

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

Resultados y recomendaciones
CURSO ESCOLAR 2017/2018





Índice

Índice de tablas	5
Índice de gráficos.....	6
Presentación	9
A. ENCUESTA 2017-2018. RESULTADOS ESTIMADOS PARA LA POBLACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN.....	10
A.1. Resumen de resultados obtenidos.....	11
Datos generales	12
Actividad física	13
Índice de masa corporal y alimentación	13
Asociación entre alimentación, actividad física y tiempo de pantalla	15
Descanso	16
Tabaco.....	16
Alcohol	17
Otras sustancias	18
Relaciones sexuales	18
Accidentabilidad y seguridad vial.....	19
Higiene dental.....	19
Relaciones con la familia.....	20
Relaciones sociales.....	20
Uso de internet y del teléfono móvil	20
Acoso escolar	21

A.2. Descripción de la población encuestada	22
A.3. Datos sociodemográficos	28
A.4. Actividad física	38
A.5. Índice de masa corporal.....	46
A.6. Alimentación.....	52
A.7. Alimentación e índice de masa corporal	61
A.8. Descanso	72
A.9. Índice de masa corporal, alimentación, actividad física y descanso	76
A.9.1. Índice de masa corporal vs. actividad física y tiempo de pantalla.....	77
A.9.2. Índice de masa corporal vs. descanso	80
A.9.3. Alimentación vs. actividad física y tiempo de pantalla	80
A.9.4. Alimentación vs. descanso.....	87
A.9.5. Actividad física y tiempo de pantalla vs. descanso	89
A.10. Sustancias tóxicas	90
A.10.1. Tabaco	91
A.10.2. Alcohol	97
A.10.3. Otras sustancias.....	102
A.11. Relaciones sexuales	103
A.12. Accidentabilidad y seguridad vial.....	108

A.13. Higiene dental	115
A.14. Relaciones con la familia	121
A.15. Relaciones sociales	128
A.16. Uso de internet y del teléfono móvil.....	131
A.17. Acoso escolar	138
A.18. Metodología.....	143
A.19. Equipo de trabajo	150
A.19.1. Dirección y coordinación	151
A.19.2. Responsables provinciales.....	152
A.19.3. Colaboradores en los Centros Escolares 2017-18.....	153
B. RECOMENDACIONES.....	157
B.1. Actividad física, sedentarismo y “tiempo de pantalla”	159
B.2. Alimentación saludable en la adolescencia	163
B.3. Prevención del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas	169
B.4. Sexualidad en la adolescencia.....	172
B.5. Educación vial en la adolescencia	175
B.6. Descanso adecuado	177
B.7. Salud bucodental	178
B.8. Salud mental y bienestar del adolescente	182
Decálogo de hábitos y estilos de vida saludables para adolescentes	187

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico	23
Tabla 2. Media de edad de participantes, por sexo y ámbito geográfico	24
Tabla 3. Distribución de participantes por edad y ámbito geográfico	25
Tabla 4. Distribución de participantes por edad y sexo	26
Tabla 5. Distribución de las personas por sexo y entorno.....	144
Tabla 6. Muestra teórica	145
Tabla 7. Muestra ajustada.....	145
Tabla 8. Distribución de personas y aulas	146

Índice de gráficos

Figura 1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico	23
Figura 2. Distribución de participantes por provincia y ámbito geográfico	27
Gráfico 3.1. Situación laboral de los progenitores	30
Gráfico 3.2. Mayor nivel de estudios completados por los progenitores	31
Gráfico 3.3. Mayor nivel de estudios completados por los progenitores según el ámbito.....	32
Gráfico 3.4. Estado de salud autorreferido	34
Gráfico 3.5. Enfermedades diagnosticadas	35
Gráfico 3.6. Sintomatología últimos 6 meses.....	36
Gráfico 3.7. Sintomatología padecida casi a diario en los últimos 6 meses	37
Gráfico 4.1. Relación de actividad física por sexo y ámbito geográfico	40
Gráfico 4.2. Número de días de ejercicio semanal.....	42
Gráfico 4.3. Tiempo de pantalla días de diario y fin de semana/festivos, por sexo	43
Gráfico 4.4. Desplazamiento al centro escolar, por ámbito geográfico	45
Gráfico 5.1. IMC según sexo y ámbito geográfico	47
Gráfico 5.2. Categorías de nivel de peso según la IOTF, la OMS y el peso autopercebido.....	49
Gráfico 5.3. Distorsión de la autopercepción del peso, por sexo.....	51
Gráfico 6.1. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos	54
Gráfico 6.2. Consumo de lácteos por sexo y ámbito geográfico	56
Gráfico 6.3. Consumo de distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días	58
Gráfico 6.4. Modificaciones en la dieta habitual, por sexo	60
Gráfico 7.1. Proporción de jóvenes que no realizan cada una de las cinco comidas principales, por categoría de nivel de peso	63
Gráfico 7.2. Tipo de lácteos consumidos, por categoría de nivel de peso	64

Gráfico 7.3. Consumo de snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos), por categoría de nivel de peso	65
Gráfico 7.4. Consumo de fruta fresca y verduras y hortalizas en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso.....	66
Gráfico 7.5. Frecuencia de consumo de dulces (bollería, golosinas...), comida rápida, refrescos azucarados y legumbres en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso	68
Gráfico 7.6. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses, según las categorías de nivel de peso.....	71
Gráfico 8.1. Distribución de jóvenes con sensación de descanso nocturno, por sexo y ámbito geográfico	74
Gráfico 8.2. Sensación de descanso nocturno según las horas diarias de sueño	75
Gráfico 9.1. Distribución de adolescentes que no realizan ejercicio físico en el tiempo libre, por categorías de nivel de peso	77
Gráfico 9.2. Tiempo de pantalla los fines de semana, por categorías de nivel de peso	79
Gráfico 9.3. Realización de ejercicio físico y hábito de desayunar	81
Gráfico 9.4. Consumo en los últimos 7 días de huevo, pescado, fruta fresca, verduras y hortalizas, embutido y pan y cereales según si realiza o no ejercicio físico	82
Gráfico 9.5. Consumo de fruta y tiempo de pantalla diario	86
Gráfico 9.6. Sensación de descanso nocturno según el tipo de dieta	88
Gráfico 10.1.1. Frecuencia de consumo de tabaco, por sexo.....	92
Gráfico 10.1.2. Patrón de consumo de los fumadores, por sexo y ámbito geográfico	94
Gráfico 10.1.3. Exposición al tabaquismo pasivo, por sexo y ámbito geográfico.....	96
Gráfico 10.2.1. Patrón de consumo de alcohol, por sexo y ámbito geográfico.....	98
Gráfico 10.2.2. Consumo de alcohol ≥ 6 unidades / día en el último mes, por sexo y ámbito geográfico.....	100
Gráfico 10.2.3. Embriaguez en alguna ocasión en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico	101
Gráfico 10.3.1. Consumo de drogas distintas del alcohol o el tabaco, por sexo y ámbito geográfico	102
Gráfico 11.1. Número de parejas sexuales en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico.....	105
Gráfico 11.2. Métodos anticonceptivos empleados.....	106

Gráfico 11.3. Número de veces que han empleado la PDD, por sexo y ámbito geográfico	107
Gráfico 12.1. Lugar donde ocurrió la lesión o accidente (no de tráfico), por sexo	110
Gráfico 12.2. Medio de transporte en el que sucedió el accidente de tráfico, por sexo	111
Gráfico 12.3. Frecuencia de uso del casco en bici y en moto.....	113
Gráfico 12.4. Frecuencia de uso del casco en la bici, por sexo y ámbito geográfico.....	114
Gráfico 13.1. Frecuencia del lavado dental, por sexo y ámbito geográfico	117
Gráfico 13.2. Lavado dental antes de acostarse, por sexo y ámbito geográfico	118
Gráfico 13.3. Visitas al dentista en el último año, por sexo y ámbito geográfico	120
Gráfico 14.1. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con el padre y con la madre, por sexo	123
Gráfico 14.2. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con los padres, madres o sus parejas en caso de haberlas	125
Gráfico 14.3. Valoración subjetiva del apoyo familiar, por sexo	127
Gráfico 15.1. Valoración de las relaciones sociales, por sexo	130
Gráfico 16.1. Frecuencia de uso de internet en el móvil, por sexo	133
Gráfico 16.2. Frecuencia con la que apagan el móvil en distintas situaciones.....	135
Gráfico 16.3. Recepción de mensajes o imágenes de contenido sexual, por sexo	136
Gráfico 16.4. Interacción con desconocidos	137
Gráfico 17.1. Frecuencia del maltrato escolar y tipos de maltrato recibido	140
Gráfico 17.2. Tipos de acoso escolar sufrido en los dos últimos meses, por sexo	141
PIRÁMIDE DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA ADOLESCENTES	162
DECÁLOGO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA.....	167
PIRÁMIDE DE LA ESTRATEGIA NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad)	169

PRESENTACIÓN

Los hábitos y los estilos de vida son uno de los determinantes con mayor impacto en la salud de la población, especialmente relevante en una sociedad cada vez más longeva y con notable y acelerado cambio en sus estilos de vida.

El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas se sitúan entre los principales factores de riesgo que incrementan la probabilidad de morir por enfermedades crónicas o no transmisibles, conjunto de patologías que representan actualmente el 71% de las causas de fallecimiento a nivel mundial. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a esos factores de riesgo. Para su prevención y control es necesario actuar reduciéndolos.


Conocer la situación y evolución de dichos factores de riesgo, en cada población, se convierte en una prioridad, de cara a disponer de información de calidad sobre la que sustentar aquellas intervenciones que corresponda aplicar en cada caso, sirviendo además de indicador de las medidas que puedan instaurarse.

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 nutre de los resultados de las encuestas “hábitos y estilos de vida de la población joven de Castilla y León” realizadas a una muestra aleatoria de alumnos de 4.º de la ESO. En el curso escolar 2017/2018 se realizó una nueva encuesta.

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

Una vez más, la colaboración de todas las personas implicadas en el estudio resultó muy satisfactoria, lo que nos ha permitido alcanzar los objetivos pretendidos y disponer de la información que se presenta a continuación.

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.



A. ENCUESTA 2017-2018. RESULTADOS ESTIMADOS PARA LA POBLACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN



**Junta de
Castilla y León**



A.1. Resumen de resultados obtenidos

DATOS GENERALES

De los 1004 participantes, el 49,9% son chicos y el 50,1% son chicas. El 80,1% viven en el medio urbano y el 19,9% residen en medio rural. La edad media es de 15 años (mínimo 14, máximo 17 chicos-18 chicas).

No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico en cuanto al país de nacimiento (el más frecuente es España, tanto para los participantes (95,0%) como para sus padres (90,1%) y madres (89,8%)), pero sí respecto a la formación universitaria de los progenitores, que es superior en las madres y en el medio urbano (Gráficos 3.2 y 3.3). Son más los padres que trabajan y las madres que se dedican a las tareas del hogar, principalmente en medio rural. El 3,6% de los padres están desempleados y el 2,9% son pensionistas o jubilados, a diferencia de las madres con el 5,5% y el 0,8% respectivamente (Gráfico 3.1).

El número medio de personas con que conviven es de 3 (rango de 1 a 7), principalmente con la madre (97,1%), padre (89,1%) o hermanos (73,5%), siendo la media de un hermano en todas las categorías (rango de 1 a 9).

Hay diferencias significativas por sexo respecto a la autopercepción de sus resultados académicos, así como sobre su salud: más chicas que chicos se clasifican en el grupo de mejores notas de la clase y más chicos

que chicas en el grupo de peores notas. En el ámbito urbano el 51,0% de estudiantes se sitúan en el grupo de notas por encima de la media en comparación con el 41,5% de los de medio rural. Los jóvenes tienen una opinión muy positiva sobre su salud (el 88,2% considera que es “buena” o “muy buena” y sólo el 1,8% de los chicos y el 1,6% de las chicas consideran su salud “mala” o “muy mala”) pero el doble de chicos que chicas consideran su salud “muy buena”, frente a más chicas que la consideran “buena” (Gráfico 3.4).

No hay apenas diferencia por sexos en cuanto al hecho de haber sido diagnosticado de alguna enfermedad, pero sí respecto al tipo de patología: La más prevalente es la alergia (20,7%), más frecuente en chicos (23,4% frente al 17,9%), seguida de jaquecas, migrañas o dolores de cabeza (7,2%) que son 3 veces más frecuentes en chicas (Gráfico 3.5). Los síntomas que han presentado los participantes en los últimos 6 meses son irritabilidad (52,8%), nerviosismo (52,5%), dolor de espalda (43,8%) y bajo ánimo (42,4%). Todos han aparecido más en chicas y con más frecuencia, incluso casi a diario (Gráfico 3.7).

Al valorar en qué nivel se encuentran en ese momento de su vida también hay diferencias significativas en cuanto a la peor puntuación (chicas de medio rural, media: 6,95) y a la mejor (chicos de medio rural, media:

7,58). Los chicos y chicas de medio urbano tienen puntuaciones intermedias (7,55 y 7,19 respectivamente).

ACTIVIDAD FÍSICA

El 77,7% de los jóvenes realiza alguna actividad física al menos 30 minutos al día fuera del horario escolar, más en el ámbito urbano (79,4%) que rural (70,8%) y más los chicos que las chicas (84,9% y 70,6%) y con mayor frecuencia (23,0% de los chicos 5-6 días a la semana, 12,2% todos los días, chicas 16,2% y un 7,6% respectivamente). Los chicos del medio rural son los que más realizan actividad física (86,5%) y las chicas del medio rural las que menos (55,3%) (Gráficos 4.1 y 4.2). El deporte más practicado por los chicos es el fútbol (42,6%), y las chicas practican más la danza o baile (19,0%). Hay una asociación estadísticamente significativa por categorías de peso en el 22,3% de jóvenes que no realizan actividad física: son el 33% de los que tienen infrapeso, 31,9% sobrepeso y 26,3% obesidad (Gráfico 9.1).

No hay diferencias por sexo en cuanto al número de jóvenes que emplea más de dos horas frente a las pantallas (TV, consola, ordenador, tableta, móvil) los días de diario ni los fines de semana, (el porcentaje de ambos sexos se duplica) pero en este caso son más los jóvenes del medio urbano (72,8% frente a 66,0%)

mientras que a diario el porcentaje es mayor en los de medio rural (39,9% frente a 21,8) (Gráfico 4.3). Los jóvenes con sobrepeso son los que más horas pasan frente a pantallas, tanto días de diario como fines de semana (Gráfico 9.2), pero la diferencia no es significativa.

Para ir al centro escolar, el 39,1% utiliza medio de transporte (coche, autobús, moto), principalmente en el medio rural (47,6%, 37% medio urbano) pero hay más jóvenes que tardan entre 30 y 60 minutos caminando o en bicicleta en medio urbano (7,3%, rural 2,9%)(Gráfico 4.4).

ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ALIMENTACIÓN

La estatura y peso medio autorreferidos en el caso de los chicos es de 173,23 cm (DE 7,63) y 62,95 Kg (DE 9,75), y en las chicas de 163,18 cm (DE 6,80) y 54,85 Kg (DE 7,73). Las chicas del medio urbano tienen de media el IMC más bajo (20,53; DE 2,59) y los chicos del medio rural el más alto (21,53; DE 3,07) (Gráfico 5.1). El 81,9% de las chicas y el 78,2% de los chicos tienen un peso normal según la clasificación de la IOTF (International Obesity Task Force), siendo el infrapeso más frecuente en las chicas (10,6%, 6,7% chicos) y el sobrepeso y obesidad en los chicos (12,6% y 2,5%, frente al 6,7% y el

0,8% respectivamente en chicas). La clasificación de la OMS detecta más sobrepeso y obesidad mientras que la escala de la IOTF detecta más infrapeso. Sin embargo la concordancia entre ambas es sustancial, con un valor kappa de 0,731 ($p < 0,001$).

Respecto a la autopercepción del peso en función de su estatura, son más las chicas que lo consideran mayor o bastante mayor de lo normal (Gráfico 5.2). Los que tienen una percepción de su peso más real son los chicos y chicas con normopeso según la IOTF, pero sobre todo las chicas con infrapeso y los chicos con obesidad/sobrepeso tienden a considerar su peso normal (Gráfico 5.3).

El número medio de comidas al día es de 4,30 (DE 0,86) los días de diario, y de 3,94 (DE 0,90) los del fin de semana. El 67,7% de los jóvenes ven la televisión mientras comen y/o cenan. La mayor parte de los jóvenes desayunan (días de diario (88,2%, fin de semana 93,8%), más los chicos que las chicas. Los fines de semana son más los que comen o cenan fuera de casa respecto a los días de diario (Gráfico 6.1). Las comidas que se saltan con mayor frecuencia los jóvenes son el almuerzo (13,1% días de diario y 59,7% fin de semana) y la merienda (22,0% días de diario, 33,7% fin de semana), sobre todo aquellos con obesidad/sobrepeso, excepto el almuerzo en fines de semana, en que no hay diferencias.

Hay más chicas que no almuerzan o cenan los fines de semana, sin diferencias por ámbito geográfico.

Los chicos consumen más lácteos enteros que semidesnatados-desnatados (40,3% frente a 39,5%), al contrario que las chicas (30,8%, 48,1%). El 4,1% de los estudiantes no toman lácteos (Gráfico 6.2). Los alimentos más consumidos (5 o más veces) son pan y cereales (64,2%), fruta fresca (36,7%) y carne (32,1%). Entre los menos consumidos (nunca) están la comida rápida (32,7%) y los refrescos azucarados (37,4%). La mayoría (55,9%) consumen snacks algunos días a la semana, sobre todo los jóvenes con infrapeso (el 9,2% la mayoría de los días y el 63,2% algunos días de la semana) mientras que el 43,8% de jóvenes con sobrepeso u obesidad refieren no consumirlos nunca (Gráfico 7.3).

La mayoría (53,7%) sólo consumió legumbres, verduras y hortalizas 1 o 2 veces en la última semana (Gráfico 6.3), con diferencias estadísticamente significativas según las categorías de peso: los jóvenes con obesidad han consumido más fruta fresca en los últimos 7 días pero el 19,1% de los jóvenes con sobrepeso no la han consumido en la última semana. También son éstos los que consumen verduras y hortalizas más frecuentemente (el 47,1% 5 veces o más en los últimos 7 días y el 23,7% en 3-4 ocasiones). Los estudiantes con infrapeso son los que consumen menos verduras y hortalizas

(16,3% 5 veces o más en la última semana, el 27,4% en 3-4 ocasiones y el 13,8% no las han consumido en los últimos 7 días). Hay diferencias por ámbito respecto al consumo de fruta, mayor en jóvenes del medio urbano y en mayor proporción (el 22,1% 3-4 piezas a diario frente al 13,8% del medio rural). Además el 25,8% de jóvenes del ámbito rural y 18,2% en el ámbito urbano no toman fruta habitualmente (Gráfico 7.4).

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto al consumo de huevo y comida rápida (mayor frecuencia en chicos) y verdura (más frecuente en chicas), pero las más llamativas están en el consumo de refrescos azucarados, donde el 14,1% de chicos las ha consumido en 5 o más ocasiones la última semana y el 13,2% en 3-4 ocasiones (chicas: 6,6% y 7,9% respectivamente), mientras que el 46,6% de chicas no los han consumido los últimos 7 días (chicos: 28,1%).

El 77,3% de los jóvenes no ha modificado su dieta habitual en el último año (sobre todo chicos), el 13,3% lo ha hecho con intención de adelgazar, principalmente las chicas, y sólo el 1,0% para engordar (El 3,9% de jóvenes con infrapeso) (Gráfico 6.4). En el caso de los jóvenes con obesidad o sobrepeso, el 28,2% y 21,4% respectivamente han seguido dieta de adelgazamiento (Gráfico 7.6).

En cuanto al consumo de dulces (bollería, golosinas), comida rápida y refrescos con azúcar es notablemente menor en los jóvenes con obesidad, en contraste con los jóvenes con infrapeso, y al contrario que el consumo de legumbres (Gráfico 7.5). 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.

ASOCIACIÓN ENTRE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA

La ausencia de actividad física muestra una asociación estadísticamente significativa con otros hábitos poco saludables como saltarse comidas (desayuno días de diario y fines de semana y almuerzo fines de semana) (Gráfico 9.3), comer o cenar viendo la TV (73,6% frente al 65,9% de los que hacen ejercicio) y consumir snacks, comida rápida y dulces con mayor frecuencia, frente al mayor consumo de huevo, pescado, fruta fresca, verduras y hortalizas, embutido, pan y cereales de los jóvenes que realizan actividad física (Gráfico 9.4). También hay relación con el tiempo que pasan frente a las pantallas: a más tiempo más se saltan el desayuno y la merienda a diario y consumen más comida rápida, embutido y

dulces y menos fruta fresca, huevo y pescado tanto días de diario como fines de semana.

Los adolescentes que utilizan medio de transporte para ir al centro escolar o tardan menos de 15 minutos consumen snacks con mayor frecuencia, siendo los que menos los consumen los que tardan de 30 a 60 minutos, así como los refrescos azucarados y los dulces.

DESCANSO

El 39,4% de los jóvenes duerme 8 horas al día, siendo las chicas de medio urbano las que menos tiempo duermen de media (7,69 horas) y menos despiertan con sensación de haber descansado (38,1%), mientras que los que más duermen y descansan son los chicos de medio rural (8,23 horas, 61,4%) (Gráfico 8.1). Los estudiantes que no tienen sensación de descanso nocturno duermen de media 7,64 horas al día, mientras que en los que descansan la media es de 8,23. El 54,9% de los jóvenes que duermen de 8 a 10 horas y el 71,4% de los que duermen 11 o 12 horas refieren tener sensación de descanso nocturno, pero de los que duermen de 5 a 7 horas diarias sólo el 25,7% descansan adecuadamente (Gráfico 8.2).

Se observa una relación entre hábitos de descanso y alimentación: se saltan con mayor frecuencia el desayuno

(días de diario 15,9% y festivos 8,7%) los jóvenes que no descansan por la noche frente a los que sí lo hacen (6,7% y 3,2% respectivamente). También los que duermen menos de 7 horas desayunan menos días a diario (16,4%) que los que duermen de 7 a 9 horas (9,1%). Por el contrario, los fines de semana se saltan más desayunos los que más duermen (11,8% de los que duermen más de 9 horas y 4,3% de los que duermen de 7 a 9 horas).

También descansan menos los jóvenes que han modificado su dieta por motivos de enfermedad o para adelgazar (72% y 69,9%) que los que no lo han hecho o ha sido por otros motivos (Gráfico 9.6) así como los que pasan más tiempo frente a las pantallas, tanto días de diario como festivos: no descansa el 60,5% de los que pasan más de dos horas frente al 49% de los que están menos de una hora los días de diario y el 56,8% frente al 41,4% de los que están una hora los festivos.

TABACO

El 97,0% de los adolescentes no tienen permiso de sus padres para fumar. Fuman más las chicas que los chicos (el 83,2% de chicos y 72,4% de chicas no ha fumado nunca), tanto ocasionalmente como a diario (Gráfico 10.1.1) y mayor número de cigarrillos (18,4% chicos y 13,3% chicas de 6 a 10 cigarrillos, pero 4,3% chicas y

1,5% chicos 11 o más cigarrillos). Por ámbito geográfico son las chicas y chicos del medio rural los que más fuman (el 33,3% y 28,6% 6 o más cigarrillos al día) y los que menos son los chicos y chicas de ámbito urbano (48,0% y 42,2% 1 cigarrillo o caladas sueltas al día) (Gráfico 10.1.2). El 56,7% de los que fuman o han fumado han consumido más de 100 cigarrillos (5 paquetes de tabaco) a lo largo de su vida, principalmente los de zona rural (78,2% de chicos y 67,9% de chicas) mientras que las chicas de zona urbana son las que lo han hecho en menor proporción (46,3%). La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 14 años (mínima 8, máxima 18).

La mayoría de los padres y madres no han fumado nunca o son exfumadores (73,1% de los padres y 73,5% de las madres), pero el 21,0% de los padres y el 19,9% de las madres fuman de forma habitual. El 80,5% de los jóvenes no están expuestos al tabaquismo pasivo los días de diario, siendo más las chicas que lo sufren: el 8,0% de las chicas más de 3 horas al día y el 3,6% durante 2-3 horas (en chicos 4,8% y 2,0% respectivamente) sin diferencias por ámbito geográfico. Los fines de semana la exposición es mayor, sobre todo en el medio rural (el 23,2% de las chicas más de 3 horas al día, y el 11,2% de los chicos 2-3 horas al día), mientras que el 66% de los chicos de zona urbana no están expuestos nunca u ocasionalmente (Gráfico 10.1.3).

ALCOHOL

El 42,3% de los adolescentes consumió alcohol en el mes previo al cuestionario, con diferencias estadísticamente significativas por sexo (chicas 46,3%, chicos 38,2%) y ámbito (rural 50,9%, urbano 40,1%). El 36,9% de los jóvenes no consumen bebidas alcohólicas (fundamentalmente los chicos del medio urbano, 45,3%) y el 39,9% sólo en ocasiones puntuales (principalmente chicas del medio urbano con un 44,7%). Hay chicas que consumen sólo el fin de semana (20,7%, 17,0% chicos) y en el ámbito rural (29,6%, 16,2% urbano), y más los chicos que consumen alguna vez entre semana (5,0%; 3,6% chicas) sobre todo en el medio rural (5,1%, urbano 4,1%) (Gráfico 10.2.1). Sólo el 27,6% de los adolescentes que consumen alcohol no lo hacen los fines de semana. La edad media a la que comienzan a consumir alcohol al menos una vez a la semana es de 14 años (mínima 9). Las bebidas alcohólicas más consumidas los días de diario son la cerveza (44,7%), los combinados (43,9%) y el vino (12,7%), pero los fines de semana consumen más los combinados (61,1%), cerveza (40,2%) y vino (26,5%).

El 28,3% de los adolescentes que toman alcohol, han consumido 6 o más unidades en el mismo día durante el último mes (el 11,4% en más de una ocasión).

No hay diferencias por sexo pero es más común entre los jóvenes del medio rural (20,6% rural, 8,7% urbano). Los chicos del ámbito rural son los que más abusan del alcohol (22,4% ha consumido al menos 6 unidades de alcohol en el mismo día más de una vez en el último mes) y las chicas de zona rural las que más se han emborrachado al menos una vez en el último mes (25,6%), siendo los chicos de medio urbano los que menos lo han hecho (11%) (Gráficos 10.2.2 y 10.2.3).

El 0,4% de los adolescentes que consumen bebidas con alcohol ha necesitado asistencia sanitaria en el último mes por haber bebido en exceso, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico.

OTRAS SUSTANCIAS

El 8,5% de los jóvenes dicen haber probado en los últimos 30 días algún tipo de drogas distintas del alcohol y tabaco, principalmente los del medio rural (12,9% frente a 7,4%), sin diferencias estadísticamente significativas por sexo. La droga más consumida es el hachís (89,5%), seguido de los tranquilizantes (5,7%) y la cocaína (4,7%) (Gráfico 10.3.1).

RELACIONES SEXUALES

El 18,2% de los adolescentes ha tenido relaciones sexuales completas (RSC), con diferencias significativas por ámbito geográfico (rural 27,9%, urbano 15,7%) pero no por sexo. La edad media de inicio es de 14,5 años. El 89,7% utilizan anticonceptivo, principalmente preservativo (83,4%), anticonceptivos orales (7,0%) y coitus interruptus o marcha atrás (5,7%). El 16,6% de los jóvenes que han mantenido RSC o su pareja han empleado la píldora del día después alguna vez (26,0% de chicas y 8,4% de chicos) y entre ellos el 28,4% la han utilizado dos o más veces, en mayor proporción los jóvenes del medio rural (37,1%) que del urbano (21,8%).

En cuanto al número de parejas sexuales en los jóvenes que mantuvieron RSC, son más los chicos que no tuvieron ninguna pareja los últimos 30 días y las chicas que tuvieron una. Por ámbito geográfico la mitad de los jóvenes del medio urbano no han tenido ninguna pareja en el último mes (51,6%; 35,1% en medio rural), mientras que en el medio rural es más frecuente haber tenido una (54,7%; 41,4% en medio urbano). (Gráficos 11.1, 11.2, 11.3)

ACCIDENTABILIDAD Y SEGURIDAD VIAL

El 21,4% de los jóvenes sufrieron en los últimos 12 meses alguna lesión o accidente (excluyendo los de tráfico), sobre todo los chicos de zona urbana (27,6%), siendo las chicas de zona urbana las que menos los sufren (15,0%) (Gráfico 12.1). Los chicos se accidentan más en los centros deportivos, mientras que las chicas lo hacen más en la calle o en casa.

El 1,4% ha sufrido algún accidente de tráfico en el último año, al ir andando o corriendo (43,3%) o en coche (24,6%) (Gráfico 12.2). El 1,2% usa el cinturón de seguridad sólo algunas veces en el asiento delantero y el 0,6% nunca. En el asiento trasero este porcentaje es mayor (3,5%, 1,3%).

Utilizan más la bicicleta que la moto (82% frente al 26,8%), y esta última los que más la usan son los chicos de zona rural (41,4%) y las que menos las chicas de medio urbano (21,3%). Sólo el 5,1% no utiliza nunca casco. Usan más la bicicleta los chicos tanto de medio rural (93,0%) como urbano (87,5%) y las que menos la utilizan son las chicas de medio rural (74,3%). La mitad de los jóvenes no utilizan nunca casco en bicicleta, con diferencias estadísticamente significativas por sexo y ámbito geográfico (54,3% chicas, 47,5% de chicos, 61,7% rural, 47,9% urbano) y lo utilizan siempre el

16,0% de los chicos y 9,8% de las chicas, y el 14,3% de medio urbano en contraste con el 8,6% de los de zona rural. (Gráfico 12.4).

El 12,4% de los adolescentes subió a un vehículo en los últimos 30 días sabiendo que el conductor había consumido alcohol, sobre todo los chicos (14,9%, chicas 10,0%) sin diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico.

HIGIENE DENTAL

El 79,9% de los adolescentes se lava los dientes más de una vez al día y el 3,7% reconoce no lavárselos nunca o con menor frecuencia. El 4,6% no lo hace antes de acostarse. Las que tienen una mayor higiene dental son las chicas del medio urbano (87,8% más de una vez al día y el 79,1% siempre antes de acostarse), y las del medio rural (86,9% y un 76,4%, respectivamente). Los chicos del medio rural son los de peor higiene dental: el 10,2% nunca o menos de una vez al día, sólo el 67,0% antes de acostarse y el 9,8% nunca (Gráficos 13.1 y 13.2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ni por ámbito geográfico respecto a las visitas al dentista en los últimos 12 meses, siendo la media de 2 (DE = 4) (Gráfico 13.3).

RELACIONES CON LA FAMILIA

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 (56,5% fácil o muy fácil), seguido de la pareja del padre (46%). Sin embargo, con quien más difícil les resulta es con el padre (34,5% difícil o muy difícil), seguido de la pareja de la madre (29,2%) (Gráfico 14.1 y 14.2). Son más las chicas a las que les resulta muy difícil hablar tanto con el padre como con la madre y la pareja de ésta. Sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos respecto a la pareja del padre y en ninguno de los casos por ámbito geográfico. Sí las hay, sin embargo, respecto a la percepción de los adolescentes sobre si su familia intenta ayudarles, si reciben de ella el apoyo emocional que necesitan, está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones, o pueden hablar con ella de sus problemas, siendo los chicos los que están más de acuerdo en todos estos casos (Gráfico 14.3).

RELACIONES SOCIALES

El 89,3% de los adolescentes afirma que sale con otras personas para distraerse, principalmente las chicas, y también son éstas las que están más de acuerdo en que

sus amigos tratan realmente de ayudarles, que pueden hablar de sus problemas y que pueden contar con ellos cuando las cosas les van mal. Los chicos están más en desacuerdo con estas afirmaciones (Gráfico 15.1)

USO DE INTERNET Y DEL TELÉFONO MÓVIL

La mayoría (96,9%) dispone de un Smartphone (el 4,3% de los chicos y el 2,0% de las chicas no lo tienen) y el 42,9% usa internet en él casi constantemente (45,8% de las chicas y 40,0% de los chicos). Tan solo el 1,8% no lo usan nunca o lo hacen una vez a la semana o menos (Gráfico 16.1).

Suelen apagarlo siempre en clase (47,2%, principalmente en el medio urbano) y en lugares no permitidos (43,9%) aunque el 32,8% de los chicos y el 29,0% de las chicas no lo apagan nunca y el 8,2% de chicos y 13,5% de chicas sólo a veces. No suelen apagarlo al estudiar (45,1%) y al dormir (56,3%) (Gráfico 16.2) y el 35,6% no lo apaga nunca (43,8% medio rural, 33,6% urbano).

Respecto a la relación con desconocidos a través de internet en los últimos dos meses, el 51,8% de adolescentes ha intercambiado mensajes (el 27,0% varias veces a la semana, el 17% en 1 ó 2 ocasiones), el 23,9% ha recibido llamadas varias veces a la semana y el 22,4%

en 1 ó 2 ocasiones y el 8,6% de los jóvenes ha enviado imágenes propias en postura sexy o provocativa sin hallarse en ninguno de estos casos diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico. Sin embargo son más los chicos que reciben mensajes o imágenes de contenido sexual por parte de desconocidos (27,6% chicos, 16,2% chicas) y con más frecuencia (el 14,7% de chicos y 6,8% de chicas 1 ó 2 veces y el 8,2% de chicos y el 5,8% de chicas varias veces a la semana) (Gráfico 16.3 y 16.4).

ACOSO ESCOLAR

El 8,7% de los adolescentes sufrió maltrato escolar en los dos meses previos a la encuesta (el 0,9% una o más veces a la semana) y el 11,2% de los jóvenes participó en maltrato a otro/a compañero durante el mismo período. El 3,8% del total de adolescentes (38 jóvenes)

sufrió todos los tipos de acoso descritos en el cuestionario en alguna ocasión en esos dos meses. Cabe destacar que tan sólo 6 de estos 38 estudiantes (15,7%) se auto-definen como maltratados y 5 de ellos (12,5%) afirman ser maltratadores de otros compañeros. (Gráfico 17.1).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico en cuanto a haber sufrido maltrato pero sí en cuanto al tipo de acoso: es más frecuente ser víctima de mentiras o cotilleos inventados por parte de otros compañeros (27,9%, el 6,7% varias veces semana) en el ámbito rural (33,4%) que en el urbano (26,5%) (Gráfico 17.2). También hay diferencias por sexo en la participación de maltrato a otros compañeros: son más los chicos y con mayor frecuencia. Entre los que han sufrido maltrato escolar, un 25,9% han participado en el maltrato a otros compañeros.

A.2. Descripción de la población encuestada

A continuación se resume el análisis descriptivo de las características de la población de jóvenes que efectivamente participó en la encuesta y a partir de cuyas respuestas se pudo realizar el análisis posterior, es decir, estos datos se presentan sin ajustar.

Tras la revisión de las encuestas recuperadas a través de la aplicación informática utilizada, se logró obtener 1004 cuestionarios completos a partir de los cuales se pudo realizar el análisis de datos.

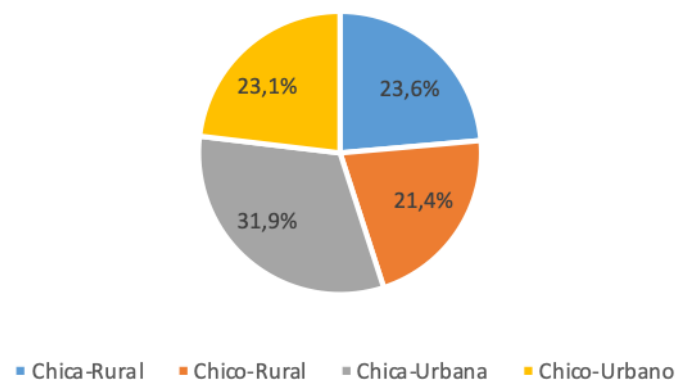
Del total de 1004 estudiantes que participaron en la encuesta, el 55,5% fueron chicas y el 44,5% fueron chicos. En cuanto al ámbito geográfico al que pertenecían, el 45,0% eran del medio rural y el 55,0% del urbano.

Teniendo en cuenta el sexo y el ámbito geográfico, el subgrupo con mayor proporción de participantes fue el de chicas del medio urbano con un 31,9%, seguido de las chicas del medio rural (23,6%) y los chicos del medio urbano (23,1%) (Tabla 1 y Figura 1).

Tabla 1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico

Sexo	Ámbito geográfico					
	Rural		Urbano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Chica	237	23,6	320	31,9	557	55,5
Chico	215	21,4	232	23,1	447	44,5
Total	452	45,0	552	55,0	1004	100,0

Figura 1. Distribución de participantes según sexo y ámbito geográfico



La edad media de los jóvenes fue de 15 años, siendo similar en chicos y chicas y jóvenes de medio rural y urbano. Cabe destacar que la proporción de jóvenes

con edad de 16 o más años es mayor en el medio rural que en el urbano (Tablas 2-4).

Tabla 2. Media de edad de participantes, por sexo y ámbito geográfico

		Edad		
		n	media	DE
Sexo	Chico	447	15,74	0,68
	Chica	557	15,62	0,60
Ámbito geográfico	Rural	452	15,81	0,70
	Urbano	552	15,56	0,56
Total		1004	15,67	0,64

Tabla 3. Distribución de participantes por edad y ámbito geográfico

Edad	Ámbito geográfico					
	Rural		Urbano		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 15	24	5,3	41	7,4	65	6,5
15	298	65,9	444	80,4	742	73,9
16	91	20,1	47	8,5	138	13,7
17	37	8,2	19	3,4	56	5,6
≥ 18	2	0,4	1	0,2	3	0,3
Total	452	100,0	552	100,0	1004	100,0

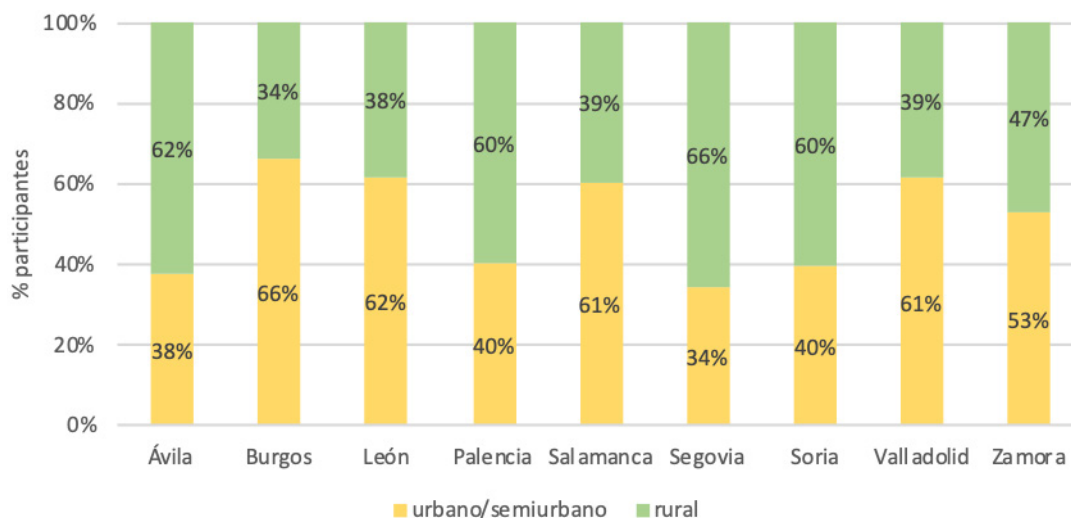
Tabla 4. Distribución de participantes por edad y sexo

Edad	Sexo					
	Chica		Chico		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 15	34	6,1	31	6,9	65	6,5
15	429	77,0	313	70,0	742	73,9
16	68	12,2	70	15,7	138	13,7
17	23	4,1	33	7,4	56	5,6
≥ 18	3	0,5	0	0	3	0,3
Total	557	100	447	100	1004	100,0

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

Valladolid un mayor porcentaje de participantes pertenecían al ámbito urbano/semiurbano. Zamora presenta porcentajes muy próximos a los autonómicos en ambos subgrupos (Figura 2).

Figura 2. Distribución de participantes por provincia y ámbito geográfico



A.3. Datos sociodemográficos

El primer bloque de preguntas de la encuesta, recogía las características sociodemográficas, incluyendo sexo, edad, país de nacimiento del participante y de los padres, situación laboral y nivel de estudios de los padres, información sobre los convivientes, número de hermanos, autopercepción de resultados académicos y de salud, y enfermedades y síntomas padecidos.

El 49,9% de los estudiantes son chicos mientras que el 50,1% son chicas. El 80,1% viven en el medio urbano/semiurbano, mientras que el 19,9% residen en el medio rural.

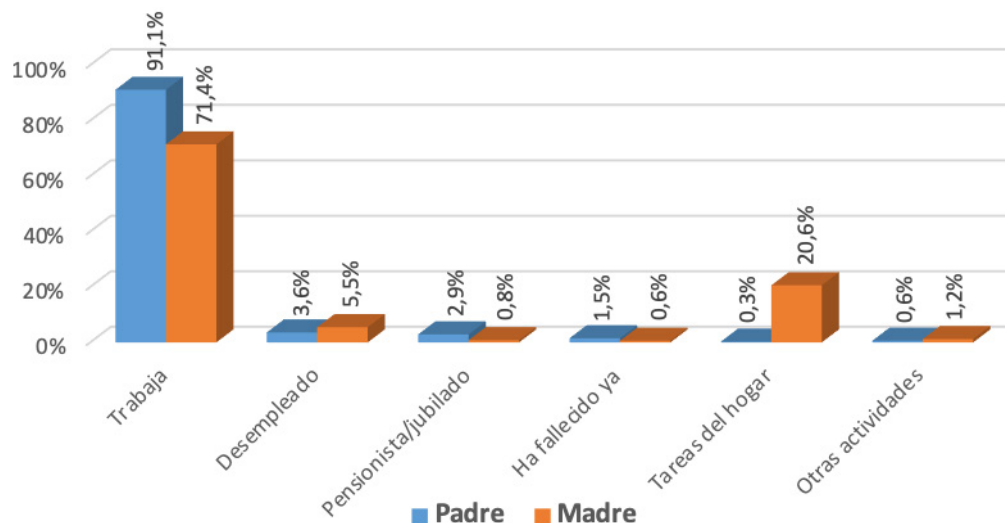
La edad media es de 15 años, siendo el mínimo 14 años en ambos sexos y el máximo 17 en el caso de los chicos y 18 años en las chicas. El 88,1% de los jóvenes tienen 15 o 16 años.

En relación con el país de nacimiento, el 95,0% de los estudiantes nacieron en España, al igual que el 90,1% de los padres y el 89,8% de las madres, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico.

Respecto a la situación laboral de los progenitores, el 91,1% de los padres trabaja en comparación con el 71,4% de las madres. Por otra parte, el 20,6% de las madres se dedican a las tareas del hogar en contraposición con el 0,3% de los padres que se dedican a ello.

El 3,6% de los padres están desempleados y el 2,9% son pensionistas o están jubilados a diferencia de las madres con el 5,5% y el 0,8% respectivamente (Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1. Situación laboral de los progenitores



La proporción de madres que trabajan es mayor en el medio urbano (72,9%) que en el rural (64,2%), mientras que en el medio rural hay un mayor porcentaje de madres que se dedican a las tareas del hogar (27,9%) en comparación con las que tienen esa dedicación en el medio urbano (18,7%). Se encuentra una mayor proporción de madres desempleadas en el medio urbano (5,9%) que en el rural (4,0%).

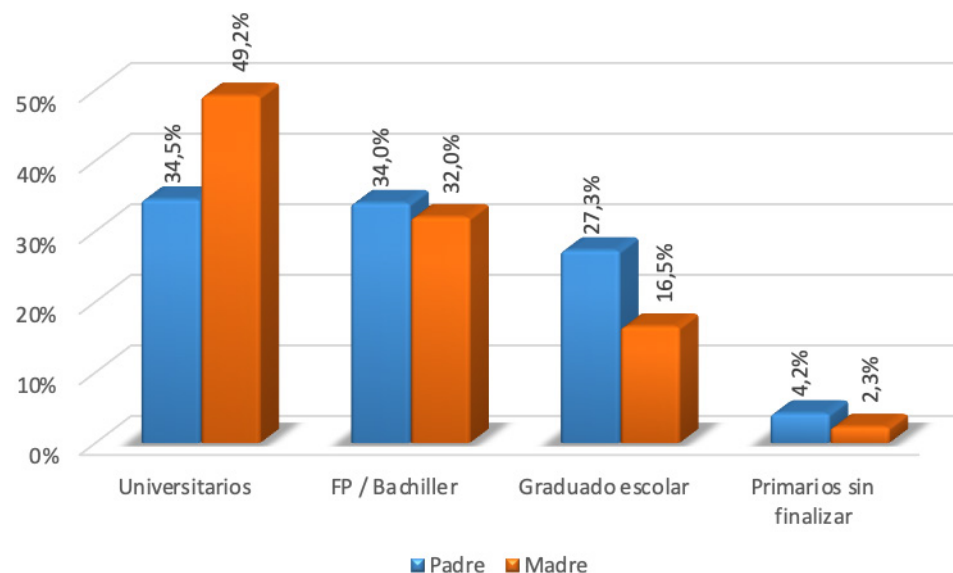
Hay mayor porcentaje de padres en el medio urbano que trabajan en comparación con el medio rural (92,3% y 86,5%; respectivamente). En cambio, en el medio rural hay mayor porcentaje de padres desempleados y pensionistas o jubilados (4,5% y 5,0%) que en el medio urbano (3,4% y 2,4%). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Las madres han recibido formación académica universitaria en mayor proporción que los padres

(49,2% y 34,5% respectivamente). Por otra parte, el 27,3% de los padres han alcanzado el graduado escolar mientras que el 16,5% de madres lo han hecho. La proporción de padres y madres que tienen estudios de FP o

Bachillerato es similar (34% y 32% respectivamente), sin embargo, hay mayor proporción de padres sin estudios o con estudios primarios sin finalizar (padres: 4,2%; madres: 2,3%) (Gráfico 3.2).

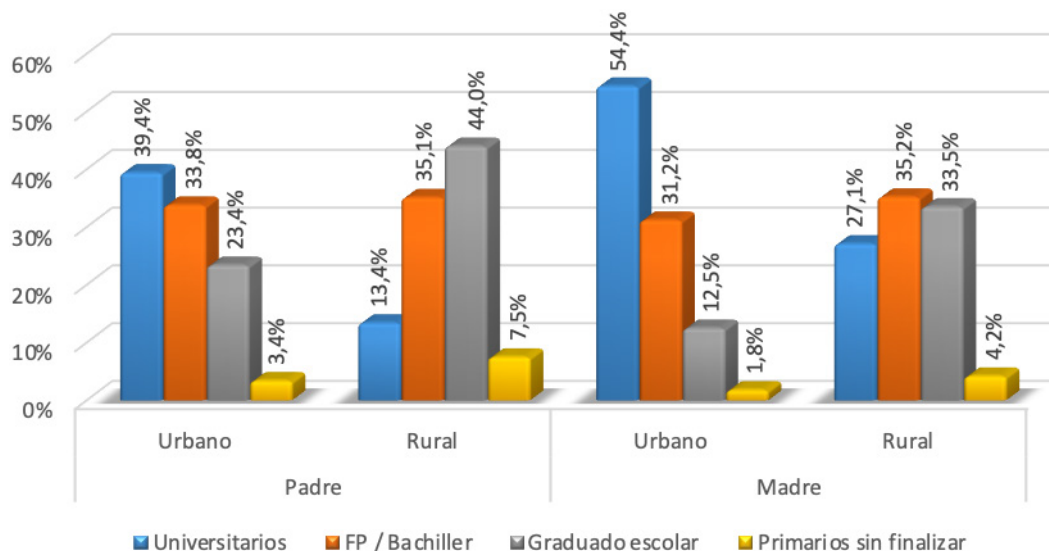
Gráfico 3.2. Mayor nivel de estudios completados por los progenitores



El nivel de estudios de los progenitores del medio urbano es superior al de aquéllos del medio rural: el 54,4% de madres y el 39,4% de padres tienen estudios

universitarios, en comparación con el 27,1% de madres y el 13,4% de padres del medio rural (p < 0,001) (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3. Mayor nivel de estudios completados por los progenitores según el ámbito



El número medio de personas con las que conviven es 3, siendo el rango de 1 a 7. La mayoría de los jóvenes conviven con su madre (97,1%), su padre (89,1%) o sus hermanos (73,5%). Además, el 5,7% de estudiantes conviven con otros familiares, el 1,8% con otras personas y el 1,9% con la pareja. El número de hermanos es de 0 a 9, siendo la media de un hermano en todas las categorías. Las diferencias respecto al número de convivientes, las personas con las que conviven y el número de hermanos no son estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico.

Respecto a la autopercepción de sus resultados académicos en comparación con los compañeros de clase, el 17,5% de los estudiantes manifiestan encontrarse en el grupo de la clase que obtiene mejores notas y el 31,6% en el grupo medio-alto. El 36,6% se sitúan en el grupo medio, el 12,0% en el medio-bajo y el 2,3% en el grupo de peores notas.

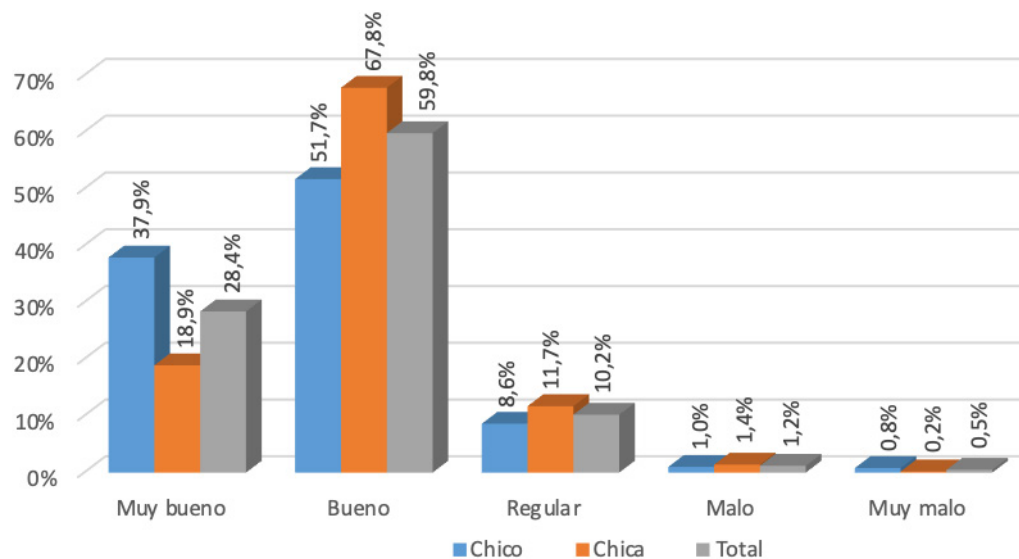
El 19,9% de las chicas se clasifican en el grupo de mejores notas de la clase y el 31,0% en el grupo

medio-alto, en comparación con el 15,2% y el 32,2% respectivamente en los chicos. El 37,8% de los chicos se sitúan en el grupo medio (35,4% de chicas) y el 3,6% en el grupo de peores notas (1,0% de chicas), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,021$).

En el ámbito urbano el 51,0% de estudiantes se sitúan en el grupo de notas por encima de la media en comparación con el 41,5% de los de medio rural ($p = 0,054$).

La mayoría de los jóvenes consideran que su salud es “buena” o “muy buena” (88,2%), aunque el 37,9% de los chicos consideran que su salud es “muy buena” en comparación con el 18,9% de las chicas. Por otro lado, son más las chicas las que consideran su salud “buena” (67,8%) que los chicos (51,7%). Únicamente el 1,8% de los chicos y el 1,6% de las chicas consideran su salud “mala” o “muy mala” ($p < 0,001$) (Gráfico 3.4).

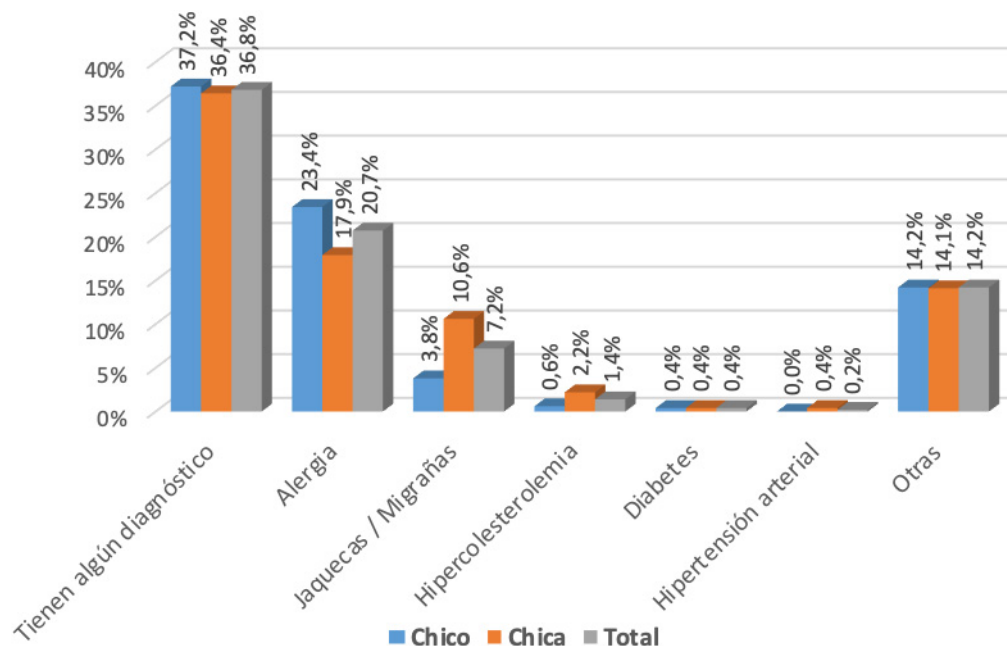
Gráfico 3.4. Estado de salud autorreferido



El 36,4% de las chicas y el 37,2% de los chicos refieren haber sido diagnosticados de alguna enfermedad ($p = 0,788$). La más frecuente es la alergia (20,7%) y más en chicos (23,4%) que en chicas (17,9%) ($p = 0,032$),

seguida de las jaquecas, migrañas o dolores de cabeza (7,2%) que es más común en chicas (10,6%) que en chicos (3,8%) ($p < 0,001$) (Gráfico 3.5).

Gráfico 3.5. Enfermedades diagnosticadas



Los síntomas que han presentado en los últimos 6 meses son irritabilidad (52,8%), nerviosismo (52,5%), dolor de espalda (43,8%) y bajo ánimo (42,4%). Las chicas han padecido más sintomatología que los chicos: irritabilidad (chicas: 64,8%; chicos: 40,8%), dolor de estómago (chicas: 41,4%; chicos: 21,0%), bajo estado de

ánimo (chicas: 52,9%, chicos: 31,8%) ($p < 0,001$) (Gráfico 3.6). En cuanto a la frecuencia de presentación de los síntomas también es el grupo de las chicas el que los padece con mayor frecuencia y asimismo son las que padecen en mayor proporción sintomatología casi a diario (Gráfico 3.7).

Gráfico 3.6. Sintomatología últimos 6 meses

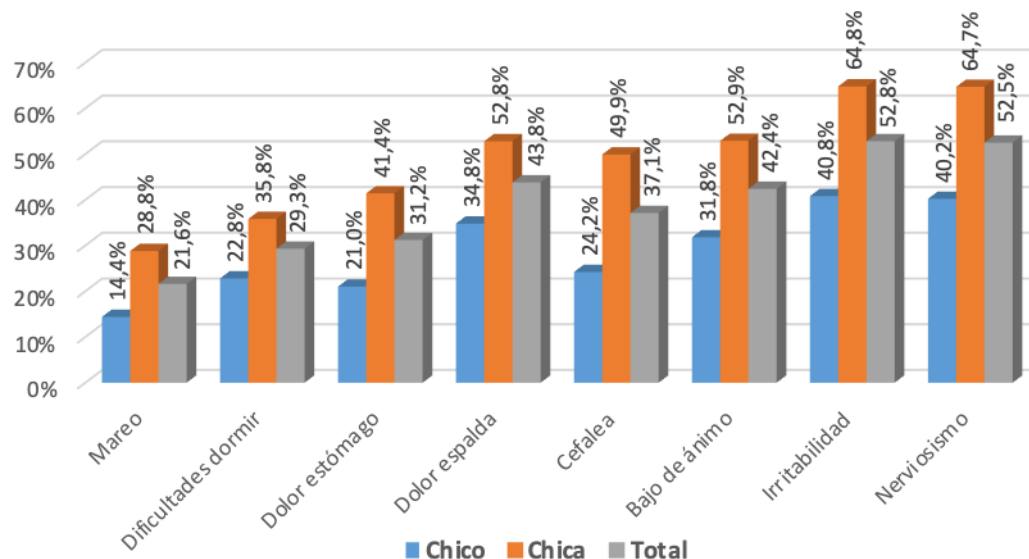
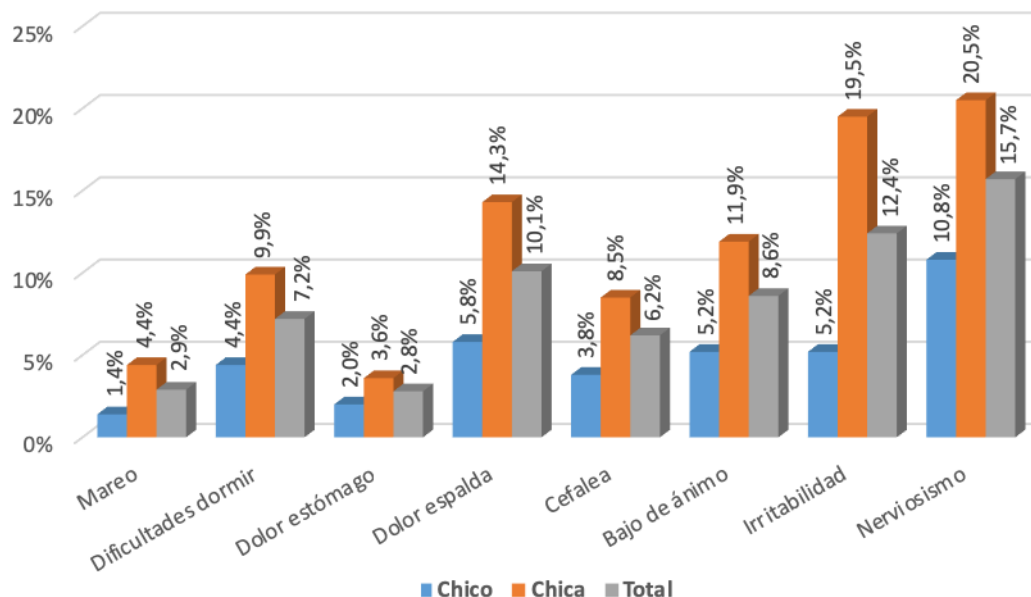


Gráfico 3.7. Sintomatología padecida casi a diario en los últimos 6 meses



Al valorar en qué nivel 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 peor puntuación es la de las chicas de medio rural (media: 6,95), y la mejor la de los

chicos de medio rural (media: 7,58). Los chicos y chicas de medio urbano tienen puntuaciones intermedias (7,55 y 7,19 respectivamente) ($p < 0,001$).

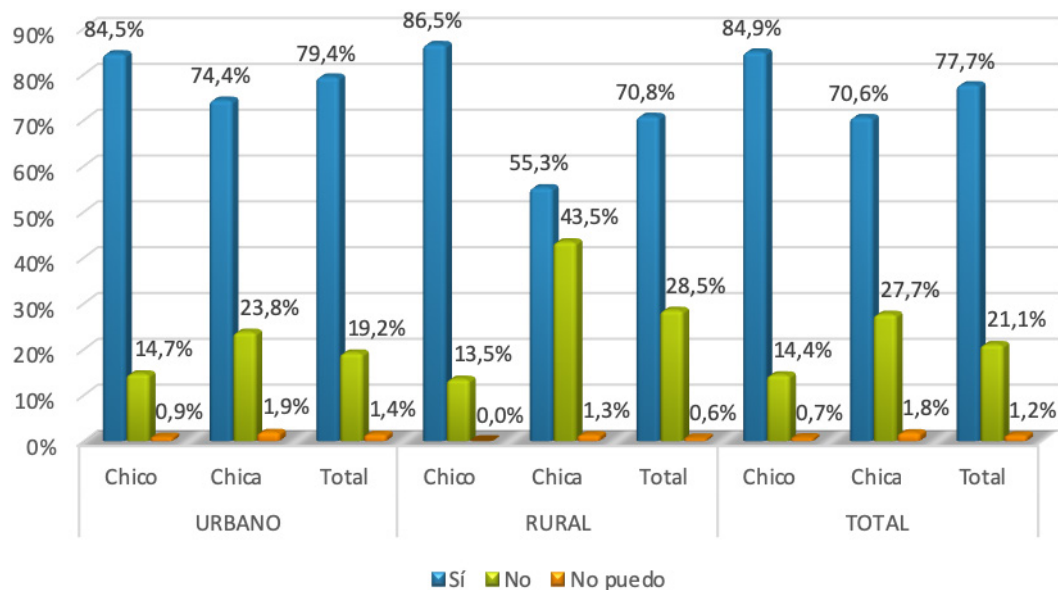
A.4. Actividad física

Para conocer los aspectos relacionados con la actividad física, se preguntó acerca de la realización de ejercicio con frecuencia (al menos durante 30 minutos al día), el tipo de actividad, cuántos días a la semana y horas al día, así como el tiempo sentado frente a la pantalla (televisión, consola, ordenador, tableta, móvil) y el tiempo que emplea en los desplazamientos caminando o en bicicleta al centro escolar.

El 77,7% de los jóvenes afirman realizar con frecuencia alguna actividad física al menos 30 minutos al

día durante su tiempo libre y fuera del horario escolar. Los jóvenes que más actividad física realizan pertenecen al ámbito urbano (79,4%) mientras que en el ámbito rural realizan ejercicio el 70,8% ($p = 0,010$). Por otra parte son los chicos los que realizan actividad física en mayor proporción (84,9%) en contraste con las chicas (70,6%) ($p < 0,001$). Los chicos del medio rural destacan por ser los que más realizan actividad física (86,5%) mientras que las chicas del medio rural son las que lo hacen en menor proporción (55,3%) ($p < 0,001$) (Gráfico 4.1).

Gráfico 4.1. Relación de actividad física por sexo y ámbito geográfico



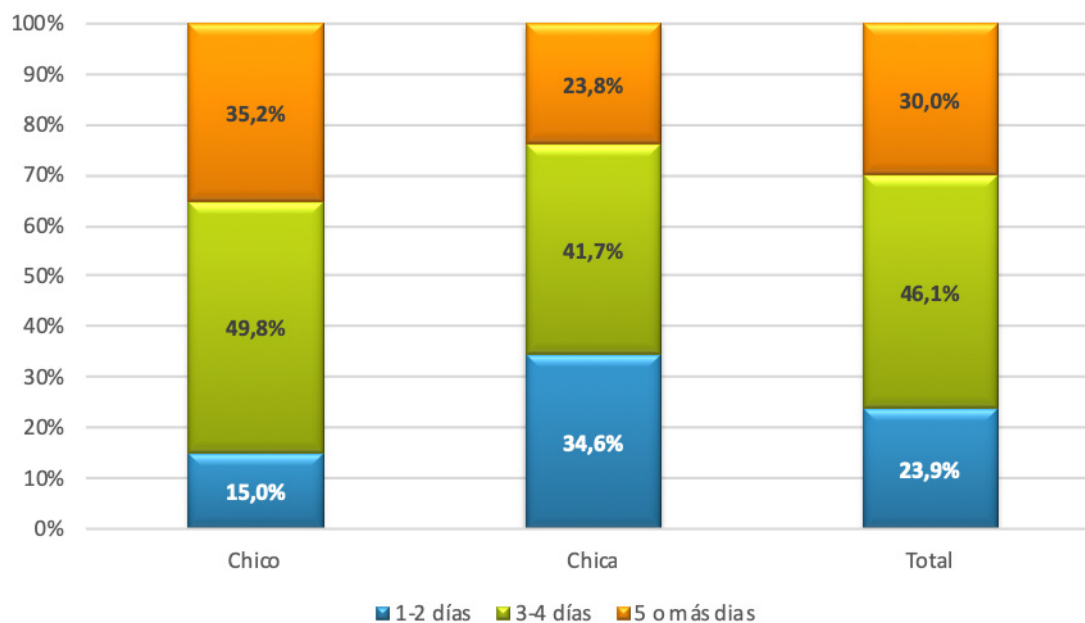
Entre los chicos que realizan ejercicio, el deporte más practicado es el fútbol (por el 42,6%), seguido del ciclismo (12,9%) y el baloncesto (12,1%). Las chicas practican más frecuentemente la danza o baile (19,0%), seguido de la natación (10,1%) y el voleibol (9,4%).

Según el ámbito geográfico, es más frecuente la práctica de fútbol tanto en el medio urbano como en el rural (22,2% y 31,1% respectivamente), seguido de la natación en el ámbito urbano (11,7%) y el ciclismo en el rural (12,3%).

Los chicos que practican alguna actividad física lo hacen con mayor frecuencia que las chicas. El 23,0%

de chicos realizan actividad física 5-6 días a la semana mientras que el 12,2% lo hace todos los días, a diferencia de las chicas con un 16,2% y un 7,6% respectivamente ($p < 0,001$) (Gráfico 4.2). En cuanto a la duración, el 71,1% de los estudiantes que practican actividad física emplean 1-2 horas al día en ello (66,5% de los chicos y 76,6% de las chicas). Por otra parte, son más los chicos que chicas los que realizan actividad física durante más de dos horas al día (26,7% y 14,0% respectivamente) ($p < 0,001$).

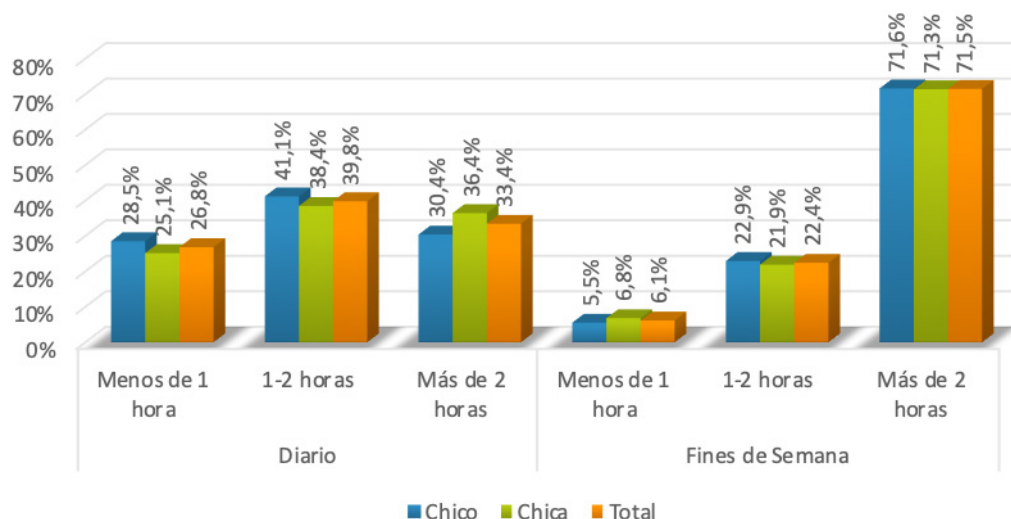
Gráfico 4.2. Número de días de ejercicio semanal



El 36,4% de las chicas pasan más de 2 horas al día frente a la pantalla (televisión, consola, ordenador, tableta, móvil) en los días de diario, mientras que en los chicos esta proporción es del 30,4% ($p = 0,113$). En

cambio, los fines de semana y festivos la proporción de chicos y de chicas pasan más de dos horas frente a las pantallas es similar (71,6% y 71,3%, respectivamente) ($p = 0,709$) (Gráfico 4.3).

Gráfico 4.3. Tiempo de pantalla días de diario y fin de semana/festivos, por sexo

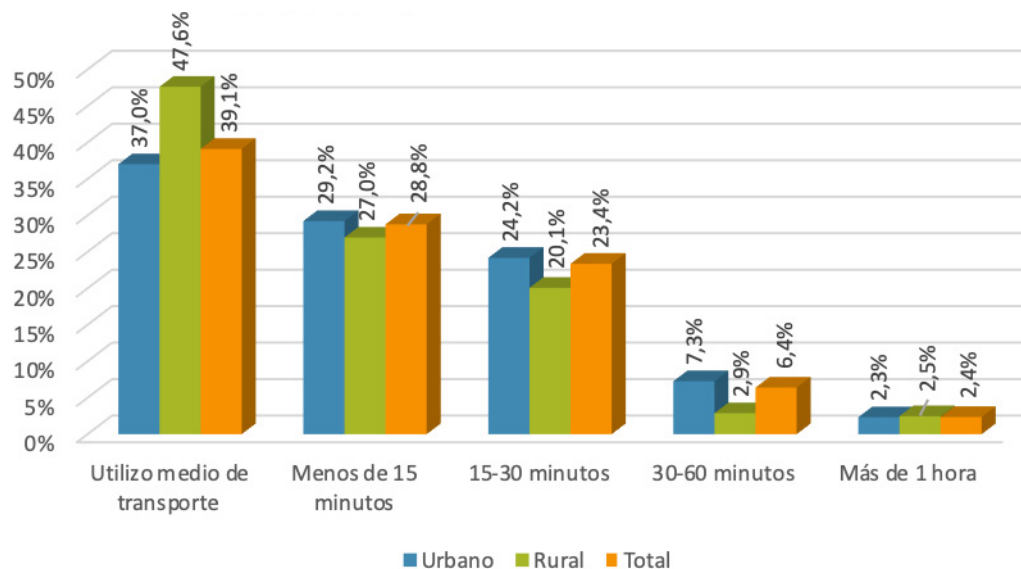


En cuanto al ámbito geográfico, es en el medio rural donde emplean más tiempo delante de las pantallas en los días de diario ya que el 39,9% pasan más de 2 horas en contraste con el 31,8% del medio urbano ($p = 0,013$). En cambio, los fines de semana o festivos este porcentaje es mayor entre los jóvenes del medio urbano con un 72,8% frente al 66,0% de los de medio rural ($p = 0,011$).

El 39,1% de jóvenes utilizan medio de transporte (coche, autobús, moto) para acudir al centro escolar. El 28,8% tardan menos de 15 minutos al día en los traslados al centro escolar caminando o utilizando la bicicleta,

mientras que el 23,4% tardan 15-30 minutos y el 6,4% entre 30-60 minutos al día. Las diferencias por sexo no son relevantes, sin embargo sí lo son según el ámbito geográfico. En el medio rural lo más frecuente es utilizar medio de transporte para ir al centro escolar (47,6%) y en mayor proporción que en el medio urbano (37,0%). Por otro lado, en el medio urbano el 24,2% de jóvenes emplean 15-30 minutos al día en ir caminando o en bici, y un 7,3% tardan 30-60 minutos mientras que en el medio rural tan solo el 2,9% lo hacen ($p = 0,033$) (Gráfico 4.4).

Gráfico 4.4. Desplazamiento al centro escolar, por ámbito geográfico



A.5. Índice de masa corporal

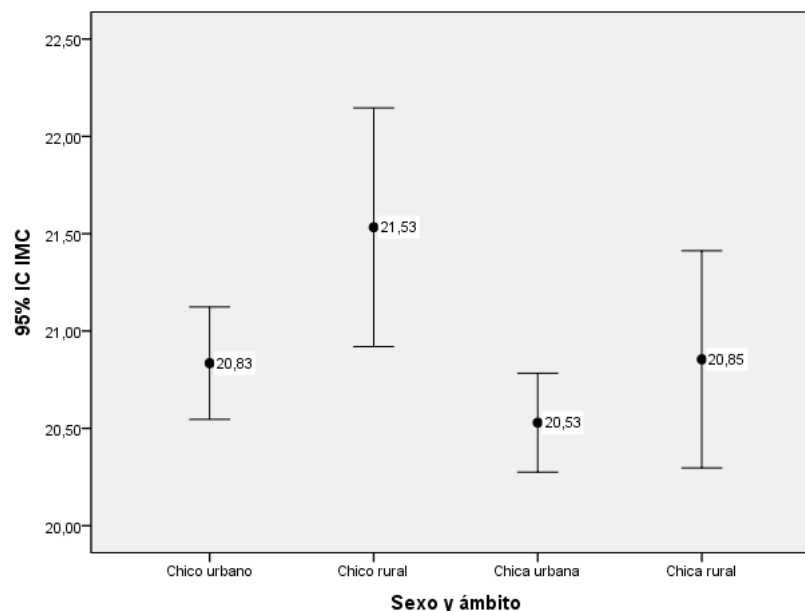
Para valorar el índice de masa corporal (IMC) de los jóvenes se les preguntó acerca de su peso, su estatura y su autopercepción del peso en función de la altura.

La estatura media y el peso medio autorreferidos es en el caso de los chicos de 173,23 cm (DE 7,63) y 62,95 Kg (DE 9,75), y en las chicas de 163,18 cm (DE 6,80) y 54,85 Kg (DE 7,73) ($p < 0,001$) sin encontrarse

diferencias estadísticamente significativas según el ámbito geográfico.

Las chicas del medio urbano tienen de media el IMC más bajo (20,53; DE 2,59) mientras que el IMC medio más alto se observa en los chicos del medio rural (21,53; DE 3,07) ($p = 0,015$) (Gráfico 5.1).

Gráfico 5.1. IMC según sexo y ámbito geográfico



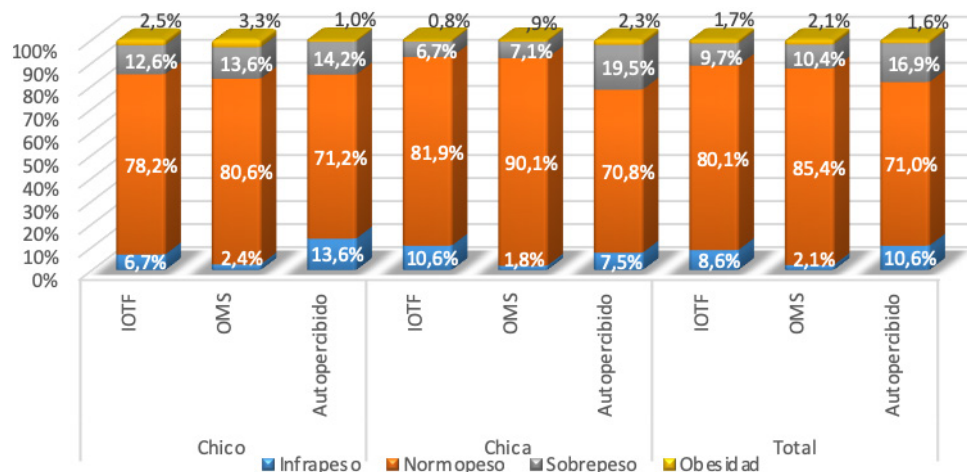
Teniendo en cuenta la clasificación del IMC en las categorías de infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad según la International Obesity Task Force (IOTF), el 81,9% de las chicas el 78,2% de los chicos tienen un peso normal. Por otra parte, un 10,6% de las chicas tienen infrapeso en comparación con el 6,7% de los chicos. Sin embargo, el sobrepeso y la obesidad son más frecuentes en los chicos: el 12,6% tienen sobrepeso y el 2,5% obesidad, a diferencia de las chicas que son el 6,7% y el 0,8% respectivamente ($p < 0,001$).

En cambio, al clasificar el IMC según las categorías de nivel de peso que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), tan solo el 1,8% de las

chicas y el 2,4% de los chicos tienen infrapeso. El porcentaje de jóvenes con sobrepeso y obesidad aumenta levemente en ambos grupos, siendo en los chicos de 13,6% y 3,3% respectivamente y en las chicas de 7,1% y 0,9% ($p < 0,001$).

Respecto a la autopercepción de los jóvenes sobre su peso en función de su estatura, el 71,2% de los chicos y el 70,8% de las chicas consideran que su peso es normal. Cabe destacar que el 14,2% de los chicos y el 19,5% de las chicas consideran que su peso es algo mayor de lo normal y el 1,0% y el 2,3% respectivamente lo consideran bastante mayor de lo normal ($p < 0,002$) (Gráfico 5.2).

Gráfico 5.2. Categorías de nivel de peso según la IOTF, la OMS y el peso autopercebido



La clasificación de la OMS detecta más sobrepeso y obesidad mientras que la escala de la IOTF detecta más infrapeso. Sin embargo la concordancia entre ambas es sustancial, con un valor kappa de 0,731 ($p < 0,001$). Para comparar las categorías de IMC autopercebido con las categorías de la IOTF y de la OMS se equipararon de la siguiente manera: infrapeso con peso “menor de lo normal”, normopeso con peso “normal”, sobrepeso con peso “algo mayor de lo normal” y obesidad con peso “bastante mayor de lo normal”. De este modo, la concordancia del IMC autopercebido con la clasificación de la IOTF es mayor (kappa = 0,324; $p < 0,001$) que con la clasificación de la OMS (kappa = 0,310; $p < 0,001$), 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

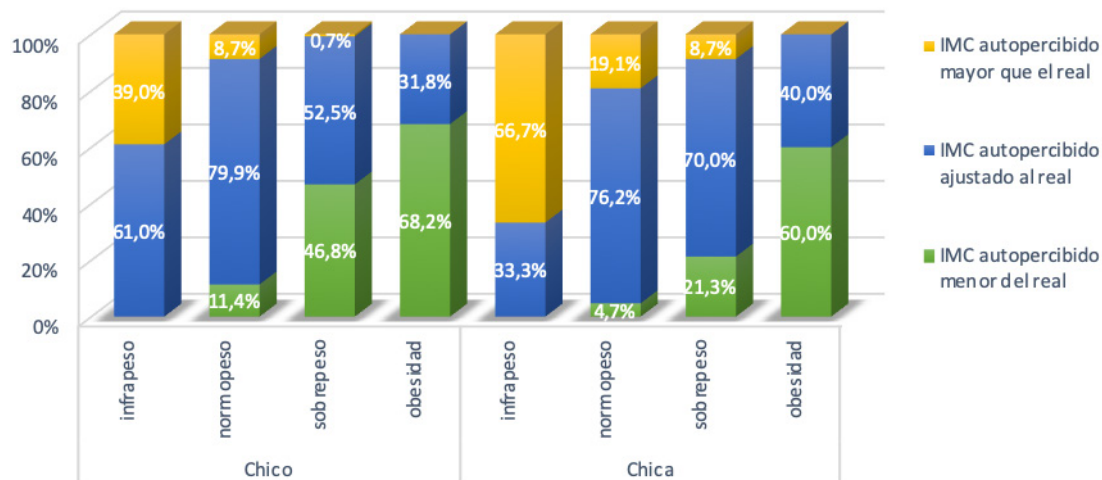
percepción de su peso más ajustada a la realidad (79,9% y 76,2%, respectivamente).

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

Las chicas tienen en mayor proporción que los chicos la percepción de que su peso está por encima del real, siendo especialmente llamativo el caso de las chicas con infrapeso, donde el 66,7% de estas consideran que su peso es mayor que el real.

En cambio, son los chicos los que en mayor porcentaje tienen la percepción de que su peso es inferior al real. De esta manera, el 68,2% de los chicos con obesidad y el 46,8% de aquellos con sobrepeso, consideran que su peso es menor del real, a diferencia del 60,0% y 21,3% de las chicas, respectivamente (Gráfico 5.3).

Gráfico 5.3. Distorsión de la autopercepción del peso, por sexo



A.6. Alimentación

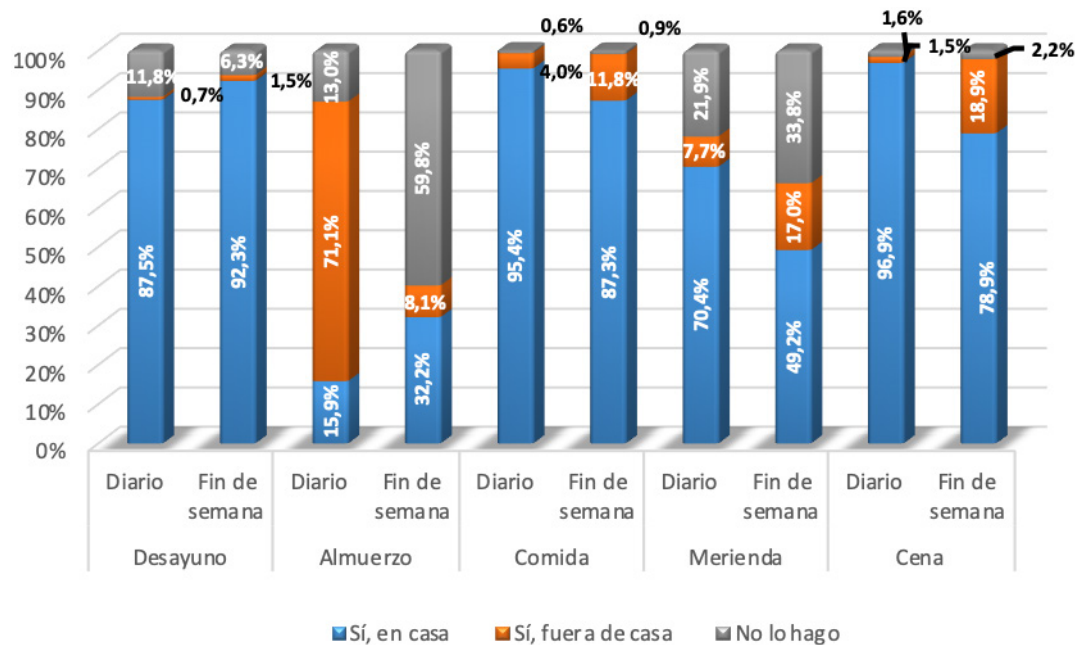
En relación con la dieta y la alimentación, se hicieron preguntas acerca de: la realización o no de cada una de las comidas principales (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena), tanto en días de diario como en días de fin de semana o festivos, y el lugar (en casa, fuera de casa), el número de comidas que suelen hacer al día, si cuando comen o cenan en casa lo hacen viendo la televisión, el tipo de leche o productos lácteos (enteros/semidesnatados/desnatados) que toman habitualmente, la frecuencia de consumo de snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos, etc.), la frecuencia de consumo en los últimos 7 días de distintos tipos de alimentos y bebidas, el número de piezas de fruta que toman diariamente de forma habitual y si durante los últimos 12 meses han seguido alguna dieta especial o han realizado modificaciones en su dieta habitual (por motivos de enfermedad, para adelgazar, para engordar, por otros motivos).

La mayor parte de los jóvenes desayunan en casa o fuera de casa los días de diario (88,2%) y los días de fin de semana (93,8%). Sin embargo, el 11,8% no desayunan los días de diario y el 6,3% no lo hacen los fines de semana.

Por otro lado, el 71,1% de los jóvenes almuerzan fuera de casa en los días de diario, en cambio los fines de semana el 59,8% de jóvenes no toman almuerzo.

Los días de diario comen en casa más jóvenes (95,4%) que en los días de fin de semana (87,3%), mientras que en los fines de semana comen fuera de casa más jóvenes que los días de diario (11,8% y 4,0%, respectivamente). Son más los jóvenes que meriendan los días de diario (78,1%) que los días de fin de semana (66,2%). En los días de diario la mayoría de los jóvenes cenan en casa (96,9%), mientras que los fines de semana el 18,9% lo hace fuera de casa (Gráfico 6.1).

Gráfico 6.1. Realización de las principales comidas en días de diario y fin de semana o festivos



No se encuentran diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico en la mayoría de los casos.

Por sexo, hay un mayor porcentaje de chicas que no suelen desayunar los días de diario (15,9%), en contraste con el 7,7% de los chicos ($p < 0,001$), observándose también estas diferencias en los días de fin de semana (chicas: 7,9%; chicos: 4,6%; $p = 0,029$). De igual manera, hay un mayor porcentaje de chicas que en los días de fin de semana no realizan las cenas (3,3%; chicos: 1,0%) ($p = 0,010$) y el almuerzo (64,7%; chicos: 59,49%) ($p = 0,002$).

Según el ámbito geográfico no se encuentran resultados estadísticamente significativos.

El número medio de comidas al día es de 4,30 (DE 0,86) los días de diario, y de 3,94 (DE 0,90) los días de fin de semana, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico.

Por otra parte, el 67,7% de los jóvenes señalan que ven la televisión mientras comen y/o cenan.

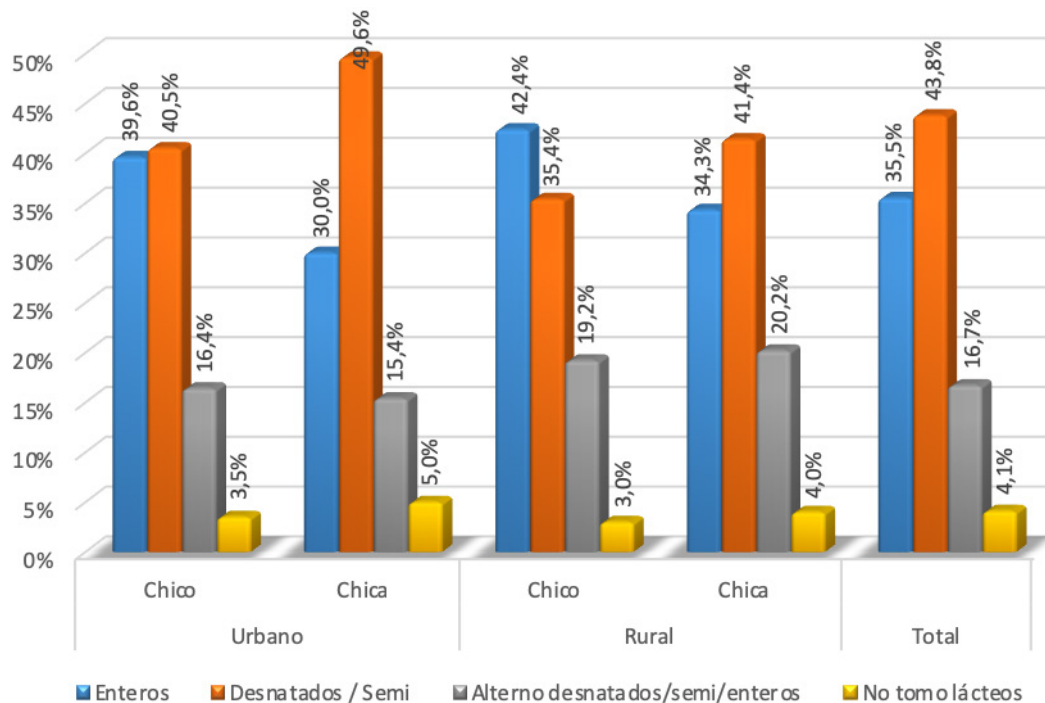
En cuanto al tipo de leche y productos lácteos que consumen habitualmente los jóvenes, los desnatados o

semidesnatados son los más consumidos (43,8%), seguidos de los enteros (35,5%). El 4,1% de los estudiantes no toman lácteos, y el 16,6% alternan entre enteros/semidesnatados/desnatados.

Los chicos consumen más lácteos enteros (40,3%) aunque casi en la misma proporción que los semidesnatados o desnatados (39,5%), mientras que las chicas consumen de forma notable más los semidesnatados o desnatados (48,1%) que los enteros (30,8%) ($p = 0,010$). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico.

Las chicas urbanas no toman lácteos en mayor proporción que otros jóvenes (5,0%), y casi la mitad de este subgrupo de población consume lácteos semidesnatados o desnatados (49,6%); los chicos rurales son los que más toman lácteos enteros (42,4%); por otra parte las chicas rurales en un 20,2% alternan entre lácteos enteros/semidesnatados/desnatados; aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p = 0,081$) (Gráfico 6.2).

Gráfico 6.2. Consumo de lácteos por sexo y ámbito geográfico



En cuanto al consumo de snacks (patatas fritas de bolsa, gusanitos, cortezas o similares), no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por ámbito geográfico. La mayoría de jóvenes (55,9%) consumen snacks algunos días a la semana, el 37,8% no los consumen nunca o casi nunca y tan solo el 6,3% admiten consumirlos la mayoría de los días.

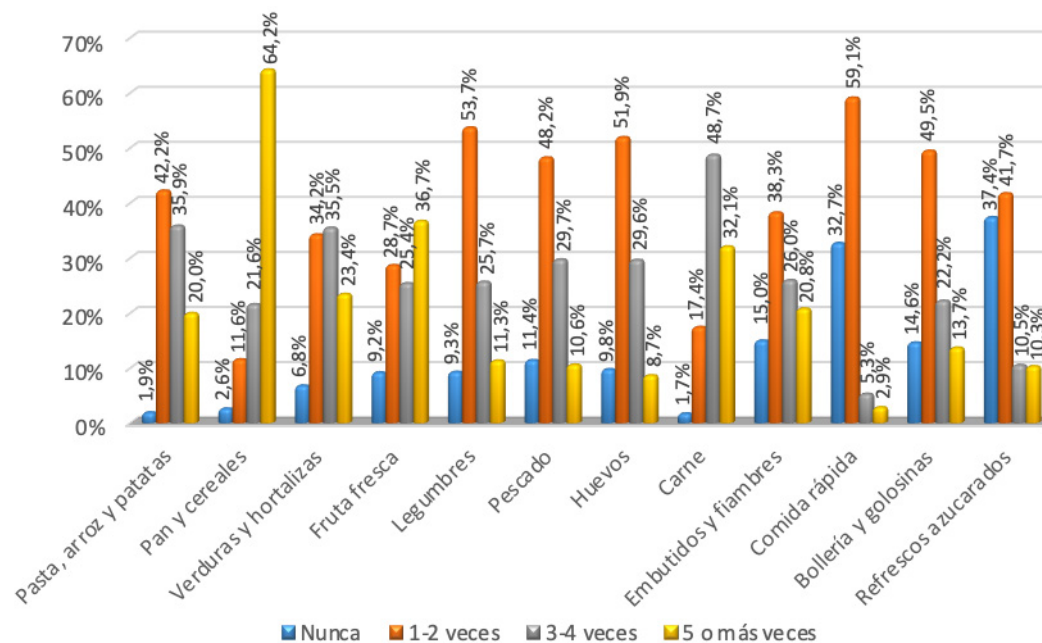
Respecto a los alimentos que han tomado en los últimos 7 días, los más consumidos son el pan y cereales, habiendo sido consumidos 5 o más veces por el 64,2% de jóvenes, seguido de la fruta fresca (36,7%) y de la carne (32,1%). El 48,7% ha comido carne 3-4 veces, mientras que el 26,0% han comido embutidos o

fiambres 3-4 veces y el 20,8% en 5 o más ocasiones en la última semana.

El 59,1% han consumido comida rápida 1-2 veces en los últimos 7 días, el 49,5% dulces (bollería o golosinas) y el 41,7% refrescos con azúcar. La mayoría tan sólo han tomado 1-2 veces en la última semana huevo (51,9%) y pescado (48,2%).

Las legumbres y las verduras y hortalizas son consumidas con poca frecuencia: la mayoría de jóvenes (53,7%) han consumido legumbres en 1 o 2 ocasiones en la última semana, el 34,2% han consumido verduras en 1 o 2 ocasiones y el 35,5% en 3-4 ocasiones (Gráfico 6.3).

Gráfico 6.3. Consumo de distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días



Los chicos consumen huevo con más frecuencia que las chicas: el 10,7% de chicos han consumido huevo 5 veces o más en los últimos 7 días (chicas: 6,7%) y el 32,8% en 3-4 ocasiones (chicas: 26,5%) ($p = 0,007$). Las chicas también consumen menos comida rápida: el 36,8% no la han consumido en la última semana en comparación con el 28,5% de los chicos ($p = 0,020$). Sin embargo, las chicas consumen verduras con más frecuencia: el 25,8% de chicas han consumido verduras en 5 o más ocasiones en la última semana (chicos: 21,1%) y el 37,9%, 3-4 veces (chicos: 33,0%) ($p = 0,005$). Las diferencias más llamativas se encuentran en el consumo de refrescos azucarados, donde el 14,1% de chicos indican haberlos consumido en 5 o más ocasiones a lo largo de la última semana y el 13,2% en 3-4 ocasiones (chicas: 6,6% y 7,9% respectivamente), mientras que el 46,6% de chicas indican que no han consumido refrescos azucarados en la última semana (chicos: 28,1%) ($p < 0,001$).

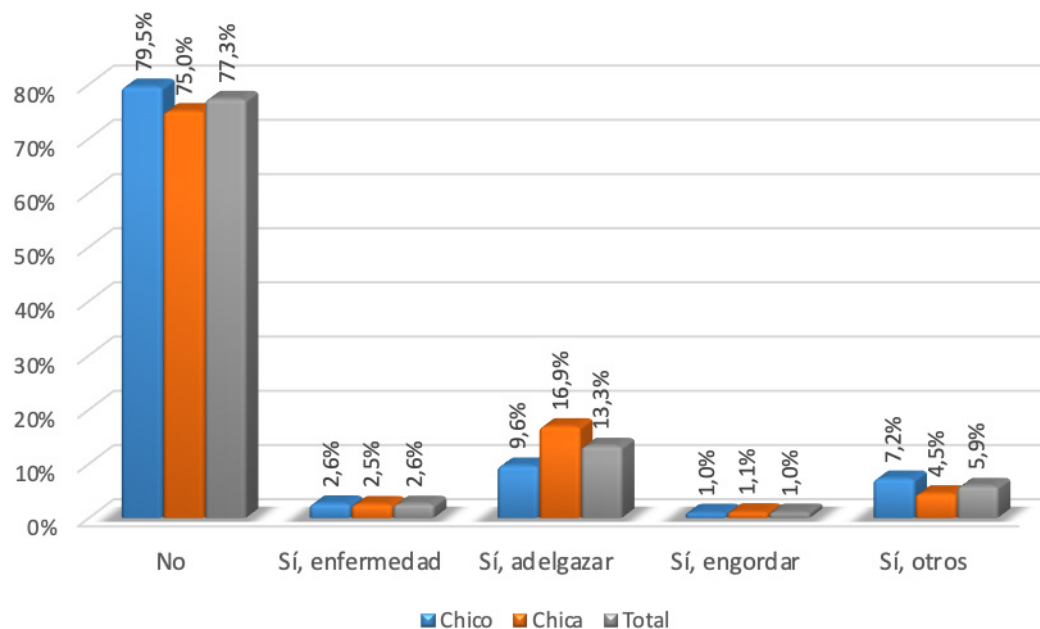
El 55,8% de los estudiantes suelen consumir 1-2 piezas de fruta al día, tan sólo el 4,1% toma 5 o más

piezas, y el 19,7% no toman fruta habitualmente. No se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos, aunque sí según el ámbito geográfico al que pertenecen.

El 22,1% de los jóvenes del ámbito urbano/semiurbano consumen 3-4 piezas de fruta a diario en comparación con el 13,8% del medio rural. Además, cabe destacar que el 25,8% de jóvenes del ámbito rural no toman fruta habitualmente, siendo este porcentaje del 18,2% en el ámbito urbano/semiurbano ($p = 0,017$).

El 77,3% de los jóvenes no han seguido ninguna dieta especial o han modificado su dieta habitual en los últimos 12 meses, mientras que el 13,3% lo han hecho con intención de adelgazar y solamente el 1,0% para engordar. Es mayor el porcentaje de chicos que no han modificado su dieta (79,5%) en comparación con las chicas (75,0%). El 16,9% de las chicas han seguido una dieta especial para adelgazar, siendo este porcentaje mayor que en el caso de los chicos (9,6%) ($p = 0,008$) (Gráfico 6.4).

Gráfico 6.4. Modificaciones en la dieta habitual, por sexo



A.7. Alimentación e índice de masa corporal

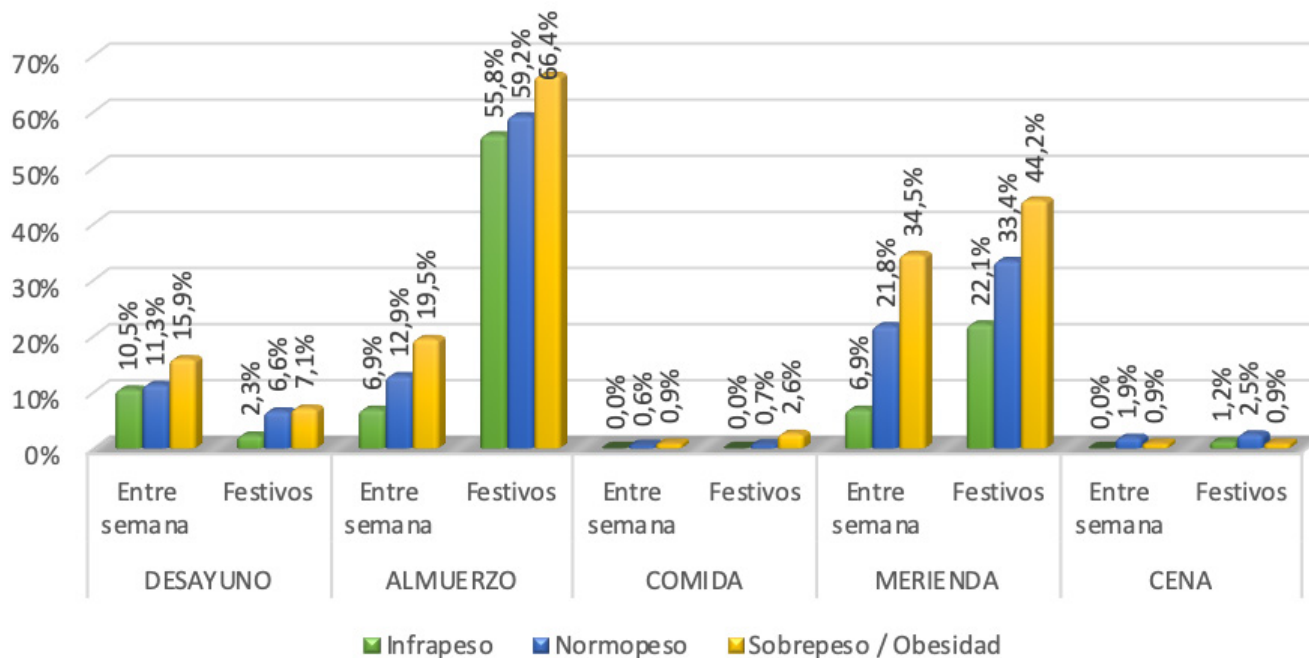
La comida principal que se saltan con mayor frecuencia los jóvenes es el almuerzo, siendo este porcentaje del 13,1% en los días de diario (19,5% de los jóvenes con sobrepeso u obesidad, 12,9% con normopeso, 6,9% con infrapeso; $p = 0,030$), y del 59,7% en los días de fin de semana o festivos, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas según las categorías de nivel de peso de la IOTF en este caso. La merienda también es omitida por un alto porcentaje de jóvenes: el 22,0% de jóvenes en los días de diario y el 33,7% los días de fin de semana o festivos, observándose que los jóvenes con sobrepeso u obesidad son los que más se saltan esta comida, seguidos de los que tienen normopeso y aquéllos con infrapeso, tanto los

días de diario ($p < 0,001$) como en los fines de semana o festivos ($p = 0,004$).

Por otra parte, la comida del mediodía y la cena son las comidas principales que menos se saltan tanto en los días de diario (0,6% y 1,6% respectivamente) como en los fines de semana o festivos (0,9% y 2,2% respectivamente), sin hallarse diferencias estadísticamente significativas según las categorías de nivel de peso.

Cabe destacar que el 11,8% de jóvenes no desayunan los días de diario mientras que los fines de semana o festivos por este porcentaje es del 6,3%. En mayor proporción los jóvenes con sobrepeso u obesidad son los que se saltan el desayuno, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 7.1).

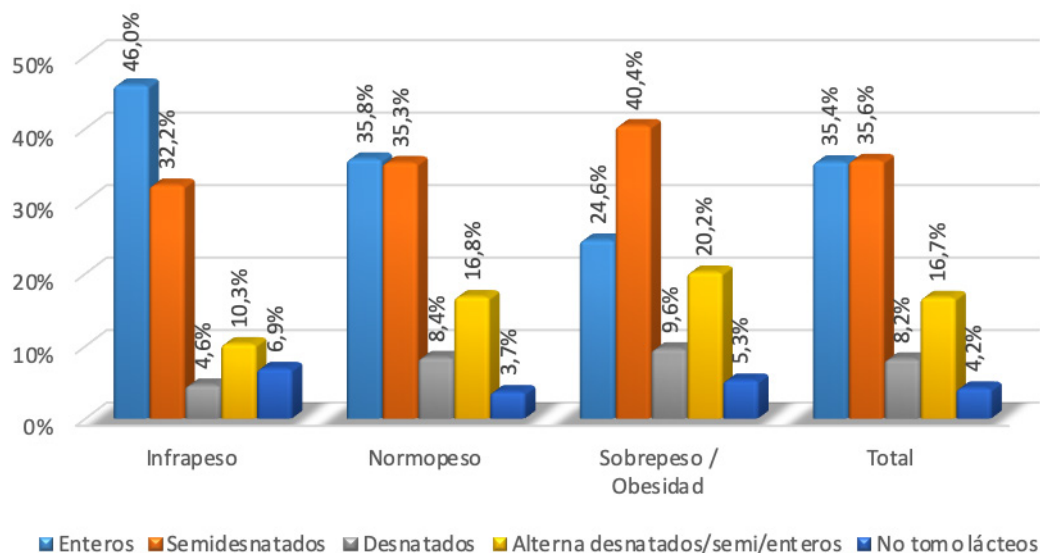
Gráfico 7.1. Proporción de jóvenes que no realizan cada una de las cinco comidas principales, por categoría de nivel de peso



Los jóvenes toman fundamentalmente lácteos enteros (35,4%) y semidesnatados (35,6%), mientras que un 16,7% de ellos alternan los desnatados, semidesnatados y enteros, y el 4,2% refieren no consumir productos lácteos. Según las categorías de nivel de peso, se observan diferencias en el patrón de consumo de lácteos, aunque éstas no son estadísticamente significativas. De

esta manera, los jóvenes con infrapeso consumen en mayor proporción lácteos enteros (46,0%), seguido de los semidesnatados (32,2%), y un 10,3% alternan entre desnatados, semidesnatados y enteros. Por otra parte, los jóvenes con sobrepeso u obesidad consumen con más frecuencia lácteos semidesnatados (40,4%) y enteros (24,6%) (Gráfico 7.2).

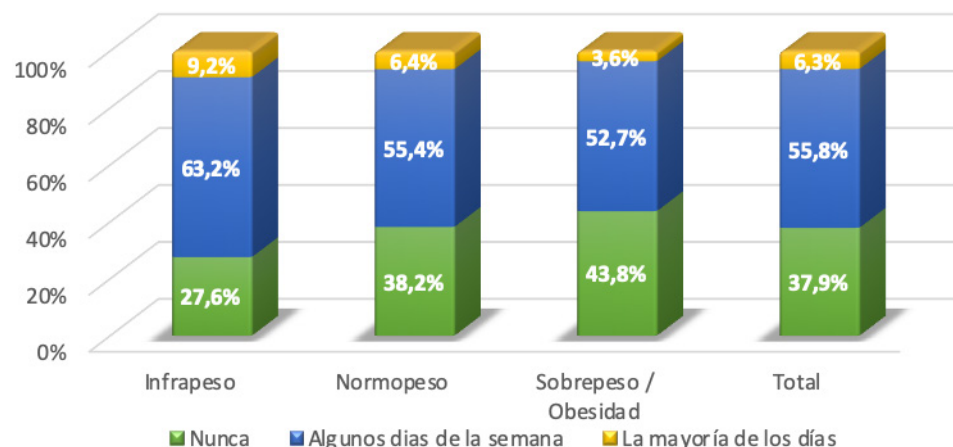
Gráfico 7.2. Tipo de lácteos consumidos, por categoría de nivel de peso



Los jóvenes con infrapeso son los que consumen snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos, cortezas,...) con mayor frecuencia. El 9,2% de estos jóvenes los consumen la mayoría de los días y el 63,2%, algunos días de la semana, en comparación con el 3,6% y el 52,7%,

respectivamente, de aquéllos con sobrepeso u obesidad. El 43,8% de jóvenes con sobrepeso u obesidad refieren no consumir nunca snacks de bolsa, seguidos de los jóvenes con normopeso (38,2%) y aquéllos con infrapeso (27,6%) ($p = 0,134$) (Gráfico 7.3).

Gráfico 7.3. Consumo de snacks de bolsa (patatas fritas, gusanitos), por categoría de nivel de peso



Respecto al consumo de los distintos tipos de alimentos en los últimos 7 días, en la mayoría de los casos no se encuentran diferencias estadísticamente significativas según las categorías de nivel de peso, aunque sí se han hallado en el consumo de verduras y hortalizas y fruta fresca.

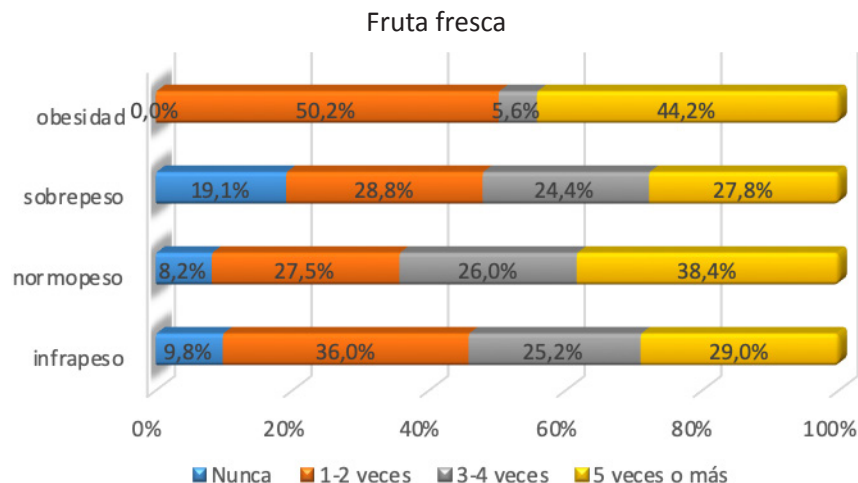
Los jóvenes con obesidad han consumido fruta fresca con mayor frecuencia en los últimos 7 días: el 44,2% la han consumido 5 veces o más, el 5,6% lo han hecho 3-4 veces y el resto la han tomado 1-2 veces. También, es llamativo que el 19,1% de los jóvenes con

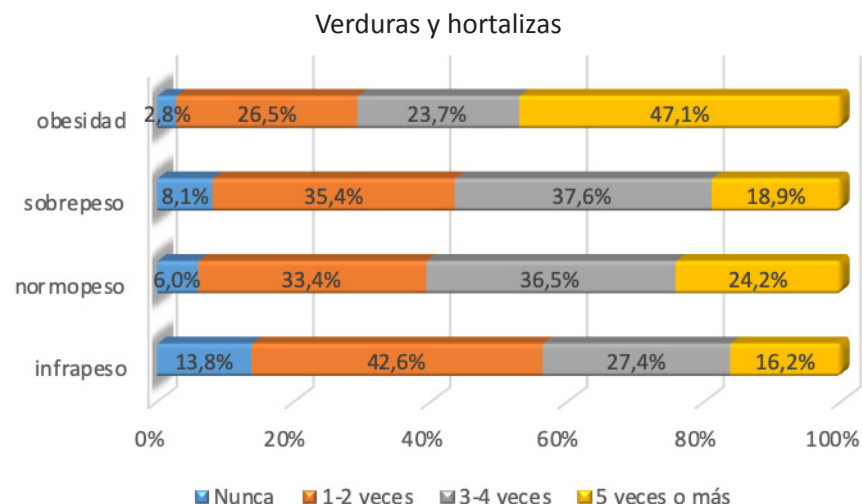
sobrepeso refieren no haber consumido fruta fresca en la última semana ($p = 0,006$).

De igual manera, los jóvenes con obesidad son los que refieren consumir verduras y hortalizas más frecuentemente. El 47,1% de los estudiantes con obesidad las han consumido 5 veces o más en los últimos 7 días, y

el 23,7% en 3-4 ocasiones. Los estudiantes con infrapeso son los que consumen verduras y hortalizas en menor cantidad: tan solo el 16,3% los han consumido 5 veces o más en la última semana, el 27,4% en 3-4 ocasiones y el 13,8% refieren no haberlos consumido en los últimos 7 días (Gráfico 7.4).

Gráfico 7.4. Consumo de fruta fresca y verduras y hortalizas en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso





Seguidamente se refieren los resultados relativos al consumo de dulces (bollería, golosinas), comida rápida, refrescos azucarados y legumbres, para los que no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al consumo de dulces (bollería, golosinas), el 20,9% de los jóvenes con obesidad indican que no los han consumido en los últimos 7 días, el 18,8% lo ha hecho en 3-4 ocasiones y únicamente el 5,6% 5 veces o más. En cambio, los jóvenes con un peso menor del normal los han consumido con mayor frecuencia, ya

que el 17,3% han tomado dulces en 5 o más ocasiones y el 27,6% en 3-4 ocasiones a lo largo de la última semana.

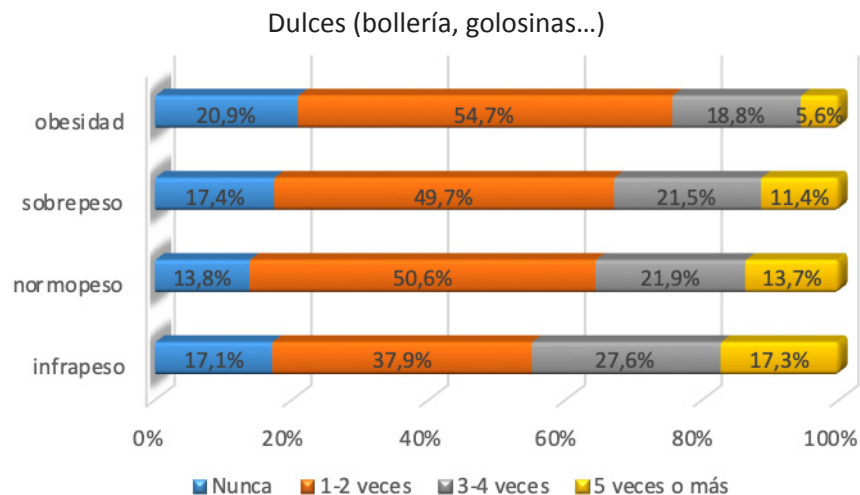
El consumo de comida rápida es notablemente menor en los jóvenes con obesidad, en contraste con los jóvenes con infrapeso, quienes consumen este tipo de comida con mayor frecuencia. Más de la mitad de los jóvenes con obesidad (52,0%) refieren no haber tomado comida rápida en la última semana, mientras en el caso de los jóvenes con infrapeso tan sólo un cuarto (25,9%) no la han consumido.

También, los jóvenes con obesidad son los que en menor medida consumen refrescos con azúcar: el 62,4% refiere no haberlos consumido en los últimos 7 días, y tan solo el 5,6% lo ha hecho en 5 o más ocasiones. Por otra parte, el 15,4% de los jóvenes con infrapeso han tomado refrescos azucarados 5 veces o más en la última semana, y solamente el 34,7% no lo ha hecho en ninguna ocasión.

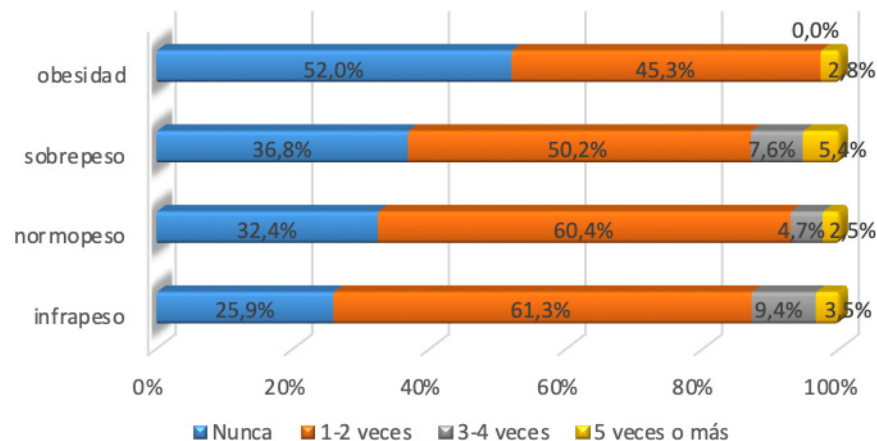
Respecto al consumo de legumbres, el 13,2% de los jóvenes con obesidad las han consumido en 5

o más ocasiones, el 33,9% en 3-4 ocasiones y el 8,3% ninguna vez en la última semana. Aquellos con sobrepeso también han consumido legumbres con alta frecuencia: el 15,2% en 5 o más ocasiones, el 24,1% en 3-4 ocasiones y el 6,7% ninguna vez. En contraste, los jóvenes con infrapeso han consumido menos legumbres en los últimos 7 días: el 58,2% las tomaron 1-2 veces, mientras que el 12,3% no lo ha hecho en ninguna ocasión (Gráfico 7.5).

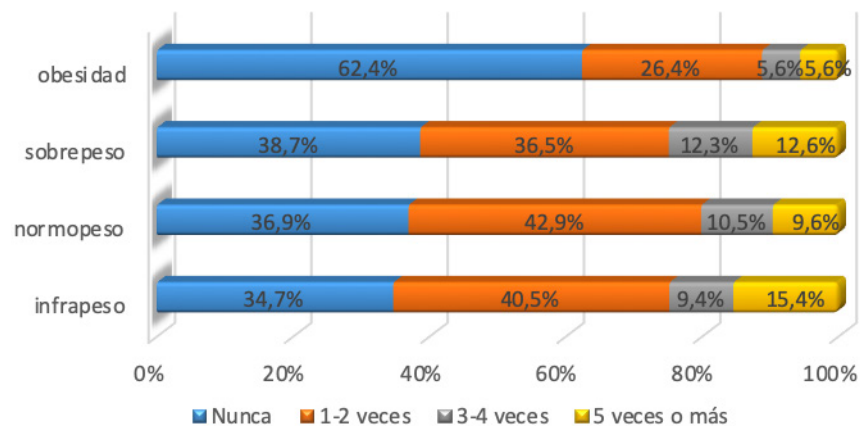
Gráfico 7.5. Frecuencia de consumo de dulces (bollería, golosinas...), comida rápida, refrescos azucarados y legumbres en los últimos 7 días, según las categorías de nivel de peso

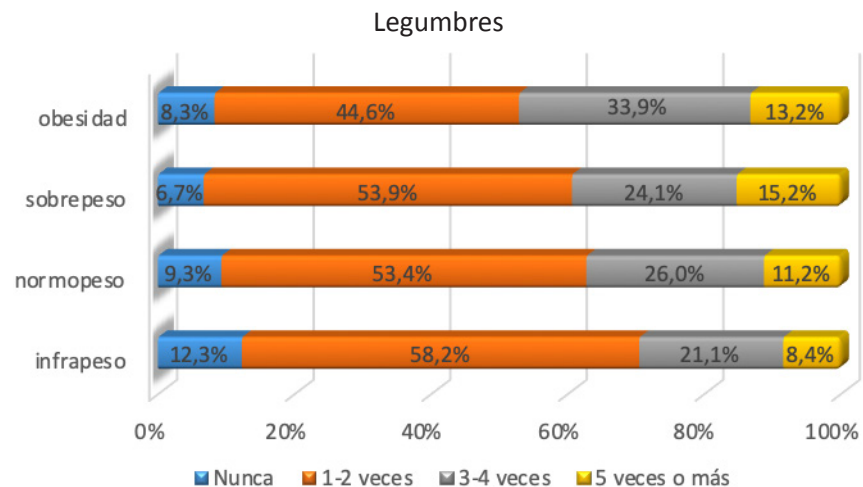


Comida rápida



Refrescos azucarados

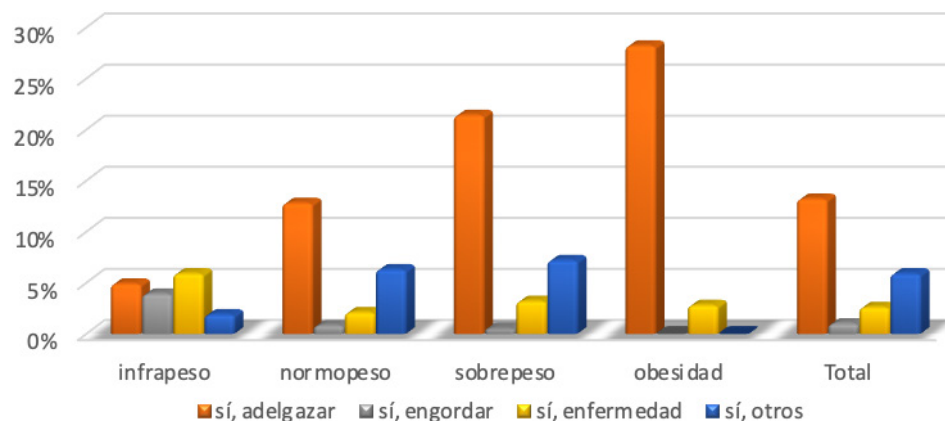




En relación al seguimiento de dietas especiales o la modificación de la dieta habitual, el 83,2% de los jóvenes con infrapeso y el 78,0% de los que tienen peso normal no han realizado cambios en su dieta habitual en el último año. El 3,9% de jóvenes con infrapeso han

realizado dieta para engordar mientras que el 4,9% para adelgazar. En el caso de los jóvenes con obesidad, el 28,2% han seguido dieta para adelgazar, así como el 21,4% de los jóvenes con sobrepeso (Gráfico 7.6).

Gráfico 7.6. Realización de dietas especiales en los últimos 12 meses, según las categorías de nivel de peso



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.

A.8. Descanso

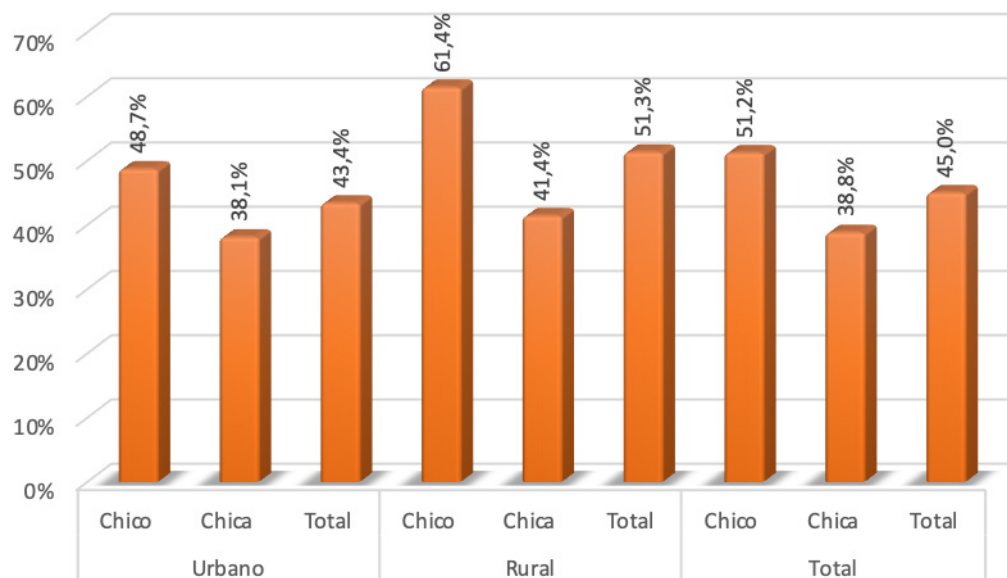
Para la valoración del descanso de los jóvenes se realizaron dos cuestiones. La primera recoge el número de horas aproximadas que duermen al día (incluyendo las siestas), y en la segunda se preguntó acerca de la sensación de haber descansado al levantarse por la mañana.

El 39,4% de los jóvenes refiere dormir 8 horas al día, y el 81,5% entre 7 y 9 horas. El mínimo de horas de sueño al día es de 5 y el máximo de 12. Las chicas duermen de media menos tiempo que los chicos (7,74 horas y 8,07 horas, respectivamente) y, de igual manera, los jóvenes del medio urbano/semiurbano duermen de media menos tiempo que los del medio rural (7,86 horas y 8,09 horas, respectivamente), siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Teniendo en cuenta el sexo y el ámbito geográfico, los jóvenes que menos tiempo duermen de media son las chicas de medio urbano (7,69 horas), mientras que los que más duermen son los chicos de medio rural (8,23 horas) ($p < 0,001$).

El 55,0% de los jóvenes no se levantan con sensación de haber descansado, siendo únicamente el 38,8% de las chicas y al 51,2% de los chicos los que tienen sensación de descanso nocturno ($p < 0,001$). Cabe destacar que las chicas del medio urbano/semiurbano son las que en menor proporción (38,1%) descansan tras haber dormido. En contraposición, la mayoría de los chicos del medio rural (61,4%) se levantan con sensación de haber descansado ($p < 0,001$) (Gráfico 8.1).

Gráfico 8.1. Distribución de jóvenes con sensación de descanso nocturno, por sexo y ámbito geográfico

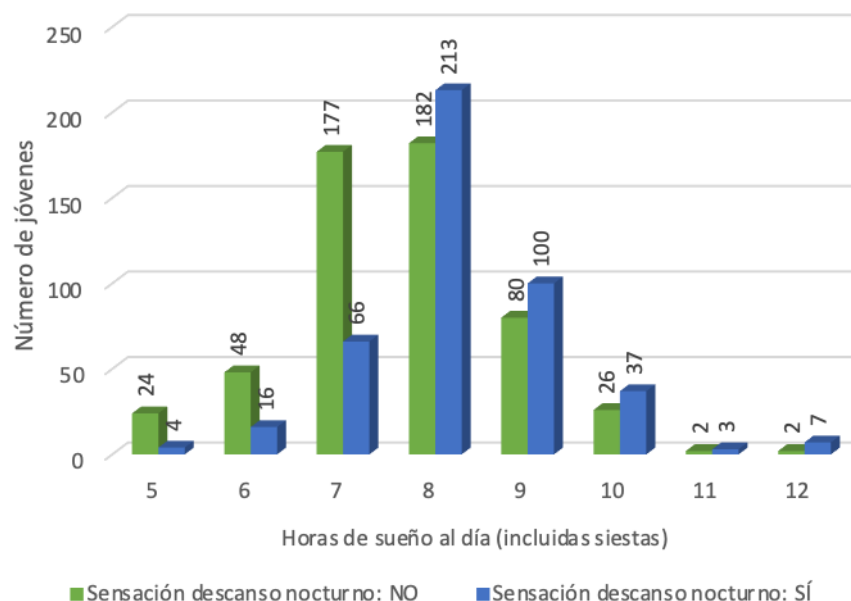


Los estudiantes que no tienen sensación de descanso nocturno duermen de media 7,64 horas al día, mientras que aquéllos que sí se levantan con sensación de haber descansado duermen una media de 8,23 horas al día ($p < 0,001$).

Más de la mitad de los jóvenes que duermen de 8 a 10 horas (54,9%) refieren tener sensación de descanso

nocturno, mientras que este porcentaje es del 71,4% en los que duermen 11 o 12 horas. Por otro lado, entre aquéllos que duermen de 5 a 7 horas diarias sólo el 25,7% descansan adecuadamente ($p < 0,001$) (Gráfico 8.2).

Gráfico 8.2. Sensación de descanso nocturno según las horas diarias de sueño



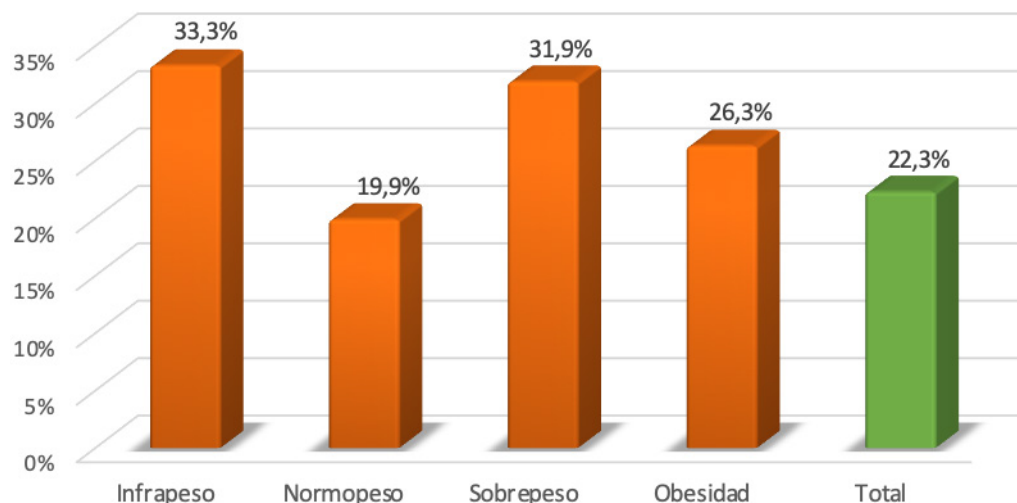
A.9. Índice de masa corporal, alimentación, actividad física y descanso

A.9.1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL VS. ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA

El 22,3% de los jóvenes no realizan actividad física (al menos 30 minutos a lo largo del día que hagan

respirar más deprisa o sudar). Este porcentaje alcanza el 33,3% en los jóvenes con un peso menor del normal, el 31,9% en los que tienen sobrepeso y el 26,3% en aquellos con obesidad ($p = 0,003$) (Gráfico 9.1).

Gráfico 9.1. Distribución de adolescentes que no realizan ejercicio físico en el tiempo libre, por categorías de nivel de peso

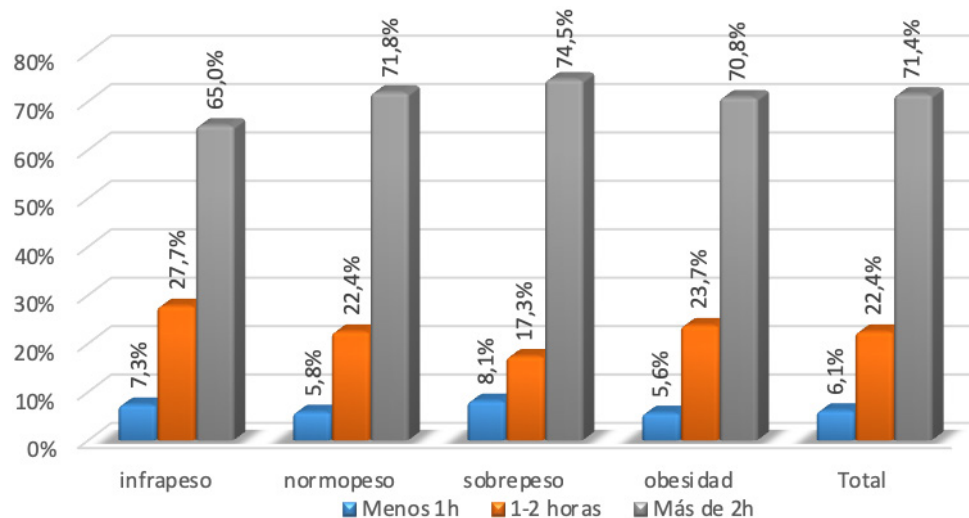


Teniendo en cuenta los estudiantes que realizan ejercicio y la categoría de nivel de peso en la que se les clasifica, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos según el tiempo de actividad física semanal y diario, aunque se observó que los jóvenes con infrapeso en mayor proporción (26,5%) realizan ejercicio solamente 1-2 días a la semana, mientras que los jóvenes con obesidad y sobrepeso refieren realizar ejercicio con mayor frecuencia semanal (el 74,6% de jóvenes con obesidad realizan 3-4 días de ejercicio semanal y el 27,2% de jóvenes con sobrepeso, 5-6 días a la semana).

El fútbol o fútbol sala es el deporte que practican con más frecuencia los jóvenes de todas las categorías de nivel de peso, excepto los estudiantes con infrapeso en los que junto al fútbol se encuentran también la natación y el baile y/o danza entre los más practicados.

Respecto al tiempo que emplean los jóvenes sentados frente a pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil), los que tienen sobrepeso son los que pasan más horas: el 44,2% está más de dos horas los días de diario frente a pantallas y el 74,5% los días de fin de semana o festivos, mientras que en los jóvenes con infrapeso estos porcentajes son del 24,6% y 65,0%, respectivamente, sin ser estas asociaciones estadísticamente significativas (Gráfico 9.2.). En cuanto al tiempo diario invertido en caminar o montar en bicicleta, la mayoría utilizan medio de transporte (39,0%), mientras que el 28,8% caminan o utilizan la bicicleta durante menos de 15 minutos y el 23,4% durante 15-30 minutos, y tan sólo el 8,8% emplean más de 30 minutos en ello, sin poder establecer asociación estadísticamente significativa entre las diferentes categorías de nivel de peso.

Gráfico 9.2. Tiempo de pantalla los fines de semana, por categorías de nivel de peso



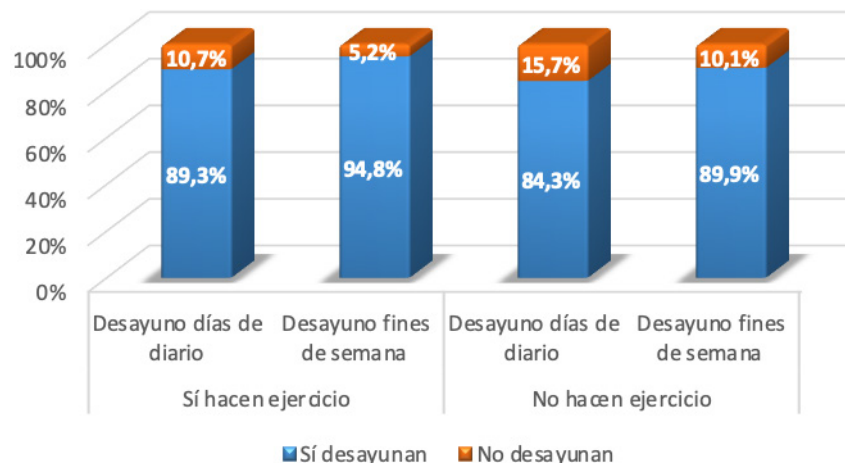
A.9.2. ÍNDICE DE MASA CORPORAL VS. DESCANSO

La mayoría de los jóvenes, 54,9%, refiere no tener sensación de descanso nocturno, sin hallarse asociación estadísticamente significativa según las categorías de nivel de peso. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número medio de horas de sueño al día y las distintas categorías de nivel de peso, siendo 8 horas la media de sueño al día.

A.9.3. ALIMENTACIÓN VS. ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA

Los jóvenes que no realizan actividad física se saltan el desayuno con más frecuencia: el 15,7% en los días de diario y el 10,1% los fines de semana o festivos, en comparación con el 10,7% y el 5,2%, respectivamente, de los adolescentes que sí realizan actividad física, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 9.3). Igualmente, aquéllos que no realizan actividad física también son los que más se saltan el almuerzo los fines de semana (69,7%) en contraste con los que realizan ejercicio (56,9%) ($p = 0,001$).

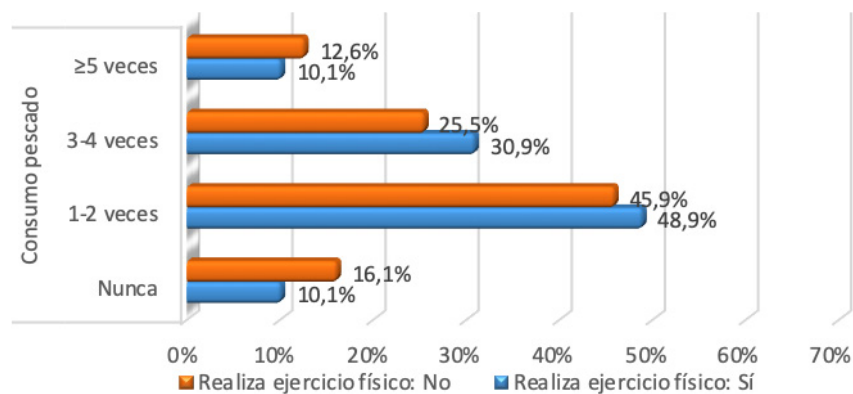
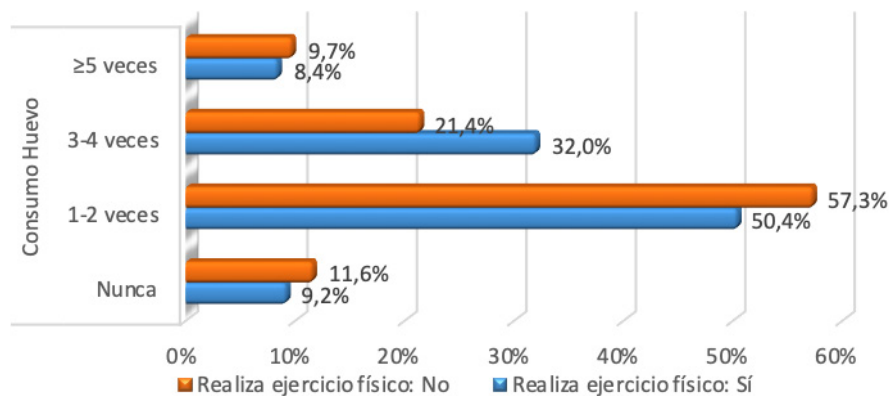
Gráfico 9.3. Realización de ejercicio físico y hábito de desayunar

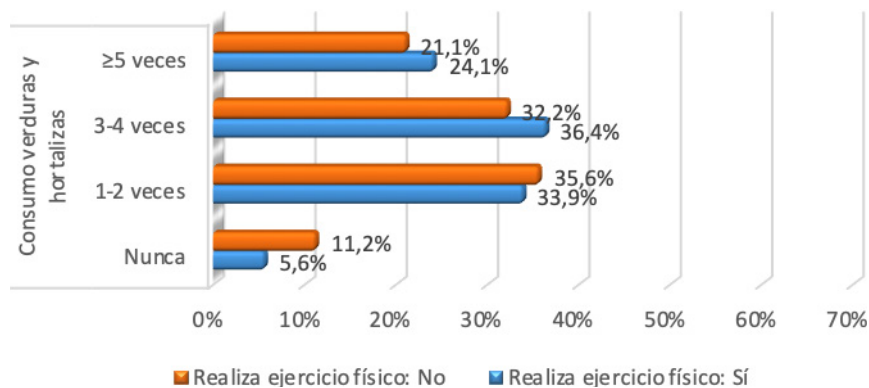
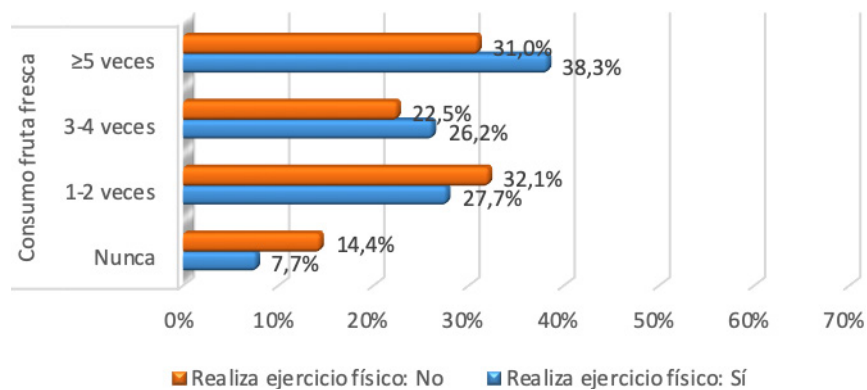


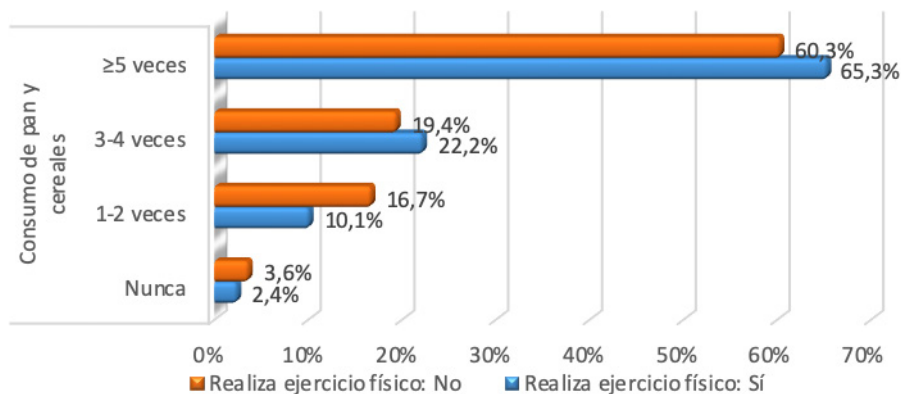
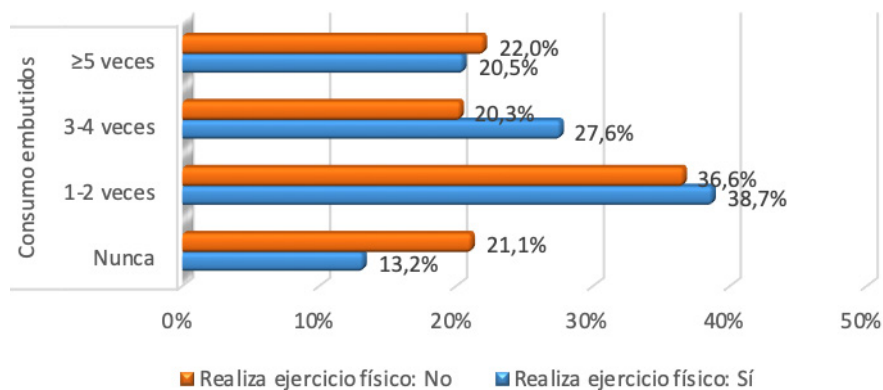
Asimismo, la ausencia de actividad física muestra una asociación estadísticamente significativa con otros hábitos poco saludables: el 73,6% de los que comen o cenan viendo la TV no realizan actividad física frente al 65,9% de los que sí realizan ejercicio, además, los que no realizan actividad física consumen con mayor frecuencia patatas fritas y gusanitos, comida rápida y dulces. En cambio, los jóvenes que sí practican ejercicio

consumen más huevo, pescado, fruta fresca, verduras y hortalizas, embutido y pan y cereales (Gráfico 9.4). Además, se observa un mayor consumo de refrescos azucarados, carne y pasta, arroz y patatas, legumbres, de fruta fresca, embutido, refresco azucarado, verduras y hortalizas, así como un menor consumo de patatas fritas y gusanitos, cuanto mayor es la frecuencia de actividad física.

Gráfico 9.4. Consumo en los últimos 7 días de huevo, pescado, fruta fresca, verduras y hortalizas, embutido y pan y cereales según si realiza o no ejercicio físico



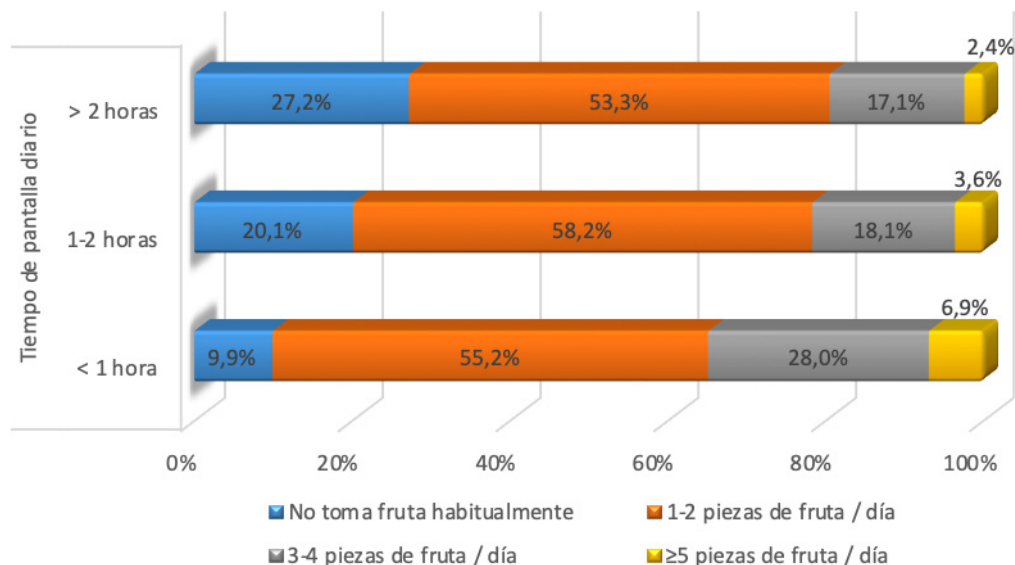




Los jóvenes que pasan más tiempo frente a las pantallas (TV, consola, ordenador, tabletas, móvil) en los días de diario son los que más se saltan el desayuno: no desayunan el 15,1% de los estudiantes que pasan más de 2 horas, el 11,8% de los que pasan 1-2 horas y el 7,7% de los que pasan menos de una hora ($p = 0,020$). De igual manera, se saltan más la merienda los días de diario los que pasan más tiempo frente a pantallas ($p = 0,030$). Además, este grupo de adolescentes consume mayor cantidad de patatas fritas de bolsa, gusanitos: el 8,1% de los que pasan más de 2 horas al día frente a pantallas los días de diario los consumen la mayoría de los días en comparación con el 4,0% de los que pasan

menos de 1 hora al día ($p = 0,004$). Otros hábitos negativos que se asocian de manera estadísticamente significativa con un mayor tiempo delante de pantallas los días de diario son: un mayor consumo de comida rápida, embutido o fiambre, dulces, así como con un menor consumo de fruta fresca, huevo y pescado. El 27,2% de los que pasan más de 2 horas frente a la pantalla no toman fruta habitualmente, mientras que solamente el 17,1% toman 3-4 piezas y el 2,4% consume 5 o más piezas; en cambio los que pasan menos de 1 hora frente a la pantalla, en el 9,9% de los casos no toman fruta de forma habitual mientras que el 28,0% consume 3-4 piezas y el 6,9% toman 5 o más ($p < 0,001$) (Gráfico 9.5).

Gráfico 9.5. Consumo de fruta y tiempo de pantalla diario



Por otra parte, también se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre un mayor tiempo frente a pantallas los fines de semana o festivos y algunos hábitos poco saludables como un menor consumo de fruta (y piezas de fruta), legumbres y pescado y con una mayor frecuencia de consumo de patatas fritas de bolsa, gusanitos...: aunque el 12,0% de los que pasan

menos de 1 hora frente a la pantalla los días de fin de semana consumen estos snacks la mayoría de los días, en comparación con el 6,6% de los que pasan más de 2 horas frente a la pantalla, el 45,7% no los consumen nunca o rara vez frente al 34,9% de los que pasan más de 2 horas ($p = 0,008$).

Los adolescentes que caminan menos de 15 minutos diarios hasta el centro escolar o utilizan medio de transporte consumen snacks de bolsa con mayor frecuencia, mientras que los que menos los consumen son aquellos que tardan 30-60 minutos al día ($p = 0,013$). En cuanto al consumo de refrescos azucarados, los jóvenes que tardan más de una hora al día no los consumen en un 45,0%, a pesar de que es en este grupo en el que se observa una mayor proporción de jóvenes que los han tomado 5 veces o más en la última semana (33,1%) ($p = 0,018$); al igual que ocurre con el consumo de dulces, donde el 25,3% de los jóvenes de este grupo no los consume y el 31,1% los toma 5 veces o más a la semana ($p = 0,002$).

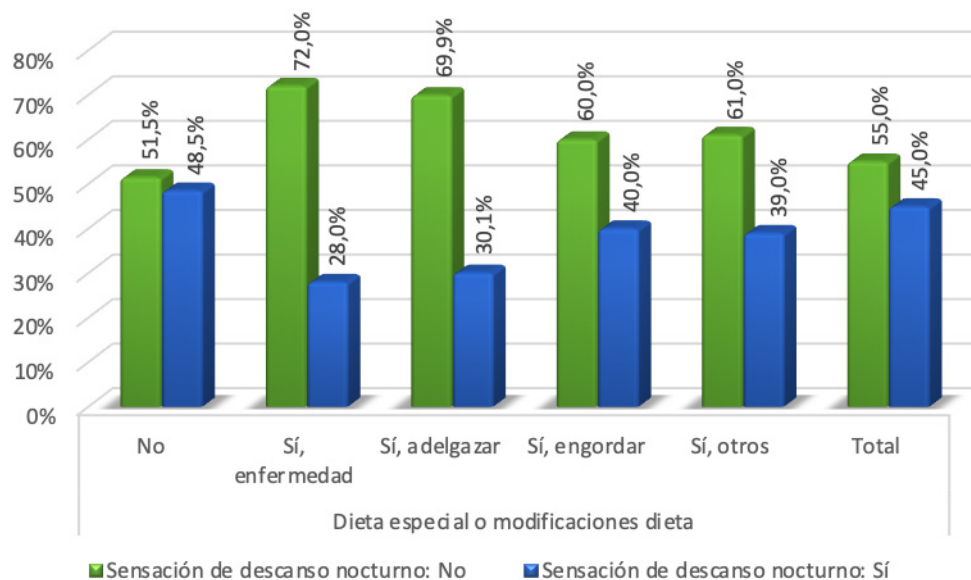
A.9.4. ALIMENTACIÓN VS. DESCANSO

Los jóvenes que no se levantan con sensación de haber descansado se saltan con mayor frecuencia el desayuno los días de diario y de fin de semana o festivos (15,9% y 8,7%, respectivamente) en comparación con

los que sí tienen sensación de descanso nocturno (6,7% y 3,2%, respectivamente) ($p < 0,001$). Por otro lado, el 75,0% de los adolescentes que se saltan la cena los días de diario y el 72,7% en los días de fin de semana o festivos refieren no descansar por la noche en comparación con el 54,7% y 54,6%, respectivamente, que sí cenan, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la sensación de descanso nocturno entre los jóvenes que cenan viendo la televisión y los que no.

Los jóvenes que siguen alguna dieta especial o han realizado modificaciones en su dieta habitual, en mayor proporción indican no tener sensación de descanso nocturno, principalmente aquéllos que han modificado su dieta por motivos de enfermedad o para adelgazar, que en el 72,0% y 69,9% refieren no descansar tras dormir por la noche en comparación con los que no han modificado o lo han hecho para engordar u otros motivos ($p = 0,001$) (Gráfico 9.6).

Gráfico 9.6. Sensación de descanso nocturno según el tipo de dieta



Los jóvenes que duermen menos de 7 horas son los que más se saltan el desayuno los días de diario (16,4%) mientras que aquéllos que duermen de 7 a 9 horas se lo saltan en menor proporción (9,1%) ($p = 0,003$). En los días de fin de semana o festivos, los que duermen más de 9 horas son los que se saltan el desayuno con mayor frecuencia (11,8%) y los que menos se lo saltan son los que duermen de 7 a 9 horas (4,3%) ($p = 0,009$).

A.9.5. ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO DE PANTALLA VS. DESCANSO

Los jóvenes que no realizan actividad física se levantan sin sensación de haber descansado por la noche en mayor proporción que los que sí hacen ejercicio: 58,9% y 53,9% respectivamente, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, pasar más tiempo frente a pantallas los días de diario y fines de semana o festivo está asociado con un peor descanso nocturno: aquéllos que pasan más de 2 horas frente a pantallas los días de diario, en un 60,5% refieren no tener sensación de haber descansado por la noche a diferencia del 49,3% de los que pasan menos de una hora ($p = 0,022$); de igual manera, el 56,8% de los que están más de 2 horas frente a la pantalla los días de fin de semana no descansan adecuadamente por la noche frente al 41,4% de los que pasan menos de una hora frente a pantallas ($p = 0,048$).

El 80,1% de los que duermen 7-9 horas realizan actividad física, así como el 79,9% de los que duermen más de 9 horas, siendo los que duermen menos de 7 horas los que menos ejercicio hacen (73,6%) ($p = 0,072$).

A.10. Sustancias tóxicas

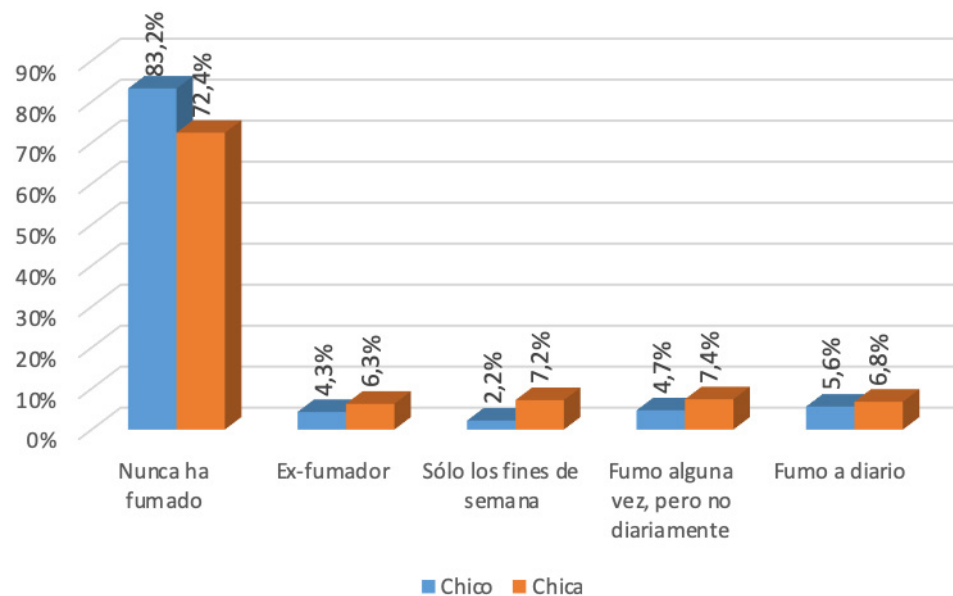
A.10.1. TABACO

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

El 97,0% de los adolescentes no tienen permiso de sus padres para fumar, sin poder establecer la significación estadística entre ambos sexos y el medio urbano y rural.

Son más los chicos que nunca han fumado (83,2%) en comparación con las chicas (72,4%), siendo ellas las que en mayor proporción fuman tanto ocasionalmente los fines de semana o alguna vez durante la semana como todos los días ($p < 0,001$) (Gráfico 10.1.1).

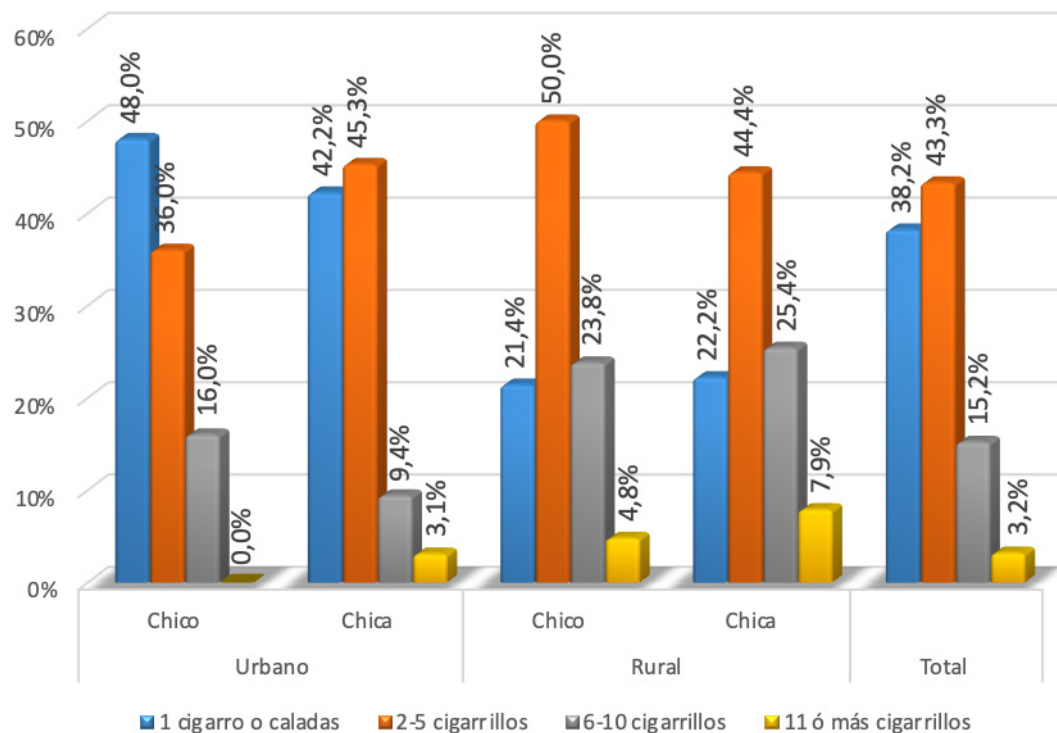
Gráfico 10.1.1. Frecuencia de consumo de tabaco, por sexo



Respecto al hábito tabáquico entre los que fuman actualmente: el 18,4% de los chicos fuman de 6 a 10 cigarrillos en comparación con el 13,3% de las chicas, aunque un mayor porcentaje de chicas fuman 11 o más cigarrillos (4,3% de las chicas, 1,5% de los chicos) sin poder establecerse diferencias estadísticamente significativas.

Teniendo en cuenta el ámbito geográfico, los chicas y chicos del ámbito rural son las que más fuman (el 33,3% y 28,6% respectivamente, fuman 6 o más cigarrillos al día, mientras que los que menos fuman son los chicos y chicas de ámbito urbano (48,0% y 42,2% respectivamente, fuman 1 cigarrillo o caladas sueltas al día) ($p = 0,059$) (Gráfico 10.1.2).

Gráfico 10.1.2. Patrón de consumo de los fumadores, por sexo y ámbito geográfico



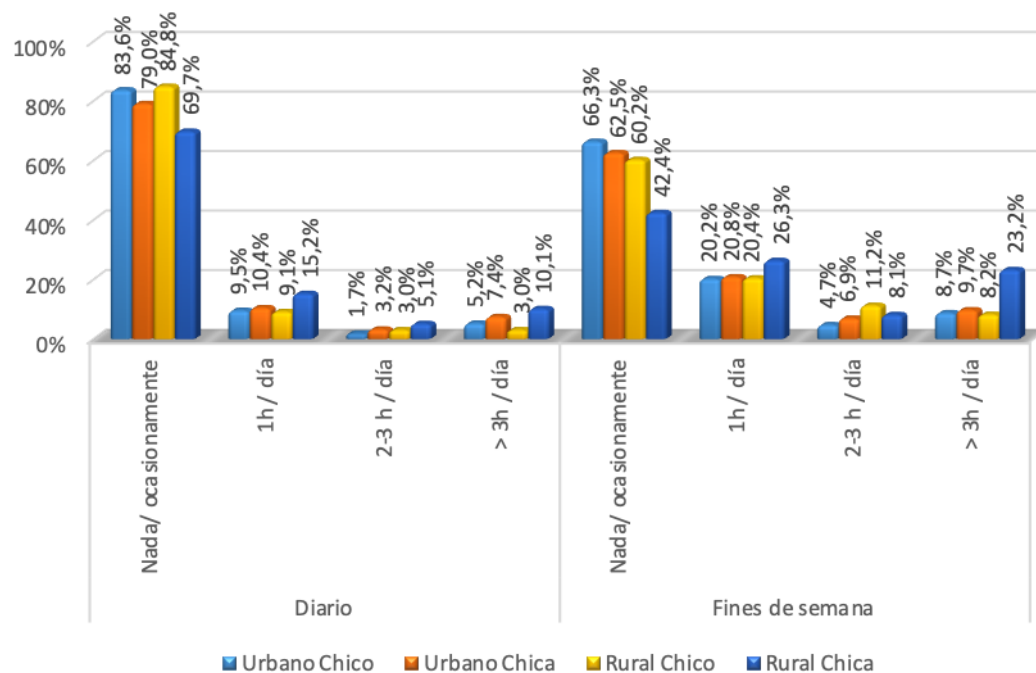
Entre los fumadores actuales y los exfumadores, el 56,7% afirman haber consumido más de 100 cigarrillos (5 paquetes de tabaco) a lo largo de su vida, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. Al tener en cuenta el ámbito geográfico, se observa que los adolescentes de zona rural son los que en mayor proporción han fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida (78,2% de chicos y 67,9% de chicas de zona rural) mientras que las chicas de zona urbana son las que lo han hecho en menor proporción (46,3%) siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 14 años, siendo la mínima de 8 años y la máxima 18 años de edad.

La mayoría de los padres y madres no han fumado nunca o son exfumadores (73,1% de los padres y 73,5% de las madres), sin embargo el 21,0% de los padres y el 19,9% de las madres fuman de forma habitual.

El 80,5% de los jóvenes no están expuestos al tabaquismo pasivo los días de diario, siendo las chicas quienes lo están en mayor medida: el 8,0% de las chicas están expuestas más de 3 horas al día y el 3,6% durante 2-3 horas (en chicos 4,8% y 2,0% respectivamente) ($p = 0,038$), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico.

Al contrario, en los fines de semana los adolescentes sufren una mayor exposición al tabaquismo pasivo: destacando que el 23,2% de las chicas de zona rural están expuestas durante más de 3 horas al día, y el 11,2% de los chicos de zona rural lo están 2-3 horas al día, mientras que los chicos de zona urbana son los que están expuestos en menor medida (66,3% no están expuestos nunca u ocasionalmente) ($p < 0,001$) (Gráfico 10.1.3).

Gráfico 10.1.3. Exposición al tabaquismo pasivo, por sexo y ámbito geográfico



A.10.2. ALCOHOL

Para la valoración del hábito de consumo de alcohol de los jóvenes de Castilla y León se realizaron siete preguntas en relación con: el consumo de algún tipo de bebida alcohólica en los últimos 30 días, la 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 ó 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 en los últimos 30 días han necesitado asistencia sanitaria por haber consumido bebidas con alcohol en exceso.

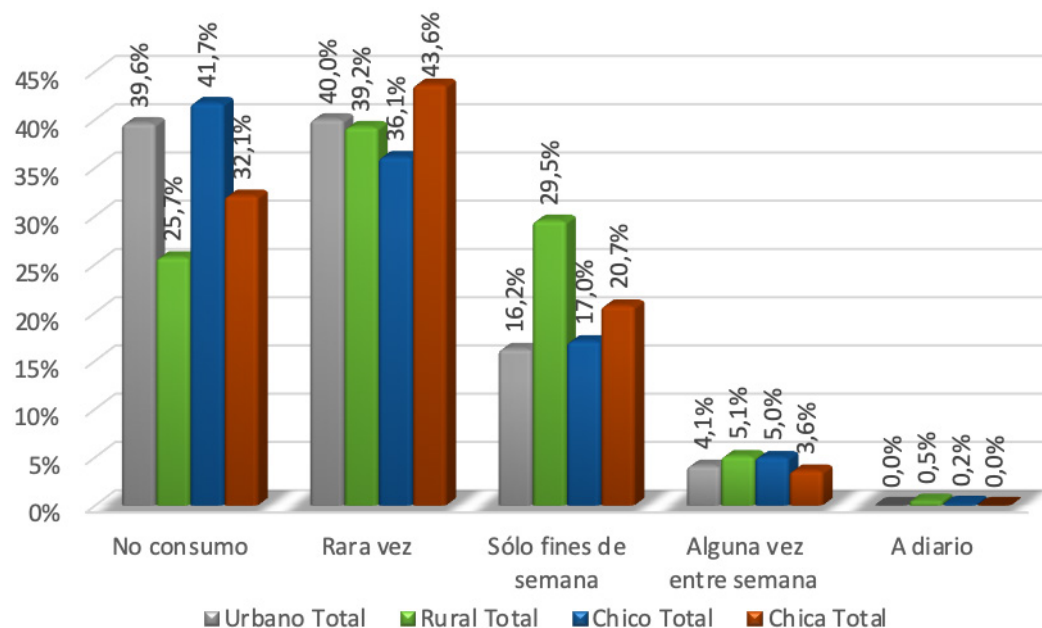
El 36,9% de los jóvenes indican que no consumen bebidas alcohólicas (fundamentalmente los chicos del

medio urbano, ya que el 45,3% de ellos refiere no consumirlas) y el 39,9% las consumen en ocasiones puntuales (principalmente chicas del medio urbano con un 44,7%).

En el último mes, el 42,3% de los adolescentes han consumido algún tipo de bebida con alcohol, siendo esta proporción mayor entre las chicas (46,3%) que los chicos (38,2%) ($p = 0,009$) y mayor en el ámbito rural (50,9%) que en el urbano (40,1%) ($p = 0,005$).

El consumo de bebidas alcohólicas únicamente en los fines de semana es mayor por parte de las chicas (20,7% frente al 17,0% de chicos) y en el ámbito rural (29,6% frente al 16,2% del urbano), y además, son más los chicos los que las consumen alguna vez a la semana (5,0%; 3,6% de chicas) y en mayor proporción en el medio rural (5,1%) que en el urbano (4,1%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 10.2.1).

Gráfico 10.2.1. Patrón de consumo de alcohol, por sexo y ámbito geográfico



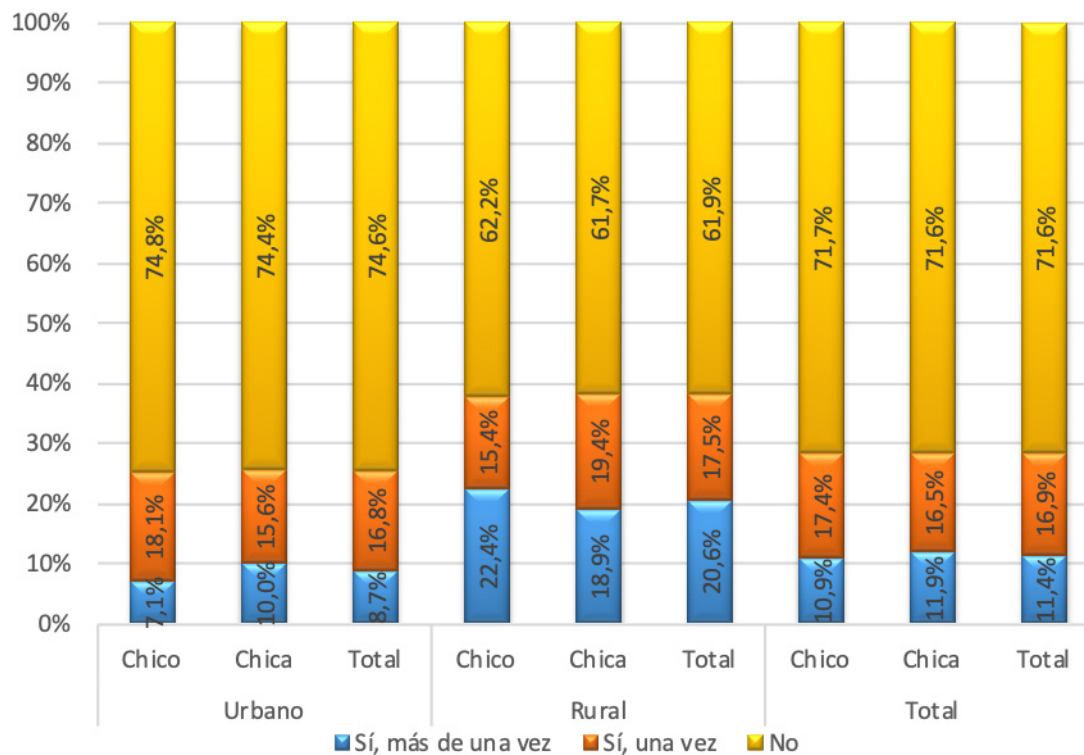
La edad media a la que comienzan a consumir bebidas con alcohol al menos una vez a la semana es de 14 años, siendo la edad mínima a los 9 años.

Entre los que reconocen consumir bebidas alcohólicas, el 91,6% de las chicas y el 85,5% de los chicos indican que no lo hacen en los días de diario ($p = 0,018$). Las bebidas más consumidas entre los que toman bebidas alcohólicas los días de diario son la cerveza (44,7%), los combinados (43,9%) y el vino (12,7%). Por otra parte, únicamente el 27,6% de los adolescentes que afirman consumir bebidas con alcohol indican que no lo hacen los fines de semana. Entre aquéllos que refieren consumir bebidas alcohólicas en fines de semana, el tipo de bebida más consumida son los combinados (61,1%), seguido de la cerveza (40,2%) y el vino (26,5%).

El 28,3% de los adolescentes que consumen alcohol, refieren haber consumido en alguna ocasión 6

ó más unidades de alcohol en el mismo día durante el último mes, destacando que el 11,4% lo han hecho en más de una ocasión. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo, sin embargo, este hecho es más común entre los jóvenes del medio rural que el urbano: el 20,6% de los adolescentes de medio rural han consumido en más de una ocasión 6 o más unidades de alcohol el mismo día en el último mes en comparación con el 8,7% de los jóvenes del medio urbano, mientras que el 17,5% y el 16,8% respectivamente, lo han hecho en una ocasión ($p < 0,001$). Los chicos del ámbito rural son los que más abusan del alcohol, ya que en un 22,4% de los casos han consumido al menos 6 unidades de alcohol en el mismo día más de una vez en el último mes ($p = 0,006$) (Gráfico 10.2.2).

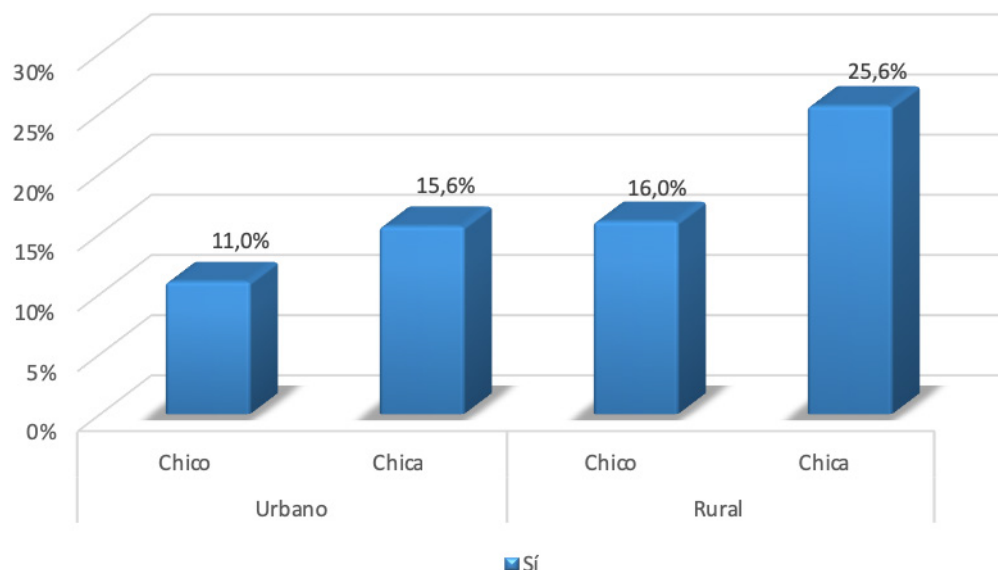
Gráfico 10.2.2. Consumo de alcohol ≥ 6 unidades / día en el último mes, por sexo y ámbito geográfico



Entre los jóvenes que consumen bebidas alcohólicas, el 15,3% se han emborrachado al menos una vez en el último mes, siendo las chicas de zona rural las que

lo han hecho en mayor proporción (25,6%) y los chicos del medio urbano los que menos (11,0%) ($p = 0,027$) (Gráfico 10.2.3).

Gráfico 10.2.3. Embriaguez en alguna ocasión en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico



El 0,4% 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.

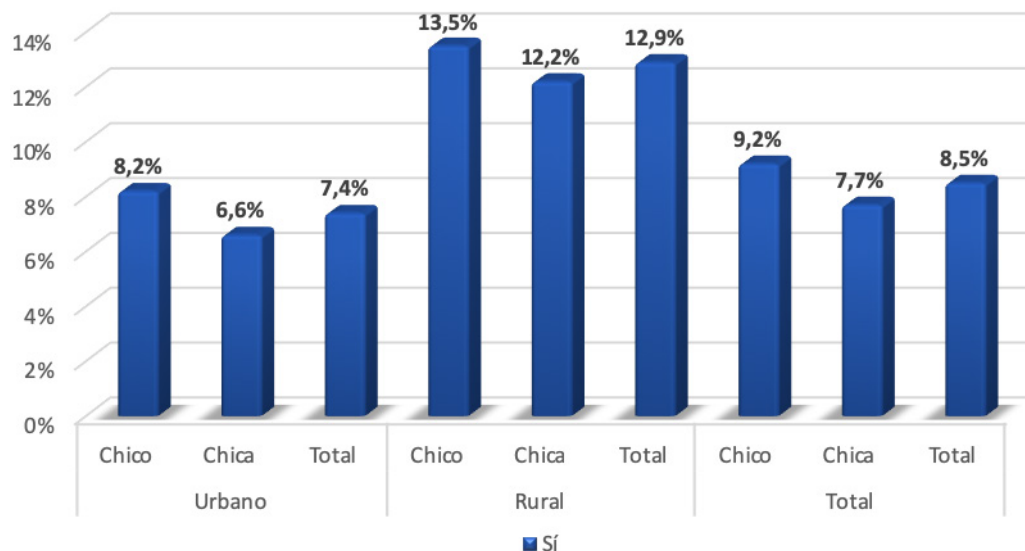
A.10.3. OTRAS SUSTANCIAS

Para la valoración del consumo de otro tipo de drogas distintas al tabaco y el alcohol por parte de los jóvenes de Castilla y León, se realizaron dos preguntas referentes a si habían probado o no estas drogas durante los últimos 30 días y, en caso de haberlo hecho, cuáles habían sido.

El 8,5% de los jóvenes dicen haber probado en los últimos 30 días algún tipo de drogas distintas del alcohol

y tabaco, siendo los del medio rural los que lo han hecho en mayor proporción (12,9%) que los del urbano (7,4%) ($p = 0,009$), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo (Gráfico 10.3.1). Entre los estudiantes que indicaron haber probado estas drogas, la más consumida es el hachís (89,5%), seguido de los tranquilizantes (5,7%) y la cocaína (4,7%).

Gráfico 10.3.1. Consumo de drogas distintas del alcohol o el tabaco, por sexo y ámbito geográfico



A.11. Relaciones sexuales

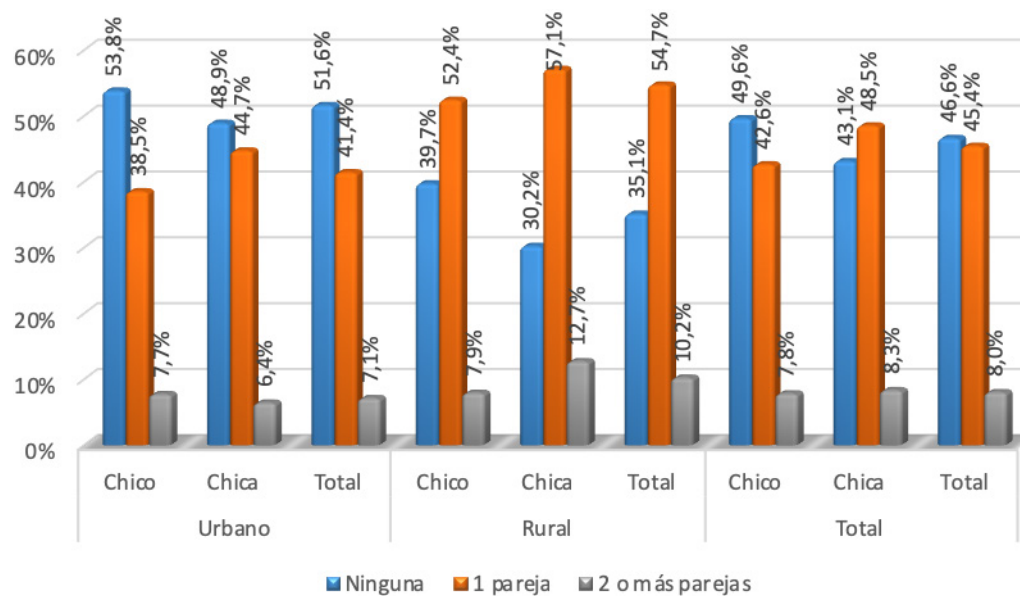
Para la valoración del comportamiento sexual mantenido por los adolescentes de Castilla y León se les preguntó acerca de: si han tenido alguna vez relaciones sexuales completas, la edad a la que las tuvieron por primera vez, con cuántas personas mantuvieron relaciones sexuales completas en los últimos 30 días, si utilizan algún método anticonceptivo, si la última vez que mantuvieron relaciones sexuales completas emplearon los encuestados o su pareja preservativo, si los encuestados o su pareja han utilizado la píldora del día después en alguna ocasión y cuántas veces la han empleado.

El 18,2% de los adolescentes refieren haber tenido alguna vez relaciones sexuales completas (RSC), en mayor proporción los jóvenes del ámbito rural (27,9%) que el urbano (15,7%) ($p < 0,001$), sin hallarse diferencias estadísticamente significativas según sexo. La edad de la primera RSC entre los que sí las han tenido, abarca

desde los 10 a los 17 años, siendo la media a los 14,5 años (mediana a los 15 años).

En cuanto al número de parejas sexuales en los últimos 30 días de los jóvenes que sí mantuvieron RSC, la mayor parte de las chicas (48,5%) refiere haber tenido una pareja (42,6% en los chicos) o dos o más parejas (8,3% de chicas, 7,8% de chicos) mientras que en los chicos es más frecuente no haber tenido ninguna pareja en los últimos 30 días (49,6%, frente al 43,1% en chicas) ($p = 0,641$). Según el ámbito geográfico, la mayoría de los jóvenes del medio urbano (51,6%; 35,1% en medio rural) no han tenido ninguna pareja en el último mes, mientras que en el medio rural es más frecuente haber tenido una pareja (54,7%; 41,4% en medio urbano) o dos o más parejas (10,2%; 7,1% en medio urbano) ($p = 0,103$) (Gráfico 11.1).

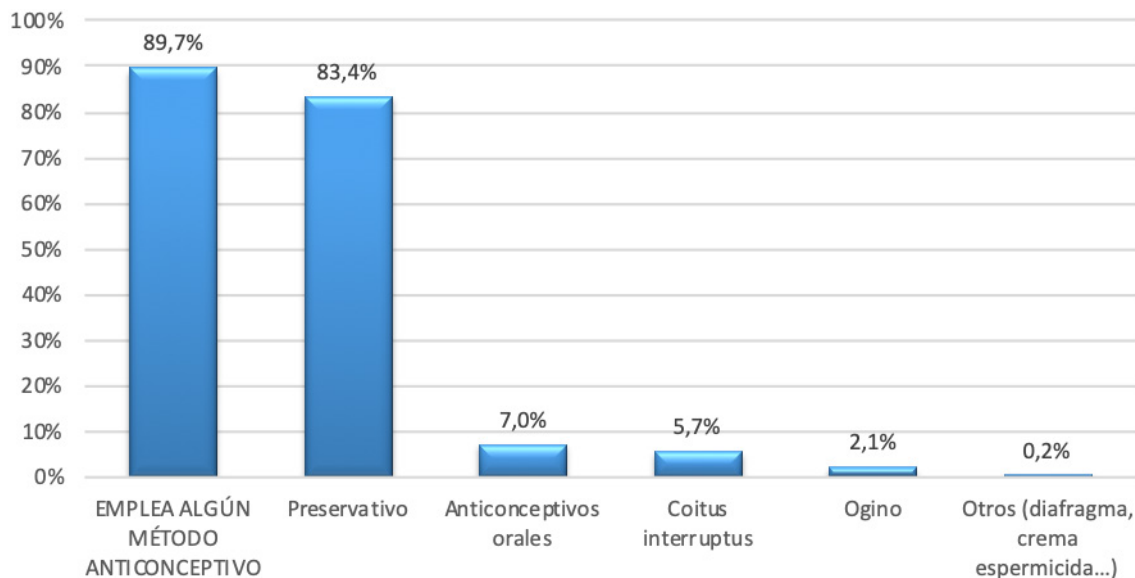
Gráfico 11.1. Número de parejas sexuales en los últimos 30 días, por sexo y ámbito geográfico



El 89,7% de aquéllos que han mantenido RSC en algún momento utilizan algún método anticonceptivo; el método más utilizado es el preservativo (83,4%), aunque el 85,2% de los jóvenes indican haberlo utilizado en la última RSC, sin hallar diferencias estadísticamente

significativas por sexo ni ámbito geográfico. Después del preservativo, los métodos anticonceptivos más empleados son: los anticonceptivos orales (7,0%) y el coitus interruptus o marcha atrás (5,7%) (Gráfico 11.2).

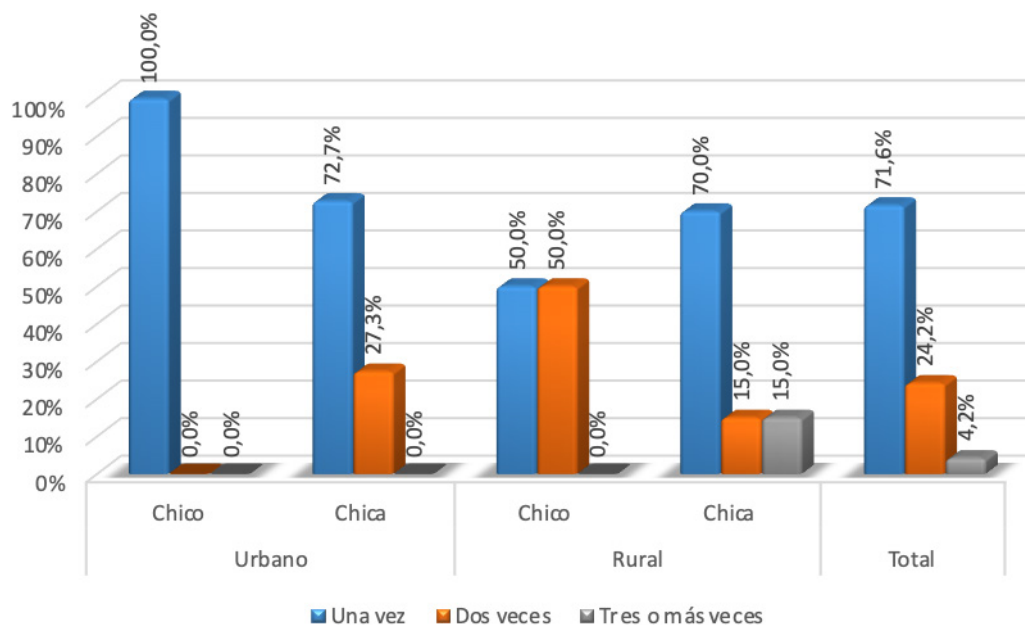
Gráfico 11.2. Métodos anticonceptivos empleados



En cuanto al uso de la píldora del día después (PDD), el 16,6% de los adolescentes (los jóvenes encuestados o su pareja) que han mantenido RSC refieren haberla empleado alguna vez (26,0% de chicas y 8,4% de chicos; $p = 0,002$). Entre los que han utilizado la PDD, el 28,4% la han utilizado dos

o más veces, en mayor proporción por los jóvenes del medio rural (37,1%) que del urbano (21,8%), sin ser estas diferencias estadísticamente significativas probablemente debido al pequeño tamaño de la submuestra de jóvenes que han empleado la PDD ($n = 30$) (Gráfico 11.3).

Gráfico 11.3. Número de veces que han empleado la PDD, por sexo y ámbito geográfico



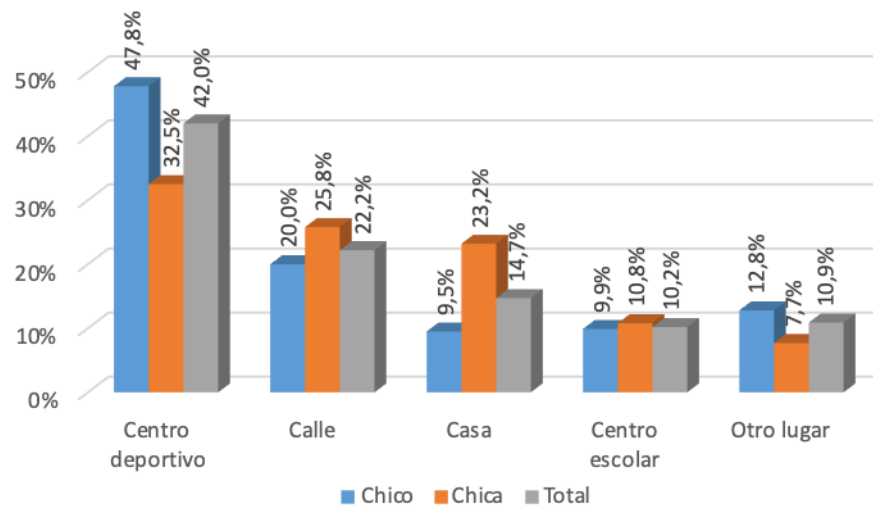
A.12. Accidentabilidad y seguridad vial

Para valorar la accidentabilidad y la seguridad vial se realizaron siete preguntas. 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 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. En relación con la seguridad vial, se exploró 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

acerca de si en los últimos 30 días habían montado en un vehículo (coche o moto) sabiendo que el conductor había consumido bebidas con alcohol.

El 21,4% de los jóvenes sufrieron en los últimos 12 meses alguna lesión, accidente (excluyendo los de tráfico), intoxicación o quemadura que requirió tratamiento médico, siendo los chicos de zona urbana los que los han tenido en mayor proporción (27,6%) y las chicas de zona urbana las que menos (15,0%) ($p < 0,001$). El lugar donde ocurrieron con mayor frecuencia estos accidentes y lesiones fueron los centros deportivos, especialmente en los chicos (47,8% de los accidentes), seguidos de los accidentes en la calle y en casa, siendo éstos más frecuentes en chicas (Gráfico 12.1).

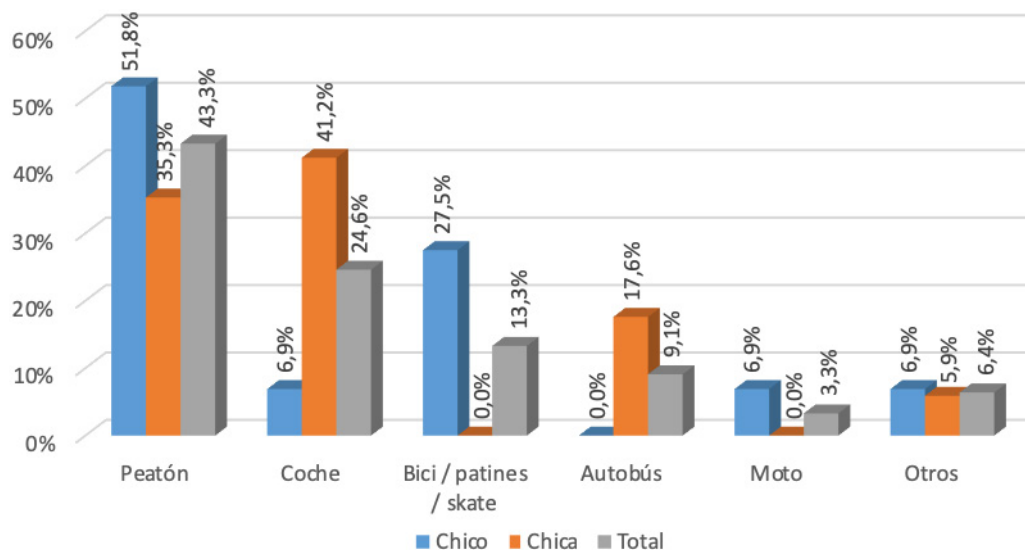
Gráfico 12.1. Lugar donde ocurrió la lesión o accidente (no de tráfico), por sexo



Respecto a los accidentes de tráfico que precisaron tratamiento médico, el 1,4% de los jóvenes han sufrido alguno en los últimos 12 meses, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni

ámbito geográfico. Los accidentes de tráfico que ocurrieron con más frecuencia fueron al ir andando o corriendo (43,3%), seguidos de los de coche (24,6%) y bicicleta, patines, skate (13,3%) (Gráfico 12.2).

Gráfico 12.2. 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 94,6% afirma utilizarlo siempre y el 3,6% casi siempre, mientras que el 1,2% solamente lo usan algunas veces y el 0,6% nunca. Por otra parte, al ir en el asiento trasero, el 88,2% de los jóvenes utiliza el cinturón de seguridad siempre y el 7,0% casi siempre, en cambio el 3,5% sólo lo usa a veces y el 1,3% nunca. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso del cinturón de seguridad ni por sexo ni por ámbito geográfico.

El 26,8% de los jóvenes monta en moto, siendo los chicos del medio rural los que lo hacen en mayor proporción (41,4%) y las chicas de zona urbana en menor porcentaje (21,3%) ($p = 0,001$). De los que sí montan en moto, el 81,1% indica que utiliza el casco siempre, el 8,4% la mayoría de las veces, el 5,4% algunas veces y el 5,1% nunca, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas por sexo o ámbito geográfico.

Sin embargo, hay una mayor proporción de adolescentes que usan la bicicleta: el 82,0% la utiliza, los que más los chicos tanto de medio rural (93,0%) como urbano (87,5%) y las que menos las chicas de medio rural (74,3%) ($p < 0,001$); aunque utilizan el casco con menor frecuencia al ir en bicicleta que en moto (Gráfico 12.3). Entre aquéllos que montan en bicicleta, tan solo el 16,0% de los chicos utiliza el casco siempre en comparación con el 9,8% de las chicas, y el 14,3% de los adolescentes del medio urbano en contraste con el 8,6% de los de zona rural. También, cabe destacar que el 50,6% de los adolescentes indican que no utilizan el casco nunca cuando montan en bici, siendo las chicas las que en mayor proporción no lo usan nunca (54,3%, frente al 47,5% de chicos) así como en el medio rural (61,7%, frente al 47,9% del medio urbano), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 12.4).

Gráfico 12.3. Frecuencia de uso del casco en bici y en moto

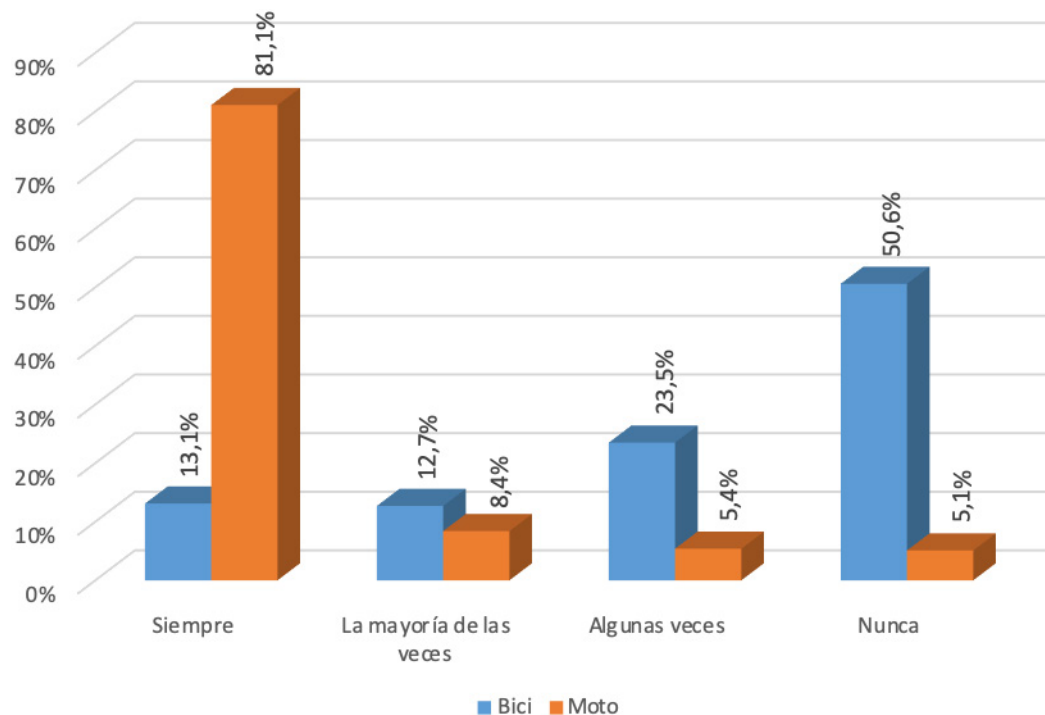
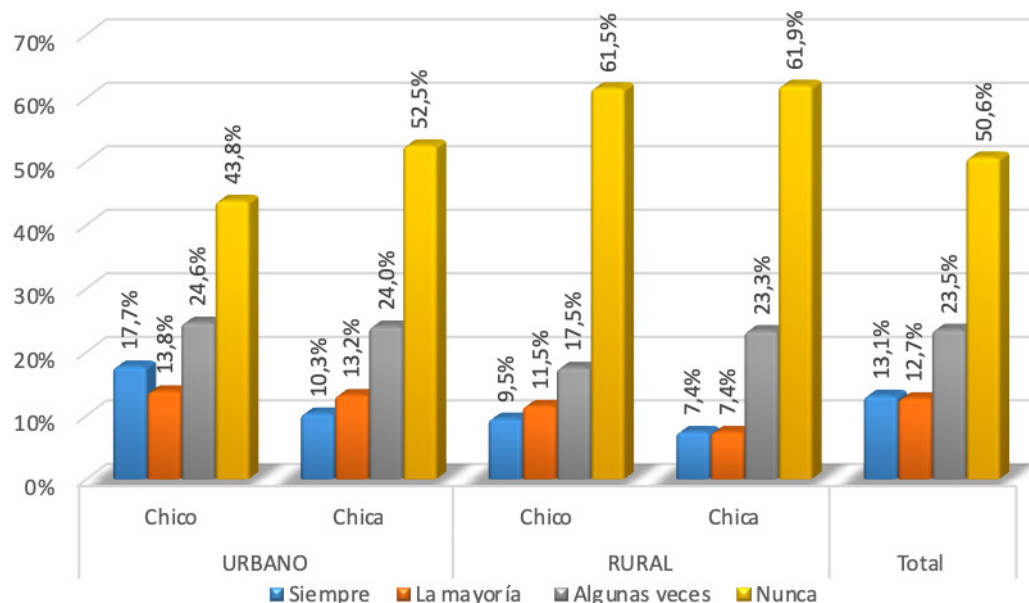


Gráfico 12.4. Frecuencia de uso del casco en la bici, por sexo y ámbito geográfico



El 12,4% de los adolescentes afirma haberse montado en un vehículo en los últimos 30 días sabiendo que el conductor había consumido bebidas alcohólicas, siendo esta proporción mayor en chicos (14,9%)

que en chicas (10,0%) ($p = 0,020$), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas según el ámbito geográfico.

A.13. Higiene dental

En relación con la higiene bucodental se realizaron tres preguntas sobre la frecuencia con la que los adolescentes 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 79,9% de los adolescentes afirma que se lava los dientes más de una vez al día. Cabe destacar que el 3,7% reconoce no lavárselos nunca o menos de una vez al día. Asimismo, el 4,6% no se lava los dientes por la noche antes de acostarse y el 21,7% tan solo lo hace algunas

veces. Las chicas son las que tienen una mayor higiene dental, principalmente aquéllas del medio urbano, quienes en un 87,8% se lavan los dientes más de una vez al día y el 79,1% se los lava siempre antes de acostarse, pero también las chicas del medio rural con un 86,9% y un 76,4%, respectivamente. En cambio, los chicos del medio rural son los que peor higiene dental tienen: el 10,2% no se lava los dientes nunca o menos de una vez al día y el 63,7% se los lava una vez al día, además tan solo el 67,0% se lava los dientes antes de acostarse y el 9,8% nunca ($p < 0,001$) (Gráficos 13.1 y 13.2).

Gráfico 13.1. Frecuencia del lavado dental, por sexo y ámbito geográfico

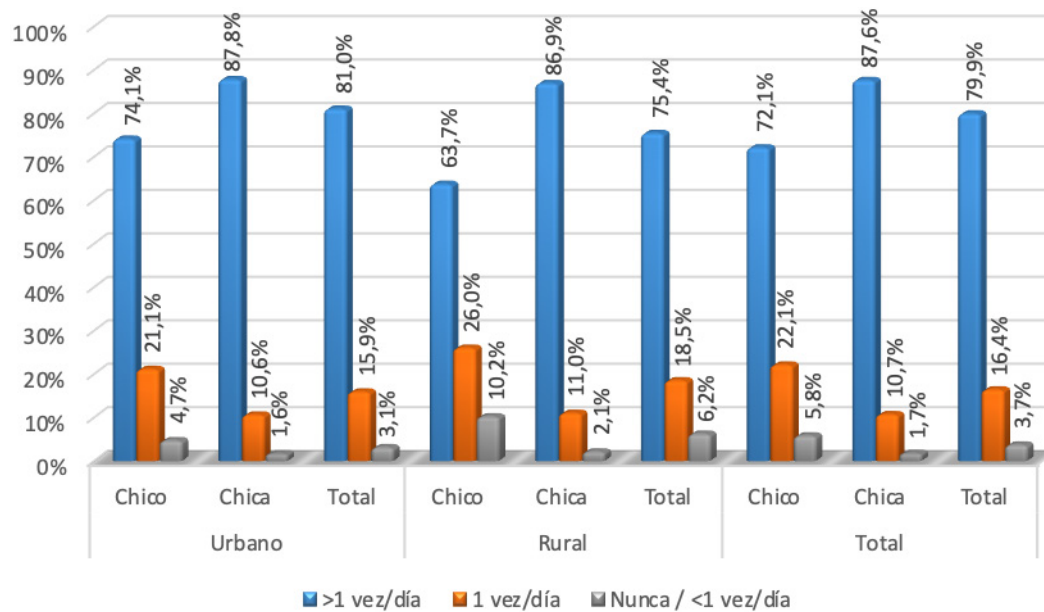
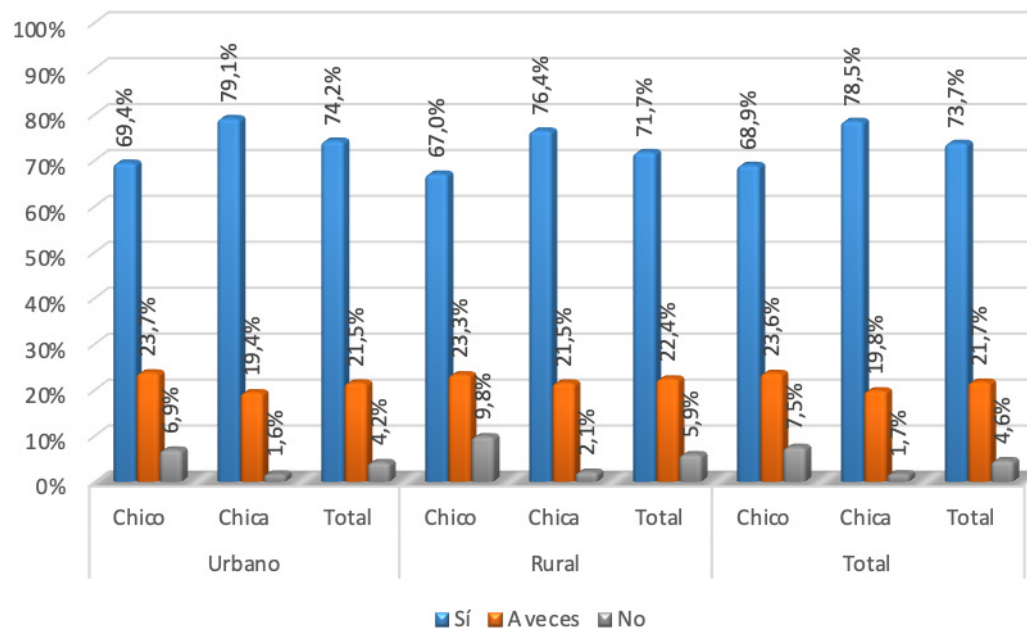


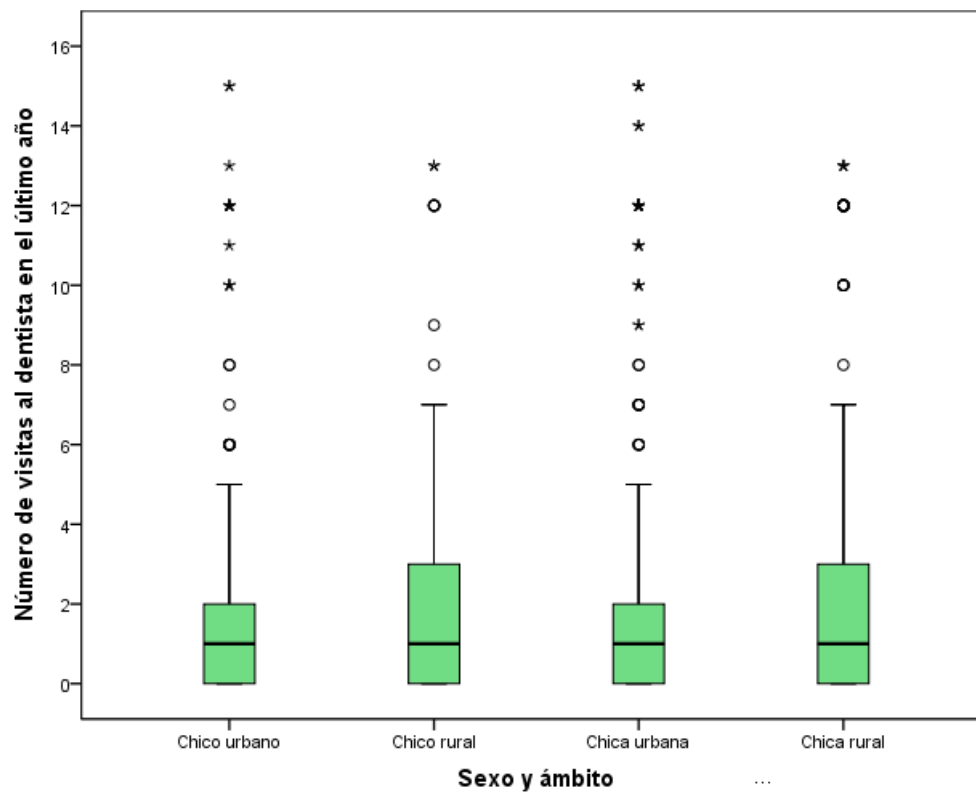
Gráfico 13.2. Lavado dental antes de acostarse, por sexo y ámbito geográfico



Respecto a las visitas al dentista en los últimos 12 meses (excluidas las visitas de seguimiento o revisión de aparato dental), la media es de 2 visitas ($DE = 4$), siendo el mínimo ninguna visita y el máximo 20 (mediana = 1; $P_{25} = 0$; $P_{75} = 2$). Los números de visitas tan elevados puede deberse a los tratamientos de ortodoncia que

precisan visitas frecuentes, a pesar de que en el enunciado de la pregunta se especifica que se mencionen las visitas excluyendo las relacionadas con el seguimiento o revisión de aparato dental. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ni ámbito geográfico (Gráfico 13.3).

Gráfico 13.3. Visitas al dentista en el último año, por sexo y ámbito geográfico



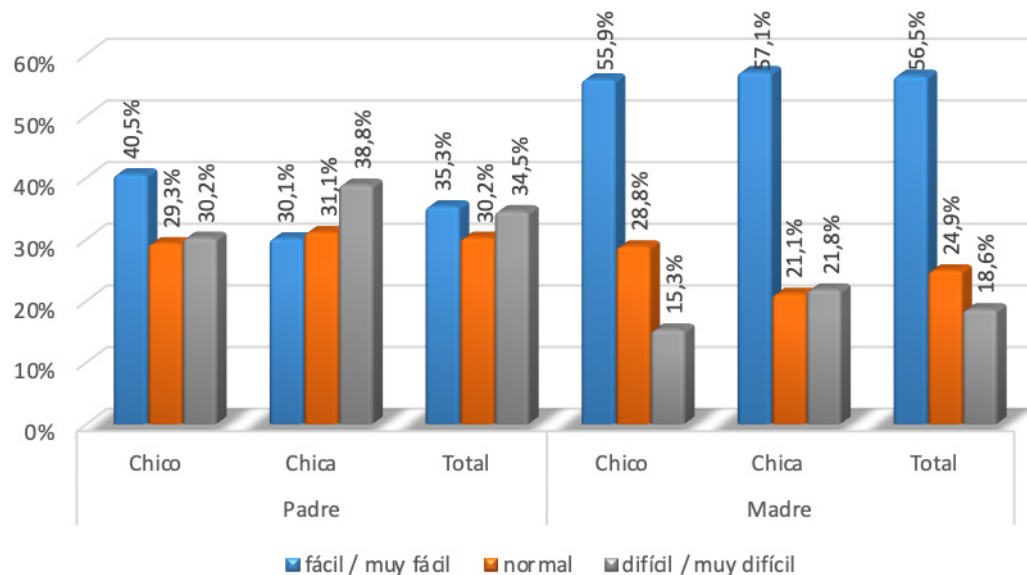
A.14. Relaciones con la familia

En la encuesta se incluyó un bloque de preguntas dirigido a conocer la relación que tienen los adolescentes con los miembros de su familia. Se les preguntó acerca de si les resulta fácil hablar de las cosas que les preocupan con su padre, con su madre, con la pareja del padre y con la pareja de la madre, donde podían seleccionar en una escala del 1 al 5 de menos facilidad a más facilidad (que se equiparó a: 1 = muy difícil, 2 = difícil, 3 = neutro/normal, 4 = fácil, 5 = muy fácil) para cada respuesta. Asimismo, se les pidió su valoración personal en distintos grados de acuerdo o desacuerdo del 1 al 5, desde total desacuerdo a total acuerdo (que se equiparó a: 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 el apoyo emocional que necesitan de su familia, si pueden hablar de sus problemas con su familia y si su familia está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones.

El 30,2% de los jóvenes que tienen o ven a su padre afirman que les resulta de una facilidad “normal”

hablar con él de las cosas que les preocupan, mientras que al 19,1% les resulta difícil y al 15,4% muy difícil. Las chicas en mayor proporción que los chicos encuentran muy difícil el hablar con sus padres (19,8% y 11,0%, respectivamente) ($p < 0,001$). Por otra parte, de aquellos adolescentes que tienen o ven a su madre, el 56,5% encuentran fácil o muy fácil hablar de las cosas que les preocupan con ella, mientras que al 24,9% les resulta de una facilidad “normal” y al 18,6% difícil o muy difícil. La dificultad es mayor para las chicas: los chicos en un 28,8% encuentran una facilidad “normal” para hablar con su madre mientras que en las chicas este porcentaje es del 21,1%, en cambio, las chicas lo encuentran muy difícil (11,3%) o difícil (10,5%) en mayor proporción que los chicos (7,9% y 7,4%, respectivamente) ($p = 0,013$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por ámbito geográfico en ninguno de estos casos (Gráfico 14.1).

Gráfico 14.1. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con el padre y con la madre, por sexo

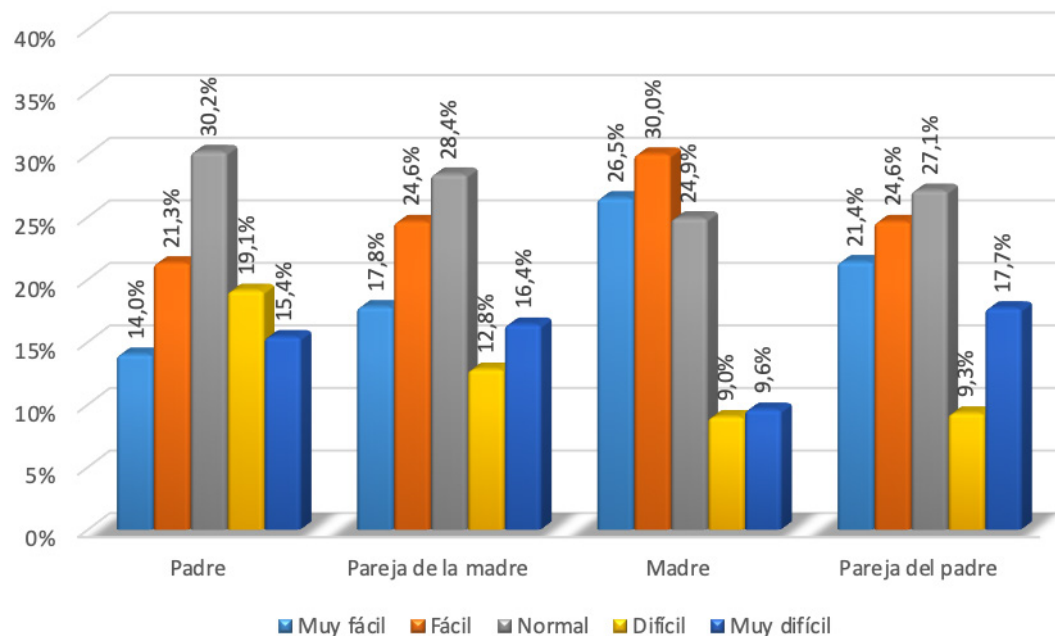


En cuanto a la pareja de la madre, el 28,4% de los adolescentes que sí tienen o ven a esta persona refieren que les resulta de una facilidad “normal” hablar de las cosas que les preocupan, siendo en los chicos más sencillo (al 23,0% les resulta muy fácil y al 21,6% fácil, frente al 12,1% y 28,0%, respectivamente, de las chicas), y destacando que al 19,3% de las chicas les resulta muy difícil (frente al 13,8% de chicos) ($p = 0,033$). Respecto a la pareja del padre, al 46,0% de los que sí tienen o ven a esta persona le resulta fácil o muy fácil hablar de las cosas que le preocupan, al 27,1% les resulta de una facilidad “normal”, y al 27,0% difícil o muy difícil, sin

encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos y por ámbito geográfico.

Al comparar la relación de los jóvenes con los padres, madres y sus parejas (en el caso de que los progenitores estén separados), en general, la persona con la que les resulta más sencillo hablar es con la madre (al 56,5% le resulta fácil o muy fácil), seguido de la pareja del padre (46%), sin embargo, con quien más difícil les resulta es con el padre (al 34,5% les resulta difícil o muy difícil), seguido de la pareja de la madre (29,2%) (Gráfico 14.2).

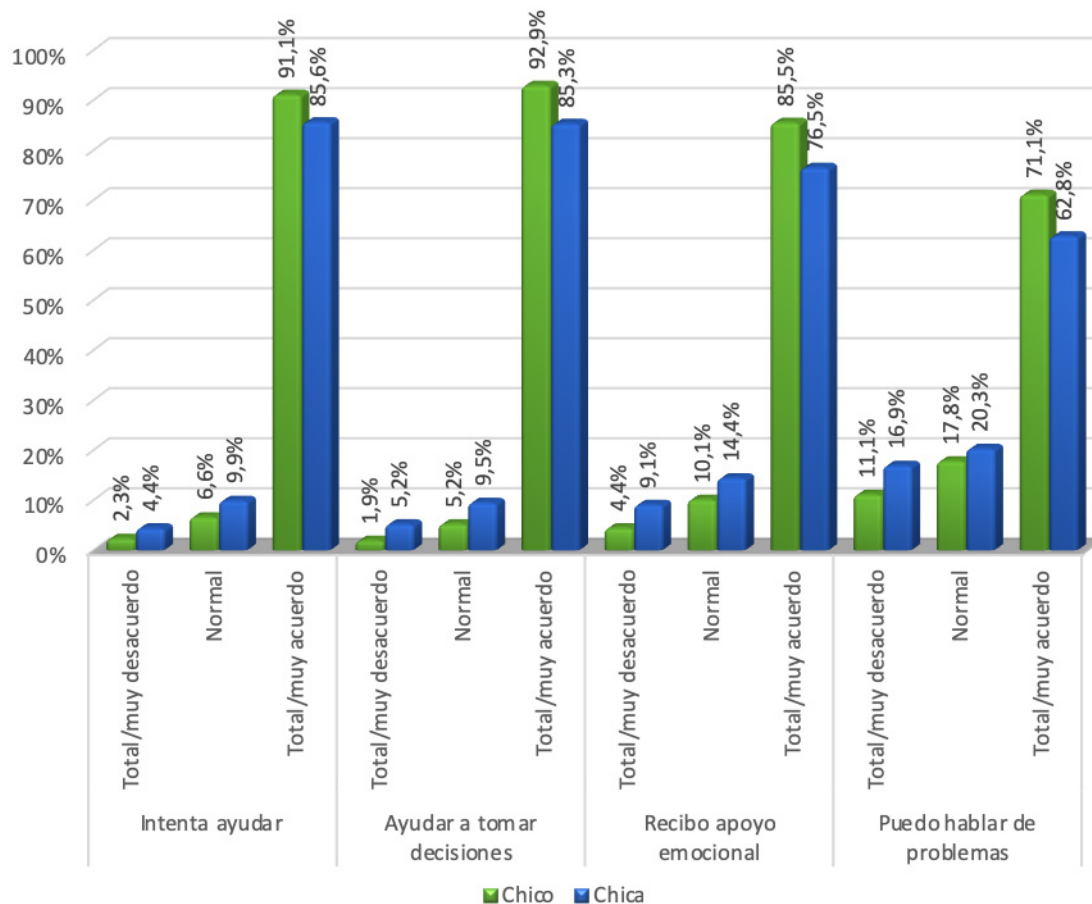
Gráfico 14.2. Facilidad para hablar de las cosas que les preocupan con los padres, madres o sus parejas en caso de haberlas



El 88,3% de los adolescentes indican que están totalmente o muy de acuerdo en que sus familias realmente intentan ayudarles, en mayor proporción los chicos (91,1%) que las chicas (85,6%) ($p = 0,019$). De igual manera, el 81,0% están totalmente o muy de acuerdo en que reciben de su familia el apoyo emocional que necesitan, principalmente los chicos (85,5%) frente a las chicas (76,5%) ($p = 0,001$). El 89,1% están totalmente o muy de acuerdo en que su familia está dispuesta a

ayudarles a tomar decisiones, también en mayor proporción los chicos (92,9%) que las chicas (85,3%) ($p < 0,001$). En cambio, en cuanto a hablar de sus problemas con su familia, únicamente el 66,9% de los adolescentes están totalmente o muy de acuerdo, siendo también los chicos los que lo están en mayor porcentaje (71,1%) que las chicas (62,8%) ($p = 0,011$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el ámbito geográfico (Gráfico 14.3).

Gráfico 14.3. Valoración subjetiva del apoyo familiar, por sexo



A.15. Relaciones sociales

Para la valoración de las relaciones sociales de los jóvenes, se incluyó un apartado en el que se les preguntó acerca de si suelen salir con otras personas para distraerse. Además, se les pidió su valoración personal en distintos grados de acuerdo o de desacuerdo del 1 (total desacuerdo) al 5 (total acuerdo) (que se equiparó a: 1 = total desacuerdo, 2 = muy en desacuerdo, 3 = neutro/normal, 4 = muy de acuerdo, 5 = total acuerdo), en lo referente a: si sus amigos realmente tratan de ayudarles, si pueden contar con sus amigos cuando las cosas van mal, si tienen amigos con los que pueden compartir penas y alegrías y si pueden hablar de sus problemas con sus amigos.

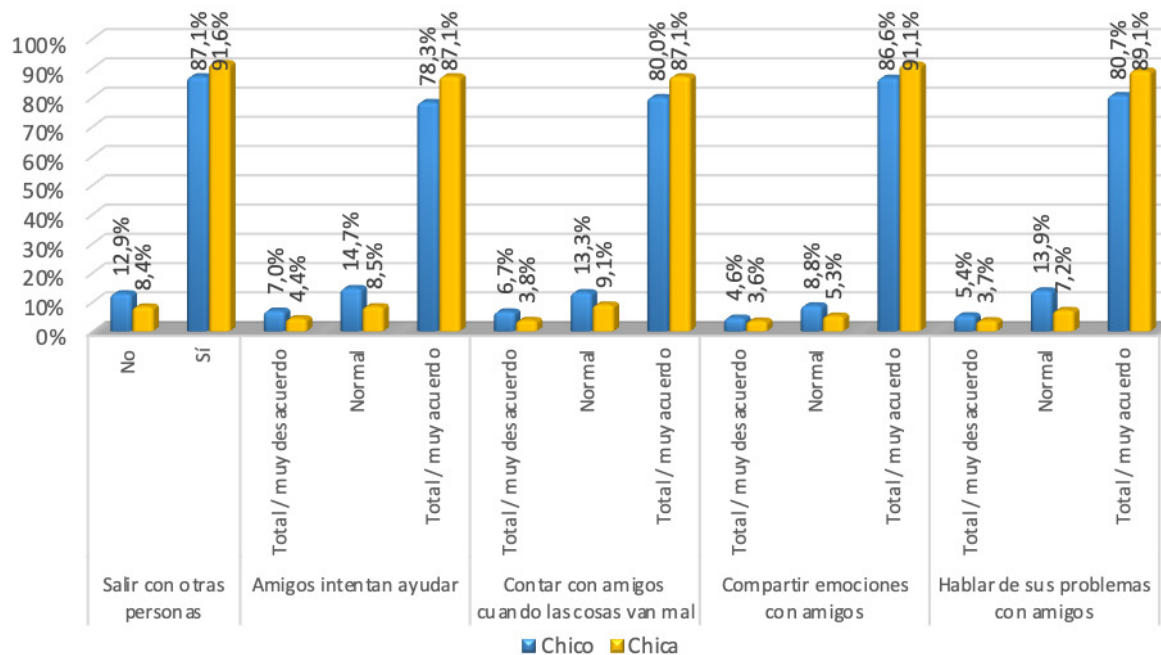
El 89,3% de los adolescentes afirma que sale con otras personas para distraerse, sin embargo, el 12,9% de los chicos y el 8,4% de las chicas no lo hace ($p = 0,018$).

El 82,7% está totalmente o muy de acuerdo en que sus amigos realmente tratan de ayudarle (87,1% de

las chicas y 78,3% de los chicos, mientras que el 7,0% de los chicos y el 4,4% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo ($p = 0,001$).

De igual manera, la mayoría de los jóvenes están totalmente o muy de acuerdo en que pueden contar con sus amigos cuando las cosas les van mal, siendo esta proporción mayor entre las chicas (87,1%) que los chicos (80,0%), mientras que el 6,7% de los chicos y el 3,8% de las chicas creen que no pueden hacerlo ($p = 0,009$). El 88,8% refiere estar totalmente o muy de acuerdo en que tienen amigos con los que compartir emociones, aunque un 4,1% indica que no está de acuerdo, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico. Con respecto a si pueden hablar de sus problemas con los amigos, el 84,9% afirma que están totalmente o muy de acuerdo (89,1% de las chicas y 80,7% de los chicos), mientras que un 5,4% de los chicos y un 3,7% de las chicas están totalmente o muy en desacuerdo ($p = 0,001$).

Gráfico 15.1. Valoración de las relaciones sociales, por sexo



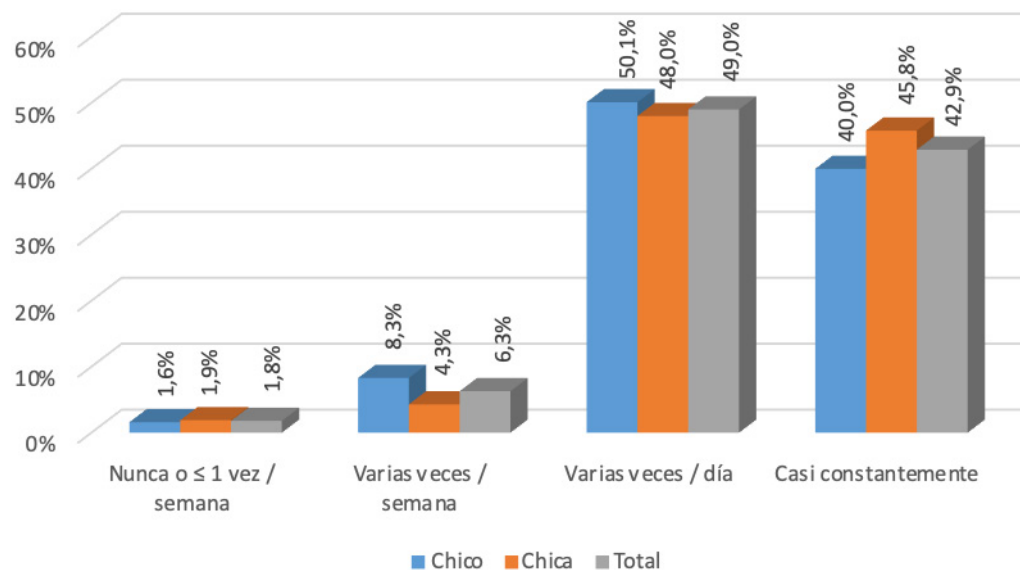
A.16. Uso de internet y del teléfono móvil

En la encuesta se incluyó un apartado sobre el uso de internet y del teléfono móvil smartphone. Se les preguntó a los adolescentes si utilizan un móvil smartphone y, en el caso de hacerlo, con qué frecuencia utilizan internet en el móvil y si apagan el teléfono en clase, cuando estudian, en lugares no permitidos y al dormir. Además, se les preguntó con qué frecuencia al utilizar internet en cualquier dispositivo en los dos últimos meses se han encontrado 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.

El 96,9% de los adolescentes utiliza un móvil smartphone, aunque el 4,3% de los chicos y el 2,0% de las chicas no lo usan ($p = 0,043$). El 49,0% usa internet en el móvil varias veces al día y el 42,9% casi constantemente (45,8% de las chicas y 40,0% de los chicos) y tan sólo el 1,8% no lo usan nunca o lo hacen una vez a la semana o menos ($p = 0,032$) (Gráfico 16.1).

Gráfico 16.1. Frecuencia de uso de internet en el móvil, por sexo



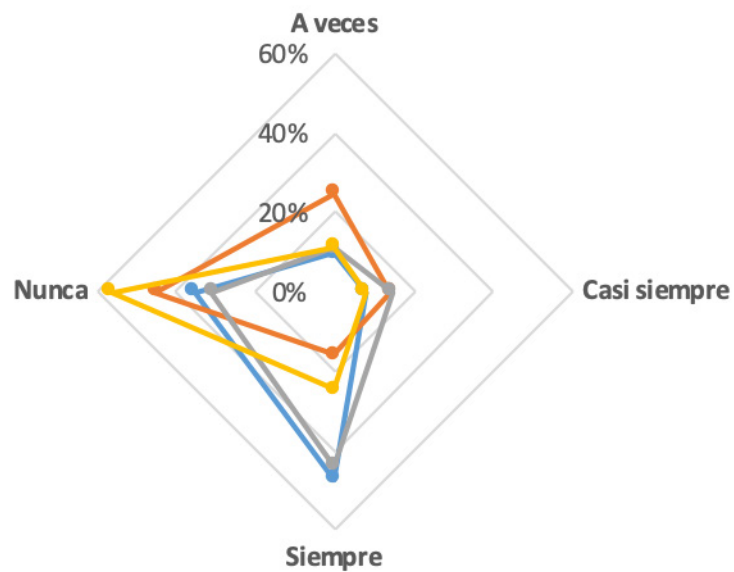
El 47,2% de los jóvenes siempre apaga el móvil en clase, principalmente en el medio urbano (49,4%) frente al rural (38,4%), mientras que el 35,6% de los estudiantes no lo apaga nunca, sobre todo en el medio rural (43,8%; en el urbano 33,6%) ($p = 0,030$). En cambio, al estudiar tan sólo el 16,0% apaga siempre el teléfono, sin embargo el 45,1% no lo apaga nunca mientras estudia.

Al estar en lugares no permitidos el 43,9% de los adolescentes siempre apaga el móvil, el 32,8% de los chicos y el 29,0% de las chicas no lo apagan nunca y el

8,2% de chicos y 13,5% de chicas solamente a veces ($p = 0,029$). Por otra parte, la mayoría de adolescentes no apaga el móvil nunca al dormir (56,3%), y únicamente el 24,7% lo hace siempre. En general, las circunstancias en las que mayor proporción de jóvenes apagan siempre el móvil son en clase (47,2%) y al encontrarse en lugares no permitidos (43,9%), mientras que es más común que no lo apaguen nunca al estudiar (45,1%) y al dormir (56,3%) (Gráfico 16.2).

Gráfico 16.2. Frecuencia con la que apagan el móvil en distintas situaciones

En clase Estudiando En un lugar no permitido Durmiendo



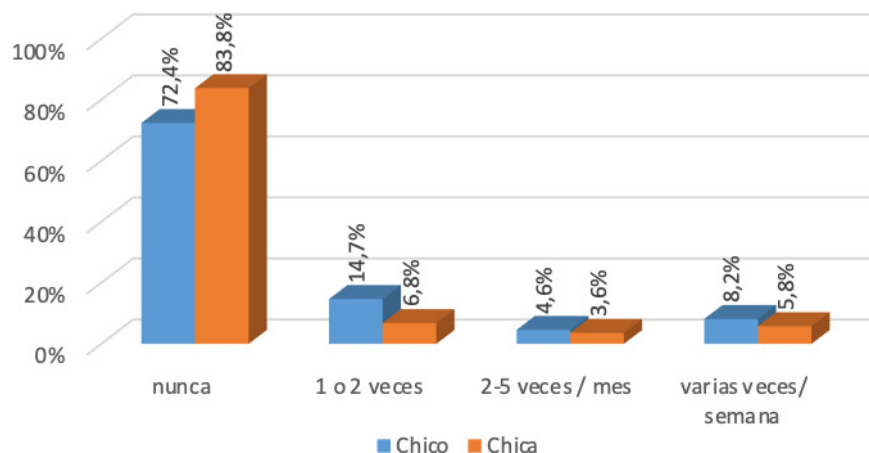
En los dos últimos meses, a través de internet, el 51,8% de adolescentes ha intercambiado mensajes con desconocidos, destacando que el 27,0% lo ha hecho varias veces a la semana, mientras que el 17% lo ha hecho en 1 ó 2 ocasiones en ese periodo de tiempo, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico.

Respecto a la recepción de llamadas de desconocidos, el 39,2% de los jóvenes no las ha recibido nunca en los últimos dos meses, en cambio, el 23,9% las ha

recibido varias veces a la semana y el 22,4% en 1 ó 2 ocasiones, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas por sexo o por ámbito geográfico.

Por otra parte, el 16,2% de las chicas y el 27,6% de los chicos han recibido mensajes o imágenes de contenido sexual por parte de desconocidos alguna vez en los últimos dos meses: el 14,7% de chicos y el 6,8% de chicas los han recibido 1 ó 2 veces en ese periodo y el 8,2% de los chicos y el 5,8% de las chicas varias veces a la semana ($p < 0,001$) (Gráfico 16.3).

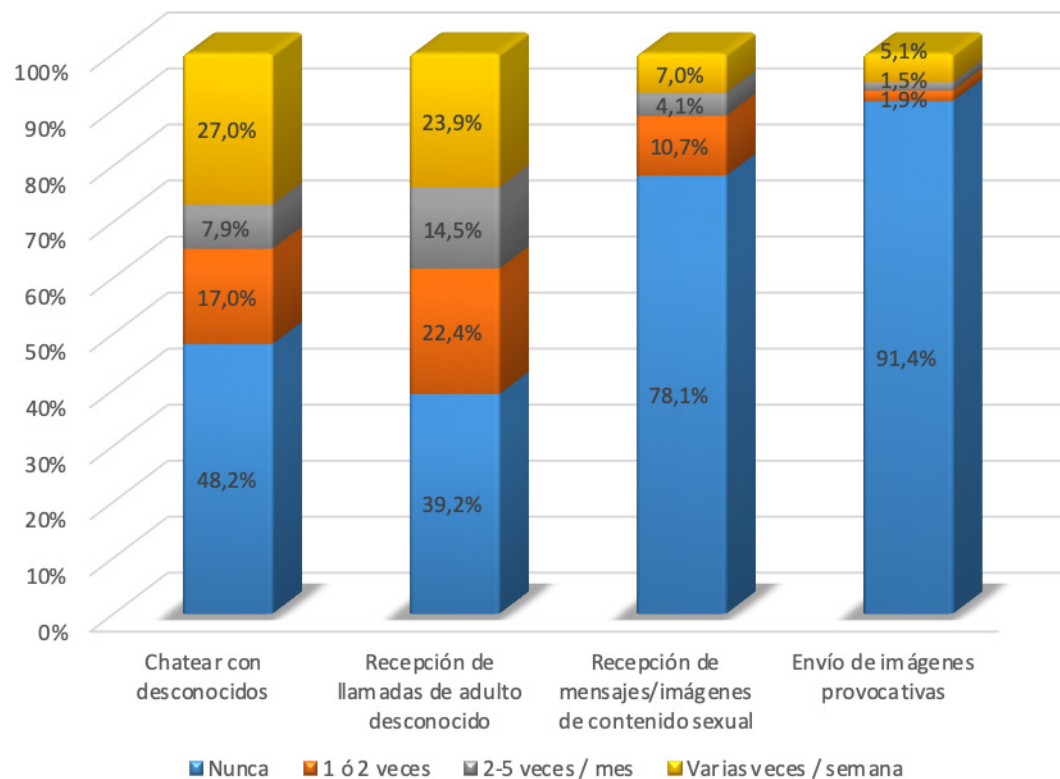
Gráfico 16.3. Recepción de mensajes o imágenes de contenido sexual, por sexo



En cuanto al envío a desconocidos por parte de los adolescentes de imágenes propias en postura sexy o provocativa, el 8,6% de los jóvenes las ha enviado en alguna

ocasión en los últimos dos meses, destacando que el 5,1% lo ha hecho varias veces por semana, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos sexos (Gráfico 16.4).

Gráfico 16.4. Interacción con desconocidos



A.17. Acoso escolar

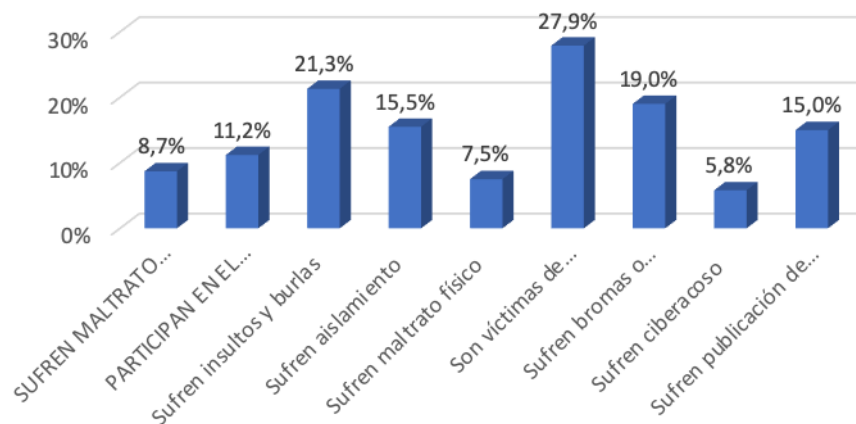
Tras explicar a los adolescentes qué situaciones son consideradas como maltrato y cuáles no, se les hicieron varias preguntas para valorar el acoso escolar. Se les preguntó acerca de cuántas veces habían sido maltratados en el colegio o instituto, cuántas veces habían participado en algún episodio de maltrato a otro/a compañero/a, y con qué frecuencia les habían ocurrido las siguientes situaciones: les han hecho daño con insultos o burlas, otros alumnos/as 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, y si les han hecho fotos no favorecedoras o inapropiadas sin permiso y las han publicado en internet. Las cuestiones hacían referencia al periodo de tiempo de los dos últimos meses.

El 8,7% de los adolescentes afirma haber sufrido maltrato escolar en los últimos dos meses, cabe mencionar que el 0,9% lo sufren una o más veces a la semana. Por otra parte, el 11,2% de los jóvenes admite haber participado en algún episodio de maltrato a otro/a compañero en el colegio o instituto en los dos últimos meses. No se encontraron diferencias estadísticamente

significativas por sexo o ámbito geográfico en cuanto a haber sufrido maltrato, pero sí en la participación de maltrato a otros compañeros, donde son más los chicos que han participado: el 86,4% de chicos no han participado nunca, en comparación con el 91,4% de chicas, y además con mayor frecuencia (el 2,4% de chicos, en comparación con el 0,8% de chicas, han participado 2-3 veces al mes en episodios de maltrato a otros compañeros, y el 1,8% de chicos y 1,2% de chicas al menos una vez a la semana) ($p = 0,048$). De aquellos jóvenes que han sufrido maltrato escolar, un 25,9% han participado en el maltrato a otros compañeros, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos y el medio rural y urbano.

Algunos jóvenes no reconocen el maltrato en determinados comportamientos, ya que según los datos recogidos hay una mayor proporción de jóvenes que reconocen sufrir insultos y burlas, aislamiento, mentiras y cotilleos inventados, bromas y comentarios de contenido sexual y publicación de fotos inapropiadas tomadas sin permiso, que aquéllos que reconocen haber sufrido maltrato (Gráfico 17.1). Por ello, los datos presentados sobre cada tipo de maltrato hacen referencia al total de jóvenes, no al total de los que se autoperciben como maltratados.

Gráfico 17.1. Frecuencia del maltrato escolar y tipos de maltrato recibido



El 21,3% de los adolescentes ha recibido burlas e insultos en los dos últimos meses y el 3,9% en varias ocasiones a la semana. El 15,5% ha sido apartado de su grupo de amigos/as por otros alumnos o le han ignorado por completo, ocurriendo varias veces a la semana en el 4,7% de los casos. Además, al 19,0% de los estudiantes les han gastado bromas o hecho comentarios o gestos de contenido sexual en el colegio o instituto, situación que se produce varias veces a la semana para el 7,6% de los jóvenes. El 15,0% han sido víctimas de la publicación en internet de fotos no favorecedoras o inapropiadas que

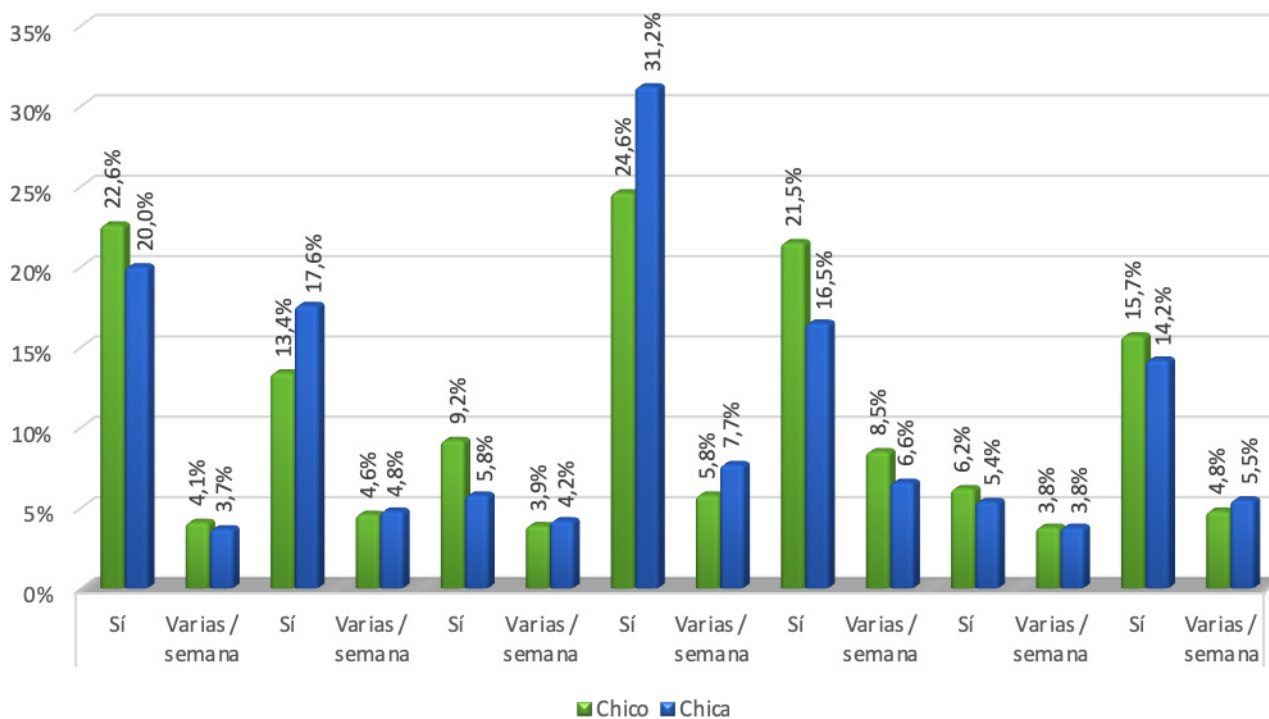
les hicieron sin permiso, dándose esta situación varias veces a la semana para el 5,2% de los adolescentes. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico en ninguno de estos casos.

Respecto al maltrato físico, un 7,5% de jóvenes refieren sufrirlo, ocurriendo varias veces a la semana en un 4,0% de los casos; y, en relación con el ciberacoso, el 5,8% de los adolescentes refieren haberlo sufrido y el 3,8% en varias ocasiones a la semana sin poder establecer diferencias estadísticamente significativas por sexo ni ámbito geográfico en estos casos.

Por otra parte, el 27,9% de adolescentes han sido víctimas de mentiras o cotilleos inventados por parte de otros compañeros, produciéndose varias veces a la semana en el 6,7%, sin encontrarse diferencias

estadísticamente significativas por sexo, aunque sí por ámbito geográfico, siendo más frecuente en el ámbito rural (33,4%) que en el urbano (26,5%) ($p = 0,020$) (Gráfico 17.2).

Gráfico 17.2. Tipos de acoso escolar sufrido en los dos últimos meses, por sexo



El 3,8% del total de adolescentes (38 jóvenes) refiere haber sufrido todos los tipos de acoso descritos en el cuestionario en alguna ocasión durante los últimos dos meses. Cabe destacar que tan solo 6 de estos 38

estudiantes (15,7%) se autodefinen como maltratados y además 5 de ellos (12,5%) afirman ser maltratadores de otros compañeros.

A.18. Metodología

A.18.1. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

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

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

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

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

En 2017 se ha realizado 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.

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

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

Tabla 5. Distribución de las personas por sexo y entorno

	Hombres	Mujeres	Total
URBANA-SEMIURBANA	7.514	7.409	14.923
RURAL	1.807	1.859	3.666
TOTAL	9.321	9.268	18.589

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

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

⁽¹⁾ Librería epicalc de R Language

Tabla 6. Muestra teórica

	Hombres	Mujeres	Total
URBANA-SEMIURBANA	257	257	514
RURAL	238	238	476
TOTAL	495	495	990

Por lo tanto, se deberían tomar 514 alumnos del entorno urbano y 476 alumnos del entorno rural.

Como la distribución entre hombres y mujeres no era homogénea (50,14% a 49,86%), para asegurar la representatividad por género (en este caso de las mujeres) habría que incluir a 516 alumnos del entorno urbano y a 478 alumnos del entorno rural (para que el 49,86% de cada entorno sean las 257 y 238 mujeres que necesitamos, respectivamente).

Por último, ajustando por la tasa de respuesta, se obtuvo la muestra de alumnos final: 550 alumnos del entorno urbano y 510 alumnos del rural siendo el total de 1.060.

La media de alumnos por aula en el entorno urbano era de 23,3, por lo tanto se requirieron 24 aulas. La media en el rural era de 19,3 alumnos por aula, requiriendo 26 aulas.

Tabla 7. Muestra ajustada

	Total	Media alumnos	Aulas
URBANA-SEMIURBANA	550	23,3	24
RURAL	510	19,3	26

Las aulas se seleccionaron mediante muestreo proporcional al tamaño de cada estrato, lo que amplió el número de aulas a 59 debido al redondeo hacia arriba. La encuesta se realizó a todos los alumnos de las aulas seleccionadas.

Tabla 8. Distribución de personas y aulas

Provincia	Urbano			Rural		
	Personas	%	Aulas	Personas	%	Aulas
Ávila	834	5,6%	2	475	13,0%	4
Burgos	2.460	16,5%	4	295	8,0%	3
León	2.708	18,1%	5	672	18,3%	5
Palencia	785	5,3%	2	350	9,5%	3
Salamanca	2.100	14,1%	4	444	12,1%	4
Segovia	894	6,0%	2	419	11,4%	3
Soria	475	3,2%	1	261	7,1%	2
Valladolid	3.732	25,0%	7	511	13,9%	4
Zamora	935	6,3%	2	239	6,5%	2
Total	14.923		29	3.666		30

A.18.2. REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA

El trabajo de campo del estudio de hábitos y estilos de vida en la población joven de Castilla y León 2017/2018 se desarrolló entre el 14 de noviembre y el 20 de diciembre de 2017 en las 59 aulas de 4.º ESO de los 58 centros escolares seleccionados. Comprendió un periodo de 5 semanas, concentrándose el mayor número de centros encuestados entre los días 20 y 24 de noviembre (31 centros). Inicialmente se estableció como plazo preferente la realización de la encuesta durante la segunda quincena del mes de noviembre, sin embargo, las fechas fueron ajustadas en función de la disponibilidad y circunstancias de los centros participantes.

Se solicitó el consentimiento escrito de los padres/tutores para la participación de los menores en la encuesta, incluyendo en la hoja de autorización el peso y la talla de los jóvenes referido por los padres. Los consentimientos firmados quedaron custodiados en los centros escolares. En los casos en los que no se llegó a un número de autorizaciones aceptable, tras efectuar un nuevo recordatorio a los alumnos, se acordó un cambio de fecha y hora en el que realizar el cuestionario, con el fin de lograr una mayor participación.

La muestra prevista era de 1329 alumnos, que una vez finalizado el trabajo de campo quedó determinada

en 1330. Aunque el número total de alumnos es similar al de la muestra estimada, se detectaron variaciones en el número de alumnos de las aulas, lo que posiblemente fuese debido a la desactualización de la base de datos utilizada en el diseño del estudio.

La participación fue del 85%, con un total de 1129 jóvenes que se prestaron a contestar el cuestionario. Las fechas de realización de la encuesta, coincidentes con los exámenes de fin de trimestre, pudieron influir en la participación.

En el ámbito urbano/semiurbano la participación fue del 88%, siendo mayor en comparación con el 82% registrado en los centros de zonas de salud rurales.

Del total de participantes en la encuesta, el 54% de los jóvenes formaban parte de centros escolares radicados en localidades pertenecientes a zonas de salud urbanas o semiurbanas, mientras que el 46% lo hacían desde centros ubicados en zonas de salud rurales.

Debido a las dificultades en la exportación de las respuestas a través de la aplicación informática, y que no todas las encuestas se encontraban completas, finalmente quedó una muestra de 1004 jóvenes cuyas respuestas permitieron realizar el análisis.

A.18.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

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

Para el análisis de los datos, en algunos casos se crearon variables nuevas: se calculó el índice de masa corporal ($IMC = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$, con el peso en kilos y la altura en metros) y se agruparon categorías de algunas de las variables del cuestionario para facilitar su análisis. Los puntos de corte para las distintas categorías de nivel de peso según el IMC se establecieron de acuerdo a los establecidos por la Internacional Obesity Task Force (IOTF)^(2, 3) y la OMS⁽⁴⁾.

⁽²⁾ Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal M, Dietz WH. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. Br Med J* 2000; 320: 1240-3. *BMJ* 2000; 320: 1-6

⁽³⁾ Cole TJ, M Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. *Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ* 2007; 335: 194

⁽⁴⁾ http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

Posteriormente se realizó una ponderación de la muestra respecto a la población de referencia para que, manteniendo el tamaño muestral, la proporción de cada estrato (chicos del medio rural, chicas del medio rural, chicos del medio urbano y chicas del medio urbano)

fuera igual en la muestra que en la población de referencia, conservando así la representatividad. Para ello, se empleó la siguiente fórmula matemática:

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

Donde:

w_i es el factor de ponderación para cada estrato.

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

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

Los factores de ponderación obtenidos fueron los siguientes:

Chico		Chica	
Urbano	Rural	Urbano	Rural
1,73	0,46	1,26	0,42

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 21.

A.19. Equipo de trabajo

A.19.1. DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

Servicio de Información de Salud Pública:

Rufino Álamo Sanz

Irene Ai-Ling Garcia Yu

José Eugenio Lozano Alonso

María Jesús Alonso Ramos

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Dirección General de Innovación Educativa
y Formación del Profesorado

Servicio de Supervisión de Programa, Calidad
y Evaluación:

Leandro González Martín

José M.ª Santa Olalla Tovar

M. Pilar Martín García

A.19.2. RESPONSABLES PROVINCIALES

PROVINCIA	SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL	DIRECCIÓN PROVINCIAL DE EDUCACIÓN
ÁVILA	<i>María Antonia Valle Soberón M.ª Inmaculada Gil Blazquez M.ª Teresa Gonzalez Gómez</i>	<i>María del Carmen Bernal Sánchez</i>
BURGOS	<i>Carmen Pedraz Pingarrón M.ª Isabel Moral Castelar</i>	<i>Pilar Calvo Prieto</i>
LEÓN	<i>Esperanza Macayo Sanchez Segundo Tejedor Gancedo</i>	<i>Jaime Campelo Pérez</i>
PALENCIA	<i>José Antonio Iglesias Guerra Luis Alberto Sangrador Arenas</i>	<i>Domingo García Ramos</i>
SALAMANCA	<i>Maria Ángeles Illera Muñoz Ana María Martín Encinas</i>	<i>Teresa de Jesús Arrasate Badiola</i>
SEGOVIA	<i>Montserrat Sánchez Alba</i>	<i>Francisco Jose Hernández Sáez</i>
SORIA	<i>Judit Marcos Hernández</i>	<i>Juan José Ruiz Colmenares</i>
VALLADOLID	<i>Pedro Matesanz Alonso</i>	<i>Mercedes Porrero Ramírez Eva M.ª Las Heras Sala</i>
ZAMORA	<i>Juliana Rincón González</i>	<i>Luis Antonio Pedraza de Castro</i>

A.19.3. COLABORADORES EN LOS CENTROS ESCOLARES 2017-18

ÁVILA	
<i>Miguel Márquez Carrasco</i>	I.E.S.O. “Villa de Sotillo”, Sotillo de la Adrada
<i>Asier Martín García y Rosa M.ª García Díaz</i>	Colegio “Santísima Trinidad”, El Tiemblo
<i>Manuel Martín Martín</i>	I.E.S. “Aravalle”, El Barco de Ávila
<i>José D. Benito Martín</i>	I.E.S. “Adaja”, Arévalo
<i>Miguel Álvarez Fernández</i>	I.E.S. “Jorge Santayana”
<i>M.ª Dolores Pérez García</i>	I.E.S. “María de Córdoba”, Las Navas del Marqués
BURGOS	
<i>Jesús Herrero Hernández y Laura Miguel Gutierrez</i>	I.E.S. “Vela Zanetti”, Aranda de Duero
<i>Jesús Salas Llano y Lucía Somorrostro López</i>	I.E.S.O. “Conde Sancho García”, Espinosa de los Monteros
<i>Alfredo Marcos Reguero y Marisa Arauzo de la Puente</i>	I.E.S. “Comuneros de Castilla”
<i>Emilio García y José Gutierrez</i>	Colegio “Niño Jesús”
<i>Bernardo Cuesta Nieto y Cristina Saiz Rego</i>	I.E.S. “Valle del Arlanza”, Lerma
<i>Marta Tobías García y Margarita Salazar Ruiz</i>	I.E.S. “Camino de Santiago”
<i>M.ª José Rodríguez Herrero</i>	IES “Doctor Sancho de Matienzo”, Villasana de Mena

LEÓN	
<i>Emma Martín García</i>	I.E.S. “Valles del Luna”, Sta. María del Páramo
<i>Francisco Javier Martínez Peñín</i>	Colegio “Nuestra Señora del Carmen”, La Bañeza
<i>Oscar Lorenzo Gago</i>	Colegio “Nuestra Señora del Carmen”
<i>Padre Antonio</i>	Seminario “Amor Misericordioso”, La Nora del Río
<i>Jorge de Prada de Prado</i>	I.E.S. “Ramiro II”, La Robla
<i>Luis Daniel Enríquez</i>	Colegio “La Asunción”, Flores del Sil
<i>Rafael Pérez</i>	Colegio “La Inmaculada, Camponaraya
<i>Julia Ortega</i>	I.E.S. “Bergidum Flavium”, Cacabelos
<i>Susana Díez</i>	Colegio “Virgen Blanca”
<i>J. Francisco Álvarez Rey</i>	Colegio “Jesús Maestro”
PALENCIA	
<i>Andrés Muñoz Pérez</i>	I.E.S.O. “Tierra de Campos”, Paredes de nava
<i>Pello González Blanco</i>	Colegio “San Gregorio-La Compasión”, Aguilar de Campoo
<i>Javier Velasco Fargas</i>	Colegio Marista “Castilla”
<i>Begoña Pérez Curto</i>	I.E.S “Jorge Manrique”
<i>Lourdes Nevares Heredia</i>	I.E.S. “Recesvinto”, Venta de Baños

SALAMANCA	
<i>Director</i>	I.E.S. "Fray Diego Tadeo", Ciudad Rodrigo
<i>Director</i>	I.E.S. "Senara", Babilafuente
<i>Director</i>	I.E.S. "Fernando de Rojas"
<i>Director</i>	I.E.S. "Leonardo da Vinci", Alba de Tormes
<i>Jefe de estudios</i>	Colegio "Maestro Ávila"
<i>Director</i>	I.E.S. "Vía de la Plata", Guijuelo
<i>Directora</i>	Colegio "Misioneras de la Providencia"
<i>Jefe de estudios</i>	I.E.S. "Tierras de Abadengo", Lumbrales
SEGOVIA	
<i>Nora Martín Bobeda</i>	I.E.S. "María Zambrano", El Espinar
<i>Ainhoa Glez. San Román</i>	I.E.S."Peñalara", San Ildefonso
<i>Demetrio Martín Sanz</i>	I.E.S. "Andrés Laguna"
<i>Federico Arévalo Núñez</i>	I.E.S. "Duque de Albuquerque", Cuéllar
<i>Javier Díaz Gelado</i>	I.E.S. "Vega del Pirón", Carbonero
SORIA	
<i>M.ª Nieves Barrios González</i>	Colegio "Santa Teresa de Jesús"
<i>Teresa de Fresno Lázaro</i>	I.E.S. "Santa Catalina", Burgo de Osma
<i>Carmen García Sevilla</i>	I.E.S."Ribera del Jalón", Arcos de Jalón

VALLADOLID	
<i>Inmaculada Cuéllar Montero</i>	I.E.S. “Santo Tomás de Aquino”, Íscar
<i>Lucianne Germanotti</i>	LYCÉE FRANÇAIS, Laguna de Duero
<i>Javier Martínez Alonso</i>	I.E.S. “Campos Torozos”, Medina de Rioseco
<i>Ana María Muelas Revill</i>	I.E.S. “Río Duero”, Tudela de Duero
<i>Patricia Elvira Díez</i>	I.P. “Cristo Rey”
<i>Roberto Vaquero Grandas</i>	Colegio “San Agustín”
<i>Laura Merino Manuel</i>	Colegio “Santa María Real de Huelgas”
<i>Myriam Hernando Leal</i>	I.E.S. “Ferrari”
<i>María Patricia Seguí Pelayo</i>	I.E.S. “Julián Marías”
ZAMORA	
<i>José Javier Luego Tomé</i>	I.E.S. “José Luis Gutiérrez”, Muga de Sayago
<i>Pilar Iglesias Bernabé</i>	Colegio “Corazón de María”
<i>Jesús Vara Ferrero</i>	Colegio “Corazón de María”
<i>Fernando Pernía Vega</i>	I.E.S. “Los Valles”, Camarzana de Tera
<i>Santiago Lorenzo Fernández</i>	I.E.S. “Los Valles”, Camarzana de Tera
<i>Isabel Pamparacuatro Roldán</i>	I.E.S.O. “Los Salados”, Benavente
<i>Josefa Cordero Martín</i>	I.E.S.O. “Los Salados”, Benavente

B. RECOMENDACIONES



La adolescencia es la etapa de transición de la infancia a la adultez donde se producen importantes cambios físicos, psicológicos y emocionales entre otros. Se puede considerar la adolescencia como una etapa de la vida en la cual se empiezan a tomar las primeras decisiones independientes, a practicar elecciones y a acumular los aprendizajes necesarios para llegar a ser un adulto autónomo en todos los aspectos (1). Otro de los hechos constatados en relación con la adolescencia tiene que ver con el aumento de las conductas de riesgo, entre ellas el consumo de sustancias tóxicas. En la actualidad los investigadores sostienen que hay un conjunto de factores que lo explican, de manera que es posible identificar tanto procesos neurobiológicos (ligados, por ejemplo, a la maduración del lóbulo prefrontal del cerebro), como psicológicos (el sentimiento de que se es invulnerable, el pensar que las cosas que le ocurren sólo le pasan a él/ella, que su vida se rige por reglas diferentes a las del resto, el deseo de 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, un predominio de expectativas sociales que sostienen que el adolescente tarde o temprano termina implicándose en

ellas, lo que constituye un incuestionable apoyo a que aparezcan, etc.) (2).

A pesar de poder describir rasgos comunes para este conjunto, la población en estas edades constituye un grupo social muy diverso, cuyas creencias, valores, actitudes, expectativas y comportamientos difieren considerablemente, reflejando el conocimiento individual, la experiencia y un infinito abanico de influencias sociales, lo que les convierte claramente en una población heterogénea. Esta diversidad representa un reto para el diseño de intervenciones educativas y sanitarias eficaces y efectivas. 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 de respuestas saludables, necesario para vivir esta etapa y a lo largo de toda la vida (1).

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.

B.1. ACTIVIDAD FÍSICA, SEDENTARISMO Y “TIEMPO DE PANTALLA”*

El cuerpo humano está diseñado para el movimiento. Mantenerse físicamente activo aporta beneficios físicos, sociales y psicológicos. La actividad física regular contribuye a mantener un peso saludable, a tener mejor aspecto y a luchar contra la obesidad, además de reducir el riesgo de contraer otras enfermedades, como enfermedades cardiovasculares, determinados tipos de cáncer, diabetes, enfermedades óseas como osteoartritis y osteoporosis. El ejercicio hace que el cuerpo produzca endorfinas, sustancias que mejoran la sensación de bienestar, puede contribuir a dormir mejor y ayudar en los problemas de salud mental (depresión leve, baja autoestima, ...). En la infancia genera múltiples beneficios, que incluyen un crecimiento y un desarrollo saludables del sistema cardiorrespiratorio y músculo-esquelético, el mantenimiento del equilibrio calórico, y por lo tanto, un peso saludable, la prevención de los

* El término “tiempo de pantalla” se refiere al tiempo que se pasa frente a una pantalla de televisión, ordenador, teléfono móvil, tabletas, consolas de videojuegos, etc. y se identifica como un periodo sedentario, ya que se utiliza muy poco energía durante el mismo <http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/home.htm>.

factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares tales como la hipertensión o el elevado contenido de colesterol en sangre, y la oportunidad para desarrollar interacciones sociales, sentimientos de satisfacción personal y bienestar mental. Por el contrario, existe evidencia científica que sugiere que los niños y niñas inactivos (los que no hacen actividad física de forma habitual) o sedentarios (ver la televisión o los juegos de ordenador) presentan más probabilidades de tener sobrepeso/obesidad (un exceso de grasa). La inactividad física contribuye a los crecientes niveles de obesidad, al incremento de la resistencia a la insulina, a trastornos en el perfil de lípidos (disminución del nivel de HDL) y a una presión arterial elevada, cada vez más frecuente a edades más tempranas. El ejercicio regular ayuda a evitarlo. El deporte y el ejercicio proporcionan un medio importante para que niños, niñas y adolescentes tengan éxito, lo que contribuye a mejorar su bienestar social, su autoestima y sus percepciones sobre su imagen corporal, y su nivel de competencia, provocando un efecto más positivo en aquellos que ya tengan una baja autoestima.

Además, los niños y niñas con niveles de actividad más elevados presentan asimismo más probabilidades de tener un mejor funcionamiento cognitivo, resultados académicos y respuesta ante los problemas cotidianos.

Durante los años de crecimiento (en especial, la adolescencia), los chicos y las chicas desarrollan rápidamente la densidad mineral de sus huesos. Este hecho es importante, puesto que el desarrollo de tanta masa ósea como sea posible durante la infancia y la adolescencia reduce las probabilidades de pérdidas excesivas de masa ósea en etapas posteriores de la vida (conocidas como osteoporosis). Se ha demostrado que las actividades físicas durante la pubertad temprana, en especial las actividades de fuerza muscular (cargas de peso que tensionan en mayor medida los huesos), pueden servir para lograr una mayor masa ósea que constituya una protección frente a la osteoporosis en la tercera edad. La masa ósea máxima se alcanza a la edad de 20-30 años, por lo que los esfuerzos por mejorarla se deben centrar en la infancia y la adolescencia (3). Al llegar a la adolescencia, los niños y niñas, por lo general reducen su actividad física muy por debajo de lo recomendado para su edad, lo que es especialmente manifiesto en las adolescentes. Los padres, madres o tutores juegan un papel de vital importancia en promover y facilitar oportunidades para la realización de actividad física apropiada para cada edad. Se recomienda que los jóvenes y adolescentes realicen (4):

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

3. *Ejercicios de flexibilidad*, para que los músculos y las articulaciones se estiren y doblen con facilidad, reduciendo distensiones y esguinces y ayuda 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 (5).
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 evitarse el sobre-entrenamiento.

Recursos en la red:

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/saludjoven/ejercicio-fisico>

Información dirigida a los jóvenes sobre actividad física y recursos disponibles en Castilla y León.

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

Guía de actividad física y salud en la infancia y la adolescencia, para todas las personas que participan en su educación, MSSSI 2006.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/pre-vPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_Acti-vFisica_para_la_Salud.pdf

Recomendaciones para la población sobre actividad física y reducción del sedentarismo, MSSSI 2015.

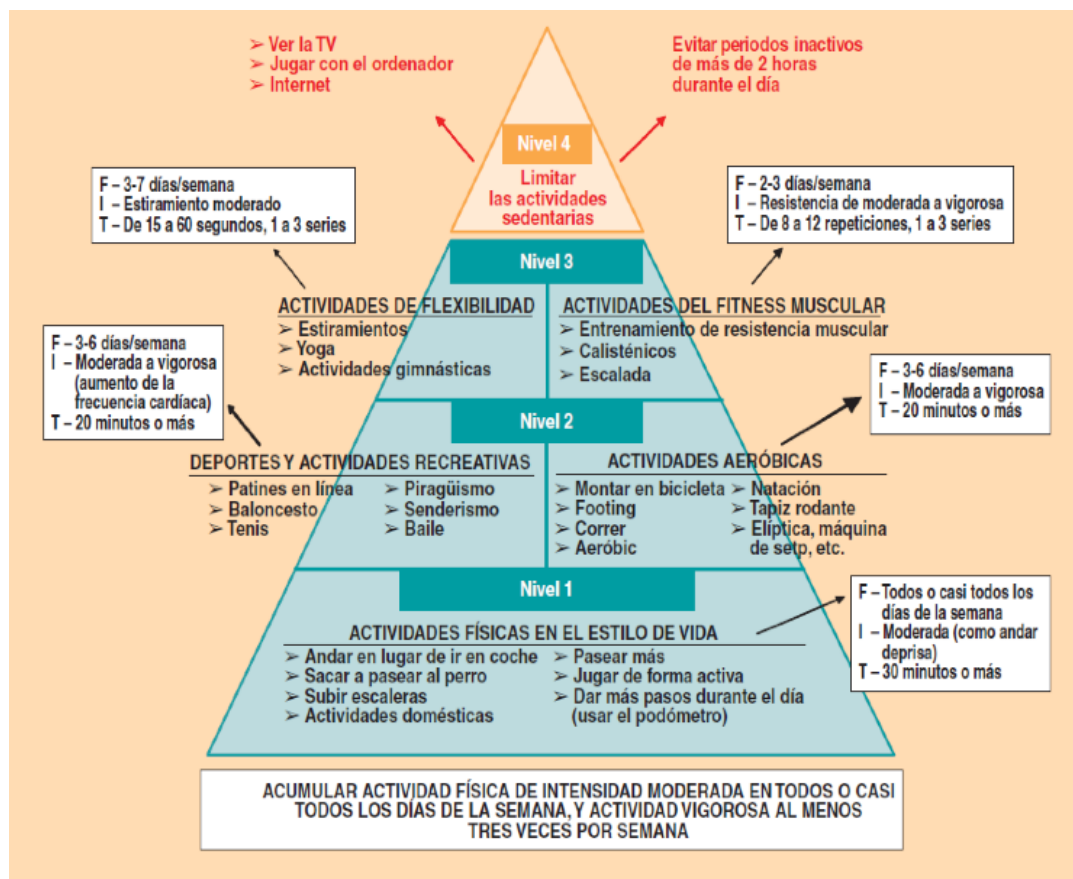
http://kidshealth.org/teen/en_espanol

Página web con información sobre salud para adolescentes.

<http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-adolescent-health/>

Página web de recursos del centro de salud del adolescente de la Universidad Johns Hopkins de EEUU.

PIRÁMIDE DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA ADOLESCENTES



Fuente: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/capitulo3_Es.pdf

B.2. ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA

Una nutrición saludable contribuye al mantenimiento de un estilo de vida físicamente activo. Además de realizar actividad física para mantener y mejorar la salud, los niños, niñas y adolescentes necesitan una dieta sana y equilibrada con el fin de garantizar que exista un equilibrio adecuado entre el consumo y el gasto de energía, así como proporcionar la energía y los nutrientes para un crecimiento y un desarrollo saludables. En el mejor de los casos, una mala dieta impedirá que el o la joven alcance su mejor condición física, y en el peor, puede dañar su salud actual y futura. La adolescencia es la época de intenso crecimiento en el cual se produce el llamado “estirón” que se manifiesta en el crecimiento en longitud pero también en la masa corporal. Se producen cambios en la composición corporal con una clara diferencia entre los sexos los chicos aumentan su masa magra músculo y hueso mientras que en las niñas aumenta mucho el tejido graso. Esto va a influir en las necesidades energéticas puesto que el tejido magro consume una cantidad mayor de energía que el tejido graso.

Es importante vigilar la conducta alimentaria de esta población ya que puede darse una tendencia a una

ingesta poco adecuada de picoteo y de consumo de alimentos tipo snack o de comida rápida de alto contenido calórico. También pueden darse ingestas poco equilibradas y muy desordenadas en las que se coma poco en las comidas y se picotee, que no se consuman alimentos necesarios como hidratos de carbono por el miedo a engordar, o que se prescinda de los desayunos. Puede ser el momento en que se empiezan a hacer dietas sin control de profesionales que han visto en Internet o les ha dicho una amiga. Esta conducta además de conducir a patologías como la anorexia y la bulimia puede instaurar hábitos poco saludables con una repercusión en la edad adulta. Los adolescentes son una población vulnerable que puede ser fácilmente convencida por la publicidad. Pueden abandonar el consumo de alimentos básicos para alimentarse de otros que, a través de la publicidad, pueden resultarles mucho más atractivos (alimentos light, etc.) La adolescencia es un buen momento para hacer educación alimentaria (6):

- Una dieta equilibrada debe ser variada y contener todos los alimentos básicos.
- Una dieta es saludable cuando:
 1. Proporciona una variedad de alimentos diferentes.

2. Suministra todos los nutrientes en cantidades adecuadas.
3. Proporciona suficiente energía (calorías) para mantener una masa corporal ideal (3).

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

Las frutas, verduras y hortalizas deben estar presentes en la dieta, siendo consumidas todos los días en

una cantidad de al menos 5 piezas o raciones. Una dieta saludable infantojuvenil, siguiendo el patrón de una dieta mediterránea debe comprender los siguientes grupos y cantidades de alimentos:

- 2-3 raciones diarias de productos lácteos (por ejemplo, leche, yogur, queso, etc.).
- 2-3 raciones diarias de alimentos ricos en proteínas (por ejemplo, carne, aves de corral, pescados, legumbres, huevos o frutos secos).
- 6-11 raciones de alimentos ricos en hidratos de carbono complejo y no refinados (por ejemplo, pan, cereales, arroz o pasta).
- 2-4 raciones diarias de fruta.
- 3-5 raciones diarias de verduras.
- Al menos 2-3 litros de líquidos.
- Se deben consumir con prudencia grasas, aceite, sal y azúcares refinados.

Debe resaltarse la importancia de las frutas y verduras en especial, según diversos estudios y revisiones sistemáticas son las únicas características de la dieta que de forma consistente se asocian con resultados positivos en salud (7).

- Comenzar la jornada con un desayuno saludable es fundamental para llevar una vida más sana. Las investigaciones han demostrado que el desayuno es una comida particularmente importante para niños, niñas y adolescentes desde el punto de vista de su situación en materia de salud. Es muy importante consumir un desayuno saludable y completo que proporcione energía para todo el día y posibilite un rendimiento más eficaz en el centro escolar. Algunos estudios han asociado el hecho de ingerir un desayuno saludable y adecuado con unos altos niveles de actividad física en niños, niñas y adolescentes y la incapacidad para desayunar se ha asociado a obesidad en la infancia y la adolescencia.

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

- El agua es la bebida fundamental para la consecución de una dieta saludable. Se recomienda consumir entre 5 a 8 vasos por día. El consumo adecuado de líquidos es muy importante para los niños, niñas y adolescentes. Se deben consumir diariamente al menos 2-3 litros de líquidos, y po-

siblemente una cantidad superior si se realiza un alto nivel de actividad física. Existen unos niveles preocupantes de consumo de refrescos (bebidas azucaradas y bebidas carbonatadas que con frecuencia contienen cafeína) y los resultados científicos vinculan el consumo de estas bebidas con una mala salud.

De forma más específica, un alto consumo de refrescos está relacionado con:

a) sobrepeso u obesidad debidos a la ingesta adicional de calorías, b) un incremento del riesgo de osteoporosis vinculado a la reducción del consumo de leche, que puede generar carencia de calcio y pérdidas óseas, y c) un incremento del riesgo de caries dental y de erosión del esmalte.

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

- Reducir el consumo de sal y azúcares refinados.

La Organización Mundial de la Salud recomienda no tomar más de 5 gramos de sal diarios. Se calcula que en España cada persona consume 11 g. de sal día por término medio. Hay que ser moderado en el consumo de aquellos alimentos que sus formas de presentación tienen un alto contenido de sal, conservas, platos preparados: pizzas, fiambres, “snacks”, etc. Los dulces y las golosinas (que contienen un alto nivel de azúcares refinados) y los alimentos con niveles elevados de sal (por ejemplo, las bolsas de patatas fritas) se deben comer únicamente de forma ocasional.

- Se recomienda reducir el consumo de azúcares libres a menos del 10% de lo ingesta total de energía diaria (8).

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

- No saltarse ninguna comida, se recomienda hacer 5 comidas al día.

Recursos en la red:

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/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.

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

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

http://www.alimentacion.es/es/conoce_lo_que_comes/bloc/default.aspx

Recetas en base a alimentos saludables, sin necesidad de registro, con acceso libre en español.

<http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/observatorio.htm>

Página web del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, con todos los estudios relevantes relacionados realizados en España y Europa, dirigido a profesionales y educadores.

<http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/educaNAOS.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...).

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009842.pdf>

Manual de anorexia y bulimia de la Comunidad de Madrid, dirigido a docentes.

DECÁLOGO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

1. UTILIZAR EL ACEITE DE OLIVA COMO PRINCIPAL GRASA DE ADICIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. CONSUMIR PESCADO EN ABUNDANCIA Y HUEVOS CON MODERACIÓN.

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

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

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

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

9. EL AGUA ES LA BEBIDA POR EXCELENCIA EN EL MEDITERRÁNEO. EL VINO DEBE TOMARSE CON MODERACIÓN Y DURANTE LAS COMIDAS.

El agua es fundamental en nuestra dieta. El vino es un alimento tradicional en la dieta mediterránea que puede tener efectos beneficiosos para la salud consumiéndolo con moderación y en el contexto de una dieta equilibrada.

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.

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

PIRÁMIDE DE LA ESTRATEGIA NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad)



Fuente: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/salud-estilos-vida/alimentacion-saludable>

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

Durante la infancia los niños y las niñas aprenden equivocadamente a identificar el alcohol con el mundo adulto, bien por el ejemplo de sus padres y madres, bien por la influencia de otros modelos sociales a través del cine, la televisión, etc. La adolescencia es una etapa crítica para el inicio del consumo de sustancias adictivas. Son sustancias que pueden marcar en muchos y muchas adolescentes el acceso al mundo adulto. La imitación y el deseo de ser como los demás tienen un peso muy importante en el inicio del consumo de alcohol, siendo además incuestionable que la exposición temprana al alcohol es un claro predictor de una posible dependencia al alcohol en la edad adulta, multiplicando por cuatro el riesgo de desarrollar dependencia en quienes comienzan a beber antes de los 15 años, frente a los que lo hicieron a los 20 (9).

Algunas investigaciones sugieren que los adolescentes que beben excesivamente rara vez presentan trastornos crónicos severos del tipo cirrosis hepática, pancreatitis o gastritis; sin embargo, sí experimentan 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. Estas investigaciones indican que el cerebro del adolescente pudiera ser más sensible a los efectos dañinos del alcohol que el de los adultos, al interrumpirse los procesos clave del desarrollo cerebral, describiéndose incluso lesiones cerebrales persistentes y alteraciones anatómicas en adolescentes que comenzaron a consumir precozmente. En España, según la última Encuesta ESTUDES 2012-2013, (10) el alcohol y el tabaco, seguidos del cannabis siguen siendo las drogas más consumidas por los estudiantes españoles. Le siguen, por este orden, hipnosedantes (con y sin receta), cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína, que se sitúa en último lugar. Con respecto al género, los datos de esta encuesta demuestran que el consumo de tabaco, alcohol e hipnosedantes está más extendido entre las mujeres. Pese a ello, los hombres que consumen alcohol o tabaco lo hacen con mayor intensidad que las mujeres. En cambio, el consumo del resto de sustancias (cocaína, alucinógenos, anfetaminas o heroína) está más extendido entre los varones, excepto el hachís, que está más extendido entre las mujeres. El ocio juvenil de fin de semana se ha plasmado en los últimos años, tanto en términos mediáticos como de investigación, en el fenómeno conocido

como “botellón”, en el que los jóvenes presentan un consumo, en principio, abusivo de alcohol en parques, calles y plazas. Este fenómeno deriva en consecuencias negativas tales como altos consumos de alcohol y otras sustancias, accidentes de tráfico, molestias para los vecinos, rotura de mobiliario urbano, etc. Por ello el “botellón” se considera hoy un problema que preocupa, no sólo a los poderes públicos, sino también a la sociedad en general (11).

Los jóvenes que realizan un consumo elevado de alcohol incrementan los conflictos con su entorno inmediato, radicalizan el conflicto (aumentando las peleas con agresión física y las detenciones) y realizan prácticas de riesgo en mayores porcentajes (relaciones sexuales sin protección y accidentes de tráfico) (12). En Europa la prevalencia del consumo de cannabis es cinco veces superior al resto las drogas ilícitas, según los últimos datos recopilados según la Encuesta europea en población adolescente sobre el uso de drogas (ESPAD, 2011) el porcentaje de jóvenes con edades entre 15 y 16 años, que indicaron haber consumido cannabis al menos una vez en su vida asciende al 24% (13). 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 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 (1), a través de las siguientes acciones:

- Cumplimiento de la normativa que prohíbe la expedición de bebidas alcohólicas y tabaco a menores de 18 años.
- En el hogar los padres tienen un rol importante a la hora de establecer límites claros desde edades tempranas como el regresar temprano a casa los días de fiesta o reuniones de amigos. Educar con el ejemplo y ser coherentes con las prohibiciones que se acuerden sobre el consumo de tabaco y el alcohol (14).
- Cambiar el paradigma de normalización del consumo de estas sustancias propiciado por campañas publicitarias y cierta permisibilidad social, por otro en el que el paso de adolescente a adulto discorra por un proceso de diferenciación y adopción de prácticas responsables de autocuidado.

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

- Facilitar a los adolescentes alternativas de actividades y lugares de ocio donde puedan encontrarse con los amigos y divertirse de forma saludable.
- Los adolescentes que ya consumen alguna de estas sustancias deben abandonar estas prácticas nocivas, contando para ello con el correspondiente apoyo institucional (sistema sanitario, social,...).

Recursos en la red:

http://www.familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1142233180339/_/_/

Sección de la página web del portal de Familia, Drogodependencia y Mujer de la Junta de Castilla y León, con apartados de intervención desde la prevención en los distintos ámbitos de actuación para la prevención del consumo de drogas.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo>

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/ciudadanos/menoresSinAlcohol/home.htm>

Página web del MSSSI, todo sobre el alcohol y los jóvenes (documentos, guías, folletos, etc.) dirigido a público general, padres, jóvenes y profesionales de la salud.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tabaquismo-prevencion-control>

Página web del portal de salud de la Comunidad de Madrid, sección de atención al fumador.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevencion-adicciones>

Página web del portal de salud de la Comunidad de Madrid, sección de prevención de adicciones

B.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) (15).

La educación sexual comienza en la primera infancia y progresa a través de la adolescencia y adultez. 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 (16). En la definición de la OMS, el foco principal está en la sexualidad como posibilidades humanas y fuente de satisfacción y placer. Claramente se reconoce la necesidad de conocer y de adquirir competencias para prevenir las enfermedades sexuales de manera positiva. Además, la educación sexual se debe basar en los derechos humanos internacionalmente aceptados, y en particular en el derecho a saber cómo prevenir las enfermedades (15).

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

- Despertar su propio valor personal (autoestima) y su fuerza potencial como grupo (ayuda mutua o apoyo solidario).

- Aportar instrumentos para analizar la situación problema en la que viven, los factores de riesgo con los que conviven, a descubrir la necesidad de actuar para modificar estas situaciones.
- Ayudarles a obtener los recursos y conocimientos necesarios para asumir el control de su propia salud y la de su comunidad. La intervención debe ser adecuada a la edad del adolescente, de acuerdo con los siguientes tramos etarios:

Adolescencia temprana (11-14 años)

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

Adolescencia media (15-17 años)

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

Adolescencia tardía (17 a más)

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.

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

- Comprometer a los hijos a discutir de forma honesta y abierta sobre temas como el empezar a salir con alguien, la intimidad sexual y emocional, la identidad sexual y el compromiso emocional.
- Discutir las responsabilidades respecto al compromiso y la intimidad en las relaciones románticas.
- Discutir sobre las responsabilidades para evitar el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.
- Enseñar a los adolescentes a no explotar social, emocional o sexualmente a nadie.
- Es imposible enseñar si no se da el ejemplo.
- De igual forma enseñar a los adolescentes como reconocer las relaciones abusivas o de explotación.

- Poner límites apropiados como la edad de empezar a salir con alguien, la hora de regresar a casa y la edad de la persona con la que el hijo/a desea salir.
- Debido a que los adolescentes pueden sentirse avergonzados de hablar con sus padres sobre sexo o las relaciones, brindar acceso a otras personas adultas de confianza.
- Ser abiertos a las preguntas y los valores expresados por los adolescentes (9).

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

Recursos en la red:

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

Página dirigida a los jóvenes, con temas relacionados a sexualidad: ETS; embarazo; agresión sexual entre otros. La Consejería de Sanidad de Castilla y León cuenta con un teléfono 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.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/anticoncepcion>

Guía de la Comunidad de Madrid de métodos anticonceptivos, 2013.

<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.

<https://www.accas.es/index.php/es/nuestro-trabajo/proyectos/42-guia-para-jovenes>

Guía de educación sexual para jóvenes, de la Asociación Ciudadana Cantabra Anti Sida.

B.5. EDUCACIÓN VIAL EN LA ADOLESCENCIA

En 2015, las causas externas fueron la primera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años, tanto a nivel nacional como en la Comunidad de Castilla y León. La tasa de mortalidad por accidentes de tráfico aunque ha descendido en los últimos años, se mantiene como una importante causa de mortalidad en este grupo de edad (datos INE 2015). Los accidentes de tráfico afectan especialmente a las poblaciones más jóvenes. 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 habla por el móvil. El uso del teléfono móvil está cada día más extendido en la población, incluso conduciendo, a pesar de que está suficientemente demostrado que aumenta significativamente el riesgo de sufrir un accidente. Según estudios de la Dirección General de Tráfico el uso del teléfono móvil multiplica por seis el riesgo de provocar un accidente de tráfico. Además de la distracción, conducir mientras se habla por el móvil produce sobre los reflejos, efectos similares a los producidos por la ingestión de una cantidad de alcohol suficiente para producir una alcoholemia de 1 g/l (el límite de alcoholemia se establece en 0,5 g/l).

No alcohol al volante. No existe un límite de seguridad de consumo de alcohol, y menos en menores de edad. Aún por debajo del límite legal, el riesgo de accidente puede verse ya incrementado; lo seguro, y recomendable, es evitar conducir después de haber consumido cualquier cantidad de alcohol. La única tasa realmente segura es 0,0 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. El “factor humano” suele ser determinante en un alto porcentaje de los accidentes de tráfico. Sin embargo, podemos afirmar que el vehículo juega un importante papel cuando se trata de minimizar el riesgo en diferentes situaciones en las que puede verse implicado. De esta manera los sistemas de seguridad de un vehículo pueden influir disminuyendo la probabilidad de que se produzca un accidente (sistemas de seguridad activa) y reduciendo en lo posible los daños que sufra cada ocupante una vez producido el accidente (sistemas de seguridad pasiva). El airbag no sirve para nada si no hacemos uso del cinturón.

Usar siempre casco en vehículos de dos ruedas.

La circulación en un vehículo de dos ruedas entraña una serie de alicientes respecto a otros tipos de vehículos. Sin embargo, los vehículos de dos ruedas protegen notoriamente menos a sus ocupantes en caso de accidente; sus capacidades de prevención de lesiones son mínimas. Los elementos de seguridad pasiva de otros vehículos son, en este caso, sustituidos por el equipamiento que viste el ocupante: chaqueta, pantalones, calzado, guantes y, sobre todo, casco. Una de las principales razones de la alta lesividad de los accidentes de vehículos de dos ruedas es la imposibilidad de evitar el mecanismo más importante de lesión grave y fallecimiento en caso de accidente: la

eyección del ocupante. Evitar la eyección, reduce la mortalidad a casi la mitad en el caso de vehículos de cuatro ruedas, en gran medida debido a la menor probabilidad de sufrir lesiones cráneo-encefálicas graves y mortales. En los de dos, en cambio, este tipo de lesiones son la norma en caso de accidente. Es fundamental utilizar un casco adecuado al tamaño de la cabeza y llevarlo en todo momento bien ajustado. Existe evidencia de la eficacia de la utilización del casco en motocicletas para reducir la gravedad de las lesiones en caso de accidente o evitar la muerte. En términos generales, quienes no hacen uso del casco padecen hasta tres veces más lesiones craneales y encefálicas que quienes si hacen uso del casco. No todos los cascos protegen de igual modo, existiendo modelos específicos para cada tipo de actividad y vehículo. A 50 kilómetros por hora las lesiones pueden ser de enorme severidad o mortales, por lo que no se debe escatimar en seguridad. El casco integral ofrece mayor protección para la cara, para el cuello y para toda la cabeza. El casco para bicicletas tiene algunas características diferentes. Salvo que se vaya a practicar deporte de BTT (bicicleta todoterreno), en cuyo caso se utilizan cascos integrales, el uso no deportivo de la bicicleta conlleva la utilización del casco especial, más ligero, pero también eficaz en la reducción de lesiones. Si el casco ha recibido un golpe, no se debe volver a utilizar (17).

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:

<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/accidentes/docs/medioEscolar.pdf>

Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud.

<http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/jovenes/>

Otros recursos didácticos de la DGT dirigido a los jóvenes y educadores.

https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/seguridad-vial/recursos-materiales/jovenes/videos-jovenes/

Información sobre seguridad vial dirigida a jóvenes, de la Fundación MAPFRE.

B.6. DESCANSO ADECUADO

En el desarrollo del cerebro afecta la forma en que los adolescentes duermen. El patrón de sueño normal de los adolescentes es diferente al de los niños o los adultos. Los adolescentes generalmente están adormilados después de despertarse, cansados durante el día y despiertos

en la noche. Hasta los 10 años de edad la mayoría de los niños se despiertan activos y frescos. En la adolescencia el ritmo circadiano cambia, debido a un cambio en la secreción de melatonina, la cual provoca somnolencia. En la adolescencia la melatonina inicia su acción más tarde por la noche y disminuye también más tarde por la mañana. Este cambio natural hace que el adolescente esté en alerta a la hora tradicional de dormir y explica por qué es difícil despertarlos cuando empieza la mañana. En contraste, el ritmo circadiano de las personas de mediana edad tiende a cambiar hacia atrás, por eso muchos padres luchan por permanecer despiertos mientras sus hijos adolescentes están en su alerta máxima.

De hecho los adolescentes necesitan dormir tanto o más tiempo que el que requerían cuando eran niños. Lo óptimo es de 9 a 10 horas. Muchos adolescentes están crónicamente privados de sueño, teniendo en promedio de 6 a 7 horas de sueño en la noche. Ese déficit viene determinado por la hora 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. Combatir contra la biología puede ser desalentador, pero los adultos pueden ayudar a los adolescentes a conseguir un descanso adecuado:

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

Recuperar las horas de sueño los fines de semana no es la mejor opción, debido a que confunde al cerebro en la hora en que anochece y el descanso no es tan reparador como el logrado con el sueño regular (9).

Recursos en la red:

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

Página web dirigida a adolescentes con información sobre el sueño.

<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.

B.7. SALUD BUCODENTAL

La caries dental es la enfermedad crónica más común entre jóvenes de 5 y 17 años, según información provista por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Es una enfermedad crónica mediada por bacterias cuyo signo principal es la presencia de una lesión de caries que puede o no estar cavitada. El proceso se caracteriza por la desmineralización del esmalte, pudiendo posteriormente resultar en exposición dentinaria y daño al tejido pulpar.

Si bien los niños más pequeños visitan al dentista acompañados de sus padres, los adolescentes controlan más su tiempo libre y es posible que no acudan al dentista para realizar exámenes de rutina. Como resultado, muchos adolescentes no reciben el cuidado dental que necesitan o la información necesaria sobre sus hábitos de higiene oral (18).

En las últimas décadas se ha observado un descenso de la caries dental en muchos países de Europa y Norteamérica pero las marcadas disparidades

socioeconómicas persisten en la adopción de intervenciones preventivas y en la prevalencia. Tener una buena salud bucodental no consiste solamente en que los dientes estén limpios, sino que tiene más implicaciones. Las afecciones en la dentadura constituyen una fuente común de dolor y una fuente reconocible de discapacidades. Una mala salud bucodental limita las opciones de las personas y sus oportunidades en el ámbito social. Cualquier tipo de patología bucodental es causa, si no se trata, de dolor orofacial y son responsables de una pérdida de distintas funciones como es el comer, masticar o hablar. Situaciones que, en ocasiones, producen alteraciones en la apariencia física y contribuyen a que las personas dejen de sonreír, se sientan molestas si comen fuera de casa e incluso pierdan su autoestima y les dificulte mantener relaciones en su entorno social.

Los hábitos de una correcta higiene bucodental deben incorporarse dentro de la higiene general del individuo. Es importante que las medidas higiénicas se adquieran a edades tempranas para que persistan a lo largo de la vida. Los padres juegan un papel principal para que sus hijos adquieran unos hábitos higiénicos correctos. Deben ser los inductores de la higiene bucal de sus hijos y son los responsables de que el niño acuda al dentista desde

una edad temprana. Si en una familia no se le da la suficiente importancia a la higiene bucal, la eficacia de lo que aprenda fuera de casa será mucho menor (19).

Las recomendaciones para gozar de una buena salud bucodental son entre otras (20):

CUIDAR LA ALIMENTACIÓN

Limitar el consumo de bebidas y alimentos azucarados: “chuches”, caramelos, chicles, chocolate, pasteles, etc. Se aconseja la reducción en la ingesta de alimentos con mayor potencial cariogénico (los que contienen azúcares refinados) y evitar la ingesta especialmente entre comidas. Hay que recordar que es cariogénico cualquier alimento muy rico en azúcar, tanto si es natural como elaborado como las golosinas, pastelitos, bebidas refrescantes, zumos de fruta, cereales, chocolate, helados, salsas o la miel.

Limitar el consumo de refrescos. El consumo de refrescos entre los jóvenes se ha incrementado en los últimos años. El azúcar en los refrescos azucarados puede causar caries, y los aditivos saborizantes ácidos (presentes

en los refrescos azucarados y no azucarados) también pueden erosionar y dañar el esmalte dental (21).

Además de reducir el consumo de refresco, los adolescentes pueden limitar los efectos nocivos de los refrescos de dos formas muy simples: beber refrescos con una “pajita” reduce el contacto que estos tienen con los dientes y enjuagarse la boca con agua después de beberlos puede reducir el riesgo de caries. 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 adolescentes deben tener acceso a refrigerios saludables, como manzanas, zanahorias o queso bajo en grasas.

Mantener un cepillo de dientes de viaje en el casillero o en su mochila puede ayudar a los adolescentes a mantener buenos hábitos de limpieza dental, ya que podrán cepillarse los dientes después de cada comida o refrigerio.

CONTROLAR LA HIGIENE BUCODENTAL

Cepillarse los dientes con pasta dental fluorada después de cada comida. Actualmente, se acepta que tanto la caries como la enfermedad periodontal, tienen un factor etiológico común, la placa bacteriana. Las diferentes técnicas de higiene oral tienen como finalidad eliminar la placa bacteriana; podemos conseguirlo de una forma mecánica, por medio del cepillo de dientes (manual o eléctrico) que es el método más efectivo, pero apenas controla la higiene de las zonas interproximales, por lo que es necesario utilizar además, otros procedimientos como la seda dental o los cepillos interdetales.

Deben cepillarse los dientes y las encías a diario y en profundidad con una pasta dentífrica fluorada después de cada comida. Se aconseja que a partir de los 6 años todas las personas se laven los dientes con una pasta dental fluorada como mínimo dos veces al día. No es necesario recomendar una técnica concreta, simplemente que realicen un cepillado que llegue a todas las caras de los dientes y durante un tiempo suficiente (se recomienda tres minutos de cepillado). Cepillarse sin pasta dental no tiene un efecto preventivo sobre la caries. Como norma de higiene cada cual debe utilizar su

propio cepillo. Se recomienda el recambio periódico del cepillo dental, al menos trimestralmente. Con el uso, el cepillo se estropea, las cerdas se abren y dejan de limpiar correctamente. El cepillo debe tener sus puntas cerradas para limpiar bien. Sobre el cepillo eléctrico se evidencia que tiene una capacidad de limpieza ligeramente superior a los manuales, especialmente aquellos con batería recargable, puesto que se ha demostrado que los que utilizan pilas disminuyen su eficacia rápidamente.

La utilización del hilo dental se recomienda para eliminar la placa de los espacios interdentes. En pacientes que han sufrido periodontitis y presentan espacios entre diente y diente más importantes se recomienda el uso de cepillos interproximales. La técnica del hilo de seda es compleja, por lo que se recomienda una visita al odontólogo para recibir un correcto adiestramiento individualizado. La utilización incorrecta puede tener efectos negativos no deseados. No acostarse nunca sin cepillarse los dientes.

EVITAR LOS PIERCINGS EN LA BOCA

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

Las infecciones también son comunes con los piercings en la boca. La lengua puede inflamarse tras ser perforada y, en algunos casos, puede infectarse e inflamarse a tal punto que puede llegar a obstruir la respiración. Si el equipo de perforación no está adecuadamente esterilizado puede causar otras infecciones (hepatitis).

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. Permitirá controlar la evolución del estado de la cavidad oral, practicando el sellado de fosas y fisuras a edades tempranas para prevenir caries oclusales (22).

Recursos en la red:

http://www.who.int/topics/oral_health/es/

Página web de la Organización Mundial de la Salud, tema salud bucodental dirigido a profesionales de la salud.

https://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas08/buco-Dental/objetivos_de_salud_bucodental.html

Página del MSSSI, del plan de salud bucodental dirigido a la población entre 7 y 15 años.

<http://sespo.es>

Página web de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), con documentos y materiales de difusión dirigidos a profesionales de la salud.

https://es.deltadentalins.com/oral_health/teens.html

Página web de Delta Dental of California, con consejos sobre salud bucodental para adolescentes. Dirigido a la población en general. En español.

B.8. SALUD MENTAL Y BIENESTAR DEL ADOLESCENTE

En los últimos años se ha desarrollado un importante cuerpo de evidencia sobre la influencia que las emociones y su manejo tienen sobre la salud en general (23). De hecho, el bienestar mental está incluido en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, se refiere a un estado en el que las personas son conscientes de sus propias aptitudes, afrontan las presiones normales de la vida, pudiendo trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad.

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es una rama de la Psiquiatría, relativamente reciente, y un campo de conocimiento con una progresiva demanda de atención médica por parte de niños y jóvenes. Se estima que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema de desarrollo emocional o de conducta, y que uno de cada ocho tiene en la actualidad un trastorno mental. Hasta hace poco tiempo, se negaba que los niños 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 (24).

Se detecta, por tanto, un importante potencial de mejora en la concienciación sobre la magnitud y la gravedad de los problemas causados por los trastornos mentales en niños y adolescentes, tanto en la toma de decisiones políticas, como en aquellas tomadas por profesionales de la salud y la sociedad en general. La actuación en el ámbito de la salud mental de los niños y jóvenes es crítica y de gran relevancia para conseguir un desarrollo normal de estos pacientes. Además existe un importante número de casos de niños y jóvenes con problemas que pese a no cumplir con los criterios diagnósticos de un trastorno mental son fuente de sufrimiento. La carencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, teniendo serias 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
- 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 o club y asistir a eventos deportivos, por estar asociadas de forma positiva con una buena salud. Por otro lado, el tener baja actividad cultural afecta los resultados de salud auto-percibida, satisfacción con la vida y la autoestima positiva de los jóvenes (25).

ACOSO, MALTRATO ESCOLAR (*BULLYING*)

El maltrato (en cualquiera de sus variantes) o *bullying* en el medio escolar es frecuente, con una cifra

estimada de hasta 1 de cada 6 jóvenes (elevándose este número hasta 1 de cada 3 en el rango de edad de 13 a 15 años), siendo los últimos años de primaria y primeros de secundaria aquellos cursos con mayor concentración de este tipo de violencia (26, 27).

En los centros escolares (desde el aula a los patios o en las rutas a casa) se pueden producir insultos y difamaciones, chantajes, rumores o amenazas, pasando por la violencia física, la económica (robos), el acoso sexual o el aislamiento como actos que los jóvenes realizan o sufren. Esto produce indefensión, sumisión y sentimientos de inferioridad en las víctimas. Mientras que los agresores no serían capaces de ponerse en el lugar de los agredidos, no sentirían culpa o precisarían demostrar un poder sobre éstas, sus víctimas sufrirían de inseguridad y baja autoestima, siendo a menudo poco “populares”. En contraposición, los agresores pueden serlo, o provocar miedo al resto de los jóvenes. En ocasiones las víctimas proceden de entornos sobreprotectores. Un tercer implicado son los espectadores, ya sea por indiferencia o por participación/ fomento. Si se permanece en estas situaciones el agresor puede aprender a conseguir sus objetivos mediante la violencia, a cualquier edad. Por otra parte las víctimas pueden desarrollar trastornos psicológicos. Los asistentes o

espectadores interiorizarán como normal dichos comportamientos (28).

En los últimos años ha aumentado la proporción de jóvenes que comunican situaciones de agresión o acoso. La ayuda se busca más frecuentemente en amigos/as aunque una tercera parte lo contaría a la familia, seguido de compañeros o compañeras. Algo más del 10% no lo comunica (26).

Una mención especial merece el acoso a través de las nuevas tecnologías o *ciberbullying*, en el que el número de espectadores sería mayor, pudiendo agravar los efectos o consecuencias de la agresión. 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*. La presión social hace que los adolescentes persigan la notoriedad y la aceptación en internet, creyendo además que esta forma de maltrato es más privada y se extiende fuera del ámbito escolar. Las acciones que se pueden considerar acoso por internet van desde publicar o compartir información comprometida, comentarios, rankings negativos, perfiles falsos hasta suplantar la personalidad de las víctimas (26, 28).

Es importante reconocer y detectar la existencia del **acoso escolar como un problema**, esta toma de conciencia ayuda al seguimiento de éste. Se ha recomendado realizar estudios epidemiológicos periódicos y crear un observatorio sobre violencia escolar, para incidir en aquellas conductas en las que no haya mejoría, mediante **programas de prevención específicos**. Se debería formar a todos los implicados (centros educativos, familias, inspección) así como la incorporación de trabajadores sociales y vigilancia. Para ello se precisarían programas globales de intervención, no sin antes evaluar las políticas y líneas de prevención e intervención puestas en marcha hasta ahora para mejorarlas.

Es necesario estimular a los alumnos a **no callar ante la violencia**, y saber observar y estar pendientes de 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**.

Específicamente, es vital no minimizar las situaciones de violencia, no animándolas. Asimismo, el profesorado debería mostrar una actitud cercana con los alumnos, mostrando interés y preocupación por ellos, y a su vez **fomentando las actividades participativas y cooperativas y la educación en valores de convivencia positiva**, para desarrollar alternativas a la violencia y prevenir la intolerancia y el sexismo. El alumnado lo vería así como un recurso para prevenir y solucionar los episodios de acoso escolar. Esto ayuda a la resolución de los conflictos en los propios centros escolares, con implicación de los adolescentes y de sus familias. El inicio de programas preventivos en edades más tempranas (últimos cursos de primaria) podría ser de alto valor, incluyendo además **actividades específicas para prevenir la victimización**, sobre todo en el alumnado de origen inmigrante, propenso a la exclusión social. La adquisición de técnicas de resolución de conflictos

interpersonales y de estrategias de comunicación, así como el desarrollo de **habilidades de relación interpersonal** evita estos procesos (26-30).

Recursos en la red:

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/enfermedades-problemas-salud/enfermedad-mental>

Página web del portal de salud de Castilla y León, sección de enfermedad mental.

<http://saludmentalcytl.org/>

Página web de la Federación Salud Mental Castilla y León, con información relevante sobre salud mental dirigida a población general y profesionales.

<https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/saludMental/home.htm>

Iniciativa del MSSSI, contiene consejos, cuestionarios y otros materiales dirigidos a abordar problemas de salud mental (depresión, ansiedad, etc.) de forma práctica, dirigido a público general.

<https://www.defensordelpueblo.es/noticias/acoso-y-violencia-escolar/>

Informe del Defensor del Pueblo sobre la violencia escolar (1999-2006).

<http://www.educa.jcyl.es/convivencia/es/informacion-especifica/glosario-terminos/acoso-escolar>

Información sobre acoso escolar de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León.

<https://www.educa.jcyl.es/convivenciaescolar/es/acoso-buen-trato/protocolo-actuacion-casos-acoso>

Materiales y recursos sobre el acoso escolar del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.











http://www.acabemosconelbullying.com/recursos/pdf/BULL_profesores.pdf

Guía para el profesorado sobre el acoso escolar. Contiene actividades para las aulas.

http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/ceapa000/8.dir/ceapa0008.pdf

Guía para padres y madres sobre el acoso escolar, de la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.

DECÁLOGO DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA ADOLESCENTES

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

