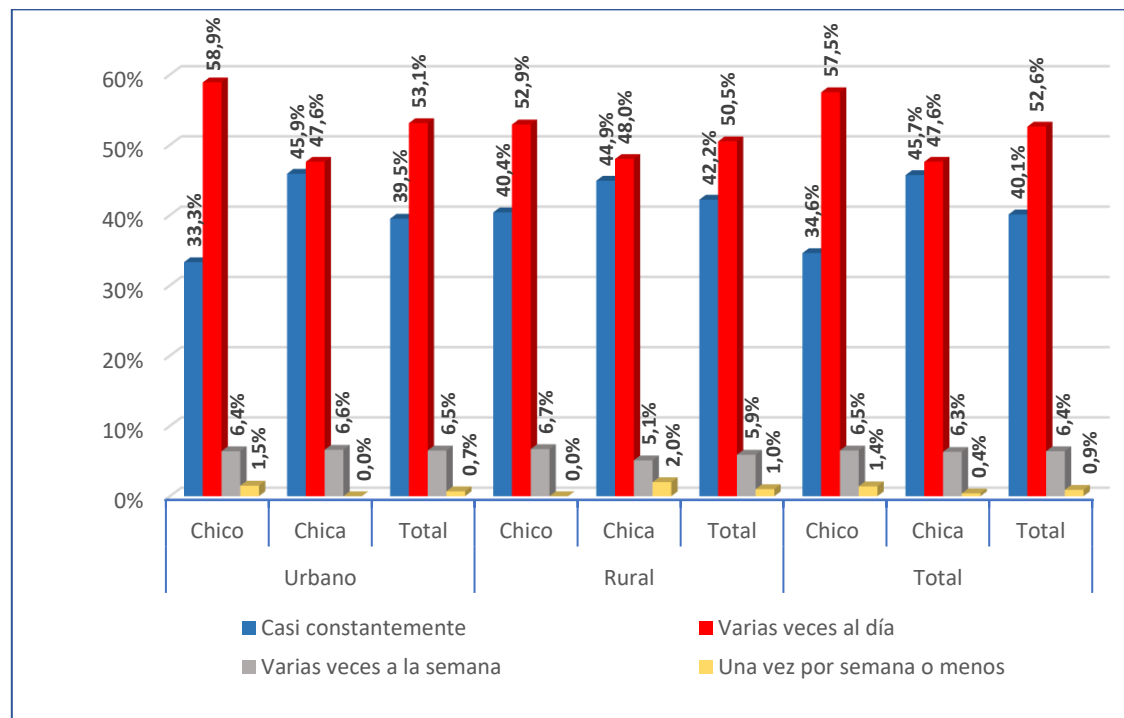
El cuestionario incluye un apartado sobre el uso de internet y de teléfono inteligente. Se les preguntó a los adolescentes si utilizan un móvil smartphone y, en caso de hacerlo, con qué frecuencia utilizan internet en el móvil. También si apagan el teléfono en clase, cuando estudian, en lugares no permitidos 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 96,8% de los adolescentes, pero sí respecto a la frecuencia de uso de internet en este dispositivo: del 40,1% de jóvenes que se conecta casi constantemente, son sobre todo chicas (45,7% frente a 34,6% chicos), mientras que del 52,6% de jóvenes que se conecta varias veces al día, es mayor el porcentaje de chicos (57,5% frente a 47,6%, $p=0,004$) (Gráfico 14.1).

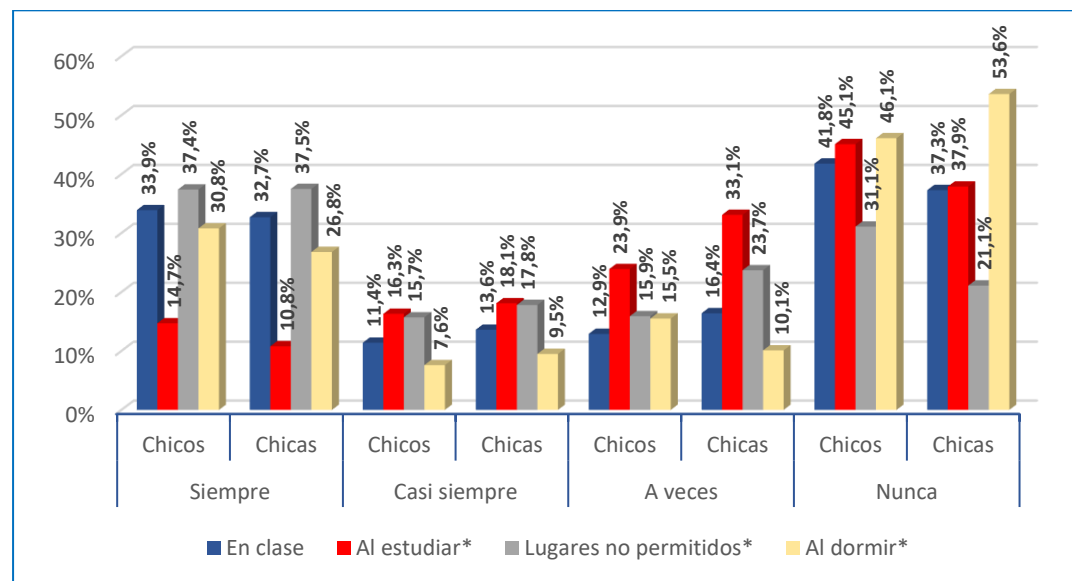
Gráfico 14.1. Frecuencia de uso de internet en el móvil, por sexo y ámbito geográfico.



En general, la circunstancia en la que mayor proporción de jóvenes apaga siempre el móvil es en lugares no permitidos (37,5%), mientras que es más común que no lo apaguen nunca al dormir (49,9%) y al estudiar (41,5%). Hay diferencias

estadísticamente significativas por sexo en cuanto a apagado del móvil al estudiar, en lugares no permitidos y al dormir ($p=0,003$, $p<0,001$ y $p=0,011$ respectivamente) (Gráfico 14.2).

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

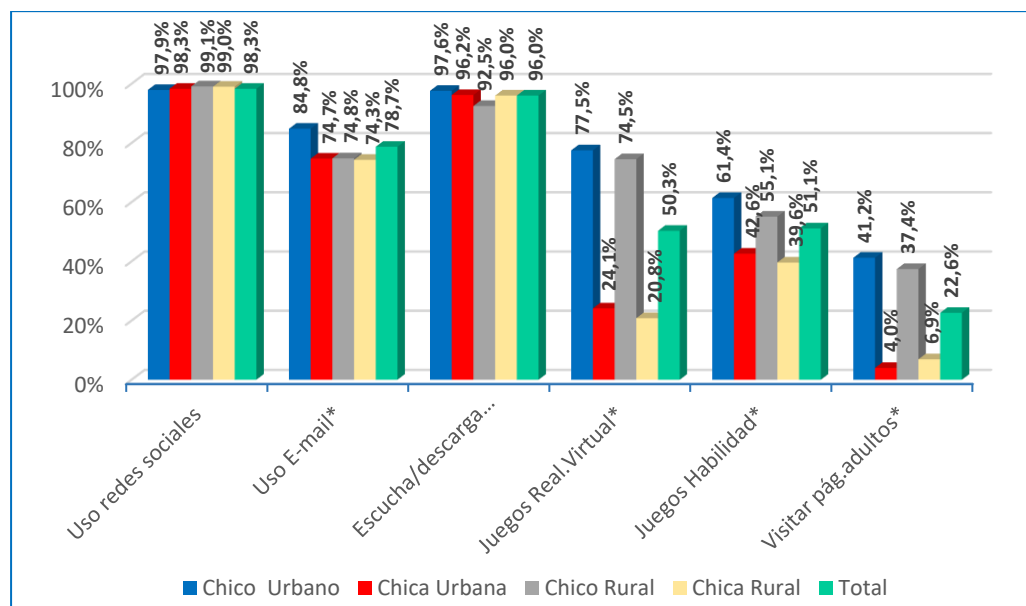


* Diferencias estadísticamente significativas

En los últimos 30 días la casi totalidad de los jóvenes (98,3%) utilizó las redes sociales (Whatsapp, Facebook...) y el 78,7% el e-mail. El 96% escuchó o descargó contenidos de la red (música, series, películas, etc..), el 50,3% participó en juegos de realidad virtual, el 51,1% en juegos de habilidad y el 22,6% visitó

páginas para adultos. Hay diferencias significativas por sexo ($p \leq 0,001$), siendo los chicos los que más usan el e-mail, participan 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 37,5% de los adolescentes ha intercambiado mensajes con desconocidos, destacando que el 10,7% lo ha hecho varias veces a la semana, mientras que el 20,3% 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 (14,6% frente a 6,7% chicas).

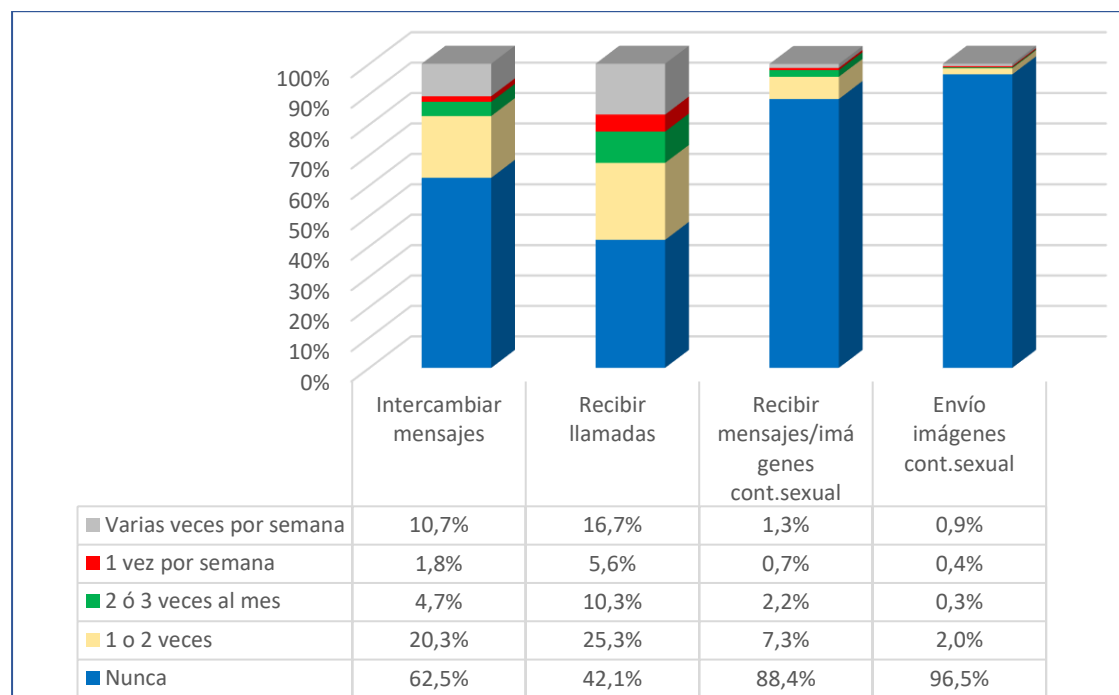
Respecto a la recepción de llamadas de desconocidos, el 57,9% de los jóvenes las ha recibido en los últimos dos meses, el 16,7% varias veces a la semana y el 25,3% en 1 o 2 ocasiones, con

diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p=0,010$), siendo más frecuente en los chicos.

Por otra parte, el 11,6% de los participantes ha recibido mensajes o imágenes de contenido sexual por parte de desconocidos en los últimos dos meses, siendo también los chicos quienes los han recibido con mayor frecuencia ($p<0,001$).

En cuanto al envío a desconocidos por parte de los adolescentes de imágenes propias en postura sexy o provocativa, el 3,5% 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).

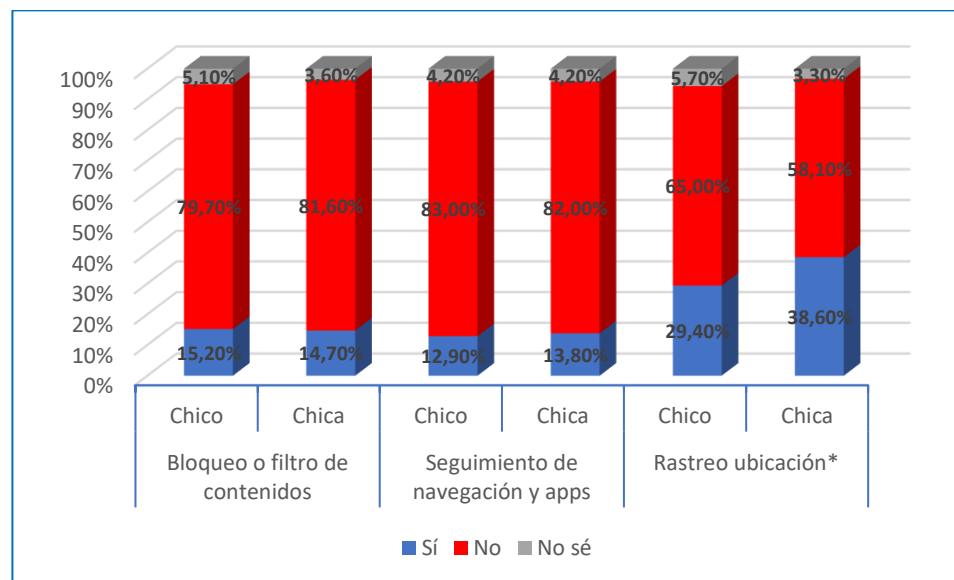
Gráfico 14.4. Interacción con desconocidos.



En cuanto al control de padres o tutores sobre la navegación en internet, el 14,9% utiliza programas de control parental para bloquear o filtrar contenidos, el 13,3% para conocer en qué páginas navegan sus hijos y las aplicaciones que utilizan y el 34% para conocer la ubicación del adolescente. En este último

caso hay diferencias estadísticamente significativas tanto por sexo (es más frecuente en chicas: 38,6% frente al 29,4% de los chicos, $p=0,002$) (Gráfico 14.5), como por ámbito geográfico (37,4% en medio urbano frente al 20,3% en medio rural, $p<0,001$).

Gráfico 14.5. Uso de programas de control parental por sexos

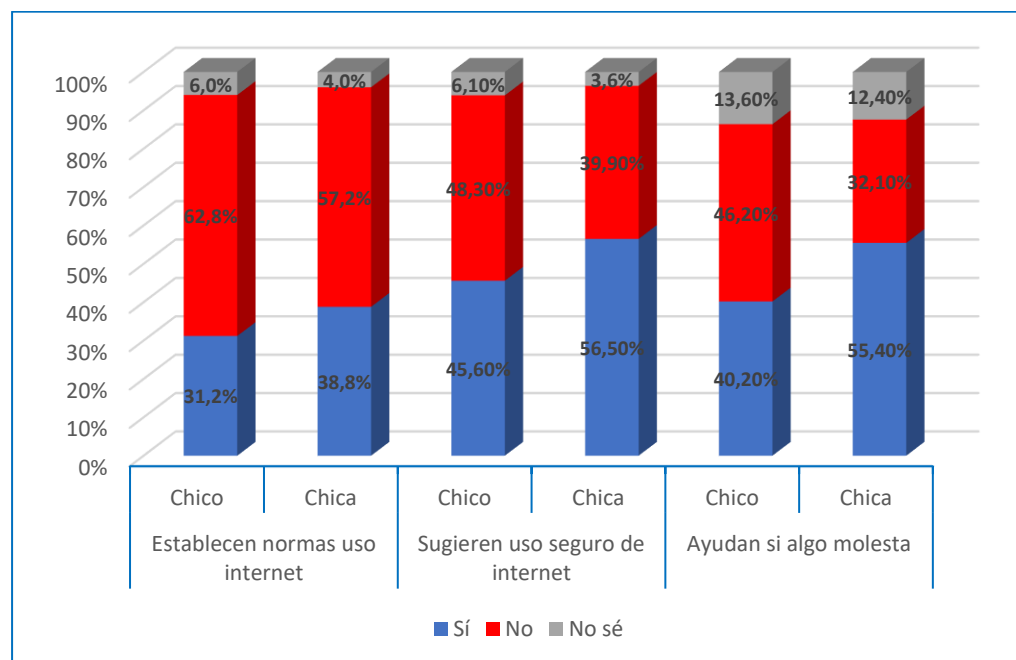


* Diferencias estadísticamente significativas

Es mayor la participación de padres y tutores respecto a la utilización de internet: el 35% establecen normas y limitaciones en relación al uso de la red, el 51% sugieren modos de uso seguro y el 47,7% ayudan a los jóvenes si algo les molesta en internet. En

todos los casos hay diferencias estadísticamente significativas por sexos, con mayor participación de los padres en el caso de las chicas ($p=0,019$, $p=0,001$ y $p<0,001$ respectivamente) (Gráfico 14.6).

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-

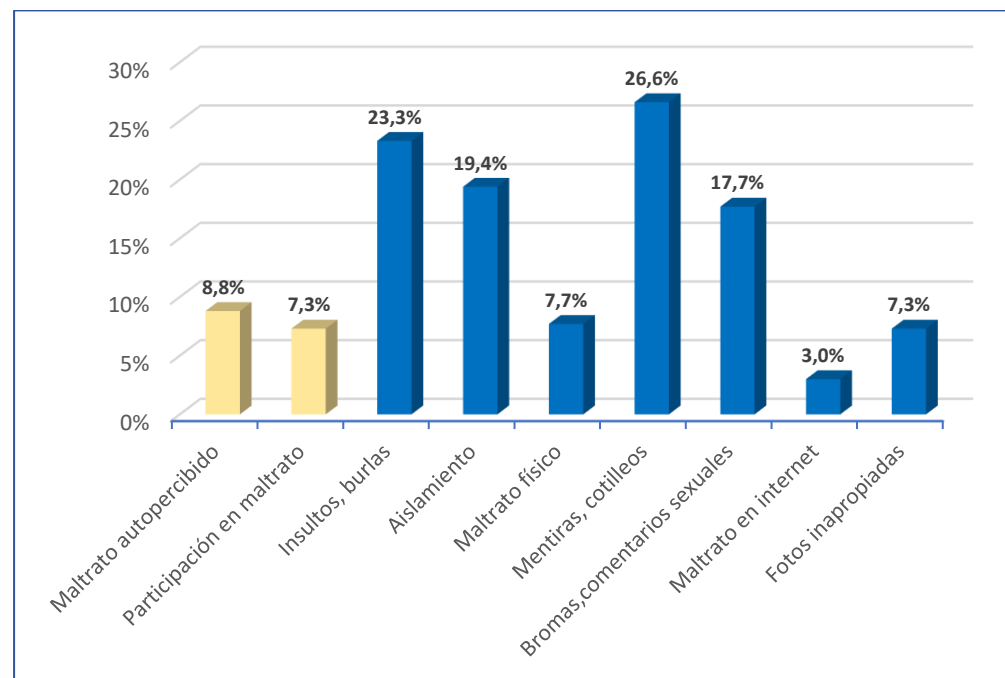
ventados, bromas y comentarios de contenido sexual y publicación de fotos inapropiadas tomadas sin permiso, que aquéllos que reconocen haber sufrido maltrato (Gráfico 15.1). Por ello, los datos presentados sobre cada tipo de maltrato hacen referencia al total de jóvenes, no al total de los que se autoperciben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

El 8,8% de los encuestados afirma haber sufrido maltrato escolar en los últimos dos meses, y el 0,6% lo sufren varias veces a la semana. Por otra parte, el 7,3% de los jóvenes admite haber participado en algún episodio de maltrato a otro/a compañero en el colegio o instituto en ese período. El 23,3% de los adolescentes ha recibido burlas e insultos en los dos últimos meses y el 2,4% en varias ocasiones a la semana. El 19,4% 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 2,4% de los casos. Además, al 17,7% 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 2,7% de los jóvenes. El 7,3% han sido víctimas de la publicación en internet de fotos no favorecedoras o inapropiadas que les hicieron sin permiso, y en el 0,1% se repitió varias veces por semana.

También el maltrato físico sufrido por un 7,7% de los jóvenes se repitió varias veces por semana en el 0,9%. En relación con el ciberacoso, el 3% de los adolescentes refieren haberlo sufrido y el 0,3% en varias ocasiones a la semana.

Por otra parte, el 26,6% de los adolescentes han sido víctimas de mentiras o cotilleos inventados por otros compañeros, el 3,6% 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).

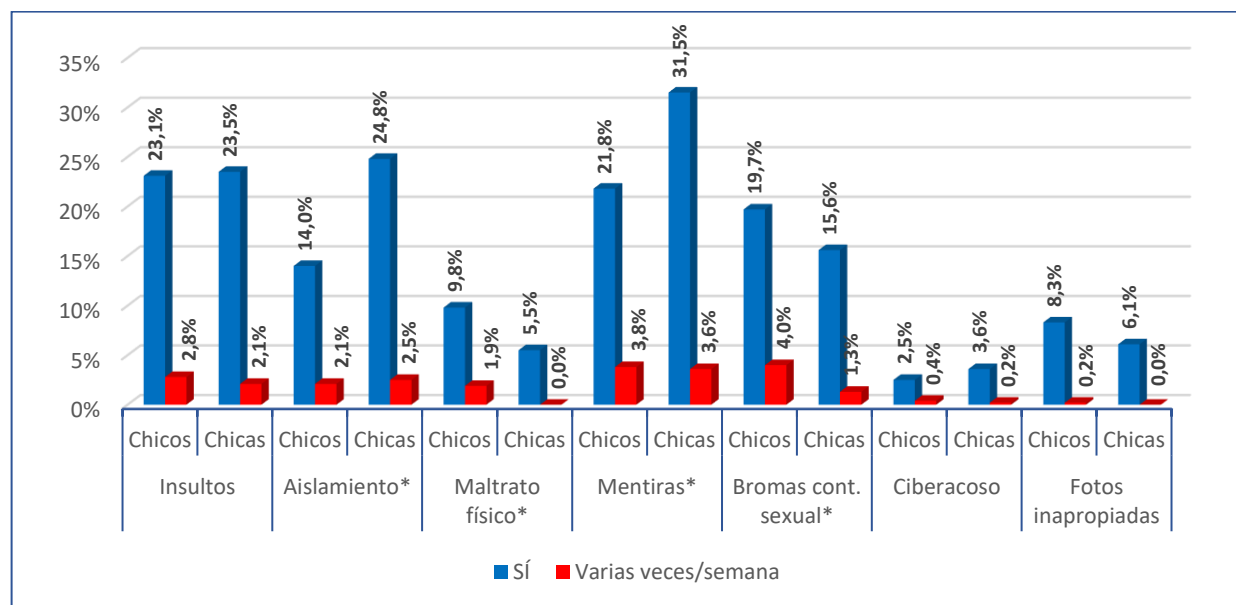


No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico en cuanto a haber sufrido maltrato, pero sí las hay por sexos respecto al tipo de maltrato recibido: son las chicas las que más frecuentemente sufren aislamiento (14% chicos, 24,8% chicas, $p<0,001$), así como mentiras o cotilleos inventados (21,8%-31,5%, $p=0,007$) por parte de sus compañeros, mientras que los chicos sufren en mayor

proporción maltrato físico (golpes/zarandeos/encierros) (9,8% chicos frente a 5,5% chicas, $p=0,009$) y bromas de contenido sexual (19,7% frente al 15,6% chicas, $p=0,018$) (Gráfico 15.2).

En cuanto al maltrato a otros compañeros no hubo diferencias significativas por sexo ni por ámbito geográfico.

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



* Diferencias estadísticamente significativas

Del total de jóvenes que declara haber sufrido maltrato, el 12,8% ha participado en maltrato a otros compañeros, y el 18,1% de los jóvenes que han participado en acoso a otros compañeros ha sido víctima del mismo.

Un 0,6% de los adolescentes encuestados refiere haber sufrido todos los tipos de acoso descritos en el cuestionario en alguna ocasión durante los últimos dos meses, y el 51,2% ha sufrido al menos uno de éstos durante ese período, aunque sólo el 5,4% del total lo ha percibido como maltrato.



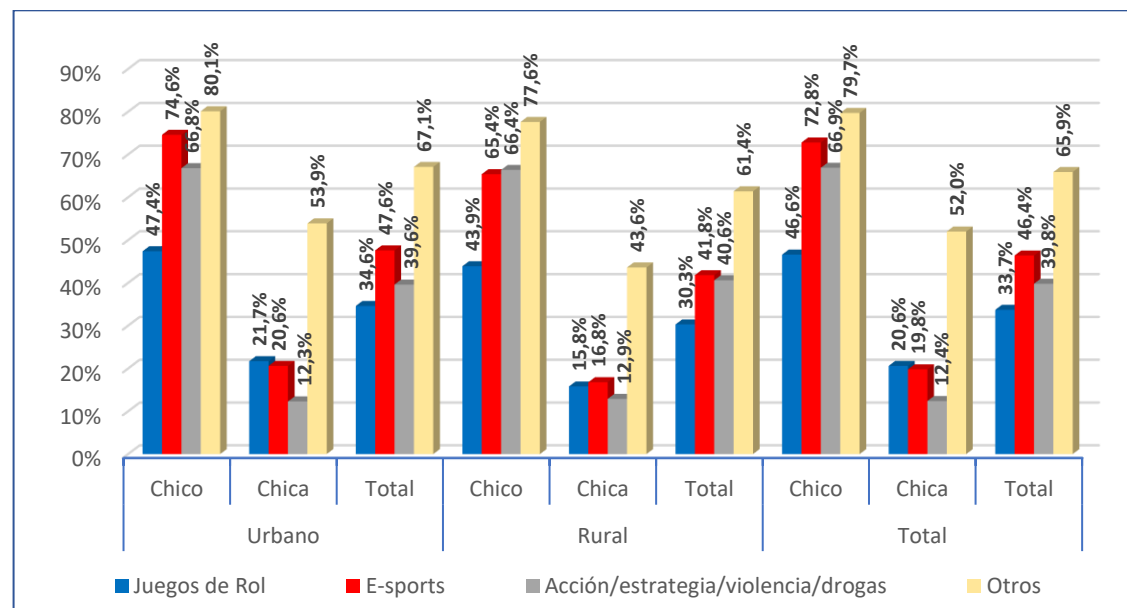
16. Videojuegos

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 33,7% de los adolescentes jugaron a juegos de rol, el 46,4% a los de deportes,

el 39,8% a videojuegos de violencia, drogas y/o sexo y el 65,9% 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

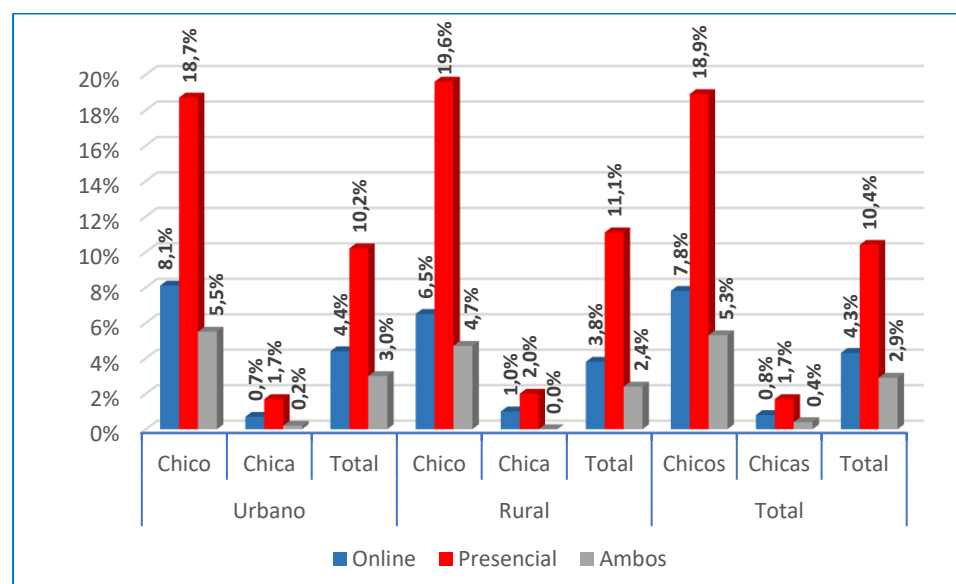
17. JUEGO CON DINERO

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?⁶.

El 90% del total de participantes refiere no haber jugado nunca con dinero en internet, y el 84,4% no lo ha hecho nunca de forma presencial. Al preguntar sobre los últimos 30 días, el 4,3% dice haber jugado con dinero en internet y el 10,4% de forma presencial en este mismo período. Un 2,9% 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 ($p<0,001$) y ambas ($p<0,001$) (Gráfico 17.1). No hay diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico.

⁶ Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. Psychol Rep. 1997 Feb;80(1):83-8. doi: 10.2466/pr0.1997.80.1.83. PMID: 9122356.

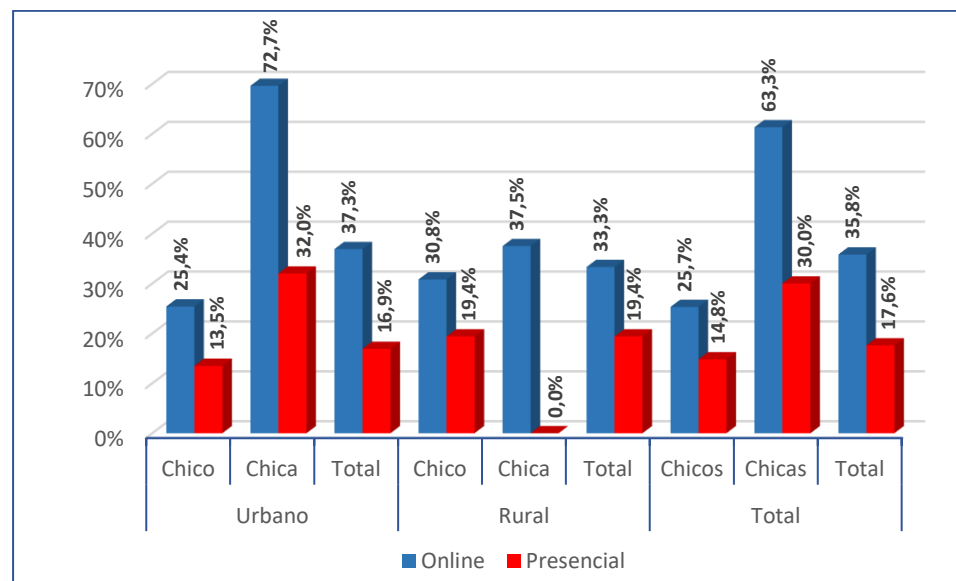
Gráfico 17.1 Juego con dinero en los últimos 30 días por sexo y ámbito.



En cuanto a la edad en que comenzaron a jugar, más de la tercera parte de los estudiantes que alguna vez han jugado dinero en internet declaran haber comenzado antes de los 13 años (35,8%, lo que supone el 3,6% del total de encuestados), y de forma presencial el porcentaje de los que comenzaron antes de esa edad es del 17,7% (2,7% del total). Son más las chicas jugadoras en internet que se iniciaron en el juego antes de los 13 años (63,3% y 25,7% de los jugadores respectivamente, $p < 0,001$).

También de forma presencial son más las jugadoras que comenzaron antes de los 13 años (30% frente al 15% de los chicos jugadores), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa y tampoco lo es por ámbito. Por sexo y ámbito, el 72,7% de las chicas y un 25,4% de los chicos de medio urbano comenzaron a jugar en internet antes de los 13 años, mientras que el 30,8% de los chicos y el 37,5% de las chicas de medio rural lo hicieron a esa edad ($p = 0,001$) (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 11,7% de los jugadores (2,4% de los participantes) contestó afirmativamente a las dos preguntas del cuestionario. Un 23,8% de los jóvenes que han jugado alguna vez ha necesitado apostar más y más dinero, y un 15,4% 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 mentir a personas importantes acerca de cuanto juegan (chicos 19,4%, chicas 3,7%, $p=0,006$).

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

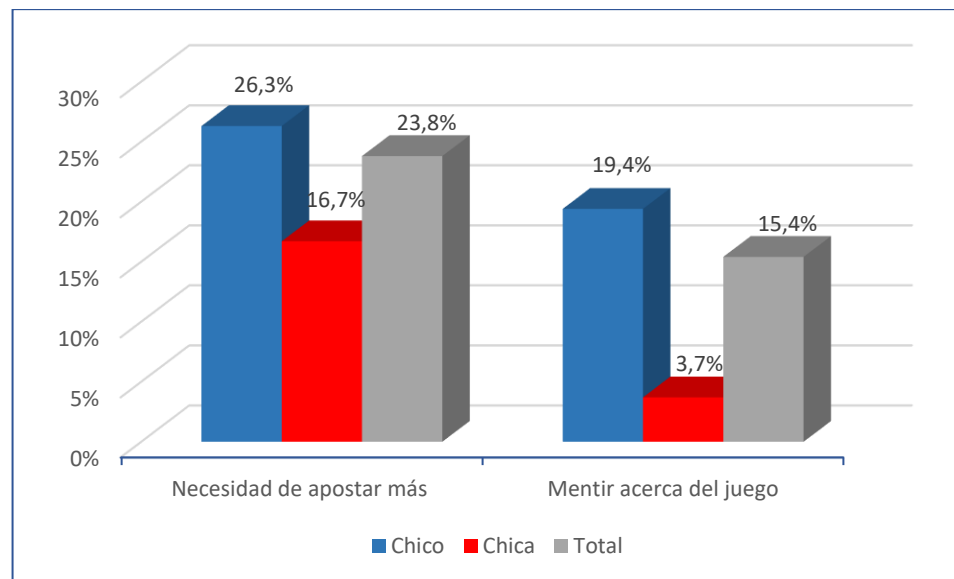
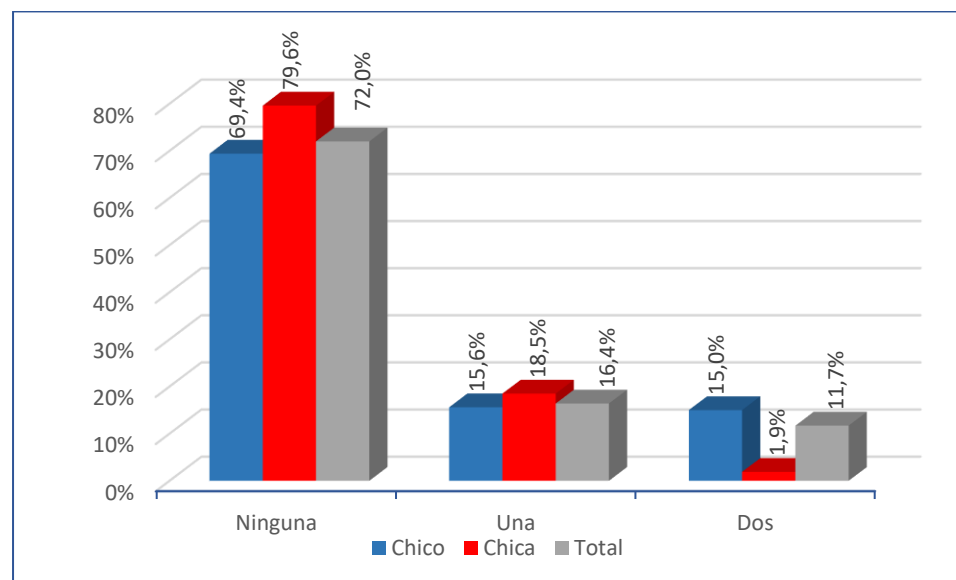


Gráfico 17.4 Nº de respuestas afirmativas de los jugadores en el cuestionario Lie/bet.





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 jóvenes residentes en Castilla y León. La población que constituye el marco muestral son todos aquellos alumnos del último curso de la ESO (4º ESO) 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, obteniéndose un total de 870 encuestas válidas. En la edición de 2015 participaron alumnos de 59 aulas pertenecientes a 57 colegios e institutos de Castilla y León, de los que finalmente se obtuvieron 960 encuestas consideradas válidas. En 2017 se realizó de nuevo la encuesta, incluyendo 59 aulas de 58 centros escolares de Castilla y León, siendo 1004 el número final de encuestas válidas para su análisis.

La edición 2020-2021 se realizó con un mayor intervalo respecto a la anterior debido a la pandemia por COVID-19. En ella 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%.

En la edición 2022-2023 se analizaron 1120 cuestionarios válidos, obtenidos tras la participación de 75 aulas correspondientes a 69 centros escolares, con una tasa de respuesta del 75,2%.

En la presente edición, 2024-2025, 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 324 colegios públicos y privados de la comunidad que contienen 735 aulas distribuidas del siguiente modo:

Tabla 18.1: Distribución de colegios y aulas por entorno

	Colegios	Aulas
URBANA-SEMIURBANA	225	565
RURAL	99	170
TOTAL	324	735

Se extrajeron 4 muestras representativas de hombres y mujeres dentro de los entornos urbano/semiurbano y rural. El marco muestral son las personas de 16 años a 1 de marzo de 2025 adscritos al sistema sanitario público y distribuyó a los alumnos de la siguiente manera.

Tabla 18.2. Distribución de las personas por sexo y entorno

	Hombres	Mujeres	Total
URBANA-SEMIURBANA	6842	6880	13722
RURAL	1727	1618	3345
TOTAL	8569	8498	17067

El marco poblacional se obtiene de la Estadística del Padrón continuo de 2022:

	Hombres	Mujeres	Total
TOTAL	10.783	10.224	21.007

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 muestra⁷:

Tabla 18 3: Muestra teórica

	Hombres	Mujeres	Total
URBANA-SEMIURBANA	256	256	512
RURAL	237	235	472
TOTAL	493	491	984

Por lo tanto, se deberían tomar 512 alumnos del entorno urbano y 472 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 515 del entorno urbano y 473 alumnos del entorno rural (para que el 49,8% de cada entorno sean las 256 y 235 mujeres que necesitamos, respectivamente).

Por último, ajustando por la tasa de respuesta, obtenemos la muestra de alumnos final: 685 del entorno urbano y 629 del rural.

⁷ The R Language

La media de alumnos por aula en el entorno urbano es de 24,3, por lo tanto, se requerirán 28 aulas. La media en el rural es de 19,7, requiriendo 32 aulas.

Tabla 18.4: Muestra ajustada

	Total	Media alumnos	Aulas
URBANA-SEMIURBANA	685	24,3	28
RURAL	629	19,7	32
TOTAL			60

Las aulas se seleccionan mediante muestreo proporcional al tamaño de cada estrato, lo que amplía el número de aulas a 69 debido al redondeo hacia arriba.

Tabla 18.5: Distribución de personas y aulas

Provincia	Urbano			Rural		
	Personas	%	Aulas	Personas	%	Aulas
Ávila	547	4,0%	2	432	12,9%	5
Burgos	2.236	16,3%	5	265	7,9%	3
León	2.716	19,8%	6	558	16,7%	6
Palencia	757	5,5%	2	397	11,9%	4
Salamanca	1.982	14,4%	5	508	15,2%	5
Segovia	689	5,0%	2	299	8,9%	3
Soria	487	3,5%	1	230	6,9%	3
Valladolid	3.462	25,2%	8	480	14,3%	5
Zamora	846	6,2%	2	176	5,3%	2
Total	13.722		33	3.345		36

La encuesta se realiza a todos los alumnos de las aulas seleccionadas.

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

Tabla 18.6: Distribución de la muestra final

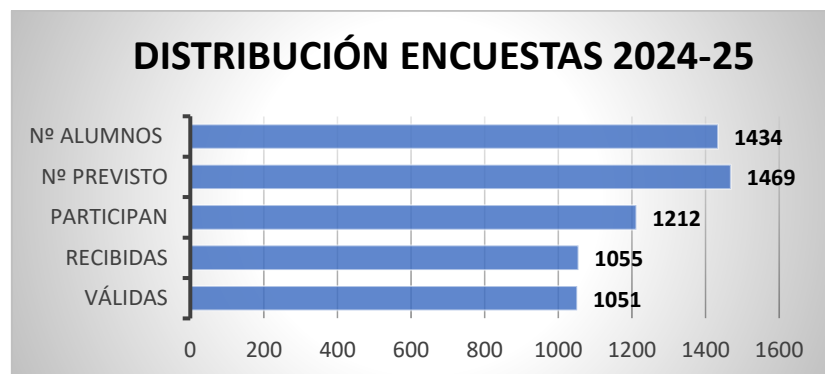
	Urbano/semiurbano				Rural				Total
	Aulas	Hombres	Mujeres	Ambos	Aulas	Hombres	Mujeres	Ambos	
Ávila	2	19	22	41	5	56	47	103	144
Burgos	5	52	64	117	3	32	28	60	177
León	6	61	64	125	6	57	54	111	236
Palencia	2	29	23	51	4	36	36	72	123
Salamanca	5	63	63	126	5	41	36	77	203
Segovia	2	26	30	56	3	36	31	67	123
Soria	1	13	10	23	3	40	33	73	96
Valladolid	8	97	78	175	5	34	68	103	278
Zamora	2	19	25	44	2	25	20	45	89
Total	33	379	379	758	36	357	353	711	1469

2. Realización de la encuesta:

El trabajo de campo de la edición 2024-2025 comenzó el 27 de marzo de 2025, realizándose en la mayoría de los centros antes del 11 de abril, fecha en la que comenzaba el periodo vacacional de Semana Santa. Sin embargo, 3 de ellos, por distintos motivos, realizaron la encuesta después de las vacaciones, finalizando el 5 de mayo.

En dicha edición se seleccionaron 69 aulas correspondientes a 62 centros educativos a cuyo criterio se dejó la elección de las fechas para realizar la encuesta dentro de ese período. Según la Ley de protección de datos, no ha sido necesario el consentimiento de los progenitores/tutores para la realización de la encuesta, dado que no había ningún menor de 14 años. Aun así, ha habido algún centro que sí ha recogido los consentimientos informados junto a los datos de edad, sexo y somatometría. Estos datos son custodiados en el centro escolar o en la Sección de Promoción de la Salud del Servicio Territorial correspondiente.

La herramienta utilizada fue la misma de la edición anterior: la aplicación FORMA de la administración del estado (<https://forma.administracionelectronica.gob.es>). El porcentaje de encuestas recuperadas ha sido de un 87%. (Fig.1).



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

Fig.1 Datos globales encuesta 2024-2025

El número total de alumnos seleccionados fue de 1.434, algo menor al previsto (1.469), debido a que los listados de centros utilizados en el muestreo no estaban actualizados en todos los casos. Participaron 1.212 (84,5%) y se recibieron 1.055 cuestionarios (73,6% sobre el nº total de alumnos, 87% de los que participaron). Los datos de participación corresponden a los reflejados en el anexo V de los informes provinciales.

Algunos jóvenes 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 13% 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 84,5%, siendo algo mayor en medio rural (84,7%) que en medio urbano (84,3%).

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)^{8 9} y la OMS¹⁰. Posteriormente se realizó una ponderación de la muestra respecto a la población de referencia para que, manteniendo el tamaño muestral, la proporción de cada estrato (chicos del medio rural, chicas del medio rural, chicos del medio urbano y chicas del medio urbano) fuera igual en la muestra que en la población de referencia, conservando así la representatividad. Para ello, se empleó la siguiente fórmula matemática:

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

Donde:

w_i es el factor de ponderación para cada estrato.

N_i : Nº de jóvenes en cada estrato de la población de referencia.

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

⁸ Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000 May 6;320(7244):1240-3. doi: 10.1136/bmj.320.7244.1240. PMID: 10797032; PMCID: PMC27365.

Los factores de ponderación obtenidos fueron:

Chico		Chica	
Urbano	Rural	Urbana	Rural
1,55	0,47	1,41	0,40

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.

⁹ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ. 2007 Jul 28;335(7612):194. doi: 10.1136/bmj.39238.399444.55. Epub 2007 Jun 25. PMID: 17591624; PMCID: PMC1934447.

¹⁰ http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/



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 se considera una etapa de buena salud, una de las características de los adolescentes 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.

¹¹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

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 70% de las causas de mortalidad a nivel mundial¹¹.

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”¹² 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 2024/2025.

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

¹² <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon/estudio-habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon>

abanico de influencias sociales, lo que les convierte claramente en una población heterogénea. Esta diversidad representa un reto para el diseño de intervenciones educativas y sanitarias eficaces y efectivas. Según el primer informe de la OMS sobre adolescentes y salud ¹³, 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.

¹³ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041363>.

1-ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

Numerosos estudios demuestran los beneficios que aporta a la salud del individuo el mantenerse físicamente activo. Esto es aún más importante en una etapa de grandes cambios, tanto físicos como emocionales, como es la adolescencia¹⁴.

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

¹⁴ 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

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, obesidad y porcentaje de grasa corporal, lo que es importante para prevenir la obesidad adulta. Aumenta la densidad ósea, 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).

¹⁵ Calderón Gómez, D. y Gómez Miguel, A. (2022). Consumir, crear, jugar. Panorámica del ocio digital de la juventud. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.6338126

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. Sin embargo, el tiempo utilizado en conductas sedentarias ha aumentado entre los adolescentes¹⁵, por lo que es necesario potenciar programas dirigidos a aumentar la actividad física de esta población. El plan de acción mundial sobre Actividad Física 2018-2030 de la OMS tiene como meta reducir la inactividad física en un 15% para 2030 respecto al valor de 2010¹⁶. Es esencial involucrar a los padres, madres o tutores, ya que 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 realicen¹⁷:

1. **Ejercicios aeróbicos:** fortalecen el corazón y mejoran la oxigenación del cuerpo. Se recomienda realizar al menos 60

¹⁶ <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/33339c9c-3a9f-46d4-9f12-ae9ff0dfdc6a/content>

¹⁷ <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/de5a17/home.htm>

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 mientras se realiza el ejercicio, la sudoración es más fuerte y cuesta más respirar, por ejemplo, deportes de equipo.

2. **Ejercicios de fuerza y resistencia:** 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.

Fig.R1 RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES



Fuente: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/actividadFisica/docs/Recomendaciones_ActividadFisica_poblacion_5_17anos.pdf

Recursos en la red:

- (1) <https://aepap.org/decalogos/>: 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 preocupan en esta etapa de la vida (ejercicio, alimentación, sueño, ...)
- (2) <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/actividad-fisica/actividad-fisica-ejercicio-fisico>. Información dirigida a los jóvenes sobre actividad física y recursos disponibles en Castilla y León.
- (3) <https://kidshealth.org/es/teens/> Página web con información sobre salud para adolescentes.
- (4) 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/informesivfrent-j-2022-23.pdf>
- (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 adolescencia es una etapa crítica caracterizada por intensos cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que incrementan las necesidades energéticas y nutricionales. La maduración sexual, el rápido crecimiento y las modificaciones en la composición corporal (aumento de masa muscular en varones y de masa grasa en mujeres) determinan requerimientos específicos de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Estos cambios se acompañan de cambios de conducta (mayor búsqueda de independencia, influencia del grupo de iguales y preocupación por la imagen corporal) que pueden favorecer hábitos alimentarios inadecuados y que tienen gran repercusión sobre la salud y la calidad de vida en la etapa adulta.

Para calcular las necesidades nutricionales de los adolescentes hay que tener más en cuenta el estadio de maduración sexual que la edad cronológica. Las recomendaciones nutricionales se basan en las Dietary Reference Intakes (DRI)¹⁸, ajustadas a la velocidad de crecimiento y al nivel de actividad física. La distribución calórica aconsejada es: proteínas 10–30%, grasas 25–35% e hidratos de carbono 45–65%. Entre los micronutrientes críticos destacan el **calcio**, esencial para alcanzar un pico óptimo de masa ósea; el **hierro**, especialmente relevante

en las chicas tras la menarquia; y el **zinc**, implicado en el desarrollo óseo y muscular.

Los principales **factores de riesgo** nutricional en la adolescencia son: saltarse algunas comidas, principalmente el desayuno, consumo elevado de ultraprocesados, refrescos y picoteo hipercalórico, dietas restrictivas sin control (para adelgazar, etc...) sedentarismo y adquisición de hábitos tóxicos (consumo de tabaco, alcohol...). Estas conductas pueden conducir tanto a déficits nutricionales (hierro, calcio, zinc) como a malnutrición por exceso. La obesidad constituye la alteración nutricional más prevalente, asociada a comorbilidades metabólicas y a repercusiones psicosociales. Asimismo, la adolescencia es un periodo de especial vulnerabilidad para los trastornos del comportamiento alimentario, como anorexia y bulimia.

Por tanto, la adolescencia es un buen momento para hacer **educación alimentaria** (9). 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 actividad física

¹⁸ Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/11537.html>

regular se asocia con una vida saludable y un adecuado desarrollo intelectual. La promoción de hábitos saludables debe implicar a la familia, fomentar la educación nutricional práctica y favorecer la participación del adolescente en la elección y preparación de alimentos.

Hay dos guías visuales que persiguen el mismo objetivo de orientar hacia una alimentación saludable, pero lo hacen con enfoques y niveles de detalle algo distintos: una es la **pirámide NAOS** (Fig.R2) herramienta educativa española que forma parte de la **Estrategia NAOS** (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), impulsada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) y que orienta sobre la frecuencia de consumo de los distintos alimentos, y otra es el **Plato Saludable**, diseñado por la Escuela de Salud Pública de Harvard (Fig.R3), que refleja como distribuir los alimentos en una comida. Ambas siguen un patrón tipo dieta mediterránea (Fig.R4).

La pirámide incluye: actividad física diaria, hidratación adecuada y cinco comidas regulares; consumo diario de frutas, verduras, cereales integrales, aceite de oliva y lácteos; e ingesta alternada de carnes magras, pescado, huevos, legumbres y frutos secos. Los alimentos de consumo ocasional incluyen carnes procesadas, bollería, dulces y snacks (Fig.R2).

Por otra parte, al Plato Saludable indica que la mitad del plato deben ser frutas y verduras, mientras que la otra mitad se distribuye equitativamente entre cereales integrales y proteínas saludables. También recomienda el uso de aceites saludables como el de oliva, y el agua como bebida fundamental (Fig.R3).

Recursos en la red:

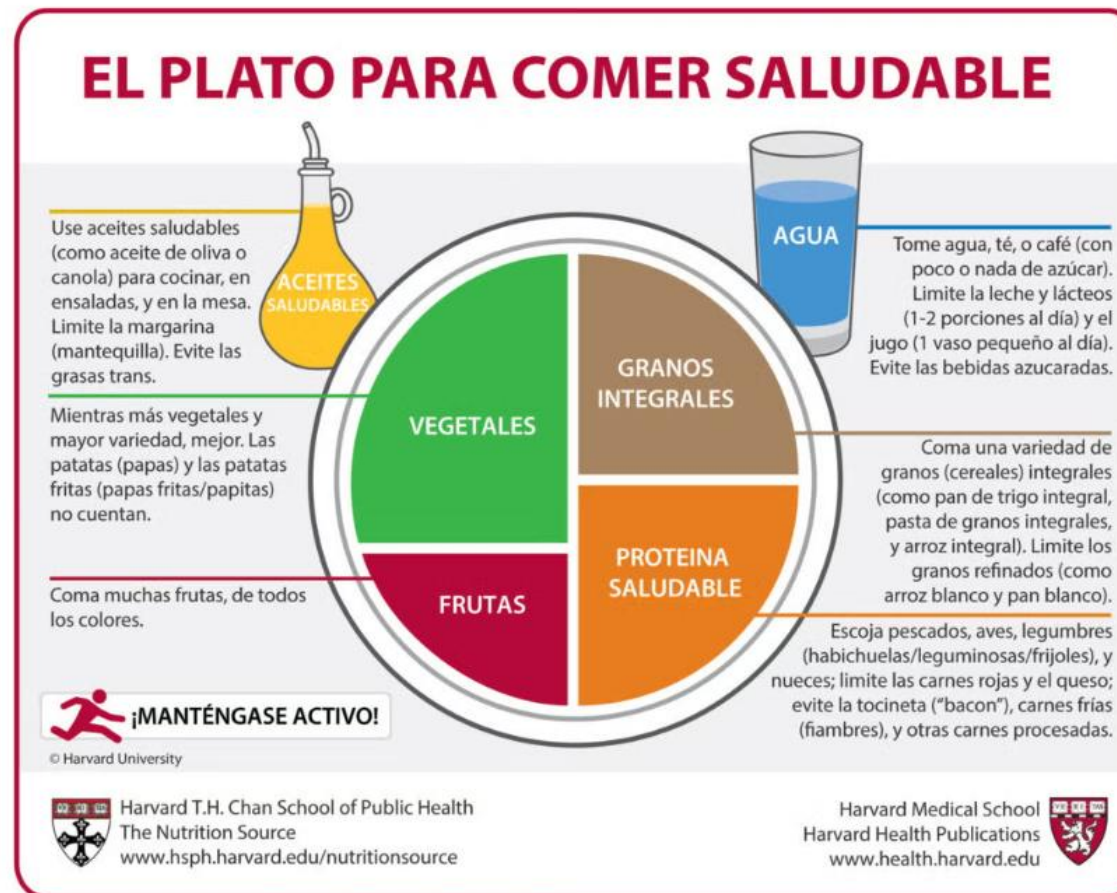
- (8) <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/alimentacion-saludable>. Información dirigida a población general sobre alimentación saludable: recetarios para comida cardiosaludable, estrategia NAOS (Nutrición Actividad Física y Prevención de la Obesidad), etc.
- (9) <https://www.alimentosdespana.es/es/estrategia-alimentos-espana/>. Información sobre dieta mediterránea. Recetas en base a alimentos saludables y para cocinar en familia.
- (10) https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm. Página de recomendaciones para fomentar un estilo de vida y alimentación saludables de la estrategia NAOS, dirigida a diferentes grupos poblacionales (profesores, familias, menores...).
- (11) <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/trastornos-alimentarios>. Información para familias sobre trastornos alimentarios. Ventana abierta a la familia (saludcastillayleon.es)

Fig. R2 Pirámide de Alimentación saludable y actividad física



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

Fig.R3 El Plato para Comer Saludable, de la Escuela de Salud Pública de Harvard



Fuente: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/healthy-eating-plate/translations/spanish/>

Fig.R4 Decálogo de la dieta mediterránea

1 UTILIZAR EL ACEITE DE OLIVA COMO PRINCIPAL GRASA DE ADICIÓN. Es el aceite más utilizado en la cocina mediterránea. Es un alimento rico en vitamina E, beta-carotenos y ácidos grasos monoinsaturados que lo confieren propiedades cardioprotectoras. Este alimento representa un tesoro dentro de la dieta mediterránea, y ha perdurado a través de siglos entre las costumbres gastronómicas regionales, otorgando a los platos un sabor y aroma únicos.	2 CONSUMIR ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL EN ABUNDANCIA: FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, CHAMPIÑONES Y FRUTOS SECOS. Las verduras, hortalizas y frutas son la principal fuente de vitaminas, minerales y fibra de nuestra dieta y, nos aportan, al mismo tiempo, una gran cantidad de agua. Es fundamental consumir 5 raciones de fruta y verdura a diario. Gracias a su contenido elevado en antioxidantes y fibra pueden contribuir a prevenir, entre otras, algunas enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.
3 EL PAN Y LOS ALIMENTOS PROCEDENTES DE CEREALES (PASTA, ARROZ Y ESPECIALMENTE SUS PRODUCTOS INTEGRALES) DEBERÍAN FORMAR PARTE DE LA ALIMENTACIÓN DIARIA. El consumo diario de pasta, arroz y cereales es indispensable por su composición rica en carbohidratos. Nos aportan una parte importante de energía necesaria para nuestras actividades diarias.	4 LOS ALIMENTOS POCO PROCESADOS, FRESCOS Y DE TEMPORADA SON LOS MÁS ADECUADOS. Es importante aprovechar los productos de temporada ya que, sobre todo en el caso de las frutas y verduras, nos permite consumirlas en su mejor momento, tanto a nivel de aportación de nutrientes como por su aroma y sabor.
5 CONSUMIR DIARIAMENTE PRODUCTOS LÁCTEOS, PRINCIPALMENTE YOGURT Y QUESOS. Nutricionalmente se debe destacar que los productos lácteos son excelentes fuentes de proteínas de alto valor biológico, minerales (calcio, fósforo, etc) y vitaminas. El consumo de leches fermentadas (yogur, etc.) se asocia a una serie de beneficios para la salud porque estos productos contienen microorganismos vivos capaces de mejorar el equilibrio de la microflora intestinal.	6 LA CARNE ROJA SE TENDRÍA QUE CONSUMIR CON MODERACIÓN Y SI PUEDE SER COMO PARTE DE GUISOS Y OTRAS RECETAS. Y LAS CARNES PROCESADAS EN CANTIDADES PEQUEÑAS Y COMO INGREDIENTES DE BOCADILLOS Y PLATOS. El consumo excesivo de grasas animales no es bueno para la salud. Por lo tanto, se recomienda el consumo en cantidades pequeñas, preferentemente carnes magras, y formando parte de platos a base de verduras y cereales.
7 CONSUMIR PESCADO EN ABUNDANCIA Y HUEVOS CON MODERACIÓN. Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana ya que sus grasas – aunque de origen animal- tienen propiedades muy parecidas a las grasas de origen vegetal a las que se les atribuyen propiedades protectoras frente enfermedades cardiovasculares. Los huevos contienen proteínas de muy buena calidad, grasas y muchas vitaminas y minerales que los convierten en un alimento muy rico. El consumo de tres o cuatro huevos a la semana es una buena alternativa a la carne y el pescado.	8 LA FRUTA FRESCA TENDRÍA QUE SER EL POSTRE HABITUAL. LOS DULCES Y PASTELES DEBERÍAN CONSUMIRSE OCASIONALMENTE. Las frutas son alimentos muy nutritivos que aportan color y sabor a nuestra alimentación diaria y son también una buena alternativa a media mañana y como merienda.
9 EL AGUA ES LA BEBIDA POR EXCELENCIA EN EL MEDITERRÁNEO. UNA CORRECTA HIDRATACIÓN ES ESENCIAL. El agua es fundamental en nuestra dieta. Se debe garantizar el aporte diario de entre 1,5 y 2 litros de agua. Además de beber agua, se puede completar la ingesta de líquidos con infusiones y caldos bajos en grasa y sal.	10 REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA TODOS LOS DÍAS, YA QUE ES TAN IMPORTANTE COMO COMER ADECUADAMENTE. Mantenerse físicamente activo y realizar cada día un ejercicio físico adaptado a nuestras capacidades es muy importante para conservar una buena salud.

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 ¹⁹ , ²⁰). 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 ²¹ : 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 20²² . Según los datos de la última encuesta ESTUDES (2025)²³, 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 17,2% que ha sufrido alguna borrachera en el último mes y un 24,7% 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: la mitad de ellos ha consumido alguna vez cigarrillos electrónicos y el 27,3% ha 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 21% 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 /

¹⁹ 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

²⁰ 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)

²¹ 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

²² <https://familia.jcyl.es/web/es/familia.html>

²³ https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemainformacion/pdf/2025/ESTUDES_2025_Resumen_Ejecutivo_es.pdf

somníferos), con o sin receta (consumidos por el 17,9% de los jóvenes en algún momento de su vida, la cocaína (2,9%) y el éxtasis (2,4%).

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 prematura²⁴. También puede engendrar problemas de salud que aparezcan en un futuro y afecten a la esperanza de vida, como son efectos adversos en su hígado, huesos, crecimiento y desarrollo endocrino. El consumo excesivo de alcohol en la adolescencia baja los niveles de hormonas sexuales y de las hormonas de crecimiento tanto en chicos como en chicas.

Un problema que preocupa los últimos años, no solo a los poderes públicos sino a la sociedad en general, es la práctica extendida del “**botellón**” dentro del ocio juvenil de fin de semana y en el que los jóvenes consumen alcohol en parques, calles y

plazas, en principio de forma abusiva. Este fenómeno deriva en consecuencias negativas además de altos consumos de alcohol y otras sustancias, como son accidentes de tráfico, molestias para los vecinos, rotura de mobiliario urbano, etc.

En cuanto a los cigarrillos electrónicos, denominados Dispositivos Susceptibles de Liberación de Nicotina (Ley 28/2005 y Real Decreto 579/2017), están incluidos en la categoría de productos relacionados con el tabaco. Se han encontrado sustancias cancerígenas en líquidos y vapor de cigarrillos electrónicos, por lo que no se pueden excluir los riesgos para la salud asociados a su uso o exposición. Los productos de tabaco por calentamiento generan un aerosol que contiene nicotina en proporción igual o superior a los cigarrillos con combustión, produciendo los efectos fisiológicos y adictivos de la nicotina, equivalentes al tabaco por combustión. Se aconseja no consumir ninguno de estos productos²⁵.

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, 2024) el porcentaje de jóvenes europeos entre 15 y 16 años, que indicaron

²⁴ 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.

²⁵ <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cigarrilloelectronico/home.htm>

haber consumido cannabis al menos una vez en su vida asciende al 13%²⁶. Existe evidencia de que el consumo de cannabis durante la adolescencia aumenta el riesgo de presentar enfermedades psiquiátricas como la adicción a las drogas, trastornos del humor como depresión, ansiedad y trastornos esquizoafectivos, etc.

Son muchos los esfuerzos en la prevención del consumo de drogas y otras sustancias en la población adolescente, pero para que la estrategia sea efectiva debe actuarse a varios niveles: Salud pública, Educación (en los colegios y en el hogar) 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).
- **Evitar la normalización** del consumo de estas sustancias propiciado por campañas publicitarias y cierta permisibilidad

social. En otras palabras, no ceder a la presión de grupo y bajar el umbral de tolerancia al consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.

- Facilitar a los adolescentes **alternativas** de actividades y lugares de ocio donde puedan encontrarse con los amigos y divertirse de forma saludable.
- Los adolescentes que ya consumen alguna de estas sustancias deben abandonar estas prácticas nocivas, contando para ello con el adecuado **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. Se ha comprobado que normas severas respecto a la edad en que se permite comprar alcohol y la eliminación de la publicidad pueden prevenir que los adolescentes adquieran dos importantes conductas de riesgo: la iniciación al consumo de alcohol y el consumo en atracón (binge drinking) temprano²⁷.

²⁶ <https://www.espad.org/sites/default/files/espad-report-2024-TD0125014ENN.pdf>

²⁷ 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.

Recursos en la red:

(12) <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/informacion-drogas-familias.html> : Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Actividades como escape room relacionados con estas sustancias.

(13) <https://www.saludcastillayleon.es/es/guia-tabaco>. Guía práctica para dejar de fumar.

(14) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/jovenes.htm>. Pg. web del Ministerio de Sanidad, todo sobre el alcohol y los jóvenes dirigido a público general, padres, jóvenes y profesionales de la salud.

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)²⁸.

La educación afectivo-sexual comienza en la primera infancia y progresa en la adolescencia y la vida adulta a través del entorno familiar, social (amigos, compañeros), a través de los medios de comunicación, centros educativos²⁹ 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 enfermedades³⁰.

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:

²⁸ https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health?msclkid=049703a4cf7711ec87272af54f558cdf#tab=tab_2

²⁹ Steiner, Riley J et al. “Adolescent Connectedness and Adult Health Outcomes.” *Pediatrics* vol. 144,1 (2019): e20183766. doi:10.1542/peds.2018-3766

³⁰ 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 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 desde el 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”³¹ que consiste en la utilización de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales durante un largo período de tiempo. Esta práctica potencia los riesgos anteriores al favorecer la

³¹ <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/sexualidad/chemsex-sexualidad.ficheros/1989002-06%20Chemsex%20y%20sexualidad.pdf>

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:

(15) <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, está presentes en Facebook (Información Sobre Sexualidad en Castilla y León [🔗](#)) y en X (InfoSexualidadCyL [🔗](#)) con información actualizada y rigurosa sobre sexualidad. También existe un servicio de asesoramiento para consultas mediante correo electrónico infosexualidad@jcyL.es todos los días de la semana.

(16) <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.

(17) <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.

(18) <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.

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

5. EDUCACIÓN VIAL EN LA ADOLESCENCIA

En 2024, 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 León³². 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 2024). 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:

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 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, a cualquier edad es evitar conducir después de haber consumido cualquier cantidad de alcohol, y desde la reforma de la Ley de Tráfico de marzo de 2022, la tasa de alcohol para menores de 18 años que lleven algún tipo de vehículo es de 0,0 g/l.

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

³² <https://estadistica.jcyl.es/web/es/estadisticas-temas/defunciones-segun-causa-muerte.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. 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:

- (20) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/seguridadVial/documentosTecnicos/medioEscolar.htm> Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud.
- (21) <https://www.dgt.es/conoce-la-dgt/que-hacemos/educacion-vial/educacion-vial-para-adolescentes-y-jovenes/> Otros recursos didácticos de la DGT dirigido a los jóvenes y educadores.
- (22) <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, que inicia su acción más tarde por la noche y disminuye también más tarde por la mañana, provocando somnolencia.

De hecho, los adolescentes necesitan dormir tanto o más tiempo que el que requerían cuando eran niños. **El óptimo es de 8 a 10 horas diarias**³³. 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.

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.

Hábitos y rutinas saludables de sueño:

- **Mantener horarios regulares:** acostarse y levantarse a la misma hora.
- Mantener la TV y los aparatos electrónicos fuera de la habitación y evitar las pantallas al menos una hora antes de dormir
- **Evitar bebidas con cafeína**, sobre todo al final del día.
- **Disminuir 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.

³³ <https://www.cdc.gov/physical-activity-education/staying-healthy/sleep.html>

Recursos en la red:

(23) <http://kidshealth.org/es/teens/how-much-sleep-esp.html>. Página web dirigida a adolescentes con información sobre el sueño.

(24) <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

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. Así, 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 2030³⁴.

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.), y evitar consumirlos especialmente entre comidas.

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

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 día³⁵) 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 representan un peligro para la salud bucal. Las personas que los usan astillan sus dientes al comer, dormir, hablar o masticar. 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 infectarse tras ser perforada y, en algunos casos, puede inflamarse hasta tal punto que puede llegar a obstruir la respiración. Además, si el equipo de perforación no está adecuadamente esterilizado puede transmitir otros tipos de infecciones como la hepatitis³⁶.

³⁵ Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VC, Jeroncic A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3(3):CD007868. Published 2019 Mar 4. doi:10.1002/14651858.CD007868.pub3

³⁶ American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Oral piercing and oral jewelry/accessories. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025:152-4

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:

- (25) https://www.cdc.gov/oralhealth/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhealthywater%2Fhygiene%2Fdisease%2Fdental_caries.html
- (26) <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.
- (27) <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.
- (28) <https://es.deltadentalins.com/wellness/kids.html>. Consejos de salud dental para adolescentes .

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 comunidad³⁷. También el objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, acerca de salud y bienestar, reconoce que sin salud mental no existe desarrollo pleno³⁸.

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 mental³⁹, 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.

También hay factores de riesgo, como la exposición a la adversidad, la presión social de sus compañeros y la exploración de su propia identidad. 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 actividad física y relaciones sociales, contribuyendo a mejorar su salud mental.

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

³⁸ <https://ods2030.com/ods-3/#3-4-enfermedades-no-transmisibles-y-salud-mental>

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

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

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

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

Sobre las relaciones sociales, existe evidencia que respalda recomendar actividades como: participar en reuniones, entrenar en un equipo 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 autopercibida, satisfacción con la vida y la autoestima positiva de los jóvenes.

Recursos en la red:

- (29)<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental>.
- (30)<https://www.instagram.com/consaludmental/guide/guia-para-adolescentes/17963630563324750/?igshid=1ved5q92c6l3k> SALUD MENTAL ESPAÑA en Instagram: Guía para adolescentes • Instagram

- (31)<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/adolescentes.htm>. 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. 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 de la UNESCO “Más allá de los números: poner fin a la violencia y el acoso en el ámbito escolar”, actualizado en 2023 ⁴⁰, 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%).

Una mención especial merece el acoso a través de las nuevas tecnologías o *ciberbullying*. 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, perfiles falsos e incluso suplantar la personalidad de las víctimas, lo que recientemente se ha visto favorecido por el uso de la inteligencia artificial (IA)⁴¹.

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.

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).

⁴⁰<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378398/PDF/378398spa.pdf.multi>

⁴¹ <https://www.anar.org/actualidad/informes/vii-informe-la-opinion-de-los-estudiantes/>

Hay que tener en cuenta que el maltrato se alimenta del silencio: el silencio del maltratador, el silencio de la víctima, por miedo o por vergüenza o por la falta de confianza y por no saber a quién contar lo que sucede, y el silencio de los espectadores que no hacen nada para no ser tachados de “chivatos”. 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 ayuda⁴².

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 aunque una tercera parte lo cuenta a la familia. 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. 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 la Comunidad de Castilla y León (38). Asimismo, el profesorado

debe **fomentar 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. 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 específicos** en edades más tempranas (últimos cursos de primaria) también es de alto valor para prevenir la victimización, sobre todo en el alumnado más vulnerable. 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

⁴² Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

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**.

DECÁLOGO POR LA CIBERCONVIVENCIA POSITIVA Y CONTRA EL CIBERBULLYING⁴³

- 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.

⁴³<https://www.pantallasamigas.net/decalogo-ciberconvivencia-positiva-contr-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, Formación profesional y Deportes.
- (40) https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/MANUAL_PADRES_Y_PROFESORES_ACOSO.pdf: Guía para padres y profesores.

- (41) <http://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/Guia%20acoso%20escolar%20CEAPA.pdf> : Guía para padres y madres sobre el acoso escolar, de la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- (42) <https://www.unicef.es/acoso-escolar-bullying>. Consejos y guía de UNICEF para actuar contra el acoso escolar.

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 adictivo⁴⁴, considerando éste como un uso disfuncional que perjudica al individuo a nivel familiar, social, laboral, escolar, conductual y/o psicológico⁴⁵.

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 adolescentes⁴⁶. Las adicciones tecnológicas son el tipo más reciente de las denominadas adicciones sin sustancia, junto con el juego con dinero, tanto online como presencial y se incluyeron 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”⁴⁷.

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 eficaces⁴⁸.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ Coyne SM, Dyer WJ, Denseley R, Money NM, Day RD, Harper JM. Physiological Indicators of Pathologic Video Game Use in Adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Mar; 56(3): 307-313.

⁴⁶ . 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.

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

⁴⁸ 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

Predictores de la adicción al videojuego y juego problemático:

1. Variables demográficas: El género masculino está fuertemente asociado con la adicción a videojuegos, y el femenino al uso de redes sociales y a juegos en el móvil⁴⁹. Otros factores pueden ser: falta de amigos, bajo rendimiento escolar, problemas familiares, problemas psicosociales (depresión, ansiedad) y bajo control de impulsos⁵⁰.

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 adicción⁵¹. 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 online⁵².

4. Influencia social: Los adolescentes que tienen relaciones sociales y mantuvieron vínculos con familiares, amigos, vecinos y profesores fueron menos propensos a ser adictos a los juegos en línea. Incluso aquellos adolescentes que tuvieron una mayor interacción social en línea presentaron menos síntomas de juego problemático que los que tuvieron una interacción social en línea menor⁵³. También agrava la adicción a videojuegos el que los compañeros jueguen habitualmente o recibir invitaciones suyas a jugar online.

5. Ámbito escolar: experiencias escolares negativas pueden inducir la adicción a videojuegos como vía de escape al alto nivel de tensión que producen en los adolescentes. También el nivel educacional bajo es un predictor importante.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ 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.

⁵¹ Lee C, Kim O. Predictors of online game addiction among Korean adolescents. *Addiction Research & Theory*. 2017; 25(1): 58-66.

⁵² 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)

⁵³ 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

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.

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

Relación con otras adicciones: Los adolescentes con uso problemático de internet son los que tienen mayor nivel de adicción a los videojuegos. También se asocian a ésta el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, el bajo rendimiento escolar y las pocas relaciones familiares, siendo, por tanto, factores de riesgo⁵⁴. Sin embargo, realizar actividades extraescolares y tener un control por parte de los padres fueron factores protectores de estos problemas.

⁵⁴ Muñoz-Miralles R, Ortega-González R, López-Morón MR, Batalla-Martínez C, Manesa JM, Montelá Jordana N, et al. The problematic use of Information and

Prevención:

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

Las actividades tradicionales consistieron en:

- . Realizar un horario semanal de uso de videojuegos (sin jugar todos los días y sin hacerlo fuera del tiempo programado).
- . Jugar después de realizar las obligaciones,
- . Utilizar otras alternativas en el tiempo libre
- . Enseñar los videojuegos favoritos a los padres
- . No utilizar el modo multijugador online.

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

Communication Technologies (ICT) in adolescents by the cross sectional JOITIC study. BMC Pediatrics. 2016 Aug; 16(1).

antes de jugar para que suene un poco antes de tener que dejar el juego y les ayude a ello.

Recursos en la red

(43) <https://www.madridsalud.es/serviciopad/> :AYUDA ADICCIONES MADRID | SEPAD (madridsalud.es)

(44) [Video Games and Children: Playing with Violence \(aacap.org\)](https://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. Es evidente que los jóvenes tienen una relación muy estrecha con la tecnología, y que no siempre es beneficiosa para ellos. Sus competencias digitales han aumentado de forma exponencial tras la pandemia y con la educación online, con más herramientas digitales y mayor acceso a las redes sociales 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 adolescentes⁵⁵.

La edad media del primer móvil es algo inferior a los 11 años⁵⁶. 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 amigos. Esto 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

⁵⁵ http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/2.-_redes_sociales_y_aprendizaje.pdf

⁵⁶ Márquez JM, et al. Infancia, adolescencia y bienestar digital: una aproximación desde la salud, la convivencia y la responsabilidad social. Madrid: UNICEF

España, Universidad de Santiago de Compostela, Consejo General de Ingeniería en Informática, Entidad Pública Empresarial Red.es; 2025. doi:10.30923/IABD202510.

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

Sin embargo, sólo el 29,1% de los padres ponen algún tipo de **normas o límites sobre el uso de Internet y/o las pantallas**, como limitar las horas de uso o el acceso a determinados contenidos. También los hábitos familiares (el uso durante las comidas, en los momentos de descanso y de ocio familiar) condicionan el uso de los dispositivos electrónicos por parte de los jóvenes. Así los padres deben ser conscientes de su importancia en promover una buena **higiene digital** en la familia, entendiendo ésta como el conjunto de hábitos y prácticas que permiten un uso **seguro, saludable y responsable** de la tecnología, distinguiéndose principalmente 4 aspectos:

1. Prácticas de seguridad: contraseñas fuertes, actualización de aplicaciones....

2. Limitar el tiempo de uso y atención a dispositivos y pantallas.
3. Evitar el consumo compulsivo de contenido digital
4. Establecer entornos sin pantallas que favorezcan la comunicación e interacción presencial.

Recursos en la red:

(45)<https://www.incibe.es/menores/> : IS4K: Internet Segura for Kids, INCIBE

(46)<https://entornoescolar.com/sesionesalumnado/> : Información acerca de riesgos en RRSS, salud digital, reputación digital, etc..

(47)<https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/infancia/videojuegos-tecnologia-informacion-comunicacion-tic/plan-digital-familiar>: Plan digital familiar elaborado por la Asociación Española de Pediatría con el apoyo de la Agencia Española de Protección de datos.

12. JUEGO CON DINERO

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. 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 reducido significativamente en los últimos años, principalmente desde que en 2011 se aprobara el juego online. Los estudios muestran que muchos jóvenes ludópatas se iniciaron en el juego siendo menores, pese a estar prohibido. 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 adolescentes⁵⁷, que, además, son especialmente vulnerables, ya que su cerebro aún está desarrollando el control de impulsos y la capacidad de

evaluar riesgos. Así, ha aumentado la prevalencia de problemas de juego en la población joven. Una revisión sistemática, realizada en 2017 ya mostraba que entre el 0,2% y el 12,3% de los jóvenes cumplía los criterios de ludopatía en Europa⁵⁸, y el informe sobre adicciones 2025 presentado por el Plan Nacional Sobre Drogas y basado en la encuesta ESTUDES 2025, destaca el aumento en la prevalencia del posible juego problemático entre estudiantes de 14 a 18 años (4,9%), especialmente entre los chicos (8,4% frente al 1,9% en las chicas)⁵⁹.

Por todo esto es esencial identificar de forma temprana los factores de riesgo para prevenir la ludopatía. Así, es necesario recabar información acerca de la situación de los adolescentes respecto al juego, tanto presencial como a través de internet para poder evaluarla y anticipar estrategias de intervención. 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 la protección de los participantes y grupos vulnerables.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ 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

⁵⁹ https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/ESTUDES_2025_Informe_nacional_df.pdf

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. Además, 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, 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. Educar desde una etapa temprana sobre los riesgos del juego y cómo las probabilidades siempre favorecen a la empresa y hablar de las técnicas psicológicas que el juego online utiliza para enganchar.

2. Mantener una comunicación abierta y sin juicios sobre actividades online del adolescente y hablar también del tema en contextos cotidianos (anuncios, partidos, redes sociales).

3. Reducir la exposición a la publicidad de apuestas limitando redes o canales donde abunden este tipo de anuncios y usar bloqueadores o filtros parentales. Comentar críticamente los anuncios: cómo exageran las ganancias, cómo manipulan.

4. Supervisar el uso de dispositivos, compras y acceso a plataformas. Revisar que no tengan aplicaciones de apuestas o acceso fácil a casinos online, supervisar que no usen tarjetas familiares para compras o recargas y activar controles de edad en consolas y plataformas como Steam, PlayStation o Xbox.

5. Controlar videojuegos con mecánicas tipo loot boxes: las “cajas de botín” las usan algunos videojuegos para incentivar a los jóvenes a invertir dinero a cambio de recompensas aleatorias. Pueden generar adicción ya que utilizan mecanismos similares a los juegos de azar o las máquinas tragaperras.

6. Fomentar actividades alternativas sanas (deporte, arte, música, tecnología). Los adolescentes que se sienten conectados socialmente y ocupados en actividades significativas son menos propensos a desarrollar conductas de juego.

7. Enseñar hábitos financieros saludables: indicar como gestionar dinero (ahorro, planificación, evitar deudas), supervisar cuentas bancarias juveniles, y explicar los riesgos de “ganar dinero fácil”.

8. Ser un ejemplo responsable evitando normalizar apuestas. Si en casa se habla constantemente de apuestas deportivas o se juega en casinos online, el adolescente lo verá como algo normal. Así, se recomienda evitar apostar delante de ellos y no pedirles que validen quinielas o apuestas.

9. Detectar señales de alerta como cambios de gasto, irritabilidad o aislamiento. Poner atención si el adolescente:

- Gasta más dinero del habitual.
- Miente sobre sus actividades online.
- Se muestra irritable si no puede acceder a ciertos juegos.
- Tiene súbitos cambios de humor relacionados con “ganar o perder”.
- Empieza a aislarse o descuida estudios.
-

10. **Buscar ayuda profesional cuando sea necesario.** En España hay recursos:

- **FEJAR** (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados).
- Programas autonómicos de adicciones sin sustancia.

Recursos en la red

- (48) <http://rinsad.uca.es/ojs3/index.php/rinsad/article/view/33/430> . 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/

DECÁLOGO DE HÁBITOS SALUDABLES PARA ADOLESCENTES⁶⁰

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 y pantallas.
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 8 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.

⁶⁰ <https://www.saludcastillayleon.es/escueladepacientes/es/ciudadania/infancia-adolescencia> : Información para guiar a los adolescentes en una vida saludable.



III. EQUIPO DE TRABAJO

III.1 DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

Servicio de Alertas y Respuesta Rápida

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

Soraya M^a Pérez Alonso

III.2 RESPONSABLES PROVINCIALES

Provincia	Servicio Territorial de Sanidad	Dirección Provincial de Educación
Ávila	M ^a Pilar Martín Díaz Sonia Méndez García Sara Prieto Matesanz	Marta Hernando Martín
Burgos	M ^a Isabel Moral Castelar Carmen Pedraz Pingarrón	Sara Val Gutiérrez
León	M ^a del Mar Llamas del Agua Olga Cortizo Suárez M ^a Elena Rubio Martínez	Jaime Campelo Pérez
Palencia	Julio Barrón Sinde Luis Alberto Sangrador Arenas	M ^a Pilar Alonso Celada
Salamanca	Consuelo García García Raquel Fuentes Rodríguez	M ^a Carmen García Bellido
Segovia	Montserrat Sánchez Alba Noelia Álvarez Rodríguez	Oscar Herrero Castillo
Soria	Isabel Bayona Marzo Santiago Molinos García	Mónica Arancón Gómez
Valladolid	Mario Cárdena Arranz Pedro Matesanz Alonso Luisa M ^a González Soto	María García Infante
Zamora	M ^a del Carmen Blanco Alberca Elena Begoña Benito Herrero Sara Pinilla Rodríguez	Luis Antonio Pedraza de Castro

III.3 COLABORADORES EN LOS CENTROS ESCOLARES 2024-2025

ÁVILA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
COLEGIO PABLO VI (Ávila)	<i>Elena Sánchez</i>
IES EULOGIO FLORENTINO SANZ (Arévalo)	<i>Ángela García</i>
IES CANDAVERA (Candeleda) 4ºA, 4ºB, 4º div.	<i>Teresa Vinuesa</i>
IES ARAVALLE (Barco de Ávila)	<i>Clara Hernando</i>
IES VILLA DE SOTILLO (Sotillo de la Adrada)	<i>Miguel Márquez</i>

BURGOS

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES CARDENAL LÓPEZ DE MENDOZA (Burgos)	<i>Fco. Javier Salas</i>
COLEGIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS (Burgos)	<i>Cristina Gutiérrez</i>
IES CAMINO DE SANTIAGO (Burgos)	<i>Carmen Carrera</i>
COLEGIO NUESTRA SRA. DE LOURDES (Burgos)	<i>Luis Daniel de la Mano</i>
IES VELA ZANETTI (Aranda de Duero)	<i>Sofía Heisig</i>
IES DOCTOR SANCHO DE MATIENZO (Valle de Mena)	<i>Mª José Rodríguez</i>
IES VALLE DEL ARLANZA (Lerma)	<i>Ángel Alonso</i>
IES TIERRA DE ALVARGONZÁLEZ (Quintanar de la Sierra)	<i>Avelino Saiz</i>

LEÓN

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES ASTURICA AUGUSTA B (Astorga)	<i>Carmen Palomo</i>
IES ASTURICA AUGUSTA C (Astorga)	<i>Cristina Ortiz</i>
COLEGIO MARISTAS CHAMPAGNAT (León)	<i>Juan José Seoane/ Jesús Muñoz</i>
COLEGIO SAN JOSÉ (León)	<i>María Natal/ Almudena Cano</i>
IES EUROPA (Ponferrada)	<i>Ignacio Gutiérrez</i>
IES VÍA DE LA PLATA (La Bañeza)	<i>Cristina Martínez</i>
IES OCTAVIANO ANDRÉS (Valderas)	<i>M^a Victoria Fernández</i>
IES BERGIDUM FLAVIUM (Cacabelos)	<i>Marta Panadero</i>
CEO SAN JUAN (Benavides)	<i>Diana Barredo</i>
IES PABLO DÍEZ (Boñar)	<i>Augusto González/ Jesús González</i>
IES VALLES DEL LUNA (Sta. M ^a del Páramo)	<i>Marta Vivas/ Rubén González</i>
IES LA GÁNDARA (Toreno)	<i>Maria José Iglesias</i>

PALENCIA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES GUARDO (Guardo)	<i>Elvira Rodríguez/ Santiago Gallego</i>
COLEGIO MARISTA CASTILLA (Palencia)	<i>Gregorio Calvo</i>
IES RECESVINTO (Venta de Baños)	<i>César Carbajo/ Emilio José Martín</i>
IES SANTA M ^a LA REAL (Aguilar de Campoo)	<i>Ángel García</i>
COLEGIO SAN GREGORIO-NUUESTRA SEÑORA DE LA COMPASION (Aguilar de Campoo)	<i>Julen García</i>
IESO CANAL DE CASTILLA (Villamuriel de Cerrato)	<i>Eulalia Mulas/ Carlos González</i>

SALAMANCA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES CALISTO Y MELIBEA (Santa Marta de Tormes)	<i>Jesús Durán</i>
IES LUCÍA DE MEDRANO (Salamanca)	<i>José Ángel Torijano</i>
IES FERNANDO DE ROJAS (Salamanca)	<i>Ana Gloria Mateo</i>
COLEGIO NTRA.SRA DEL CASTAÑAR (Béjar)	<i>Óscar Hernández</i>
IES G. TORRENTE BALLESTER (Santa Marta de Tormes)	<i>Antonio José Blasco</i>
IES VÍA DE LA PLATA (Guijuelo)	<i>Marta Anarbella Sánchez</i>
IES LEONARDO DA VINCI (Alba de Tormes)	<i>Mª Esperanza Cabrera</i>
CEO MIGUEL DELIBES (Macotera)	<i>María Hernández</i>
CEO ALTO ALAGÓN (Linares de Riofrío)	<i>Julio Santos</i>
IES SENARA (Babilafuente)	<i>Mª Rocío Rodríguez</i>

SEGOVIA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES MARIANO QUINTANILLA (Segovia)	<i>Juan Santiago</i>
COLEGIO NTRA.SRA. DE LA FUENCISLA (Segovia)	<i>Laura González</i>
CEO VIRGEN DE LA PEÑA (Sepúlveda)	<i>Ana de la Asunción</i>
IES VEGA DEL PIRÓN (Carbonero el Mayor)	<i>Rubén Alonso</i>
IES SIERRA DE AYLLÓN (Ayllón)	<i>Luis Romero</i>

SORIA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES ANTONIO MACHADO (Soria)	<i>Miguel A. Delgado</i>
IES LA RAMBLA (S. Esteban de Gormaz)	<i>Ylenia Figuera</i>
IES PICOS DE URBIÓN (Covaleda)	<i>Andrea Neches</i>
IES SANTA CATALINA (Burgo de Osma)	<i>M^a Teresa Fresno</i>

VALLADOLID

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
IES JOSÉ JIMÉNEZ LOZANO A y C (Valladolid)	<i>Alba García/ Claudia García</i>
IES ARCA REAL (Valladolid)	<i>Sara Cuertos/ Susana Rodríguez/ Leticia García</i>
IES LEOPOLDO CANO (Valladolid)	<i>Carmen Laguna</i>
IES JULIÁN MARÍAS (Valladolid)	<i>Cristina Blanco</i>
IES LA MERCED (Valladolid)	<i>Fernando Matesanz</i>
COLEGIO LA INMACULADA (Valladolid)	<i>Katia Pariente</i>
COLEGIO SAN JOSÉ (Valladolid)	<i>Javier Carro</i>
IES JORGE GUILLÉN (Villalón de Campos)	<i>Julio Rodríguez</i>
COLEGIO PINOALBAR (Simancas)	<i>M^a Eugenia Martínez</i>
IES CAMPOS Y TOROZOS (Medina de Rioseco)	<i>Pablo Martín</i>
IES CONDE LUCANOR B y C (Peñafiel)	<i>Manuel Yagüe/ Marta García</i>

ZAMORA

Centro escolar	Interlocutor/Participante por el centro
COLEGIO MEDALLA MILAGROSA (Zamora)	<i>Elisa Gómez</i>
IES MARÍA DE MOLINA (Zamora)	<i>Julio Eguaras</i>
IES VALVERDE DE LUCERNA (Puebla de Sanabria)	<i>Elena Fernández</i>
IES ARRIBES DE SAYAGO (Bermillo de Sayago)	<i>Álvaro de Dios</i>

