

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE MEDICINA

CÁTEDRA DE MEDICINA

HOSPITAL UNIVERSITARIO
REINA SOFIA

UNIDAD DOCENTE DE
MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

TESIS DOCTORAL

**HÁBITOS Y CONDUCTAS RELACIONADOS CON
LA SALUD DE LOS ESCOLARES DE 6º DE
PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA.**

Dña. Sara María Palenzuela Paniagua

Córdoba, 2010.

TITULO: *Hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de 6º de primaria de la provincia de Córdoba*

AUTOR: *Sara María Palenzuela Paniagua*

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2010
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es

ISBN-13: 978-84-693-6395-9

*“Siembra un pensamiento y cosecharás un acto;
Siembra un acto y cosecharás un hábito;
Siembra un hábito y cosecharás un carácter;
Siembra un carácter y cosecharás un destino.”*

Charles Reade.

Agradecimientos

A mis padres y consortes,

*... por sus consejos, sus valores y su motivación.
... por darme alas y enseñarme a volar.*

A Juan,

...por su amor, apoyo y compañía.

A mis hermanos

...por su alegría.

A mis abuelos,

*...por enseñarme a
pensar.*

A mis tutores,

...por ser una guía.

A John, Diana, Dulce y otros animales...

...que con su música me relajaron en los momentos de tensión.

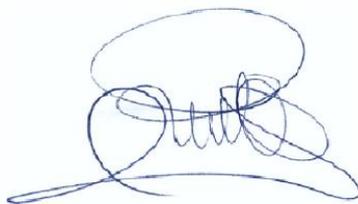
A mis Pilis, Peplos y amigos...

*...y a todos aquellos que hicieron posible la confección y
elaboración de este trabajo.*

LUIS ANGEL PÉRULA DE TORRES, Doctor en Medicina y Cirugía,

INFORMA: Que el trabajo que lleva por título: **“HÁBITOS Y CONDUCTAS RELACIONADOS CON LA SALUD DE LOS ESCOLARES DE 6º DE PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA”**, ha sido realizado bajo mi dirección, por la Licenciada Dña. **SARA PALENZUELA PANIAGUA**, y considero que reúne los méritos suficientes para optar al grado de Doctora en Medicina.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente en Córdoba, a veintidós de Junio de 2010.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Luis Angel Pérula de Torres', written in a cursive style.

INDICE

I. <u>INTRODUCCIÓN</u>	1
1. Concepto de salud	2
1.1 Determinantes de la salud	3
2. Promoción de la salud	5
2.1 Bases internacionales de la promoción de la salud	6
3. Los estilos de vida	10
4. Educación para la salud	11
4.1. La escuela como ámbito para la educación para la salud	12
5. La adolescencia y la salud	13
6. Antecedentes europeos sobre conductas de los escolares relacionados con la Salud	14
7. Antecedentes en nuestro país de estudios sobre las conductas de los escolares relacionados con la salud	17
II. <u>JUSTIFICACIÓN</u>	20
III. <u>OBJETIVOS</u>	23
IV. <u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	25
1. Diseño	26
2. Población de estudio	26
3. Muestra	27
3.1. Tamaño muestral	27
3.2. Técnica de muestreo	27
4. Fuente de recogida de datos	28
5. Variables estudiadas	29
6. Plan de actuación	30
6.1. Revisión y adaptación del cuestionario	30
6.2. Estudio piloto	30
6.3. Trabajo de campo	31
6.4. Mecanización y depuración de los datos	31

6.5. Análisis estadístico	32
7. Control semántico	34
8. Estrategia de búsqueda bibliográfica	35
9. Difusión de los resultados	36
10. Aspectos legales y éticos	37
V. <u>RESULTADOS</u>	38
1. Resultados generales	39
1.1. Características básicas sociodemográficas	40
2. Hábitos higiénico-sanitarios	44
2.1. Lavado de manos	44
2.2. Frecuencia del baño	44
2.3. Frecuencia del cepillado de los dientes	45
3. Hábitos de sueño	47
3.1. Horario de despertarse	47
3.2. Horario de acostarse	47
3.3. Horas de sueño	47
4. Ejercicio físico	50
4.1. Deporte extraescolar	50
4.2. Ejercicio físico extraescolar	50
4.3. Ejercicio físico intenso	51
4.4. Tipos de deportes	51
4.5. Intención de hacer deporte a los 20 años	55
4.6. Deporte en las personas del entorno	56
4.7. Autopercepción de la forma física	58
5. Abuso de sustancias	63
5.1. Consumo de drogas	63
5.2. Consideración de sustancias como drogas	64
5.3. Recepción de información sobre drogas	65
5.4. Consumo de tabaco	70

a. Primera experimentación	70
b. Edad del primer cigarrillo	70
c. Fumador activo	71
d. Frecuencia del consumo	72
e. Motivación para el inicio del consumo	72
f. Fumadores en el entorno de los escolares	73
g. La opinión sobre el efecto del tabaco	74
5.5. Consumo de alcohol	80
a. Primera experimentación	80
b. Edad de prueba del alcohol	81
c. Bebedor activo	81
d. Frecuencia del consumo según bebida	82
e. Frecuencia de embriaguez	83
f. Edad de la primera “borrachera”	84
g. Motivación para el inicio del consumo	84
h. Bebedores en el entorno de los escolares	85
i. Opinión sobre los efectos del alcohol	86
5.7. Consumo de drogas no legales	92
a. Primera experimentación	92
6. Alimentación	93
6.1. Frecuencia de los diferentes alimentos	93
6.2. El desayuno	115
6.3. Consumo de alimentos en el recreo	121
7. Salud	123
7.1. Autopercepción de salud	123
7.2. Afecciones más frecuentes	125
7.3. Accidentes y lesiones ocurridos en el último mes	132
7.4. Visita al médico	137
7.5. Toma de medicación en el último mes	137

8. Hábitos sociales	139
8.1. Sentimiento de felicidad	139
8.2. Apetencia por el colegio	141
8.3. Rendimiento escolar	143
8.4. Relaciones sociofamiliares	145
8.5. Facilidad para hacer amigos	150
8.6. Encuentros con los amigos después del colegio	150
8.7. Amigo íntimo	154
8.8. Tener novio/a	154
8.9. Sentimiento de soledad	155
9. Ocio y Comunicación	158
9.1. Actividades de ocio en días lectivos	158
9.2. Actividades de ocio en días festivos	165
VI. <u>DISCUSIÓN</u>	176
VII. <u>LIMITACIONES Y DIFICULDADES DEL ESTUDIO</u>	218
VIII. <u>CONCLUSIONES</u>	221
IX. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	225
X. <u>ANEXOS</u>	242



I. Introducción

1. Concepto de Salud:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos. La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo, las transmisibles, constituye un peligro común (...). El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo. La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud. Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para la mejora de la salud del pueblo. Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”

Con la aceptación de estos principios los países partes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) firman la cooperación entre ellos para el fomento y protección de la salud de todos los pueblos¹.

Se ha hablado mucho sobre la definición de salud desde que en 1946 la OMS en su Carta Constitucional definiera la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Esta definición presentaba aspectos positivos respecto a la definición clásica de salud como ausencia de enfermedad. Por primera vez se define ésta en términos positivos y se contempla las áreas mental y social. Sin embargo parecía ser utópica, estática y subjetiva.

En 1973, Laín Entralgo² le da una perspectiva más dinámica y la define como “la capacidad del organismo de resistir sin reacción morbosa; un estado habitual en el que se aúnan la normalidad y la posibilidad de rendimiento óptimo”.

Para Breslow y Terris^{2,3} la salud es “un bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de enfermedades o afecciones”. De esta manera se introduce la presencia conjunta de bienestar en diferentes grados y la capacidad de funcionamiento. La salud y la enfermedad forman un continuo donde la enfermedad ocuparía el polo negativo, en cuyo extremo está la muerte; y la salud ocuparía su polo positivo, en cuyo extremo se situaría el óptimo de salud. Tienen una parte objetiva medible y otra subjetiva (la sensación de bienestar).

Salleras⁴ le da una dimensión más dinámica y la define como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de la capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos individuos y colectividad”.

En el concepto actual se explica la salud desde el proceso adaptativo del hombre a su medio físico y social. Se trata de una adaptación dinámica al medio natural y socio-económico-cultural que nos rodea, la cual está considerada por múltiples factores que influyen sobre el estado de salud y que llamamos “determinantes de salud”⁵.

1.1. Determinantes de la Salud⁵:

Durante los años 70 del siglo pasado aparecieron modelos que intentan explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes, entre los que destacan el modelo holístico de Laframboise (1973), el ecológico de Austin y Werner (1973) y el de bienestar de Travis (1977). El esquema de Laframboise fue desarrollado por Lalonde, ministro de Sanidad canadiense, en el documento “Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses”. Según éste, el nivel de salud de una comunidad estará influido por cuatro grupos determinantes:

- a. Biología Humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento).
- b. Medio Ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).

- c. Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa y mala utilización de los servicios sanitarios).
- d. Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de los recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de esperas excesivas, burocratización de la asistencia).

En el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de salud, a excepción de la biología humana, son modificables.

Los estilos de vida se tratan de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el hombre se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control. Es el grupo que más influencia tiene en la salud. Entre los más importantes destacan:

- a. Consumo de drogas: institucionalizadas (tabaco y alcohol), ilegales (cocaína, marihuana, heroína) y fármacos psicoactivos.
- b. Sedentarismo y falta de ejercicio.
- c. Mala alimentación, con consumo excesivo de azúcares y grasas de origen animal.
- d. Situaciones psíquicas morbígenas; situaciones de estrés, violencia, conducta sexual insana, conducción peligrosas.
- e. Mala utilización de los cuidados médicos.

Entre 1989 y 1999 Tarlov⁵ clasifica los determinantes de salud en 5 niveles, desde el más individual, y dependiente del campo sanitario, hasta el más generalizado e intersectorial en el que apenas influyen las actuaciones en el ámbito de la salud. Tarlov excluye la atención sanitaria como determinante de salud, considerándola como estrategia reparadora.

Para resumir todas estas teorías podemos concluir que el genotipo del individuo se desarrollaría a través de una serie de cambios, durante los que se adquiriría una

resistencia para mejorar su salud, bajo la influencia de los hábitos perniciosos o beneficiosos, el estrés, las condiciones sociales, el medio ambiente, las circunstancias socioeconómicas, el sistema de cuidados sociales y de salud pública, así como los cuidados médicos que recibiera. La influencia interrelacionada de todos estos factores, cuando son favorables, llevarían al individuo a una mejor situación de salud y de calidad de vida.

2. Promoción de la salud:

Los primeros antecedentes de la promoción de la salud pueden encontrarse en los cambios que se produjeron como consecuencia de la percepción de la importancia de las llamadas enfermedades crónicas en los países desarrollados durante la década de los años 50 y 60 del siglo XX. A finales de los 60 había, por un lado, la evidencia empírica que habían vinculado algunas conductas individuales con algunas enfermedades crónicas y, por otro, un marco de análisis basado en la idea de la “multicausalidad”, novedosa entonces en el pensamiento médico. Se trataba de buscar factores de riesgo para enfermedades crónicas como antes se buscaban agentes causales en los ecosistemas microbianos para las infecciones. Básicamente esta búsqueda se centraba en el comportamiento de los individuos. Al igual que el periodo higienista esterilizó y desinfectó, la epidemiología de enfermedades crónicas pretendió cambiar conductas individuales. Para ello se desarrolló la “higiene de las enfermedades crónicas”, esto es la Educación Sanitaria; fundamental para que los individuos modifiquen sus comportamientos insanos con objeto de eliminar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. En la década de los 80, con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud en la carta de Ottawa, empieza a cobrar fuerza una nueva idea de cómo abordar la salud. Las intervenciones dejan de orientarse sólo hacia la prevención de la enfermedad para tratar de incidir también en la mejora de todos los aspectos que pueden determinar la salud⁶.

Así, dentro del contexto de promoción de la salud⁷, ésta ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Para su consecución se hacen necesarios una serie de prerequisites que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerequisites pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

2.1. Bases internacionales de la promoción de la salud:

Los grandes cambios ocurridos en el escenario mundial en los últimos años han marcado profundamente la situación de la salud y las posibilidades de acción sobre sus determinantes⁵.

✓ **Alma-Ata (1978)**⁸:

El espíritu de la promoción de la salud se forja en la “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata”, realizada en septiembre de 1978. La conferencia fue organizada por la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La síntesis de sus intenciones se expresa en la “Declaración de Alma-Ata”, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue “*Salud para Todos en el año 2000*”. En ella se intentaba expresar la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo.

La Conferencia pidió acciones nacionales e internacionales urgentes para el desarrollo e implementación de la atención primaria de salud. Ella urgió a los gobiernos, OMS y UNICEF, y otras organizaciones internacionales, tanto

agencias multilaterales como bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiamiento, todos los trabajadores de la salud y la comunidad internacional para apoyar a los comités nacionales e internacionales de atención primaria mediante la apertura de canales para el soporte técnico y financiero que fuera necesario, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia solicitó a todos los antes mencionados, colaborar en la introducción, desarrollo y mantenimiento de la atención primaria de salud en concordancia con el espíritu y contenido de la Declaración.

✓ **La Carta de Ottawa (1986)**⁹:

La primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud reunida el 21 de noviembre de 1986 en Ottawa emite la “Carta de Ottawa” dirigida a la consecución del objetivo “*Salud para Todos en el año 2000*”. Esta conferencia fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como partida los progresos alcanzados tras la conferencia de Alma-Ata, el documento “*Los Objetivos de la Salud para Todos*” de la OMS y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido en la Asamblea Mundial de la Salud. En ella se establecen las condiciones y requisitos para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo.

En ésta se definen cinco líneas esenciales de actuación:

- a. Construcción de políticas saludables: para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables políticos.

- b. Creación de entornos saludables: el cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afectan de forma significativa a la salud. El modo en el que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable.
- c. Reforzar la acción comunitaria: el desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias.
- d. Desarrollar las aptitudes personales: la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporciona información y la educación sanitaria, y perfecciona las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, y para que opte por todo lo que propicie salud. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia.
- e. Reorientación de los servicios sanitarios: la responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios, y los gobiernos.

✓ **Declaración de Yakarta (1997)**¹⁰:

La 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud “*Nuevos actores para una nueva era: Guiando la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI*” celebrada en 1997 ofrece la oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarias para resolver las dificultades de la promoción de la salud en el siglo XXI.

Las tendencias demográficas, tal como el aumento en el número de personas mayores, y la prevalencia de enfermedades crónicas aumentadas por el comportamiento sedentario, la resistencia a antibióticos, la violencia civil y doméstica, las enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes, el acceso a los medios y tecnologías de la comunicación así como la degradación ambiental hacen necesario que la promoción de la salud evolucione para responder a estos cambios en los determinantes de salud.

Las estrategias de promoción de la salud pueden crear y cambiar los estilos de vida, y las condiciones sociales, económicas y ambientales que determinan la salud. La promoción de la salud es un enfoque práctico para lograr una mayor equidad en salud.

Si bien, las cinco estrategias de la Carta de Ottawa son esenciales para el éxito, ahora hay evidencia de que:

- a. Los enfoques globales para el desarrollo de la salud son más efectivos que los enfoques de vía única.
- b. La participación es esencial para mantener los esfuerzos. Las personas debe estar en el centro de las acciones de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisión para hacerlas efectivas.
- c. Aprender acerca de la salud fomenta la participación. El acceso a la información y educación es esencial para lograr la participación efectiva y el empoderamiento de las personas y de la comunidad.

✓ **Declaración del Milenio (2000)**⁵:

Organizado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), constituye el principal proyecto internacional de desarrollo mundial y permite vertebrar la acción entre los organismos internacionales, los países, la acción no gubernamental y la propia sociedad. En ésta se concreta un plan operativo para alcanzar unos logros mínimos en el ámbito de la pobreza, la desnutrición,

la educación, la igualdad de género, la salud infantil, la salud de la mujer, las enfermedades infecciosas y el medio ambiente.

✓ **Carta de Bangkok (2005)**¹¹:

Dentro de la Sexta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en 2005 “*Los determinantes de la salud en relación con las políticas y alianzas para la acción sanitaria*” se establecen las medidas, compromisos y promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud que quedan reflejadas en la Carta de Bangkok. Este documento afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.

Entre los factores que tienen hoy una influencia crítica en salud están: las desigualdades crecientes en los países y entre ellos las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización, los cambios ambientales mundiales, y la urbanización.

La globalización brinda nuevas oportunidades de colaboración para mejorar la salud y disminuir los riesgos transnacionales que la amenazan.

3. Los estilos de vida⁵:

Puede definirse como “el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo”. Los hábitos de vida saludables que conducen a estilos de vida positivos tendrán como finalidad incrementar los años de vida bajo unas adecuadas condiciones de calidad de vida. Según Sánchez Bañuelos⁵ surge el “concepto de calidad de los años vividos, es decir, no considerar solamente el total de años sino los años durante los cuales una persona es autónoma, está libre de enfermedades y puede disfrutar de la vida”.

El estilo de vida se basa en las reacciones habituales individuales y en unas pautas de conductas aprendidas. Está influenciado por la familia, escuela, amigos, medios de comunicación, trabajo y organización social. Todo estilo de vida está favorecido por los hábitos, costumbres, modas y valores existentes y dominantes en cada momento en cada comunidad. Estos factores son aprendidos y, por tanto, modificables a lo largo de toda la vida.

El estilo de vida saludable es aquel que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana mejoran su calidad de vida.

Buena parte de las patologías que provocan más morbilidad y mortalidad tienen relación con los hábitos y costumbres, lo cual confirma que la promoción de hábitos saludables entre los jóvenes es una de las medidas que más y mejor pueden contribuir a la mejora de esperanza y calidad de vida de la población.

De la Cruz⁵ señala como hábitos de salud en escolares la alimentación equilibrada, una práctica de ejercicio físico frecuente, descansos y esfuerzos adecuados, las posturas escolares y la higiene personal.

4. Educación para la salud (EpS)¹²:

En los países actualmente desarrollados puede distinguirse dos etapas en referencia a la salud pública: una primera donde los problemas de salud predominantes eran las enfermedades infecciosas y una segunda donde predominan las enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes. Es en ésta donde la educación sanitaria ha pasado a ocupar un lugar central en la estrategia de la salud pública. La EpS es fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos insanos con objeto de eliminar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas.

Las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han de aplicarse en todas las etapas de la vida. En la actualidad, dentro de la promoción de la salud, se hace hincapié en la educación sanitaria, el estímulo de los hábitos y estilos de vida saludables en la infancia y juventud, y en las actividades preventivas que globalmente conducirán hacia un envejecimiento saludable.

4.1. La escuela como ámbito para la EpS^{13,14}:

Según el glosario de la promoción de la salud⁷, esta se define como “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”. De esta definición se desprende que la EpS no aborda solamente la transmisión de la información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a abordar los problemas de salud con una perspectiva crítica y transformadora y, con el fin último, de mejorar la salud⁶.

En este marco, la coordinadora de incluir la EpS en la reforma educativa implantada con la LOGSE en España, la profesora Perea (1992), define la EpS como “el proceso de formación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia, orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y poder participar en la salud colectiva”. Nuestro país está vinculado a la red Europea de Escuelas Promotoras de Salud desde 1993 y, desde la reforma educativa de 1992, la EpS está integrada como tema transversal en el currículo educativo⁶.

Considerando este marco de la EpS en la promoción de la salud, se hace patente que el centro escolar se ha convertido en el pilar básico de su desarrollo, debido a diferentes razones, entre las que se puede destacar según Hernán (2001)¹²:

- Es algo que afecta a nuestra calidad de vida presente y futura.
- Es un ámbito complejo que afecta a muchos factores: sociales, ambientales, biológicos y económico y por ello no es exclusivamente sanitario.
- Su preservación precisa un proceso continuado y reflexivo.

A todo ello hay que unirle que la escuela es una institución por la que pasan todas las persona (al menos en países desarrollados) y, además, en el momento ideal de la adquisición de hábitos de vida saludables (Mendoza, 1994)¹⁵. Por ello podemos decir que la escuela sola no consigue la promoción de hábitos saludables, pero su apoyo la propicia y facilita. La educación para la salud es un objetivo de primer orden en los documentos normativos que regulan el currículo escolar en todas las etapas. Así lo hace la actual Ley orgánica 2/2006 de Educación y los aún vigentes Reales Decretos 1333/1991, 1344/1991 y 1345/1991, que establecen el currículo de Educación Infantil, Primaria y Educación Secundaria Obligatoria, respectivamente.

5. La adolescencia y la salud^{16,17}:

La adolescencia se define con un “proceso” más que un “estado”, con un inicio y final poco precisos (Sánchez Villares, 1998)¹⁶. Siguiendo las recomendaciones de los Comités de Expertos de la OMS, se define como “la etapa de la vida que abarca desde los 10 a los 19 años, ambos sexos incluidos, que se inicia con los primeros cambios físicos y morfológicos que preceden a la aparición de los caracteres sexuales secundarios y concluye con el termino del crecimiento y desarrollo global”. Lo característico de esta etapa es que conlleva además de los cambios físicos y de desarrollo, unos procesos de maduración psicológicos y sociales. Este proceso de socialización resulta fundamental en la adquisición y mantenimiento de las conductas, incluyéndose los patrones de conducta adictiva a sustancias nocivas para la salud.

El modelo social que proporciona la familia juega un papel determinante en la adquisición de ciertas capacidades para tomar decisiones en cuanto a enfrentarse a problemas y resolverlos. Al llegar a la adolescencia, los amigos y el ambiente social ocupan el primer plano. Los amigos del grupo proporcionan información sobre las conductas que son apropiadas en diferentes situaciones ajenas a las enseñadas en el seno familiar. Como consecuencia final de este proceso en el desarrollo de la personalidad del adolescente se adquiere la capacidad de autocontrol y la del manejo del entorno social.

Los problemas durante la adolescencia pueden agruparse en⁵:

- a. Relacionados con los estilos de vida, entre los que destacan por su relevancia el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales, así como el sedentarismo y la obesidad.
- b. Problemas de salud propiamente dichos, relacionados con accidentes de tráfico, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

6. Antecedentes Europeos sobre conductas de los escolares relacionados con la salud:

En 1981, durante la Primera Conferencia Europea sobre el "Tabaco y Juventud", celebrada en Venecia, se mantuvieron discusiones informales que constataron la carencia de datos comparables sobre el consumo de tabaco en los jóvenes europeos, dado que las encuestas realizadas hasta el momento carecían de metodología común. Allí surgió la idea de realizar periódicamente un estudio internacional con metodología similar que facilitara unos resultados comparables. De esta forma serviría de base para el diseño de políticas de actuación que permitieran fomentar la promoción de la salud en la infancia y adolescencia.

El estudio sobre *Conductas de los Escolares relacionadas con la Salud* (Health Behaviour in School-Aged children, HBSC)¹⁸ se inicia como estudio internacional en

1982 con la iniciativa de investigadores de tres países (Finlandia, Inglaterra y Noruega) que acordaron diseñar un instrumento común que permitiera conocer los hábitos de vida relacionados con la salud de los preadolescentes y adolescentes escolarizados. Muy poco tiempo después, el estudio fue acogido como Estudio Colaborador por la Oficina Regional para Europa de la OMS (WHO Collaborative Study) y en 1983-1984 se inicia la primera recogida de datos en estos tres países, más Austria que se acababa de incorporar al proyecto.

A partir de 1985 el estudio ha ido incluyendo más países europeos, así como países y territorios extraeuropeos. España ha participado en todas las ediciones del estudio excepto en la inicial y en la de 1997-1998 (Tabla 1).

Tabla 1: Países participantes en el estudio HBSC según el año de realización.

Año de recogida	Países participantes
1983-1984	4 Países: Austria, Inglaterra, Finlandia y Noruega.
1985-1986	13 Países: Austria, Finlandia, Noruega, Bélgica, Escocia, España, Gales, Hungría, Israel, Suecia, Suiza, Dinamarca y Holanda.
1989-1990	16 Países: Austria, Finlandia, Noruega, Bélgica, Escocia, España, Gales, Hungría, Suecia, Suiza, Dinamarca, Holanda, Canadá, Letonia, Irlanda del norte, Polonia.
1993-1994	26 Países: Alemania, Austria, Finlandia, Noruega, Bélgica, Escocia, España, Gales, Hungría, Suecia, Suiza, Dinamarca, Holanda, Canadá, Estonia, Groenlandia, Irlanda del norte, Israel, Francia, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa, República Eslovaca y Rusia (sólo San Petersburgo).
1997-1998	30 Países: Alemania, Austria, Finlandia, Noruega, Bélgica, Escocia, Gales, Hungría, Suecia, Suiza, Dinamarca, Holanda, Canadá, Estonia, Groenlandia, Grecia, Inglaterra, Irlanda, Irlanda del norte, Israel, Francia, Letonia, Lituania, Portugal, Polonia, República Checa, República Eslovaca, Rusia (sólo San Petersburgo), y EE.UU.
2001-2002	36 Países: Alemania, Austria, Finlandia, Noruega, Bélgica, Hungría, Suecia, Suiza, Dinamarca, Holanda, Canadá, Estonia, Groenlandia, Grecia, Irlanda, Israel, Italia, Francia, Letonia, Lituania, Portugal, Polonia, República Checa, Reino Unido, Rusia, Ucrania, Croacia, Eslovenia, España, Estados Unidos, Macedonia y Malta.
2005-2006	41 Países: Alemania, Austria, Finlandia, Noruega, Bélgica, Hungría, Suecia, Suiza, Dinamarca, Holanda, Canadá, Estonia, Groenlandia, Grecia, Irlanda, Israel, Italia, Francia, Letonia, Lituania, Portugal, Polonia, República Checa, Inglaterra, Escocia, Rusia, Ucrania, Croacia, Eslovenia, España, EE.UU, Macedonia y Malta, Bulgaria, Islandia, Luxemburgo, Rumania, Turquía.

El instrumento de medida es la encuesta autoadministrada. Cada país debe incluir en su cuestionario un repertorio de preguntas obligatorias, aquellas que se consideran centrales en el estudio internacional. Otro conjunto de preguntas son también centrales pero de esa edición en concreto y a ellas se le añaden otras de carácter optativo cuya inclusión la deciden los investigadores de cada país.

En líneas generales, y en relación con la muestra, las directrices internacionales establecen que en cada país debe estar compuesta por niños y niñas representativos de la población escolarizada de 11, 13 y 15 años, con una muestra no menor de 1500 sujetos por cada grupo de edad. El procedimiento de recogida de datos debe respetar escrupulosamente el anonimato de las respuestas y la administración de los cuestionarios debe realizarse dentro del contexto escolar.

Los objetivos principales que persigue este estudio son:

- Recoger periódicamente, en un número creciente de países europeos, información comparable sobre diversas conductas de los escolares relacionados con la salud.
- Analizar similitudes y diferencias, así como los cambios de estas a lo largo del tiempo.
- Difundir los resultados de forma periódica estimulando la adopción de políticas favorables a la promoción de la salud de niños y jóvenes.

Debido a que la filosofía y finalidad de esta investigación pretendía tener un fuerte impacto en las políticas de promoción de la salud de los países de la Región Europea de la OMS, la adecuada difusión de los resultados fue tan esencial como la correcta recogida de datos y el análisis de la información obtenida. Es decir, se consideró que el plan de trabajo no acabaría con la realización del estudio en sí, y la redacción de los informes correspondientes, sino que la transmisión de la información resultante sería también una parte esencial de dicha metodología.

7. Antecedentes en nuestro país de estudios sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud:

Con anterioridad a 1986 no hay ningún estudio que, con una muestra representativa del conjunto de los escolares, recogiera información sobre las conductas relacionadas con la salud.

El “*Estudio Español sobre las Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud*” (ECERS), de 1986 fue el primer trabajo de esta índole en España y se realizó de forma paralela al segundo europeo (1985-1986), con una muestra de 2840 escolares¹⁵.

Las únicas investigaciones que aportan información en los últimos años de carácter nacional y pluridisciplinar, son los organizados para ser comparados con los europeos dentro del estudio HBSC^{18,19}. Sin embargo, varios son los organismos cuyos proyectos se centran y especializan en alguno de los aspectos relacionados con la salud de nuestros escolares, entre los que destacamos:

- Ministerio de Sanidad y Consumo: mediante la “*Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias*” (ESTUDES)^{20,21} realizada bienalmente para el Plan Nacional sobre Drogas, es la principal referencia en nuestro país para el seguimiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre los adolescentes.
- Grupo AVENA^{22,23}: evalúa el estado de salud desde un punto de vista nutricional y metabólico, investigando también patologías concretas como la obesidad, anorexia y bulimia, y la dislipemia.
- Estudio EnKid²⁴: Estudio epidemiológico observacional diseñado para evaluar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil (2-24 años).
- Encuesta Nacional de Salud²⁵: De forma bienal estudia los hábitos familiares e intenta ser un instrumento para la toma de decisiones y para la evaluación de políticas sanitaria.

- Informe del la Juventud en España²⁶: Estudio sociológico cuatrienales sobre jóvenes de entre 15 y 19 años.

A nivel autonómico, distintas instituciones andaluzas han promovido la investigación sobre la salud de los adolescentes, con el objetivo de utilizar sus resultados con diversos fines: orientar y evaluar las políticas sanitarias, instaurar programas educativos específicos para la promoción de la salud, fomentar los estilos de vida saludables y la prevención de hábitos y conductas que supongan riesgos para la salud de los escolares. En nuestra Comunidad, se confeccionó:

- El III Plan Andaluz de Salud²⁷: aún en pleno desarrollo y vigencia. Elabora programas para la promoción de la salud en base a las necesidades encontradas.
- El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)²⁸: analiza la evolución de las drogas en Andalucía, las intervenciones realizadas y la valoración de los resultados de los programas.
- La población andaluza ante las drogas²⁹: estudio bienal sobre el consumo de sustancias psicoactivas y las actitudes antes las drogas en población de 12 a 64 años.
- Plan Integral de Obesidad infantil de Andalucía (2007-2012)³⁰: estudia el incremento de la prevalencia de obesidad infantil y sobrepeso, así como la morbilidad asociada a dichas situaciones y promueve la realización de programas para la educación, promoción, prevención y tratamiento.
- Observatorio de la infancia en Andalucía³¹: análisis del estado actual y la evolución de los niveles de bienestar y calidad de vida de la infancia y adolescencia en Andalucía.
- Observatorio del deporte andaluz³²: recoge los hábitos y actitudes de los andaluces en edad escolar ante el deporte.

En un entorno más cercano y local, como es el provincial, tres estudios llevados a cabo en los últimos años^{33,34,35}, han aportado interesante información mediante una

metodología de encuesta similar a la realizada en el *“Estudio Español sobre las Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud”*. En éstos, se realizaba un análisis sobre diversos aspectos de las conductas relacionadas con la salud de los escolares de Córdoba, que nos permiten tener un conocimiento más cercano de la realidad de los adolescentes y poder comprobar cómo estas conductas han ido evolucionando a lo largo de estos últimos años.



II. Justificación

En las últimas décadas hemos asistido a unos cambios sociológicos profundos derivados de las condiciones económicas, culturales y tecnológicas que han producido una transformación de la ideología social y de nuestra manera de pensar. El marketing y la publicidad, las diferentes manifestaciones de la música, la generalización del consumo de tabaco y alcohol, la introducción de la “comida rápida” y, las nuevas tecnologías aplicadas a la comunicación y al ocio (videoconsolas y teléfonos móviles) son claros ejemplos de elementos que han impactado sobre nuestra sociedad y que han sido capaces de cambiar nuestros hábitos, unas veces de forma positiva y otras negativamente. Estos cambios sociales han determinado un estilo de vida diferente y nuevas pautas de comportamiento que se reflejan también en la conducta del adolescente.

La educación sanitaria en la adolescencia se torna como una medida importantísima encaminada a la creación de ambientes más favorecedores de la propia salud, única forma de conseguir que nuestros adolescentes adquieran los conocimientos necesarios para poder discernir qué es lo que más les conviene a la hora de elegir sus estilos de vida.

Hasta ahora han sido escasos los estudios orientados y realizados exclusivamente en población menor de 14 años, así las políticas de prevención eran elaboradas a partir de esta edad, dejando fuera o extrapolarlo esas medidas a niños más pequeños. Sin embargo existe una cierta variabilidad local en este terreno que es preciso objetivar pues puede afectar a la efectividad de las estrategias y políticas concretas en las poblaciones más susceptibles de riesgo.

La realización del estudio objeto de esta tesis nace con el propósito principal de conocer los estilos de vida de la primera etapa de la adolescencia para identificar y priorizar la morbilidad y ayudar a la elaboración de planes de salud y programas de prevención más efectivos. Y pretende continuar las investigaciones sobre adolescencia y salud que desde 1992 se han realizado en nuestra comunidad^{33,34,35}. Estos estudios seriados en el tiempo permiten poner de manifiesto los cambios producidos en las

conductas de los escolares y así poder valorar el impacto de las medidas introducidas por los organismos e instituciones encargadas o con responsabilidades en la promoción de la salud (Ministerio de Sanidad, Consejería de Salud y de Educación, Servicios de Salud, etc,...).



III. Objetivos

- **Objetivo general:**

Conocer los hábitos y estilos de vida relacionados con la salud de los adolescentes escolarizados en los cursos de 6º de Primaria de la provincia de Córdoba.

- **Objetivos específicos:**

1. Recoger información sobre los estilos de vida y conductas de salud de los adolescentes, concretamente sobre:
 - a. Hábitos higiénicos y de descanso.
 - b. Tipo y frecuencia de actividad física de los escolares y las personas de su entorno.
 - c. Consumo de sustancias tóxicas y sus características:
 - Tabaco.
 - Alcohol.
 - Drogas no institucionalizadas.
 - d. Hábitos dietéticos y el consumo cualitativo de alimentos, e identificación de los patrones de alimentación.
 - e. Autopercepción de salud y prevalencia de ciertos problemas de salud. Demanda sanitaria y consumo de fármacos.
 - f. Aspectos de la vida cotidiana del adolescente, como su grado de integración social y su vivencia de la escuela, sentimientos de soledad o felicidad.
 - g. Hábitos de ocio.
2. Estudiar la relación de los estilos de vida y las características sociodemográficas de los escolares, así como otras variables de interés que permitan generar hipótesis, predecir desigualdades de salud y detectar poblaciones de riesgo.

IV. Material y métodos

La metodología está basada fundamentalmente en el estudio sobre “*Las conductas de los escolares relacionadas con la salud*”, proyecto auspiciado desde 1982 por la Oficina Regional para Europa de la OMS^{8,18,19}. Esta tesis se ha intentado ceñir, en la medida de lo posible, a dicha metodología a fin de obtener una información comparable y reducir las fuentes de sesgo.

1. **Diseño:**

Se trata de un estudio observacional descriptivo, transversal o de prevalencia mediante una encuesta de salud.

2. **Población de estudio:**

El universo del estudio fue la totalidad de los niños escolarizados en sexto de primaria (N: 8.944) de los colegios ubicados en Córdoba (capital y provincia) durante el curso escolar 2005/2006 (Tabla 2).

- **Criterios de inclusión:**

- Niños escolarizados en sexto de primaria de los colegios ubicados en Córdoba durante el curso escolar 2005/2006, que dieran su consentimiento para participar.

- **Criterios de exclusión:**

- Negativa a responder voluntaria y libremente a la encuesta.
- Padecer limitación física o psicológica que impida al alumno comprender las preguntas y respuestas del cuestionario, no pudiendo rellenarlo por sí mismo de manera anónima, íntima e individual.

Tabla 2. Distribución de la población de estudio según el ámbito geográfico y el tipo de centro (alumnos del curso escolar 2005/2006).

Provincia		Capital	
Públicos	Privados/Concertados	Públicos	Privados/Concertados
4.860 (88,07%)	579 (11,93%)	1.514 (44,20%)	1.911 (55,79%)
Subtotal: 5.518 (61,71%)		Subtotal: 3.429 (38,29%)	
Total: 8944			

La relación de los diferentes centros de los cursos objeto del estudio fue facilitada por la Delegación de Educación de la Junta de Andalucía en Córdoba, tras contar con los permisos de ésta y de la Delegación de Salud (Anexo 1).

3. **Muestra:**

3.1. Tamaño muestral: El cálculo del tamaño muestral se realizó a partir de la fórmula del tamaño muestral en un sondeo para estimar una proporción para poblaciones finitas.

$$N: \frac{Z^2 \alpha^2 pq}{e^2}$$

- Asumimos un valor de $\alpha = 0,05$, ("Z subalfa" de 1,96) y una precisión "e" de 0.03 para los estimadores globales ($\pm 3\%$). Al no existir una variable principal en este estudio, nos situamos en el caso más desfavorable, es decir, una proporción estimada del 50% ($p=0,5$).
- Se pronosticó una tasa de no respuesta "R" del 0,06 (6%), según la fórmula:

$$N_a = N \left(\frac{1}{1-R} \right)$$

- Según estos criterios el tamaño muestral se fijó en 954 alumnos, lo que supone una fracción de muestreo del 10,6% de todos los escolares matriculados en 6º de primaria durante el año escolar 2005/2006 (cálculos realizados con el programa estadístico C4-Study-Design-Pack, GlaxoSmiKline, versión 1.1.).

3.2. Técnica de muestreo: La forma de selección de los centros educativos y de los alumnos se realizó por muestreo aleatorio polietápico con 3 fases:

- Primera: en la que se practicó un muestreo estratificado por (Tabla 3):
 - Carácter: público o privado concertado.
 - Ubicación geográfica: Córdoba capital o la provincia.

- Segunda: en la que se procedió, mediante muestreo aleatorio simple, a seleccionar los centros, escogiéndose del listado nominal proporcionado por la Delegación de Educación.
- Tercera: en la que finalmente y mediante muestreo por clúster o conglomerados, se incluyeron a todos los alumnos de dichos centros que estaban en el curso objeto del estudio (6º de primaria) (Tabla 3).

Tabla 3: Estratificación de la muestra en función del ámbito geográfico y del tipo de centro escolar

Provincia		Capital	
Públicos	Privados/Concertados	Públicos	Privados/Concertados
519 (88,07%)	70 (11,93%)	204 (44,2%)	161 (55,79%)
Subtotal: 589 (61,71%)		Subtotal: 365 (38,29%)	
Total: 954			

Los centros educativos seleccionados para la muestra se detallan en el “Anexo 2”

4. Fuente de recogida de datos (cuestionario):

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado y precodificado (Anexo 3). Este cuestionario está basado en el utilizado para el “*Estudio de los hábitos de los escolares en relación con la salud*” (OMS)¹⁸, que tanto en la versión inglesa, como en la española, han sido previamente validados.

En la confección del cuestionario se descartaron algunas preguntas incluidas en las anteriores encuestas realizadas previamente en nuestra provincia (3 investigaciones, en los cursos escolares 1992/1993, 1993/1994 y 1994/1999)^{33,34,35}, por el escaso interés que presentaban para los objetivos específicos del estudio.

El cuestionario final consta de 57 preguntas distribuidas en 16 páginas; se engloban en 7 bloques que van precedidos por un enunciado explicativo que informa al alumno de sobre qué se le va a preguntar.

5. Variables estudiadas:

Quedan resumidas en la siguiente tabla:

Tabla 4: Relación de variables estudiadas.

Variables del estudio		
Independientes	Sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Edad (11, 12 y ≥ 13 años). • Sexo (niño/niña). • Carácter del centro escolar (público/ concertado). • Localización del centro escolar (Córdoba/ provincia). • Clase social del padre y de la madre.
Dependientes	Hábitos higiénico-sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos. • Frecuencia de baño. • Frecuencia de cepillado de los dientes.
	Hábitos de sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Horario de despertarse y acostarse. • Horas de sueño.
	Deporte y ejercicio físico	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica deportiva extraescolar. • Ejercicio físico diario • Ejercicio físico intenso. • Tipo de actividad deportiva. • Expectativas de la futura práctica deportiva. • Práctica deportiva en personas del entorno (padres, hermanos, amigos, tutor de clase). • Autopercepción del estado de forma física.
	Hábitos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Experimentación con drogas (legales e ilegales). • Consideración de sustancias como drogas. • Información recibida. • Consumo de tabaco (primera experimentación, edad del primer cigarrillo, fumador activo, frecuencia del consumo, motivación para el inicio, fumadores en el entorno, opinión sobre el efecto nocivo). • Consumo de Alcohol (primera experimentación, edad de prueba de alcohol, bebedor activo, frecuencia del consumo según tipo de bebida, frecuencia de emborracharse, edad de la primera borrachera, motivación para el inicio, bebedores en el entorno, opinión sobre el efecto nocivo). • Consumo de drogas no legales.
	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de consumo. • Ingesta de alimentos en el desayuno. • Consumo de alimentos durante el recreo.
	Estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Autopercepción de salud. • Afecciones más frecuentes (cansancio, dolor de cabeza, de estómago, de espalda, de muelas y de piernas o brazos, enfado, nerviosismo, mareo, dificultad para dormir y ver).

		<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes producidos durante el mes anterior a la encuesta (esguines, fracturas, traumatismos en la cabeza, heridas que precisan suturas, quemaduras, mordeduras y arañazos de algún animal). • Utilización de los servicios sanitarios (consulta con el médico en el último mes). • Consumo de fármacos (para el resfriado, infecciones, diarrea o vómitos, fiebre, dolores, para el cansancio, para dormir y para el nerviosismo).
	Hábitos sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de felicidad. • Apetencia por el colegio. • Rendimiento escolar. • Relaciones sociofamiliares. • Facilidad para hacer amigos. • Encuentros con los amigos. • Tener un amigo/a íntimo/a. • Tener novio/a • Sentimiento de soledad.
	Ocio y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo del tiempo libre durante los días lectivos y los fines de semana (televisión, videoconsola, ordenador, móvil y libros de lectura).

6. Plan de actuación:

6.1. Revisión y adaptación del cuestionario:

Tras las correcciones y modificaciones derivadas del estudio piloto se obtuvo un cuestionario que facilitaba la comprensión de las preguntas para los más pequeños. Así mismo, fue minuciosamente observado el espaciado entre líneas y el tamaño de letra con el fin de facilitar su lectura y evitar el cansancio.

6.2. Estudio piloto:

Previamente a la realización de la encuesta y para valorar la comprensión de la encuesta se pilotó en una muestra de 30 escolares de entre 11 y 14 años de un centro educativo de Córdoba capital. El grado de fiabilidad intraobservador ya fue comprobado en los estudios previos realizados por Pérula³³, Gascón³⁴ y Mengual³⁵.

6.3. Trabajo de campo:

Todas las encuestas se realizaron entre abril y mayo de 2006. Se llevó a cabo un primer contacto por correo con los directores de los colegios seleccionados y, posteriormente se acordó telefónicamente el día y hora para realizar las encuestas; para evitar absentismos y sus consecuentes sesgos de selección los alumnos no eran avisados previamente. El cuestionario se cumplimentaba por escrito durante la duración de una clase normal (45-60 minutos). Para asegurar la mayor fiabilidad en las respuestas y evitar que los alumnos pudieran sentirse condicionados, el profesor no estaba presente. Antes de la cumplimentación del cuestionario, se hacía una breve presentación de la finalidad del estudio así como de la forma de rellenarlo, haciéndose hincapié en la garantía de la confidencialidad de las respuestas.

No se observaron actitudes de rechazo o negativas de los centros para la realización de la encuesta. El grado de colaboración de los directores, jefes de estudio y docentes de los centros fue excelente.

6.4. Mecanización y depuración de los datos:

Una vez recogidos y clasificados, cada cuestionario fue revisado y rechazado en el caso de que no estuviese cumplimentado en al menos el 75% del mismo, o se respondiera en otro contexto diferente del preguntado. En base a estos criterios fueron invalidadas 7 de las encuestas, resultando válidas para el análisis un total de 1005.

La codificación, el procesamiento de los datos, así como su análisis estadístico se han realizado con el programa informático SPSS para Windows (versión 13.0), creando tantos campos como variables tiene el cuestionario. Finalmente se crearon 213 ítems.

La clase social de los padres se obtuvo siguiendo la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología que está basada en las ocupaciones laborales^{36,37};

posteriormente y, para un mejor tratamiento de los datos a nivel estadístico, se agruparon las categorías originales IIIa, IIIb y IIIc quedando englobadas en el Grupo III; y las IVa y IVb en el Grupo IV (Anexo 4).

6.5. Análisis estadístico:

Se realizó siguiendo una serie de fases:

- a. Estadística descriptiva: características de la población estudiada
 - Variables cuantitativas: medidas de tendencia central (media y mediana), dispersión (desviación típica), y posición (límites de la distribución).
 - Variables cualitativas: tabulación de los datos y cálculo de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

- b. Estadística inferencial: según el tipo de variable, se utilizaron las pruebas estadísticas de contraste de hipótesis que procedían. Se asumió un error α del 5% ($p \leq 0,05$), mostrándose los valores exactos de “p” para cada estadístico.
 - Asociación bivariante: para contrastes bilaterales se han empleado:
 - Variables cualitativas: prueba de Ji^2 , con la corrección de Yates o Test exacto de Fisher
 - Variables cualitativas-cuantitativas: T test de Student o ANOVA.
 - Variables cuantitativas: se estimó el coeficiente de correlación de Pearson.
 - Asociación multivariante: para comprobar la asociación entre variables independientes y algunas variables dependientes de interés, ajustando por otras covariables, se ha utilizado el análisis de regresión logística múltiple no condicional. En concreto, las variables dependientes consideradas han sido: consumo de alcohol y tabaco, estado de salud autopercebido, sentimientos de soledad y de felicidad. Las variables

independientes ordinales fueron tratadas como variables indicadoras o variables “dummy”. Como criterio de entrada para la inclusión de las variables en los modelos se consideró una $p < 0,10$ en el análisis bivariado; la estrategia de modelización consistió en ir eliminando paso a paso del modelo aquellas variables cuya $p > 0,10$ (estadístico de Wald), hasta conseguir el modelo más parsimonioso. Para comprobar la bondad de ajuste de los modelos se utilizó el test de Hosmer-Lemeshow.

- Análisis Cluster (Clasificación): encaminado a analizar la pertinencia a grupos de las variables que medían el grado de consumo de distintos alimentos, y así discriminar distintos perfiles taxonómicos de consumo. Se ha pretendido analizar si existen alimentos que se puedan encuadrar dentro de unos determinados perfiles de consumo. Mediante este tipo de análisis multivariante se pretende buscar unas clases, de tal modo que cada observación difiera, de acuerdo a un cierto criterio, lo menos posible de las demás observaciones que pertenecen a la misma clase, partiendo de observaciones no clasificadas previamente. Estas clases o grupos se definen mediante el cálculo de distancias o similitudes, a partir de las variables que se consideran adecuadas para ello. Para una representación más clara y expresiva de lo que acontece se ha utilizado un modo específico de representación gráfica para este tipo de análisis, que es conocido con el nombre de *Dendrograma*, en forma de árbol lógico, en el proceso de formación de grupos. El Dendrograma también indica la distancia a la que se han producido las uniones y las variables implicadas en cada paso, lo que permite evidenciar la existencia o no de dos o más grupos. La mayor distancia de las dos últimas ramas, indica la existencia de grupos muy definidos.

7. Control semántico:

- Dentro de la variable independiente de la edad, se incluye en la categoría de “≥13 años” a 3 alumnos con 14 años.
- Respecto a la frecuencia del baño, y para un mejor tratamiento de los datos se englobó la categoría “alguna vez a la semana” con “de vez en cuando” y posteriormente esta se incluyó en la categoría de “rara vez/nunca”.
- En relación con el deporte diario y el ejercicio físico intenso, se han agrupado en “varias veces a la semana” con “alguna vez a la semana”, y “alguna vez al mes” con “rara vez” y “nunca”.
- La actividad física deportiva, incluyó actividades características de la adolescencia como las de pasear, montar en bicicleta, jugar al escondite, nadar, deportes de balón, artes marciales, tenis, bailar, senderismo, y otras.
- El ejercicio físico “intenso”, se definió como aquel ejercicio en el que se llega al punto de “cansarte o sudar”.
- Las preguntas sobre drogas, contienen multitud de sinónimos y expresiones según la “jerga de la calle”, dando opción a responder “no sé lo que es” cuando no saben sobre lo que se les pregunta.
- Las cuestiones sobre alimentación, se acompañan de muchos ejemplos que faciliten al adolescente la identificación del alimento preguntado, además de establecer 5 frecuencias de consumo diferente, y la opción “no sé”, para facilitar la contestación.
- El “cansancio matinal”, es el que experimentó el alumno cuando tenía que ir al colegio por las mañanas.
- Por “accidente”, nos referimos a cualquier accidente que durante el último mes hubiera padecido el escolar, y en el que hubiera necesitado la atención de algún médico.

- La *“visita médica”*, es el acto de acudir durante el último mes a algún médico por algún problema de salud (como por ejemplo: un resfriado, fiebre, dolor, accidente, y otros).
- Se sustituyen por expresiones coloquiales, los conceptos de:
 - Dolor abdominal por *“dolor de estómago”*.
 - Herida que necesitó sutura por *“herida que necesitó de puntos”*.
 - Odontalgia por *“dolor de muelas”*.
 - Ansiedad por *“estar nervioso”*.
 - Insomnio por *“dificultad para dormir”*.
 - Alteraciones visuales por *“dificultad para ver”*.
- Para facilitar la comprensión del tipo de relación social, con los conceptos de amistad, se utilizaron las expresiones *“amigo íntimo”* o *“mejor amigo”*, y para el de relación de pareja, *“estar saliendo con alguien”* o *“novio/a”*.

8. **Estrategia de búsqueda bibliográfica:**

Las información se ha obtenido tras una búsqueda de los estudios publicados relacionados con el tema de estudio, a través de soporte informático MEDLINE del Index Medicus (PubMed), en el período de 1983 a 2010, en el Índice Médico Español (IME), en la base de datos TESAURO, así como revisión bibliográfica más relevante manejada por otros autores y obtenida de originales y revisiones. Hemos utilizado como descriptores las palabras: *“adolescente”, “escolares”, “jóvenes”, “tóxicos”, “tabaco”, “alcohol”, “drogas”, “higiene”, “hábitos”, “estilos de vida”, “conductas”, “costumbres”, “alimentación”, “ejercicio físico”, “salud”*.

Para las citas bibliográficas se han tenido en cuenta las recomendaciones del Comité Internacional de Revistas Biomédicas (Normas de Vancouver)³⁸.

9. Difusión de los resultados:

- ✓ La tesis doctoral definitiva se ha puesto a disposición de las autoridades académicas, educativas y sanitarias que participaron en la investigación, para que puedan valorarse sus conclusiones finales.
- ✓ Los resultados y conclusiones han sido presentados públicamente como comunicaciones en los siguientes foros:
 - “Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de Córdoba”. VII Jornadas de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (UDMFyC), Córdoba, mayo 2006.
 - “Hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de la provincia de Córdoba”. XVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), Roquetas de Mar, junio 2006.
 - “Consumo de drogas entre los escolares de Córdoba”. II Congreso de la Sociedad Española de Atención Primaria de Andalucía (SEMERGEN Andalucía), Córdoba, mayo 2007.
 - “Hábitos de alimentación en escolares de una provincia andaluza” XVII Congreso SAMFyC, Málaga, junio 2007.
 - “Características del consumo de tabaco y alcohol entre los escolares de Córdoba”. XXIX Congreso Nacional SEMERGEN, Sevilla, octubre 2007.
 - “Hábitos sociales relacionados con la salud en adolescentes de la provincia de Córdoba”. XXV Reunión Científica Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), Córdoba, octubre 2007.
 - “Hábitos de higiene y descanso relacionados con la salud en adolescentes de la provincia de Córdoba”. XXV Reunión Científica Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), Córdoba, octubre 2007.
 - “Hábitos de ocio y comunicación entre los adolescentes de una provincia andaluza”. XXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), Valladolid, noviembre 2007.

10. Aspectos legales y éticos:

Este estudio se enmarca dentro del III Plan Andaluz de Salud, con las correspondientes autorizaciones y licencias por parte de las autoridades competentes de las Delegaciones provinciales de Educación y Salud de Córdoba (Anexo 1).

La encuesta fue cumplimentada de manera anónima (no se recogieron datos personales de identificación) y voluntaria previo consentimiento informado del alumno.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e investigación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Este estudio ha sido subvencionado por las siguientes entidades:

- Fondo de investigación sanitaria del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba: patrocinio investigación universitaria (expte. 07/0715).
- Consejería de salud de la Junta de Andalucía: Beca de investigación (BOJA nº 8 de 11 de enero de 2006; nº Expte. 0110/2006).
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (Beca Samfyc a proyectos de investigación, año 2006).
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Beca Semfyc para la realización de Tesis Doctorales, año 2008).



V. Resultados

1. RESULTADOS GENERALES:

Se realizaron un total de 1005 encuestas en 27 colegios de primaria de 19 localidades de Córdoba y provincia (Tabla 5) sobre un total de 8944 niños escolarizados en sexto de primaria. Se anularon 7 encuestas por contener menos del 75% de las preguntas contestadas.

Tabla 5: Distribución del número de escolares encuestados según el centro escolar, la localidad y el carácter del mismo.

Nombre del Colegio	Localización	Carácter del centro	n(%)
Alonso de Aguilar	Aguilar de la Frontera	Público	51 (5,1)
Guillermo Romero Fdez.	Alameda del Obispo	Público	24 (2,4)
Rodríguez Vega	Almedinilla	Público	32 (3,2)
Prof. Tierno Galván	Arrecife	Público	21 (2,1)
Sagrada Familia	Baena	Concertado	55 (5,5)
Juan Díaz del Moral	Bujalance	Público	29 (2,9)
San José	Cabra	Concertado	27 (2,7)
Ramón Hdez. Martínez	Cañete de las Torres	Público	34 (3,4)
Sta Bárbara	Cerro Muriano	Público	15 (1,5)
Ntra Sra de Loreto	Dos torres	Público	31 (3,1)
Ramón y Cajal	El carpio	Público	28 (2,8)
La Inmaculada	El Viso	Público	27 (2,7)
Ntra Sra del Rosario	Luque	Público	36 (3,6)
Miguel de Cervantes	Montemayor	Público	47 (4,7)
Torre del Castillo	Monturque	Público	18 (1,8)
Eladio León	Peñarroya-Pueblonuevo	Público	30 (3,0)
Urbano Palma	Santaella	Público	49 (4,9)
Teresa Comino	Villafranca	Público	45 (4,5)
Al Andalus	Córdoba	Público	47 (4,7)
Averroes	Córdoba	Público	45 (4,5)
Almanzor	Córdoba	Concertado	25 (2,5)
Cervantes	Córdoba	Concertado	79 (8,0)
Europa	Córdoba	Público	47 (4,7)
Ferrovionario	Córdoba	Concertado	25 (2,5)
Miralbaida	Córdoba	Público	43 (4,3)
San Juan de la Cruz	Córdoba	Público	44 (4,4)
Sagrada Familia	Córdoba	Concertado	51 (5,1)
Total			1005 (100)

- **Tasa de respuesta:**

En base a los datos del número de alumnos matriculados en el curso 2005/2006 facilitados por la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, se calculó el número mínimo necesario de encuestas (954), con un margen de error en torno al 10% para las encuestas no válidas (100): absentismo, encuestas mal respondidas, no colaboración, imprevistos. Se eligieron 4 centros escolares (144 alumnos) de reserva para subsanar las posibles pérdidas.

Finalmente el absentismo escolar fue del 8,25% (83 escolares), algo menor de lo previsto a priori (10%), con una mayor proporción en colegios públicos de la provincia (Tabla 6).

Tabla 6: Absentismo escolar según el carácter del centro y su localización (porcentaje de alumnos ausentes respecto al total estimado previamente).

Carácter del centro	Localización		Total
	Córdoba	Provincia	
Público	16 (1,6%)	47 (4,7%)	63 (6,4%)
Concertado	20 (1,9%)	0 (0,0%)	20 (1,9%)
Total	36 (3,5%)	47 (4,7%)	83 (8,3%)

1.1. Características básicas socio-demográficas:

- La distribución según la localización del centro escolar y el carácter del mismo fue la siguiente (Tabla 7):

Tabla 7: Distribución de la muestra según las características del centro escolar.

Carácter del centro	Localización		Total
	Córdoba	Provincia	
Público	226 (22,5%)	517 (51,4%)	743 (73,9%)
Concertado	180 (17,9%)	82 (8,2%)	262 (26,1%)
Total	406 (40,4%)	539 (59,60%)	1005 (100%)

- La edad media se sitúa en 11,45 años con una desviación típica –DT– de $\pm 0,591$ (Límites: 11-14 años; IC 95%:11,42-11,49) (Tabla 8).

- En cuanto al sexo, se observa un ligero predominio de niños (52,9%) (Tabla 8).

Tabla 8: Distribución de la muestra según edad y sexo.

Edad (años)	Sexo		Total
	Niño	Niña	
11	309 (51,8%)	288 (48,2%)	597 (59,4%)
12	197 (54,3%)	166 (45,7%)	363 (36,1%)
≥13	25 (55,6%)	20 (44,4%)	45 (4,5%)
Total	531 (52,8%)	474 (47,2%)	1005 (100%)

- Los países de nacimiento de los alumnos se distribuyen como se indica (Tabla 9):

Tabla 9: Distribución según el país de nacimiento.

País	n	%
España	991	98,6
Alemania	2	0,2
Bolivia	1	0,1
Colombia	2	0,3
Costa Rica	1	0,1
Ecuador	2	0,2
Francia	1	0,1
Marruecos	2	0,2
Rumanía	1	0,1
Ucrania	1	0,1
Total	1005	100,0

- Clase social de los padres:
 - En cuanto al nivel profesional del padre predominan los trabajadores manuales cualificados (Tabla 10). Según la localización del colegio, en la capital siguen predominando los trabajos manuales cualificados seguidos de administrativos, servicios de seguridad, directivos, licenciados y diplomados. Por el contrario en la provincia a los trabajadores manuales cualificados le siguen los trabajadores manuales no cualificados (Tabla 11).

- Entre las madres (Tabla 10) destaca el grupo de las amas de casa y las trabajadoras manuales no cualificadas. En la capital aparece un alto porcentaje de diplomadas y profesionales de formación media; por el contrario, en la provincia destacan las que presentan una formación básica (Tabla 11).

Tabla 10: Distribución de la clase social de los padres y de las madres.

Clase social		Padre	Madre	
Grupo I	- Directivos públicos o privados (>10trabajadores).	60 (6,0%)	24 (2,4%)	
	- Profesiones liberales 2º-3er grado.			
Grupo II	- Empresarios (≤10trabajadores).	85 (8,5%)	101 (10,0%)	
	- Profesiones liberales 1er grado.			
	- Técnicos.			
	- Arte y Deporte.			
Grupo III	IIIa	- Administración.	110 (11,0%)	121 (12,0%)
		- Trabajador servicios personales y seguridad.		
	IIIb	- Trabajadores por cuenta propia.	17 (1,7%)	3 (0,3%)
	IIIc	- Supervisores de trabajadores manuales.	16 (1,6%)	5 (0,5%)
Subtotal		143 (14,3%)	129 (12,8%)	
Grupo IV	IVa	- Trabajadores manuales cualificados.	458 (45,7%)	50 (5,0%)
	IVb	- Trabajadores manuales semicualificados.	81 (8,1%)	73 (7,3%)
	Subtotal		539 (53,8%)	123 (12,3%)
Grupo V	- Trabajadores no cualificados.	120 (12,0%)	178 (17,7%)	
Grupo VI (Otros casos no valorables)	- Amas de casa.	9 (0,9%)	416 (41,4%)	
	- Militares.			
	- Clero.	7 (0,7%)	3 (0,3%)	
	- Voluntariado.			
	- Sin madre/padre.			
- Desconoce trabajo padres.	36 (3,6%)	27 (2,7%)		
Subtotal		52 (5,2%)	446(44,4%)	
Total		1005 (100%)	1005 (100%)	

Tabla 11: Distribución de la clase social según la profesión de los padres según la localización del centro escolar.

Clase social		Córdoba		Provincia	
		Padre	Madre	Padre	Madre
I. Directivos. Licenciados		49 (12,1%)	21 (5,2%)	11 (1,8%)	3 (0,5%)
II. Diplomados, Técnicos, Artistas, Deportistas.		46 (11,4%)	71 (17,5%)	39 (6,5%)	30 (5,0%)
Grupo III	IIIa. Administrativos, Servicios de seguridad.	66 (16,3%)	68 (16,7%)	44 (7,3%)	53 (8,8%)
	IIIb. Trabajadores por cuenta propia.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	17 (2,8%)	3 (0,5%)
	IIIc. Supervisores de trabajadores manuales.	9 (2,2%)	2 (0,5%)	7 (1,2%)	3 (0,5%)
Subtotal		75 (18,5%)	70 (18,7%)	68 (11,3%)	59 (9,8%)
Grupo IV	IVa. Trabajadores manuales cualificados.	146(36,1%)	22 (5,4%)	312(52,1%)	28 (4,7%)
	IVb. Trabajadores manuales semicualificados.	38 (9,4%)	26 (6,4%)	43 (7,2%)	47 (7,8%)
Subtotal		184(45,5%)	48 (11,8%)	355(59,3%)	75 (12,5%)
V. Trabajadores manuales no cualificados.		23 (5,7%)	76 (18,7%)	97 (16,2%)	102 (17%)
VI. Otros casos (Amas de casa, Clero, Militares)		8 (2,0%)	103(25,4%)	1 (0,2%)	313(52,3%)
Total		404 (100%)	406 (100%)	599 (100%)	599 (100%)

2. HÁBITOS HIGIÉNICO-SANITARIOS:

2.1. Lavado de manos:

El 61% de los alumnos encuestados afirman lavarse las manos antes de cada comida (Figura 1). Se puede apreciar como hay una mayor higiene en niños de los colegios públicos (Tabla 12). No hay diferencias con la edad, localización del centro escolar ni por la clase social de los progenitores.

Figura 1: Frecuencia del lavado de manos antes de comidas

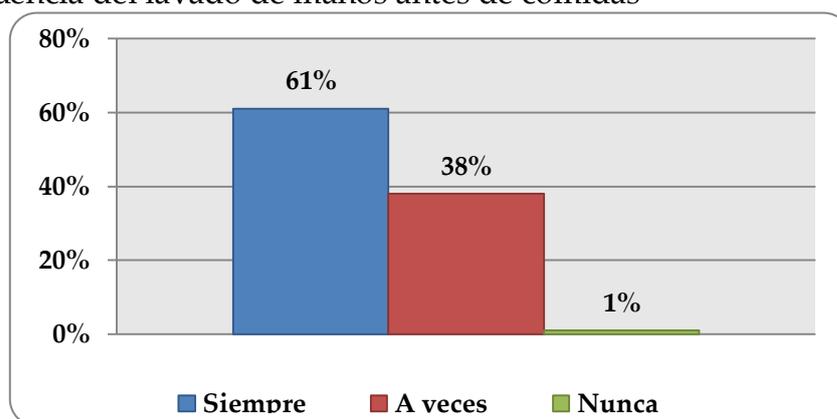


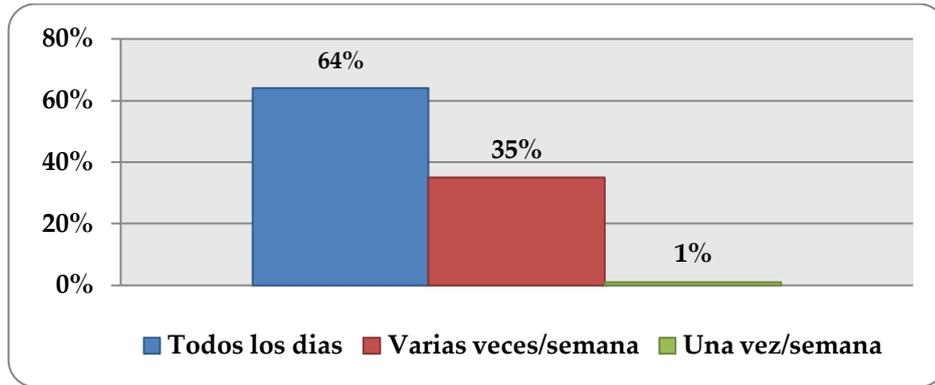
Tabla 12 : Frecuencia del lavado de manos según el sexo, el tipo de colegio y su localización geográfica.

Frecuencia del lavado de manos		Siempre	A veces	Nunca	Estadístico
Sexo	Niño	341 (64,5%)	179 (33,8%)	10 (1,7%)	Ji ² : 4,938; p= 0,026
	Niña	268 (56,7%)	201 (42,5%)	4 (0,8%)	
Colegio	Público	47 (63,9%)	259 (34,9%)	9 (1,2%)	Ji ² : 10,748; p=0,001
	Privado	137 (52,3%)	121 (46,2%)	4 (1,5%)	

2.2. Frecuencia del baño:

El 64% de los escolares se ducha a diario (Figura 2), sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre este hábito y el resto de variables independientes.

Figura 2: Frecuencia del baño.



2.3. Frecuencia del cepillado de los dientes:

El 78% de los niños se cepilla los dientes de una a tres veces al día (Figura 3). Hay una mayor frecuencia de cepillado de dientes entre las niñas de centros escolares concertados de Córdoba y en los adolescentes cuyos padres tienen una mayor clase social (Tabla 13).

Figura 3: Frecuencia de lavado de los dientes.

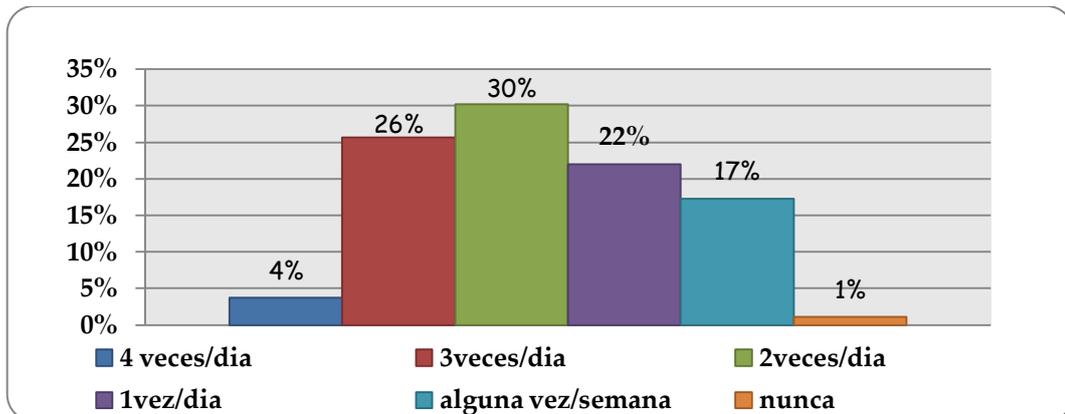


Tabla 13: Frecuencia del lavado de dientes según el sexo, el carácter del colegio, la localización del mismo y el nivel estudios de los progenitores.

Frecuencia del lavado de los dientes		Más de 3 veces/día	2 veces/día	1 vez/día	Rara vez/Nunca	Estadístico
Sexo	Niño	126 (23,8%)	162 (30,6%)	128 (24,2%)	113 (21,4%)	Ji ² : 18,290 p<0,001
	Niña	169 (35,7%)	141 (29,7%)	93 (19,6%)	71 (15,0%)	
Colegio	Público	204 (27,5%)	214 (28,9%)	170 (22,9%)	153 (20,6%)	Ji ² : 13,330 p<0,001
	Privado	91 (34,7%)	89 (34,0%)	51 (19,5%)	31 (11,8%)	
Localización	Córdoba	147 (36,2%)	137 (33,7%)	74 (18,2%)	48 (11,8%)	Ji ² =32,78 p<0,001
	Provincia	148 (24,8%)	166 (30,2%)	147 (24,6%)	136 (22,8%)	
Clase social del padre	I	24 (40,0%)	24 (40%)	10 (16,7%)	2 (3,3%)	Ji ² :32,26 p=0,006
	II	28 (33,3%)	32 (38,1%)	17 (20,2%)	7 (8,3%)	
	III	47 (32,9%)	49 (34,3%)	28 (19,6%)	19 (13,3%)	
	IV	143 (26,5%)	149 (27,6%)	128 (23,7%)	119 (22,1%)	
	V	31 (26,1%)	34 (28,6%)	28 (23,5%)	26 (21,8%)	
	VI	3 (33,3%)	3 (33,3%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	
Clase social de la madre	I	12 (50,0%)	8 (33,3%)	4 (16,7%)	0 (0,0%)	Ji ² :32,52 p= 0,005
	II	35 (34,7 %)	43 (42,6%)	17 (16,8%)	6 (5,9%)	
	III	39 (30,2%)	36 (27,9%)	25 (19,4%)	29 (22,5%)	
	IV	37 (30,1%)	31 (25,2%)	28 (22,8%)	27 (22,0%)	
	V	51 (28,7%)	48 (27,0%)	39 (21,9%)	40 (22,5%)	
	VI	108 (26,1%)	129 (31,2%)	100 (24,2%)	77 (18,6%)	

3. HÁBITOS DE SUEÑO:

3.1. Horario de despertarse:

La hora media de levantarse se sitúa en las: $7,59 \pm 0,21$ (Límites: 6-9 hora; IC 95%: 7,88-7,92).

Los más madrugadores son los alumnos de colegios privados y los de la capital. No hay diferencias por la edad ni por la clase social de los progenitores (Tabla 14).

Tabla 14: Hora de levantarse según el carácter y la localización del centro.

		Hora de levantarse	Estadístico
Colegio	Público	8:00	t: 3,234
	Privado	7:55	p<0,001
Localización	Córdoba	7:56	t:3,021
	Provincia	8:01	p=0,003

(Tiempo expresado en horas y minutos)

3.2. Horario de acostarse:

La hora de irse a la cama se realiza sobre las 22,36 horas ($\pm 0,42$; Límites: 20,30-02,00; IC95%: 22,47-22,56). Aquellos de más edad son los que más tarde se acuesta (Figura 4). No hemos encontrado diferencias por el resto de variables independientes.

Figura 4: Hora de acostarse según la edad.



(F: 3,210; p= 0,04)

3.3. Horas de sueño:

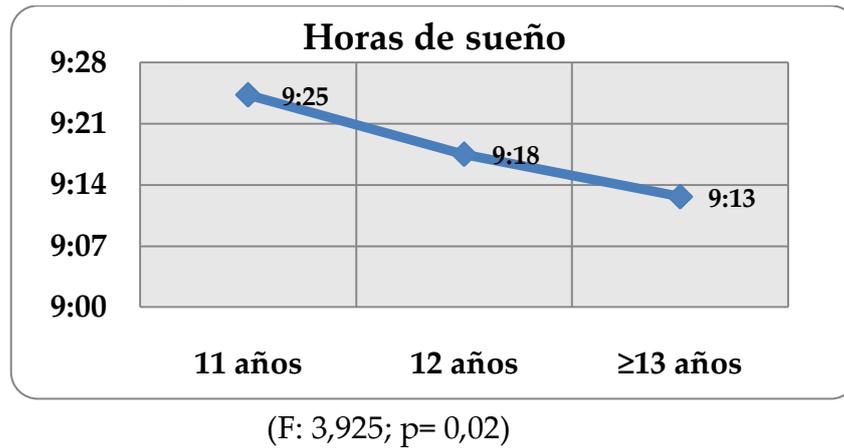
La media de horas de sueño se sitúa en $9,22 \pm 0,69$. (Límites: 6,00-11,40; IC 95%: 9,19-9,25). Aquellos niños de colegios públicos y los de menor edad son los que más

horas duermen (Tabla 15. Figura 5). No encontramos diferencias por el sexo, la localización de colegio ni la clase social de los padres.

Tabla 15: Horas de sueño según el carácter del centro escolar.

Colegio	Horas de sueño	Estadísticos
Público	9,24 h.	t: 2,587
Privado	9,16 h.	p=0,01

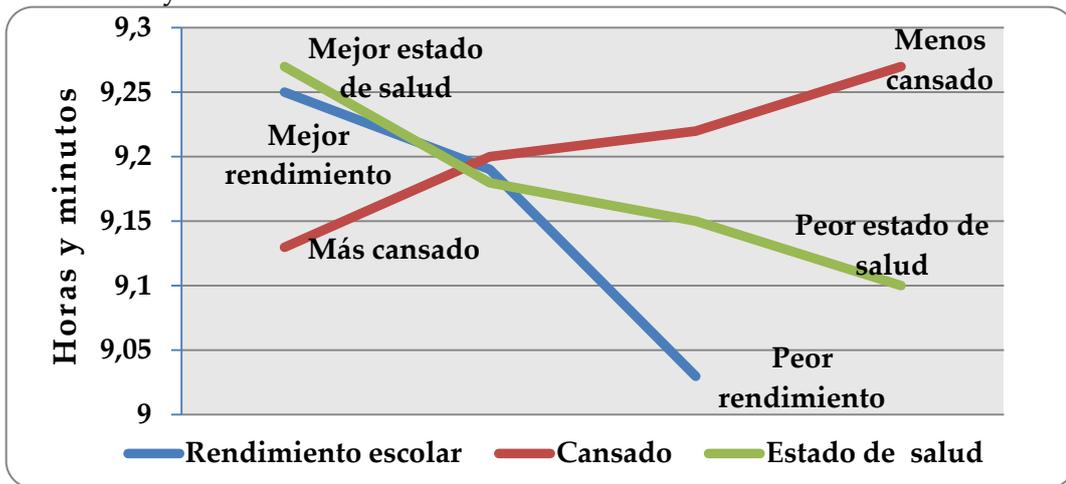
Figura 5: Horas de sueño según la edad.



❖ **Hemos estudiado la relación entre los hábitos de sueño y otras variables:**

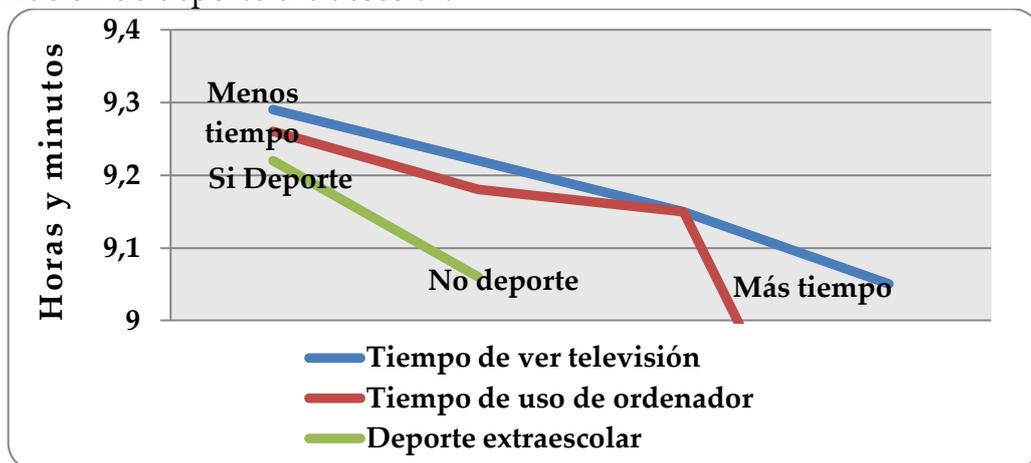
- ✓ Cansancio matutino: los que más tiempo duermen refieren menos cansancio matutino (F: 3,471; p=0,016) (Figura 6).
- ✓ Autopercepción del estado de salud: los que más tiempo duermen se sienten en mejor estado de salud (F: 7,062; p< 0,001) (Figura 6).
- ✓ Rendimiento escolar: a mayor horas de sueño refieren un mejor rendimiento escolar (F: 2,785; p=0,04) (Figura 6).

Figura 6: Relación entre las horas de sueño con el cansancio, la autopercepción del estado de salud y el rendimiento escolar



- ✓ Realización de deporte extraescolar: los que no realizan deporte extraescolar duermen menos horas ($t: 2,082; p=0,026$) (Figura 7).
- ✓ Visionado de televisión: los que refieren ver más horas la televisión son los que menos horas duermen ($F: 4,941; p<0,000$) (Figura 7).
- ✓ Uso de ordenador: los que menos horas duermen usan durante más tiempo el ordenador ($F: 3,598; p=0,003$) (Figura 7).

Figura 7: Horas de sueño en relación con tiempo de uso de televisión, de ordenador y la realización de deporte extraescolar.



4. EJERCICIO FÍSICO:

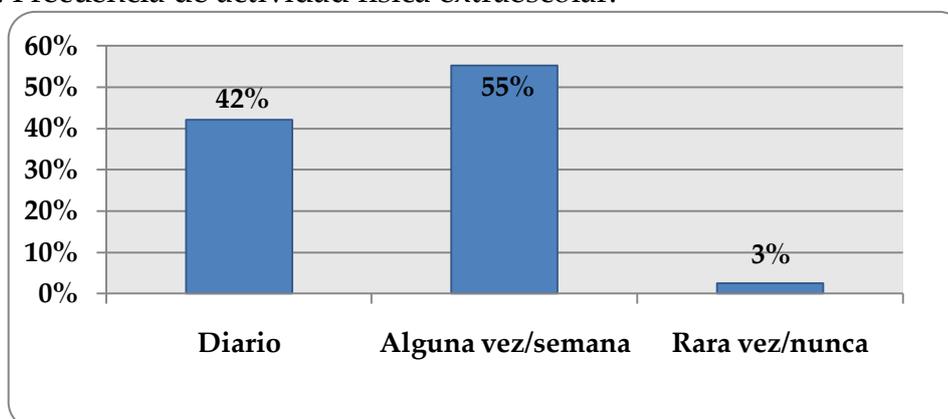
4.1. Deporte extraescolar:

El 97% de los niños encuestados afirman realizar algún tipo de deporte extraescolar algún día en semana. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con las variables independientes.

4.2. Ejercicio físico extraescolar:

La realización de ejercicio físico a diario afirma practicarlo el 42,1 % de los encuestados (Figura 8).

Figura 8: Frecuencia de actividad física extraescolar.



Los niños, aquellos de colegios públicos y los de la provincia son los que realizan esta práctica diaria en un porcentaje más alto (Tabla 16). No hay relación con la edad ni clase social de los padres.

Tabla 16: Frecuencia de actividad física extraescolar según el carácter del colegio y su localización.

Frecuencia de actividad física		Diario	Alguna vez/semana	Rara vez/Nunca	Estadístico
Sexo	Niño	291 (55,2%)	224 (42,5%)	12 (2,3%)	Ji ² :80,085 p<0,001
	Niña	127 (27,2%)	326 (69,8%)	14 (3,0%)	
Colegio	Público	330 (44,9%)	390 (53,1%)	15 (2,0%)	Ji ² :11,625 p=0,003
	Privado	88 (34,0%)	160 (61,8%)	11 (4,2%)	
Localización	Córdoba	144 (35,7%)	248 (61,5%)	11 (2,7%)	Ji ² :11,191 p=0,004
	Provincia	274 (46,4%)	302 (51,1%)	15 (2,5%)	

4.3. Ejercicio físico intenso:

El 34,8% afirma realizar ejercicio físico intenso de forma diaria (Figura 9). Los niños, los de los colegios públicos y los de la provincia son los que más frecuentemente realizan ejercicio con intensidad. No encontramos diferencias por edad ni por la clase social de los progenitores (Tabla 17).

Figura 9: Frecuencia de actividad física intensa.

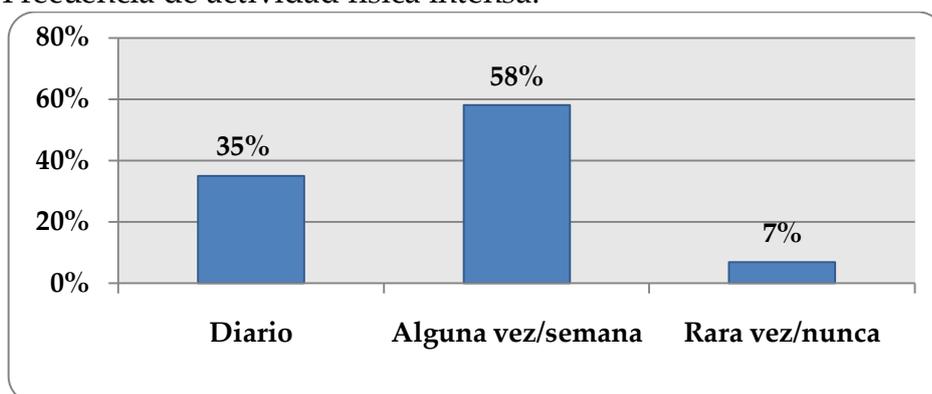


Tabla 17: Frecuencia de actividad física intensa.

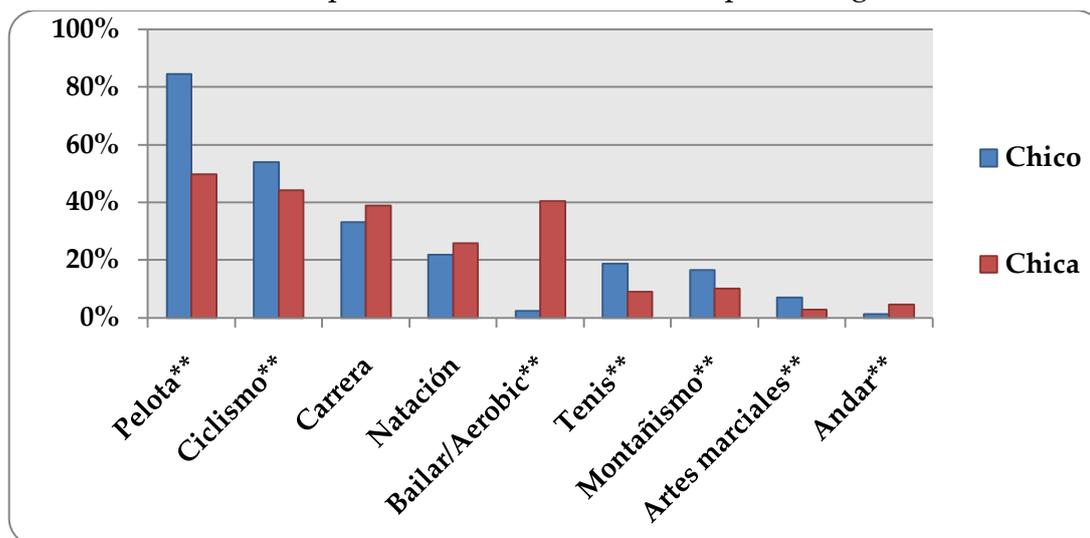
Frecuencia de actividad física intensa		Diario	Alguna vez/semana	Rara vez/nunca	Estadístico
Sexo	Niño	250 (47,3%)	252 (47,7%)	26 (4,9%)	Ji ² : 78,924 p<0,001
	Niña	97 (20,7%)	325 (69,4%)	46 (9,8%)	
Colegio	Público	282 (38,3%)	400 (54,3%)	54 (7,3%)	Ji ² : 16,074 p<0,001
	Privado	65 (25,0%)	177 (68,1%)	18 (6,9%)	
Localización	Córdoba	115 (28,5%)	259 (64,1%)	30 (7,4%)	Ji ² :12,440 p=0,002
	Provincia	232 (39,2%)	318 (53,7%)	42 (7,1%)	

4.4. Tipos de deporte:

Los deportes con más aficionados son los de pelota (futbol, baloncesto, balonmano y voleibol) con un 68% de practicantes, le sigue el ciclismo (49,2%) la carrera (35,9%), y la natación (23,7%).

Al diferenciarlo por el sexo, el deporte preferido en las niñas es el aerobico (40,5%) y caminar (4,5%), mientras que en los niños son los deportes de pelota (84%), el ciclismo (53,9%), el tenis/pádel (18,8%) y las artes marciales (7%) (Figura 10).

Figura 10 Frecuencia de la práctica de los diferentes deportes según el sexo.



(**Estadísticamente significativo)

(Ji^2 Pelota: 135,611; $p < 0,001$. Ji^2 Ciclismo: 9,639; $p = 0,002$. Ji^2 Bailar: 223,790; $p < 0,001$. Ji^2 Tenis: 19,849; $p < 0,001$. Ji^2 Montañismo: 9,046; $p = 0,003$. Ji^2 Artes Marciales: 9,442; $p = 0,002$. Ji^2 Andar: 8,973; $p = 0,003$)

A continuación mostramos los diferentes deportes relacionados con las variables edad, sexo, carácter y localización del centro, y clase social de los padres. Sólo quedan reflejadas las estadísticamente significativas.

- **Deportes de pelota:** son más frecuentes en niños, la provincia y con madres pertenecientes a la clase V (Tabla 18).

Tabla 18: Variables relacionadas con la práctica de deportes de pelota.

		n(%)	Estadístico
Sexo	Niño	444 (84,3)	Ji^2 : 135,611 $p < 0,001$
	Niña	234 (49,8)	
Localización	Córdoba	267 (65,9)	Ji^2 : 7,585 $p < 0,006$
	Provincia	411 (69,4)	
Clase social de la madre	I	12 (50,0)	Ji^2 : 11,898 $p = 0,036$
	II	68 (67,3)	
	III	77 (60,2)	
	IV	89 (72,4)	
	V	132 (74,6)	
	VI	276 (67,2)	

- **Atletismo:** Es más frecuente en alumnos de la provincia (Tabla 19).

Tabla 19: Variables relacionadas con la práctica de atletismo.

		n (%)	Estadístico
Localización	Córdoba	127 (31,4)	Ji ² : 6,135 p=0,013
	Provincia	231 (39,0)	

- **Ciclismo:** Más frecuente en niños, colegios públicos y la provincia (Tabla 20).

Tabla 20: Variables relacionadas con la práctica de ciclismo.

		n (%)	Estadístico
Sexo	Niño	284 (53,4)	Ji ² : 9,639 p=0,002
	Niña	207 (44,0)	
Colegio	Público	377 (51,2)	Ji ² :4,106 p=0,04
	Privado	114 (43,8)	
Localización	Córdoba	152 (37,5)	Ji ² : 37,464 p<0,001
	Provincia	339 (57,3)	

- **Natación:** Es más frecuente en escolares de menor edad, de la capital y de madres pertenecientes a la clase I (Tabla 21).

Tabla 21: Variables relacionadas con la práctica de natación.

		n (%)	Estadístico
Edad (años)	11	156 (26,4)	t: 3,184 p= 0,002
	12	76 (21,1)	
	≥13	4 (9,1)	
Localización	Córdoba	377 (51,2)	Ji ² :11,006 p=0,001
	Provincia	114 (43,8)	
Clase social de la madre	I	9 (37,5)	Ji ² : 10,876 p=0,05
	II	31 (30,7)	
	III	37 (28,9)	
	IV	32 (26,0)	
	V	33 (18,6)	
	VI	89 (21,7)	

- **Artes marciales:** Es más frecuente en niños de menor edad, colegios privados y en la capital (Tabla 22).

Tabla 22: Variables relacionadas con la práctica de artes marciales.

		n (%)	Estadístico
Edad (años)	11	37 (6,3)	t: 2,506 p= 0,015
	12	12 (3,3)	
	≥13	1 (2,3)	
Sexo	Niño	37 (7,0)	Ji ² : 9,442 p=0,002
	Niña	13 (2,8)	
Colegio	Público	31 (4,2)	Ji ² :3,881 p=0,049
	Privado	19 (7,3)	
Localización	Córdoba	29 (7,2)	Ji ² : 6,591 p=0,01
	Provincia	21 (3,5)	

- **Tenis:** Es más practicado por niños con padres de la clase social I (Tabla 23).

Tabla 23: Variables relacionadas con la práctica de tenis.

		n (%)	Estadístico
Sexo	Niño	99 (18,8)	Ji ² : 19,849 p<0,001
	Niña	42 (8,9)	
Clase social del padre	I	12 (20,0)	Ji ² : 12,943 p<0,001
	II	21 (25,0)	
	III	24 (16,8)	
	IV	61 (11,4)	
	V	12 (10,0)	
	VI	4 (44,4)	
Clase social de la madre	I	8 (33,3)	Ji ² : 23,144 p<0,001
	II	22 (21,8)	
	III	24 (18,8)	
	IV	20 (16,3)	
	V	14 (7,9)	
	VI	47 (11,4)	

- **Aerobic/bailar:** Es más frecuente en niñas (Tabla 24).

Tabla 24: Variables relacionadas con la práctica de aerobico.

		n (%)	Estadístico
Sexo	Niño	2,3(2,3)	Ji ² : 223,79 p<0,001
	Niña	190(40,4)	

- **Montañismo:** Es más frecuente en niños y en la provincia (Tabla 25).

Tabla 25: Variables relacionadas con la práctica de senderismo.

		n (%)	Estadístico
Sexo	Niño	87(16,5)	Ji ² : 9,046 p=0,003
	Niña	47(10,0)	
Localización	Córdoba	38(9,4)	Ji ² : 9,653 p=0,002
	Provincia	96(16,2)	

- **Caminar:** Es más frecuente en niñas (Tabla 26).

Tabla 26: Variables relacionadas con la práctica de caminar.

		n (%)	Estadístico
Sexo	Niño	7(1,3)	Ji ² : 8,973 p=0,003
	Niña	21(4,5)	

4.5. Intención de hacer deporte a los 20 años:

El 47% afirma que seguirán realizando deporte cuando llegue a esa edad (Figura 11).

A mayor edad de los encuestados hay menor intención sobre la realización de deporte en el futuro (Figura 12).

Figura 11: Intención de hacer deporte a los 20 años.

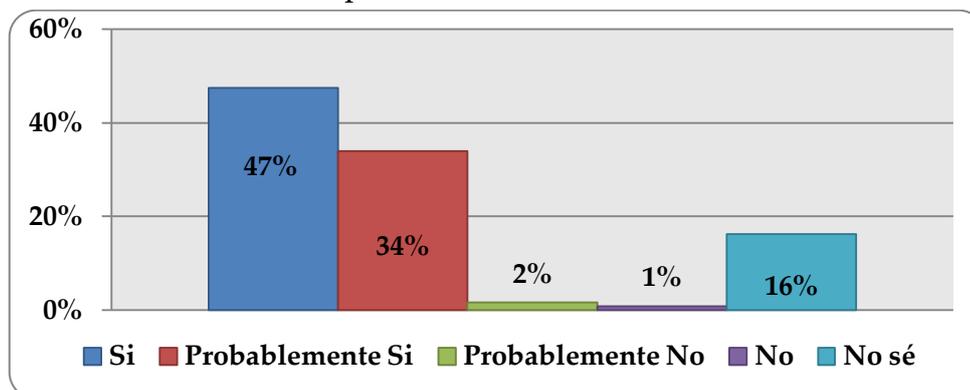
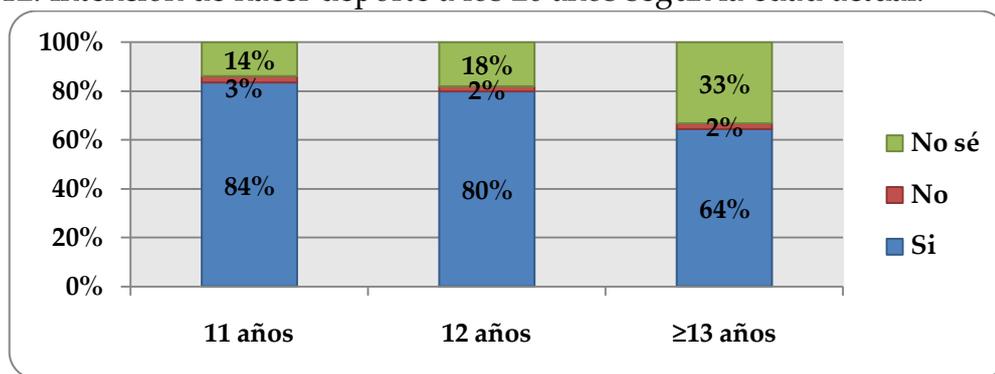


Figura 12: Intención de hacer deporte a los 20 años según la edad actual.



($Ji^2: 15,499; p=0,05$)

La intención de hacer deporte a los 20 años es mayor en los niños (58,1%) que en las niñas (35,5%). En aquellos de colegios privados y en los de la capital (Tabla 27).

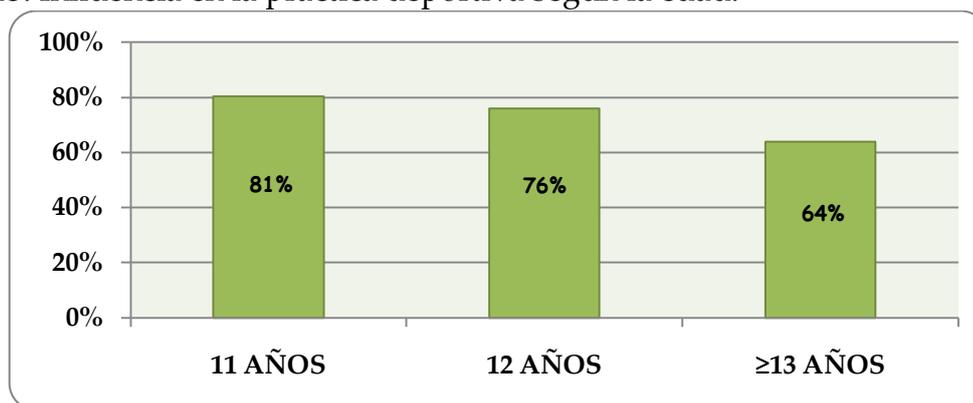
Tabla 27: Intención de hacer ejercicio físico según el sexo, el carácter del colegio y la localización del mismo.

Intención de hacer deporte a los 20 años		Seguro que sí	Probablemente sí	Probablemente no	Seguro que no	No sé	Estadístico
Sexo	Niño	308 (58,1%)	153 (28,9%)	9 (1,7%)	6 (1,1%)	54 (10,2%)	$Ji^2:62,64$ $p<0,001$
	Niña	168 (35,4%)	188 (39,7%)	7 (1,5%)	2 (0,4%)	109 (23,0%)	
Colegio	Público	351 (47,3%)	246 (33,2%)	7 (0,9%)	6 (0,8%)	13 (17,8%)	$Ji^2:12,33$ $p=0,015$
	Privado	125 (47,7%)	95 (36,3%)	9 (3,4%)	2 (0,8%)	3 (11,8%)	
Localización	Córdoba	207 (51,1%)	140 (34,6%)	6 (1,5%)	4 (1,0%)	48 (11,9%)	$Ji^2:10,43$ $p=0,034$
	Provincia	269 (44,9%)	201 (33,6%)	10 (1,7%)	4 (0,7%)	115 (19,2%)	

4.6. Deporte en las personas del entorno:

El 78% de los niños encuestados afirman tener una referencia para la realización de deporte en personas de su entorno cercano. A menor edad se refiere una mayor influencia por parte del entorno familiar para la realización de deporte en el futuro (Figura 13).

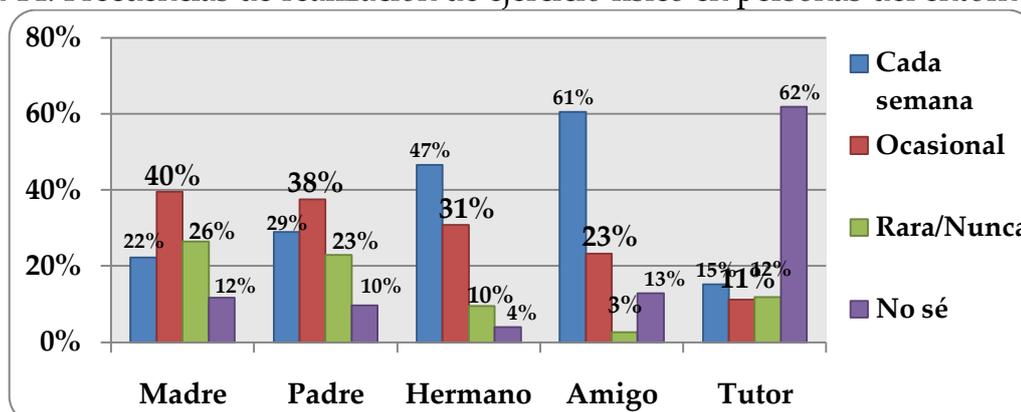
Figura 13: Influencia en la práctica deportiva según la edad.



(Ji^2 : 8,565; $p=0,01$)

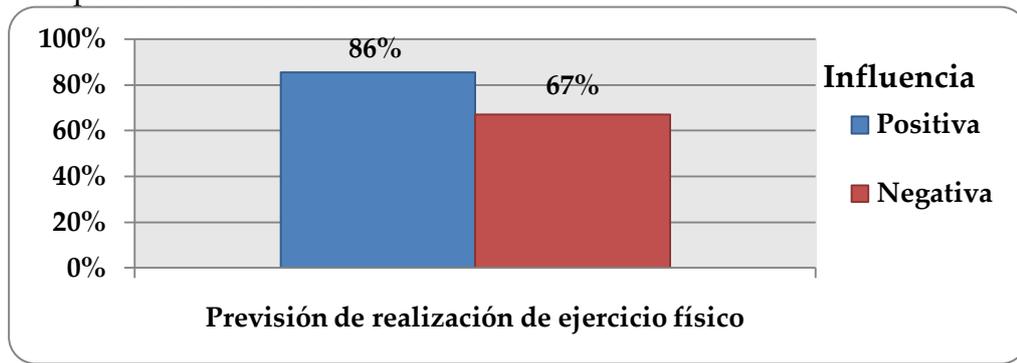
El 46,6% de los hermanos y el 60,5% de los amigos practican deporte de forma semanal, frente al 22,2% de las madres y el 29% de los padres. El 61,8% de los alumnos desconoce la práctica deportiva por parte del tutor (Figura 14).

Figura 14: Frecuencias de realización de ejercicio físico en personas del entorno.



De los que tienen familiares o amigos que realizan deporte, el 86% afirman que realizaran deporte a los 20 años, sin embargo sólo el 67% de los que no tienen influencias familiares tienen intención de realizar ejercicio a esa edad (Figura 15).

Figura 15: Porcentaje de alumnos que refieren que realizaran ejercicio físico según la influencia de personas del entorno.



(Ji^2 : 47,010; $p < 0,001$)

4.7. Autopercepción de la forma física:

Un 75% consideran estar en una buena forma física (Figura 16). El porcentaje de niños (79%) que afirmaron estar en forma es superior que el de las niñas (72%) (Figura 17). No hay diferencias estadísticamente significativas por el resto de variables independientes.

Figura 16: Autopercepción de la forma física.

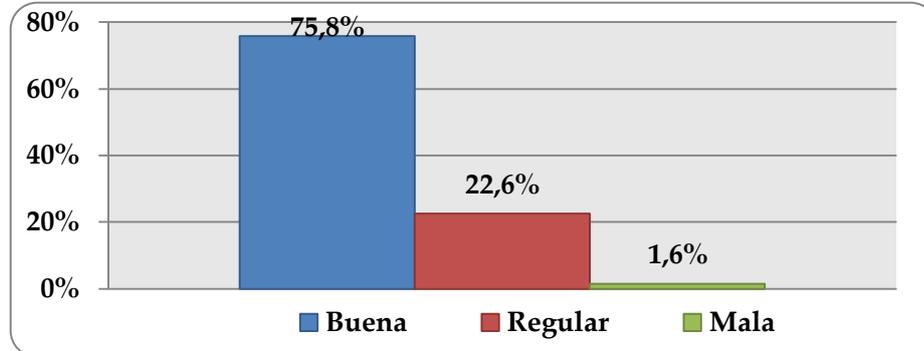
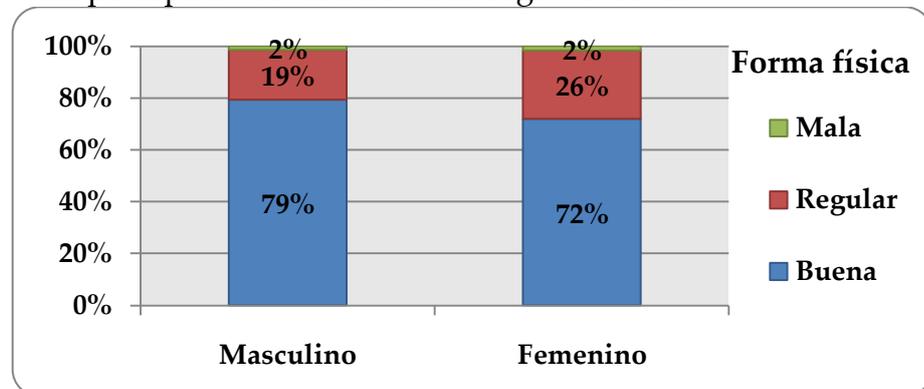


Figura 17: Autopercepción del estado físico según el sexo.

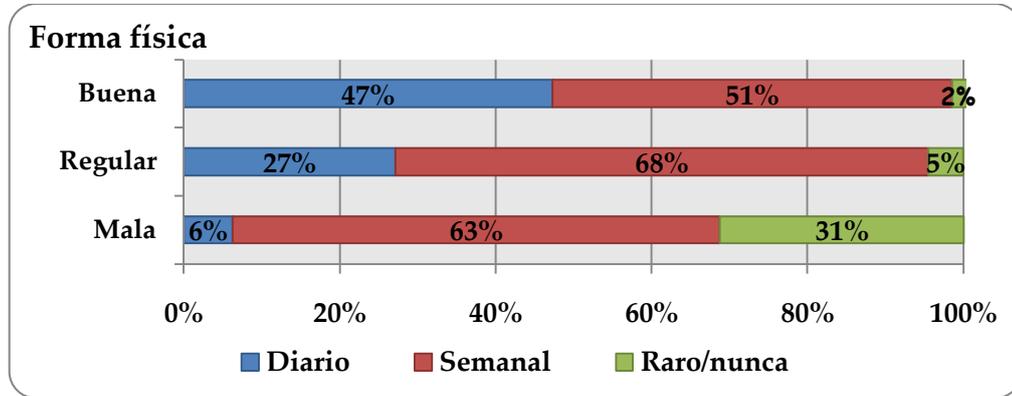


(Ji^2 : 6,959; $p = 0,031$)

❖ **Relación entre la práctica deportiva y otras variables:**

- ✓ En relación con la frecuencia de práctica deportiva, los que más deporte realizan son los que se encuentran en mejor forma física (Figura 18).

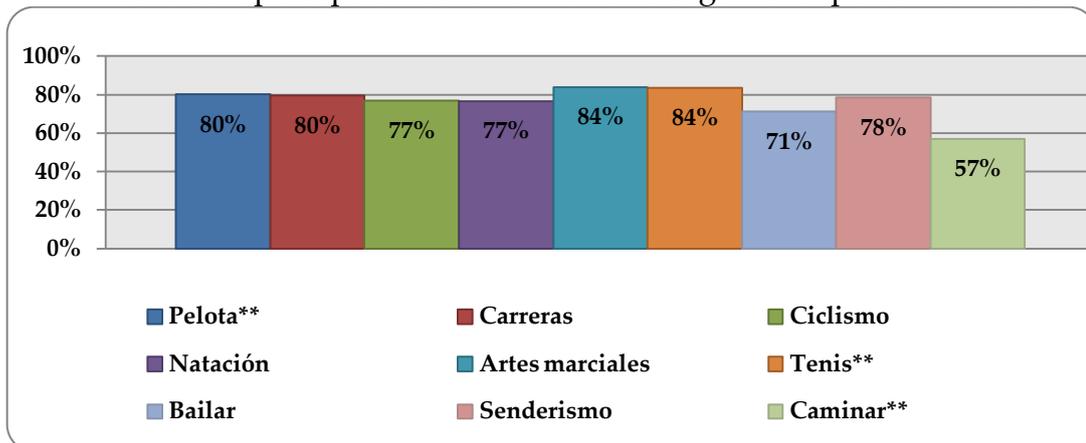
Figura 18: Relación de la frecuencia de práctica deportiva con la autopercepción de forma física



(Ji^2 : 87,528; $p < 0,001$)

- ✓ Dependiendo del tipo de deporte que realizan la autopercepción de forma física difiere. Así, los que practican de forma habitual deportes de pelota y tenis/pádel son los que refieren encontrarse en buena forma física. Mientras que aquellos que caminan de forma habitual como actividad deportiva sólo el 57,1% se autodefinen con en buena forma física (Figura 19).

Figura 19: Buena autopercepción de la forma física según el deporte realizado.



** Estadísticamente significativo

(Ji^2 Pelota: 23,572; $p < 0,001$. Ji^2 Tenis: 5,720; $p = 0,05$. Ji^2 Andar: 7,020; $p = 0,03$)

✓ El 97,7% de los que se perciben en buena forma física se encuentran felices, mientras tienen ese sentimiento el 68,8% de los que se encuentran en mala forma física (Tabla 28).

Tabla 28: Relación de la percepción de forma física con el sentimiento de felicidad.

Estado de forma física	Sentimiento de felicidad	
	Feliz	Poco o nada feliz
Buena	733 (97,7%)	17 (2,3%)
Regular	214 (95,5%)	10 (4,5%)
Mala	11 (68,8%)	5 (31,3%)

(Ji^2 : 43,478; $p < 0,001$)

✓ El 71,5% de los que se autoperciben en buena forma física tienen un buen rendimiento escolar frente 28,6% de los que piensan que están en mala forma física (Tabla 29).

Tabla 29: Relación de la percepción de forma física con el rendimiento escolar.

Estado de forma física	Rendimiento escolar		
	Bueno	Regular	Malo
Buena	463 (71,5%)	164 (25,3%)	21 (3,2%)
Regular	95 (52,5%)	80 (44,2%)	6 (33,3%)
Mala	4 (28,6%)	9 (64,3%)	1 (7,1%)

(Ji^2 : 33,754; $p < 0,001$)

✓ De los que están en buena forma física, el 89,1% encuentran fácil hacer amigos, por el contrario, el 43,8% de los que se autodefinen como en mala forma física tienen esa facilidad (Tabla 30).

Tabla 30: Relación de la percepción de forma física con la facilidad para hacer nuevos amigos.

Estado de forma física	Facilidad hacer nuevos amigos	
	Fácil	Difícil
Buena	671 (89,5%)	79 (10,5%)
Regular	175 (78,1%)	49 (21,9%)
Mala	7 (43,8%)	9 (56,3%)

(Ji^2 : 43,142; $p < 0,001$)

✓ El 37,6% de los que se autoperciben como en mala forma física se sienten solos siempre o en bastantes ocasiones frente al 6% de los que se encuentran en buena forma física (Tabla 31).

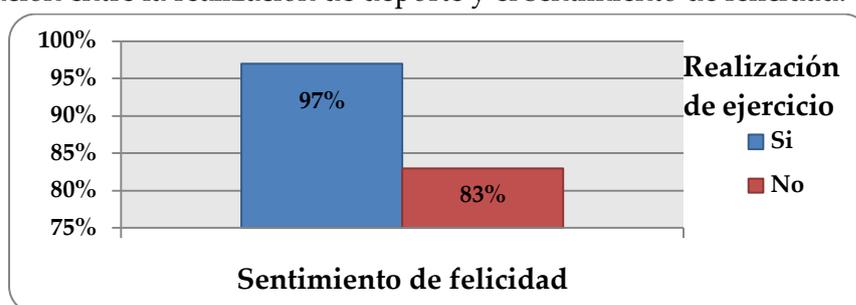
Tabla 31: Relación de la percepción de forma física con el sentimiento de soledad.

Estado de forma física	Sentimiento de Soledad		
	Siempre/bastantes veces	Alguna vez	Rara vez/nunca
Buena	45 (6,0%)	151 (20,0%)	559 (74,0%)
Regular	20 (8,9%)	55 (24,6%)	149 (66,5%)
Mala	6 (37,6%)	5 (31,3%)	5 (31,3%)

($Ji^2: 33,397; p < 0,001$)

✓ De los que realizan deporte extraescolar el 97,4% se sienten felices frente al 83,3% de aquellos que no lo realizan (Figura 20)

Figura 20: Relación entre la realización de deporte y el sentimiento de felicidad.



($Ji^2: 9,485; p = 0,002$)

✓ La realización de ejercicio físico intenso se relaciona con una mejor autopercepción de salud (Tabla 32).

Tabla 32: Relación entre el ejercicio físico intenso y la percepción de salud.

Ejercicio físico intenso	Percepción de salud		
	Sano	Regular	Poco sano
Diario	319 (93,0%)	20 (5,8%)	4 (1,2%)
Semanal	527 (91,7%)	45 (7,8%)	3 (0,5%)
Rara/Nunca	47 (67,1%)	23 (32,9%)	0 (0,0%)

($Ji^2: 78,310; p < 0,001$)

✓ La realización de ejercicio físico intenso se relaciona con una menor frecuencia de sentimiento de cansancio matutino (Tabla 33).

Tabla 33: Relación del ejercicio físico intenso y el sentimiento de cansancio matutino.

Ejercicio físico intenso	Sentimiento de cansancio matutino			
	Cansancio siempre	Varias veces/semana	Alguna vez/semana	Rara vez/nunca
Diario	52 (15,0%)	62 (17,9%)	98 (28,3%)	134 (38,7%)
Semanal	63 (10,9%)	123 (21,4%)	232 (40,3%)	158 (27,4%)
Rara/Nunca	15 (20,8%)	14 (19,4%)	24 (33,3%)	19 (26,4%)

(Ji^2 : 25,823; $p < 0,001$)

✓ La realización de ejercicio físico intenso se relaciona con una mayor facilidad para hacer nuevos amigos (Tabla 34).

Tabla 34: Relación del ejercicio físico intenso y la facilidad para hacer nuevos amigos.

Ejercicio físico intenso	Facilidad para hacer amigos	
	Fácil	Difícil
Diario	318 (92,7%)	25 (7,3%)
Semanal	481(83,8%)	93 (16,2%)
Rara/Nunca	53 (73,6%)	19 (26,4%)

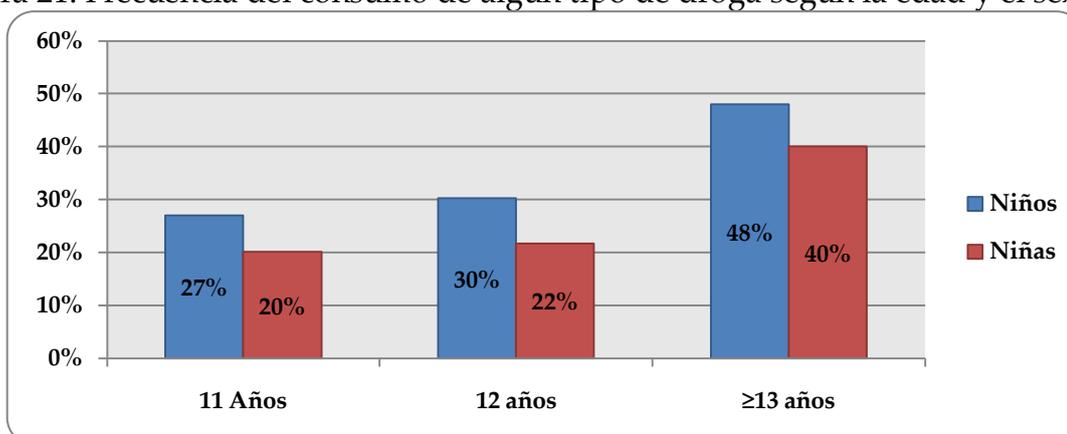
(Ji^2 : 24,521; $p < 0,001$)

5. ABUSO DE SUSTANCIAS:

5.1. Consumo de drogas:

El 25,5% de los niños encuestados han probado algún tipo de droga. La experimentación con algún tipo de sustancia aumenta en niños y a mayor edad (Figura 21). No hay diferencias del consumo por el tipo de colegio, la localización, ni la clase social paterna o materna.

Figura 21: Frecuencia del consumo de algún tipo de droga según la edad y el sexo.



(Ji^2 Edad: 9,624; $p=0,008$. Ji^2 Sexo: 7,779; $p=0,005$)

✓ Las drogas más consumidas son el tabaco y el alcohol. Estas son consumidas más frecuentemente en niños y conforme aumenta la edad. En el consumo de alcohol no hay diferencias por localización ni carácter del centro escolar; sin embargo, el consumo de tabaco es mayor en los colegios públicos (Tabla 35). No hemos encontrado relación con la clase social de los progenitores.

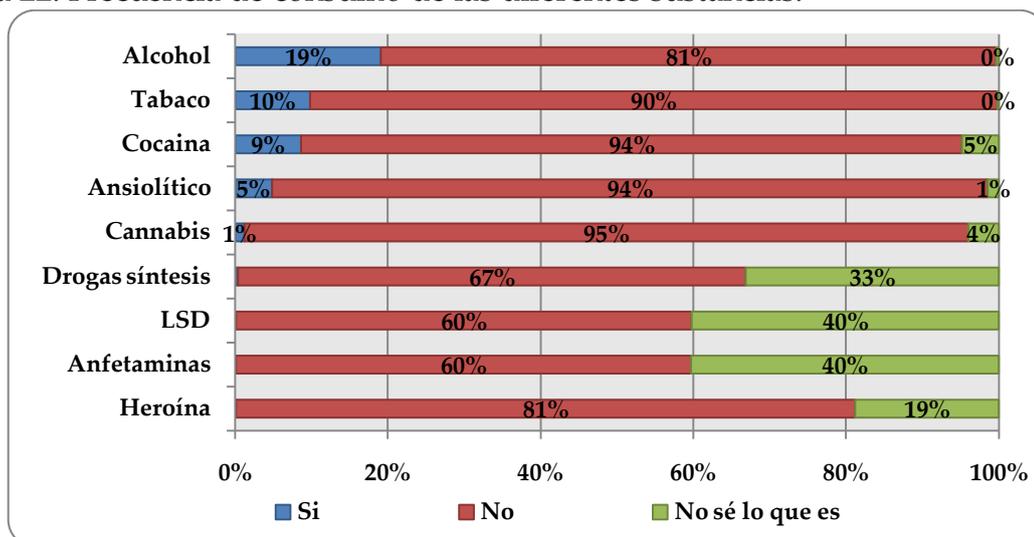
Tabla 35: Frecuencia de consumo de tabaco y alcohol según el sexo y la edad.

		Tabaco	Estadístico	Alcohol	Estadístico
Sexo	Niño	65 (12,4%)	$Ji^2: 8,212$ $p=0,016$	120 (22,8%)	$Ji^2:9,905$ $p=0,007$
	Niña	33 (7,0%)		71 (15,0%)	
Edad (años)	11	50 (8,4%)	$t: 2,605$ $p=0,009$	101 (17,0%)	$t: 2,580$ $p=0,01$
	12	38 (10,5%)		76 (21,1%)	
	≥13	10 (22,7%)		14 (31,8%)	

✓ El 58,2 % de los que beben también fuman ($Ji^2:147,469$; $p<0,001$).

- ✓ De los que han probado el tabaco, el 62,2% también ha probado el alcohol ($Ji^2: 629,682; p < 0,001$).
- ✓ A estas les sigue en frecuencia de consumo los ansiolíticos y el cannabis. En cuanto a las drogas de síntesis, LSD y anfetaminas, hay un alto grado de desconocimiento (Figura 22).

Figura 22: Frecuencia de consumo de las diferentes sustancias.



5.2. Consideración de las diferentes sustancias como drogas:

El 25% de los niños no considera que el tabaco sea una droga mientras que el 61% pensó lo mismo del alcohol (Figura 23). Entre los fumadores, hay una mayor creencia de que el tabaco no es una droga frente a los no fumadores. Por el contrario esta diferencia no ha sido encontrada entre aquellos que beben alcohol y los que no (Tabla 36). Hay un alto desconocimiento sobre el LSD, anfetaminas y drogas de síntesis.

Figura 23: Consideración de las diferentes sustancias como drogas.

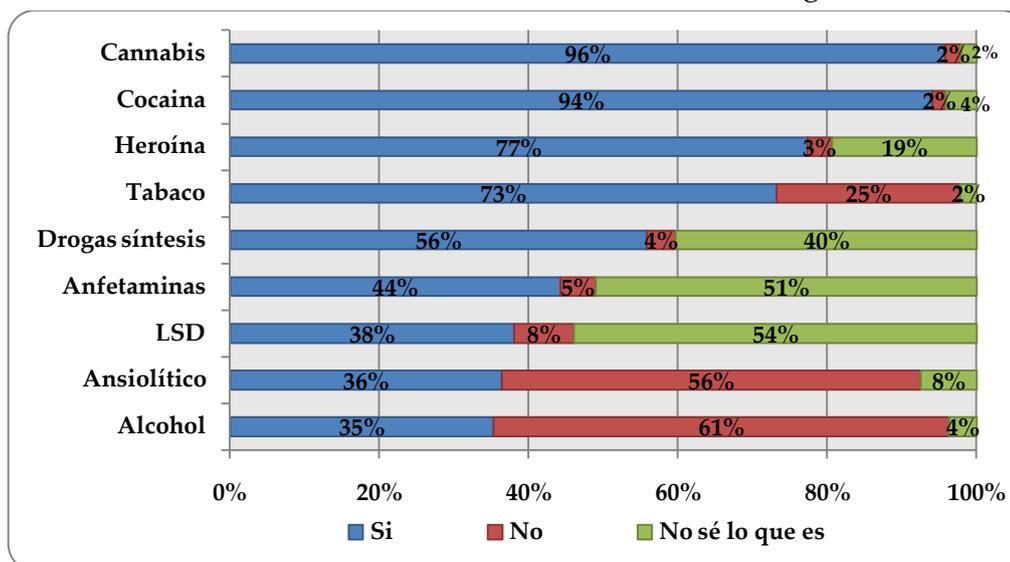


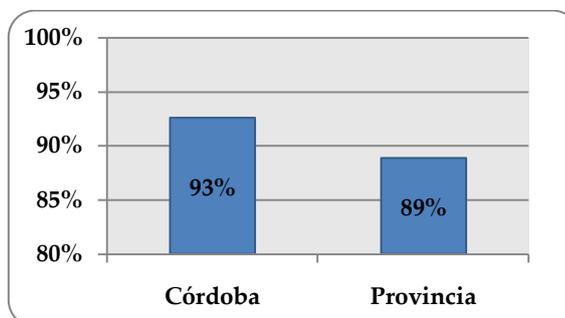
Tabla 36: Relación entre el consumo de tabaco y la consideración de éste como droga.

Consumo de tabaco	Consideración del tabaco como droga		Estadístico
	Si	No	
Si	63 (66,3%)	32 (33,7%)	Ji ² : 4,016 p=0,045
No	661 (75,7%)	212 (24,3%)	

5.3. Recepción de información sobre drogas:

El 90,4% afirma haber recibido información sobre las drogas. En los colegios de la provincia refieren haber recibido menos información (Figura 24). No hay diferencias por la edad, el sexo, carácter del centro escolar ni la clase social de los progenitores.

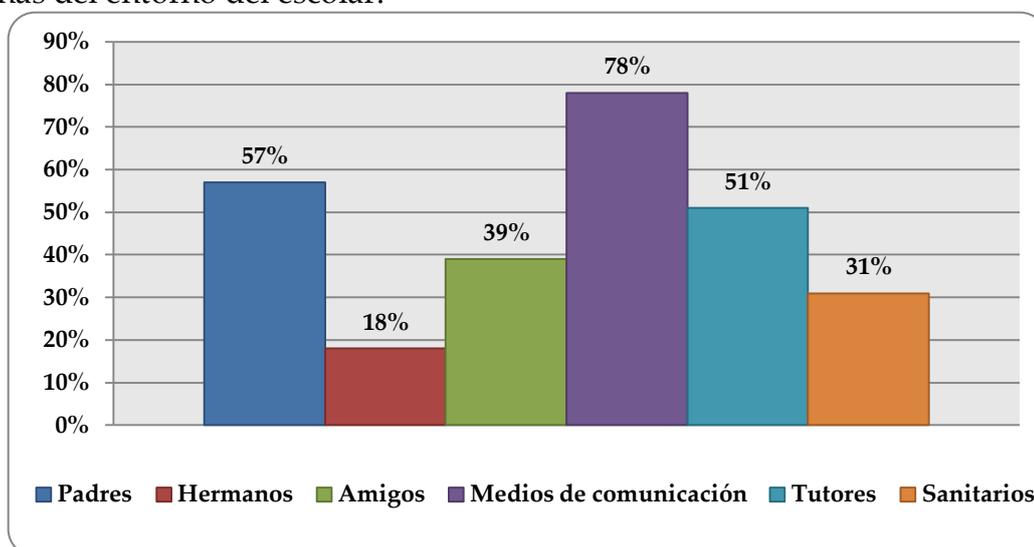
Figura 24: Obtención de información sobre drogas según la localización del centro escolar.



(Ji²: 3,835; p=0,05).

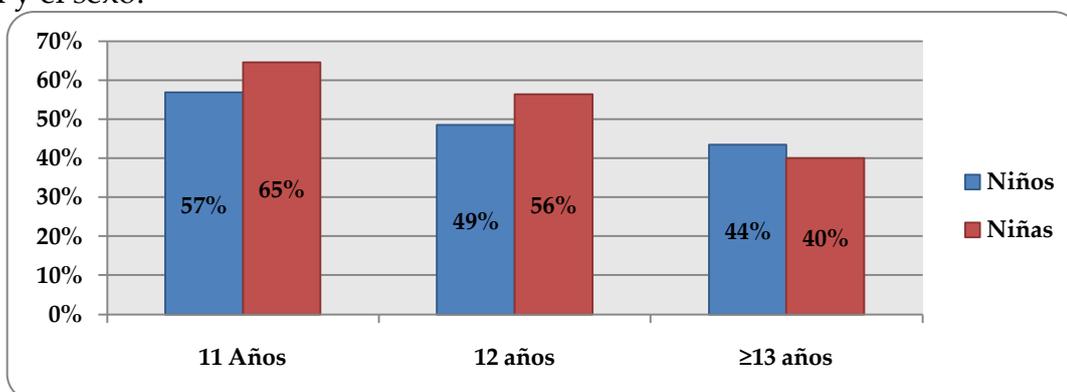
Los alumnos refieren recibir la mayor parte de la información sobre drogas por parte de los medios de comunicación (78%). La cantidad de información que ofrecen los tutores y padres es similar (Figura 25).

Figura 25: Origen de la información sobre drogas por los diferentes agentes y personas del entorno del escolar.



- **De los padres:** A mayor edad menor obtención de información por parte de los padres. Los niños son los que refieren haber recibido menos información por parte de sus padres (Figura 26). Similar observación se hace en los colegios de la provincia (Tabla 37). Los hijos de los padres y madres pertenecientes a las clases sociales I y II son los que más información han recibido de sus progenitores (Figura 27).

Figura 26: Recepción de información sobre drogas por parte de los padres según la edad y el sexo.

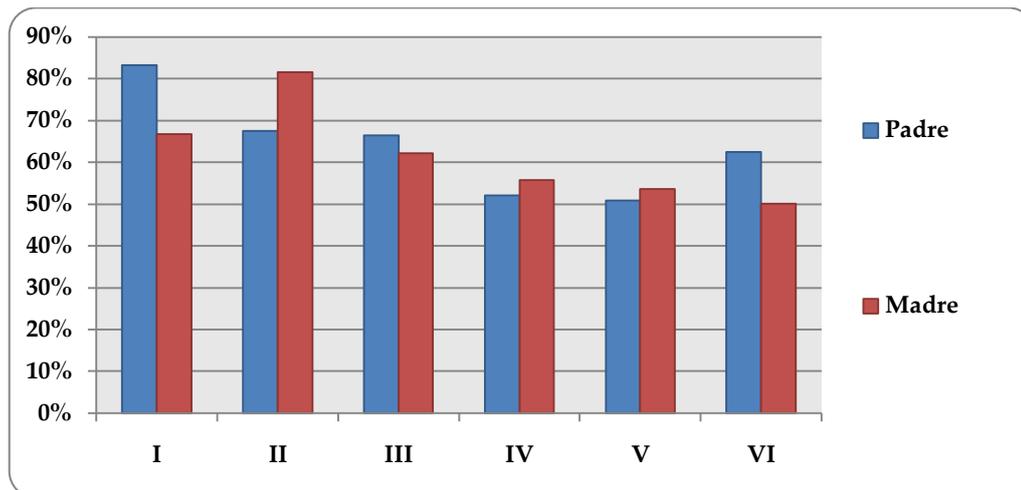


(J_i^2 Edad: 10,581; $p=0,005$. J_i^2 Sexo: 5,646; $p=0,017$)

Tabla 37: Recepción de información por parte de los padres según la localización del centro escolar.

Localización	Recepción de información por los padres		Estadístico
	Sí	No	
Córdoba	254 (63,2%)	148 (36,8%)	Ji ² :11,578 p<0,001
Provincia	309 (52,3%)	282 (47,7%)	

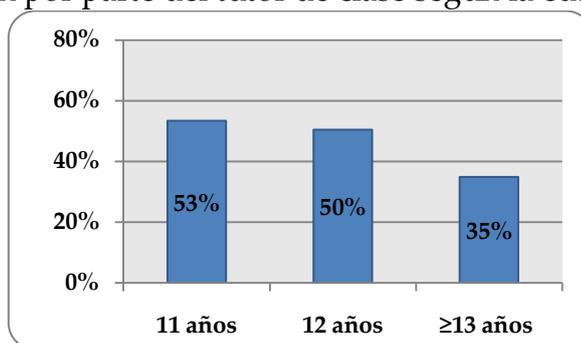
Figura 27: Recepción de información sobre drogas según la clase social paterna y materna.



(Ji² Padres: 33,090; p<0,0001. Ji² Madres: 35,342; p<0,0001)

- **De los hermanos:** No encontramos diferencias significativas según las variables independientes.
- **De los amigos:** No encontramos diferencias significativas según las variables independientes.
- **De los tutores de clase:** Los más pequeños son los que refieren haber recibido más información sobre drogas por parte de los tutores (Figura 28). Así como aquellos de colegios localizados en la capital (Tabla 38). Los hijos de padres de las clases sociales I y VI y de las madres de los grupos I y II son los que recibieron un mayor porcentaje de información por parte de los tutores del colegio (Figura 29).

Figura 28: Información por parte del tutor de clase según la edad.

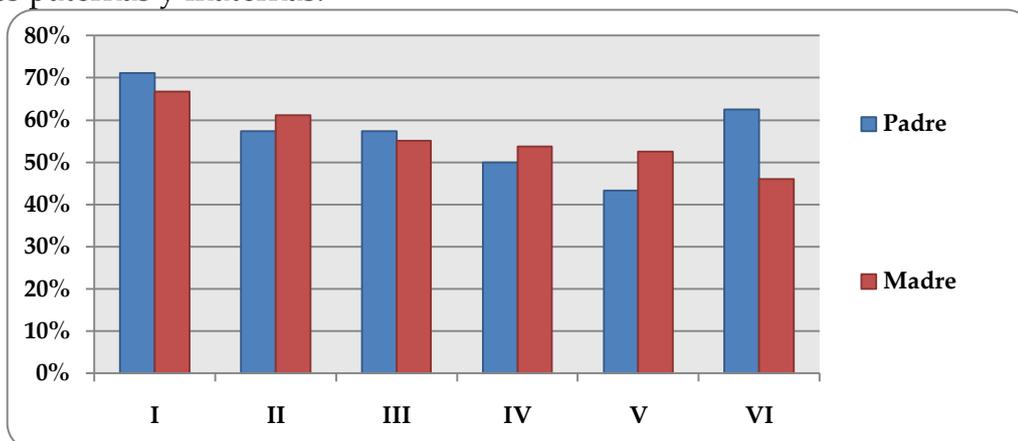


($Ji^2:5,765$; $p=0,050$)

Tabla 38: Recepción de información por parte del tutor de la clase según la localización del centro escolar.

Localización	Recepción de información por los tutores		Estadístico
	Sí	No	
Córdoba	246 (61,2%)	156 (38,8%)	$Ji^2:23,367$
Provincia	265 (44,9%)	325 (55,1%)	$p<0,001$

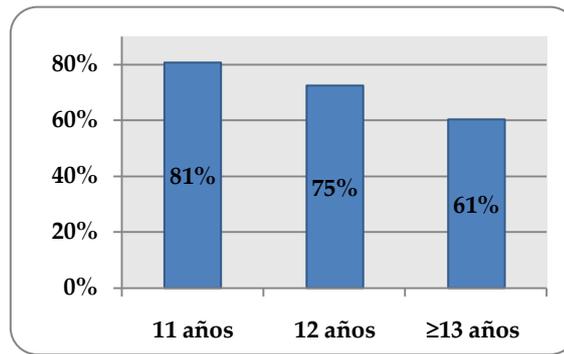
Figura 29: Recepción de información sobre drogas por parte del tutor según las clases sociales paternas y maternas.



(Ji^2 Padres: 16,775; $p=0,050$. Ji^2 Madres: 11,893; $p=0,036$)

- **De los medios de comunicación:** Los más pequeños son los que más información obtienen por parte de los medios de comunicación (Figura 30). Así como aquellos de los colegios concertados (Tabla 39) y aquellos hijos de padres y madres de las clases sociales I y II (Figura 31).

Figura 30: Recepción de información por parte de los medios de comunicación según la edad.

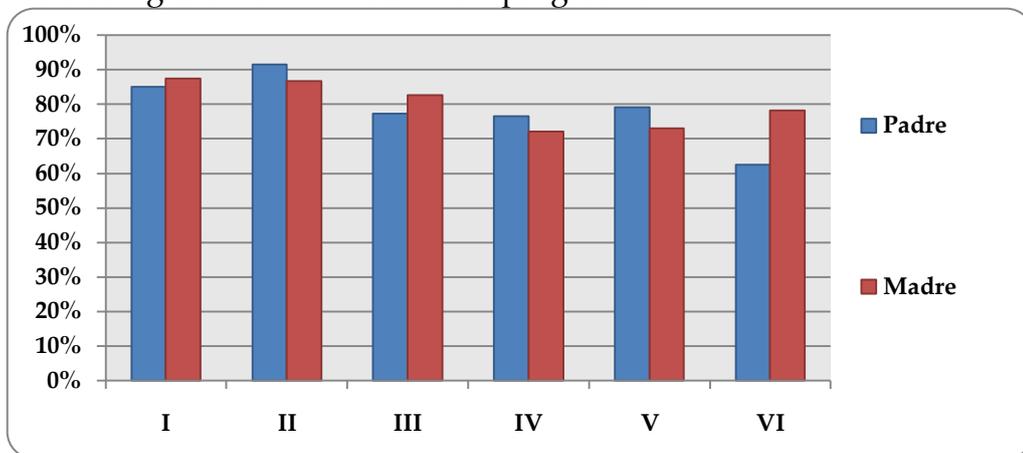


($Ji^2:12,247$; $p=0,002$)

Tabla 39: Recepción de información por parte de los medios de comunicación según el carácter del centro escolar.

Carácter del colegio	Recepción de información por los medios de comunicación		Estadístico
	Sí	No	
Público	556 (76,0%)	176 (24,0%)	$Ji^2:6,541$
Concertado	219 (83,6%)	43 (16,4%)	$p=0,011$

Figura 31: Recepción de información sobre drogas por parte de los medios de comunicación según la clase social de los progenitores.



(Ji^2 Padre: 12,603; $p=0,027$. Ji^2 Madre: 12,308; $p=0,031$).

- De los sanitarios: No encontramos diferencias según las variables independientes.

5.4. Consumo de tabaco:

a. Primera experimentación:

- El 9,5% afirma haber probado alguna vez el tabaco (Figura 32).
- La media de edad se sitúa en los 10,38 años \pm 1,08 (Limites: 8-14; IC95%: 10,08-10,67)
- La experimentación con el tabaco es más frecuentes en los niños y conforme aumenta la edad (Figura 33).

Figura 32: Frecuencia de la primera experimentación con el tabaco.

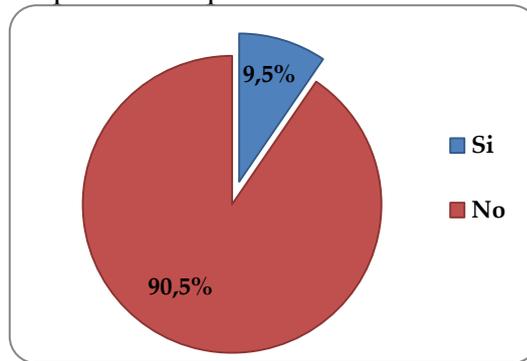
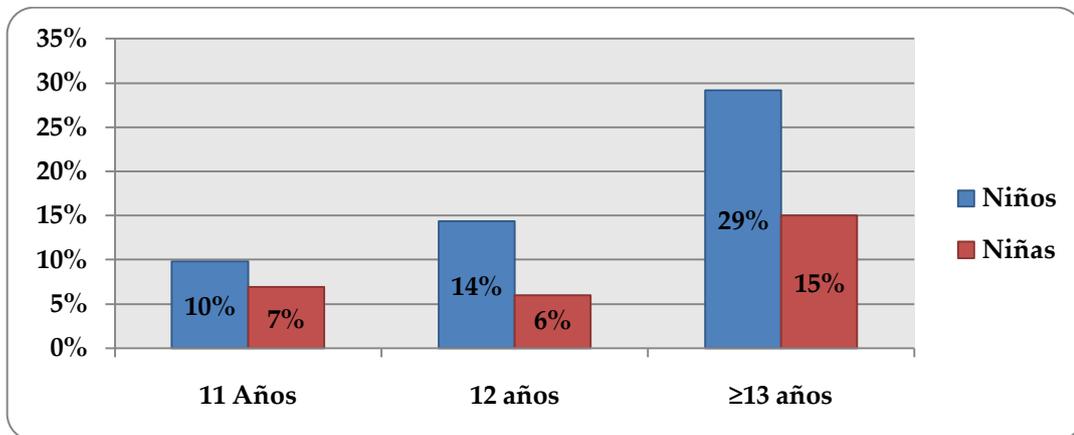


Figura 33: Frecuencia de la primera experimentación de tabaco según la edad y el sexo.

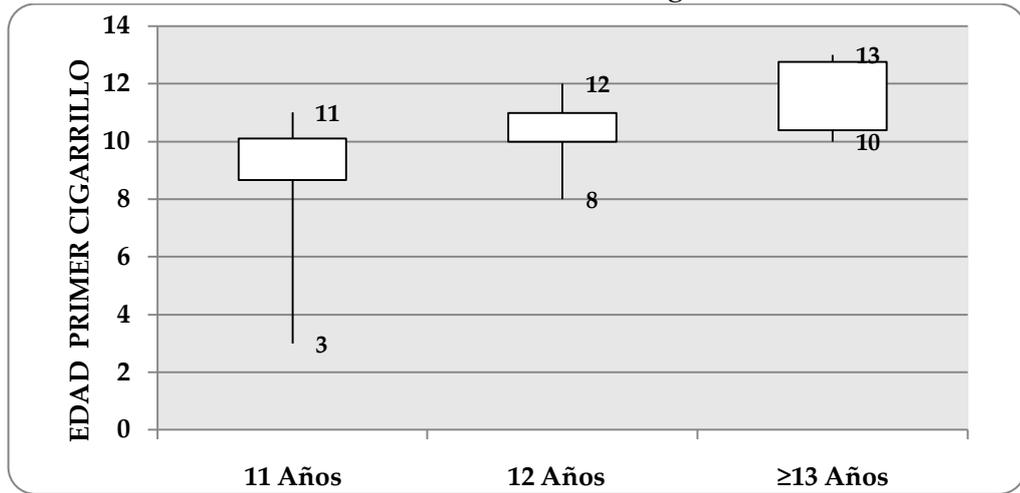


(Ji^2 Edad: 10,680; $p=0,005$. Ji^2 Sexo: 6,601; $p=0,010$)

b. Edad del primer cigarrillo:

Los más pequeños son los que fumaron el primer cigarrillo con menor edad (Figura 34).

Figura 34: Edad del inicio en el consumo de tabaco según la edad.

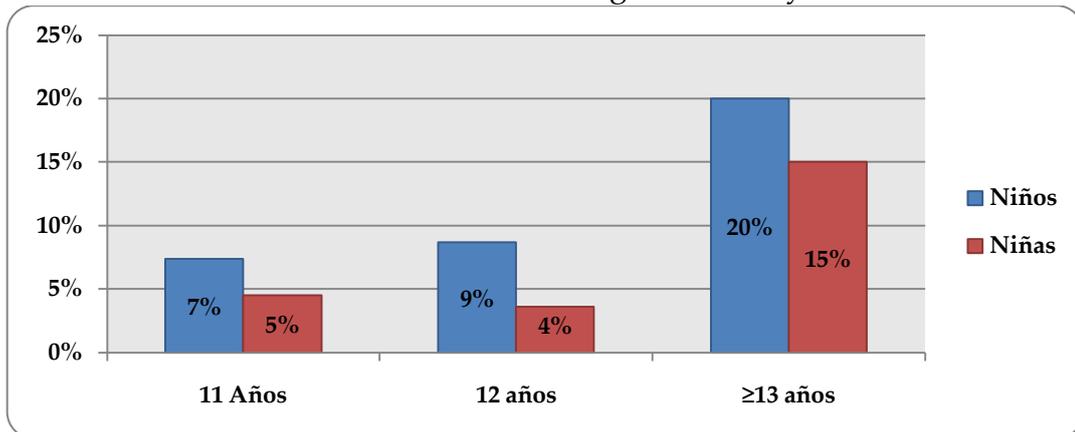


(F: 7,296; p=0,001)

c. **Fumador activo:**

- El 6,7% se considera fumador activo.
- Por sexo hemos encontrado un 8,5% de niños y un 4,6% de niñas que refieren ser fumadores activos (Figura 35).
- A mayor edad mayor porcentaje de fumadores activos (Figura 35).
- No hay diferencia por localización ni carácter del centro escolar ni por la clase social de los progenitores.

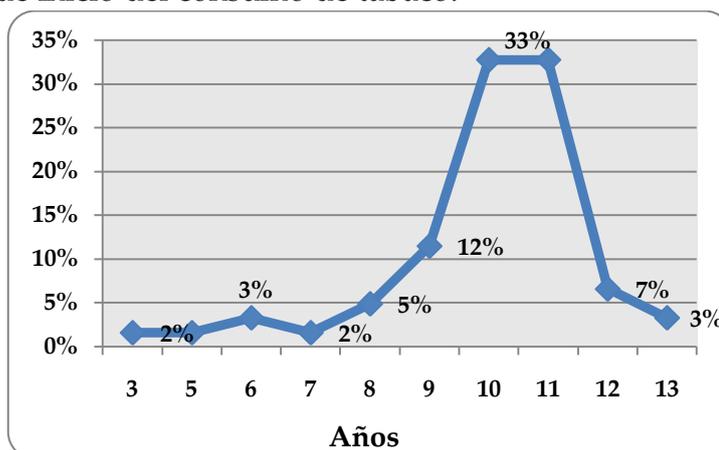
Figura 35: Frecuencia del consumo de tabaco según la edad y el sexo.



(J^2 Edad: 10,680; p=0,005. J^2 Sexo: 5,953, p=0,015)

- De los que fuman, el 11,5% probó el tabaco a los 9 años y el 32,8% lo hizo a los 10 años (Figura 36).

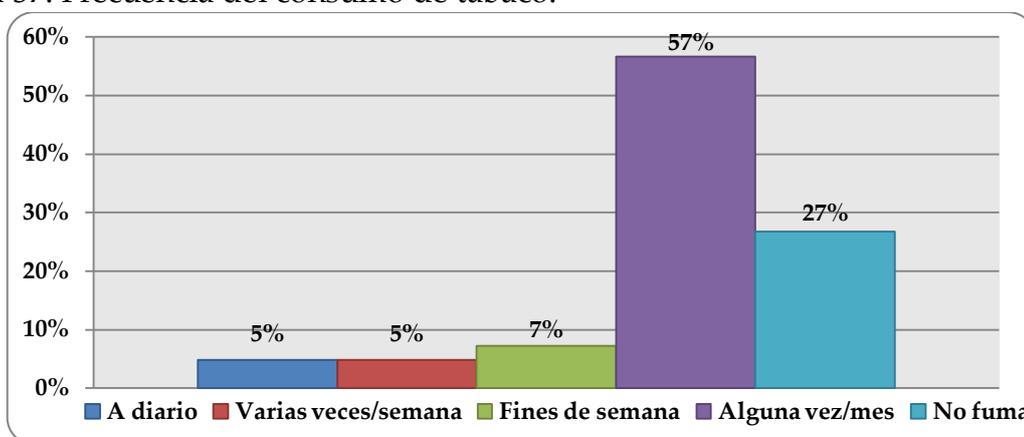
Figura 36: Edad de inicio del consumo de tabaco.



d. **Frecuencia de consumo:**

De los que han fumado alguna vez, el 56,6% afirman seguir haciéndolo alguna vez al mes. El 26,8% niegan seguir fumando (Figura 37). La frecuencia de consumo no tiene relación con ninguna de las variables independientes estudiadas.

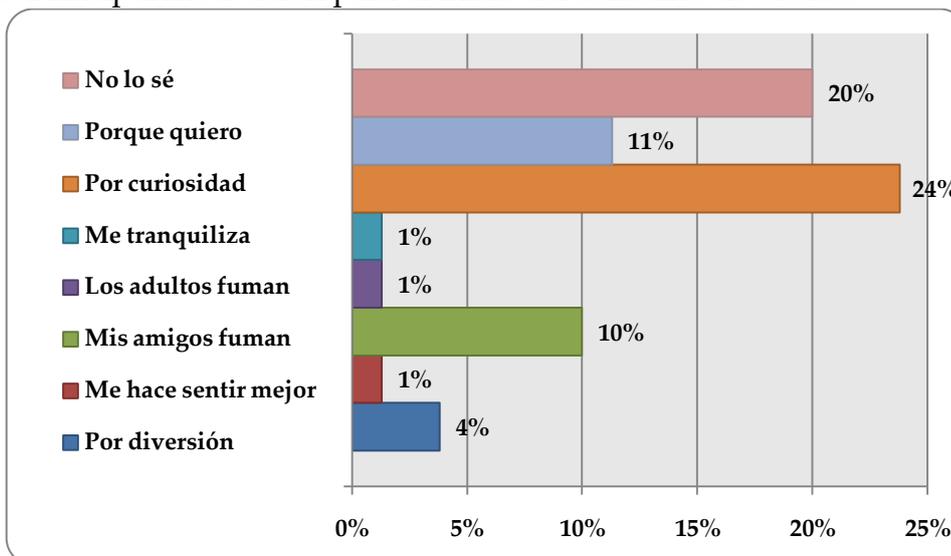
Figura 37: Frecuencia del consumo de tabaco.



e. **Motivación para el inicio del consumo de tabaco:**

El 24% probó el tabaco por curiosidad. El 10% lo hizo por influencia de los amigos (Figura 38). La razón para fumar no guarda relación con ninguna de las variables independientes.

Figura 38: Principal motivación para el inicio del consumo de tabaco.



f. **Fumadores en el entorno de los escolares:**

El 61,4% de los niños afirma tener algún familiar o amigo fumador. En el 39,4% es el padre el que fuma (Figura 39). De aquellos niños que afirman fumar, el 79,6% tienen un ejemplo en los adultos que les rodean (Figura 40).

Figura 39: Frecuencia de fumadores en el entorno de los escolares.

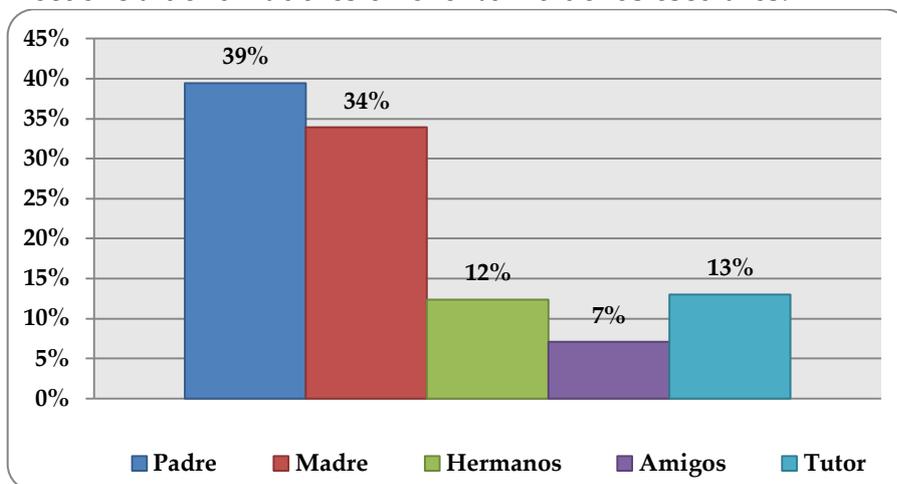
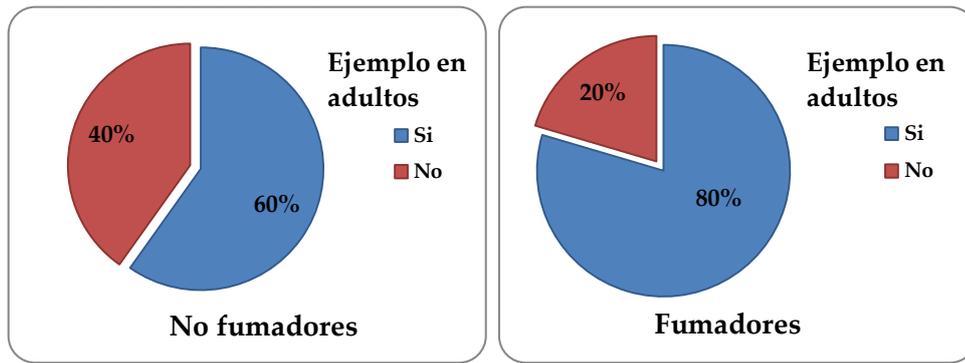


Figura 40: Consumo de tabaco en los escolares según la existencia de fumadores entre los adultos de su entorno.

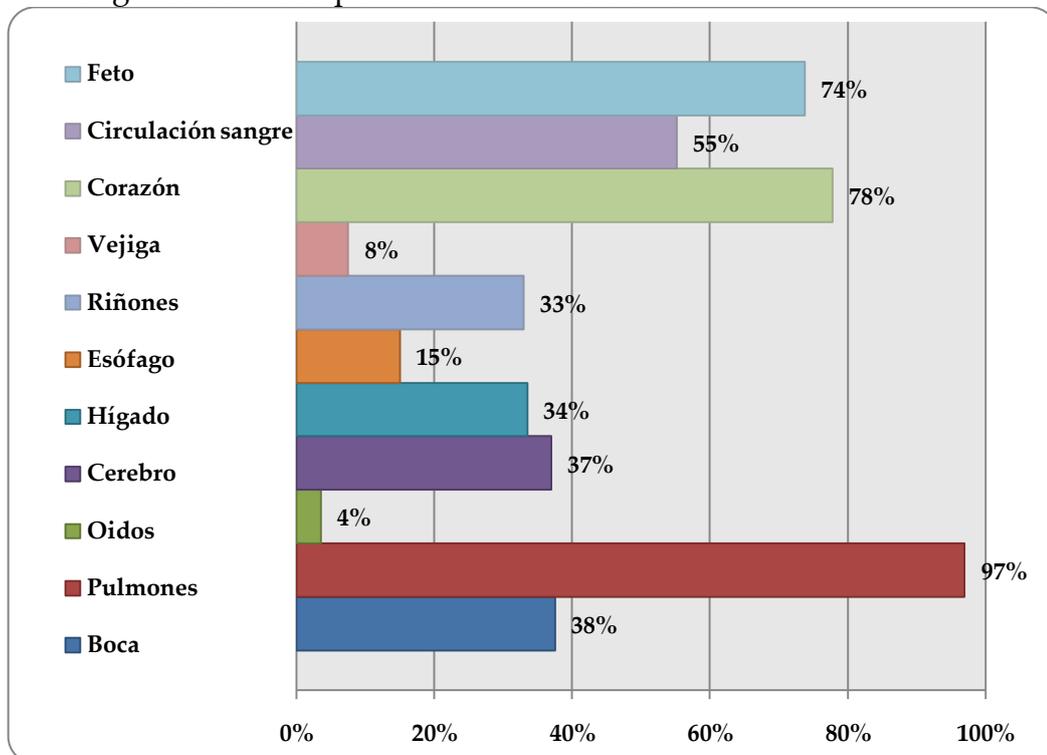


(χ^2 : 15,610; $p < 0,001$)

g. La opinión sobre el efecto del tabaco:

El 98,2% piensan que el tabaco produce daño en el cuerpo humano. El 100% de los que fuman piensan que el tabaco es dañino. Las partes, órganos y sistemas considerados como dañados son los mostrados en la figura 41. Los pulmones son el órgano más dañado seguido del corazón y el feto.

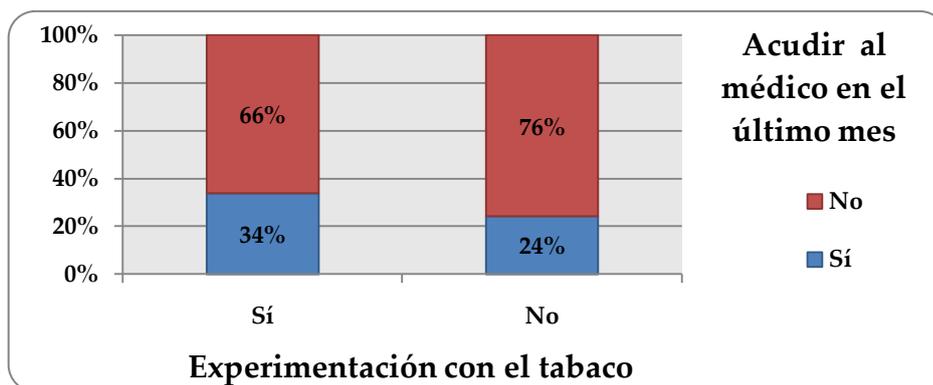
Figura 41: Órganos dañados por el consumo de tabaco.



❖ **Relación entre el consumo de tabaco y otras variables del estudio:**

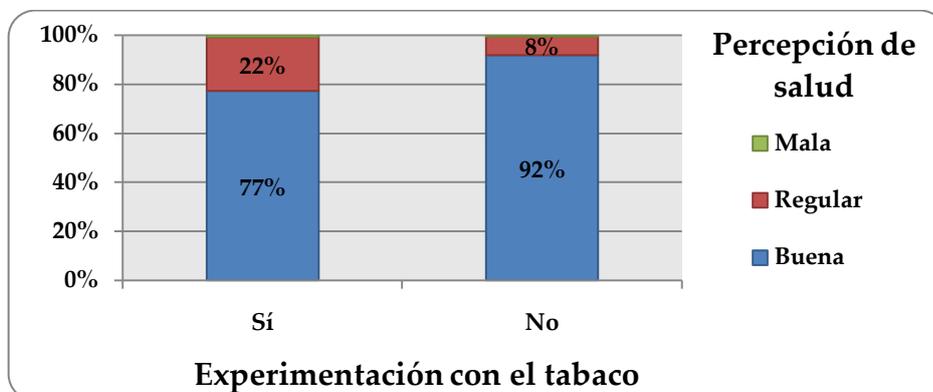
- ✓ **Análisis bivariados:** aquellos que han probado el tabaco presentan:
 - Una mayor frecuencia de asistencia al médico en el último mes (Figura 42).
 - Una peor percepción de salud (Figura 43).
 - Un menor sentimiento de felicidad (Figura 44).
 - Un peor rendimiento escolar (Figura 45).
 - Una mayor frecuencia de estar con los amigos tras el colegio (Figura 46).
 - Una peor comunicación con la madre y con el padre (Figura 47 y 48).
 - Un mayor sentimiento de soledad (Figura 49).
 - Una mayor frecuencia de visionado de televisión y de uso de la videoconsola (Figura 50 y 51).

Figura 42: Relación entre la experimentación con el tabaco y el haber acudido al médico el último mes.



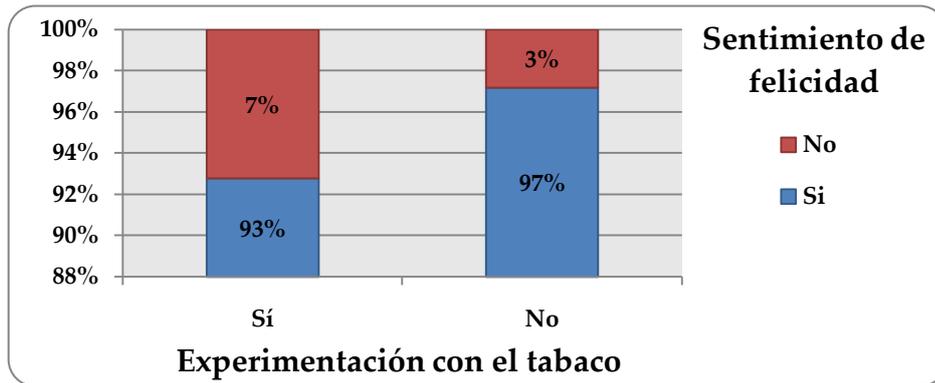
(Ji^2 : 4,241; $p=0,039$)

Figura 43: Relación entre la experimentación con el tabaco y la autopercepción de salud.



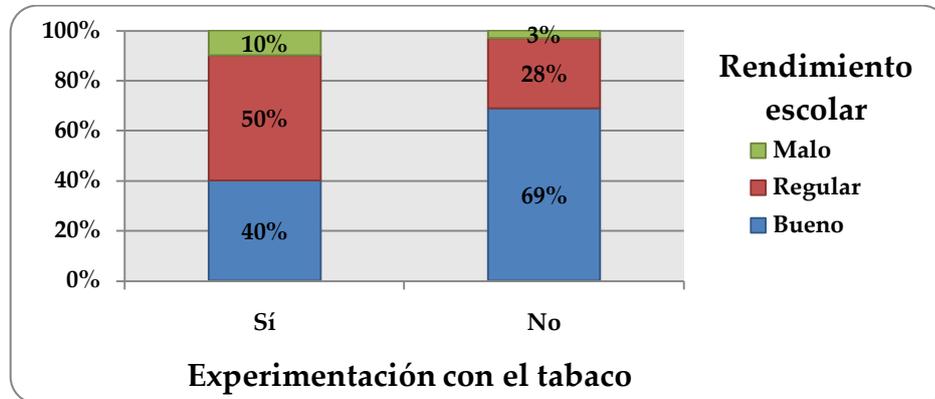
(Ji^2 : 21,859; $p<0,001$)

Figura 44: Relación entre la experimentación con el tabaco y el sentimiento de felicidad.



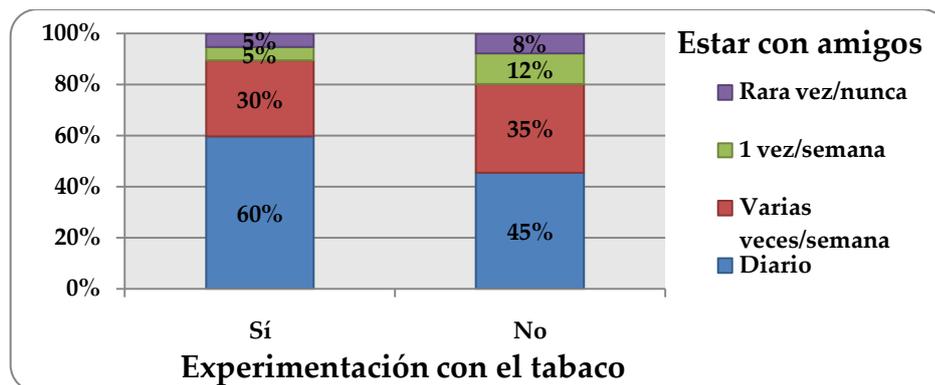
(Ji^2 : 5,471; $p=0,030$)

Figura 45: Relación entre la experimentación con el tabaco y el rendimiento escolar.



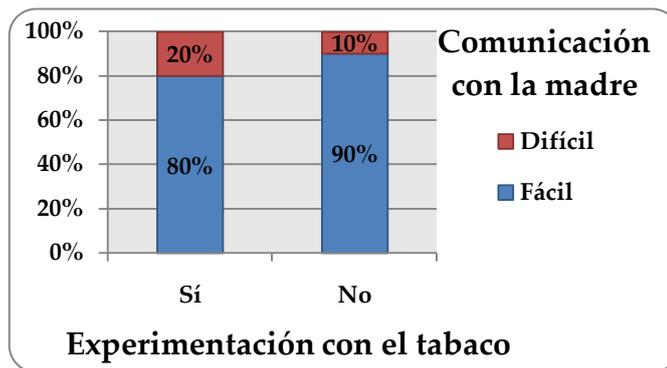
(Ji^2 : 32,271; $p<0,001$)

Figura 46: Relación entre la experimentación con el tabaco y el estar con los amigos después de clase.



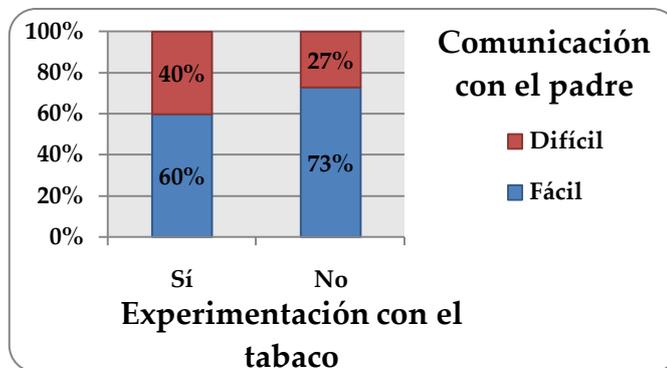
(Ji^2 : 8,264; $p=0,041$)

Figura 47: Relación entre la experimentación con el tabaco y la comunicación con la madre.



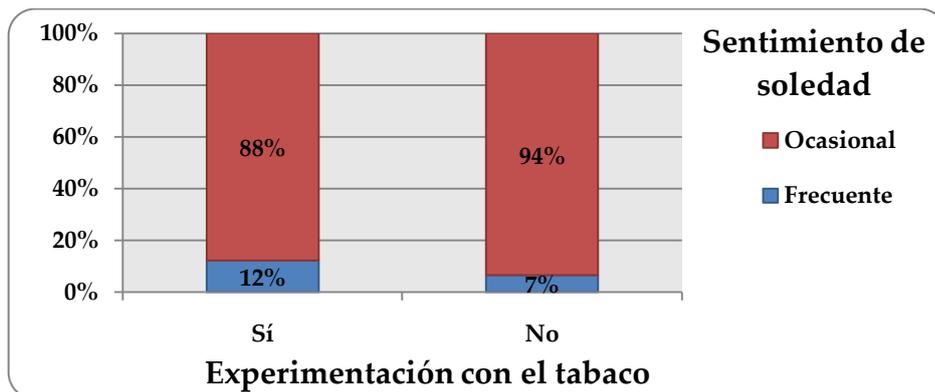
(Ji^2 : 6,601; $p=0,011$)

Figura 48: Relación entre la experimentación con el tabaco y la comunicación con el padre.



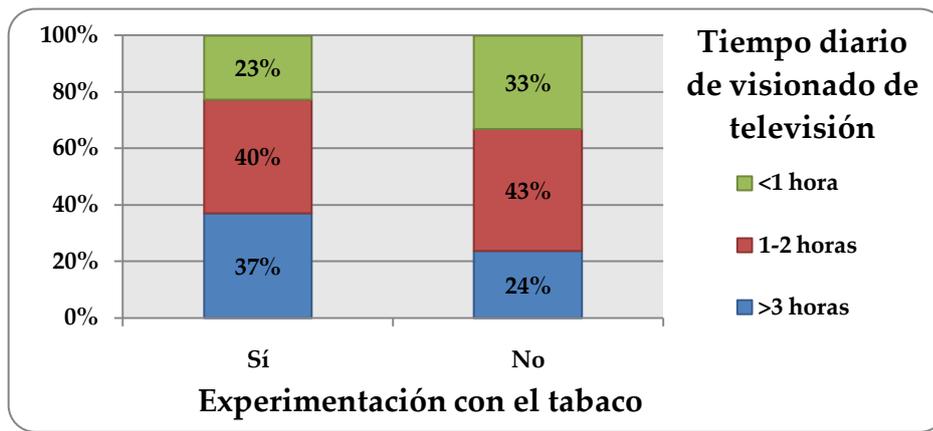
(Ji^2 : 8,054; $p=0,005$)

Figura 49: Relación entre la experimentación con el tabaco y el sentimiento de soledad.



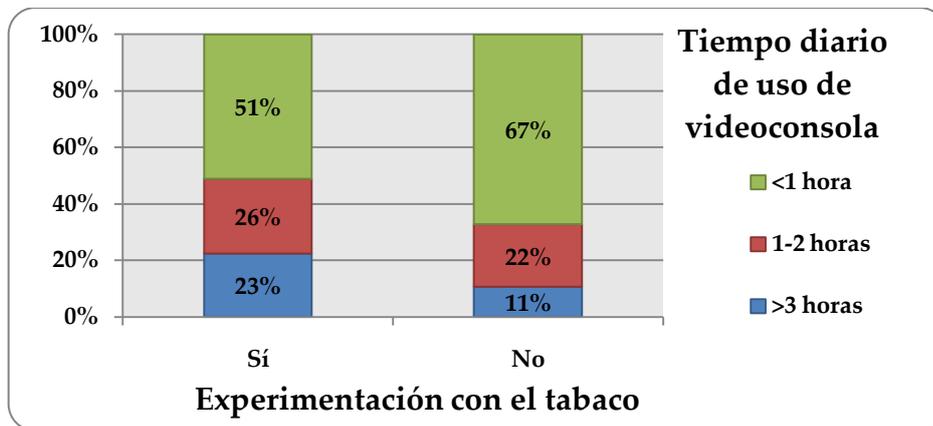
(Ji^2 : 5,882; $p=0,05$)

Figura 50: Relación entre la experimentación con el tabaco y el tiempo de visionado de la televisión.



(Ji^2 : 9,158; $p=0,01$)

Figura 51: Relación entre la experimentación con el tabaco y el tiempo de uso de la videoconsola.



(Ji^2 : 12,010; $p=0,002$)

✓ **Modelo multivariante de regresión logística:**

El consumo de tabaco se relaciona con ser del sexo masculino, tener mayor edad, el cansancio matutino, una mala autopercepción de la forma física, tener un amigo fumador, ser bebedor habitual, una mala autopercepción de la salud, haberse sentido nervioso durante el mes previo a la realización de la encuesta, sentirse poco o nada feliz, sentirse sólo, tener una mala autoevaluación del rendimiento escolar, una comunicación difícil con la madre, una mayor facilidad para hacer nuevos amigos, y estar más de tres horas viendo la televisión durante los días lectivos (Tabla 40).

Tabla 40: Variables asociadas al consumo de tabaco (modelo multivariante).

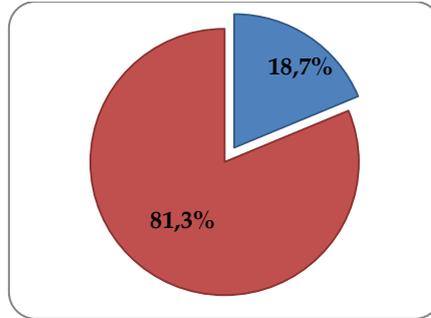
Variables independientes relacionadas	β	p	OR	IC 95%
Sexo (0=Mujer/1=Hombre)	1,42	0,001	4,16	1,73-9,89
Edad	0,76	0,031	2,14	1,07-4,3
Cansancio matinal en días lectivos 0=Esporádico (alguna, rara vez o nunca) 1=Habitual (siempre, varias veces a la semana)	0,52	0,019	1,39	1,41-3,91
Autopercepción de la forma física (0=Buena/1=Mala)	1,13	0,031	3,12	1,1-8,81
Consumo de tabaco por el mejor amigo/a (0=No/1=Sí)	0,84	0,015	2,31	1,17-4,57
Ser bebedor habitual de alcohol (0=No/1=Sí)	2,8	<0,001	16,43	8,35-32,33
Autopercepción de la salud 0=Buena (muy sano y bastante sano) 1=Mala (regular de sano, poco sano y nada sano)	1,29	0,044	3,67	1,77-7,92
Haberse sentido nervioso durante el mes previo a la encuesta (0=Sí/1=No)	0,97	0,029	1,65	1,27-5,57
Sentimiento de felicidad (0=Sí/1=No)	0,69	0,049	2,00	1,1-3,99
Sentimiento de soledad (0=No/1=Sí)	1,07	0,039	2,65	1,15-5,57
Autovaloración del rendimiento académico (0=Bueno/1=Malo)	0,79	0,037	2,21	1,12-4,34
Comunicación con la madre (0=Fácil/1=Difícil)	1,36	0,007	2,12	1,1-6,85
Capacidad para hacer nuevas amistades (0=Fácil/1=Difícil)	-1,41	0,005	0,24	0,09-0,65
Tiempo libre dedicado a ver la televisión (horas por día lectivo) (0=Hasta dos/1= Más de tres)	0,66	0,046	1,94	1,13-3,95
Constante	$\beta=4,05$; $p<0,001$; $n=867$.			
OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confianza.				
<u>Variable dependiente:</u> Tabaquismo activo (0=No vs 1=Sí).				
<u>Variables consideradas y eliminadas del modelo final:</u> localización y características del centro escolar, clase social de los progenitores, frecuencia del cepillado de dientes, hora de levantarse y acostarse, tiempo de sueño nocturno, autopercepción forma física, intención de hacer ejercicio físico en el futuro (20 años), experimentación con otras drogas, consumo de tabaco en otras personas del entorno, creencia de que el tabaco daña otras partes del cuerpo humano, edad de la primera experimentación con el tabaco y el alcohol, realización del desayuno (antes del colegio y durante el recreo), haber padecido otros trastornos de la salud y haber tomado otras medicinas en el mes previo, apetencia por la escuela, comunicación con otras personas del entorno, y frecuencia de tiempo libre dedicado al ocio con: amigos, ordenador, videoconsola, móvil y libros.				
<u>Método Enter</u> (Introducir).				
<u>Prueba de Hosmer-Lemeshow</u> (Ji^2): 3,04; Variables asociadas (14); $p=0,34$.				
<u>Razón de verosimilitud:</u> 556,86; $p<0,001$.				

5.5. Consumo de alcohol:

a. Primera experimentación:

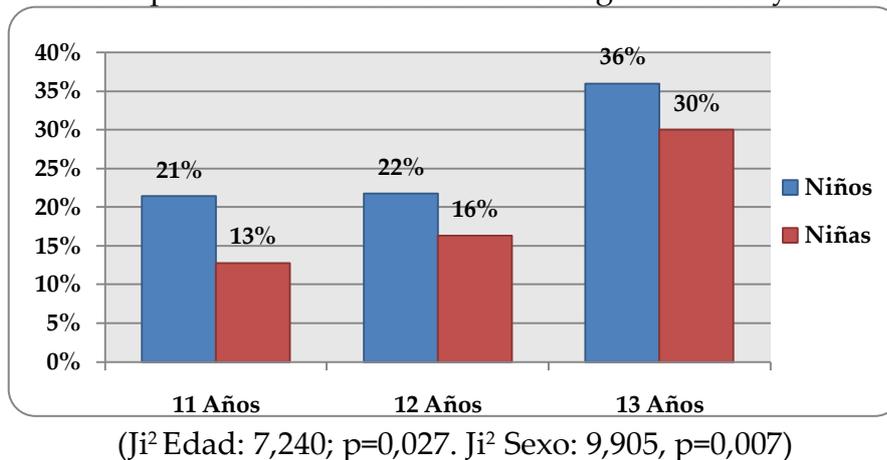
- El 18,7% de los encuestados afirman haber probado en alguna ocasión el alcohol (Figura 52).

Figura 52: Primera experimentación con el alcohol.



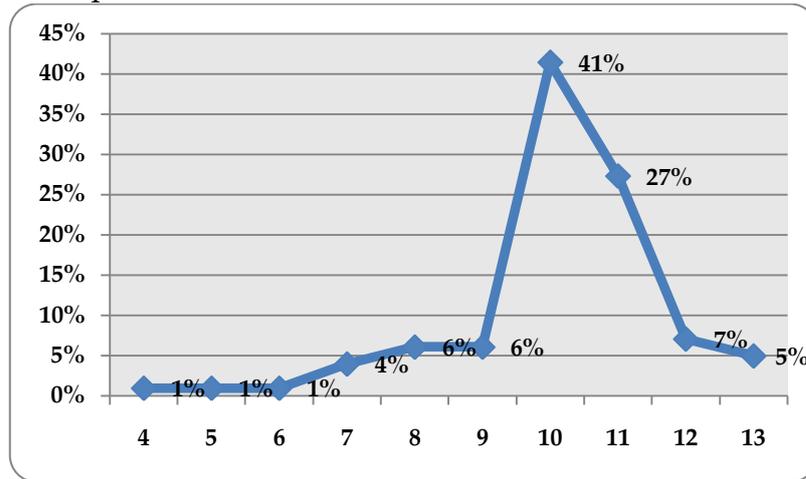
- La media de edad de los que beben se sitúa a los 11,54 años \pm 0,631 (Limites: 11-14; IC95%: 11,45-11,63).
- La experimentación con el alcohol es más frecuente en chicos y conforme se incrementa la edad (Figura 53). No encontramos diferencias por el tipo de colegio ni la localización ni por la clase social de los progenitores.

Figura 53: Primera experimentación con el alcohol según la edad y el sexo.



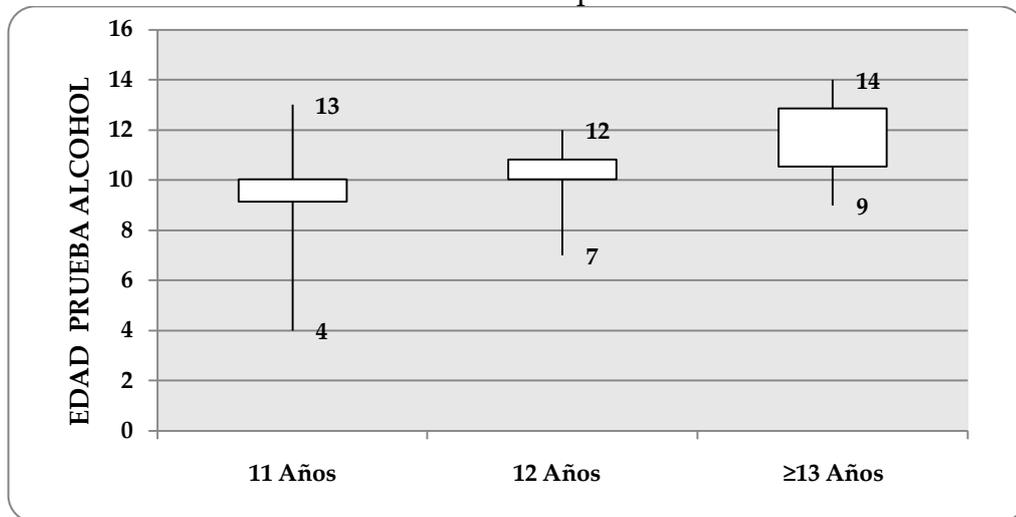
- De los que han probado el alcohol, el 19% lo hicieron antes de los 10 años y el 41% a los 10 años (Figura 54).

Figura 54: Edad del primer contacto con el alcohol.



- b. **Edad de prueba del alcohol:** $10,11 \pm 1,598$ (Límites: 4-14; IC95%: 9,79-10,43). A menor edad, la edad de la primera prueba de alcohol es más precoz (Figura 55). No encontramos significación estadística al relacionarlo con las demás variables independientes.

Figura 55: Relación de la edad con la edad del primer contacto con el alcohol.

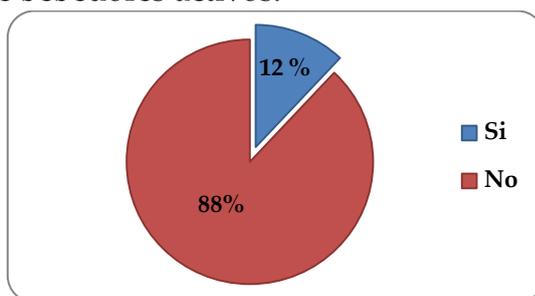


($F=9,993$; $p<0,0001$).

- c. **Bebedor activo:**

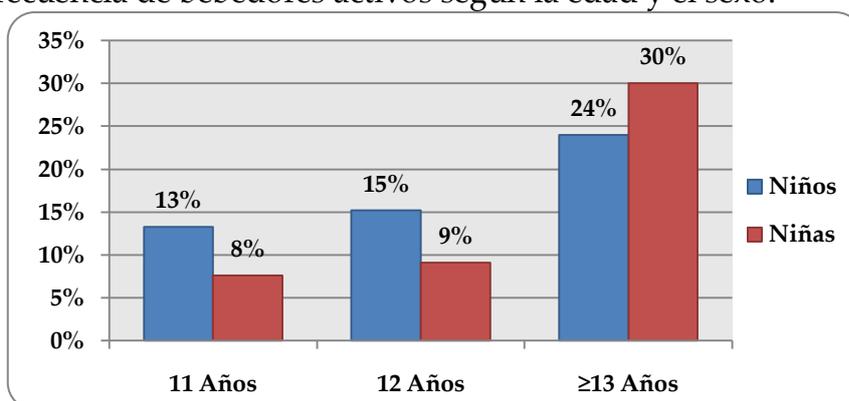
- El 12% continúan tomando bebidas alcohólicas en la actualidad (Figura 56).

Figura 56: Frecuencia de bebedores activos.



- Por sexos, hay una mayor frecuencia en los niños, pero entre los alumnos de 13 años hay un mayor porcentaje de niñas que refieren beber alcohol (Figura 57).
- A mayor edad, mayor porcentaje de bebedores activos (Figura 57).
- Hay una mayor frecuencia de bebedores en la capital (Tabla 41).
- No hay diferencia por la profesión de los padres/madres.

Figura 57: Frecuencia de bebedores activos según la edad y el sexo.



(Ji^2 Edad 10,448; $p=0,005$. Ji^2 Sexo: 6,958; $p=0,008$.)

Tabla 41: Frecuencia de bebedor activo según la localización del centro escolar.

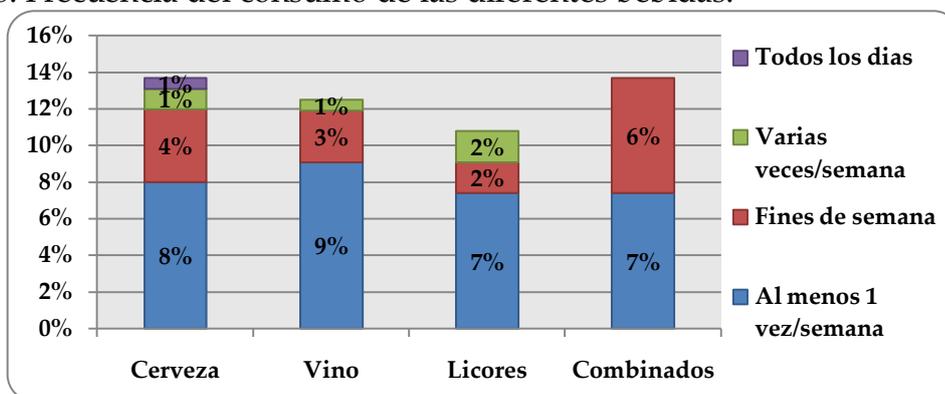
Bebedor activo	Localización		Estadístico
	Córdoba	Provincia	
Si	59 (49,2%)	61 (50,8%)	$Ji^2:4,311$ $p= 0,038$
No	347 (39,3%)	537 (60,7%)	

d. **Frecuencia del consumo según el tipo de bebida:**

- La mayoría realiza un consumo esporádico los fines de semana (Figura 58).
- Las bebidas más consumidas son la cerveza y los combinados (Figura 58).

- En el caso de la cerveza hay un pequeño porcentaje de consumo diario (1%) (Figura 58).
- El consumo de combinados se realiza más los fines de semana (Figura 58).
- No encontramos relación con las variables sociodemográficas.

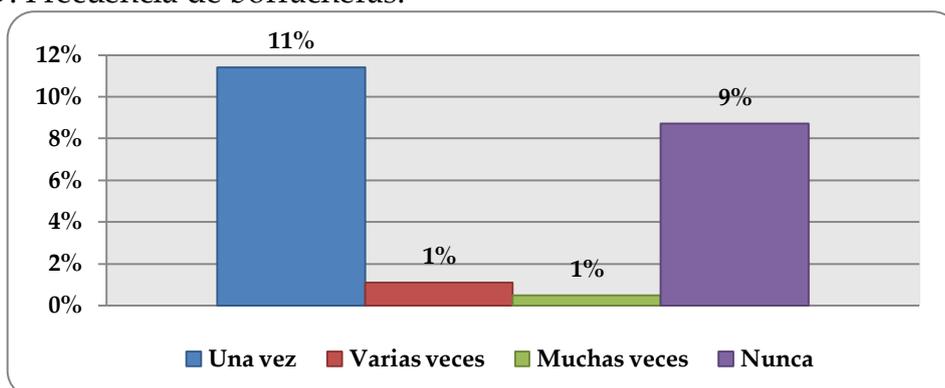
Figura 58: Frecuencia del consumo de las diferentes bebidas.



e. **Frecuencia de embriaguez:**

- De los que afirman ser consumidores de alcohol, el 11,4% se han emborrachado una vez (Figura 59).
- La media de edad para los que han embriagado se encuentra en $11,75 \pm 0,737$ años (Límites: 11-13; IC95%: 11,44-12,06).

Figura 59: Frecuencia de borracheras.



- La frecuencia de “borrachera” no tiene relación con las variables independientes estudiadas.

f. **Edad de la primera "borrachera":**

La media de edad se encuentra en $11,0 \pm 1,35$ años (Límites: 7-13; IC95% 10,44-11,56) (Figura 60).

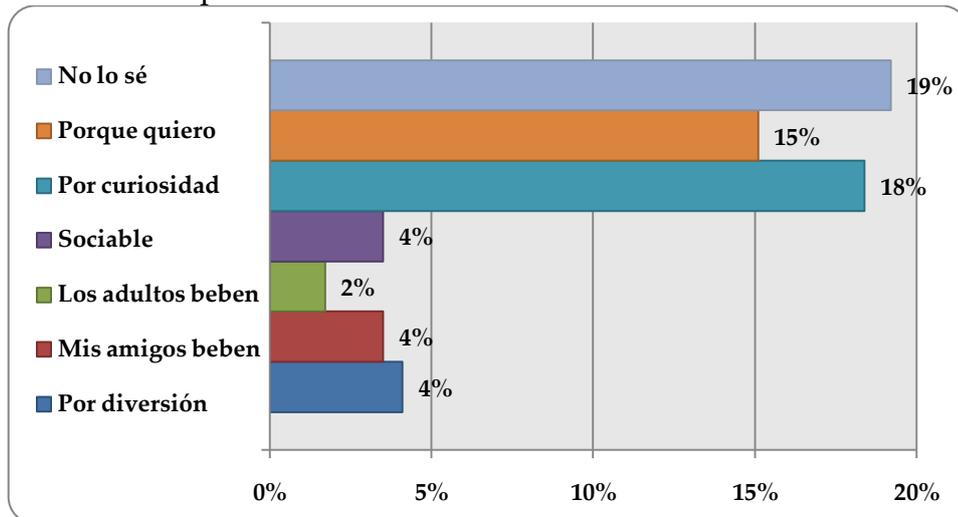
Figura 60: Relación de la edad con la edad del primer consumo excesivo de alcohol.



g. **Motivo que llevó a probar el alcohol:**

El 19% de los que han probado el alcohol no saben la razón del comienzo. El 18,6% lo hizo por curiosidad y el 15,1% lo hace "porque quiere" (Figura 61). No hemos encontrado diferencias según el resto de variables independientes.

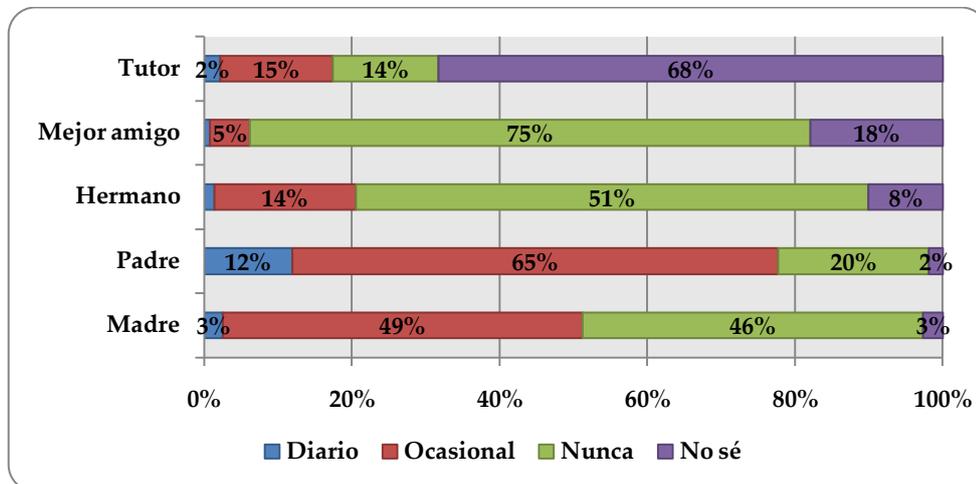
Figura 61: Motivación para el inicio del consumo de alcohol.



h. Bebedores en el entorno de los escolares:

El padre es el que realiza un consumo más habitual, bebiendo a diario en el 11,8% de los casos (Figura 62).

Figura 62: Frecuencia de consumo de alcohol en el entorno de los escolares.



Hay relación entre el consumo de alcohol de las personas del entorno y el de los adolescentes estudiados. Los familiares y amigos de los que han probado el alcohol presentan bien, un consumo más frecuente de alcohol, o bien son percibidos por los escolares como mayores consumidores; así:

- El 24,5% de los padres de los niños que han probado al alcohol en alguna ocasión son bebedores diarios, frente al 8,9% de aquellos que no lo han probado (Tabla 42).
- El 17,5% de los amigos de los niños que han probado el alcohol son bebedores ocasionales, frente al 2,4% de los que no lo han probado (Tabla 42).

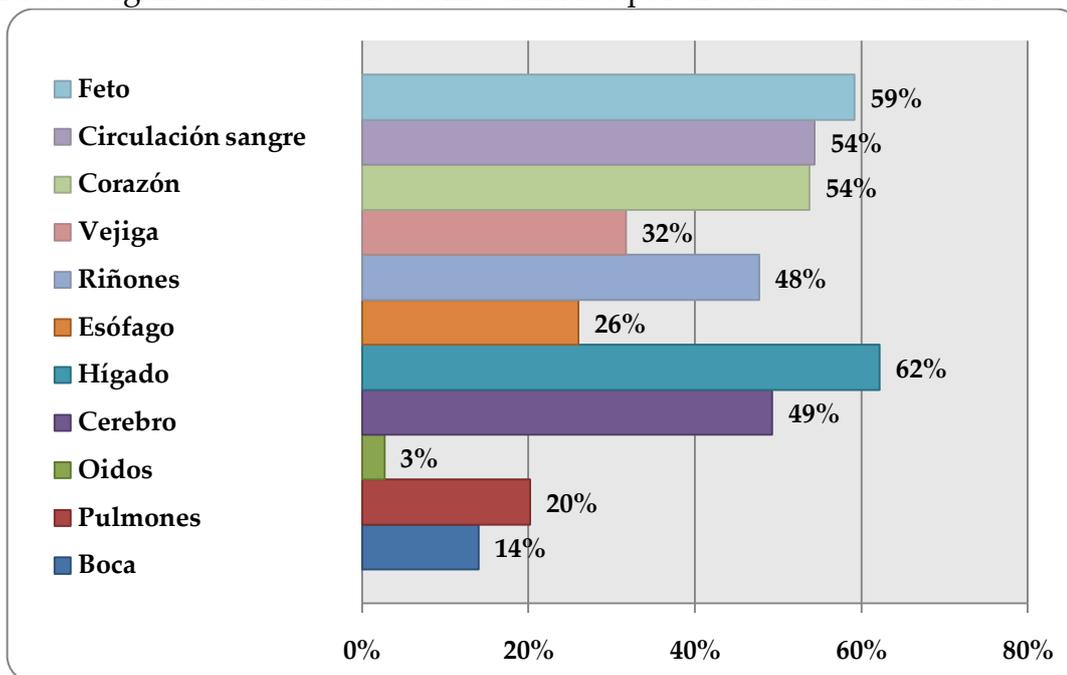
Tabla 42: Relación de la ingesta de alcohol en el escolar y el consumo de las personas de su entorno.

Consumo de alcohol en la madre	Consumo de alcohol en el escolar		Estadístico
	Si	No	
Diario	9 (4,9%)	16 (2,0%)	Ji ² :23,853 p<0,001
Ocasional	109 (59,2)	370 (46,1%)	
Nunca	57 (31,0%)	396 (49,3%)	
No sé	8 (4,3%)	19 (2,4%)	
Consumo de alcohol del padre	Consumo de alcohol en el escolar		Estadístico
	Sí	No	
Diario	46 (24,5%)	72 (8,9%)	Ji ² :39,714 p<0,001
Ocasional	112 (56,6%)	542 (66,8%)	
Nunca	24 (12,8%)	178 (21,9%)	
No sé	5 (2,7%)	14 (1,7%)	
Consumo de alcohol del hermano/a mayor	Consumo de alcohol en el escolar		Estadístico
	Sí	No	
Diario	4 (2,2%)	6 (0,8%)	Ji ² :33,529 p<0,001
Ocasional	46 (24,7%)	93 (11,7%)	
Nunca	71 (38,2%)	432 (54,5%)	
No sé	21 (11%)	52 (6,6%)	
Consumo de alcohol del mejor amigo	Consumo de alcohol en el escolar		Estadístico
	Sí	No	
Diario	4 (2,2%)	4 (0,5%)	Ji ² :82,943 p<0,001
Ocasional	33 (17,5%)	19 (2,4%)	
Nunca	107 (57,5%)	628 (79,0%)	
No sé	39 (21,0%)	135 (17,0%)	

i. **Opinión sobre los efectos del alcohol:**

El 92,4% piensan que el alcohol es nocivo para el cuerpo humano; para los escolares, lo que se más daña por el consumo de alcohol es el hígado, seguidos por el feto y la circulación de la sangre (Figura 63).

Figura 63: Órganos considerados como dañados por el consumo de alcohol.

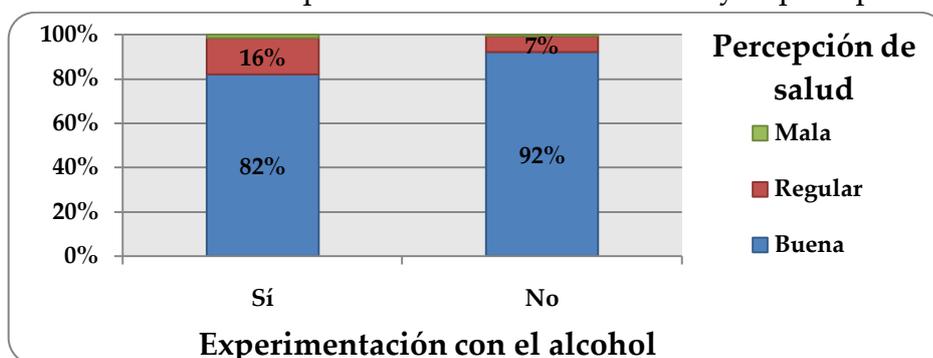


❖ **Relación entre el consumo de alcohol y otras variables del estudio:**

✓ **Análisis bivariado:** aquellos que han probado el alcohol presentan:

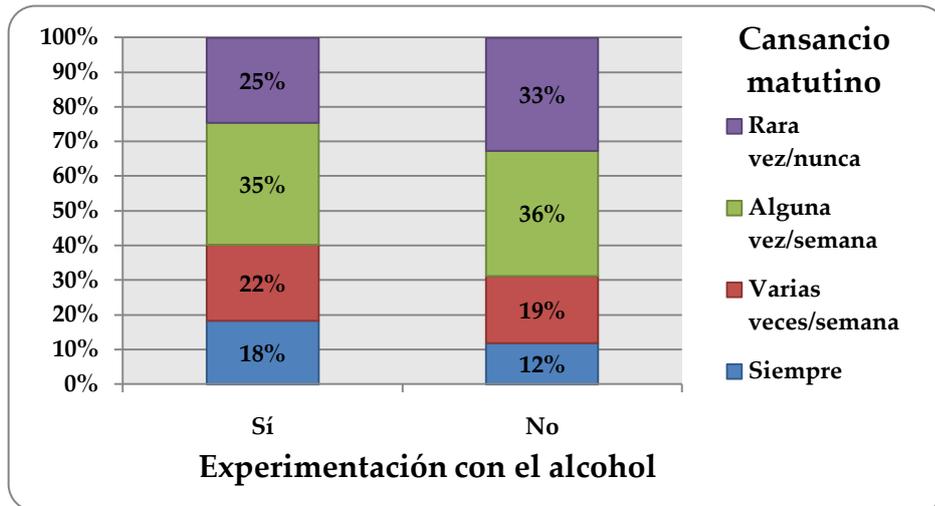
- Una peor percepción de salud (Figura 64).
- Un mayor cansancio matutino (Figura 65).
- Un peor rendimiento escolar (Figura 66).
- Una mayor frecuencia de estar con los amigos tras el colegio (Figura 67).
- Una peor comunicación con el padre (Figura 68).
- Una mayor frecuencia de visionado de televisión y de uso de la videoconsola (Figura 69 y 70).

Figura 64: Relación entre la experimentación con el alcohol y la percepción de salud.



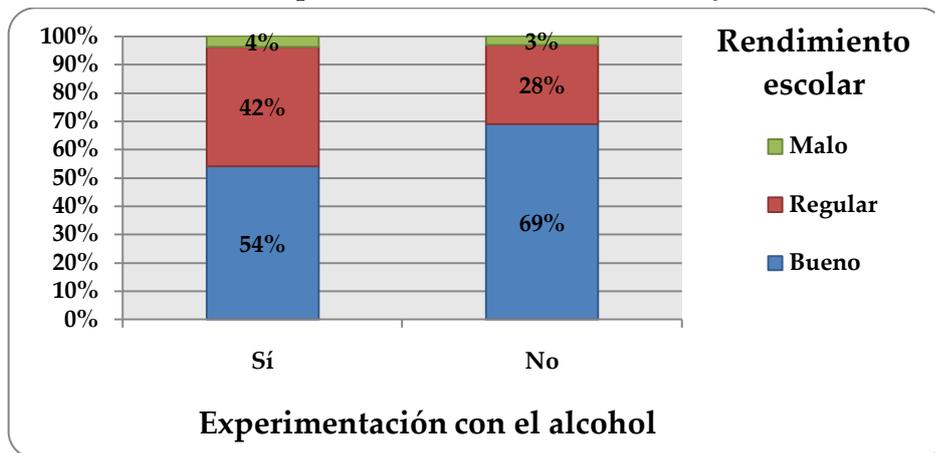
(Ji^2 : 18,204; $p < 0,001$)

Figura 65: Relación entre la experimentación con el alcohol y la sensación de cansancio matutino.



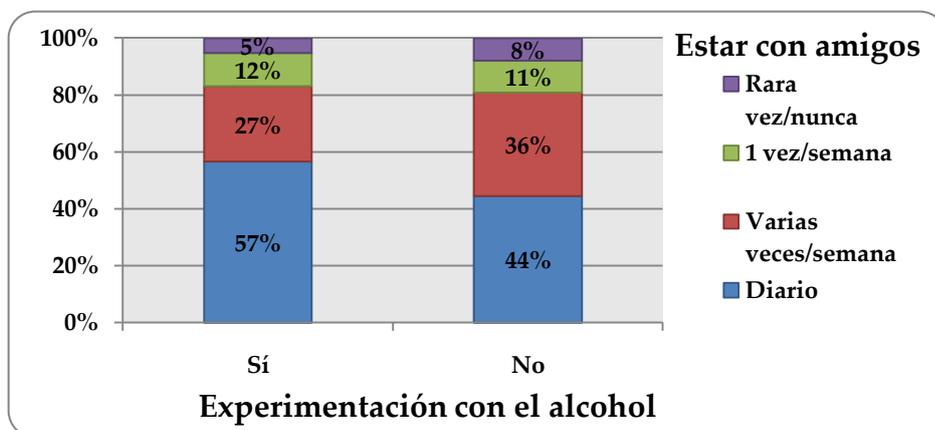
(Ji^2 : 8,551; $p < 0,036$)

Figura 66: Relación entre la experimentación con el alcohol y el rendimiento escolar.



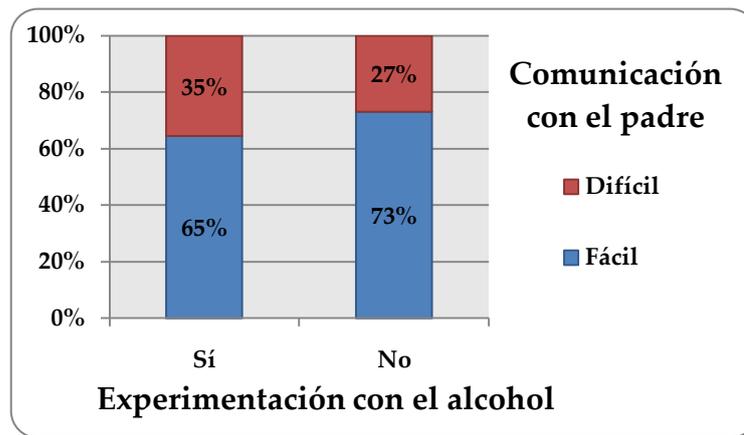
(Ji^2 : 14,018; $p < 0,001$)

Figura 67: Relación entre la experimentación con el alcohol y estar con los amigos después de clase.



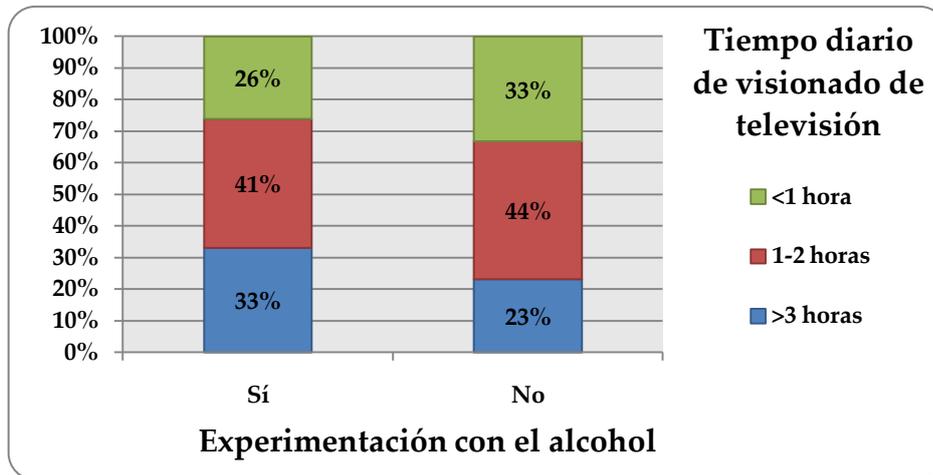
(Ji^2 : 11,742; $p = 0,008$)

Figura 68: Relación entre la experimentación con el tabaco y la comunicación con el padre.



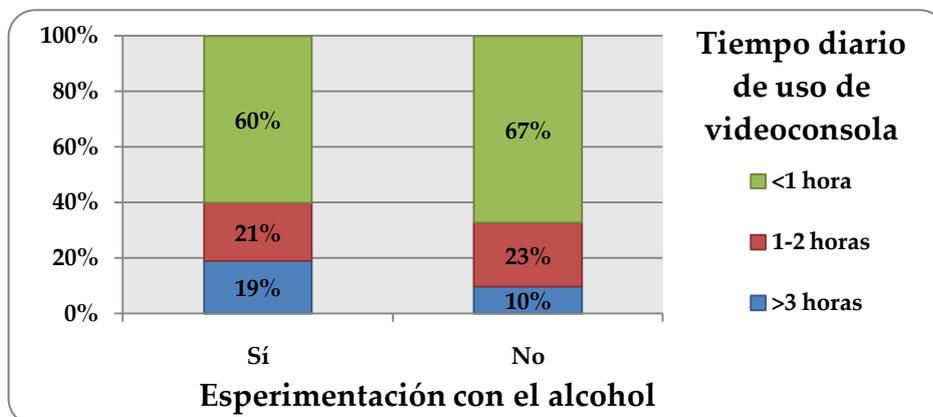
(Ji^2 : 11,742; $p=0,008$).

Figura 69: Relación entre la experimentación con el alcohol y el tiempo de visionado de la televisión.



(Ji^2 : 8,510; $p=0,014$)

Figura 70: Relación entre la experimentación con el alcohol y el tiempo de uso de la videoconsola.



(Ji^2 : 10,257; $p=0,006$)

✓ **Modelo multivariante de regresión logística:**

El consumo de alcohol se relaciona con ser del sexo masculino, tener mayor edad, pertenecer a un centro escolar de la capital, mayor frecuencia cansancio matutino, una mala autopercepción de la forma física, tener un amigo consumidor habitual de alcohol, no creer que el alcohol sea dañino para el hígado, ser fumador activo, una mala autopercepción de la salud, infelicidad, sentirse sólo, tener una mala autoevaluación del rendimiento escolar, una comunicación difícil con el padre, estar con los amigos durante los días lectivos de forma habitual, y un mayor tiempo de visionado de televisión durante los días lectivos (Tabla 43).

Tabla 43: Variables asociadas al consumo de alcohol (modelo multivariante).

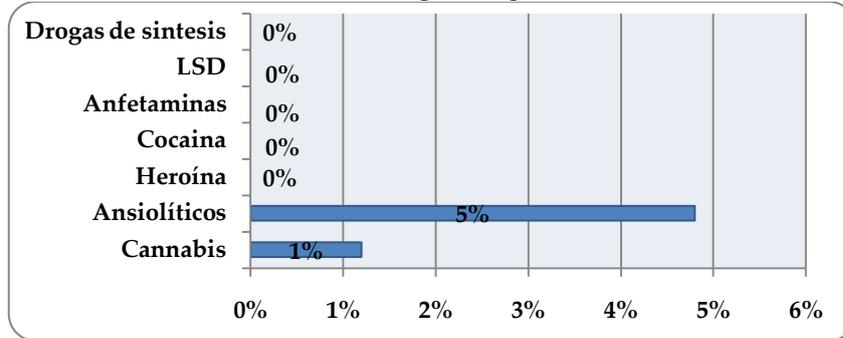
Variables independientes relacionadas	β	p	OR	IC 95%
Sexo (0=Mujer/1=Hombre)	0,47	0,017	1,61	1,28-4,15
Edad	0,64	0,05	1,93	1-3,64
Localización del centro escolar (0=Provincia/ 1=Capital)	0,61	0,46	1,84	1,07-3,5
Cansancio matinal en días lectivos 0=Esporádico (alguna vez a la semana, rara vez o nunca) 1=Habitual (siempre, varias veces a la semana)	1,13	0,019	3,1	1,2-7,99
Autopercepción de la forma física (0=Buena/1=Mala)	1,02	0,018	2,77	1,29-8,16
Consumo de alcohol por el mejor amigo/a (0=Esporádico/1=Habitual)	0,99	0,037	2,69	1,18-7,93
Creencia de que el alcohol es dañino para el hígado (0=Sí/1=No)	1,3	0,002	3,67	1,64-8,22
Ser fumador activo (0=No/1=Sí)	4,64	<0,001	104,36	31,37-347,11
Autopercepción de la salud 0=Buena (muy sano y bastante sano) 1=Mala (regular de sano, poco sano y nada sano)	1,24	0,003	3,47	1,54-7,8
Sentimiento de felicidad (0=Sí /1=No)	1,03	0,43	2,82	1,45-8,59
Sentimiento de soledad (0=No/1=Sí)	1,08	0,031	2,97	1,1-7,43
Autovaloración del rendimiento académico (0=Bueno/1=Malo)	0,62	0,039	1,87	1,17-3,6
Comunicación con el padre (0=Fácil/1=Difícil)	0,47	0,027	2,89	1,13-7,38
Tiempo libre con los amigos (día lectivo) 0=Habitual (todos los días, una o varias veces a la semana) 1=Esporádico (rara vez o nunca, rara vez o nunca)	-1,09	0,032	0,33	0,12-0,9
Tiempo libre dedicado a ver la televisión (horas por día lectivo) (0=Hasta dos/1= Más de tres)	0,78	0,026	1,57	1,36-3,5
Constante	$\beta=5,57$; $p<0,001$; $n=655$.			
<p><u>OR</u>: Odds Ratio. <u>IC</u>: Intervalo de confianza. <u>Variable dependiente</u>: Consumo activo de alcohol (0=No vs 1=Sí). <u>Variables consideradas y eliminadas del modelo final</u>: características de los progenitores y del centro escolar, frecuencia del cepillado de dientes, hora de levantarse y acostarse, tiempo de sueño nocturno, realización de ejercicio físico extraescolar e intención de hacer ejercicio físico en el futuro (20 años), experimentación con drogas, edad de la primera experimentación con el tabaco y el alcohol, consumo de alimentos, realización del desayuno (antes del colegio y durante el recreo), frecuencia de cansancio matutino, apetencia por la escuela, facilidad para hacer amigos, y tiempo libre dedicado al ocio con: ordenador, videoconsola, móvil y libros. <u>Método Enter</u> Introducir. <u>Prueba de Hosmer-Lemeshow</u> $Ji^2:3,71$; Variables asociadas (15); $p= 0,99$. <u>Razón de verosimilitud</u>: 246,4; $p<0,001$.</p>				

5.7. Consumo de drogas no legales:

a. Primera experimentación:

Los ansiolíticos y el cannabis son las drogas ilegales consumidas. No encontramos relación con las variables independientes estudiadas (Figura 71).

Figura 71: Frecuencia del consumo de drogas ilegales.



❖ Relación entre haber probado el cannabis o los ansiolíticos y el consumo de otras sustancias:

- El consumo de cannabis es más frecuente en los que han experimentado con el tabaco y el alcohol (Tabla 44).
- El consumo de ansiolíticos es más frecuente en los que han experimentado con el alcohol (Tabla 45).

Tabla 44: Relación del consumo de cannabis con el consumo de tabaco.

Consumo de las diferentes sustancias		Tabaco		Estadístico
		Sí	No	
Cannabis	Sí	9 (9,6%)	3 (0,3%)	Ji ² : 58,355 p<0,001
	No	85 (90,4%)	861 (99,7%)	

Tabla 45: Relación del consumo de cannabis y ansiolíticos con el alcohol.

Consumo de las diferentes sustancias		Alcohol		Estadístico
		Sí	No	
Cannabis	Sí	9 (4,9)	3 (0,4%)	Ji ² : 24,534 p<0,001
	No	174 (95,1%)	771 (99,6%)	
Ansiolíticos	Sí	20 (10,6%)	27 (3,4%)	Ji ² : 17,432 p<0,001
	No	168 (89,4%)	766 (96,6%)	

6. ALIMENTACIÓN:

6.1. Frecuencia de consumo de alimentos:

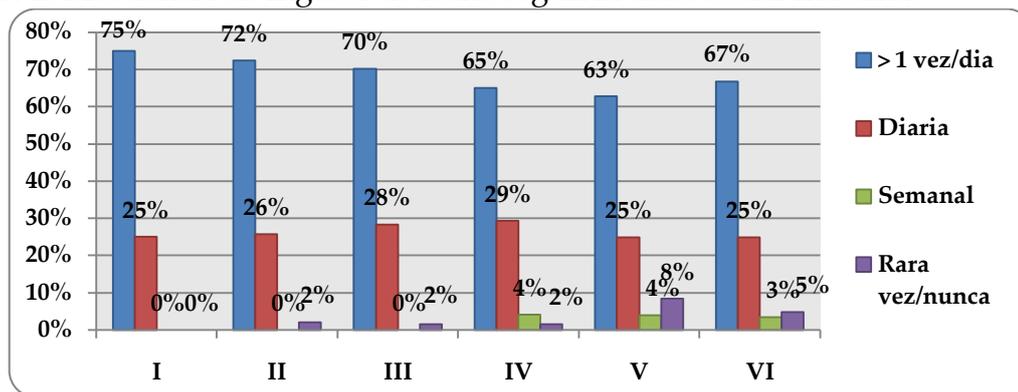
Hemos englobado los diferentes alimentos según la clasificación realizada por la el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria³⁹.

a. Grupo I: Lácteos (leche y derivados: queso, yogur y helados).

FRECUENCIA LÁCTEOS	>1vez/ día	Diaria	Semanal	Rara vez /nunca
Leche	666 (67,3%)	256 (25,9%)	26 (2,6%)	41 (4,0%)
Queso	210 (21,3%)	258 (26,1%)	285 (28,8%)	234 (23,7%)
Yogur	402 (40,6%)	351 (35,5%)	165 (16,7%)	69 (7,0%)
Helados	141 (14,3%)	190 (18,9%)	415 (42,1%)	237 (24%)

- ✓ Ni la edad ni el sexo tienen influencia sobre el consumo de lácteos, excepto por el queso, que gusta más a los alumnos más mayores (Figura 73).
- ✓ La localización y el carácter del centro escolar tienen relación con la toma de yogurt y helados siendo más frecuentes en colegios públicos de la provincia (Figura 75 y 76).
- ✓ La clase social materna tiene relación con la toma de leche, queso y helados; mientras que la paterna con la de helados (Figura 72 y 74. Tabla 46).
- **Leche:** Diariamente el 93,2% toman leche. Es más frecuente la ingesta de leche en niños cuyas madres pertenecen a las profesiones englobadas en las categorías I y II (Figura 72). No hallamos relación estadística con el resto de variables independientes.

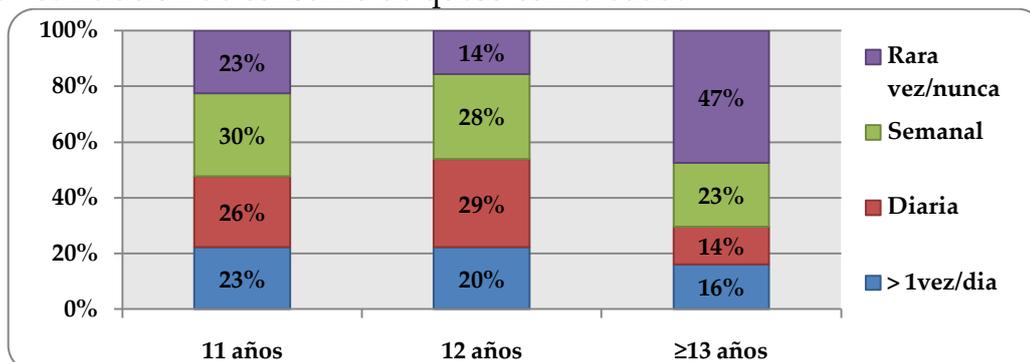
Figura 72: Frecuencia de ingesta de leche según la clase social materna.



(Ji^2 : 25,081; $p=0,005$)

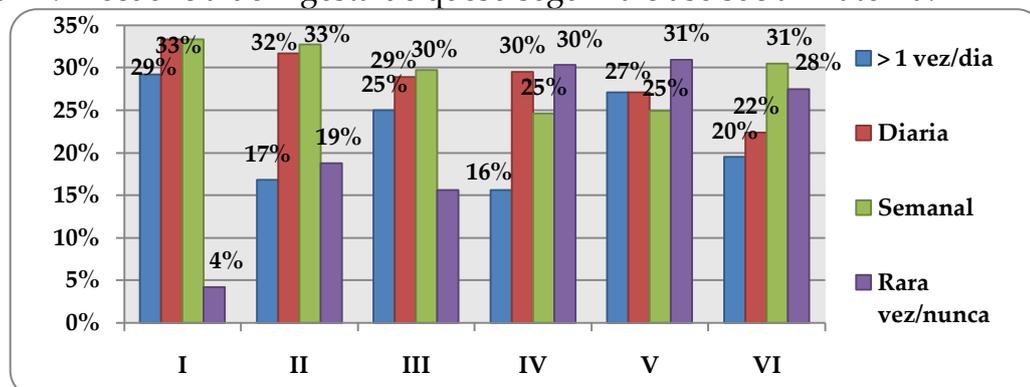
- **Queso:** El 47,4% toman queso diariamente. A mayor edad, el consumo de queso se hace más ocasional (Figura 73). Ésta se realiza de forma más frecuente en los alumnos cuyas madres pertenecen a las clases sociales I y II (Figura 74). No hay relación con la clase social paterna.

Figura 73: Relación de consumo de queso con la edad.



(Ji^2 : 22,597; $p=0,012$)

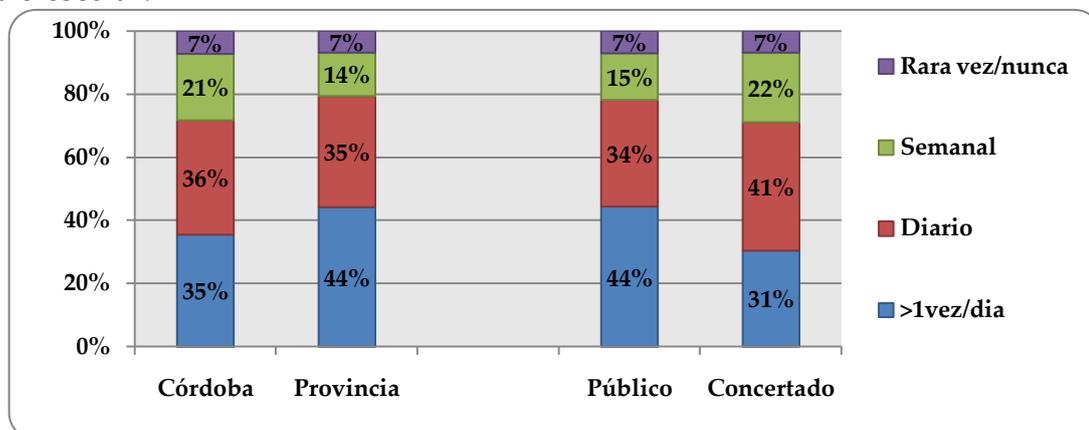
Figura 74: Frecuencia de ingesta de queso según la clase social materna.



(Ji^2 : 30,056; $p=0,012$)

- **Yogur:** El 76,1% toman diariamente yogur. Existe un mayor consumo de este lácteo en alumnos de colegios públicos y de la provincia (Figura 75).

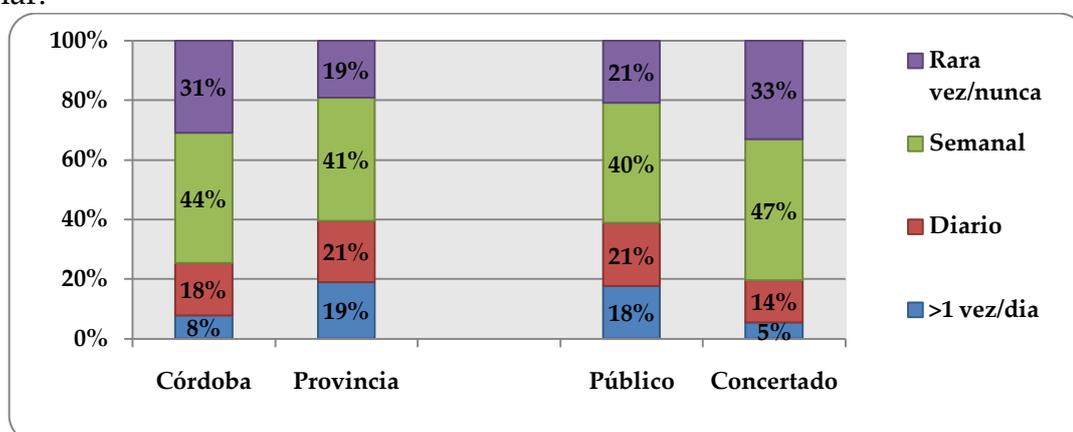
Figura 75: Frecuencia de ingesta de yogur según la localización y el carácter del centro escolar.



(J_i^2 Localización: 13,232, $p=0,021$. J_i^2 Carácter 47,391; $p<0,001$)

- **Helados:** El 33,2% toman helados diariamente. Es más frecuente en la provincia, en colegios públicos (Figura 76) y en niños cuyos padres o madres pertenecen a las clases IV y V (Tabla 46).

Figura 76: Frecuencia de ingesta de helados según localización y el carácter del centro escolar.



(J_i^2 Localización: 36,549; $p<0,001$. J_i^2 Carácter: 47,391; $p<0,001$)

Tabla 46: Frecuencia de ingesta de helados según la clase social paterna y materna.

		Frecuencia de helados			Estadístico
		Diario	Alguna vez/ semana	Rara vez/ nunca	
Clase social del padre	I	7 (11,7%)	33 (55,0%)	19 (31,7%)	Ji ² :47,686 p<0,001
	II	16 (18,8%)	44 (51,8%)	25 (29,4%)	
	III	34 (24,3%)	64 (45,7%)	42 (30,0%)	
	IV	194 (36,7%)	205 (38,8%)	129 (24,4%)	
	V	49 (42,2%)	50 (43,1%)	16 (13,8%)	
	VI	2 (22,2%)	4 (44,4%)	3 (33,3%)	
Clase social de la madre	I	1 (4,2%)	13 (54,2%)	10 (41,7%)	Ji ² :44,045 p<0,001
	II	19 (18,8 %)	44 (43,6%)	37 (36,6%)	
	III	31 (24,4%)	60 (47,2%)	36 (28,3%)	
	IV	44 (36,1%)	44 (36,1%)	34 (27,9%)	
	V	70 (40,0%)	67 (38,3%)	37 (21,1%)	
	VI	149 (36,8%)	177 (43,7 %)	79 (19,5%)	

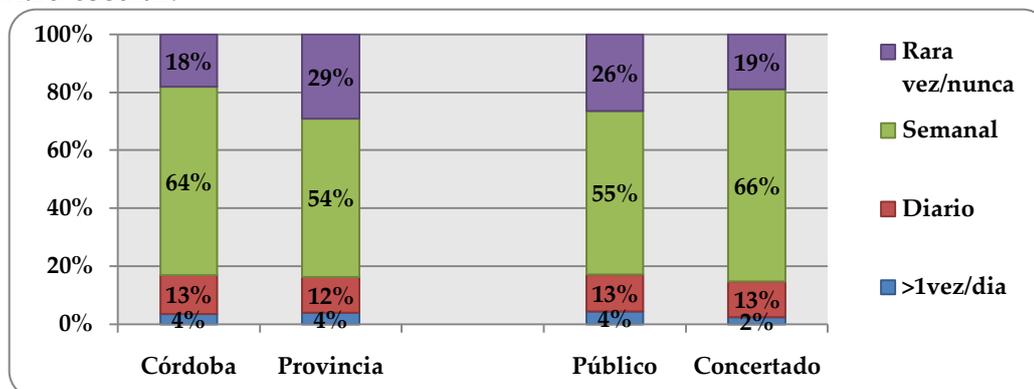
b. Grupo II: Carne y derivados cárnicos, pescados y huevos.

FRECUENCIA GRUPO II	>1 vez/día	Diaria	Semanal	Rara vez/ nunca
Carnes rojas	37 (3,8%)	123 (12,6%)	565 (58,1%)	153 (15,7%)
Carnes ave	42 (4,3%)	117 (12,0%)	612(62,6%)	192 (7,1%)
Embutidos	145(14,7%)	368 (37,4%)	356(36,1%)	115 (11,6%)
Pescado azul	49 (5,0%)	153 (15,5%)	618(62,8%)	162 (16,5%)
Pescado blanco	36 (3,7%)	102 (9,7%)	649(62,0%)	255 (25,9%)
Huevos	48 (4,9%)	169(17,2%)	670(68,3%)	82 (9,3%)

- ✓ Dentro del grupo de carnes y pescados, la edad es un factor influyente para la carne de ave (Tabla 47) y para el pescado azul (Figura 79). Las niñas toman más pescado azul que los niños (Figura 79).
- ✓ Respecto al tipo de colegio, la carne roja y los embutidos son más frecuentemente consumidas por aquellos alumnos de colegios públicos (Figura 77 y 78).
- ✓ La clase social paterna tiene influencia sobre el consumo de carne de ave y del pescado azul (Tabla 47 y 48).

- **Carnes rojas:** El consumo de carne roja no se modifica por el sexo, la edad ni la clase social de los padres y madres. El consumo es menor en colegios públicos y en centros de la provincia (Figura 77).

Figura 77: Frecuencia de consumo de carnes rojas según la localización y el carácter del centro escolar.



(Ji^2 Localización: 16,213; $p=0,001$. Ji^2 Carácter: 13,187; $p=0,004$)

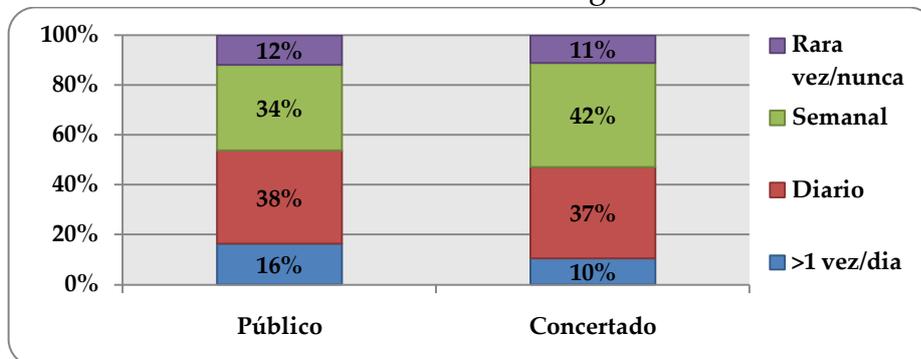
- **Carne de ave:** Es más frecuente su consumo en alumnos de mayor edad (31,1% de los alumnos de 13 años lo hacen diariamente) y aquellos cuyos padres pertenecen a la clase social V (23,9% lo consumen a diario) (Tabla 47).

Tabla 47: Frecuencia de consumo de carne de ave según la edad y la clase social del padre.

		Frecuencia de consumo de carne de ave			Estadístico
		Diario	Semanal	Rara vez/nunca	
Edad (años)	11	81 (14,1%)	374 (64,9%)	111 (19,3%)	Ji^2 : 24,529 $p=0,006$
	12	64 (17,9%)	216 (60,5%)	73 (20,4%)	
	≥13	14 (31,1%)	22 (48,9%)	8 (17,8%)	
Clase social del padre	I	6 (10,2%)	44 (74,6%)	8 (13,6%)	Ji^2 :26,021 $p<0,038$
	II	11 (12,9%)	56 (65,9%)	13 (15,3%)	
	III	20 (14,3%)	96 (68,6%)	24 (17,1%)	
	IV	84 (16,1%)	325 (62,1%)	106 (20,3%)	
	V	28 (23,9%)	63 (53,8%)	25 (21,4%)	
	VI	1 (11,1%)	7 (77,8%)	1 (11,1%)	

- **Embutidos:** El consumo de embutidos es más frecuente en colegios públicos que en concertados (Figura 78). No hemos hallado diferencias por el resto de variables independientes.

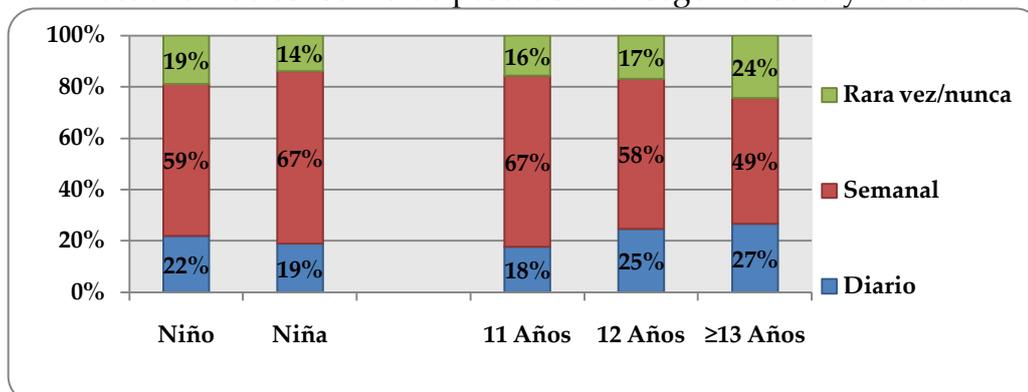
Figura 78: Frecuencia de consumo de embutidos según el carácter del centro escolar.



($Ji^2:13,619$; $p=0,18$)

- **Pescado azul:** La ingesta de pescado azul es mayor en niñas, a mayor edad (Figura 79) y en hijos de padres pertenecientes a las clases IV y V (Tabla 48).

Figura 79: Frecuencia de consumo de pescado azul según el sexo y la edad.



(Ji^2 Sexo: 13,491; $p=0,019$. Ji^2 Edad: 12,241; $p=0,05$)

Tabla 48: Frecuencia de ingesta de pescado azul según la clase social del padre.

Clase social del padre	Frecuencia de consumo de pescado azul			Estadístico
	Diario	Semanal	Rara vez/nunca	
I	7 (11,9%)	51 (86,4%)	1 (1,7%)	$Ji^2:35,139$ $p=0,002$
II	12 (14,1%)	63 (74,1%)	10 (11,8%)	
III	24 (17,1%)	98 (70%)	17 (12,1%)	
IV	118 (22,3%)	312 (59,1%)	97 (18,4%)	
V	26 (22,2%)	65 (55,6%)	26 (22,2%)	
VI	1 (11,1%)	8 (88,9%)	0 (0,0%)	

- **Pescado blanco**: No encontramos relación con las variables independientes
- **Huevos**: Su ingesta no tiene relación con las variables independientes.

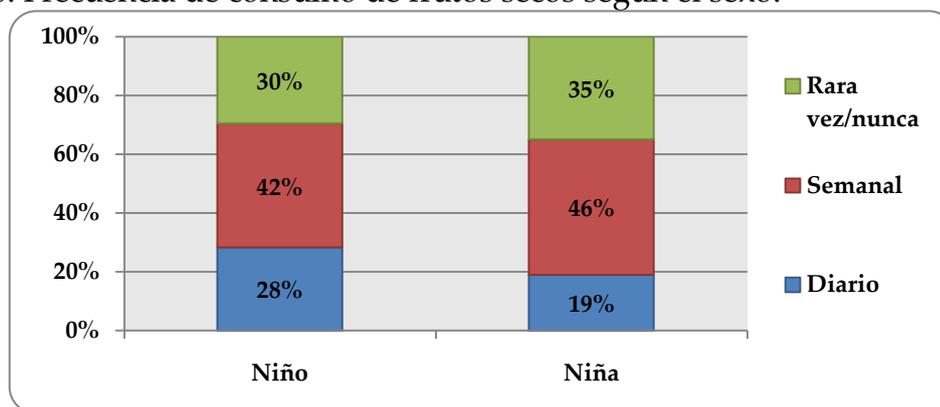
c. **Grupo III: Legumbres, tubérculos y frutos secos.**

FRECUENCIA GRUPO III	>1 vez/día	Diaria	Semanal	Rara vez/nunca
Legumbres	51 (5,1%)	218 (22,0%)	639 (64,5%)	82 (8,2%)
Frutos secos	94 (9,5%)	142 (14,4%)	434 (43,9%)	316 (32,0%)

✓ En este grupo de alimentos sólo encontramos influencia del sexo y del carácter del centro escolar en la ingesta de frutos seco (Figura 80 y 81).

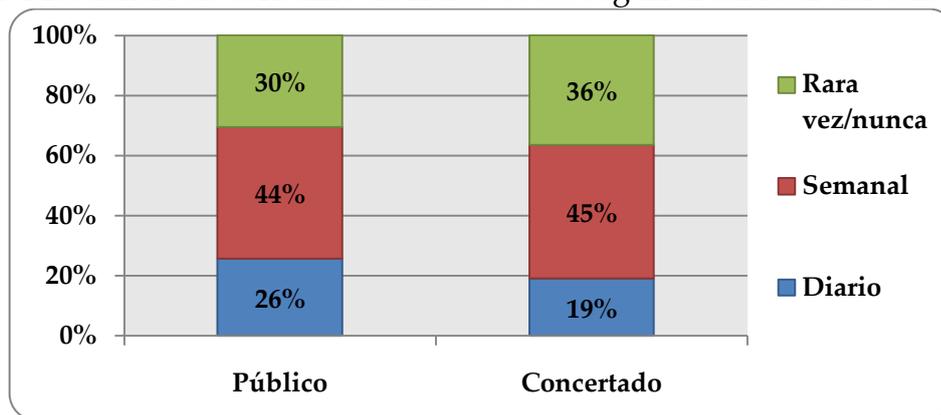
- **Legumbres**: Su consumo no guarda relación con las variables independientes.
- **Frutos secos**: Su consumo es más frecuente en niños (Figura 80) y en aquellos que acuden a colegios públicos (Figura 81). No tiene relación con el resto de variables independientes.

Figura 80: Frecuencia de consumo de frutos secos según el sexo.



(Ji^2 : 14,282; $p=0,003$)

Figura 81: Frecuencia de consumo de frutos secos según el carácter del centro escolar.



(Ji^2 : 12,250; $p=0,032$)

d. Grupo IV: Verduras y hortalizas.

FRECUENCIA GRUPO IV	>1 vez/ día	Diaria	Semanal	Rara vez/nunca
Verduras y hortalizas	121 (12,1%)	266 (26,7%)	428 (43,0%)	180 (18,0%)

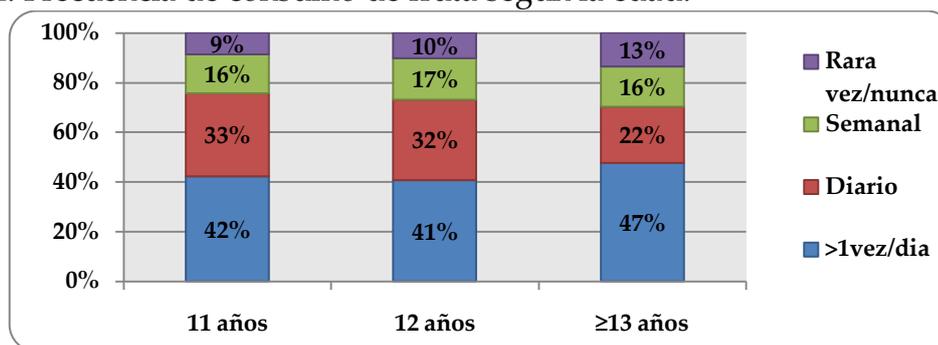
- Verduras y hortalizas: Su ingesta no está relacionada con ninguna de las variables independientes.

e. Grupo V: Frutas.

FRECUENCIA GRUPO V	>1 vez/ día	Diaria	Semanal	Rara vez/nunca
Fruta	418 (42,0%)	323 (32,4%)	160 (16,1%)	94 (9,4%)

- Fruta: El consumo de fruta se hace de forma diaria en el 75,6% de los niños de 11 años frente al 68,9% de aquellos de 13 años (Figura 82).

Figura 82: Frecuencia de consumo de fruta según la edad.



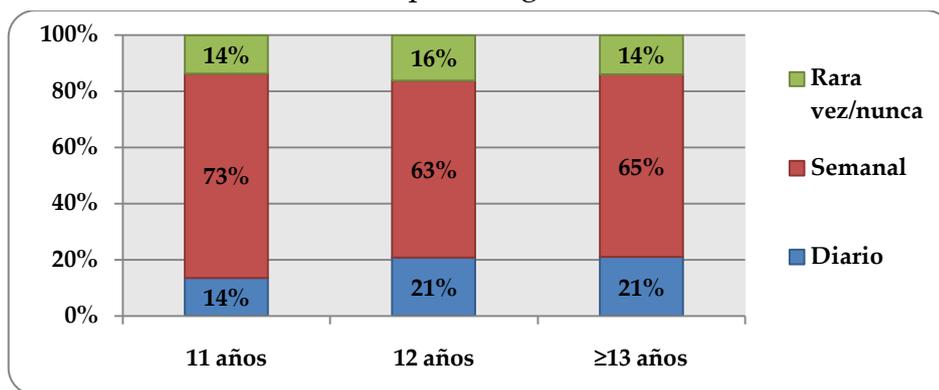
($Ji^2:23,056$; $p=0,001$)

f. **Grupo VI: Cereales, pasta y pan (blanco, integral y de molde).**

FRECUENCIA GRUPO VI	>1 vez/día	Diaria	Semanal	Rara vez/nunca
Cereales	91 (9,3%)	263 (26,8%)	454 (46,3%)	163 (68%)
Pasta	48 (4,9%)	112 (11,5%)	671 (68,9%)	132 (14,6%)
Pan Blanco	353 (35,8%)	318 (32,3%)	181 (18,4%)	124 (12,6%)
Pan integral	56 (5,7%)	87 (8,9%)	122 (12,5%)	703 (71,9%)
Pan de Molde	83 (8,5%)	234 (23,9%)	424 (43,3%)	235 (24,0%)

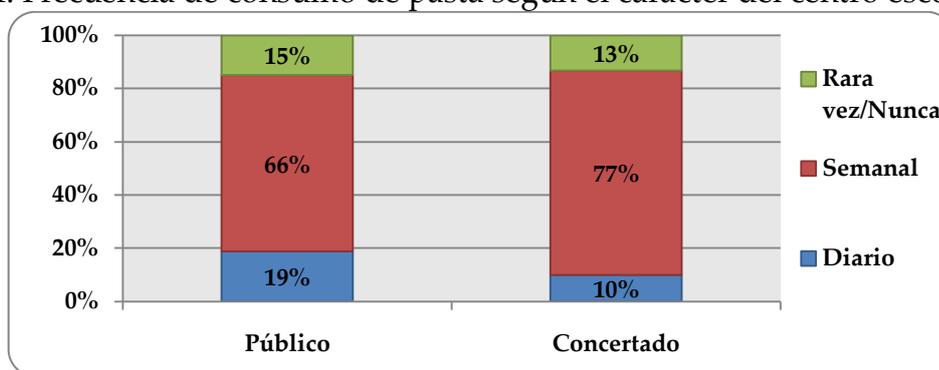
- ✓ El consumo de este grupo de alimentos no se relaciona con el sexo ni con la clase social paterna o materna.
 - ✓ La pasta se consume con más frecuencia con la edad (Figura 83).
 - ✓ La pasta, el pan blanco y el pan de molde se consumen de forma más frecuente en colegios públicos (Figura 84, 85 y 86).
 - ✓ El pan de molde es más frecuente en los alumnos de la capital mientras que el blanco lo es en la provincia (Figura 85 y 86).
 - ✓ La clase social del padre influye en el consumo de pasta (Tabla 49).
- **Cereales:** Su consumo no se ve influenciado por las variables independientes.
 - **Pasta:** La ingesta diaria de pasta aumenta con la edad (Figura 83) y en los colegios públicos (Figura 84); y en hijos de padres pertenecientes a la clase social IV y V (Tabla 49).

Figura 83: Frecuencia de consumo de pasta según la edad.



(Ji^2 : 29,133; $p=0,001$)

Figura 84: Frecuencia de consumo de pasta según el carácter del centro escolar.



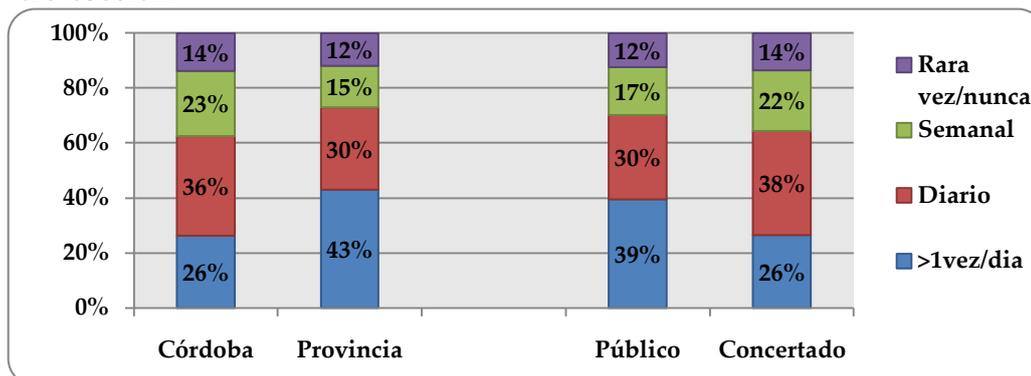
(Ji^2 : 13,415; $p=0,004$)

Tabla 49: Frecuencia de ingesta de pasta según la clase social del padre.

Clase social del padre	Frecuencia del consumo de pasta			Estadístico
	Diario	Semanal	Rara vez/nunca	
I	5 (8,5%)	46 (78,0%)	8 (13,6%)	$Ji^2:29,646$ $p=0,013$
II	4 (4,8%)	65 (78,3%)	13 (15,7%)	
III	18 (12,9%)	101 (72,7%)	20 (14,4%)	
IV	92 (17,6%)	354 (67,7%)	77 (14,7%)	
V	26 (22,0%)	75 (63,7%)	17 (14,4%)	
VI	0 (0,0%)	6 (66,7%)	3 (33,3%)	

- **Pan Blanco:** El consumo se hace más de una vez al día en un mayor porcentaje en niños de centros escolares de la provincia y en centros públicos (Figura 85). No hay relación con el resto de las variables independientes.

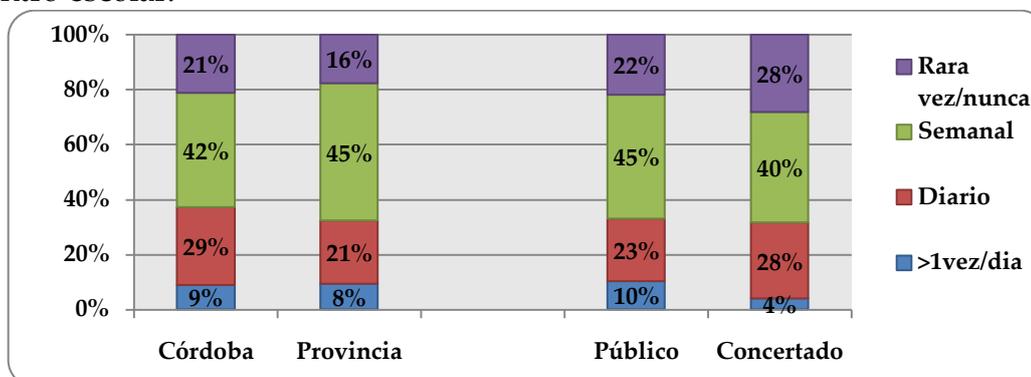
Figura 85: Frecuencia de consumo de pan blanco según la localización y el carácter del centro escolar.



(Ji^2 Localización: 30,749; $p < 0,0001$. Ji^2 Carácter: 15,711; $p = 0,008$)

- **Pan integral:** Su consumo no se ve influenciado por la edad, el sexo, la localización, el carácter del centro ni la clase social de la madre o del padre.
- **Pan de molde:** La ingesta de pan de molde diaria se hace en un mayor porcentaje en alumnos de centros de Córdoba y de colegios públicos (Figura 86). No tiene relación con el resto de variables independientes.

Figura 86: Frecuencia de consumo de pan de molde según la localización y el carácter del centro escolar.



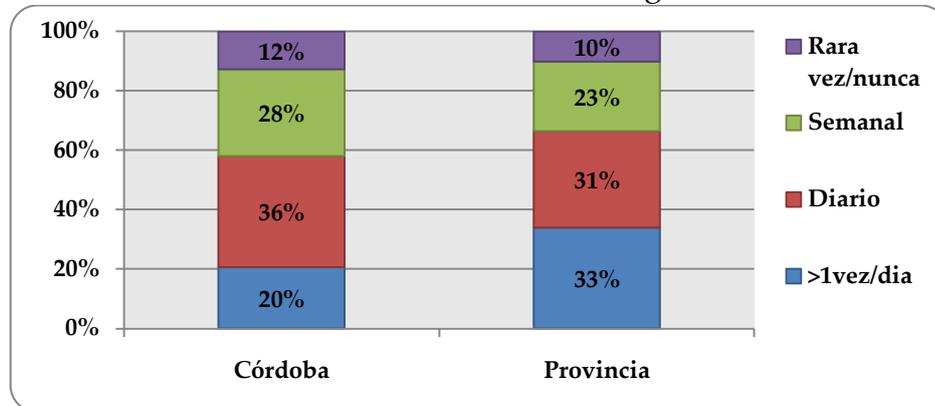
(Ji^2 Localización: 17,776; $p = 0,003$. Ji^2 Carácter: 17,275; $p = 0,004$)

g. **Grupo VII: Grasas.**

FRECUENCIA GRUPO VII	>1vez/día	Diaria	Semanal	Rara vez/nunca
Aceite de oliva	27,1 (27,5%)	327 (33,1%)	245 (24,8%)	107 (10,8%)
Aceite de girasol	82 (8,3%)	140 (14,2%)	248 (25,2%)	425 (23,2%)

- **Aceite de oliva:** Es el más consumido. Éste es más usado en la provincia (Figura 87) que en la capital. No se encuentra relación con el resto de variables independientes.

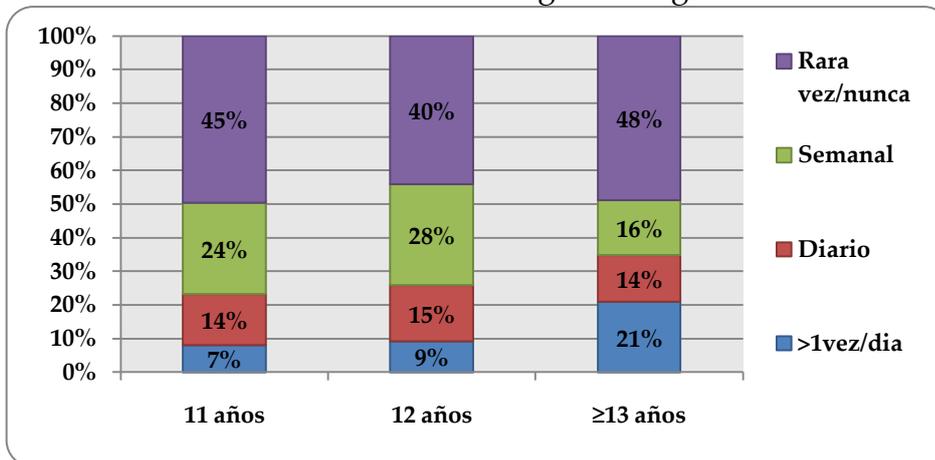
Figura 87: Frecuencia de consumo de aceite de oliva según la localización.



($Ji^2: 23,180; p<0,0001$)

- **Aceite de girasol:** Su consumo se hace de forma diaria en un mayor porcentaje en los niños de mayor edad (Figura 88) y en niños cuyos padres pertenecen a la clase social IV, V y VI (Tabla 50). No hay relación significativa con el resto de variables independientes.

Figura 88: Frecuencia de consumo de aceite de girasol según la edad.



($Ji^2:24,237; p=0,007$)

Tabla 50: Frecuencia de consumo de aceite de girasol según la clase social del padre.

Clase social del padre	Frecuencia del consumo de aceite de girasol				Estadístico
	>1 vez/día	Diario	Alguna vez/semana	Rara vez/nunca	
I	1 (1,7%)	9 (15,0%)	14 (23,3%)	27 (45,0%)	Ji ² :29,646 p=0,013
II	1 (1,2%)	8 (9,5%)	25 (29,8%)	36 (42,8%)	
III	7 (5,0%)	16 (11,3%)	33 (23,4%)	74 (52,5%)	
IV	50 (9,5%)	82 (15,5%)	135 (25,6%)	212 (40,1%)	
V	14 (12%)	17 (14,5%)	31 (26,5%)	51 (43,6%)	
VI	2 (22,2%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	

h. Otros: Bebidas, bolsas fritos y golosinas.

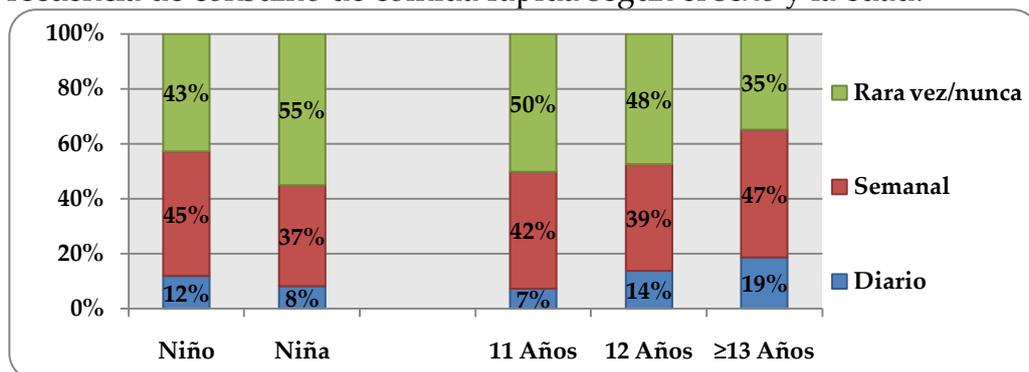
FRECUENCIA	>1 vez/día	Diaria	Semanal	Rara vez/nunca
Comida rápida	36 (3,7%)	63 (6,4%)	403(41,2%)	474 (38,5%)
Refrescos	273 (27,7%)	231 (23,4%)	311 (31,5%)	172 (17,5%)
Zumos	356 (35,9%)	308 (31,0%)	224 (22,6%)	105 (10,6%)
Café/Té	20 (2,0%)	51 (5,1%)	102 (10,4%)	801 (81,8%)
Chocolate	85 (8,6%)	160 (16,1%)	449 (45,2%)	297 (29,9%)
Dulces	84 (8,5%)	157 (15,8%)	429 (43,3%)	320 (32,3%)
Golosinas	179 (18%)	202 (20,3%)	418 (42,1%)	195 (19,6%)
Bolsas Fritos	143 (14,4%)	193 (19,4%)	452 (45,5%)	205 (20,6%)

- ✓ La comida rápida, los refrescos y los zumos se consumen más entre los niños que las niñas (Figura 89, 90 y 92).
- ✓ La comida rápida, los refrescos, el café o té, el chocolate y las golosinas son más frecuentemente consumidas por los alumnos de mayor edad (Figura 89, 90, 94, 95, 97).
- ✓ Estos alimentos son más habituales en centros públicos de la provincia con excepción del café/té donde no se encuentra relación (Figura 91, 93, 95, 96, 98 y 99. Tabla 51).
- ✓ En relación con la clase social de los padres, la comida rápida, los refrescos, los dulces, las golosinas y las bolsas de fritos son más comunes

en aquellos alumnos con padres o madres de clase social IV y V (Figura 100 y 101. Tabla 51, 52, 53 y 54).

- **Comida rápida:** Su consumo es más frecuente en niños, a mayor edad (Figura 89), en colegios públicos y en aquellos alumnos con padres o madres de clase social englobados en los grupos IV y V (Tabla 51).

Figura 89: Frecuencia de consumo de comida rápida según el sexo y la edad.



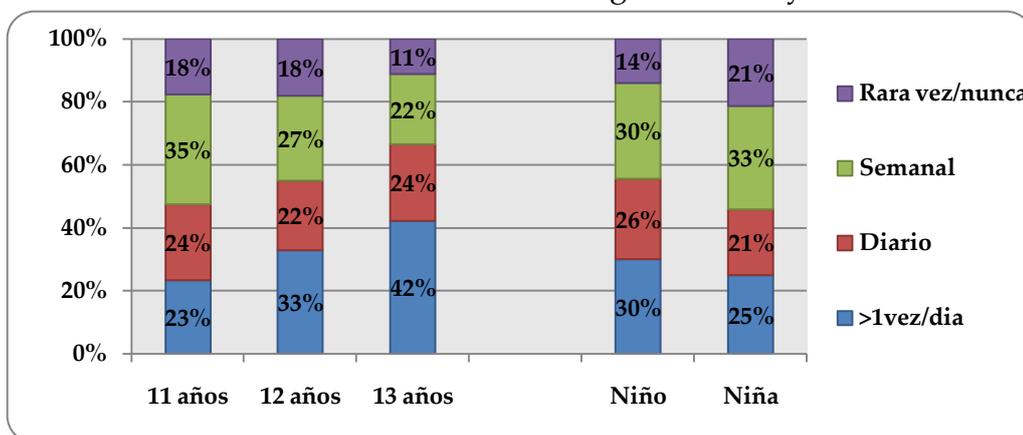
(Ji^2 Sexo: 16,160; $p=0,001$. Ji^2 Edad: 16,113; $p=0,013$)

Tabla 51: Frecuencia de consumo de comida rápida según el carácter del centro escolar, la clase social del padre y de la madre.

		Frecuencia del consumo de comida rápida			Estadístico
		Diario	Semanal	Rara vez/nunca	
Carácter del centro	Público	83 (11,6%)	307 (42,8%)	327 (45,5%)	Ji^2 : 12,231 $p=0,007$
	Concertado	16 (6,2%)	96 (6,2%)	147 (56,8%)	
Clase social del padre	I	1 (1,7%)	19 (32,2%)	39 (66,1%)	Ji^2 :27,761 $p=0,023$
	II	3 (3,5%)	31 (36,5%)	51 (60,0%)	
	III	10 (7,2%)	55 (39,6%)	74 (53,2%)	
	IV	58 (11,0%)	222 (42,3%)	244 (46,5%)	
	V	18 (15,4%)	54 (46,2%)	45 (38,5%)	
	VI	0 (0,0%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	
Clase social de la madre	I	0 (0,0%)	7 (29,2%)	17 (70,8%)	Ji^2 :30,765 $p=0,009$
	II	2 (2,0%)	37 (36,6%)	62 (61,4%)	
	III	11 (8,9%)	50 (40,3%)	62 (50,0%)	
	IV	17 (13,8%)	53 (43,1%)	53 (43,1%)	
	V	21 (12,1%)	82 (47,4%)	70 (40,5%)	
	VI	44 (10,9%)	163 (40,4%)	196 (48,6%)	

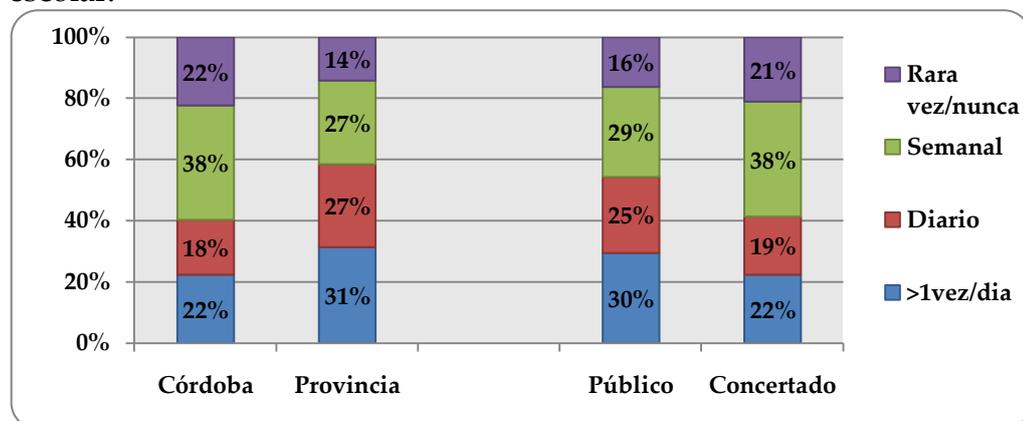
- **Refrescos:** Su consumo aumenta con la edad y es mayor en los niños que en las niñas (Figura 90), en alumnos de la provincia, en colegios públicos (Figura 91), y en aquellos alumnos cuyos progenitores pertenecen a la categoría profesional IV-V (Tabla 52).

Figura 90: Frecuencia de consumo de refrescos según la edad y el sexo.



(Ji^2 Edad: 19,710; $p=0,011$. Ji^2 Sexo: 12,991; $p=0,011$)

Figura 91: Frecuencia del consumo de refrescos según la localización y carácter del centro escolar.



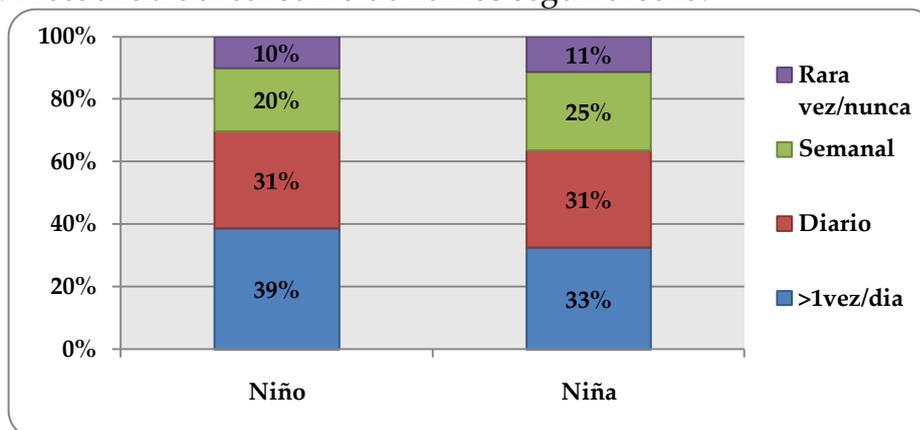
(Ji^2 Localización: 32,284; $p<0,0001$. Ji^2 Carácter: 13,327; $p<0,010$)

Tabla 52: Frecuencia del consumo de refrescos según la clase social del padre y de la madre.

		Frecuencia de consumo de refrescos				Estadístico
		>1 vez/día	Diario	Semanal	Rara vez/nunca	
Clase social del padre	I	5 (8,5%)	13 (22,0%)	26 (44,1%)	15 (25,4%)	Ji ² :71,36 p<0,0001
	II	9 (10,6%)	19 (22,4%)	38 (44,7%)	19 (23,4%)	
	III	29 (20,7%)	31 (22,1%)	47 (33,6%)	33 (23,6%)	
	IV	169 (32,0%)	137 (25,9%)	140 (26,5%)	82 (15,6%)	
	V	44 (37,3%)	23 (19,5%)	36 (30,5%)	15 (12,7%)	
	VI	1 (11,1%)	1 (11,1%)	7 (77,8%)	0 (0,0%)	
Clase social de la madre	I	2 (8,3%)	3 (12,5%)	13 (54,2%)	6 (25,0%)	Ji ² :69,01 p<0,0001
	II	10 (10,0%)	21 (21,0%)	47 (47,0%)	22 (22,0%)	
	III	28 (21,9%)	24 (18,8%)	44 (34,4%)	32 (25,0%)	
	IV	31 (25,6%)	28 (23,1%)	48 (39,7%)	14 (11,6%)	
	V	57 (32,8%)	44 (25,3%)	43 (24,7%)	30 (17,2%)	
	VI	135 (33,2%)	106 (26,0%)	108 (26,5%)	58 (14,3%)	

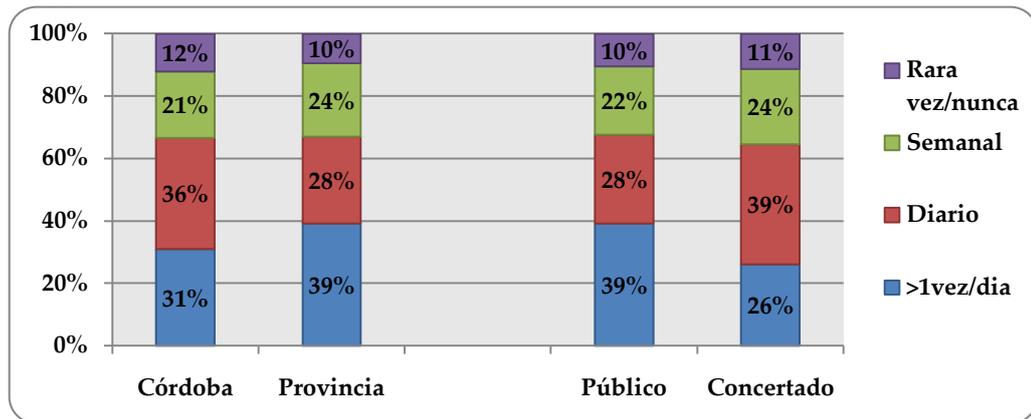
- **Zumos:** Hay una mayor ingesta en niños (Figura 92); en colegios públicos y en aquellos de la provincia (Figura 93).

Figura 92: Frecuencia del consumo de zumos según el sexo.



(Ji²:12,256; p=0,016)

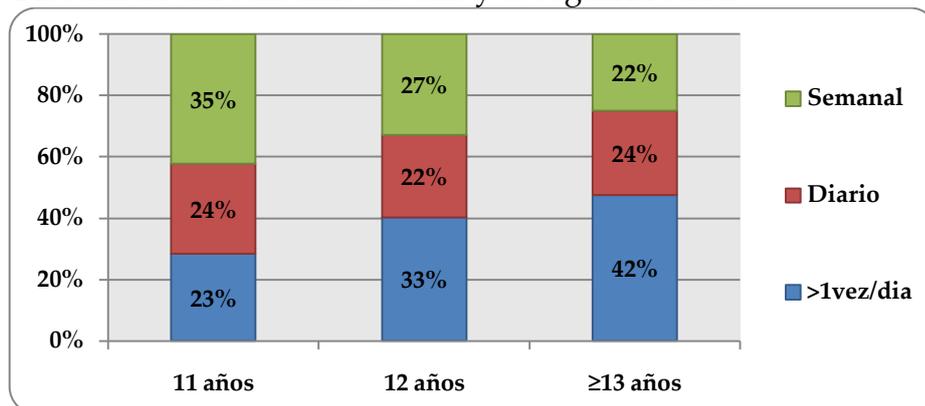
Figura 93: Frecuencia del consumo de zumos según la localización y el carácter del centro escolar.



(Ji^2 Carácter: 17,954; $p=0,001$. Ji^2 Localización: 15,585; $p=0,004$)

- **Café o Té:** Su ingesta es más frecuente con la edad (Figura 94). No hay relación con el resto de variables independientes.

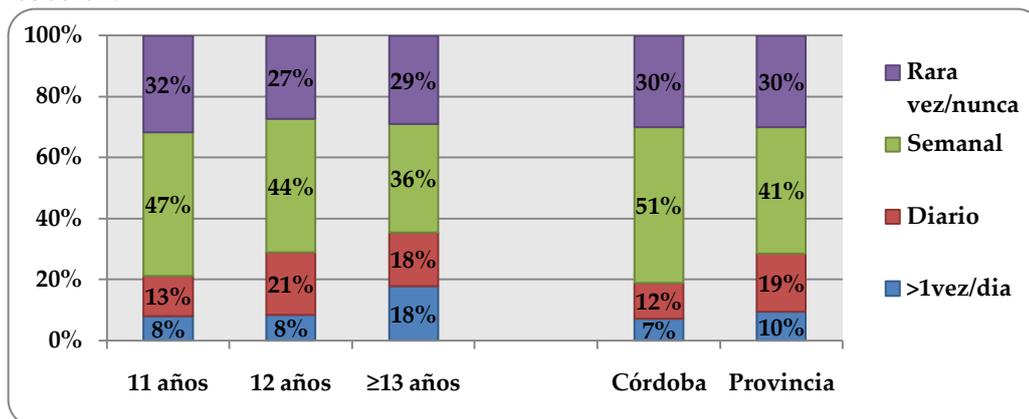
Figura 94: Frecuencia del consumo de café y té según la edad.



(Ji^2 :15,644; $p=0,016$)

- **Chocolate:** El consumo es mayor conforme aumenta la edad y en colegios de la provincia (Figura 95).

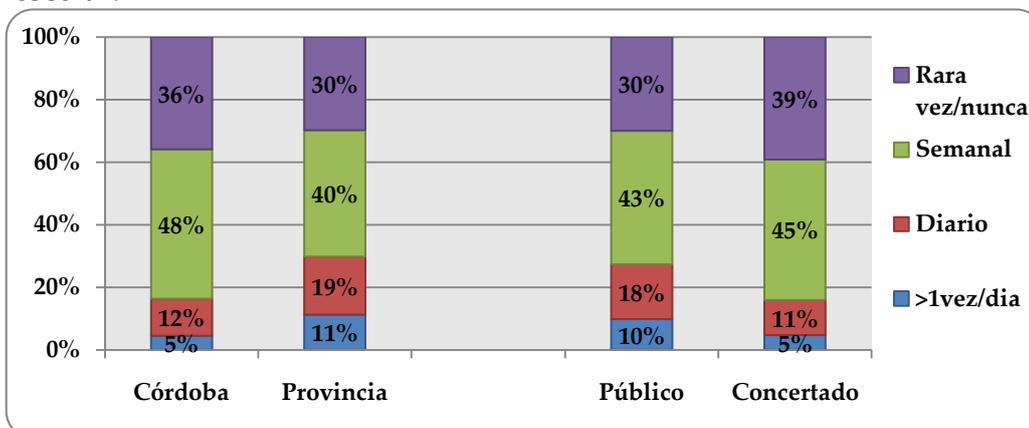
Figura 95: Frecuencia del consumo de chocolate según la edad y la localización del centro escolar.



(Ji^2 Edad: 17,006; $p=0,009$. Ji^2 Localización: 14,383; $p=0,013$)

- **Dulces:** La ingesta de dulces es también superior en centros de la provincia, en colegios públicos (Figura 96), en alumnos cuyos padres pertenecen a la clase social IV y V, y cuyas madres pertenecen a la clase social V y VI (Tabla 53).

Figura 96: Frecuencia del consumo de dulces según la localización y el carácter del centro escolar.



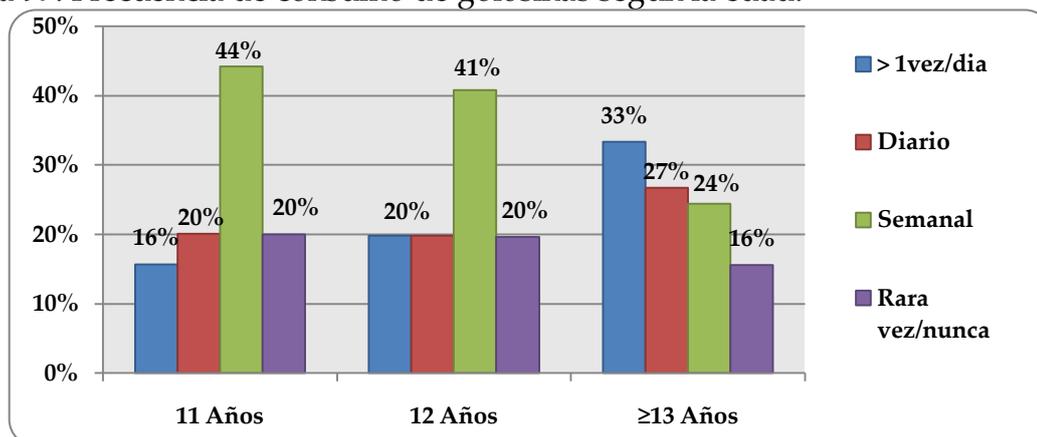
(Ji^2 Localización: 26,230; $p<0,0001$. Ji^2 Carácter: 16,421; $p=0,006$)

Tabla 53: Frecuencia del consumo de dulces según la clase social del padre y de la madre.

		Frecuencia del consumo de dulces				Estadístico
		>1 vez/día	Diario	Semanal	Rara vez/nunca	
Clase social del padre	I	1 (1,7%)	3 (5,0%)	28 (46,7%)	28 (46,7%)	Ji ² :49,15 p=0,003
	II	6 (7,1%)	9 (10,6%)	32 (37,6%)	38 (44,7%)	
	III	9 (6,4%)	23 (16,4%)	44 (31,4%)	64 (45,7%)	
	IV	48 (9,1%)	96 (18,1%)	240 (45,3%)	145 (27,4%)	
	V	12 (10,1%)	16 (13,4%)	63 (52,9%)	28 (23,5%)	
	VI	0 (0,0%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	3 (33,3%)	
Clase social de la madre	I	0 (0,0%)	2 (8,3%)	10 (41,7%)	12 (50,0%)	Ji ² :43,23 p=0,013
	II	1 (1,0%)	7 (6,9%)	52 (51,5%)	41 (40,6%)	
	III	8 (6,2%)	15 (11,6%)	56 (43,3%)	50 (38,8%)	
	IV	10 (8,2%)	22 (18,0%)	59 (48,4%)	31 (25,4%)	
	V	15 (8,6%)	32 (18,4%)	79 (45,4%)	48 (27,6%)	
	VI	45 (11,0%)	71 (17,4%)	161 (19,5%)	130 (31,9%)	

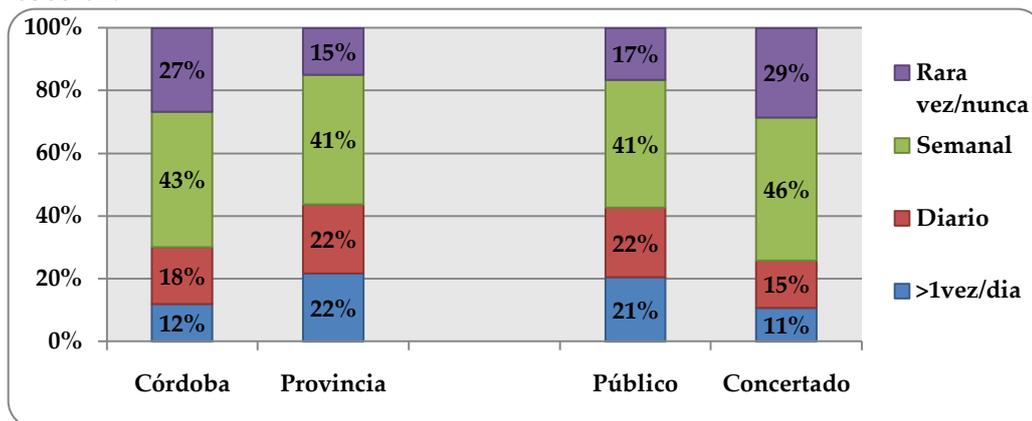
- **Golosinas:** Su ingesta es mayor con la edad (Figura 97), así como en centros públicos, en la provincia (Figura 98) y en alumnos con progenitores pertenecientes a la clase social V (Tabla 54).

Figura 97: Frecuencia de consumo de golosinas según la edad.



(Ji²:17,374; p=0,026)

Figura 98: Frecuencia de consumo de golosinas según la localización y el carácter del centro escolar.



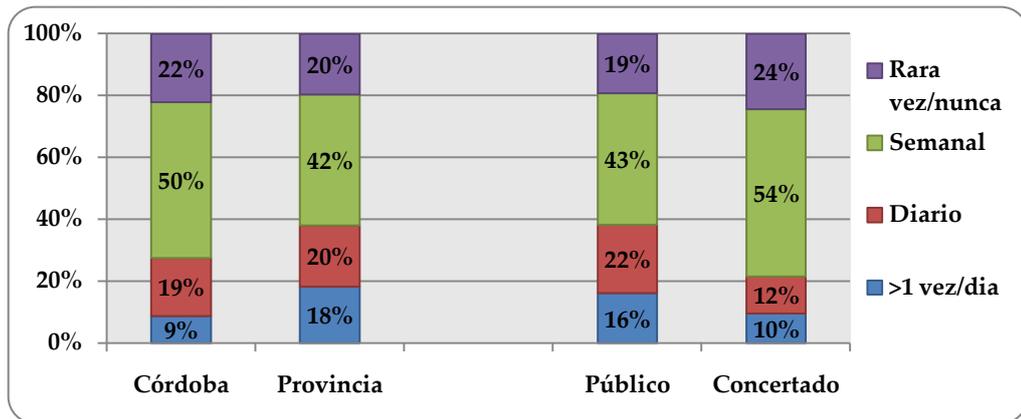
(J^2 Localización: 31,037; $p < 0,0001$. J^2 Carácter: 30,283; $p < 0,0001$)

Tabla 54: Frecuencia del consumo de golosinas según la clase social de los progenitores.

	Frecuencia del consumo de golosinas				Estadístico	
	>1 vez/día	Diario	Semanal	Rara vez/nunca		
Clase social del padre	I	2 (3,3%)	8 (13,3%)	33 (55,0%)	17 (28,3%)	$J^2: 65,18$ $p < 0,0001$
	II	9 (10,6%)	13 (15,3%)	36 (42,4%)	27 (31,8%)	
	III	18 (12,8%)	29 (20,6%)	61 (43,3%)	33 (23,4%)	
	IV	96 (18,0%)	118 (22,2%)	222 (41,7%)	96 (18,0%)	
	V	39 (32,8%)	18 (15,1%)	50 (42,0%)	12 (10,1%)	
	VI	1 (11,1%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	
Clase social de la madre	I	1 (4,2%)	2 (8,3%)	8 (33,3%)	13 (54,2%)	$J^2: 66,21$ $p < 0,0001$
	II	5 (5,0%)	18 (18,0%)	57 (57,0%)	20 (20,0%)	
	III	13 (10,1%)	17 (13,2%)	59 (45,7%)	40 (31,0%)	
	IV	26 (21,5%)	24 (19,8%)	52 (43,0%)	19 (15,7%)	
	V	41 (23,4%)	38 (21,7%)	70 (40,0%)	26 (14,9%)	
	VI	85 (20,6%)	92 (22,3%)	163 (39,6%)	72 (17,5%)	

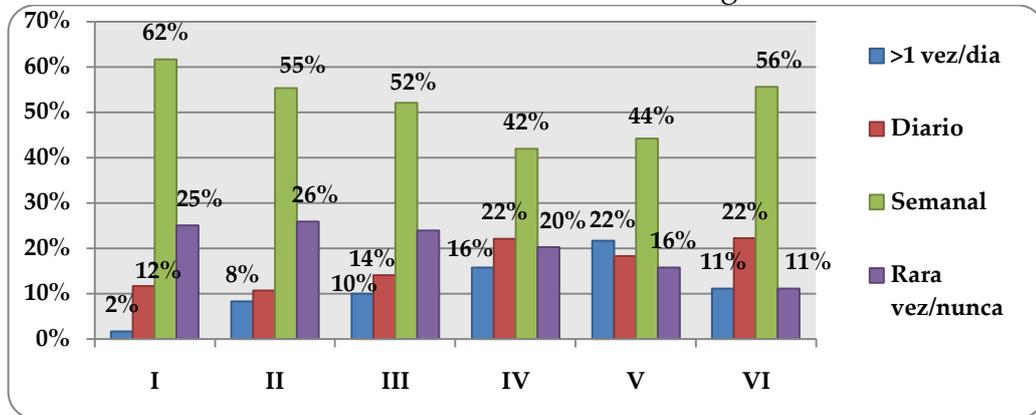
- **Bolsas de fritos:** Su consumo es mayor en colegios públicos, la provincia (Figura 99) y en alumnos con madres o padres pertenecientes a la clase IV y V (Figura 100 y 101).

Figura 99: Frecuencia de consumo de bolsas de fritos según la localización y el carácter de centro escolar.



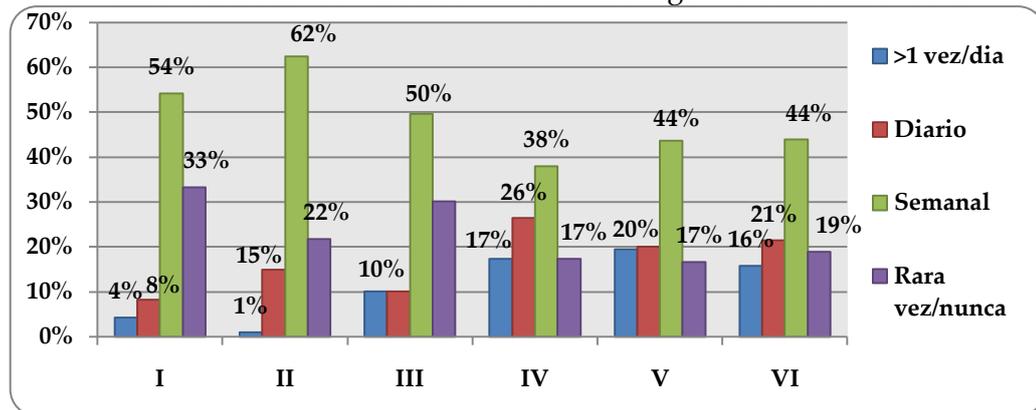
(Ji^2 Localización: 21,176; $p=0,001$. Ji^2 Carácter: 26,778; $p<0,0001$)

Figura 100: Frecuencia de consumo de bolsas de fritos según la clase social del padre.



(Ji^2 : 44,237; $p=0,010$)

Figura 101: Frecuencia de consumo de bolsas de fritos según la clase social de la madre.



(Ji^2 :63,080; $p<0,0001$)

❖ **Dendograma:** En este se observan agrupaciones de alimentos que definen un patrón de consumo (Figura 102).

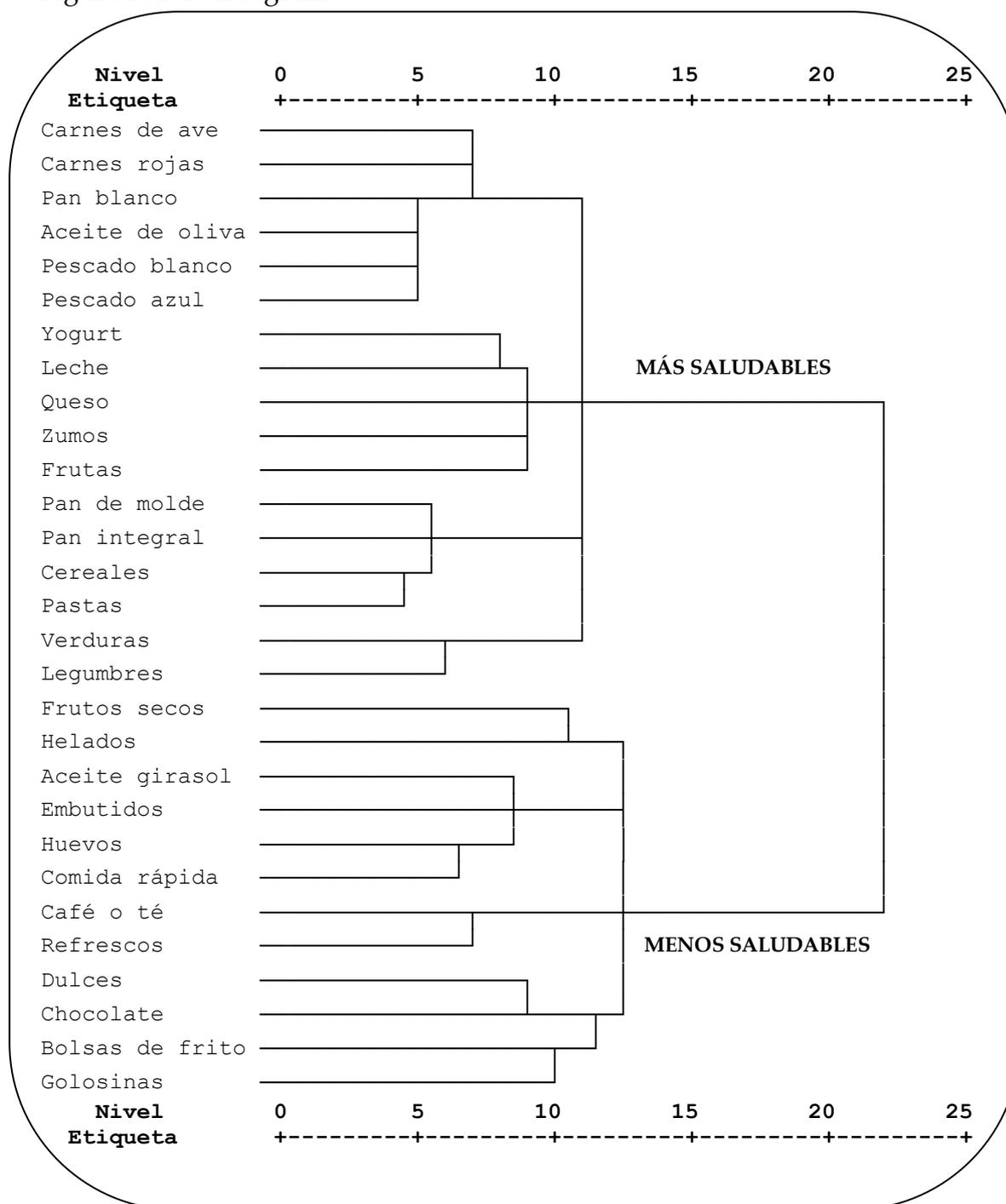
✓ **Alimentos más saludables:**

- Alimentos proteicos: carnes y pescados.
- Alimentos ricos en hidratos de carbono, fibra y micronutrientes: pastas, legumbres, pan integral, cereales, verduras, frutas y zumos.
- Alimentos lácteos: leche, yogurt y queso.
- Otros alimentos: aceite de oliva (grasas), y pan (blanco y de molde).

✓ **Alimentos menos saludables:**

- Alimentos proteicos y grasos: embutidos, huevos, comida rápida (hamburguesas y perritos calientes), aceite de girasol y frutos secos.
- Alimentos ricos en hidratos de carbono de rápida absorción y grasas saturadas: chocolate, golosinas, dulces y bolsas de fritos.
- Alimentos lácteos: helados (grasas industriales)
- Otros alimentos: café o té (estimulantes).

Figura 102: Dendograma.



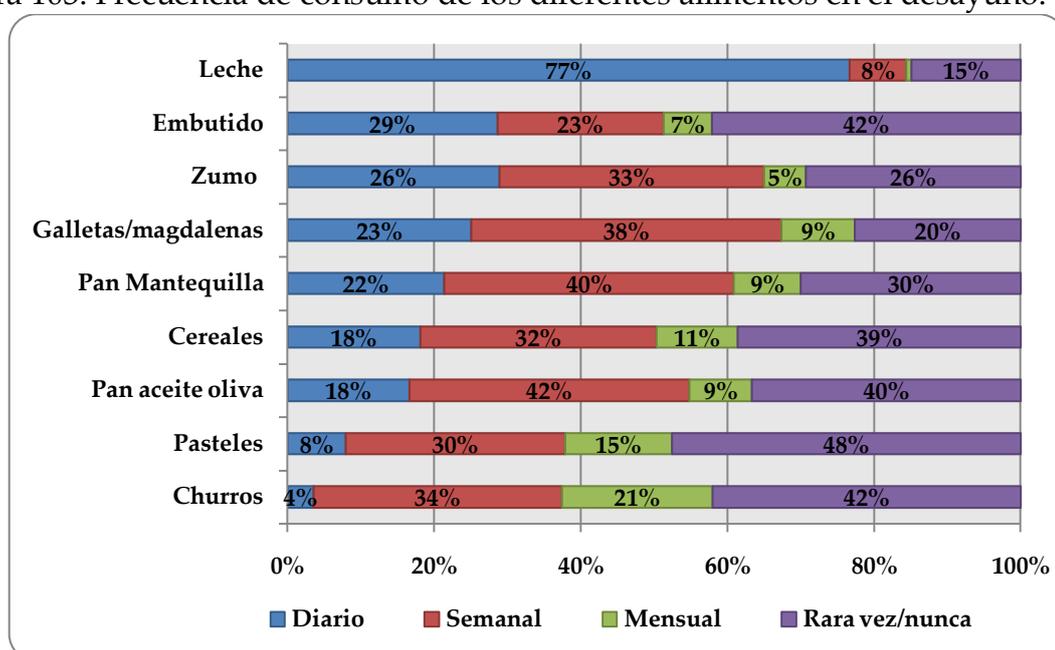
6.2. El desayuno:

El 90% de los alumnos encuestados tienen el hábito de desayunar antes de ir al colegio. No se encuentra relación con las variables independientes.

- ✓ La leche es el alimento más comúnmente consumido junto con los embutidos y bollería (Figura 103).

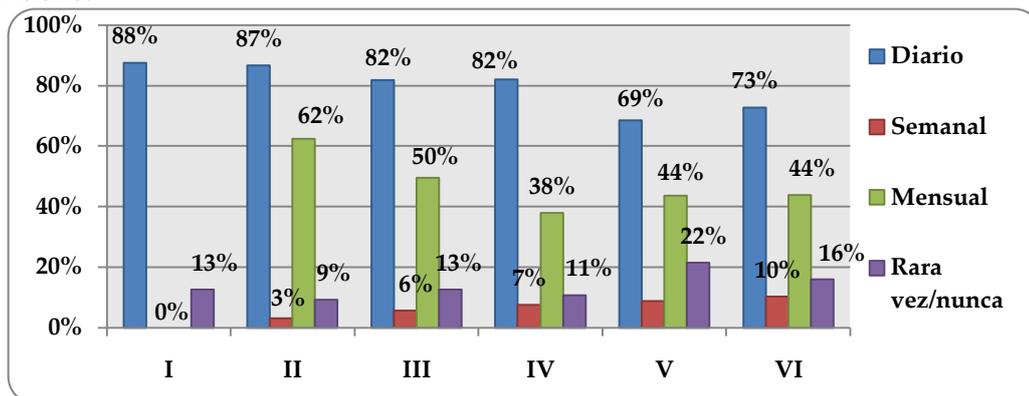
- ✓ No hay diferencia del tipo de desayuno según la edad ni el sexo, excepto por los embutidos y los zumos de fruta que son más frecuentes en niñas (Figura 105, 107).
- ✓ Los embutidos, galletas, pasteles y churros se ingieren con mayor frecuencia en la provincia, mientras que los zumos de fruta se toman más en la capital (Figura 106, 108, 109, 110, 111).
- ✓ La clase social del padre tiene relación con el consumo de zumos de fruta, pasteles y churros; la de la madre con el de leche (Figura 104. Tablas 55, 56 y 57).

Figura 103: Frecuencia de consumo de los diferentes alimentos en el desayuno.



- **Leche:** El 77% toman leche a diario sin encontrar diferencias significativas por edad, sexo, localización ni carácter del centro escolar. El 69 % de los alumnos cuyas madres pertenecen a la clase social V toman leche a diario y el 22% lo hace rara vez o nunca (Figura 104).

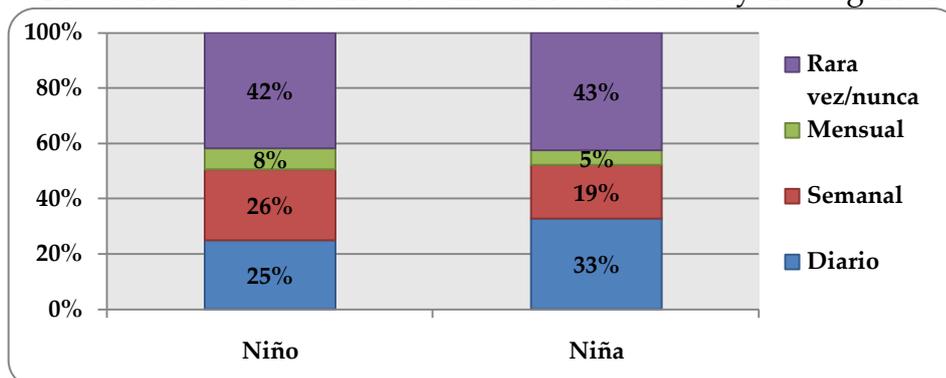
Figura 104: Frecuencia de ingesta de leche durante el desayuno según la clase social de la madre.



($Ji^2:25,858; p=0,040$)

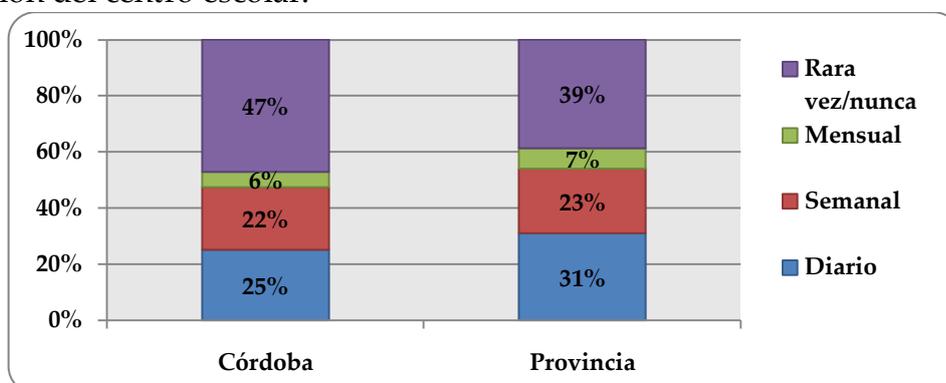
- **Embutidos:** El consumo diario de embutidos es más frecuente en el sexo femenino (Figura 105) y en colegios de la provincia (Figura 106).

Figura 105: Frecuencia del consumo de embutidos en el desayuno según el sexo.



($Ji^2: 10,903; p=0,012$)

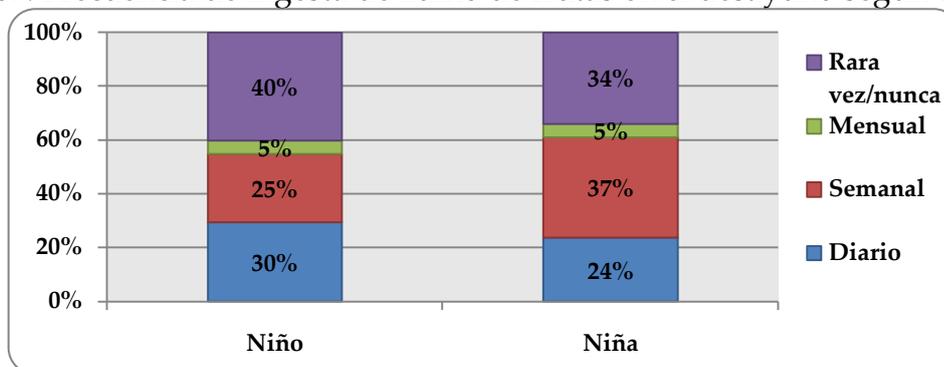
Figura 106: Frecuencia de consumo de embutidos en el desayuno según la localización del centro escolar.



($Ji^2:7,813; p=0,05$)

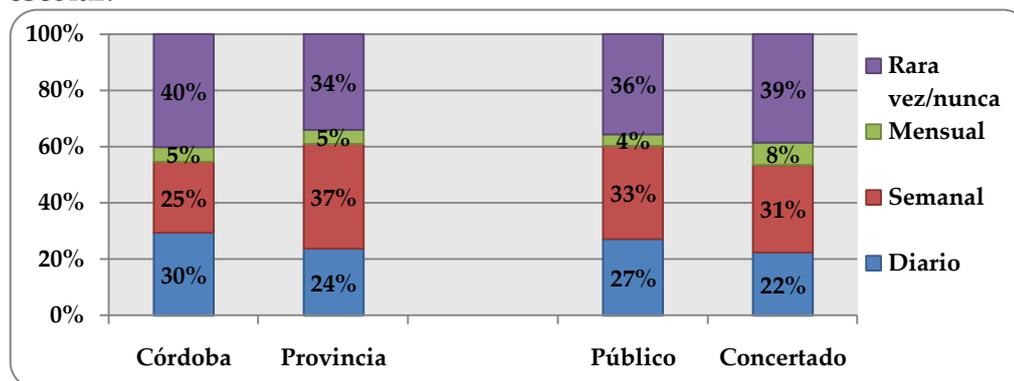
- **Zumo de fruta:** Su ingesta se hace de forma diaria en mayor porcentaje en las niñas (Figura 107), en los colegios de la capital, en aquellos centros públicos (Figura 108) y en alumnos cuyos padres pertenecen a las clases sociales I y II (Tabla 55).

Figura 107: Frecuencia de ingesta de zumo de frutas en el desayuno según el sexo.



(Ji^2 : 8,870; $p=0,031$)

Figura 108: Frecuencia de ingesta de zumo de fruta según localización y carácter del centro escolar.



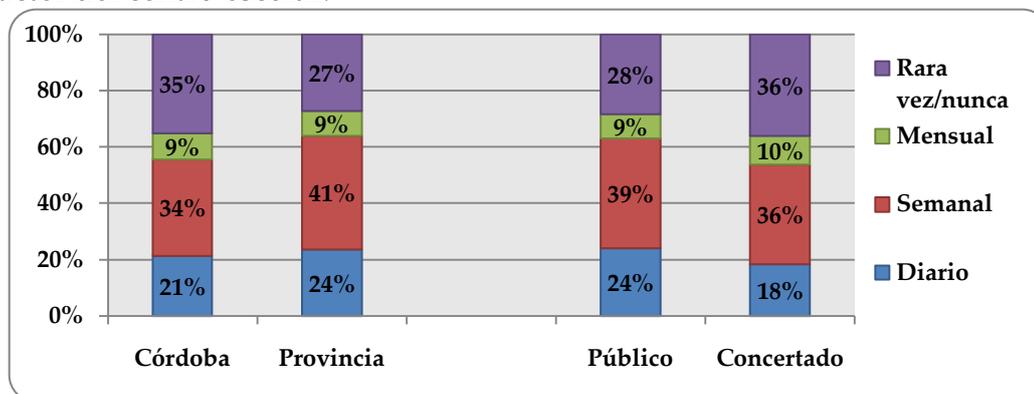
(Ji^2 Localización: 15,757; $p=0,001$. Ji^2 Carácter: 7,586; $p=0,05$)

Tabla 55: Frecuencia del consumo de zumo según la clase social del padre.

Clase social del padre	Frecuencia del consumo de zumos				Estadístico
	Diario	Semanal	Mensual	Rara vez/nunca	
I	20 (33,9%)	13 (22,0%)	2 (3,4%)	24 (40,7%)	$Ji^2:27,736$ $p=0,023$
II	28 (35,4%)	15 (19,0%)	2 (2,5%)	34 (43,0%)	
III	34 (25,0%)	49 (36,0%)	6 (4,4%)	47 (34,6%)	
IV	129 (24,8%)	167 (32,1%)	30 (5,8%)	195 (37,4%)	
V	23 (20,7%)	53 (47,7%)	4 (3,6%)	31 (27,9%)	
VI	3 (33,3%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)	4 (44,4%)	

- **Galletas y magdalenas:** Su ingesta diaria es mayor en centros públicos y en aquellos de la provincia (Figura 109); No hay relación con la edad ni con la clase social de los padres o madres.

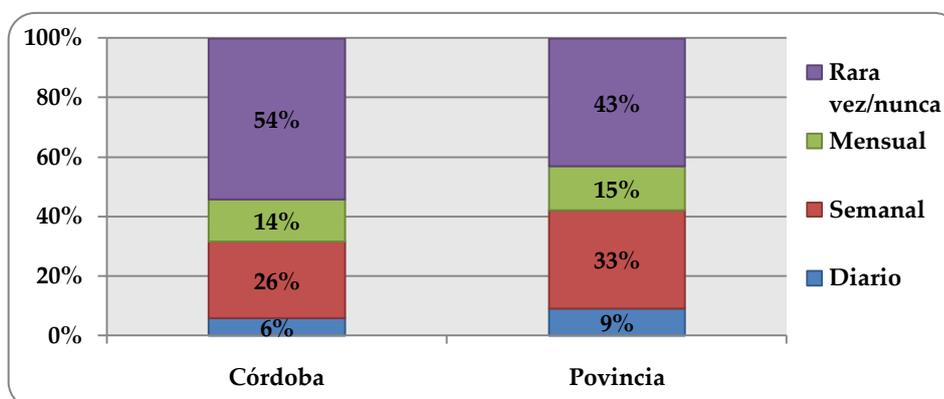
Figura 109: Frecuencia del consumo de galletas y magdalenas según la localización y el carácter del centro escolar.



(Ji^2 Localización: 7,901; $p=0,05$. Ji^2 Carácter: 7,542; $p=0,05$)

- **Pan con mantequilla:** No hay relación con las variables independientes.
- **Cereales:** No hay relación con ninguna de las variables independientes.
- **Pan con aceite:** No hay relación con las variables independientes.
- **Pasteles:** El consumo diario es mayor en centros de la provincia (Figura 110) y en alumnos cuyos padres pertenecen a la clase social III, IV (Tabla 56).

Figura 110: Frecuencia del consumo de pasteles según la localización del centro escolar.



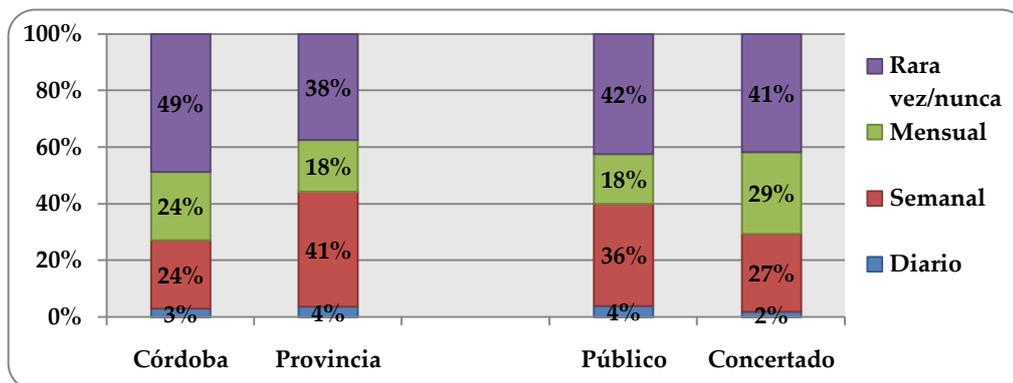
(Ji^2 :13,067; $p=0,004$)

Tabla 56: Frecuencia del consumo de pasteles en el desayuno según la clase social del padre.

Clase social del padre	Frecuencia de consumo de pasteles en el desayuno				Estadístico
	Diario	Semanal	Mensual	Rara vez/nunca	
I	1 (1,8%)	8 (14,5%)	11 (20,0%)	35 (63,6%)	Ji ² :38,341 p=0,001
II	4 (4,9%)	17 (21,0%)	10 (12,3%)	50 (61,7%)	
III	12 (8,7%)	33 (23,9%)	21 (15,8%)	72 (52,2%)	
IV	48 (9,3%)	166 (32,3%)	68 (13,2%)	232 (45,1%)	
V	5 (4,6%)	47 (43,1%)	20 (18,3%)	37 (33,9%)	
VI	0 (0,0%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	

- **Churros:** Su ingesta diaria es más frecuente en centros públicos, en la provincia (Figura 111) y en alumnos cuyos padres pertenecen a la clase social V (Tabla 57).

Figura 111: Frecuencia del consumo de churros en el desayuno según la localización y el carácter del centro escolar.



(Ji² Localización: 29,296; p<0,0001). Ji² Carácter: 18,096; p<0,0001)

Tabla 57: Frecuencia de churros en el desayuno según la clase social del padre.

Clase social del padre	Frecuencia del consumo de churros en el desayuno				Estadístico
	Diario	Semanal	Mensual	Rara vez/nunca	
I	1 (1,7%)	12 (20%)	11 (18,3%)	36 (60%)	Ji ² :29,721 p=0,013
II	1 (1,2%)	22 (26,8%)	25 (30,5%)	34 (41,5%)	
III	6 (4,3%)	36 (25,7%)	33 (23,6%)	65 (46,4%)	
IV	16 (3,1%)	196 (37,4%)	30 (5,8%)	217 (41,4%)	
V	6 (5,4%)	43 (38,7%)	23 (20,7%)	39 (35,1%)	
VI	0 (0,0%)	3 (33,3%)	0 (0,0%)	6 (66,7%)	

6.3. Consumo de alimento en el recreo:

La ingesta de alimentos en el recreo se realiza en el 61,5% de los alumnos encuestados (Figura 112). Este consumo es mayor en las niñas (Figura 114), con menor edad (Figura 113) y en aquellos con madres englobadas en la clase social I (Tabla 58).

Figura 112: Frecuencia de consumo de alimentos en el recreo.

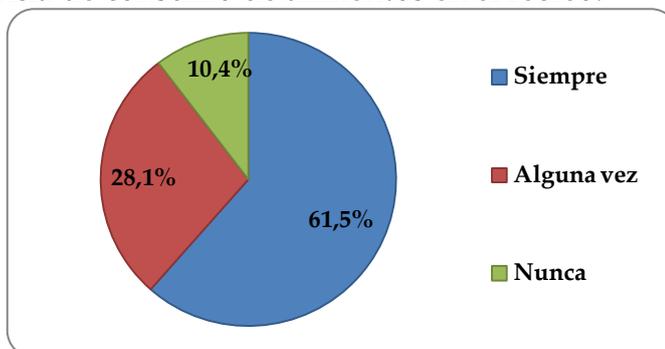
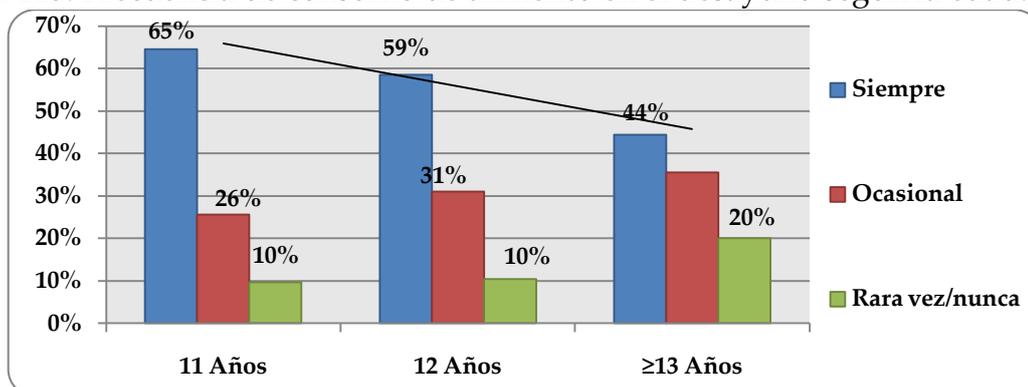
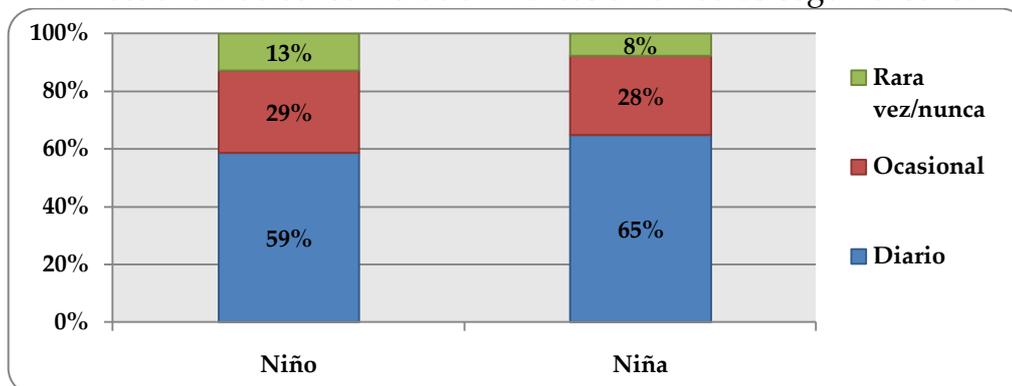


Figura 113: Frecuencia de consumo de alimento en el desayuno según la edad.



(Ji^2 : 11,093; $p=0,026$)

Figura 114: Frecuencia de consumo de alimentos en el recreo según el sexo.



(Ji^2 : 7,862; $p=0,020$)

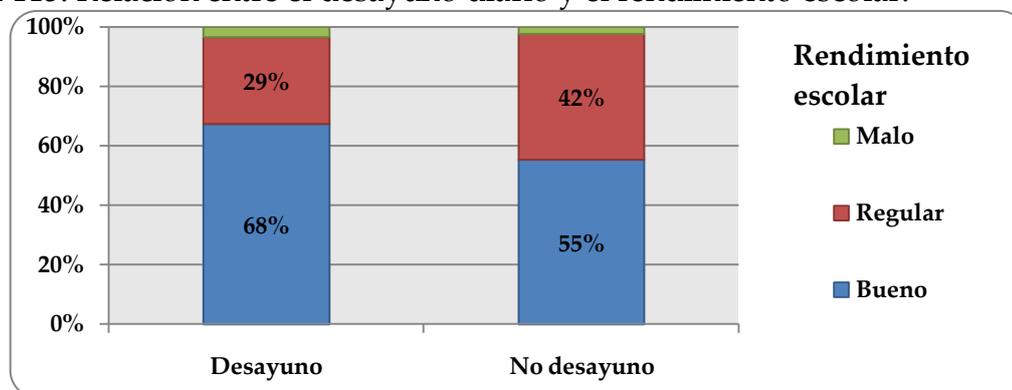
Tabla 58: Frecuencia del consumo de alimentos en el recreo según la clase social de la madre.

Clase social de la madre	Frecuencia de alimentos en el recreo			Estadístico
	Siempre	Ocasional	Rara vez/ nunca	
I	21 (87,5%)	1 (4,2%)	2 (8,3%)	Ji ² :18,715 p=0,044
II	66 (66,0%)	24 (24,0%)	10 (10,0%)	
III	84 (66,1%)	26 (20,5%)	17 (13,4%)	
IV	80 (66,1%)	32 (26,4%)	9 (7,4%)	
V	99 (55,6%)	60 (34,3%)	16 (9,1%)	
VI	242 (59,2%)	124 (30,3%)	43 (10,5%)	

❖ **Relación de la realización del desayuno con otras variables:**

- No existe relación entre el desayuno o el consumo de alimento en el recreo con el cansancio matutino.
- Hay relación entre el desayuno y el rendimiento escolar; así, el 68% de los que desayunan tiene buen rendimiento escolar, frente al 55% de los que no lo hacen (Figura 115).

Figura 115: Relación entre el desayuno diario y el rendimiento escolar.



(Ji²: 6,043; p=0,04)

7. SALUD:

7.1. Autopercepción de salud:

La salud autopercebida es buena en el 56% de los niños (Figura 116). Esta percepción disminuye a la edad de 13 años (Figura 117). No se hallan diferencias por el resto de variables independientes.

Figura 116: Autopercepción de salud.

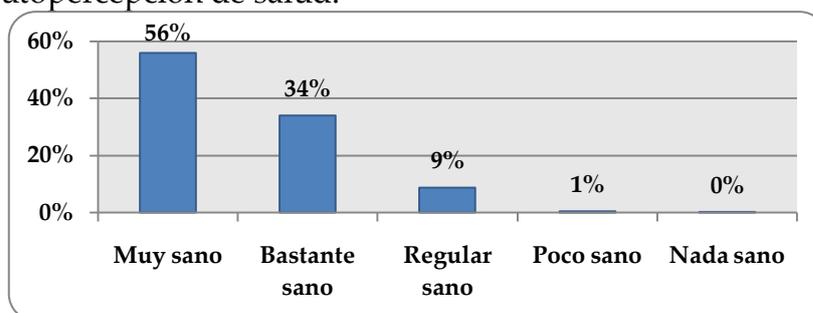
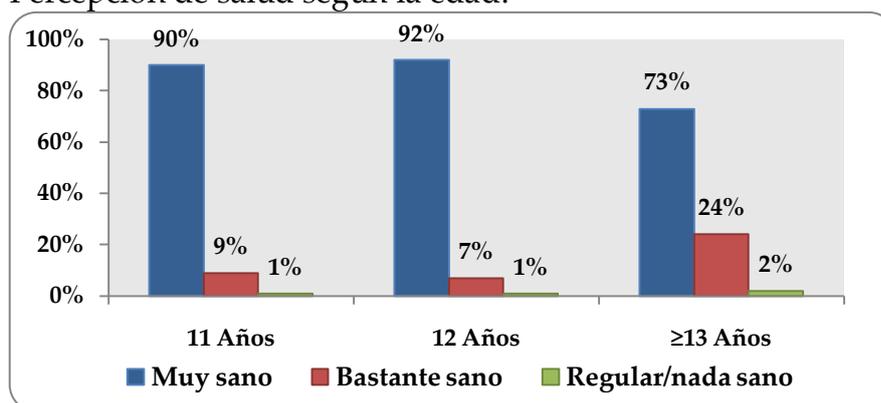


Figura 117: Percepción de salud según la edad.



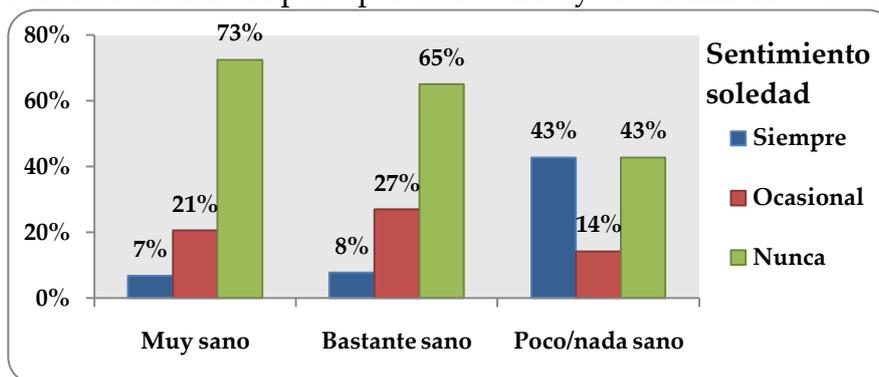
(Ji^2 : 17,783; $p=0,001$)

❖ Relación entre la autopercepción de la salud y otras variables:

✓ Análisis bivariado:

- Los que más tiempo duermen se sienten en mejor estado de salud (F : 7,062; $p < 0,001$) (Figura 6).
- La realización de ejercicio físico intenso se relaciona con una mejor autopercepción de salud (Ji^2 : 78,310; $p < 0,001$) (Tabla 32).
- El 6,8% de los que se sienten sanos se sienten solos, frente al 42,9% de los se encuentran poco o nada sanos (Figura 118).

Figura 118: Relación entre la percepción de salud y el sentimiento de soledad.



(χ^2 : 15,910; $p=0,003$)

✓ **Modelo multivariable de regresión logística:**

Aquellos que se autoperciben con peor salud tienen mayor edad, una peor autopercepción de la forma física, realizan ejercicio físico de forma esporádica, es fumador y bebedor habitual de tabaco y alcohol, no desayunan antes de ir al colegio, han presentado algún tipo de dolor, se han sentido nerviosos y han tenido dificultad para dormir el mes previo a la realización de la encuesta, se catalogan como poco o nada felices, se sienten solos de forma habitual, tienen una mala autovaloración del rendimiento escolar, una difícil comunicación con la madre, una mayor dificultad para hacer amigos y un mayor consumo de televisión los días lectivos (figura 59).

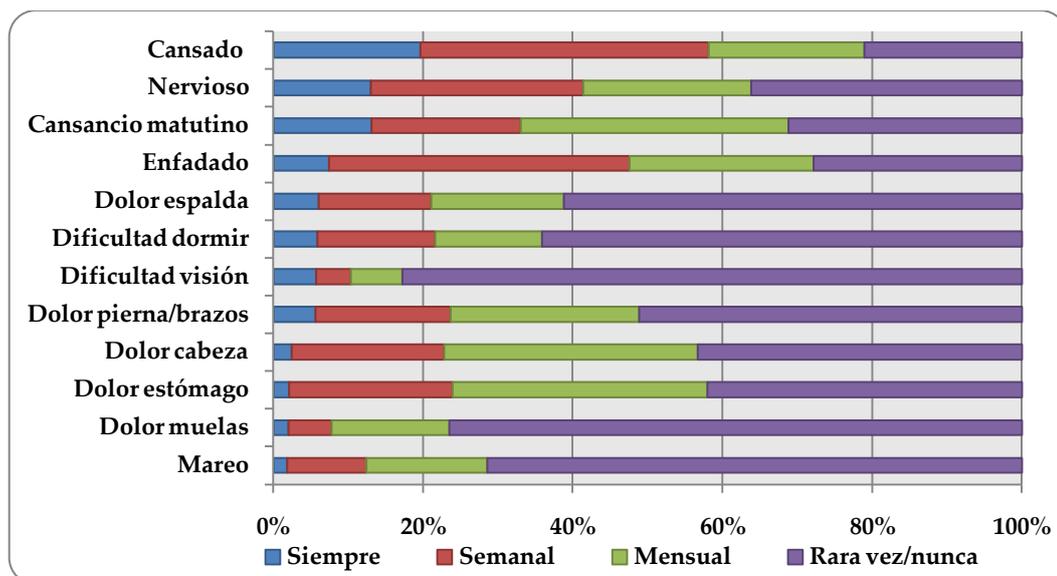
Tabla 59: Variables asociadas a la autopercepción de salud (modelo multivariante).

Variables independientes relacionadas	β	p	OR	IC 95%
Edad	0,74	0,018	2,10	1,13-3,89
Autopercepción de la forma física (0=Buena/1=Mala)	1,9	<0,001	6,69	3,72-12,06
Realización de deporte extraescolar (0=Habitual/1=Esporádico)	0,67	0,022	1,96	1,1-3,5
Ser fumador habitual de tabaco (0=No/1=Sí)	1,85	<0,001	6,39	3,54-11,54
Ser bebedor activo de alcohol (0=No/1=Sí)	1,87	<0,001	6,52	3,53-12,03
Desayunar antes de ir al colegio (0=Sí/1=No)	0,61	0,038	1,85	1,03-3,33
Haber percibido dolor durante el mes previo a la encuesta (0=Sí/1=No)	1,18	0,022	3,26	1,18-8,99
Haberse sentido nervioso durante el mes previo a la encuesta (0=Sí/1=No)	0,6	0,05	1,82	1,02-3,32
Haber tenido dificultad para dormir durante el mes previo a la encuesta (0=Sí/1=No)	0,63	0,033	1,88	1,05-3,38
Autopercepción de felicidad 0=Sí (soy feliz, medianamente feliz) 1=No (poco o nada feliz)	1,22	0,018	3,40	1,22-9,4
Sentimiento de soledad (0=No/1=Sí)	-1,43	0,05	0,65	0,26-0,91
Autovaloración del rendimiento académico (0=Bueno/1=Malo)	1,14	0,001	3,14	1,6-6,17
Comunicación con la madre (0=Fácil/1=Difícil)	0,54	0,041	1,72	1,13-4,12
Capacidad de hacer nuevos amigos (0=Fácil/1=Difícil)	0,77	0,14	2,16	1,16-4,02
Tiempo libre dedicado a ver la televisión (horas por día lectivo) (0=Hasta dos/1=Más de tres)	0,84	0,049	2,33	1,09-5,64
Constante	$\beta=6,37$; $p<0,001$; $n=823$.			
<p><u>OR</u>: Odds Ratio. <u>IC</u>: Intervalo de confianza. <u>Variable dependiente</u>: Autopercepción de salud. 0=Buena (muy o bastante sano) vs 1=Mala (regular, poco o nada sano) <u>Variables consideradas y eliminadas del modelo</u>: características de los progenitores y del centro escolar, autopercepción de forma física, realización de ejercicio físico extraescolar, consumo de alimentos, realización del desayuno (antes del colegio y durante el recreo), autopercepción de salud, frecuencia de cansancio matutino, facilidad para hacer amigos, comunicación con otras personas del entorno, y tiempo libre dedicado al ocio con: amigos, ordenador, videoconsola, móvil y libros. <u>Método Enter</u> (Introducir). <u>Prueba de Hosmer-Lemeshow</u>: 3,15; Variables asociadas (16); $p = 0,78$. <u>Razón de verosimilitud</u>: 359,53; $p<0,001$.</p>				

7.2. Afecciones más frecuentes:

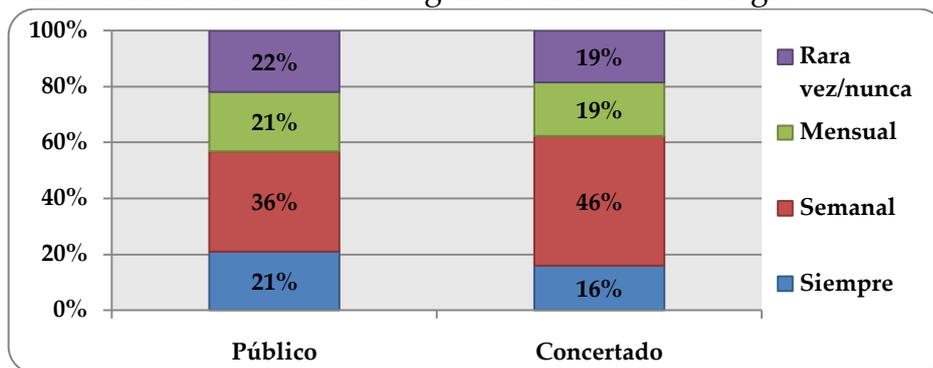
Como se aprecia en el gráfico (Figura 119), las afecciones más frecuentes padecidas son el cansancio (20,0%), el nerviosismo (13%) y el estar enfadado (7%).

Figura 119: Frecuencia de las afecciones más frecuentes.



- ✓ La edad sólo tiene influencia sobre el sentimiento de nerviosismo (Figura 121).
- ✓ En las niñas es mayor el cansancio matutino, la cefalea, el dolor de estómago y el dolor de espalda; mientras que en los niños es más frecuente la dificultad para dormir (Figura 122, 127, 128, 129 y 130).
- ✓ El mareo y la dificultad para dormir son más comunes en los alumnos de la capital; y el cansancio en los colegios públicos (Figura 120, 123 y 131. Tabla 61).
- ✓ La clase social materna sólo influye en la percepción de dificultad para dormir (Tabla 60).
- **Cansancio:** Hasta el 20% de los encuestados se encuentran cansados diariamente. Siendo este cansancio más habitual en los alumnos de colegios públicos (Figura 120).

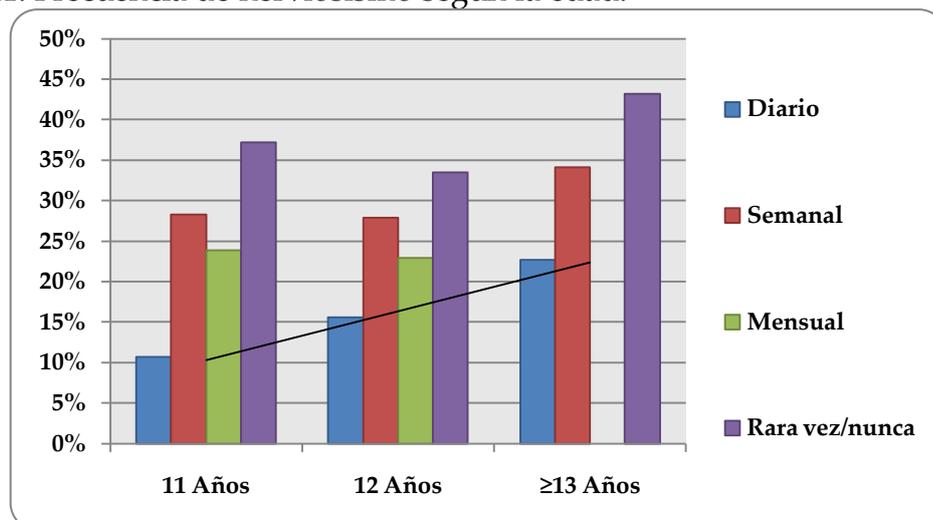
Figura 120: Frecuencia del cansancio según el carácter del colegio.



($Ji^2:9,669$; $p=0,022$)

- **Nerviosismo:** El nerviosismo es la segunda queja en frecuencia de los alumnos encuestados. Este se incrementa conforme aumenta la edad (Figura 121). No se halló ninguna relación estadística con las demás variables independientes.

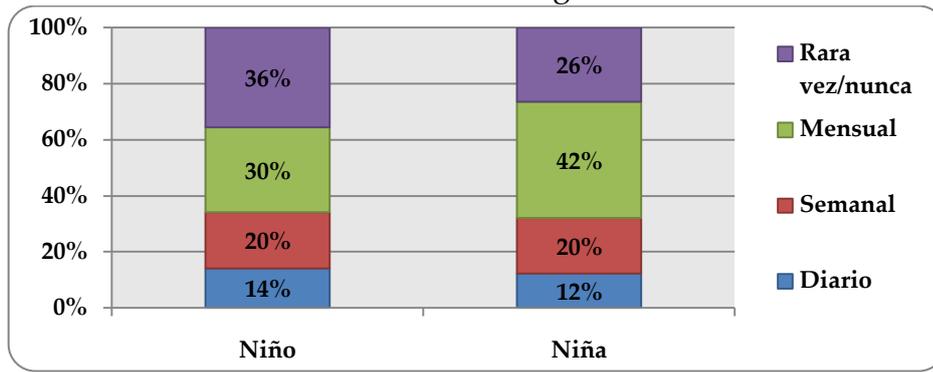
Figura 121: Frecuencia de nerviosismo según la edad.



($Ji^2:20,059$; $p=0,003$)

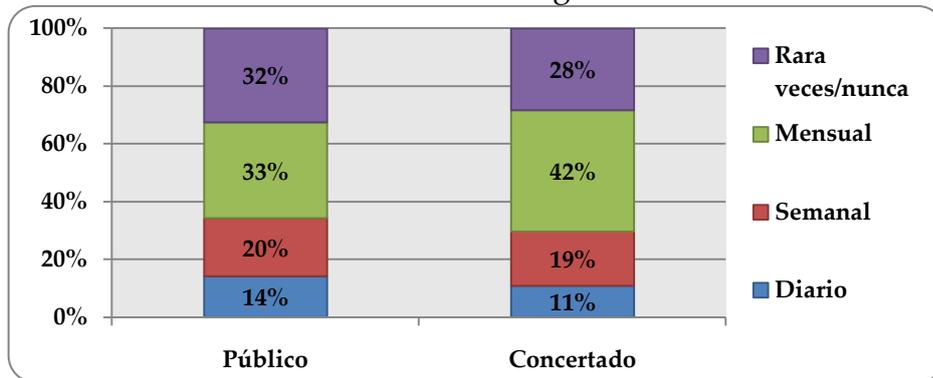
- **Cansancio por las mañanas, al ir al colegio:** En el último mes hasta el 14% se ha sentido cansado a diario. Este cansancio es más frecuente en los niños (Figura 122) y en aquellos de centros escolares públicos (Figura 123).

Figura 122: Frecuencia de cansancio matutino según el sexo.



($Ji^2:15,992; p=0,001$)

Figura 123. Frecuencia de cansancio matutino según carácter del centro escolar.

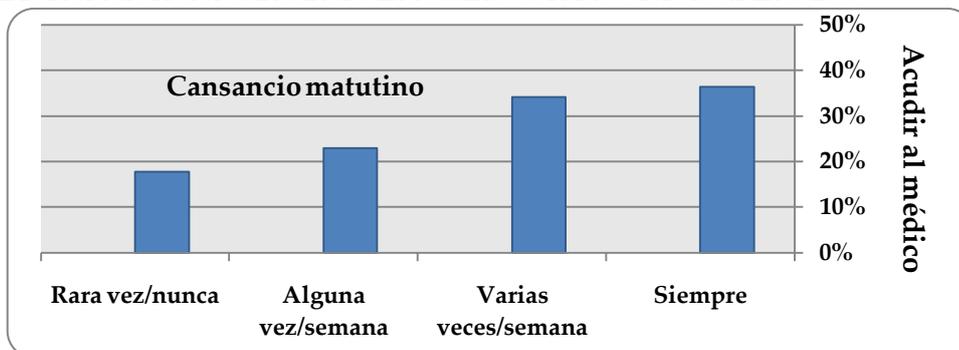


($Ji^2:8,137; p=0,043$)

❖ **Relación del cansancio matutino con otras variables:**

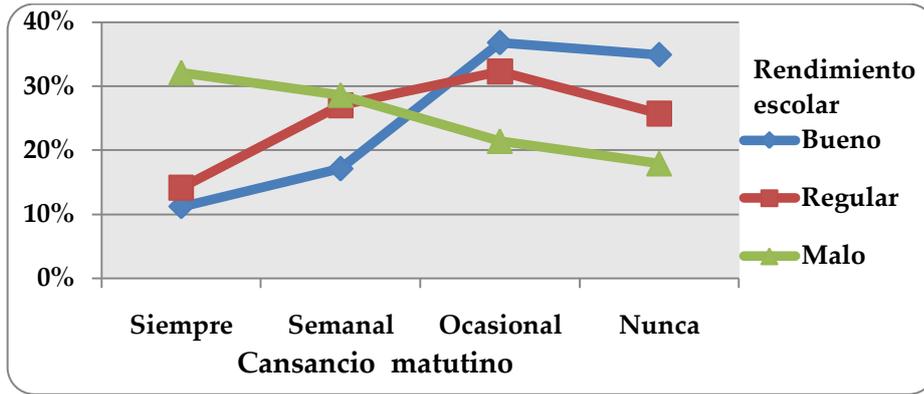
- Aquellos que se encuentran más cansados son los que han acudido al médico en más ocasiones (Figura 124).
- Aquellos que se encuentran cansados más frecuentemente son los que peor rendimiento escolar tienen (Figura 125).
- Aquellos que se encuentran más cansados ven más horas la televisión (Figura 126).

Figura 124: Relación del cansancio matutino con las visitas al médico.



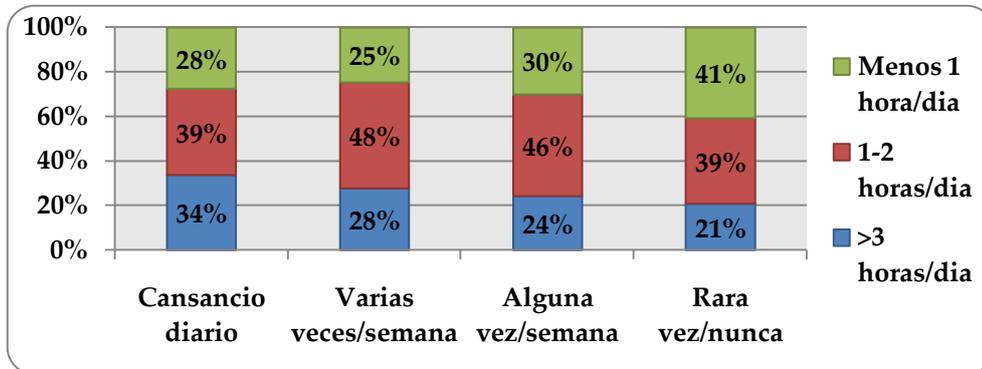
($Ji^2: 25,677; p<0,000$)

Figura 125: Relación del cansancio con el rendimiento escolar.



($Ji^2: 31,019; p<0,000$)

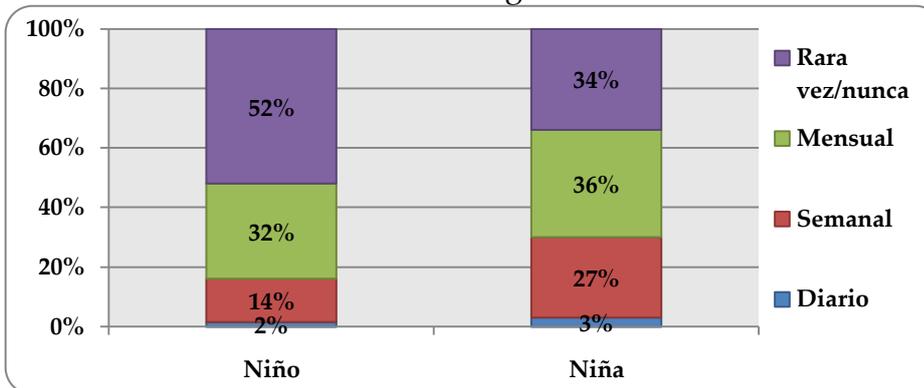
Figura 126: Relación del cansancio matutino y el tiempo de visionado de televisión durante la semana.



($Ji^2: 22,527; p<0,001$)

- **Enfadado:** No tiene relación con las variables independientes estudiadas.
- **Dolor de cabeza:** Esta dolencia es más frecuente en las niñas (Figura 127).

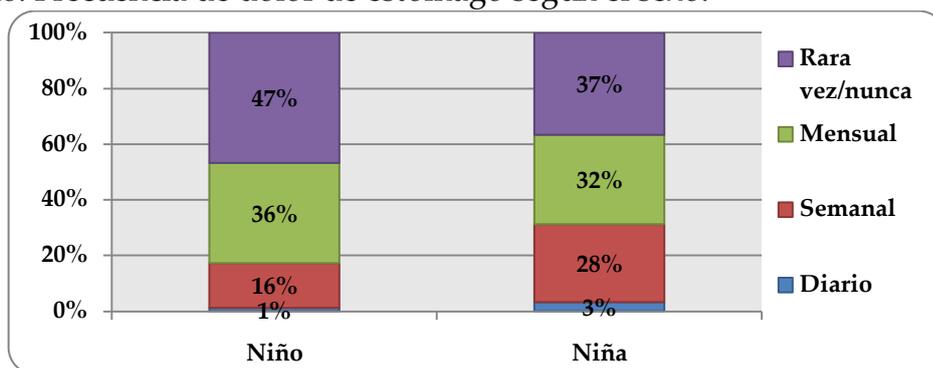
Figura 127: Frecuencia de dolor de cabeza según el sexo.



($Ji^2:41,923; p<0,0001$)

- **Dolor de estómago:** También es más frecuente en las niñas (Figura 128).

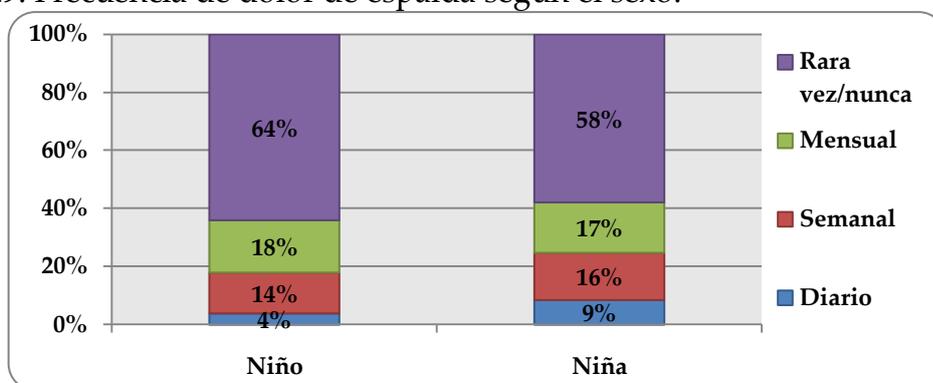
Figura 128: Frecuencia de dolor de estómago según el sexo.



($Ji^2:26,544$; $p<0,0001$)

- **Dolor de espalda:** Igualmente es más común en las niñas (Figura 129).

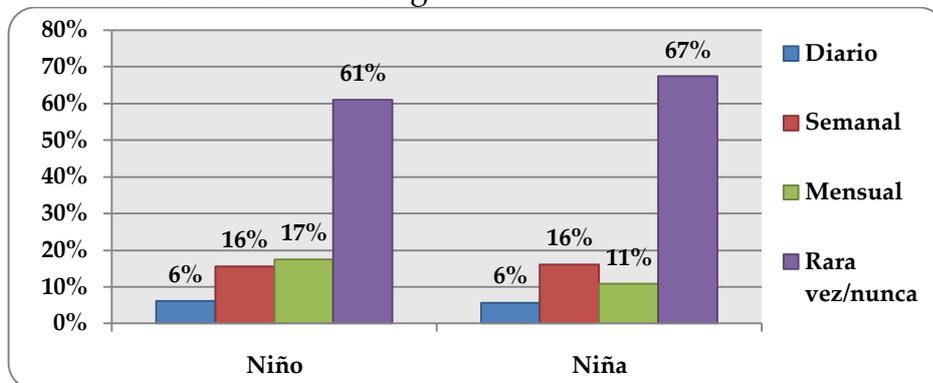
Figura 129: Frecuencia de dolor de espalda según el sexo.



($Ji^2:11,160$; $p=0,011$)

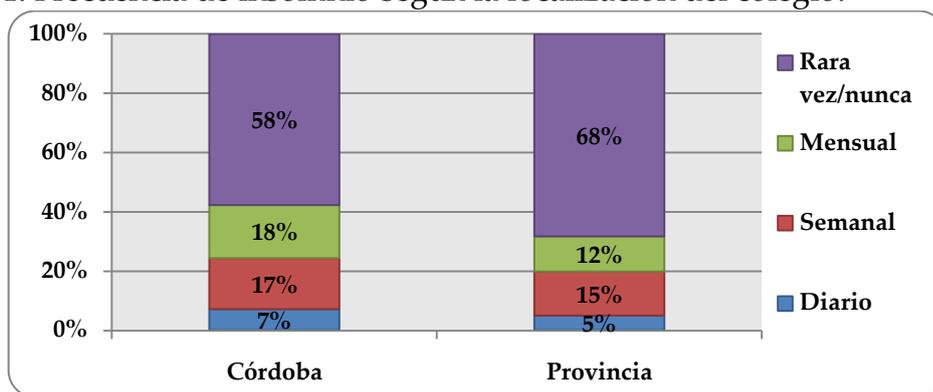
- **Insomnio:** La dificultad para dormir aparece más en los niños (Figura 130), en los de la capital (Figura 131) y en aquellos cuyas madres pertenecen a las clases sociales IV y V (Tabla 60).

Figura 130: Frecuencia de insomnio según el sexo.



($Ji^2:9,268$; $p=0,026$)

Figura 131: Frecuencia de insomnio según la localización del colegio.



($Ji^2:13,412$; $p=0,004$)

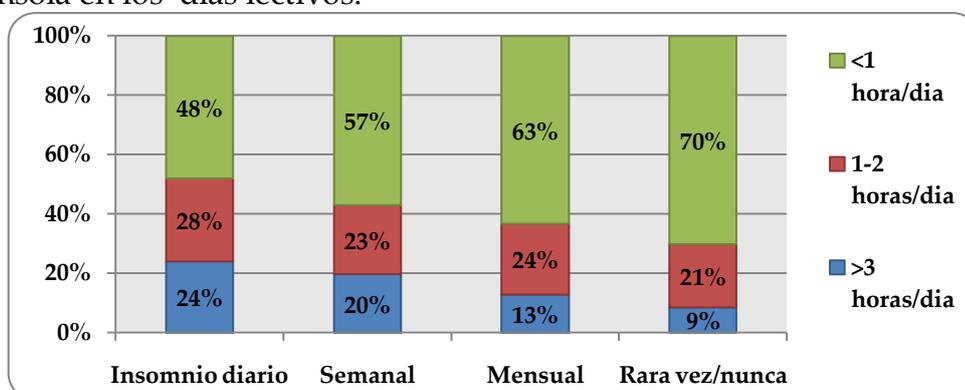
Tabla 60: Frecuencia de dificultad para dormir según la clase social materna.

Clase social de la madre	Dificultad para dormir				Estadístico
	Diario	Semanal	Mensual	Rara vez/nunca	
I	0 (0,0%)	3 (12,5%)	3 (12,5%)	18 (75,0%)	$Ji^2:26,478$ $p=0,033$
II	2 (2,0%)	13 (12,9%)	19 (18,8%)	67 (66,3%)	
III	5 (4,0%)	12 (9,6%)	28 (22,4%)	80 (64,0%)	
IV	10 (8,1%)	19 (15,4%)	20 (16,3%)	74 (60,2%)	
V	15 (8,5%)	34 (19,2%)	16 (9,0%)	112 (63,3%)	
VI	22 (5,6%)	70 (16,9%)	52 (12,6%)	269 (65,1%)	

❖ **Relación del insomnio con otras variables:**

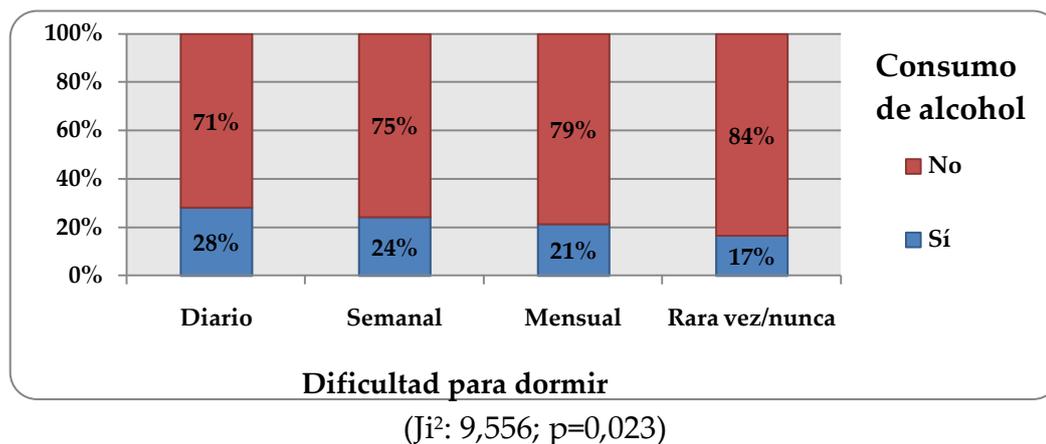
- Los niños que más problemas tienen para dormir juegan a la consola durante más horas (Figura 132).
- Aquellos que han probado el alcohol tienen más insomnio (Figura 133).

Figura 132: Relación entre la dificultad para dormir y las horas de uso de la videoconsola en los días lectivos.



($Ji^2: 23,722$; $p<0,001$)

Figura 133: Relación entre la dificultad para dormir y la experimentación con el alcohol.



- **Mareo:** Es más frecuente en alumnos de la capital (Tabla 61).

Tabla 61: Frecuencia de sensación de mareo relacionado con la localización del centro escolar.

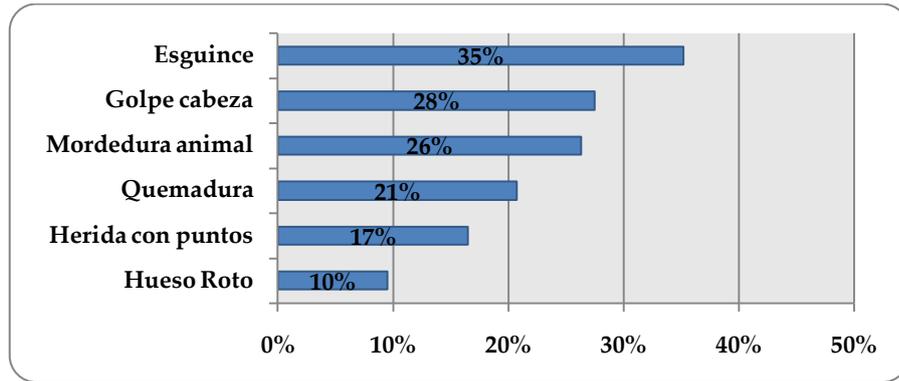
Localización	Frecuencia de mareo				Estadístico
	Diario	Semanal	Mensual	Rara vez/nunca	
Córdoba	12 (3,0%)	48 (11,9%)	76 (18,8%)	268 (66,3%)	$Ji^2: 11,613$ $p=0,009$
Provincia	6 (1,0%)	57 (9,6%)	85 (14,4%)	443 (75,0%)	

- **Odontalgia:** Ésta no tiene relación con las variables independientes.
- **Dolor piernas/brazos:** No hemos encontrado relación con relación con las variables independientes.
- **Dificultad de visión:** No tiene relación con las variables independientes.

7.3. Accidentes y lesiones ocurridos en el último mes:

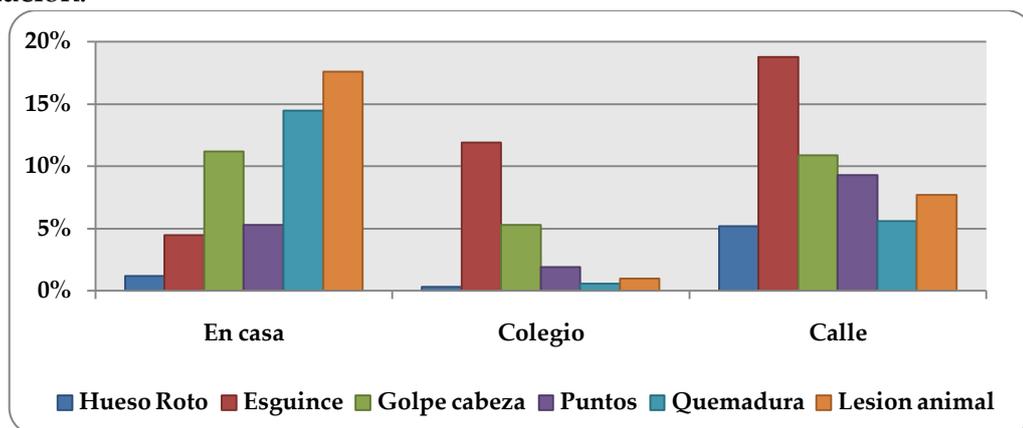
Los esguinces (35,2%), traumatismos craneales (27,5%) y las mordeduras de animales (26,3%) son los accidentes más frecuentes producidos en el último mes (Figura 134).

Figura 134: Frecuencia de eventos ocurridos en el último mes.



- ✓ Según la localización de los accidentes, comprobamos que en el domicilio se producen más lesiones por animales, quemaduras y traumatismos craneales, mientras que en el centro escolar o en la calle hay más esguinces o heridas (Figura 135).
- ✓ Los niños son los que más frecuentemente sufren alguno de estos accidentes en la calle, mientras que las niñas son más propensas a sufrirlos en el domicilio (Figura 136, 139, 141, 142 y 143).
- ✓ Los traumatismos craneales son más frecuentes en la provincia, mientras que los esguinces son más comunes en la capital (Figura 137 y 140).

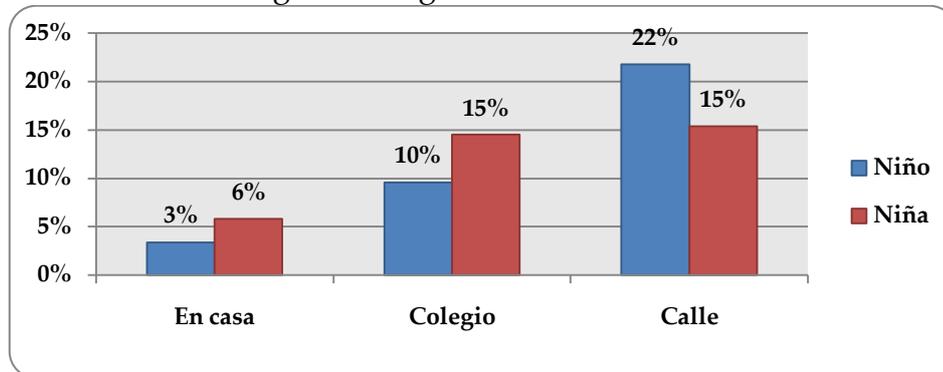
Figura 135: Frecuencia de los eventos ocurridos en el último mes según la localización.



- **Esguince:** Los esguinces en las niñas son más frecuentes en casa o en el centro escolar, mientras que aquellos producidos en la calle lo son entre

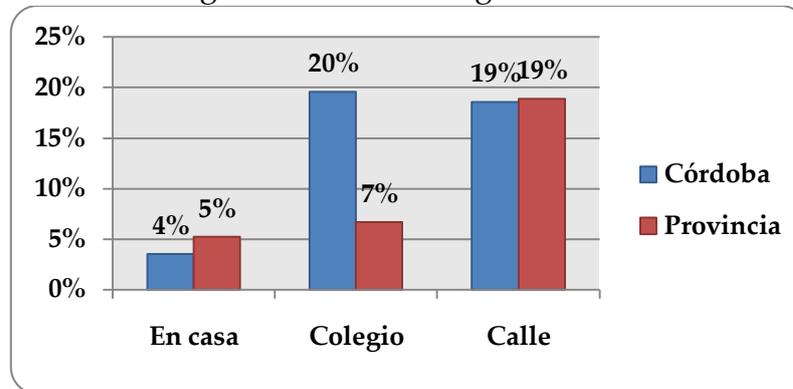
los niños (Figura 136). Según la localización, son más frecuentes en el ámbito doméstico; en la capital lo son en el centro escolar (Figura 137).

Figura 136: Frecuencia de esguinces según la localización.



($Ji^2:13,496$; $p=0,004$)

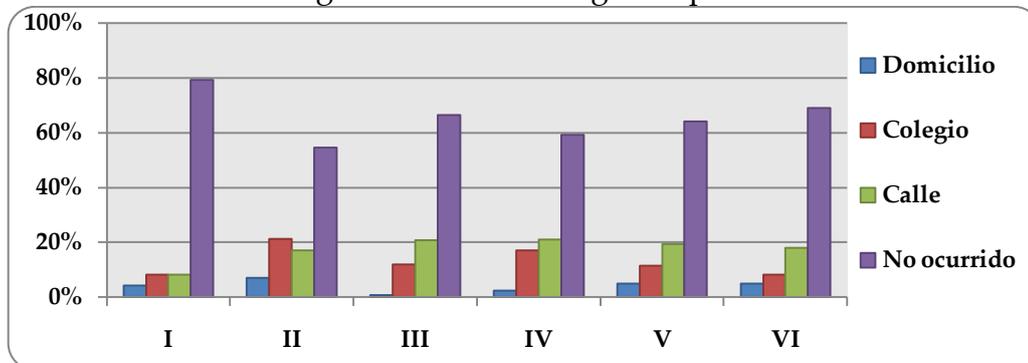
Figura 137: Frecuencia de esguince de tobillo según la localización del centro escolar.



($Ji^2: 39,052$; $p<0,0001$)

Aquellos niños cuyas madres pertenecen a la clase social II son los que más esguinces sufren y además, estos lo hacen en el ambiente escolar (Figura 138).

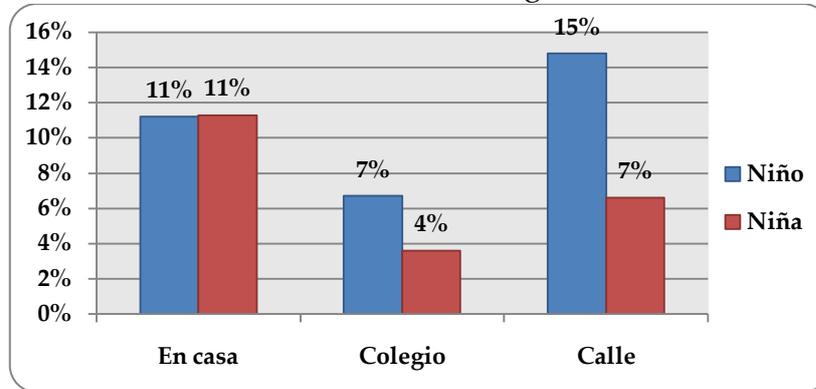
Figura 138: Frecuencia de esguince de tobillo según la profesión materna.



($Ji^2:28,327$; $p=0,020$)

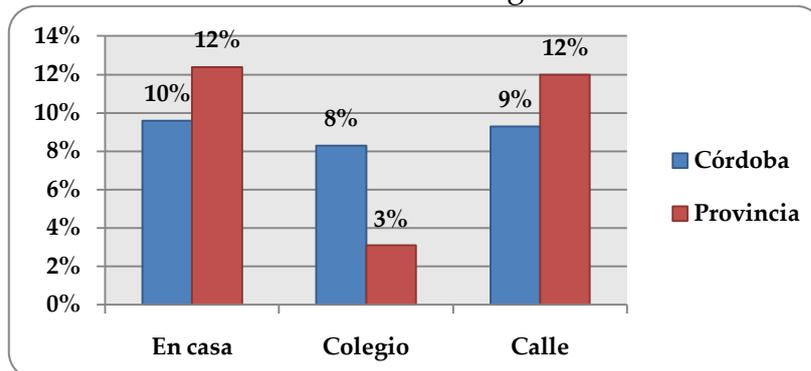
- **Traumatismo craneal**: Es más prevalente en los niños y ocurre con más frecuencia en casa o en la calle (Figura 139). En la provincia ocurren con más frecuencia en el domicilio o en la calle, y en la capital en el colegio (Figura 140).

Figura 139: Prevalencia de traumatismo craneal según sexo.



(Ji^2 : 23,628; $p < 0,000$)

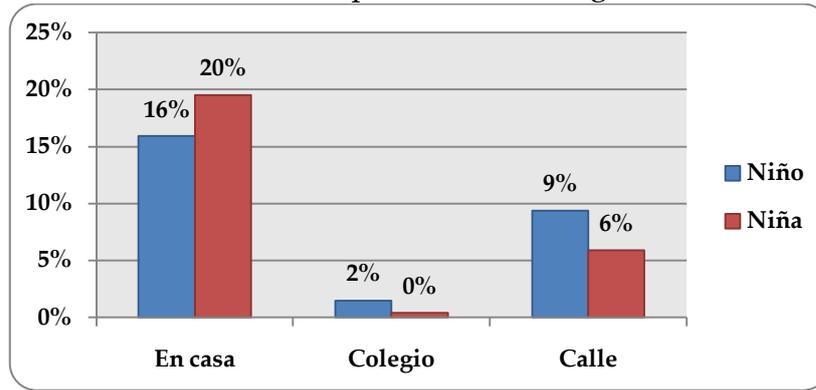
Figura 140: Frecuencia de traumatismo craneal según localización del centro escolar.



(Ji^2 : 14,941; $p = 0,002$)

- **Mordedura por un animal**: Se producen más frecuentemente en el ambiente domestico (Figura 141).

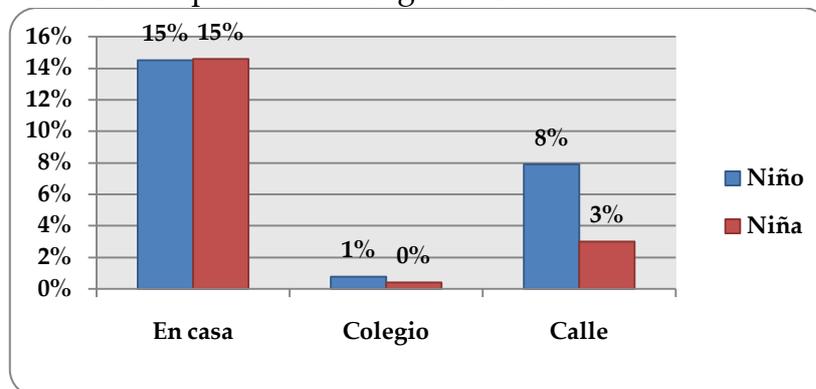
Figura 141: Frecuencia de mordedura por un animal según el sexo.



($Ji^2:9,0$; $p=0,029$)

- **Quemadura:** Son más frecuentes en los niños (Figura 142).

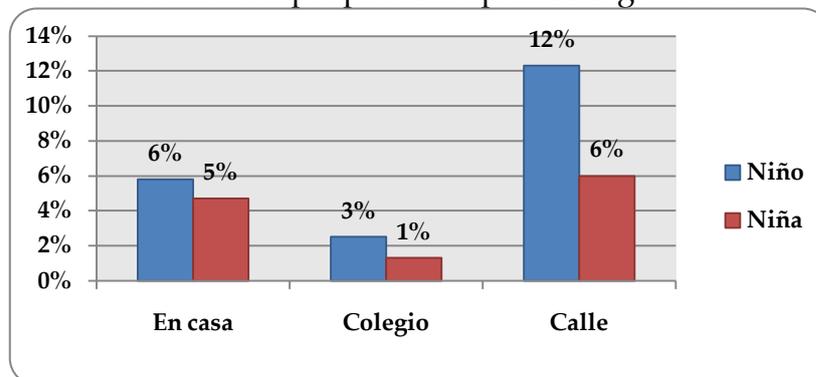
Figura 142: Frecuencia de quemaduras según el sexo.



($Ji^2: 11,751$; $p=0,008$)

- **Herida que precisara puntos:** Son más frecuente en niños y en la calle (Figura 143).

Figura 143: Frecuencia de herida que precisara puntos según el sexo.



($Ji^2:15,001$; $p=0,002$)

- **Hueso roto:** Ha ocurrido en el 9% de los niños encuestados.

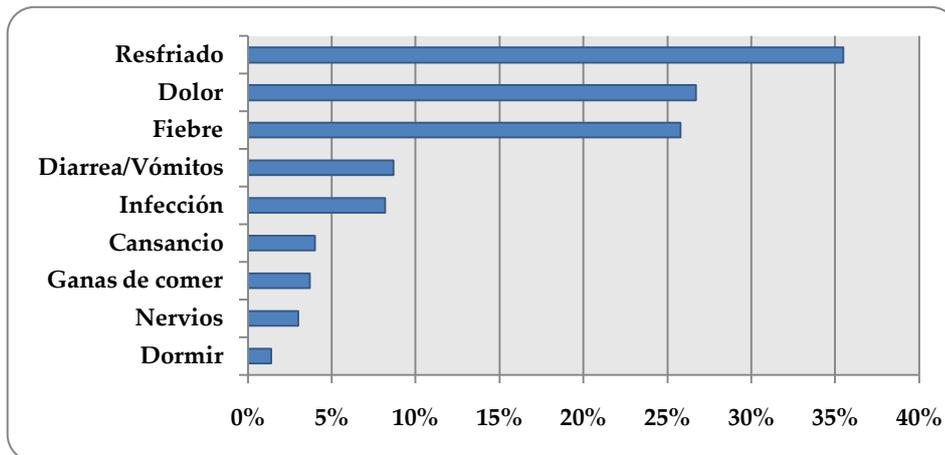
7.4. Visita al médico:

En el último mes acudieron al médico el 25,4% de los alumnos encuestados. No hemos encontrado diferencias en función de las variables independientes estudiadas.

7.5. Toma de medicación en el último mes:

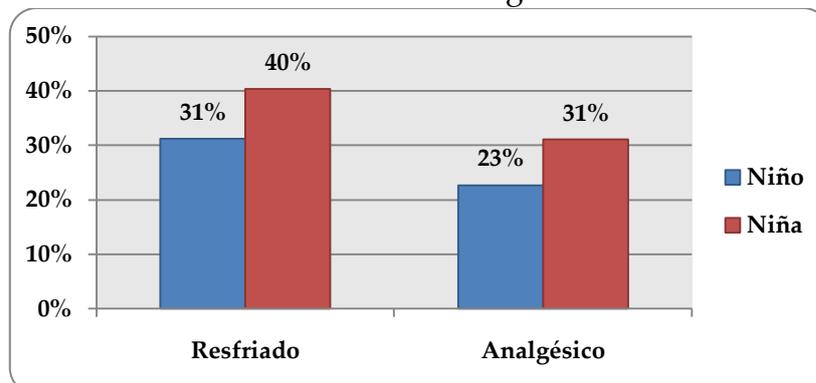
Los medicamentos más frecuentemente tomados son los usados para los resfriados (36%), los analgésicos (26%) y los antitérmicos (26%) (Figura 144).

Figura 144: Frecuencia de toma de medicación en el último mes.



Según el sexo, la medicación para el resfriado y analgésica se consume más en las niñas (Figura 145). No hemos encontrado relación de la toma de ninguna de esta medicación con la edad ni la clase social de los padres o madres.

Figura 145: Frecuencia de toma de medicación según el sexo.

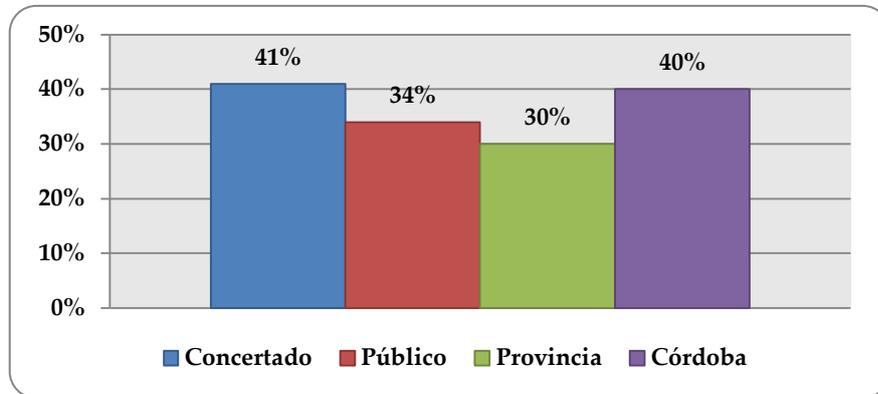


(Ji^2 Resfriado: 9,206; $p=0,002$. Ji^2 Analgesia: 9,131; $p=0,003$)

Con respecto a la localización encontramos diferencias significativas para la toma de medicación para los resfriados y para la fiebre (Figura 146, 147). En los colegios

concertados es más consumida la medicación para los resfriados que en los públicos (Figuras 146)

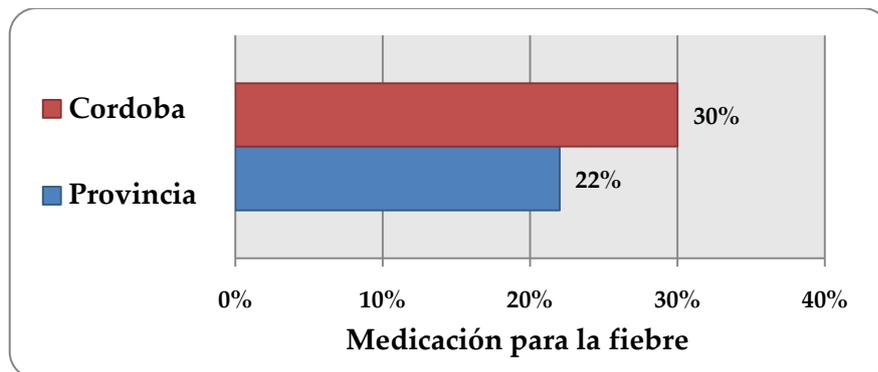
Figura 146: Frecuencia de medicación para el resfriado según la localización y carácter del centro escolar.



(Ji^2 Localización: 4,738; $p=0,030$.)

(Ji^2 Carácter: 4,843; $p=0,028$)

Figura 147: Frecuencia de medicación para la fiebre según la localización del centro escolar.



(Ji^2 Fiebre: 7,086; $p=0,008$)

8. HÁBITOS SOCIALES:

8.1. Sentimiento de felicidad:

Hasta el 78% de los niños se consideran felices (Figura 148). El sentimiento de felicidad aparece en el 78,6% de los niños de centros públicos (Tabla 62). No encontramos relación con el resto de las variables independientes.

Figura 148: Frecuencia de sentimiento de felicidad.

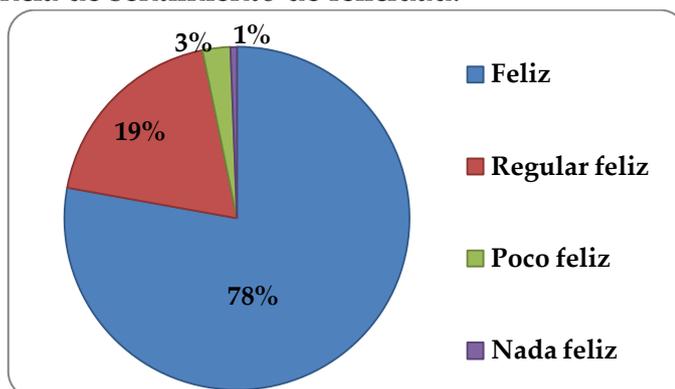


Tabla 62: Relación del sentimiento de felicidad con el carácter del centro escolar.

Carácter del centro	Sentimiento de felicidad		
	Feliz	Regular	Poco/nada
Público	580 (78,6%)	129 (17,5%)	29 (3,9%)
Concertado	197 (75,8%)	60 (23,1%)	3 (1,2%)

(Ji^2 : 4,773; $p=0,017$)

❖ Relación entre el sentimiento de felicidad y otras variables:

✓ Análisis bivariado:

- Los que se perciben en buena forma física se encuentran más felices (Tabla 28).
- Los que realizan ejercicio físico se sienten más felices (Figura 20).
- Los que fuman se sienten menos felices (Figura 44).
- Los que más felices se encuentran son a los que más les gusta ir al colegio (Figura 152).
- Aquellos que están más tiempo con los amigos se autoperciben más felices (Figura 169).

- Si comparamos el sentimiento de soledad con el sentimiento de felicidad, se comprueba que los que más solos afirman estar son los que se sienten menos felices (Figura 173).
- Una comunicación difícil con los padres se asocia con un mayor sentimiento de infelicidad (Tabla 66 y 67).

✓ **Modelo multivariable de regresión logística:**

El sentimiento de felicidad se relaciona con la mayor edad, aquellos pertenecientes a centros escolares de la capital, aquellos que tienen una peor autopercepción de salud y de forma física, los consumidores habituales de tabaco y alcohol, los que se encuentran cansados de forma habitual, lo que se autoperciben como más solos, los que peor rendimiento escolar tienen, con los que le resulta difícil hacer nuevos amigos y tienen una peor comunicación con los progenitores, y con los que pasan más tiempo viendo la televisión (Tabla 63).

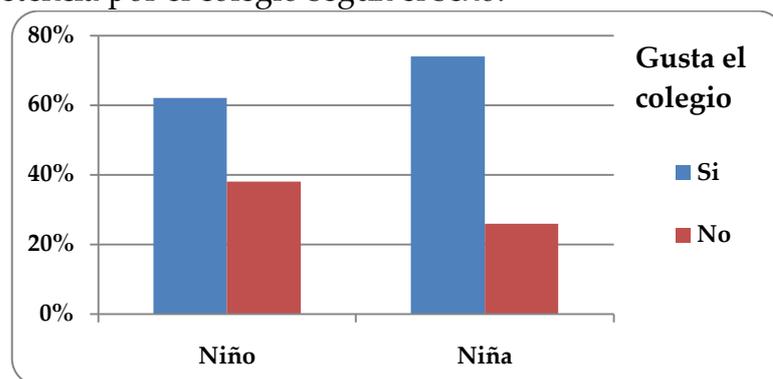
Tabla 63: Relación del sentimiento de felicidad con otras variables (modelo multivariante).

Variables independientes relacionadas	β	p	OR	IC 95%
Edad	1,07	0,045	2,94	1,16-10,04
Localización del centro escolar (0=Provincia/1=Capital)	0,66	0,034	3,76	1,11-9,87
Autopercepción de la forma física (0=Buena/1=Mala)	1,29	0,046	3,64	1,18-14,51
Ser fumador activo (0=No/1=Sí)	1,33	<0,001	3,80	1,84-7,83
Ser consumidor habitual de alcohol (0=No/1=Sí)	1,14	<0,001	3,13	1,28-7,66
Autopercepción de salud (0=Buena/1=Mala)	2,48	0,003	11,94	2,27-62,69
Cansancio matinal en días lectivos (0=Esporádico/1=Habitual)	1,6	0,022	4,96	1,26-19,47
Autopercepción de soledad (0=No/1=Sí)	2,95	<0,001	19,12	5,42-67,31
Autovaloración del rendimiento académico (0=Bueno/1=Malo)	0,84	0,016	2,33	1,17-4,66
Capacidad de hacer nuevos amigos (0=Fácil/1=Difícil)	0,87	0,003	2,39	1,33-4,28
Comunicación con la madre (0=Fácil/1=Difícil)	0,75	0,006	2,12	1,24-3,63
Comunicación con el padre (0=Fácil/1=Difícil)	0,55	0,043	1,74	1,01-3
Tiempo libre con los amigos (día lectivo) (0=Habitual/1=Esporádico)	1,51	0,026	4,54	1,19-17,31
Tiempo libre dedicado a ver la televisión (horas por día lectivo) (0=Hasta dos/1= Más de tres)	0,78	0,04	2,19	1,03-4,64
Constante	$\beta=6,81$; $p<0,001$; $n=654$.			
<p><u>OR</u>: Odds Ratio. <u>IC</u>: Intervalo de confianza. <u>Variable dependiente</u>: Autopercepción de felicidad. 0=Feliz (soy feliz o medianamente feliz) /1=No feliz (poco o nada feliz) <u>Variables consideradas y eliminadas del modelo</u>: características de los progenitores, frecuencia del cepillado de dientes, hora de levantarse y acostarse, tiempo de sueño nocturno, realización de ejercicio físico extraescolar e intención de hacer ejercicio físico en el futuro (20 años), consumo de alimentos, realización del desayuno (antes del colegio y durante el recreo), frecuencia y felicidad, apetencia por la escuela, facilidad para hacer amigos, comunicación con otras personas del entorno, y tiempo libre dedicado al ocio con: ordenador, videoconsola, móvil y libros. <u>Método Enter</u> (Introducir). <u>Prueba de Hosmer-Lemeshow</u> (Ji^2): 10,26; Variables asociadas (14); $p = 0,11$. <u>Pruebas de Razón de verosimilitud</u>: 286,48; $p<0,001$.</p>				

8.2. Apetencia por el colegio:

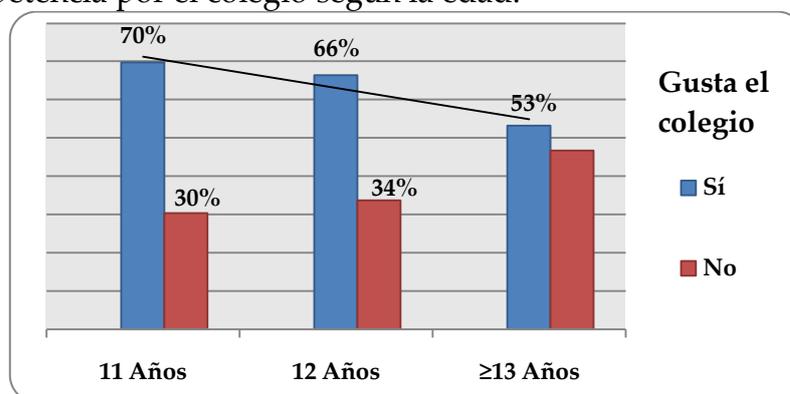
Al 67% les gusta ir al colegio. A los que más les gusta son a las niñas (Figura 149) y a los de menor edad (Figura 150). Hemos encontrado también una mayor afinidad por la escuela entre los niños que acuden a los colegios de la capital, en aquellos concertados y en los alumnos cuyas madres pertenecen a la clase social II (Tabla 64).

Figura 149: Apetencia por el colegio según el sexo.



($Ji^2:16,9$; $p<0,001$)

Figura 150: Apetencia por el colegio según la edad.



($Ji^2: 2,081$; $p= 0,038$).

Tabla 64: Relación de la apetencia por el colegio con la localización y el carácter del centro escolar y la clase social materna.

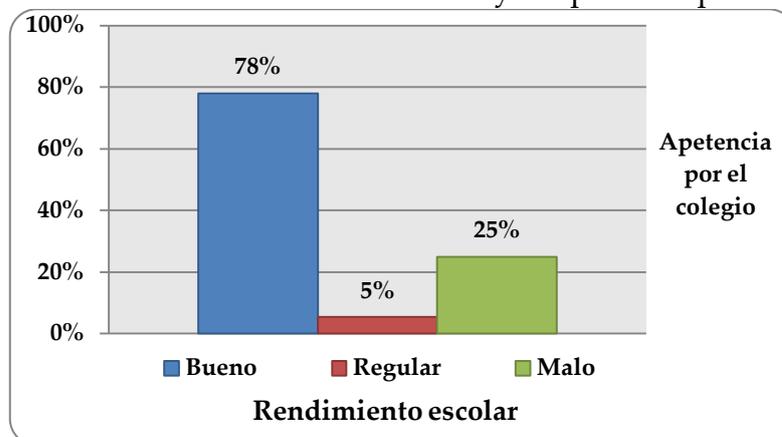
		Apetencia por el colegio		Estadístico
		Sí	No	
Localización del colegio	Córdoba	290 (72,1%)	112 (27,9%)	$Ji^2:5,977$ $p=0,014$
	Provincia	384 (64,8%)	209 (35,2%)	
Carácter del colegio	Público	486 (66,0%)	250 (34,0%)	$Ji^2:3,766$ $p=0,050$
	Concertado	188 (72,6%)	71 (27,4%)	
Clase social de la madre	I	17 (70,8%)	7 (29,2%)	$Ji^2:10,894$ $p=0,05$
	II	77 (77,0%)	23 (23,0%)	
	III	90 (69,8%)	39 (30,2%)	
	IV	86 (71,7%)	34 (28,3%)	
	V	105 (59,3%)	72 (40,7%)	
	VI	277 (67,4%)	134 (32,6%)	

❖ **Al comparar la afinidad por la escuela con otras variables encontramos:**

- Los que mejor rendimiento tienen son a los que más les gusta ir al colegio

(Figura 151).

Figura 151: Relación entre el rendimiento escolar y la apetencia por el colegio.

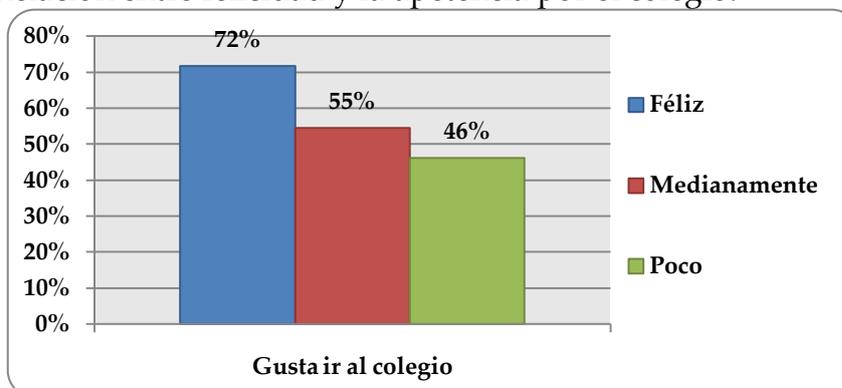


(Ji^2 : 76,176; $p < 0,001$)

- Los que más felices se encuentran son a los que más les gusta ir al colegio

(Figura 152).

Figura 152: Relación entre felicidad y la apetencia por el colegio.



(Ji^2 : 26,283; $p < 0,001$)

8.3. Rendimiento escolar:

El 56,2% de los alumnos refieren tener un buen rendimiento escolar (Figura 153).

Hay mejor rendimiento escolar autopercebido en las niñas (Figura 154), en aquellas de menor edad (Figura 155), en aquellos hijos de padres de la clase social I y III y de las madres de las clases sociales I y II (Tabla 65).

Figura 153: Rendimiento escolar.

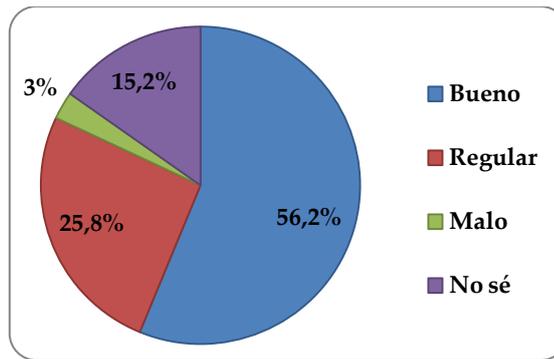
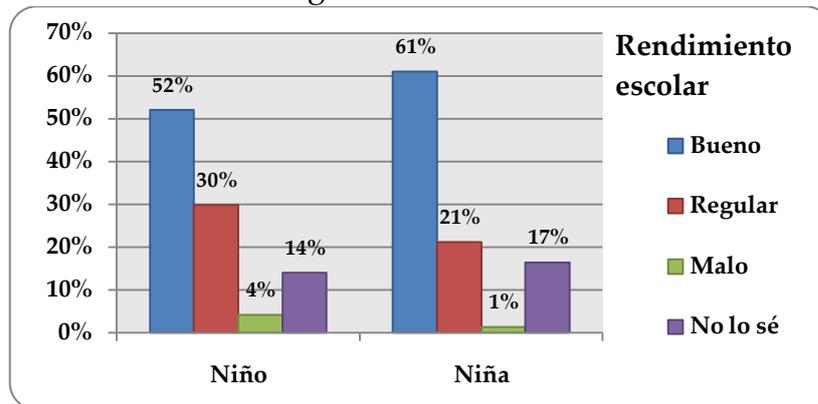
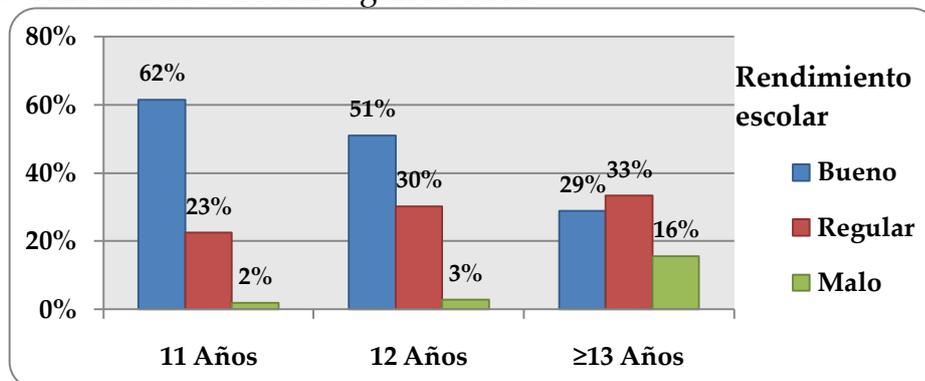


Figura 154: Rendimiento escolar según el sexo.



($Ji^2:19,40; p<0,001$)

Figura 155: Rendimiento escolar según la edad.



($Ji^2:47,086; p<0,001$)

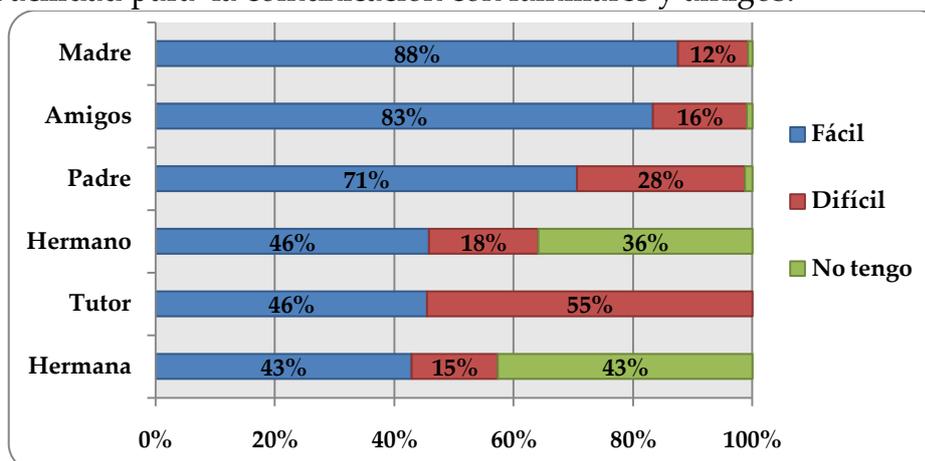
Tabla 65: Relación entre el rendimiento escolar autopercebido y la clase social del padre y madre.

		Autopercepción del rendimiento escolar				Estadístico
		Bueno	Regular	Malo	No Lo Sé	
Clase social del padre	I	48 (80,0%)	6 (10,0%)	0 (0,0%)	6 (10,0%)	Ji ² :53,519 p<0,001
	II	54 (64,3%)	12 (14,3%)	5 (6,0%)	13 (15,5%)	
	III	104 (73,2%)	24 (16,9%)	2 (1,4%)	12 (8,5%)	
	IV	267 (49,7%)	158 (29,4%)	19 (3,5%)	93 (17,3%)	
	V	65 (54,2%)	38 (31,7%)	2 (1,7%)	15 (12,5%)	
	VI	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Clase social de la madre	I	19 (79,2%)	3 (12,5%)	0 (0,0%)	2 (8,3%)	Ji ² :36,856 p=0,001
	II	75 (74,3%)	12 (11,9%)	1 (1,0%)	13 (12,9%)	
	III	83 (65,5%)	30 (23,6%)	3 (2,4%)	11 (8,7%)	
	IV	68 (55,7%)	34 (27,9%)	5 (4,1%)	15 (12,3%)	
	V	87 (48,9%)	55 (30,9%)	8 (4,5%)	28 (15,7%)	
	VI	217 (52,3%)	111 (26,7%)	11 (2,7%)	76 (18,3%)	

8.4. Relaciones sociofamiliares:

Hay una mayor facilidad para comunicarse con la madre y los amigos (Figura 156). Hay que destacar que la comunicación con los tutores es difícil en más de 50% de los niños (Figura 161).

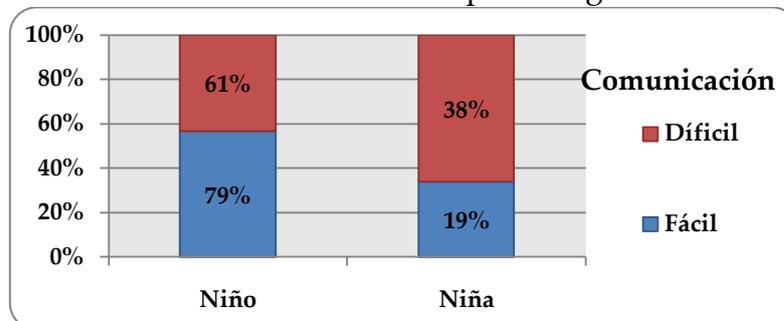
Figura 156: Facilidad para la comunicación con familiares y amigos.



- **Comunicación con la madre:** Es buena en el 88% de los alumnos sin que se haya encontrado relación con las variables independientes estudiadas.

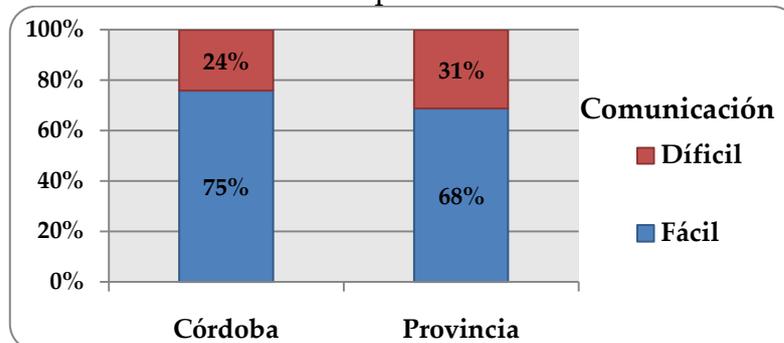
- **Comunicación con el padre:** Esta es peor que con la madre ($Ji^2: 210,521$; $p<0,001$) y además resulta más fácil con los niños que con las niñas (Figura 157); y en alumnos de colegios de la capital (Figura 158).

Figura 157: Relación de la comunicación con el padre según el sexo.



($Ji^2: 42,335$; $p<0,0001$)

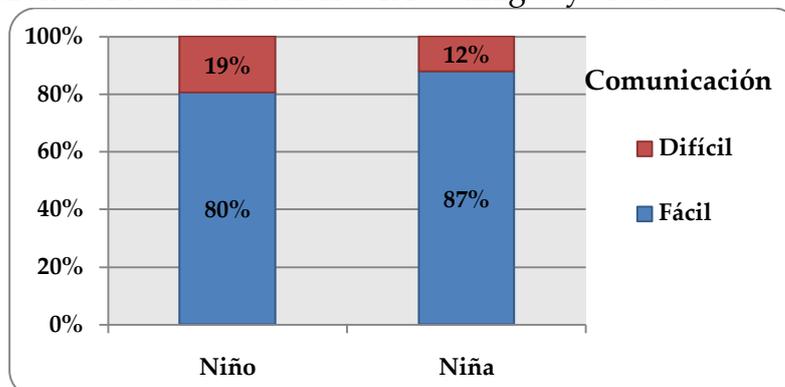
Figura 158: Relación de la comunicación paterna con el centro escolar.



($Ji^2: 6,933$; $p=0,031$)

- **Comunicación con los amigos:** No hemos encontrado relación con la edad, el carácter o localización del colegio ni la clase social paterna o materna. Según el sexo, las niñas refieren una mejor comunicación con los amigos (Figura 159).

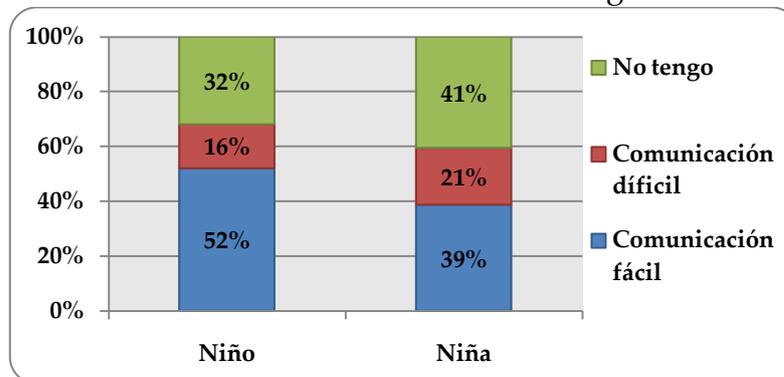
Figura 159: Relación de la comunicación con los amigos y el sexo.



($Ji^2: 9,742$; $p=0,008$)

- **Comunicación con los hermanos:** Los niños tienen mejor relación con los hermanos varones, mientras que las niñas tienen la misma relación indistintamente con hermanos o hermanas (Figura 160).

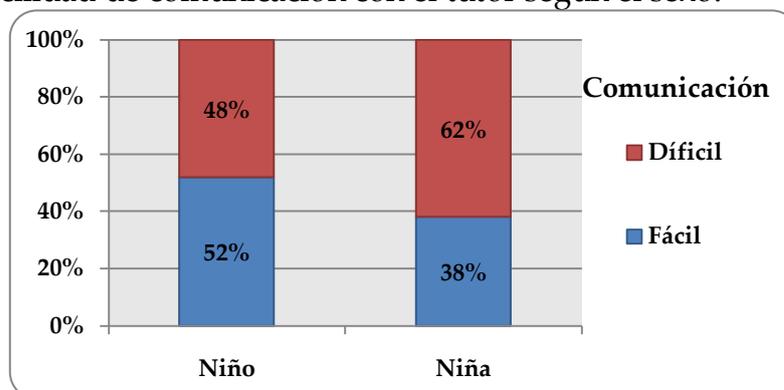
Figura 160: Facilidad de comunicación con el hermano según el sexo.



($Ji^2: 17,634; p < 0,0001$)

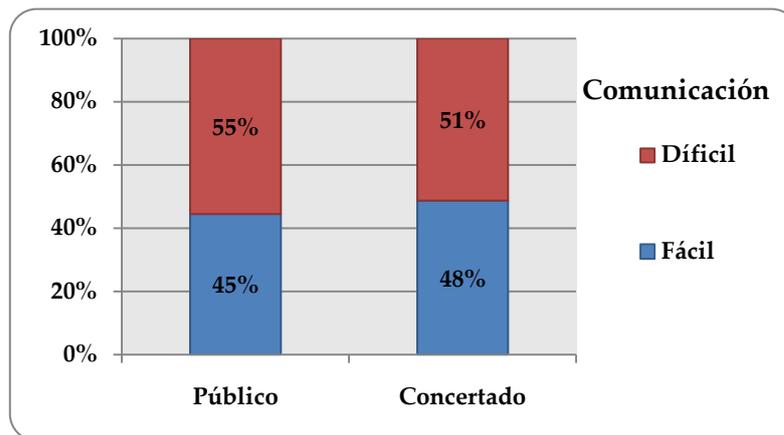
- **Comunicación con el tutor:** Es más fácil en los niños (Figura 161) y entre los alumnos de los colegios concertados (Figura 162).

Figura 161: Facilidad de comunicación con el tutor según el sexo.



($Ji^2: 18,981; p < 0,0001$)

Figura 162: Facilidad de comunicación con el tutor según el carácter del centro escolar.



(Ji^2 : 6,194. $p=0,045$)

❖ Al relacionar la comunicación con las personas del entorno, hemos encontrado:

- Una mala comunicación parental y un peor rendimiento escolar (Tabla 66, 67).
- Una peor comunicación parenteral y un mayor sentimiento de soledad (Tabla 66, 67).
- Una relación entre la comunicación difícil con los padres y el mayor sentimiento de infelicidad (Tabla 66, 67).
- Una mala comunicación con los amigos y un mayor sentimiento de soledad (Tabla 68).
- Una mala relación con el tutor y un peor rendimiento escolar (Figura 163).
- Una mala relación con el tutor y un mayor sentimiento de soledad (Tabla 69).

Tabla 66: Relación entre la comunicación con el padre, el rendimiento escolar, el sentimiento de soledad y el sentimiento de felicidad.

		Comunicación con el padre		Estadístico
		Buena	Mala	
Rendimiento escolar	Bueno	418 (59,6%)	138 (49,3%)	Ji ² :9,261 p=0,026
	Regular	169 (24,1%)	82 (29,3)	
	Malo	17 (2,4%)	11 (3,9%)	
Sentimiento de soledad	Siempre	6 (1,0%)	4 (1,4%)	Ji ² : 14,439 p=0,002
	Bastantes veces	38 (5,4%)	21 (7,5%)	
	Alguna vez	131 (18,6%)	78 (28,0%)	
	Rara vez/nunca	529 (75,1%)	176 (63,1%)	
Sentimiento de felicidad	Feliz	572 (81,8%)	192 (69,1%)	Ji ² : 25,620 p<0,001
	Regular	115 (16,5%)	68 (24,5)	
	Poco	10 (1,4%)	15 (5,4%)	
	Nada	2 (0,3%)	3 (1,1%)	

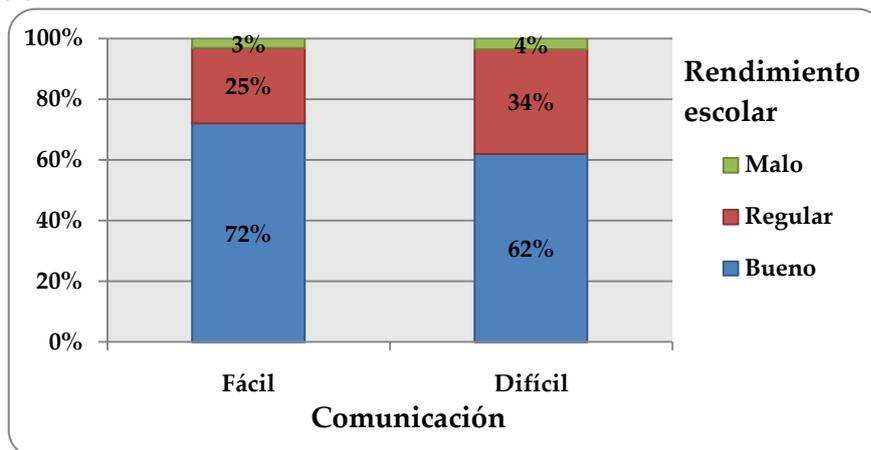
Tabla 67: Relación entre la comunicación con la madre, el rendimiento escolar, el sentimiento de soledad y el sentimiento de felicidad.

		Comunicación con la madre		Estadístico
		Buena	Mala	
Rendimiento escolar	Bueno	513 (59,0%)	49 (41,5%)	Ji ² :13,684 p=0,003
	Regular	210 (24,1%)	40 (33,9)	
	Malo	22 (2,5%)	5 (5,1%)	
Sentimiento de soledad	Siempre	8 (1,0%)	3 (2,6%)	Ji ² : 7,587 p=0,05
	Bastantes veces	47 (5,4%)	12 (10,3%)	
	Alguna vez	182 (20,9%)	26 (22,2%)	
	Rara vez/nunca	635 (72,8%)	76 (65%)	
Sentimiento de felicidad	Feliz	694 (80,0%)	75 (64,1%)	Ji ² : 17,539 p=0,001
	Regular	150 (17,3%)	36 (30,8%)	
	Poco	20 (2,3%)	4 (3,4%)	
	Nada	3 (0,3%)	2 (1,7%)	

Tabla 68: Relación de la comunicación con los amigos y el sentimiento de soledad.

Sentimiento de soledad	Comunicación con los amigos		Estadístico
	Buena	Mala	
Siempre	46 (66,7%)	23 (33,3%)	Ji ² : 24,620 p<0,001
Ocasional	166 (79,0%)	44 (21,0%)	
Rara vez/nunca	613 (87,2%)	90 (12,8%)	

Figura 163: Relación de la comunicación con el tutor y el rendimiento escolar autopercebido.



(Ji^2 : 9,411; $p=0,009$)

Tabla 69: Relación de la comunicación con el tutor y el sentimiento de soledad.

Sentimiento de soledad	Comunicación con el tutor		Estadístico
	Buena	Mala	
Siempre	33 (47,1%)	37 (52,9%)	Ji^2 : 11,134 $p=0,004$
Ocasional	74 (35,4%)	135 (64,6%)	
Rara vez/nunca	343 (48,4%)	365 (51,6%)	

8.5. Facilidad para hacer amigos:

El 86,1% encuentra fácil hacer amigos. No hemos hallado diferencias estadísticas con las variables independientes.

8.6. Encuentros con amigos después del colegio:

El 46,5% lo hacen a diario y el 8% rara vez o nunca (Figura 164). Los alumnos de 13 años son los que están con más frecuencia con los amigos después de clase (Tabla 70). El 51,6% de los niños están con amigos a diario frente al 40,8% de las niñas (Figura 165). Esta frecuencia también es mayor en alumnos de la provincia (55%) que en los de la capital (33,9%) (Figura 166); y en aquellos de centros públicos (53,1%) (Figura 167).

Figura 164: Frecuencia de estar con amigos después del colegio.

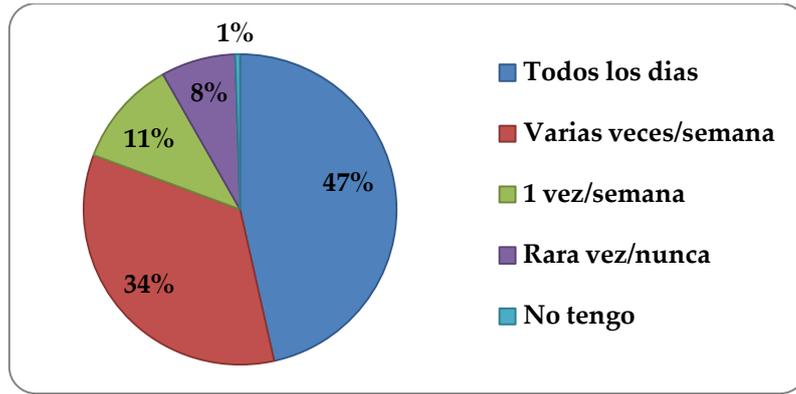
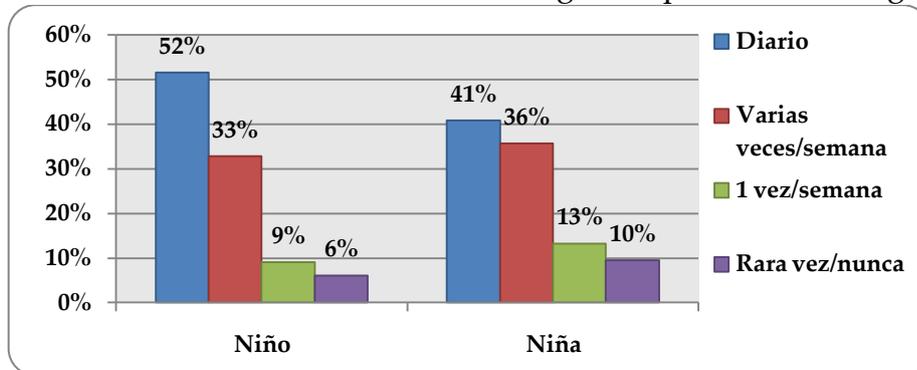


Tabla 70: Frecuencia de encuentros con los amigos según la edad.

Edad (años)	Frecuencia de encuentros con los amigos				
	Todos los días	Varias veces/semana	Una vez/semana	Rara vez/nunca	No tengo amigos
11	256 (43,0%)	227 (38,2%)	62 (10,4%)	47 (7,9%)	3 (0,5%)
12	179 (49,6%)	108 (29,9%)	45 (12,5%)	28 (7,8%)	1 (0,3%)
≥13	30 (68,2%)	7 (15,9%)	4 (9,1%)	2 (4,5%)	1 (2,3%)

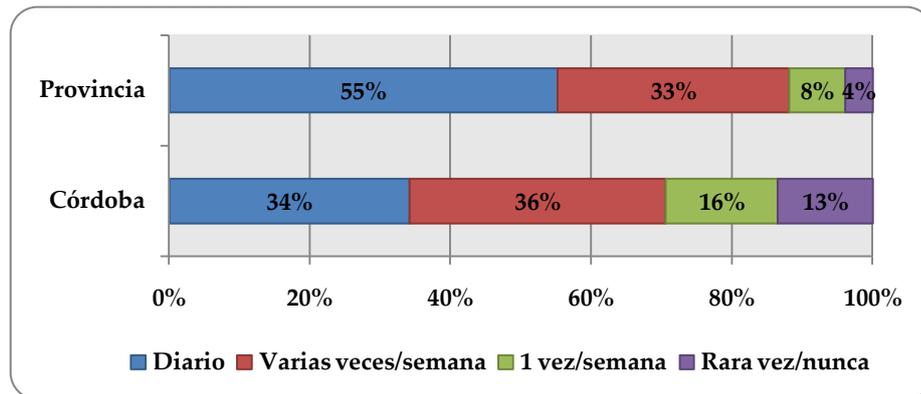
(Ji^2 : 20,428; $p=0,009$)

Figura 165: Frecuencia de encuentros con los amigos después de clase según el sexo.



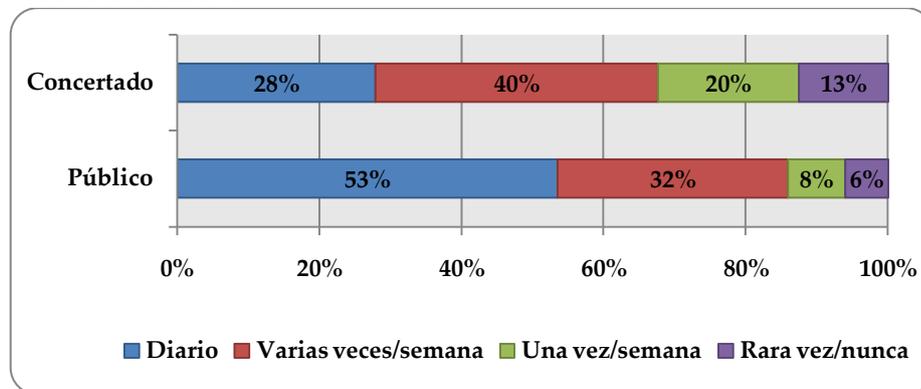
(Ji^2 : 15,018; $p=0,005$)

Figura 166: Frecuencia de encuentros con los amigos después de clase según la localización del centro escolar.



($Ji^2: 66,640; p<0,000$)

Figura 167: Frecuencia de encuentros con los amigos después de clase según el carácter del centro escolar.



($Ji^2:66,950; p<0,0001$)

Los niños de los padres y madres con clases sociales pertenecientes a las categorías IV y V son los que más habitualmente están en compañía de los amigos después de clase (Tabla 71).

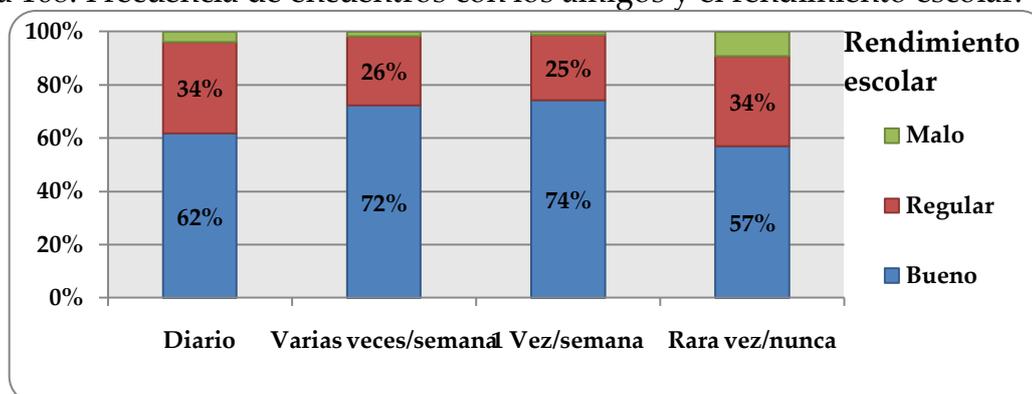
Tabla 71: Frecuencia de encuentros con los amigos después de clase en relación con la clase social del padre y de la madre.

		Frecuencia de encuentros con los amigos				Estadístico
		Diario	Varias veces/ semana	Una vez/ semana	Rara vez/ nunca	
Clase social del padre	I	14 (23,3%)	26 (43,3%)	15 (25,0%)	5 (8,3%)	Ji ² :55,160 p<0,001
	II	40 (47,1%)	27 (31,8%)	9 (10,6%)	9 (10,6%)	
	III	47 (32,9%)	51 (35,7%)	28 (19,6%)	17 (11,9%)	
	IV	268 (50,2%)	176 (33,0%)	50 (9,4%)	36 (6,7%)	
	V	63 (52,5%)	48 (40,0%)	5 (4,2%)	4 (6,7%)	
	VI	4 (44,4%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	
Clase social de la madre	I	5 (20,8%)	10 (41,7%)	6 (25,0%)	3 (12,5%)	Ji ² :32,358 p=0,040
	II	39 (38,6%)	36 (35,6%)	19 (18,8%)	7 (6,9%)	
	III	48 (37,5%)	50 (39,1%)	15 (11,7%)	13 (10,2%)	
	IV	66 (53,7%)	40 (32,5%)	11 (8,9%)	6 (4,9%)	
	V	90 (51,1%)	55 (31,3%)	17 (9,7%)	14 (8,0%)	
	VI	204 (49,3%)	139 (33,6%)	39 (9,4%)	30 (7,2%)	

❖ **Hemos relacionado el encuentro con los amigos con:**

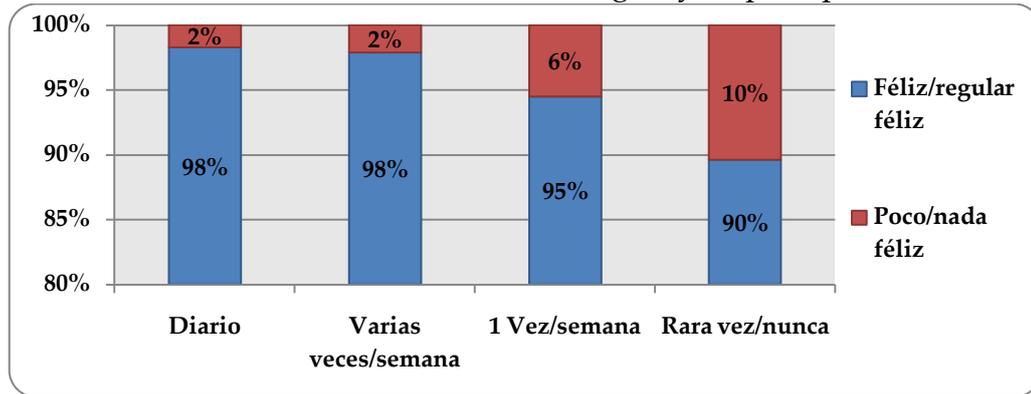
- Aquellos alumnos que están con los amigos diariamente y aquellos que están de forma ocasional son lo que peor rendimiento escolar autopercebido tienen (Figura 168).
- Aquellos que están más tiempo con los amigos se autoperciben más felices (Figura 169).
- Los alumnos que más tiempo están con los amigos se encuentran en mejor forma física (Figura 170).

Figura 168: Frecuencia de encuentros con los amigos y el rendimiento escolar.



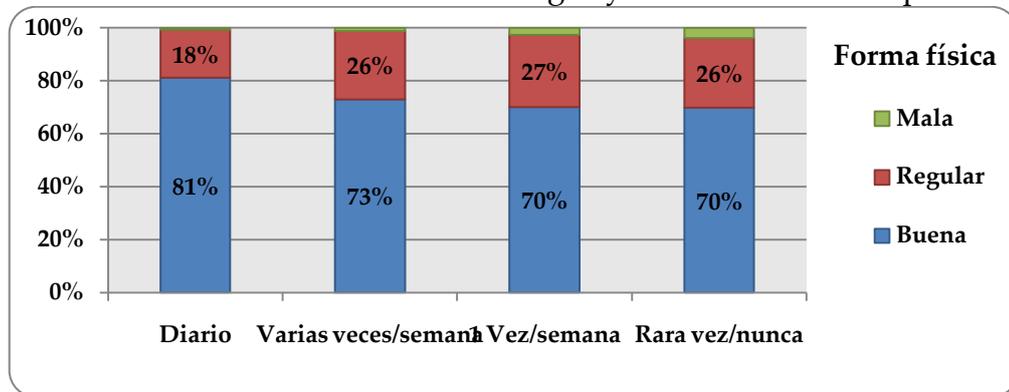
(Ji²: 21,103; p=0,002)

Figura 169: Frecuencia de encuentros con los amigos y la percepción de felicidad.



(Ji^2 : 20,715; $p < 0,001$)

Figura 170: Frecuencia de encuentros los amigos y la forma física autopercebida.



(Ji^2 : 17,260; $p = 0,008$)

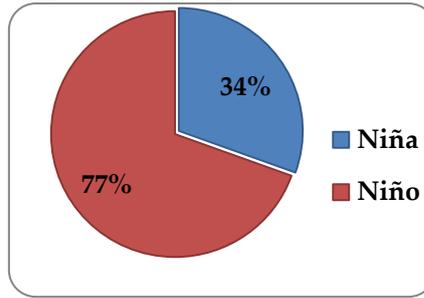
8.7. Amigo íntimo:

El 86,6% afirma tener un amigo/a íntimo/a. No hemos encontrado relación con las variables independientes.

8.8. Tener novio/novia:

El 20,1% afirma tener novio/a. De estos, el 33,8% son niñas y el 66,2% niños (Figura 171).

Figura 171: Frecuencia de amigo íntimo según el sexo.

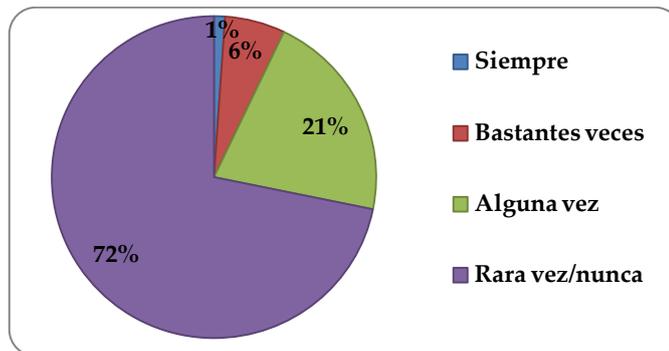


(Ji^2 : 18,445; $p < 0,000$)

8.9. Sentimiento de soledad:

El 7,1% se encuentran solos siempre o bastantes veces (Figura 172). No se ve influenciado por las variables independientes.

Figura 172: Frecuencia del sentimiento de soledad.



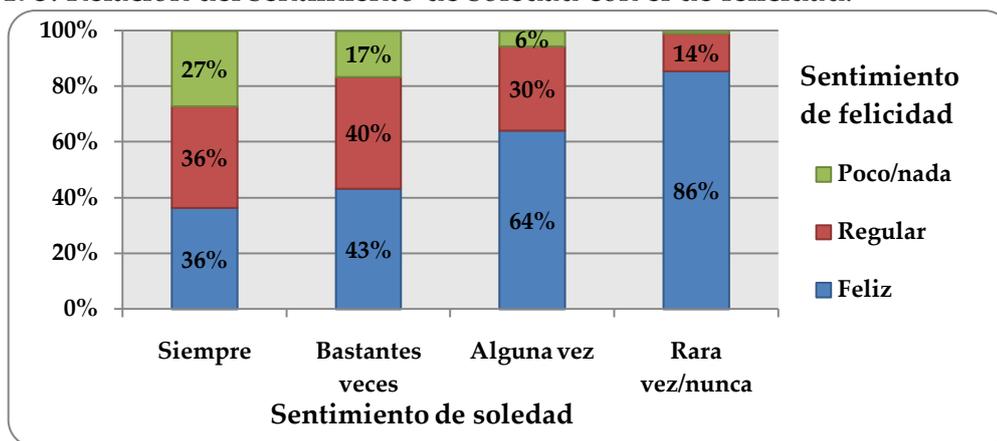
❖ Relación entre el sentimiento de soledad y otras variables:

✓ Análisis bivariado:

- El 37,6% de los que se autoperceben como en mala forma física se sienten solos siempre o en bastantes ocasiones, frente al 6% de los que se encuentran en buena forma física (Tabla 31).
- El 12% de los que fuman se sienten más solos, frente al 6,5% de los que no fuman (Figura 49).
- Encontramos una peor comunicación parenteral, con los tutores y con los amigos y un mayor sentimiento de soledad (Tabla 66, 67, 68 y 69).
- El 6,8% de los que se sienten sanos se sienten solos, frente al 42,9% de los se encuentran poco o nada sanos (Figura 118)

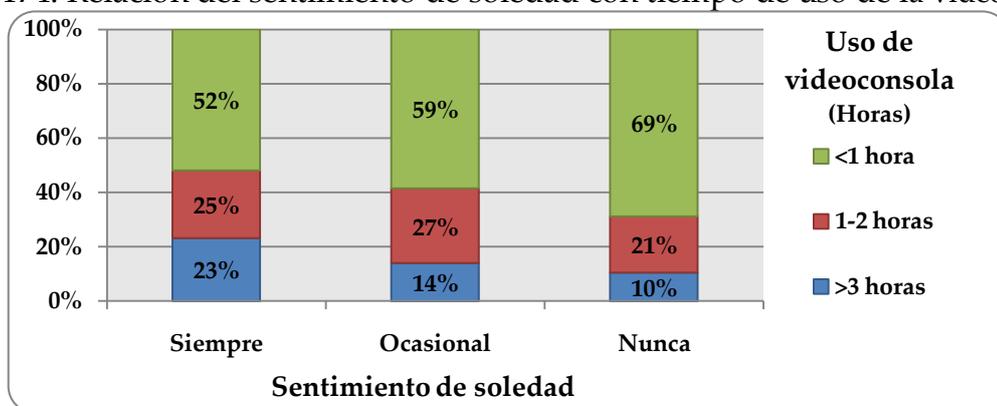
- Si comparamos el sentimiento de soledad con el sentimiento de felicidad, se comprueba que los que más solos afirman estar son los que se sienten menos felices (Figura 173).
- Hay un mayor sentimiento de soledad entre aquellos que usan durante más tiempo la videoconsola (Figura174).

Figura 173: Relación del sentimiento de soledad con el de felicidad.



(Ji^2 : 137,438; $p < 0,000$)

Figura 174: Relación del sentimiento de soledad con tiempo de uso de la videoconsola.



(Ji^2 : 13,886; $p = 0,008$)

✓ **Modelo multivariante de regresión logística:**

El sentimiento de soledad se relaciona con el sentimiento de cansancio matutino, la mala autopercepción de la forma física, ser fumador y bebedor, tener una mala percepción de la salud, un mayor sentimiento de infelicidad, el mal rendimiento escolar, una comunicación difícil con los progenitores y

amigos, un mayor consumo de horas de ocio con la televisión y la videoconsola y menos con los amigos (Tabla 72).

Tabla 72: Relación del sentimiento de soledad con otras variables (modelo multivariante).

Variables independientes relacionadas	β	p	OR	IC 95%
Cansancio matinal en días lectivos (0=Esporádico/1=Habitual)	0,85	0,001	2,34	1,4-3,92
Autopercepción de la forma física (0=Buena/1=Mala)	1,46	0,014	4,34	1,34-13,97
Ser fumador activo de tabaco (0=No/1=Sí)	1,42	0,002	4,14	1,7-10,06
Ser consumidor habitual de alcohol (0=No/1=Sí)	1,27	0,002	3,56	1,58-8,03
Autopercepción de salud (0=Buena/1=Mala)	0,89	0,04	2,43	1,26-5,8
Autopercepción de felicidad (0=Sí/1=No)	1,96	<0,001	7,16	3,19-16,07
Autovaloración del rendimiento académico (0=Bueno/1=Malo)	0,57	0,05	1,78	1,16-3,2
Comunicación con la madre (0=Fácil/1=Difícil)	0,89	0,039	2,43	1,17-5,12
Comunicación con el padre (0=Fácil/1=Difícil)	0,46	0,03	1,59	1,01-2,17
Comunicación con los amigos/as (0=Fácil/1=Difícil)	1,07	0,019	2,93	1,19-7,23
Capacidad de hacer nuevos amigos (0=Fácil/1=Difícil)	1,02	<0,001	2,79	1,57-4,95
Tiempo libre con los amigos (día lectivo) (0=Habitual/1=Esporádico)	1,35	0,001	3,89	1,72-8,79
Tiempo libre dedicado a ver la televisión (horas por día lectivo) (0=hasta dos/1=más de tres)	0,64	0,047	1,89	1,17-4,76
Ocio con la videoconsola (horas días lectivos) (0=menos de una/1=más de una)	1,58	0,007	4,87	1,53-15,49
Constante	$\beta=3,32$; $p<0,001$; $n=988$.			
<p><u>OR</u>: Odds Ratio. <u>IC</u>: Intervalo de confianza. <u>Variable dependiente</u>: Autopercepción de salud. 0=No solo (algunas veces, rara vez o nunca)/1=Solo (siempre o bastantes veces) <u>Variables consideradas y eliminadas del modelo</u>: sexo y edad del escolar, clase social de los progenitores, localización y carácter del centro escolar, hora de levantarse y acostarse, tiempo de sueño nocturno, realización de ejercicio físico extraescolar e intención de hacer deporte en el futuro (20 años), frecuencia de consumo de alimentos, realizar desayuno antes de las clases o en el recreo, haber padecido algún trastorno o tomado alguna medicina en el mes previo a la encuestación, autovaloración del rendimiento académico, comunicación con otras personas del entorno social, y con otros instrumentos de ocio. <u>Método Enter</u> (Introducir). <u>Prueba de Hosmer-Lemeshow</u> (Ji^2):1,27; Variables asociadas (14); $p = 0,52$. <u>Razón de verosimilitud</u>: 446,89; $p<0,001$.</p>				

9. OCIO Y COMUNICACIÓN:

❖ Frecuencia de las diferentes actividades de ocio:

La televisión, las videoconsolas y el ordenador son las actividades más practicadas, siendo mayor el consumo durante los fines de semana. Este es mayor los fines de semana. La lectura se mantiene constante durante toda la semana (Tabla 73).

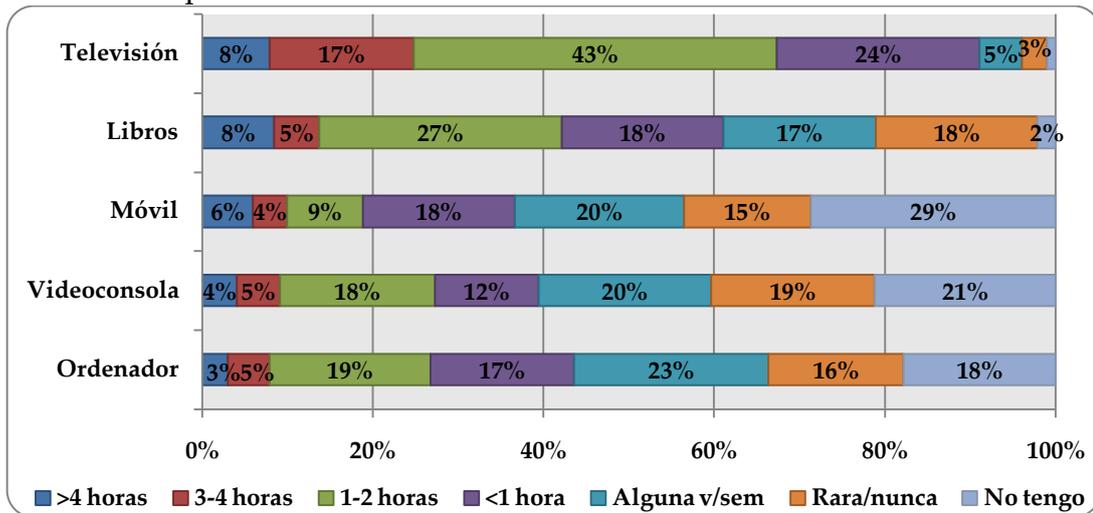
Tabla 73: Frecuencia del consumo (minutos) de las diferentes actividades los días lectivos y los festivos.

Instrumentos de ocio	Consumo (minutos)	
	Diario Media \pm DT	Fines de Semana Media \pm DT
Televisión	104,87 \pm 70,55	133,50 \pm 76,82
Videoconsola	48,42 \pm 64,39	78,27 \pm 77,89
Ordenador	46,25 \pm 57,85	72,13 \pm 72,09
Libros	77,85 \pm 74,47	77,00 \pm 69,10
Teléfono móvil	43,84 \pm 66,75	57,64 \pm 68,70

9.1. Actividades de ocio en días lectivos:

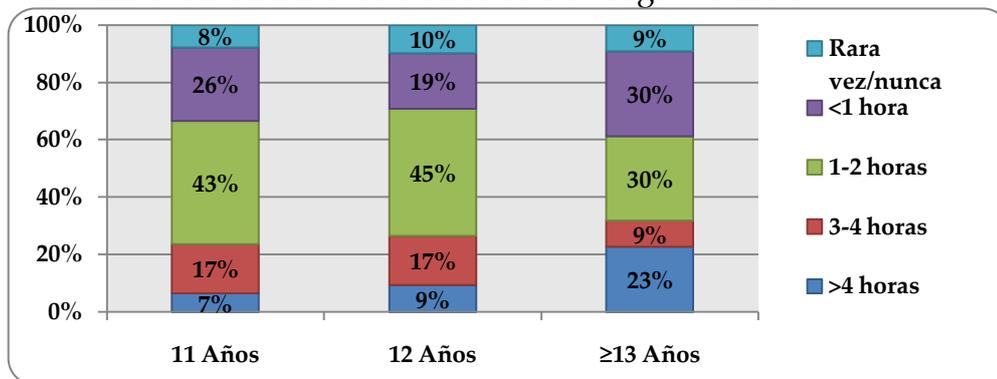
- ✓ Los niños pasan más tiempo jugando con la videoconsola (tabla 74). Las niñas leen y usan más el teléfono móvil (Figura 181. Tabla 77).
- ✓ Todas las actividades, excepto la lectura, tienen una mayor frecuencia con la edad (Figura 176, 178 y 180. Tabla 75).
- ✓ Las videoconsolas, el ordenador y los teléfonos se usan más en los colegios públicos de la provincia (Tabla 75, 76 y 77).
- ✓ La clase social del padre no tiene influencia en la práctica de estas actividades; la de la madre, en cambio, si se asocia con el uso de la televisión, la videoconsola, el ordenador y los libros (Figura 177, 179 y 182. Tabla 74).

Figura 175: Tiempo de uso de las diferentes actividades en días lectivos.



- Visionado de televisión:** Hasta el 25% de los alumnos ven más de 3 horas diarias la televisión. Este porcentaje aumenta con la edad (Figura 176). Los hijos de madres de clase social V son los que más frecuentemente ven la televisión (Tabla 74).

Figura 176: Frecuencia de visionado de televisión según la edad.



($Ji^2:29,582; p=0,003$)

Tabla 74: Frecuencia del visionado de televisión según la clase social de la madre.

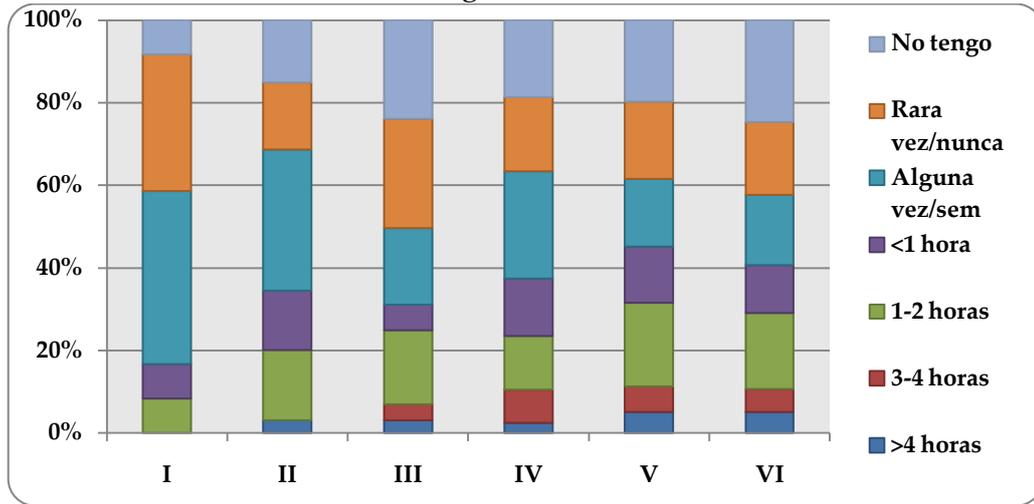
		Tiempo de uso de la televisión					Estadístico
		>4 horas/día	3-4 horas/día	1-2 horas/día	<1 hora/día	Rara vez/nunca	
Clase social de la madre	I	1 (4,2%)	2 (8,3%)	8 (33,3%)	10 (41,7%)	3 (12,5%)	Ji ² :51,478 p=0,009
	II	3 (3,0%)	12 (12,0%)	42 (42,0%)	35 (35,0%)	7 (7,0%)	
	III	11 (8,5%)	17 (13,2%)	64 (49,6%)	25 (19,4%)	12 (9,3%)	
	IV	12 (9,8%)	15 (12,2%)	57 (46,3%)	26 (21,1%)	11 (9,0%)	
	V	18 (10,2%)	37 (21,0%)	60 (34,15)	48 (27,3%)	13 (7,4%)	
	VI	33 (8,0%)	79 (19,1%)	184 (44,4%)	86 (20,8%)	32 (7,8%)	

- **Uso de videoconsolas:** Son más frecuentes en los niños de mayor edad, en aquellos de colegios públicos y en los de la provincia (Tabla 75). Los hijos de las madres de las clases sociales del grupo I son los que más videoconsolas tienen, pero los que menos las usan (Figura 177).

Tabla 75: Uso de la videoconsola según la edad, el carácter y la localización del centro escolar.

		Tiempo de uso de la videoconsola					Estadístico
		>4 horas/día	3-4 horas/día	1-2 horas/día	<1 hora/día	Rara vez/nunca	
Edad	11 Años	21 (3,5%)	32 (5,4%)	94 (15,9%)	69 (11,7%)	252 (42,6%)	Ji ² : 4,255 p= 0,05
	12 Años	17 (4,7%)	18 (5,0%)	74 (20,5%)	43 (11,9%)	132 (36,5%)	
	≥13 Años	4 (8,9%)	3 (6,7%)	9 (20,0%)	7 (15,6%)	11 (24,4%)	
Sexo	Niño	39 (7,4%)	46 (8,7%)	138 (26,1%)	83 (15,7%)	176 (33,2%)	Ji ² : 226,61 p<0,0001
	Niña	3 (0,6%)	7 (1,5%)	39 (8,3%)	36 (7,7%)	219 (46,7%)	
Colegio	Público	36 (4,9%)	42 (5,7%)	140 (19,0%)	82 (11,1%)	262 (35,5%)	Ji ² : 28,776 p<0,0001
	Concertado	6 (2,3%)	11 (4,2%)	37 (14,2%)	37 (14,2%)	133 (51,2%)	
Localización	Córdoba	12 (3,0%)	20 (5,0%)	76 (18,8%)	53 (13,1%)	184 (45,5%)	Ji ² :26,125 p<0,0001
	Provincia	30 (5,1%)	33 (5,6%)	101 (17,0%)	66 (11,1%)	211 (35,6%)	

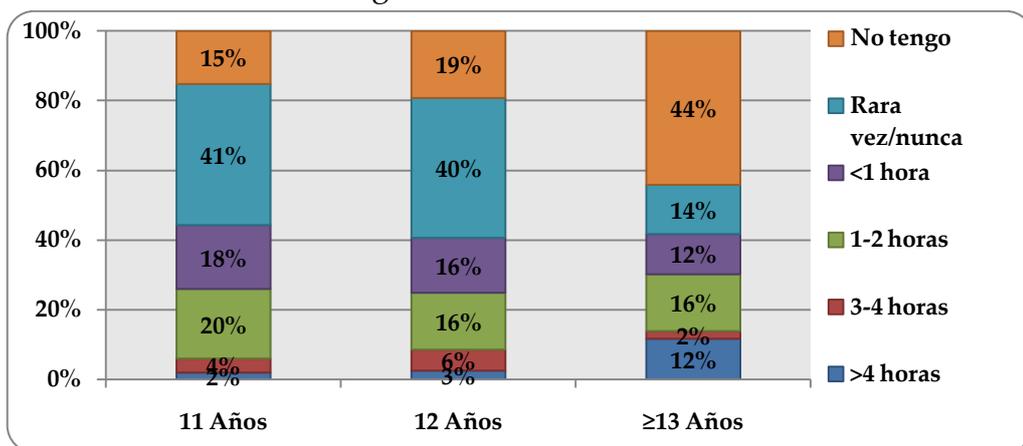
Figura 177: Uso de la videoconsolas según la clase social materna.



($Ji^2:44,165; p=0,01$)

- Uso de ordenador:** El 14% de los alumnos de 13 años usan el ordenador más de 3 horas diarias. Los más pequeños son los que más ordenadores tienen pero los que menos los usan (Figura 178). No hay diferencia por el sexo. Según el tipo de colegio, los escolares de los colegios públicos y aquellos de la provincia son los que pasan más tiempo delante del ordenador (Tabla 76). La clase social del padre no tiene relación estadística sobre el uso de ordenadores. Aquellos hijos de madres pertenecientes a la clase social I son los que menos los usan, aún siendo los que más ordenadores tienen (Figura 179).

Figura 178: Uso de ordenador según la edad.

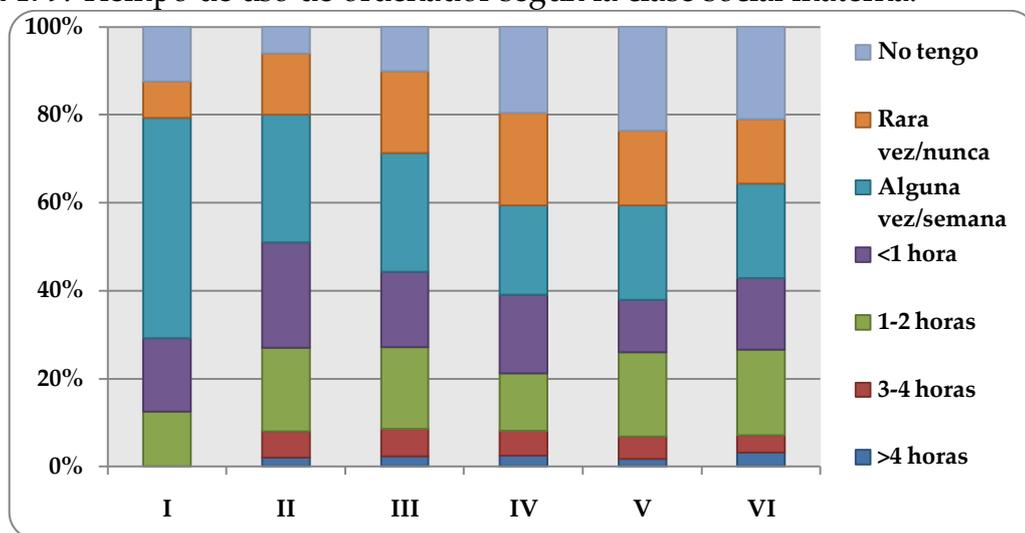


($Ji^2:48,725; p<0,0001$)

Tabla 76: Uso del ordenador según el carácter y la localización del centro escolar.

		Frecuencia de uso del ordenador						Estadístico
		>4 horas /día	3-4 horas/ día	1-2 horas/ día	<1 hora/ día	Rara vez/ nunca	No Tengo	
Colegio	Público	21 (2,8%)	38 (5,2%)	141 (19,1%)	115 (15,6%)	272 (36,9%)	150 (20,4%)	Ji ² :20,511 p=0,002
	Concertado	4 (1,4%)	9 (3,5%)	43 (16,5%)	56 (21,5%)	119 (45,8%)	29 (11,2%)	
Localización	Córdoba	5 (1,2%)	23 (5,7%)	78 (19,3%)	88 (21,8%)	158 (48,9%)	53 (13,1%)	Ji ² :25,815 p<0,0001
	Provincia	20 (3,4%)	24 (4,0%)	106 (17,9%)	83 (14,0%)	234 (39,5%)	126 (21,2%)	

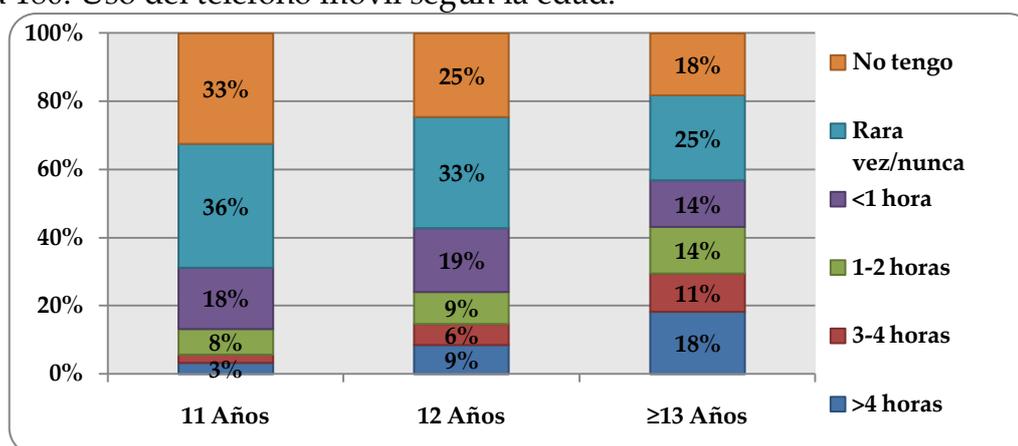
Figura 179: Tiempo de uso de ordenador según la clase social materna.



(Ji²:46,663; p=0,027)

- **Teléfono móvil:** El 10% usan el móvil más de 3 horas diarias. Los alumnos de 13 años son los que más frecuentemente tienen móvil y los que más lo utilizan (Figura 180). Las niñas son las que más móviles tienen y las que más lo usan. Según el tipo de colegio, es más frecuente en aquellos públicos y de la provincia (Tabla 77).

Figura 180: Uso del teléfono móvil según la edad.



($Ji^2:47,113$; $p<0,0001$)

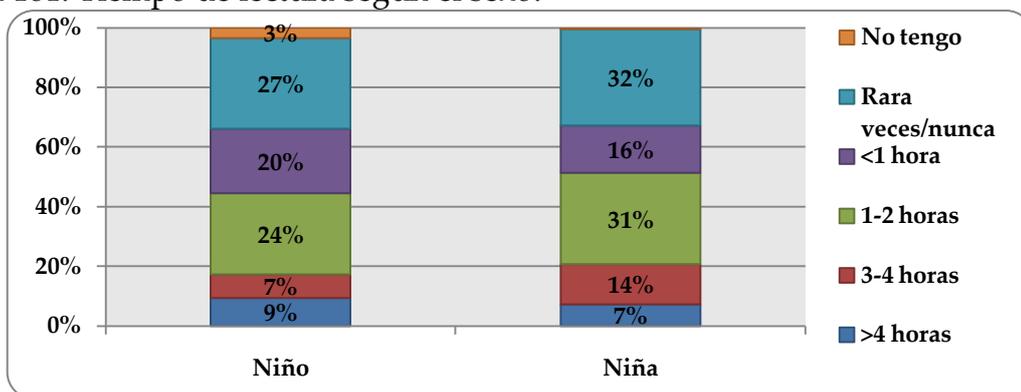
Tabla 77: Uso del teléfono móvil según el carácter y la localización del centro escolar.

		Tiempo de uso del teléfono móvil						Estadístico
		>4 horas/día	3-4 horas/día	1-2 horas/día	<1 hora/día	Rara vez/Nunca	No Tengo	
Sexo	Niño	28 (5,3%)	27 (5,1%)	36 (6,8%)	88 (16,6)	199 (33,8%)	171 (32,3%)	$Ji^2:13,347$ $p=0,038$
	Niña	30 (6,4%)	15 (3,2%)	49 (10,5%)	92 (19,7%)	164 (35,0%)	118 (25,2%)	
Colegio	Público	48 (6,5%)	37 (5,0%)	64 (8,7%)	131 (17,8%)	234 (35,7%)	224 (30,4%)	$Ji^2:14,739$ $p=0,022$
	Concertado	10 (3,9%)	5 (1,9%)	21 (8,1%)	49 (18,9%)	102 (33,2%)	65 (25,1%)	
Localización	Córdoba	17 (4,2%)	10 (2,5%)	31 (7,7%)	62 (15,3%)	169 (41,9%)	115 (28,5%)	$Ji^2:24,009$ $p=0,001$
	Provincia	41 (6,9%)	32 (5,4%)	54 (9,1%)	118 (19,9%)	174 (29,3%)	174 (29,3%)	

- **Hábito de lectura:** El 13% leen más de 3 horas diarias. Las niñas pasan más horas dedicadas a la lectura (Figura 181). Hay un mayor número de alumnos de

colegios públicos que refieren leer rara vez o nunca y que niegan tener libros de lectura en casa; sin embargo son estos los que afirman leer mayor número de horas. Los niños de la provincia pasan más tiempo dedicado a los libros (Tabla 78). Los alumnos cuyas madres pertenecen a las clases sociales englobadas en la categoría I y II son los que más tiempo leen (Figura 182).

Figura 181: Tiempo de lectura según el sexo.

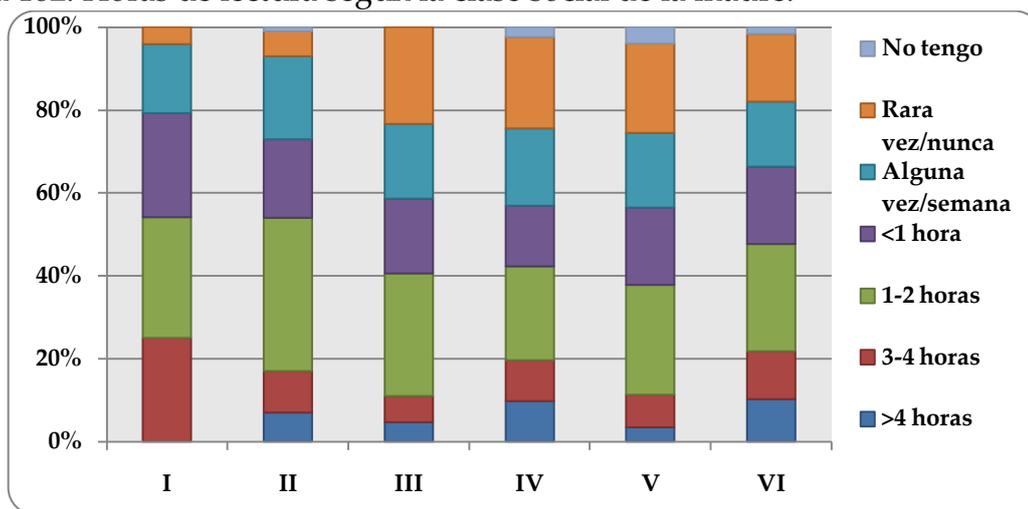


($Ji^2:26,821$; $p<0,0001$)

Tabla 78: Tiempo de lectura según el carácter y la localización del centro escolar.

		Tiempo de lectura						Estadístico
		>4 horas/día	3-4 horas/día	1-2 horas/día	<1 hora/día	Rara vez/Nunca	No Tengo	
Colegio	Público	65 (8,8%)	76 (10,3%)	186 (25,1%)	128 (17,3%)	266 (34,5%)	139 (18,8%)	$Ji^2:14,123$ $p=0,028$
	Concertado	14 (5,4%)	25 (9,6%)	86 (33,1%)	51 (19,6%)	73 (31,9%)	37 (14,2%)	
Localización	Córdoba	22 (5,4%)	49 (12,1%)	129 (31,9%)	73 (18,0%)	123 (35,3%)	53 (13,1%)	$Ji^2:21,898$ $p=0,001$
	Provincia	57 (9,6%)	52 (8,8%)	143 (24,1%)	106 (17,9%)	209 (35,3%)	123 (20,7%)	

Figura 182: Horas de lectura según la clase social de la madre.

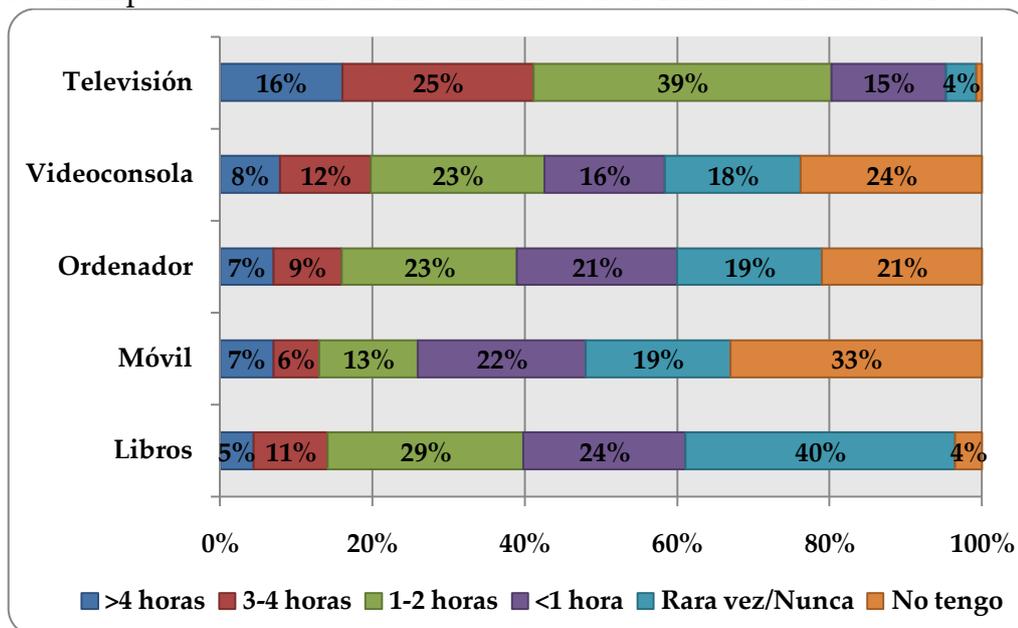


($Ji^2: 52,121; p=0,007$)

9.2. Actividades de ocio en días festivos:

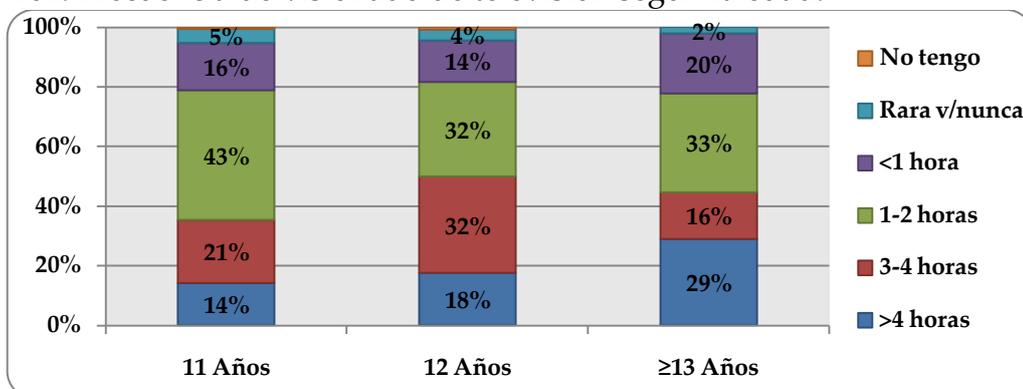
- ✓ Los niños pasan más horas con la videoconsola y las niñas con los libros de lectura (Figura 185, 190).
- ✓ A mayor edad, más tiempo que se dedica a la televisión, los ordenadores y los teléfonos móviles (Figura 184, 186,188).
- ✓ La videoconsola, el ordenador y el teléfono móvil lo usan más los alumnos de colegios públicos (Tabla 79, 80 y 81). El teléfono se utiliza más en la provincia y los libros se leen más en la capital (Tabla 81 y 82).
- ✓ La clase social paterna no tiene relación con ninguna de estas actividades; la materna con el uso del ordenador, del teléfono móvil y de los libros. (Figura 187, 189, 191)

Figura 183: Tiempo de consumo de las diferentes actividades en días festivos.



- **Uso de televisión:** Hasta el 41% de los alumnos ve la televisión más de 3 horas diarias en días no lectivos. Hay un mayor uso de con la edad (Figura 184). No encontramos diferencias con el resto de las variables independientes.

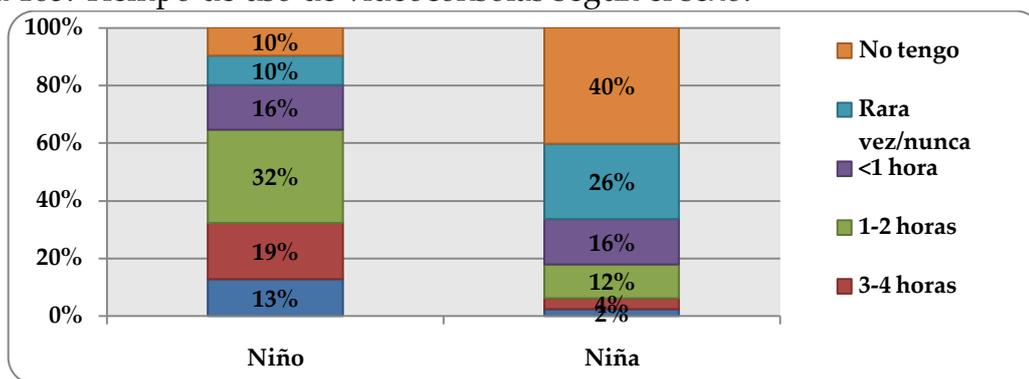
Figura 184: Frecuencia de visionado de televisión según la edad.



(Ji^2 : 30,257; $p=0,001$)

- **Uso de videoconsolas:** El 40% de las niñas no tienen videoconsola. Hasta el 31% de los niños está más de 3 horas jugando con la videoconsola durante los fines de semana (Figura 185). Los alumnos de los colegios concertados son los que menos videoconsolas tienen (Tabla 79).

Figura 185: Tiempo de uso de videoconsolas según el sexo.



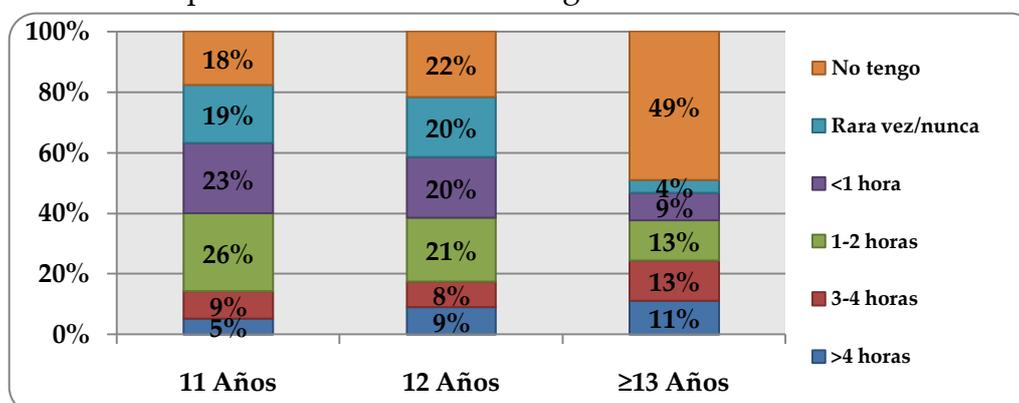
($Ji^2: 263,268; p<0,0001$)

Tabla 79: Tiempo de uso de videoconsolas según la localización del colegio.

		Tiempo de uso de videoconsolas						Estadístico
		>4 horas/día	3-4 horas/día	1-2 horas/día	<1 hora/día	Rara vez/Nunca	No Tengo	
Colegio	Público	62 (8,4%)	89 (12,0%)	167 (22,6%)	103 (13,9%)	125 (16,9%)	193 (26,1%)	$Ji^2:11,243$ $p=0,047$
	Concertado	17 (6,6%)	32 (12,4%)	59 (22,8%)	53 (20,5%)	50 (19,3%)	48 (18,5%)	

- **Uso de ordenador:** Los alumnos mayores son los que menos ordenadores tienen, pero los que más tiempo pasan usándolo (Figura 186). Según el carácter del centro escolar, los niños pertenecientes a colegios públicos son los que menos ordenadores tienen, pero los que más tiempo lo usan (Tabla 80). Aquellos cuyas madres pertenecen a la clase social II y VI son los que más tiempo pasan con el ordenador (Figura 187).

Figura 186: Tiempo de uso de ordenador según la edad.

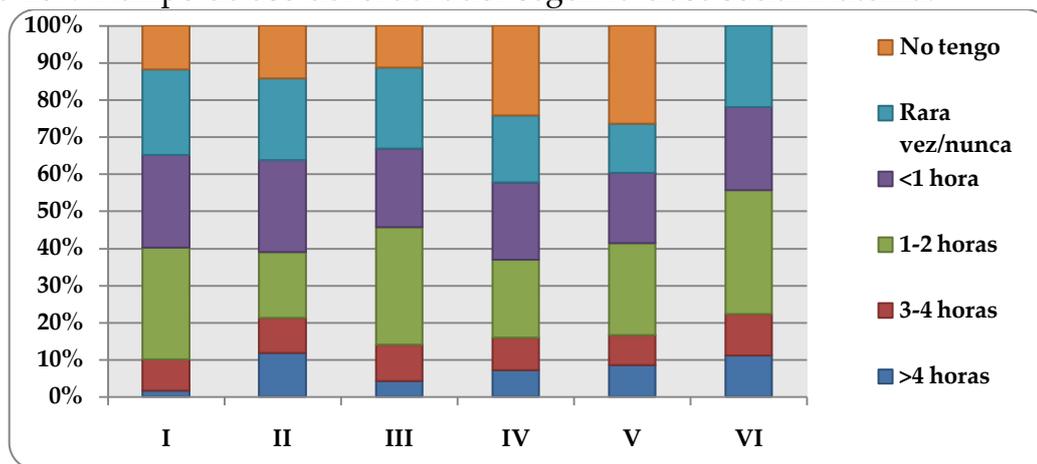


($Ji^2: 41,398; p<0,0001$)

Tabla 80: Tiempo de uso de ordenador según el carácter del centro escolar.

		>4 horas/día	3-4 horas/día	1-2 horas/día	<1 hora/día	Rara vez/Nunca	No tengo	Estadístico
Colegio	Público	55 (7,4%)	72 (9,7%)	160 (21,6%)	152 (20,5%)	134 (18,1%)	167 (22,6%)	Ji ² :14,342 p=0,014
	Concertado	14 (5,4%)	18 (6,9%)	74 (28,5%)	62 (23,8%)	54 (20,8%)	38 (14,6%)	

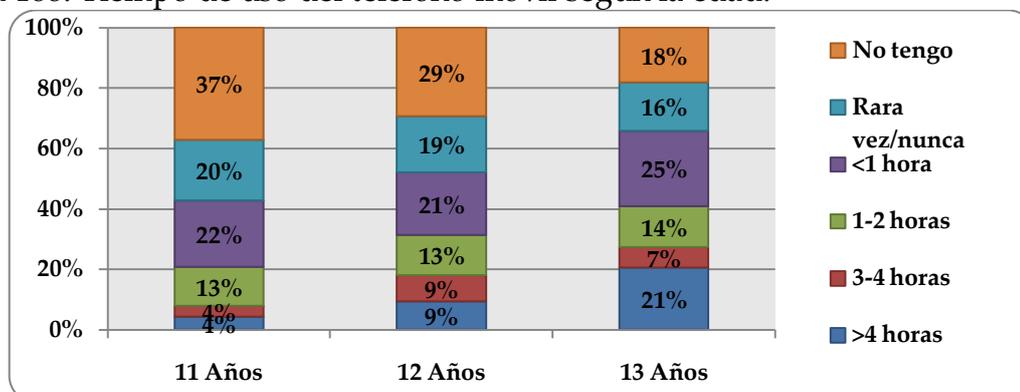
Figura 187: Tiempo de uso del ordenador según la clase social materna.



(Ji²: 37,908; p=0,047)

- **Uso de teléfono móvil:** Los mayores son los que más usan el teléfono móvil (Figura 188). Los niños de los colegios públicos, y aquellos de la provincia son los que más tiempo le dedican (Tabla 81). Los hijos de madres pertenecientes a la clase social V son los que más usan el teléfono; aquellos del grupo II tienen menos móviles (Figura 189).

Figura 188: Tiempo de uso del teléfono móvil según la edad.

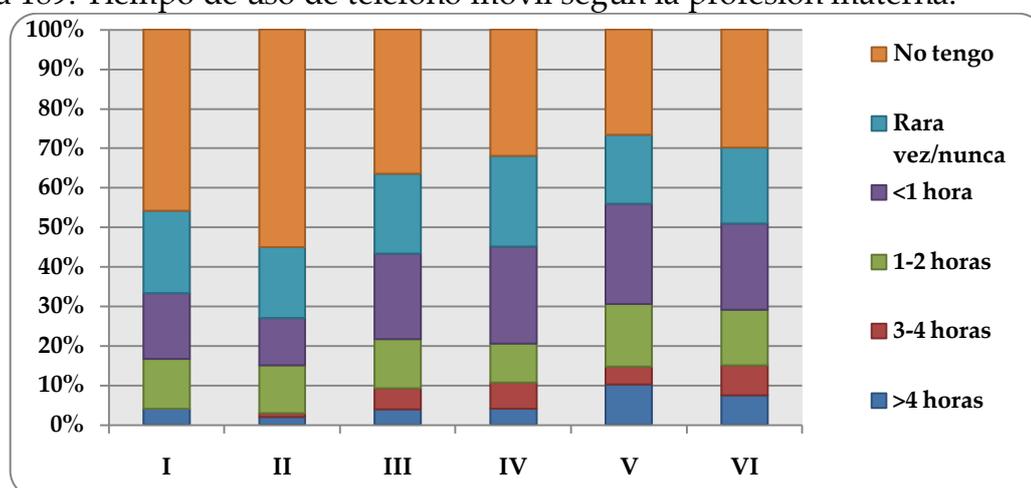


(Ji²: 39,296; p<0,0001)

Tabla 81: Tiempo de uso del teléfono móvil según el carácter y la localización del colegio.

		Tiempo de uso del teléfono móvil						Estadístico
		>4 horas/día	3-4 horas/día	1-2 horas/día	<1 hora/día	Rara vez/Nunca	No Tengo	
Colegio	Público	56 (7,6%)	49 (6,6%)	93 (12,6%)	158 (21,4%)	131 (17,8%)	251 (34,0%)	Ji ² :12,260 p=0,031
	Concertado	12 (4,6%)	7 (2,7%)	37 (14,3%)	58 (12,4%)	62 (23,9%)	83 (32,0%)	
Localización	Córdoba	20 (5,0%)	14 (3,5%)	47 (11,7%)	76 (18,9%)	86 (21,3%)	160 (39,7%)	Ji ² :21,533 p=0,001
	Provincia	48 (8,1%)	42 (7,1%)	83 (14,0%)	140 (23,6%)	107 (18,0%)	174 (29,3%)	

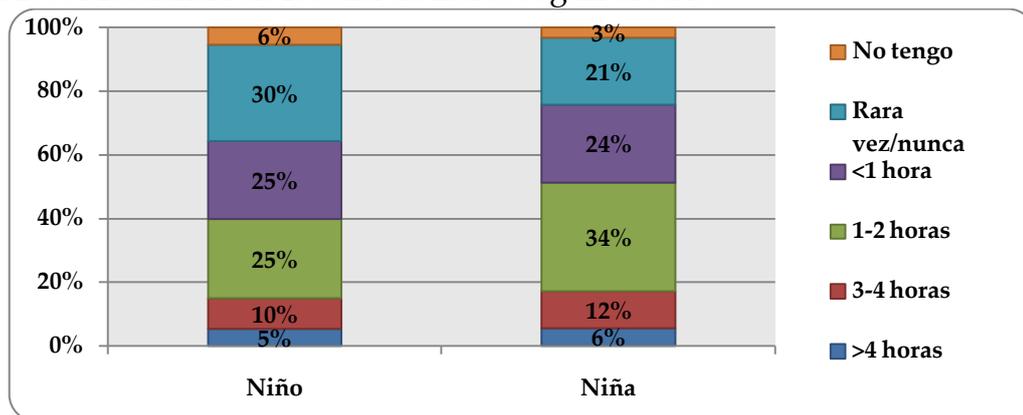
Figura 189: Tiempo de uso de teléfono móvil según la profesión materna.



(Ji²: 47,838; p=0,004)

- **Lectura de libros:** Las niñas son las que tienen mayor hábito de lectura (Figura 190). En la capital pasan mayor número de horas leyendo (Tabla 82). Aquellos alumnos cuyas madres pertenecen a la clase social I son las que más tiempo dedican a esta actividad (Figura 191).

Figura 190: Frecuencia de lectura de libros según el sexo.

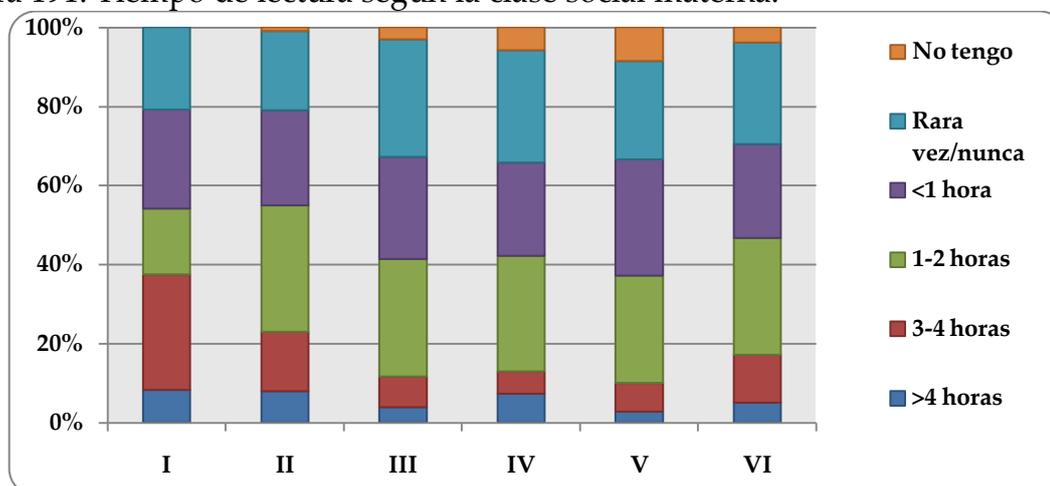


(Ji^2 : 19,127; $p=0,002$)

Tabla 82: Frecuencia de lectura de libros según la localización del colegio.

		Tiempo de uso de libros de lectura						Estadístico
		>4 horas/día	3-4 horas/día	1-2 horas/día	<1 hora/día	Rara vez/nunca	No tengo	
Localización	Córdoba	23 (5,7%)	51 (12,6%)	132 (32,7%)	84 (20,8%)	84 (20,8%)	30 (7,4%)	$Ji^2:30,066$ $p<0,0001$
	Provincia	31 (5,2%)	55 (9,2%)	160 (26,9%)	160 (26,9%)	160 (26,9%)	14 (2,4%)	

Figura 191: Tiempo de lectura según la clase social materna.

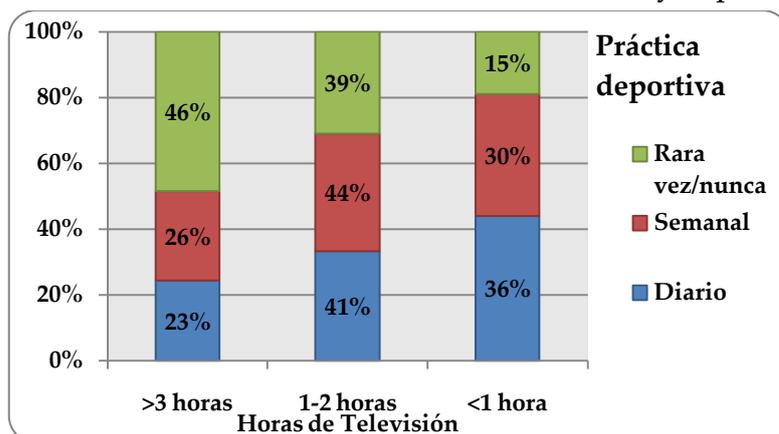


(Ji^2 : 39,182; $p=0,035$)

❖ **Hemos relacionado las anteriores actividades con otras variables:**

- A mayor consumo de horas de televisión, menor práctica de deporte extraescolar (Figura 192).

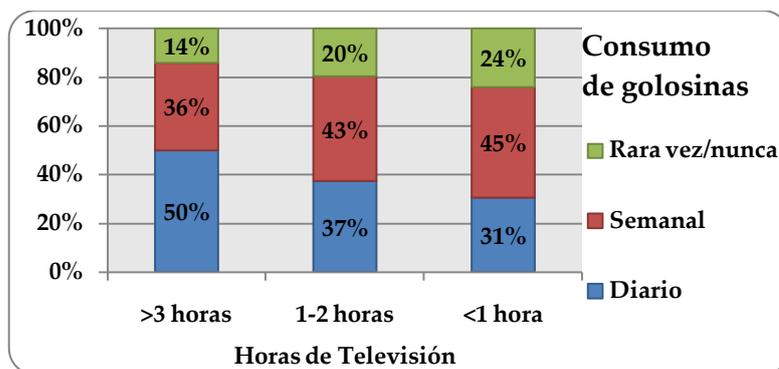
Figura 192: Relación entre el consumo de horas de televisión y la práctica deportiva.



(Ji^2 : 10,558; $p=0,032$)

- A mayor consumo de televisión, mayor consumo de golosinas (Figura 193).

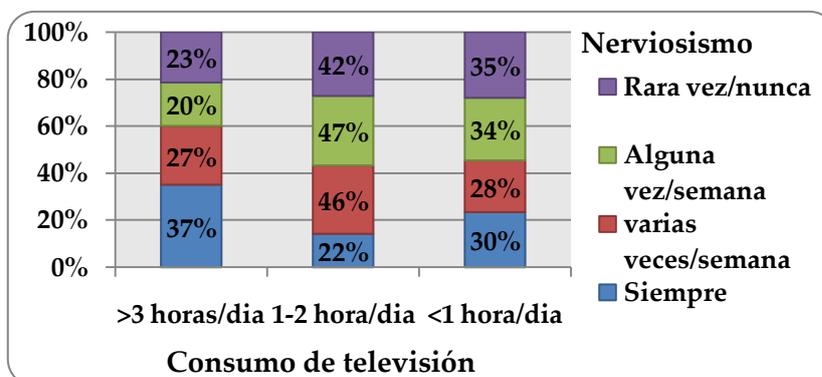
Figura 193: Relación del tiempo de visionado de televisión y el consumo de golosinas.



(Ji^2 : 24,020; $p<0,001$)

- A más horas de consumo de televisión, mayor porcentaje de escolares que refieren encontrarse nerviosos (Figura 194).

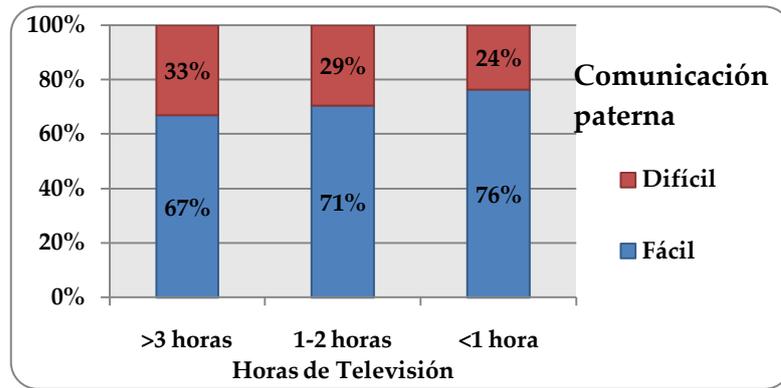
Figura 194: Relación del consumo de horas de televisión y el sentimiento de nerviosismo.



(Ji^2 : 18,482; $p=0,005$)

- A mayor consumo de televisión, peor comunicación con el padre (Figura 195).

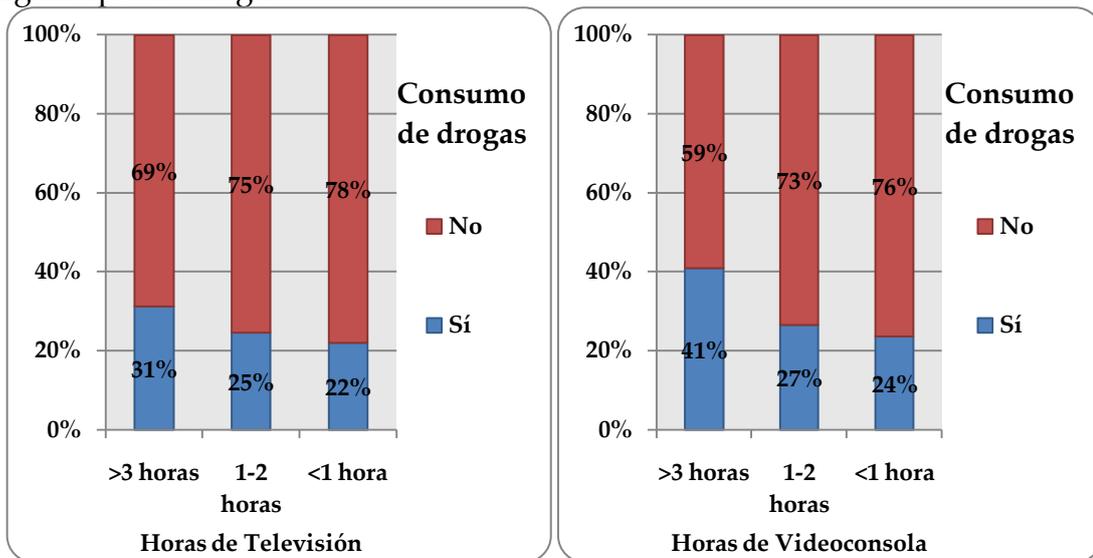
Figura 195: Relación del tiempo de visionado de televisión y la comunicación paterna.



(Ji^2 : 6,022; $p=0,049$)

- A más horas de uso de televisión y videoconsolas, mayor porcentaje de niños que han consumido algún tipo de droga (Figura 196).

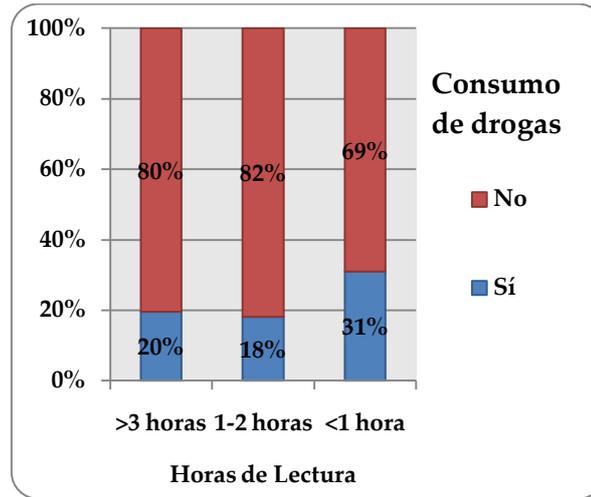
Figura 196: Relación del consumo de horas de televisión y consolas con el consumo de algún tipo de droga.



(Ji^2 Televisión: 6,624; $p=0,036$. Ji^2 Videoconsolas: 12,123; $p=0,002$)

- A más horas de lectura de libros, menor porcentaje de niños que han consumido algún tipo de droga (Figura 197).

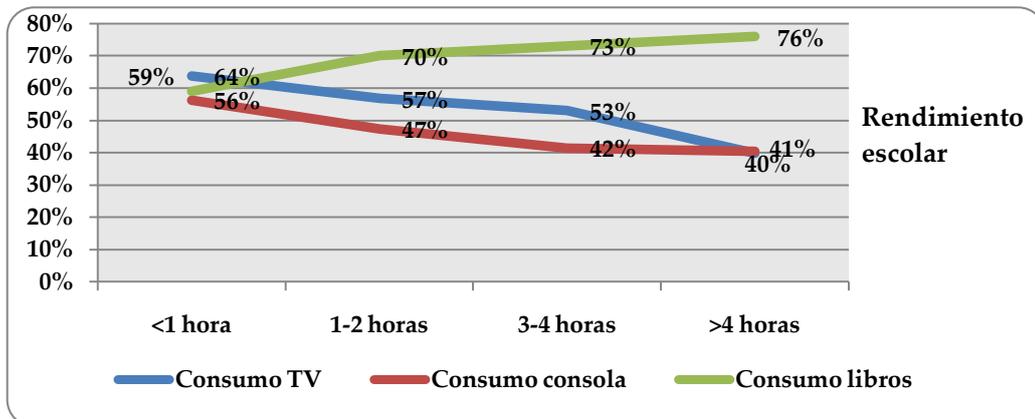
Figura 197: Relación de las horas de lectura con el consumo de algún tipo de droga.



($Ji^2:19,603; p<0,001$)

- A mayor tiempo de uso de la televisión, la videoconsola y el ordenador y el menor tiempo de lectura, el porcentaje de alumnos con buen rendimiento escolar disminuye (Figura 198).

Figura 198: Relación del uso de televisión, videoconsolas y lectura y el rendimiento escolar.

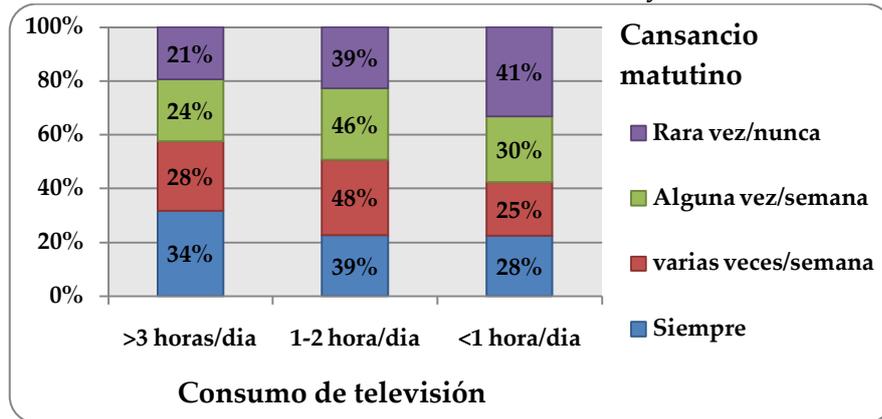


(Ji^2 Ordenador: 38,551; $p<0,001$. Ji^2 Videoconsolas: 37,288; $p<0,001$.)

Ji^2 Libros: 23,158; $p<0,001$)

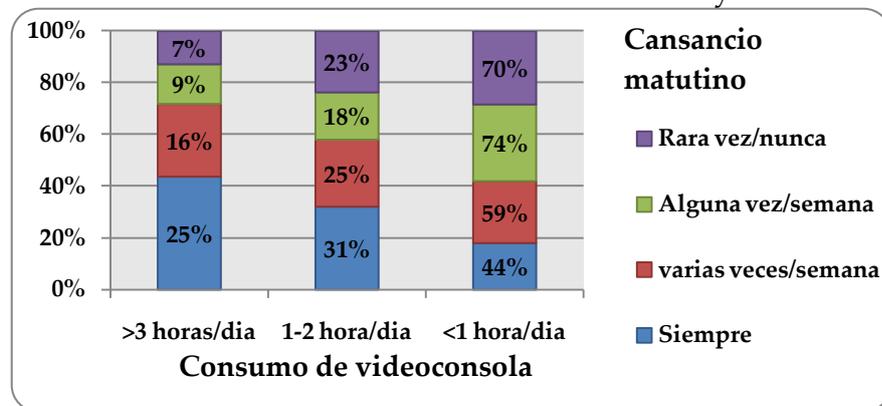
- A más horas de consumo de televisión, videoconsola y ordenador, mayor porcentaje de niños que refieren estar cansados por las mañanas (Figura 199, 200 y 201).

Figura 199: Relación del consumo de horas de televisión y el cansancio matutino.



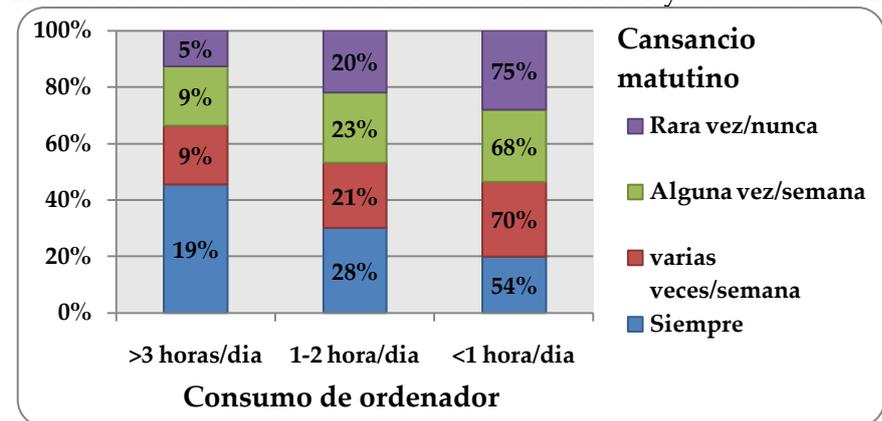
(Ji^2 : 22,527; $p=0,001$)

Figura 200: Relación del consumo de horas de videoconsolas y el cansancio matutino



(Ji^2 : 42,229; $p<0,001$)

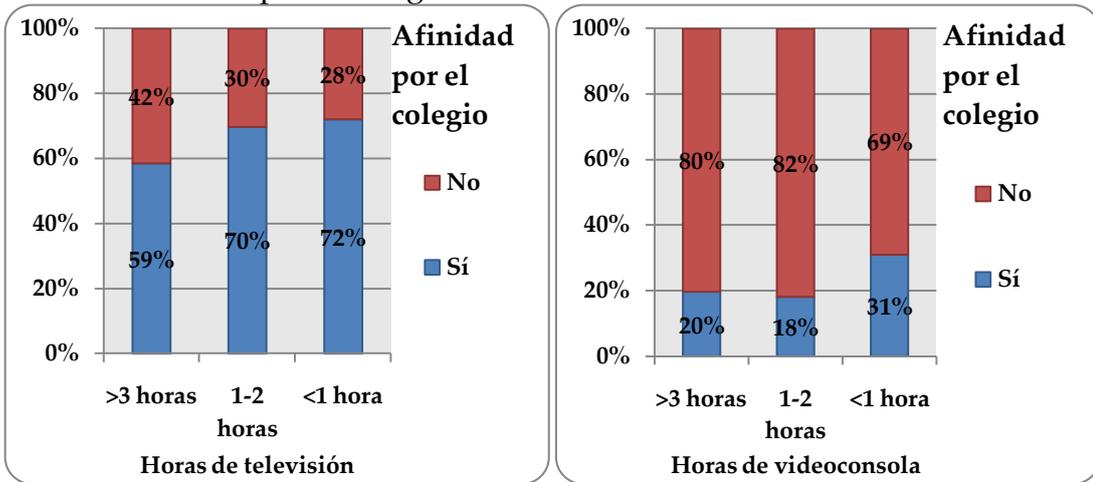
Figura 201: Relación del consumo de horas de ordenador y el cansancio matutino.



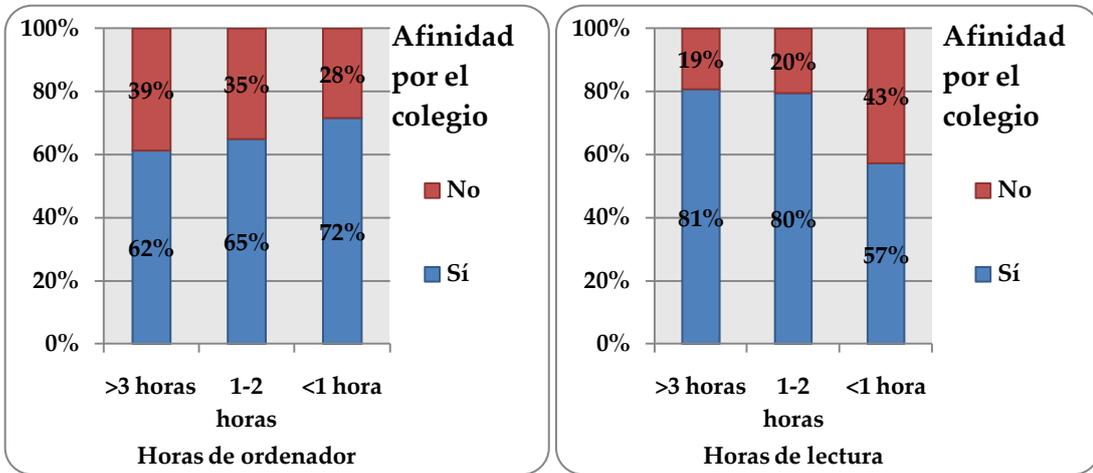
(Ji^2 : 21,969; $p<0,001$)

- A más horas de consumo de televisión, videoconsola y ordenador y menos de libros menor afinidad por el colegio (Figura 202).

Figura 202: Relación del consumo de horas de televisión, videoconsolas, ordenador y libros con la afinidad por el colegio.



(Ji^2 Televisión: 13,142; $p=0,001$. Ji^2 Videoconsola: 21,316; $p<0,001$)



(Ji^2 Ordenador: 6,971; $p=0,031$. Ji^2 Libros: 57,324; $p<0,001$)



VI. Discusión

Dentro de este apartado discutiremos los resultados de cada uno de los grandes bloques analizados y estableceremos posibles diferencias y similitudes con otros estudios revisados, tanto regionales, nacionales como internacionales.

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

La población estudiada se encontraba cursando sexto de primaria. La muestra se recogió en 28 centros escolares de Córdoba y provincia. Tenían entre once y catorce años con una media de edad de 11,45. Algo más de la mitad eran niños.

El 55,7% de los colegios de la capital eran públicos; en la provincia predominan los centro públicos.

La mayoría eran niños nacidos en España, siendo el resto de población inmigrante proveniente de Sudamérica, de países europeos o africanos (0,2%).

En referencia a la clase social del padre, predominan las englobadas en el grupo IVa, es decir, los manuales cualificados, seguidas de la I y II en la capital y de la V (manuales no cualificados) en la provincia. Entre las madres, una alta proporción se ha englobado en el grupo VI, por ser amas de casa, seguidas por II (diplomadas) y IIIa (administrativas) en la capital y de V en la provincia. Al analizar estos datos podemos concluir que el desarrollo social de los últimos años ha favorecido que se haya evolucionando hacia un mayor nivel socioeconómico, aunque en el caso de las madres sigue habiendo un gran porcentaje que se dedica a "sus labores", diferencia que se hace más notable en el caso de aquellas que residen en la provincia.

2. HÁBITOS HIGIÉNICOS:

La higiene personal tiene por objeto colocar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio individuo, lo cual va a ser fundamental en la prevención de enfermedades. La higiene es una cuestión de responsabilidad individual que se adquiere a través de un proceso de educación

que corresponde a padres y profesorado y que, una vez instaurados, se mantiene a lo largo de la vida.

▶ **Lavado de manos y baño:**

Dos tercios se lavan las manos después de cada comida. Como ya apuntaban otros estudios consultados³³⁻³⁵ este hábito es más frecuente en las chicas y en los escolares de colegios públicos. Cabe destacar que el porcentaje de alumnos que lo hacen siempre ha disminuido respecto a 1999, para aumentar aquellos que lo hacen de forma más ocasional. Con respecto al baño encontramos un porcentaje similar a otras encuestas, con un 64% de los adolescentes encuestados que se bañan a diario.

▶ **Cepillado de los dientes:**

Las enfermedades bucodentales y especialmente la caries dental y las periodontopatías son de los problemas de salud más prevalentes en los países desarrollados^{18,35} siendo conocida la relación existente entre la pobre higiene y la aparición de estas entidades incluso en edades tempranas de la vida.

La Federación Dental Internacional^{40,41} estableció el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces al día como el patrón básico de cuidado dental personal.

Los hábitos de los adolescentes españoles, objeto de diversas campañas escolares de promoción de la salud oral promovidas por la administración han ido mejorando progresivamente en los últimos años^{40,42,43}, pasando de un 40% de chicas que se cepillaban los dientes más de una vez al día en 1999 al 64% en 2006¹⁹, cifra muy similar a los datos obtenidos por nuestro estudio. Sin embargo, aún están muy por debajo de las alcanzadas por los escolares de los países escandinavos, cumpliendo la recomendación de dos cepillados al día, que se mantiene en la franja del 80-90%.

Como ya indicaran otros trabajos internacionales¹⁸, nacionales^{19,40} y regionales^{33-35,44} las chicas tienen una frecuencia de cepillado superior al de los chicos. Por otro lado, hemos encontrado diferencias a favor de los escolares que asisten a colegios de

gestión concertada en la utilización de este hábito y en aquellos alumnos con padres de mayor clase social^{35,40}.

▶ **Higiene del sueño:**

Durante la segunda infancia y la adolescencia se produce una disminución fisiológica del tiempo de sueño nocturno en la que también influyen factores externos como el horario escolar y las salidas nocturnas del fin de semana. Por otra parte, el inicio en el consumo de sustancias como cafeína, alcohol y otros tóxicos, también afectan al sueño⁴⁵. Esto conduce a un aumento de la somnolencia diurna y a un mayor cansancio que repercute en la calidad de vida, la capacidad de aprendizaje y el rendimiento escolar entre otros aspectos de la vida del adolescente⁴⁵⁻⁴⁷.

En nuestro estudio, el horario de despertarse viene determinado por la hora de ir al colegio y se sitúa en torno a las ocho de la mañana. Siendo los más madrugadores los niños, aquellos de colegios concertados y los de la capital. Mientras que la hora de acostarse se realiza sobre las diez y media de la noche. Respecto al número de horas que duermen, encontramos poca variación de unos estudios a otros, siendo nuestra media ligeramente superior a estudios previos^{33-35,45,47} y situándose en algo más de nueve horas.

Al relacionar las horas de sueño con otras variables se comprueba que los que menos tiempo duermen tienen más cansancio matutino, perciben un peor estado de salud, realizan menos ejercicio físico, tienen un peor rendimiento escolar, ven más la televisión y usan más el ordenador; todos estos son factores que han demostrado asociarse a una peor calidad de vida^{47,48}.

3. **DEPORTES:**

Entre los objetivos de “Salud para todos en el año 2010”, la OMS incluye la reducción de la prevalencia de sobrepeso-obesidad, así como el aumento de la proporción de individuos que realizan actividad física moderada de forma regular.

Así mismo, en un informe conjunto con la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO)⁴⁹, la OMS insiste en la necesidad de realizar cambios en los estilos de vida y en la alimentación como medida preventiva básica para disminuir la carga global de enfermedad.

La modificación de los hábitos dietéticos, la eliminación del tabaco, alcohol y otras drogas y el ejercicio físico habitual constituyen los tres pilares fundamentales para la mejora y promoción de la salud⁵⁰⁻⁵⁴.

Los hábitos de vida quedan consolidados con bastante firmeza antes de los once años⁵⁵. Sin embargo, entre los 13 y 18 años cobra una gran fuerza el proceso de abandono de la práctica deportiva de forma que sobre los 17 años ocho de cada diez niños ha abandonado el deporte.

Se ha demostrado que un bajo nivel de forma física en los jóvenes se asocia con una mayor incidencia de factores de riesgo cardiovascular y, probablemente, con un mayor riesgo de acontecimientos cardiovasculares futuros^{49,51-61}. Las investigaciones epidemiológicas disponibles apoyan con gran uniformidad que la práctica deportiva además de disminuir ese riesgo, también reduce el riesgo de obesidad, diabetes mellitus, osteoporosis y enfermedades mentales (ansiedad y depresión)^{49,59,62,63} e incrementa la autoestima y el bienestar psicológico. Esto se confirma con los datos encontrados en nuestra encuesta, donde la práctica totalidad de los escolares que dicen realizar deporte afirman sentirse felices, se autoperciben en buena forma física y tiene un mejor rendimiento escolar, por encima de aquellos que realizan menos actividad.

Se ha evidenciado que la práctica de actividad física en los niños y adolescentes se asocia con la realización de esta actividad en la edad adulta^{51,56,58,59}. Además, teniendo en cuenta la dificultad de modificar los hábitos en la vida adulta, la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular y otras enfermedades asociadas al sedentarismo, ésta debería comenzar en edades tempranas⁵⁹. Por tanto, es importante

promocionar la actividad física en los jóvenes para que cuando lleguen a adultos sigan siendo activos. En este sentido, algo menos de la mitad de nuestros encuestados prevén que seguirán realizando algún tipo de deporte al llegar a los veinte años. Pero esta intención se ve muy influenciada por la práctica deportiva de sus referentes adultos ya que el 85% de los que tienen un familiar que practica deporte habitualmente afirma que seguirán realizando ejercicio físico al llegar a la edad adulta. Cabe destacar que esta aseveración disminuye conforme aumenta la edad.

El estudio AVENA⁵⁶ señala que el nivel de forma física de los adolescentes españoles es más bajo que el observado en otros estudios realizados en otros países de nuestro entorno^{50,56,62} y coincide con otros trabajos que concluyen que la actividad física en la población adulta de España también es inferior a la de otros países⁶⁴. Esto confirma que la probabilidad de un comportamiento sedentario en edad adulta es elevada cuando consideramos los jóvenes inactivos.

Según la encuesta de “Hábitos y Actitudes de los Andaluces en Edad Escolar ante el Deporte” de 2006⁶⁵, cuatro de cada cinco escolares de entre 6 y 18 años practican actividad física o deportiva. Esta práctica es superior en los niños que en las niñas. También se observa que la tasa de práctica aumenta con la edad hasta llegar a un máximo del 93,54% para los alumnos con edades comprendidas entre los 10 y 11 años, a partir de la cual comienza a descender^{32,52,62,65}. Este retroceso en la actividad física coincide con la iniciación en la experimentación de otras conductas menos saludables, por lo que es de máxima importancia la promoción en estas edades de hábitos de vida sanos.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, nuestros datos sobre actividad física coinciden con los de la encuesta andaluza para Córdoba y presenta la tasa más alta de la Comunidad en cuanto a práctica de deporte, alcanzando esta el 97,7% en los chicos y el 96% en las chicas. Sin embargo, no hallamos diferencias por la edad que puedan atribuirse a encontrarse nuestro rango de edad dentro del que ha sido

considerado como punto de inflexión de la práctica deportiva. Además, aunque la frecuencia de la práctica de ejercicio físico también es algo mayor que en otros estudios anteriores³³⁻³⁵ (frecuencia de práctica diaria del 42,1% de los que el 34,8% realizan una actividad diaria considerada como intensa) estos índices aún se encuentran muy por debajo de lo considerado como óptimo para esta edad. Según las recomendaciones europeas especialmente dirigidas a niños y adolescentes, se establece que este grupo de la población debería realizar una hora diaria de actividad física al menos de moderada intensidad⁶⁴.

Si lo analizamos por sexos, al igual que los resultados de Tercedor (1998)⁵² y Mendoza (2000)⁶⁶, vemos que el porcentaje de chicas que realiza actividad física respecto al de chicos es ligeramente menor. Pero la frecuencia de esa actividad sí es significativamente inferior (uno de cada dos chicos practican deporte diariamente frente a uno de cada cuatro en el caso de las chicas). Estas diferencias se deben probablemente a razones de índole socio-cultural pues en algunos países donde se han invertido recursos para lograr la equidad de género, las chicas practican más actividad física que los chicos^{53,56}.

La actividad más practicada, coincidiendo con la repercusión que conlleva esta manifestación deportiva desde el punto de vista social, sigue siendo el fútbol en los niños⁵², mientras que el aeróbic y el baloncesto son los más practicados por las niñas.

La edad, el género, y la realización de actividad física por parte del padre y amigos son los factores asociados con la frecuencia de ejercicio. Sin embargo, y al contrario que en otros estudios analizados⁶⁷⁻⁶⁹, no hemos encontrado relación de la práctica físico-deportiva y el consumo de drogas que podría explicarse por encontrarse la edad de nuestros escolares en el punto de inflexión para la adopción de estos hábitos insanos.

4. DROGAS:

Consumo de drogas:

La adolescencia constituye la etapa con mayor riesgo para iniciarse en el abuso de sustancias tóxicas⁷⁰. En esta etapa de la vida, los mecanismos de influencia social juegan un papel destacado. La influencia del grupo, de los medios de comunicación social, la necesidad de creación/consolidación de la propia identidad ante uno mismo y ante los demás y la necesidad de afiliación contribuyen a determinar el comportamiento social del adolescente^{71,72}. Un reciente estudio confirma la influencia de la publicidad en los valores sociales juveniles. La publicidad de tabaco y alcohol en eventos musicales, deportivos e interactivos principalmente dirigidos a jóvenes han contribuido a instaurar una imagen de normalidad del consumo de estas sustancias entre los jóvenes^{71,73,74}.

Aunque la juventud tenga una baja percepción del riesgo, no hay ninguna droga inocua. Los comportamientos menos saludables suponen casi siempre una consecución de placer o liberación de tensión de forma inmediata; en cambio, las consecuencias negativas de estos comportamientos son sólo probables y además a largo plazo. El consumo de drogas repercute en la salud y en la vida de quienes las consumen, más aún si estos son adolescentes. Entre las consecuencias de este consumo cabe destacar⁷⁵:

- ✓ Alteraciones del sistema nervioso y de distintos órganos con el consiguiente desgaste y deterioro progresivo de la salud y el riesgo de contraer enfermedades asociadas.
- ✓ Incidencia en el comportamiento del adolescente, al repercutir negativamente en sus facultades cognitivas, en su proyección social y en la voluntad y energía necesarias para desarrollar un proyecto personal. Con ello se corre el riesgo de interferir en una etapa crucial para el desarrollo y formación de la personalidad adulta.

- ✓ El fracaso escolar está íntimamente ligado al consumo de drogas, sean estas legales o ilegales.
- ✓ Repercusiones en las relaciones con el entorno familiar y social que propician dificultades de comunicación, tensión familiar y conflictos sociales.

Diversos trabajos evidencian que cuanto más temprana se produce esta experimentación, mayor es la probabilidad de que este consumo acabe siendo problemático y más difícil será su abandono. Además, los contactos tempranos con sustancias como el alcohol y el tabaco pueden servir como drogas facilitadoras o inductoras del consumo de otras sustancias ilegales⁷⁶⁻⁷⁹; y puede asociarse a estilos de vida de riesgo^{76,79-82}.

Sabemos que la adolescencia es un periodo crítico para la aparición de desordenes relacionados con el abuso de sustancias pero además, se está investigando sobre una predisposición genética⁸³⁻⁸⁵ que puede ser desencadenada por factores ambientales⁸⁶. Entre estos factores, el más importante es el abuso de drogas por parte de los progenitores. Esto se comprueba por el hecho de que de aquellos niños que afirman fumar, dos de cada diez tienen un ejemplo en los adultos que les rodean e igualmente ocurre con el alcohol.

Según el Plan Nacional sobre Drogas 2008⁸⁷, el 68,5% de la población española de entre 15 y 64 años ha probado en alguna ocasión el tabaco, y el 88% el alcohol. Así, el alcohol y el tabaco se encuentran tan integrados en nuestra sociedad, que en pocas ocasiones son considerados como drogas. Revisando distintos países con diferentes culturas, encontramos que aquellas drogas que son admitidas completamente en la vida social del país dependen de la importancia social y económica que tenga en cada cultura, así las drogas “legales o institucionalizadas” cambian de una cultura a otra. En cualquier caso y en cualquier país, se trate de la droga que se trate, siempre hay una constante: “Quienes consumen drogas según las pautas socialmente admitidas

actúan según las expectativas del grupo”^{88,89}. De esta forma cuando la droga está legalizada e integrada socialmente solamente se considera un problema en circunstancias extremas. Esta idea es confirmada por el hecho de que sólo un tercio de los alumnos encuestados consideran que el alcohol sea una droga; igualmente ocurre en el caso del tabaco (el 35% lo consideran una droga).

a) Drogas Legales:

▶ **Tabaco:**

El tabaco es una droga por su capacidad para crear tolerancia, dependencia física y sobre todo psicológica. Los efectos farmacológicos de la nicotina quedan demostrados en el síndrome de privación en los que dejan de fumar¹⁶.

El tabaco es la principal causa evitable de enfermedad y mortalidad prematura en los países desarrollados⁹⁰⁻⁹³. El 50% de todas las personas que fuman de forma habitual fallecerán a causa del tabaco, la mitad a mediana edad y la otra mitad a edad avanzada. Los cigarrillos son responsables de alrededor del 30% de todos los fallecimientos por cáncer, del 20% de muertes por enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares, y del 80% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁹⁴. Se calcula que las muertes anuales por consumo de tabaco a nivel mundial ascenderán a 10 millones de personas en el año 2020 y que este número estará relacionado con la cantidad de personas consumidoras de tabaco o que estén expuestas al humo ambiental. España presenta un consumo de tabaco en población juvenil de los más altos de Europa⁹⁵.

Con la entrada en vigor de la ley 28/2005, que pretendía limitar el consumo de tabaco en los espacios públicos y de trabajo, se intentó, además de disminuir tanto su consumo como el número total de cigarrillos, fortalecer las normas sociales acerca de que fumar no es aceptable y prevenir el inicio del consumo en la adolescencia. Aunque demostrar que determinados cambios en la prevalencia del consumo de tabaco pueden estar relacionados con la introducción de leyes no es fácil, y de que la prevalencia del consumo no es estable a lo largo de los años (ya existía una tendencia

descendente antes de la entrada de la ley), el hecho es que, según ESTUDES se ha producido un descenso de 7 puntos porcentuales entre las encuestas de 1996 y 2008^{19,96-98}.

La comparación de datos respecto a la frecuencia y edad de inicio se hace difícil por las diferencias geográficas y por el rango de edad de la muestra, pues en aquellos estudios en los que se incluyen a mayores de 15 años el porcentaje de fumadores es bastante mayor que en los que no se incluyen^{19,96,99}. Así, según los datos obtenidos por el Plan Nacional sobre Drogas de 2008⁷⁷ y HBSC 2006¹⁹, el tabaco es, después del alcohol, la droga más consumida entre los escolares llegando a prevalencias del 44% entre escolares de 14 a 18 años. Comparando nuestros datos (9,5% han probado el tabaco y 6,7% se consideran fumadores activos) con estudios con márgenes de edad similares se observa una menor prevalencia de la esperada.

En cuanto a las diferencias de género, se ha constatado que a lo largo de las dos últimas décadas se ha producido una relativa estabilización de la prevalencia del tabaquismo entre los chicos y una expansión del problema entre las chicas. En general los investigadores que han encontrado diferencias de género en el consumo de tabaco, observan que estas se dan a partir de los 14 años. Como ya indicaba Mendoza, las chicas comienzan a fumar más tarde pero su consumo aumenta rápidamente entre los 14 y 16 años (incrementándose en más de 40 puntos en el consumo de tabaco entre los 12 y 14 años)^{100,101}. Esto concuerda con la tendencia observada en nuestro estudio en el que, aunque el porcentaje de fumadores activos es mayor entre los chicos, esa diferencia se hace menor conforme aumenta la edad (9% de los niños y el 4% de las niñas a los 12 años frente al 20% de los chicos y el 15% de chicas a los 13 años) (Tabla 83)

Tabla 83: Prevalencia de tabaquismo observada en diferentes estudios realizados en los últimos años.

Autor	Año	Localidad	Muestra	Edad (años)	Edad de inicio (años)	% de fumadores
ESTUDES ²¹	2009	España	30.183	14-18	Diario: 15,1 Prueba:13,3	Diario:14,6 Prueba: 44,6
Khalaf et al ¹⁰²	2007	Castellón	1.088	10-19		25,82
				10-14	12,38	15,7
				15-19	13,57	27,5
HBSC ¹⁹	2006	España	21.811	11-17	13,37	35,2
				11-12		4,8
				13-14	11,93	26,6
				15-16	13,25	51,5
				17-18	14,16	63,1
Villena et al ¹⁰³	2006	Albacete y Ciudad Real	584	11-15		25
ESTUDES ²⁰	2006	España	26.454	14-18	Diario: 14,2 Prueba:13,1	Diario:14,8 Prueba: 46,1
Observatorio Andaluz sobre Drogas ¹⁰⁴	2005	Andalucía	250	12-13	11,9	8
Gómez et al. ¹⁰⁵	2004	Zamora y Salamanca	417	12-17	12	36,7
				12-13		19,1
				14-15		40
				16-17		58
Pérez et al. ¹⁰⁶	2004	Jaén	232	12-17	11-12	22
ESTUDES ¹⁰⁷	2004	España	26.454	14-18	Diario:14,1 Prueba:13,2	Diario: 21,5 Prueba: 60,4
Aburto et al. ⁹⁶	2003	Bilbao	1.921	12-18	13,1	29,9
Bolzán et al. ¹⁰⁸	2003	Argentina	2.467	11-12	11,7	15,1
Marron et al. ¹⁰⁹	2003	Zaragoza	2.647	10-17	11,6	23,6
				10-14		5,1
				15-17		48
Yáñez ¹¹⁰	2003	Barcelona	2.280	14-17	13	20 Prueba: 34
Cabrera et al. ¹¹¹	2003	Lanzarote	1.373	12-18		25,2 Prueba: 40,9
HBSC ¹⁹	2002	España	13.552	11-18	12,94	46,2
				11-12	9,67	9,7
				13-14	11,44	34,2
				15-16	12,89	63,1
				17-18	13,99	74,2
Mendoza et al. ¹⁰¹	2002	España	8.429	10		1,85 Prueba: 5,5
				11		2,4 Prueba: 8,5
				12		5 Prueba: 17,8

GYTS ⁹⁹	2002	Mundial (no incluye España)	750.000	13-15		17,3
Torrecilla et al. ¹¹²	2002	Salamanca	4.907	12-14	11,1	20,5 Prueba: 42,6
Caballero et al. ¹¹³	2002	Las palmas	745	13-14		18 Prueba: 57
García et al. ⁹²	2001	Murcia	529	12-16		19,1 Prueba: 62
Nebot et al. ⁹¹	2001	Barcelona	1.041	12-13		14,6
Alcalá et al. ¹¹⁴	2000	Málaga	141	14-17	13,25	31,9
Palomo et al. ¹¹⁵	1999	Cáceres y Badajoz	1.062	13-14		18,27 Prueba: 47,18
Gascón ³⁴	1995	Córdoba	1.195	11-17	11	18,6 Prueba: 44
Pérula ³³	1993	Córdoba	548	10-15	11,6	12,1 Prueba: 22

Al igual que ocurriera con la prevalencia, la edad media de inicio en el consumo tabáquico también está relacionada con el rango de edad de los diferentes estudios; así, las investigaciones que incluyen a menores de 15 años en sus observaciones presentan una menor edad de comienzo en comparación con aquellos que amplían la muestra hasta los 18 años. Casi todos los estudios consultados coinciden en señalar que la edad de inicio en el consumo de tabaco se sitúa entre los 12 y 14 años (Tabla 83). En nuestro estudio esta edad es algo menor y se aproxima al HBSC alcanzando los 10,38 años y encontrando una edad crítica en el inicio del consumo entre los nueve y los diez años.

El inicio del consumo del tabaco se realiza por curiosidad^{102,112,116} y de forma experimental y esporádica, que posteriormente se vuelve diaria. En ésta consolidación del hábito intervienen factores psicosociales, demográficos y personales. De entre ellos, la influencia del entorno de iguales -los amigos y compañeros del colegio- representa un elemento esencial⁹⁶; convirtiéndose el consumo de los amigos en el principal factor de riesgo^{92,113,115,116}. La imagen modélica de padres y profesores también adquiere especial importancia^{112,117}. De este modo, ocho de cada diez de los que han probado el tabaco refieren tener un ejemplo en el entorno más cercano, siendo el padre el que más frecuentemente fuma. Resulta importante indicar que al comparar el entorno de los fumadores con el estudio de

Gascón³⁴, la proporción de padres fumadores ha descendido desde el 57% en 1994 hasta el 39% de la actualidad, manteniéndose el porcentaje de madres fumadoras en valores similares (34%)¹¹⁸.

Otro factor que no se puede obviar es la influencia que ejerce la publicidad con los mensajes engañosos que asocian el consumo de tabaco con valores de aventura y relación¹¹⁹. La mayoría de los estudios indican que si un adolescente sabe evitar el tabaco es poco probable que fume de adulto y si lo hace, seguramente no será un gran fumador¹²⁰.

Respecto a la consideración del tabaco como droga, llama la atención que hasta un tercio de los niños fumadores desconocen que el tabaco es una droga, porcentaje superior al de aquellos que no fuman. Aún así, gran la mayoría de los jóvenes (98%) saben que el tabaco es perjudicial para la salud indicando como órganos más comúnmente afectados a los pulmones y el corazón, y señalando también al feto. Estos datos podrían reflejar que las campañas realizadas para incidir sobre el efecto nocivo que tiene el tabaco sobre la salud también han llegado a la población adolescente, pero que aún no asocian el tabaco con el concepto de "droga". De esta forma, aún teniendo una adecuada información sanitaria respecto a la morbilidad que el tabaco produce, parece que el reconocimiento de una sustancia como droga podría tener un papel protector para su consumo.

En el análisis de comportamientos de riesgo ligados al consumo de tabaco hemos identificado una asociación con el consumo de alcohol (dos de cada tres fumadores han probado el alcohol), relación ampliamente descrita en la literatura^{103,113,115-117,121-122}. Otras variables igualmente asociadas fueron: la peor autopercepción de salud, una mala autopercepción de la forma física, un mayor cansancio matutino, una mayor frecuencia de asistencia al médico, una mayor sentimiento de nerviosismo y de soledad, un menor sentimiento de felicidad y un peor rendimiento escolar. Por lo que se refiere a los factores determinantes en el entorno familiar y social que facilitan la adquisición de este hábito están: tener un amigo fumador, una peor comunicación

con los progenitores, una mayor frecuencia de estar con los amigos tras el colegio, una mayor frecuencia de visionado de televisión y del uso de la videoconsola. Estos resultados no nos deben sorprender pues está bien estudiada la asociación del consumo de drogas con pobres niveles de salud y otros comportamientos de riesgo^{103,113,115-117,121-123}.

Como hemos visto anteriormente, los factores que influyen en el consumo de tabaco son muy complejos (individuales, familiares, sociales y escolares). Por ello hay que tener cuenta que la implantación de políticas saludables de prevención del consumo serán ineficaces si no se tienen en cuenta los factores asociados a la adquisición y estabilización de dicho consumo¹²⁴⁻¹²⁶.

▶ **Alcohol:**

El alcohol constituye la sustancia psicoactiva más consumida en la población española^{77,87,111}. Es una droga barata, legal, permitida, accesible y aceptada por la sociedad. Se calcula que el 15% de la población general la consume a diario y su abuso constituye un importante problema de salud¹²⁷. El alcohol es un tóxico para múltiples órganos entre los que se encuentra el hígado y el páncreas, pero las consecuencias afectan también a la familia, al medio laboral y a la comunidad. Cabe mencionar que el alcohol se relaciona con más del 40-50 % de los accidentes de tráfico, y estos son la principal causa de muerte en jóvenes y adolescentes¹²⁸.

Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol alcanzando once litros de alcohol puro bebido por cada adulto y año. Los países nórdicos y centrales beben sobre todo cerveza, mientras que en el sur de Europa la bebida preferida es el vino, con la excepción de España en donde la cerveza ocupa el primer lugar, seguida del vino y los combinados^{77,129}.

Según las directrices de la OMS, la abstinencia debería ser la norma hasta los 18 años¹³⁰; sin embargo, en la cultura mediterránea el contacto con el alcohol se hace a

edades muy tempranas en el entorno familiar, con ocasión de alguna celebración familiar o como parte de la dieta^{28,74}. En la adolescencia aparece un cambio en el patrón de consumo sustituyéndose el modelo mediterráneo y diario, donde predomina el vino, por un modelo anglosajón similar al del resto de Europa con un consumo intermitente y masivo asociado al fin de semana y con una ingesta de alcohol de alta graduación^{106,131-134}.

Durante la primera etapa de la adolescencia, el consumo es experimental y se hace influenciado por el consumo de los amigos y familiares. Ya en la segunda etapa se observa un importante incremento del consumo, llegando a los 16-17 años a cifras incluso superiores a los de la población general. Este se hace ligado a momentos de ocio entre iguales y sobre todo en ambientes nocturnos^{106,135}.

La declaración del consumo de alcohol de los jóvenes a partir de cuestionarios autoadministrados ha sido ampliamente utilizado y, puesto que el alcohol es una sustancia socialmente aceptada en nuestra cultura y su consumo no comporta ningún tipo de estigma que condicione la sinceridad de las respuestas, la información facilitada tienen una validez y fiabilidad muy alta^{33,136}. Hay que destacar que los datos de edad de inicio y de prevalencia de consumo se ven muy influenciados por el grupo de edad de la muestra, pues en aquellos estudios donde se engloban los 16-18 años, los porcentajes de consumo son mucho más elevados. Por el contrario en los que se analizan grupos de menor edad, la edad de inicio es más precoz.

El nivel de consumo actual de alcohol en los escolares estudiados se sitúan por debajo de lo señalado por otros trabajos publicados en nuestro país (Tabla 84); siendo el 18,7% los que manifiestan haber probado en alguna ocasión el alcohol y el 12% los que refieren continuar ese hábito. Coincidiendo con los estudios consultados^{33-35,111,104,136,137} esta experimentación aumenta conforme lo hace la edad (alcanzando el 36% en chicos de 13 años) y es mayor en el sexo masculino. Pero, las diferencias por sexo son cada vez menores y, al igual que en el resto de las publicaciones consultadas, se puede apreciar un claro aumento en la cantidad de alcohol ingerida

por parte de las mujeres (entre los 12 y 13 años aumenta el consumo de alcohol en chicas más de veinte puntos). Hay discrepancia en los estudios analizados respecto a la mayor prevalencia de consumo de alcohol en el medio urbano o en el medio rural; en nuestros escolares no hemos encontrado tales diferencias^{33-35,74,137}.

Tabla 84: Prevalencia de consumo de alcohol según los diferentes estudios.

Autor	Año	Localidad	Muestra	Edad	Edad de inicio (años)	% de bebedores
ESTUDES ²¹	2009	España	30.183	14-18		81,2 Borrachera: 49,6
HBSC ¹⁹	2006	España	21.811	11-17	13,57 Borrachera:14,59	57,5 Borrachera:30
				11-12		16,6 Borrachera:1,4
				13-14	12,21 Borrachera:12,99	48,3 Borrachera:14,9
				15-16	13,51 Borrachera:14,28	81,2 Borrachera:44,6
				17-18	14,37 Borrachera:15,25	91,3 Borrachera:64,9
ESTUDES ²⁰	2006	España	26.454	14-18	Prueba:13,8	79,6 Borrachera:44,1
Torregrosa et al. ⁸⁰	2007	Alicante	354	12-18		82,4
Observatorio Andaluz sobre Drogas ¹⁰⁴	2005	Andalucía	250	12-13	12	22,7 Borrachera: 2,9
Almazán et al. ⁸⁹	2005	Orense	491	14-16	13	73
Pérez et al. ¹⁰⁶	2004	Jaén	386	12-17	14,2	45
ESTUDES ¹⁰⁷	2004	España	26.454	14-18	Prueba:13,7	82 Borrachera:42,7
Orgaz et al. ¹³²	2003	Toledo	625	13-18	13,25 Borrachera: 14,2	93,4 Borrachera:52
HBSC ¹⁹	2002	Nacional	13.552	11-18	13,21 Borrachera:14,43	55,5 Borrachera:31,3
				11-12	9,34 Borrachera:9,9	9,8 Borrachera:3,2
				13-14	11,42 Borrachera:12,35	31,5 Borrachera:12
				15-16	13,24 Borrachera:14,05	69,8 Borrachera:41,4
				17-18	14,24 Borrachera:15,14	86,6 Borrachera:65,9
Cabrera et al. ¹¹¹	2002	Lanzarote	1.399	12-18	12,1	69,2
Ortiz et al. ¹³⁶	2002	Córdoba	758	11-17	11,6	80,2

						Borrachera:23,6
Alcalá et al. ¹¹⁴	2000	Málaga	141	14-17	13,3	59,6
López et al. ¹³⁸	1999	Cartagena	1.004	13-17	13,7	83,4
Gascón ³⁴	1995	Córdoba	1.195	11-17		62,8 Borrachera:20,4
Salcedo et al. ⁷⁴	1994	Cuenca	672	11-16		60
Pérula et al. ³³	1993	Córdoba	548	10-15	12,5 Borrachera: 14	43,7 Borrachera: 17

Con respecto a la edad de inicio en el hábito enólico, esta oscila entre los doce y catorce años según la franja etaria que abarque los estudios consultados (Tabla 84). Nuestra media de inicio se sitúa en 11,54 años y un dato importante a tener en cuenta es que de los que probaron el alcohol, uno de cada cinco lo hicieron antes de los 10 años y dos de cada cinco a los 10 años; por lo tanto, parece que la edad crítica para el inicio de este hábito, al igual que en el caso del tabaco, se sitúa entre los 9 y 10 años¹³⁹.

Aunque hay diferentes opiniones sobre si debe prohibirse el consumo de alcohol en adolescentes hasta la edad legal permitida o sobre si se debe educar hacia un consumo responsable y controlado^{73,134,140}, el hecho es que aquellos que comienzan a beber antes de los 15 años tienen un riesgo cuatro veces superior de desarrollar un síndrome de dependencia que aquellos que comienzan con 21 años⁷³. La gravedad de este inicio a edades tan tempranas reside en la mayor frecuencia de consumo posterior, la adopción de otros hábitos de riesgo (casi el 60% de los que beben también fuman) y la aparición de alteraciones orgánicas y/o psicológicas⁷⁷.

El consumo intermitente de alcohol es el patrón más frecuentemente observado, como ya apuntaban diferentes estudios^{137,141}. El vino y la cerveza, las bebidas preferidas por los adolescentes hace varios años^{19,77,111,134}, están siendo progresivamente sustituidas por los combinados durante el fin de semana, actividad que surge como una nueva forma de ocio entre iguales asociada con el policonsumismo y con consumos excesivos en cortos periodos de tiempo^{141,142} mediante los llamados "botellones". Este patrón coincide con el encontrado en nuestro estudio donde el consumo de combinados se hace de manera esporádica

durante los fines de semana y en el que comenzamos a ver un pequeño porcentaje (1%) de alumnos que consume cerveza de forma diaria.

Uno de cada ocho escolares afirman haberse embriagado ya alguna vez, cifras ligeramente inferiores a las registradas en estudios previos (Tabla 84), aunque esto puede deberse a la menor edad de nuestros escolares. Es importante señalar que la edad media de aquellos que se embriagaron se sitúa en torno a los 11 años.

Teniendo en cuenta las motivaciones más valoradas por los encuestados, parece que el consumo de bebidas alcohólicas se implanta en etapas cada vez más tempranas en las que existe especial atención por el riesgo y lo desconocido^{77,136}, por ello no es de extrañar que la principal motivación para el inicio del consumo de alcohol sea la curiosidad, como ya se viera en el estudio de Goiriena et al⁷⁴.

Como se constata en otros estudios, existe una influencia clara de las personas consumidoras del entorno en el consumo del adolescente^{143,144}. Teniendo en cuenta que entre los determinantes del consumo de alcohol se encuentran los factores microsituacionales, como son el consumo abusivo de los grupos de influencia social (familia y amigos)^{106,111,130,132,138,144,145} y la presión de los iguales, los resultados encontrados eran los esperados. Así hay una percepción de menor ingesta de alcohol entre los amigos y familiares de aquellos que no han probado el alcohol que de aquellos que si lo hicieron. Así, casi un quinto de los amigos de los que han ingerido alguna vez alcohol son percibidos como consumidores ocasionales.

Como hemos comentado anteriormente, el niño crece viendo consumir esta sustancia y lo toma como algo habitual, lo que se demuestra por el hecho de que la primera oferta que reciben los niños para probar una bebida alcohólica suele proceder del propio entorno familiar^{74,129,146,147}. Esta consideración del alcohol como droga socialmente aceptada y de amplia difusión determina que, seis de cada diez no valore el alcohol como una droga; dato superior a los estudios consultados (Tabla 83). Parece destacable que, al contrario que con el tabaco, este porcentaje no guarde

relación con el consumo activo. Entre las lesiones que produce el abuso de alcohol, dos tercios coinciden en señalar al hígado como órgano más dañado, seguido del que pueda ocasionar al feto, al corazón y al sistema nervioso central¹²⁷.

Al analizar la asociación del consumo de alcohol con otros factores que conllevan comportamientos de riesgo, observamos que aquellos escolares que se han iniciado en su consumo presentan una peor percepción de salud, un mayor cansancio matutino y un peor rendimiento escolar; así como una mayor frecuencia de actividades sedentarias (ver la televisión y uso de la videoconsola) y una mala comunicación con el padre.

b) Drogas ilegales:

La prevalencia de consumo de drogas de venta ilegal registrada en nuestra población es equiparable a la referida por el alumnado de otros estudios. Esta concordancia podría explicarse por un verdadero bajo consumo de estas sustancias o podría ser reflejo de un consumo encubierto no manifestado¹⁰⁴.

Kandel¹⁴⁸ et al. describieron un modelo de escalada en el consumo de las drogas. Este modelo se basa en una progresión en el consumo empezando por las drogas legales, como el tabaco y el alcohol, las cuales se comportarían como puerta de entrada al consumo de otras drogas ilegales y de fármacos psicoactivos. En esta revisión el consumo de alcohol y tabaco aparecen como factores asociados a consumir cannabis, lo cual podría confirmar el modelo de escalada.

▶ Cannabis:

El cannabis es la droga psicoactiva ilegal de uso más extendido en el mundo y la que se consume a edades más tempranas^{77,149,150}. España se sitúa entre los primeros países en el consumo de esta sustancia, como lo confirma el hecho de que el 31% de los escolares de 15 años lo han probado en alguna ocasión¹⁸. Entre las consecuencias

negativas de este consumo se encuentran el fracaso escolar, la desestructuración personal y social y, por supuesto, los problemas de salud.

Los datos de nuestro estudio coinciden con el Observatorio andaluz sobre Drogas en el porcentaje (1,2%) de adolescentes que han probado en alguna ocasión el cannabis y es algo menor de los estudios de Pérula³³ (2%) y Gascón³⁴(3,5%).

▶ **Cocaína, heroína, anfetaminas, LSD, drogas de síntesis y ansiolíticos:**

El porcentaje de consumo es mínimo no llegando al 0,5% en ninguna de ellas, con excepción de los ansiolíticos, cuyo uso supera al del cannabis y alcanza el 4,8%; proporción similar a los hallados en anteriores estudios (3,9% en 1994 y 5,4% en 1999), y bastante menor al encontrado por ESTUDES (12,6%)²¹.

Con respecto al conocimiento sobre las diferentes sustancias, alrededor de un tercio de los encuestados desconoce lo que son las drogas de síntesis, el LSD y las anfetaminas. Este porcentaje es menor en el caso de la cocaína y la heroína. El consumo de estas es prácticamente nulo y coincide con el del Observatorio Andaluz sobre Drogas (0%)¹⁰⁴.



Recepción de información sobre drogas:

Dada la relevancia que tiene el consumo de drogas y más aún entre los adolescentes, por ser este el momento clave en la adquisición de estilos de vida saludables y por ser difíciles de modificar una vez establecidos, son de gran importancia los programas de formación especializados y dirigidos a esta población. Así, nueve de cada diez escolares afirma haber recibido información sobre drogas, pero no por ello esta información parece resultar de calidad, como indica el hecho de que tres de cada cuatro reciben esta información a través de los medios de comunicación y sólo en el 31% por el personal sanitario. La información de los adolescentes sigue siendo insuficiente y en muchas ocasiones incorrecta o sesgada, lo que conlleva una menor percepción del riesgo vinculada a un mayor consumo y

una minimización de los riesgos que se agrava por la influencia publicitaria y la tolerancia social y familiar desde la infancia.

Tras analizar diferentes trabajos que evalúan la efectividad de los programas para aumentar los conocimientos sobre drogas, se puede observar que aunque este conocimiento aparezca como variable intermedia que determina su consumo, estos efectos beneficiosos tienden a disiparse en el tiempo y precisan de actividades de refuerzo para mantener los beneficios del programa. Además se ha podido comprobar una mayor eficacia si estos son interactivos y participativos, intervienen iguales como mediadores y se comienzan en el paso de la educación primaria a la secundaria^{151,152}.

5. ALIMENTACIÓN:

Los hábitos alimentarios del mundo occidental se caracterizan por un consumo excesivo, superior en términos generales a las ingestas recomendadas en cuanto a energía y nutrientes para el conjunto de la población y, cualitativamente, por un tipo de dieta rica en proteínas y grasas de origen animal. La dieta española responde a este patrón si bien tiene como ventaja la presencia de un mayor consumo de vegetales (legumbres, verduras, ensaladas y frutas) y el uso de aceites de origen vegetal para cocinar^{153,154}.

El comportamiento alimentario del adolescente se caracteriza por ser impulsivo, engreído y anticonformista, y por una anarquía en la elección de los alimentos y en el ritmo y manera de nutrirse. Y, sin embargo esta manera algo caótica de alimentación contrasta con el hecho de que la adolescencia es el periodo de mayores necesidades nutricionales, tanto desde el punto de vista energético como cualitativo¹⁵⁵. La adolescencia es un momento clave para la instauración de hábitos alimentarios saludables, en este periodo se asientan las bases para la alimentación adulta^{156,157}. Las conductas alimentarias nacen en la familia, pueden reforzarse en el medio escolar y

se contrastan en la comunidad en el contacto con pares y con el medio social¹⁵³. Teniendo en cuenta la relevancia de las intervenciones en la población más joven, se debe actuar sobre el entorno familiar y escolar, fomentando desde la primera etapa de la vida unos hábitos de alimentación y de vida saludables e inculcándoles su mantenimiento en la vida adulta. Con el objetivo de reducir los factores de riesgo relacionados con dietas poco saludables y la inactividad física, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha en febrero de 2005 la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física, prevención de la Obesidad y Salud)^{158,159}.

Según la OMS, seis de los siete principales factores determinantes de la salud están ligados a la alimentación y a la práctica de actividad física. Así, realizar una alimentación equilibrada, practicar actividad física de manera habitual y mantener un peso adecuado a lo largo de la vida es el medio para protegerse de la mayoría de las enfermedades crónicas^{157,158,160,161}. Si a esto añadimos que las enfermedades que aparecen en la segunda mitad de la vida dependen en buena medida de la alimentación que se ha seguido durante la primera (infancia, adolescencia y juventud)¹⁵⁶, y que se ha demostrado ampliamente que existe una relación directa entre los hábitos alimentarios y la morbilidad^{156,162}; podemos afirmar que, la dieta mediterránea, basada en un bajo porcentaje de grasas y proteínas de origen animal y alta en hidratos de carbono complejos, fibras y sustancias antioxidantes, se plantea como un modelo de alimentación saludable¹⁵⁵.

Nuestra investigación recoge información sobre la alimentación de los escolares por medio de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. Este tipo de encuesta constituye un instrumento viable con adecuado grado de fiabilidad para la aproximación al conocimiento de la ingesta real de los hábitos alimentarios de grupos de humanos^{23,163,164}.

Desde el programa de educación en la alimentación y nutrición del Ministerio de Sanidad y Consumo se adoptó un modelo (que es en el que nos hemos basado para el análisis del patrón de consumo de nuestros escolares) desgajado en 7 grupos de

alimentos basados en la composición de hidratos de carbono, proteínas y grasas que estos contienen³⁹:

- I. Leche y derivados.
- II. Carne, pescado y huevos.
- III. Patatas, legumbres y frutos secos.
- IV. Verdura y hortalizas.
- V. Frutas.
- VI. Pan y derivados.
- VII. Grasas (aceite y mantequilla).
- VIII. Otros.

Tras un análisis pormenorizado de los resultados se observan ciertas desviaciones respecto a las recomendaciones dietéticas para los adolescentes, muy en consonancia con lo hallado en otros trabajos publicados ^{23,163,164}. Según la última encuesta del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación¹⁶⁵ hay un incremento en el consumo de derivados lácteos, zumos, refrescos y una disminución de pan, arroz, patatas, hortalizas y frutas frescas. Iremos comentando cada uno de los principales grupos:

► Leche y derivados:

Constituyen un grupo de alimentos de gran valor nutricional, siendo fuente importante de proteínas de alto valor biológico, minerales y vitaminas; pero el nutriente por excelencia es el calcio especialmente importante en esta etapa por su utilidad en la mineralización ósea¹⁶⁶. Para cubrir las necesidades de calcio es necesario un aporte de 500-700 mililitro al día (lo que supone unas tres o cuatro raciones al día)¹⁶⁷.

El porcentaje de consumo de leche y derivados se encuentra en la línea de otros estudios similares³³⁻³⁵. Dos tercios de nuestros escolares toman leche más de una vez al día, el 40,6% yogurt y el 21,3% queso. De estos porcentajes se deduce que son

pocos los que llegan a consumir las cantidades diarias recomendadas. Es importante destacar que uno de cada cuatro toma queso rara vez o nunca.

▶ Carne, pescado y huevos:

La carne de ave es rica en proteínas de alto valor biológico y tiene poco contenido graso y calórico. Por el contrario, la carne roja tiene un alto porcentaje de ácidos grasos saturados por lo que se recomienda un consumo ocasional.

El pescado es el principal suministrador de ácidos grasos poliinsaturados y otro de los pilares de la alimentación mediterránea. Presenta un contenido calórico bajo y es fuente de proteínas de alto valor biológico, vitaminas y minerales, además de ser ricos en ácidos omega 3.

Se recomienda la ingesta diaria de 1-2 raciones/día de carnes magras, pescados y huevos. Sin embargo los datos referentes a nuestro estudio indican una disminución en el consumo de estos alimentos adoptando un patrón semanal. En este sentido sorprende que uno de cada cinco niños tomen carne de ave de forma ocasional o nunca, y que haya un comportamiento similar con respecto al pescado (el 25,9% come pescado rara vez o nunca).

Un dato que nos acerca a la dieta mediterránea es el hecho de que el consumo de carne de ave sea superior al de carne roja y que la ingesta de pescado (tanto blanco como azul) se ha igualado al de carne. Estos resultados se confirman si los comparamos con el Panel de Consumo Alimentario^{168,169}.

Los embutidos no se consideran alimentos demasiado saludables por el gran contenido graso que aporta; sin embargo casi dos tercios los consumen a diario. El consumo es similar a la encuesta de 1994³³ y mayor al estudio cántabro¹⁷⁰.

Los huevos son un alimento excelente a incluir en la dieta sana y equilibrada por con el contenido en proteínas, ácido linoleico, calcio, vitaminas y minerales. El 68,3% lo toman alguna vez en semana.

▶ Legumbres, Tubérculos y frutos secos:

Las patatas y el pan son la base de la pirámide nutricional pues son alimentos ricos en hidratos de carbono complejos además de aportar proteínas vegetales y fibra.

Las legumbres aportan hidratos de carbono complejos, proteínas, vitaminas y minerales. Como ya apuntaban la tendencia descendente de la encuesta de 1999¹⁶⁹, estas han pasando de ser la base de la alimentación española a tener un consumo más esporádico (64,5% las toman alguna vez en semana).

Los frutos secos poseen una acción protectora frente a las enfermedades coronarias por un efecto hipocolesterolemiantes ya que son ricos en ácidos grasos insaturados, minerales, vitaminas y fibras. El consumo recomendado es diario; sin embargo, estos productos se suelen comercializar en presentaciones con alto contenido en sal y grasas y rara vez se hace de forma natural, por lo que su consumo pasaría a ser ocasional. Uno de cada cuatro los ingiere a diario siendo más frecuente en chicos de colegios públicos.

▶ Verduras, hortalizas y frutas:

Una dieta baja en frutas y verduras conlleva el peligro de aumentar el consumo de grasas y sodio, lo que comportaría un aumento de riesgo de enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. Estos juegan un papel destacado por el aporte de fibras, tocoferoles, folatos, vitamina C, beta-carotenos, fitoestrógenos y polifenoles¹⁵⁵.

De acuerdo con la evidencia científica actual, ninguna persona debería ingerir menos de 400 gramos de frutas frescas y verduras al día¹⁷¹: esto se traduce en unas 2-4 piezas de frutas y de 3-5 raciones de verdura diarias.

En la línea de los estudios de años anteriores^{33-35,169,172-174} y del HBSC 2006¹⁹, menos de la mitad de los encuestados afirman tomar más de una pieza de fruta diaria. Este

porcentaje es similar al de la media europea para esa edad y a los países del área mediterránea, pero algo menor al último observatorio de la infancia¹⁰⁴. Como ya apuntaba el HBSC, la ingesta de frutas es ligeramente mayor en chicas y en aquellos de menor edad.

Respecto a las verduras, su consumo es menor que el de fruta. Es importante destacar que un tercio de los adolescentes de 13-14 años toma verdura rara vez o nunca.

▶ Pan, pasta y cereales:

Contienen entre 65-75% de su peso total como carbohidratos, 6-12% como proteína y 1-5% como grasa. En comparación con otras fuentes de carbohidratos son los más densos en energía y nutrientes. Contienen calcio, aunque la presencia de ácido fólico disminuye su absorción. Son ricos en hierro, potasio, fósforo y vitaminas del complejo B, y carecen de vitamina C. Si se consumen integrales, constituyen una buena fuente de fibra y vitaminas.

El consumo de pan, que en el estudio de 1994³³ aparece como el alimento más consumido ha sufrido un gran descenso pasando del 88,3% de consumo diario al 68,1%, siendo mayor la ingesta del pan blanco y de molde que el integral.

▶ Grasas y aceites:

Muchos son ya los estudios¹⁷¹ que reconocen los beneficios directos sobre la salud del aceite de oliva rico en ácidos grasos monoinsaturados como el ácido oleico y es la base de la dieta mediterránea. Este es el más consumido por los adolescentes muy por encima del aceite de girasol.

▶ Otros:

- Snacks o picoteo:

En este grupo englobamos dulces, golosinas y bolsas de patatas y fritos y se caracterizan por ser productos de consumo fácil, saciedad inmediata, hipercalórico,

hiperproteico y con elevado contenido graso^{156,169}. El bajo coste, la facilidad de acceso y la publicidad especialmente enfocada para este grupo de edad hace que el “picoteo entre horas” sea una opción muy atractiva para los adolescentes que comienzan a tener alguna paga o dinero semanal. Se ha demostrado que aquellos que más horas ven la televisión son los que más picotean y toman bebidas con gas y son los que menos verdura y fruta consumen.

A diferencia de los grupos básicos, las indicaciones respecto a los productos de bajo valor nutricional no se refieren a cantidades o frecuencia con la que deben ser ingeridos para tener una dieta saludable, sino a límites en su consumo que se consideran compatibles con el mantenimiento del correcto equilibrio nutricional, por encima de los cuales aumenta el riesgo nutricional¹⁶⁹. En nuestro contexto, casi cuatro de cada diez encuestados consumen golosinas a diario. El porcentaje de alumnos que toman fritos y patatas embolsadas, dulces y comida rápida también es significativo; similar al HBSC¹⁸ y algo menor a estudios anteriores, lo que confirma la tendencia decreciente que ya se observara en el estudio de Mengual³⁵. Algo común en este grupo de alimentos es su mayor consumo en la provincia, en los alumnos de colegios públicos y conforme aumenta la edad. Esto confirma que el aumento de consumo de este tipo de alimentos en la edad adulta, que según la Encuesta Nutricional de Andalucía, alcance más del 50%¹⁷⁴.

- Bebidas con gas:

Se consideran como “calorías vacías” pues aportan mucha glucosa sin aportar otros nutrientes, además desplazan la ingesta de otros alimentos de alta calidad nutricional como la leche. Se han encontrado numerosas evidencias que lo correlacionan con el riesgo de retraso del crecimiento, diarrea por malabsorción de hidratos de carbono, obesidad, alteraciones del metabolismo mineral-óseo y efectos negativos sobre la salud bucodental^{18,175}. Se ha observado una disminución en el consumo de fibras, calcio y proteínas en los consumidores habituales de este tipo de bebidas. En Estados Unidos éstas aportan el 7% de la energía diaria recomendada en

los adolescentes. En la última década, en España se ha visto un incremento del consumo de estas bebidas. Según el HBSC¹⁸ este consumo se hace más importante en los chicos de los países del área Mediterránea y aumenta conforme lo hace la edad. Conforme a nuestros datos, el consumo de este tipo de bebidas es algo superior respecto a años anteriores³³⁻³⁵ y respecto al HBSC (el 27,2% toma bebidas con gas más de una vez al día siendo más frecuente en chicos de más edad y en colegios públicos de la provincia).

- Zumos:

Los no naturales son ricos en azúcares lo que conlleva un alto riesgo de caries y una mala salud buco-dental. Además, al igual que ocurre con las bebidas gaseosas, pueden desplazar otro tipo de alimentos o bebidas más saludables. El consumo es alto, pues hasta dos tercios de los encuestados los toman a diario. Este hábito es más frecuente en la provincia y en colegios públicos.

Según el análisis multivariante, representado gráficamente a través del dendograma, podemos establecer agrupaciones de alimentos y sugerir patrones de consumo. Así, por un lado estarían aquellos considerados como “saludables” (carnes, pescados, lácteos, fruta y verdura) y por otro los “no saludables” (dulces, golosinas, chocolate, fritos, refrescos y comida rápida). Estos resultados se encuentran en la misma línea que los encontrados por Pérula³³ y Gascón³⁴. Del análisis de los mismos podemos plantear un enfoque multifactorial a la hora de dirigir las diferentes estrategias de modificación de hábitos alimenticios, en vez de acciones dirigidas hacia un solo alimento.

► DESAYUNO:

Diferentes estudios han demostrado que la omisión del desayuno y la prolongación del tiempo de ayuno que esto conlleva son prácticas habituales entre los adolescentes. Esto reduce tanto el rendimiento físico como el intelectual. Uno de los primeros trabajos que documentaron esta relación fue el realizado en Iowa en

1962¹⁷⁶ en el que se demostró que aquellos niños que iban al colegio sin desayunar presentaban una disminución de su capacidad física máxima, su resistencia al esfuerzo, su fuerza muscular y su capacidad de concentración y aprendizaje. Desde entonces se han realizado múltiples estudios sobre la importancia del desayuno en la salud y especialmente sobre el rendimiento cognitivo¹⁷⁷. Nuestros resultados se encuentran en esa línea y destaca que aquellos que desayunan refieren un buen rendimiento escolar frente a los que no lo hacen.

A nivel físico, la supresión del desayuno se asocia con otras acciones no saludables como fumar, abuso de alcohol y otras drogas, y un estilo de vida menos saludable. Además, se ha demostrado que aquellos que no desayunan toman más alimentos ricos en grasas y bajos en fibras a lo largo del día, lo que lleva a un mayor riesgo de obesidad.

Dentro del consumo diario, el desayuno aporta una parte importante de nutrientes tanto cualitativos como cuantitativos. Según las recomendaciones dietéticas el desayuno debería aportar entre el 25-30% de la ingesta energética diaria y debería incluir un lácteo, un cereal y una fruta o zumo^{23,177}.

En nuestro estudio encontramos un porcentaje algo menor del hábito de desayunar que en otros estudios realizados en la misma población^{33-35,174} y a esto se añade una disminución en el consumo de leche (tres de cada cuatro la toman a diario). Los alimentos más frecuentemente consumidos son las tostadas (más con mantequilla que con aceite), los embutidos y las galletas. La bollería y los pasteles parecen haber sufrido un retroceso. El consumo de cereales parece que va aumentando en las dos últimas décadas hasta la actualidad (uno de cada dos lo consumen a diario). Este modelo de desayuno si bien proporciona una cobertura energética adecuada, difiere sensiblemente del prototipo de una dieta saludable en la que se debería sustituir los dulces y derivados por cereales y alimentos ricos en hidratos de carbono complejos y por frutas.

La práctica del desayuno es menor en los colegios concertados. Al igual que en el HBSC 2006 y otros estudios similares realizados en nuestro medio³³⁻³⁵, hay una disminución de este hábito con la edad.

Cabe destacar en la población española una costumbre muy arraigada, como es la de tomar un “tentempié” a mitad de la mañana que complementaria la ingesta matutina y, además permite retrasar la comida del mediodía, especialmente si la jornada escolar es de carácter intensivo. El 61,7% de los que no desayunan toman algo en el recreo, pero por el contrario hay un 10% que no toma nada ni en el desayuno ni en el recreo.

6. SALUD:

▶ Autopercepción de salud:

A pesar de que estos años se tienden a considerar como una etapa de relativa salud y baja mortalidad, no siempre las conductas de los adolescentes son saludables, como se ha puesto de manifiesto en páginas anteriores. Los estudios con población adulta revelan que la percepción subjetiva de salud se relaciona con resultados objetivos de salud, con una mayor calidad de vida y con una mayor supervivencia⁽²⁵⁾. Por ello se puede considerar a la autopercepción de salud como un indicador útil a la hora de detectar individuos con problemas de salud. La percepción subjetiva de su salud se ajusta muy bien al balance objetivo de la misma. A la vez, este balance global resulta congruente con los análisis sobre su felicidad y su nivel de bienestar²⁷. Como ya se observara en otros estudios de ámbito regional y nacional^{26,35,104} nueve de cada diez escolares se consideran en buena o muy buena salud. Sin embargo, y en contraste con estos estudios³³⁻³⁵, en el nuestro no encontramos diferencias por edad, sexo, localización, carácter del centro ni por estudios de los progenitores.

▶ Morbilidad autopercebida:

Según el HBSC, en todos los países las chicas refieren peor salud que los chicos debido en parte al hecho de que las niñas tienen mayores quejas físicas y psicosomáticas¹⁷⁸. Esto concuerda con nuestras observaciones, en las que se aprecia mayor prevalencia de dolor de cabeza, dolor de estómago y dolor de espalda en chicas frente a un mayor cansancio en chicos. Se ha sugerido que la somatización en los adolescentes es una forma de expresar un problema emocional y nos puede indicar cómo responden los adolescentes al estrés; de hecho, algunos estudios longitudinales demuestran una asociación entre la presencia de estos síntomas y el diagnóstico de depresión años más tarde¹⁷⁹.

En concordancia con estudios anteriores^{33,35} el cansancio destaca como una de las quejas más frecuentemente referidas por nuestros adolescentes en el último mes, siendo hasta el 20% los que se han sentido cansados a diario; seguido del enfado y el nerviosismo. Por lo general, estas afecciones no tienen un patrón determinado por edad, sexo, localización, tipo de colegio ni nivel social de los progenitores, con la excepción del insomnio (los niños de la capital y con madres sin estudios tienen una mayor dificultad para dormir), el cansancio (más frecuente en los niños de colegios públicos), el mareo (observada una mayor prevalencia entre los niños de la capital) y el nerviosismo, que dobla su frecuencia de los 11 a los 13 años.

▶ **Lesiones producidas por accidentes:**

Con la mejora en la higiene y el control de las enfermedades infecciosas, los accidentes han adquirido especial relevancia en las últimas décadas. En los países industrializados constituyen la primera causa de mortalidad infantil entre el primer y los 14 años⁵. Las caídas y las contusiones ocasionadas durante la realización de actividad física son la primera causa de lesiones en los adolescentes.

Como ya se apunta en otros trabajos e informes¹⁸, los esguinces y heridas son más frecuentes en la calle o en el colegio mientras que los traumatismos craneales, quemaduras y lesiones por animales lo son en el domicilio, lo que puede indicar una

necesidad de aumentar las precauciones a tomar en el hogar. Parece importante resaltar, por las consecuencias en morbilidad¹⁸, el hecho de que los adolescentes españoles son lo que más asistencia sanitaria han necesitado por traumatismo y accidentes.

► **Medicación:**

Según la comisión europea, las enfermedades más prevalentes en los jóvenes son los catarros y gripes seguidos de fracturas, contusiones y acné^{104,178-180}. Esto se relaciona con los antitérmicos, analgésicos y antiinflamatorios como fármacos más consumidos por nuestros adolescentes. Los antiinflamatorios y los antigripales son más frecuentes en las chicas sin encontrarse relación con la edad.

Contrariamente a lo que podríamos pensar por las saturaciones de las consultas de pediatras y de los médicos de familia, hemos encontrado un descenso en la asistencia sanitaria en atención primaria; pasando del 34,7% de adolescentes que acudieron en 1994³³, al 25% en los datos de nuestro estudio. Este descenso es difícilmente analizable pues, si bien pudiera deberse a un verdadero descenso de la morbilidad, también podría influenciarse por factores ambientales como la variabilidad estacional (epidemia) o por una mayor incidencia en las visitas a otro tipo de servicios sanitarios (urgencias, compañías privadas).

► **Cansancio matutino:**

Comenzar el día con la sensación de cansancio tiene consecuencias en el resto de día y se correlaciona con un peor rendimiento escolar. Así, el uno de cada tres alumnos ya se siente cansado antes de ir al colegio, siendo este porcentaje mayor en colegios públicos. Hemos constatado una disminución de este síntoma respecto a años anteriores³³⁻³⁵.

7. RELACIÓN CON EL MEDIO ESCOLAR:

▶ Apetencia por el colegio:

El buen ambiente escolar ha sido estudiado fundamentalmente desde un punto de vista académico, pero este también influye decisivamente en el aspecto psicosocial del niño; así, como ya apuntaba el estudio HBSC¹⁸, aquellos niños a los que les gusta ir al colegio presentan un mejor rendimiento escolar pero también se sienten más felices en otros aspectos de su vida.

Las cifras de ámbito nacional han descendido ligeramente desde el 2002 y se asemejan a nuestros datos, alcanzando el 67% de escolares los que refieren gustarle el colegio. La apetencia es mayor en niñas de colegios privados de la capital.

▶ Rendimiento escolar:

El fracaso escolar origina de forma secundaria conflictos de adaptación en la esfera escolar y familiar, que afecta a la autoestima del adolescente y sus relaciones sociales, y puede provocar complejos círculos viciosos con el resultado final de adquisición de hábitos nocivos, dependencia de sustancias y conductas asociales. Los resultados de este estudio concuerdan con los de otros estudios^{63,181} en el sentido de que determinados hábitos o conductas como el consumo de tabaco, alcohol y un exceso de actividades cotidianas sedentarias, como ver la televisión y jugar a la videoconsola, están asociadas con el fracaso escolar de los adolescentes. Como era de esperar, el menor hábito de lectura también está asociado a un peor rendimiento.

Si comparamos los datos con los de estudios anteriores³³⁻³⁵, parece haber una percepción más positiva del propio rendimiento académico, autodeclarándose como buenos estudiantes más de la mitad de nuestros escolares frente al 42% obtenido en la encuesta regional de 1999. El rendimiento escolar de las chicas es más alto que el de los chicos, potenciándose esa diferencia conforme aumenta la edad, hecho ya

constatado en otros estudios^{18,19,63,181}. Además cabe resaltar la relación entre una menor clase social de los progenitores y un peor rendimiento escolar autopercebido.

8. AUTOESTIMA E INTEGRACIÓN SOCIAL:

La adolescencia es una etapa de cambios necesaria para adquirir una propia identidad y para que se inicie el proceso de socialización. Los amigos son un referente en cuanto a las normas y los valores, pero si el adolescente se siente aceptado y escuchado dentro de su hogar, la red social mejora y su proceso de socialización puede completarse satisfactoriamente. Hay una mayor relación entre la mala función familiar, el mal apoyo social y una mala autopercepción de salud^{182,183}.

▶ Facilidad de comunicación:

La familia es un gran referente a lo largo de la vida, y especialmente durante la infancia y la adolescencia. Es un sistema dinámico que se ve afectado por los cambios sociales, culturales e históricos, así como por los ciclos y transiciones que le son propios. El contexto familiar influye de manera notable en la salud de cada uno de sus componentes, y por ello, uno de los aspectos clave en el buen funcionamiento es la comunicación intrafamiliar⁷⁸. Durante la adolescencia se produce un reajuste en la estructura familiar, aumentan los conflictos entre padres e hijos, y aparecen otros agentes socializadores como hermanos e iguales. Este reajuste será más fácil cuanto más fluida sea la comunicación con los progenitores, cuanto más vinculado afectivamente se sienta a ellos y cuanto mejor sea el entorno de bienestar y confianza.

En relación con los progenitores, la dificultad percibida para hablar con el padre es mayor que con la madre. Por sexos, la comunicación materna es igual de buena, pero con los padres son las chicas las que peor comunicación tienen. Este patrón es algo generalizado en los adolescentes del estudio HBSC¹⁹. Además, hemos encontrado que el tener una mala relación con los padres se asocia a un mayor sentimiento de soledad, de infelicidad y a un peor rendimiento escolar. Datos

similares que ya fueron hallados en la encuesta realizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública¹⁷.

Fuera del entorno familiar, los amigos ocupan un lugar importante en la vida del adolescente, siendo los iguales los principales confidentes.

La figura del tutor a estas edades debería ser un referente importante para el estudiante; sin embargo, la comunicación con ellos les parece difícil a la mitad de los escolares encuestados. Siendo más difícil en los colegios públicos.

▶ **Facilidad para las relaciones sociales:**

La adolescencia es, sin duda, uno de los momentos del ciclo vital en el que los iguales cobran una especial importancia. Se amplía tanto la red de contactos como el abanico de actividades que hacer. Se establecen y refuerzan los valores y modelos de comportamiento, y se define una identidad social. Se encuentra una similitud entre la conducta de los adolescentes y la de su grupo de pares y se confirma el papel socializador del grupo de amistades. Estos aspectos influirán sobre las conductas más o menos saludables que se desarrollaran en el futuro¹⁸⁴.

Coincidiendo con otros estudios³³⁻³⁵ podemos deducir que nuestros escolares tienen una buena capacidad para las relaciones sociales. Así, nueve de cada diez declara resultarle fácil hacer amigos y una proporción similar afirman tener un amigo íntimo. Casi la mitad de los escolares refiere quedar con los amigos después del colegio a diario, incrementándose este porcentaje en los chicos de mayor edad³¹.

En el apartado de amigos más especiales o “novios/novias”, dos de cada diez escolares refieren tener uno, siendo mayor la proporción en chicos que en chicas.

▶ **Sentimiento de soledad:**

Pese a que culturalmente se tiende a relacionar a la juventud con la edad de la sociabilidad, la experiencia de soledad se hace clara y patente en la adolescencia,

momento de la vida en la que se observa un doble movimiento con sus figuras de apego, se desapegan de sus padres y buscan nuevas relaciones con los pares.

Como ya observamos en estudios anteriores³³⁻³⁵, el porcentaje de percepción de soledad es bajo, llegando al 7,1% los que experimentan este estado. Este se relaciona con el sentimiento de felicidad siendo los que más solos se encuentran los que más infelices se sienten.

▶ **Sentimiento de Felicidad:**

El sentimiento de felicidad se relaciona con el bienestar personal que se experimenta e influye en la competencia con la que se enfrentan a las tareas sociales, familiares y escolares y tiene repercusiones sobre el ajuste psicológico a medio y largo plazo. De esta forma encontramos una relación del sentimiento de felicidad y la realización de deporte extraescolar, la percepción de salud, la apetencia por el colegio, la comunicación con los padres y la relación con los amigos.

Nuestros resultados mejoran los aportados por estudios analizados de ámbito nacional y regional^{31,34} y confirman la buena evolución al alza del estudio de 1999. Encontramos que hasta ocho de cada diez se sienten felices, sin evidenciar una relación con respecto al sexo, edad ni tipo de colegio.

9. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA TELEVISIÓN:

En los últimos años hemos sido testigos de un vertiginoso cambio científico-tecnológico que ha dado lugar a la llamada “sociedad de la información”. La adolescencia mantiene una estrecha relación con las tecnologías de la información y comunicación (TIC) debido a que se han convertido en una poderosa herramienta que les facilita la información, comunicación y potencia el desarrollo de habilidades y nuevas formas de construcción del conocimiento. Los adolescentes han incorporado a su vida cotidiana el uso de la TIC como herramienta de interacción, socialización, trabajo y diversión dentro de su contexto social y educativo^{31,185}.

Hay dos posturas enfrentadas en cuanto a las oportunidades o beneficios del uso de las TIC. El estudio de Castells¹⁸⁶ señala que el uso de las tecnologías de la información favorece las relaciones sociales, el aprendizaje cooperativo, desarrolla nuevas habilidades (como la coordinación y agilidad mental) y nuevas formas de construcción del conocimiento, así como las capacidades de creatividad, comunicación y razonamiento. Sin embargo existe una postura opuesta que advierte de los posibles problemas que puede causar el uso inadecuado de las TIC. Autores como Kraut¹⁸⁷ demuestran que pueden producir aislamiento o agudizar fenómenos como la soledad y la depresión así como potenciar el fracaso escolar; mientras que Gil¹⁸⁸ menciona la adicción, el aislamiento y el fomento de la violencia como posibles efectos negativos. Por su parte Castells¹⁸⁶ señala la identidad con entornos virtuales con la posibilidad de que aparezcan comportamientos de retracción y abandono de su imagen personal como síntoma de adicción severa. Un grupo de investigadores españoles especializado en adolescencia advierten de la posibilidad del déficit de atención y la alteración de las relaciones con amigos y familiares¹⁸⁹. En el medio están quienes opinan que las tecnologías no son ni buenas ni malas sino que debe evitarse el abuso y debe equilibrarse el consumo de tecnología, actividad física y otras actividades que propongan un contacto real con otras personas.

El acceso a las TIC en Andalucía y España ha aumentado considerablemente en los últimos años, en especial respecto al uso del teléfono móvil e Internet, aunque el resto de Europa sigue mostrando cifras bastante más elevadas. El consumo más frecuente de televisión en España y Andalucía está entre una y tres horas diarias; el grupo de edad de 12 a 15 años es el que más televisión ve¹⁹⁰.

Según el estudio de Castells y Diaz¹⁸⁶, uno de los principales grupos de edad consumidores de internet en el estado español son los jóvenes entre 14 y 18 años siendo Cataluña y Euskadi los lugares donde el consumo es más alto (tres de cada cuatro jóvenes de 15 a 19 años de Barcelona son usuarios habituales de Internet). Así mismo el estudio de Naval, Sádaba y Bringué¹⁹¹ muestra que algo más de la mitad de

los adolescentes Navarros usan Internet diariamente y tres de cada cuatro posee un ordenador personal. Todo esto indica que el uso de las TIC se ha extendido en gran medida entre los jóvenes.

Según el Observatorio de la Infancia en Andalucía de 2005¹⁹², casi dos tercios de los escolares usa el ordenador a diario y la mitad de los niños de entre 10 y 14 años posee móvil. En España el uso de teléfono móvil se ha incrementado en el 2005 casi 20 puntos sobre la anterior encuesta de salud de 2003, el uso de Internet en 14,7 puntos y el uso del ordenador en 11 puntos porcentuales. En relación a la utilización de otras tecnologías, España se sitúa en una posición intermedia-baja con respecto al resto de países europeos.

En nuestro medio, la televisión es el instrumento de ocio que mayor relevancia tiene con un consumo diario de 104 minutos, seguida de la videoconsola (48 minutos) y el ordenador (46 minutos), tiempo que asciende durante los fines de semana a 133, 78 y 72 minutos respectivamente. Hay que tener en cuenta que el probable efecto perjudicial de las TIC esta en relación con el tiempo acumulado así las recomendaciones son limitar el consumo acumulativo en dos horas diarias¹⁹³.

► **La televisión:**

Ver la televisión se ha convertido, después de dormir, en la primera actividad del niño. Según un estudio elaborado por el consejo audiovisual de Cataluña los niños pasan más horas viendo la televisión (990 horas/año) que en clase (960)¹⁹⁴. Así se desplazan las acciones educativas de otros agentes y contextos necesarios para el desarrollo integral de la persona. Se limita el tiempo dedicado a la lectura, deportes, juegos y comunicación familiar y, afecta al rendimiento escolar, aumenta la pasividad intelectual y limita la creatividad. Un tiempo excesivo se ha asociado a un menor nivel educativo logrado en la edad adulta, a un mayor abandono de los estudios y a la obtención de peores calificaciones. Además se ha relacionado con un incremento de la violencia y produce insensibilidad ante ella, estimula el

consumismo a través de la publicidad y condiciona un mayor consumo de alimentos y una menor actividad física y, por tanto, el desarrollo de la obesidad^{189,195}. Así mismo, ver la televisión más de 3 horas diarias durante la infancia se asoció con problemas de atención en la adolescencia¹⁸⁸.

En EEUU, dos de cada tres niños de 8 a 16 años ven al menos dos horas al día de televisión y uno de cada cuatro la ven más de cuatro horas diarias. Cifra similar a los adolescentes de Nueva Zelanda que ven una media de 3,13 horas al día¹⁹³.

España es uno de los países de la unión Europea donde los niños más ven la televisión, sobre todo en las familiar con menor nivel educativo y económico¹⁹².

Los niños cántabros de 10 a 13 años dedican 14,6 horas semanales. El 44% de los niños aragoneses de entre 12 y 16 años dedican más de tres horas al día a ver la televisión. En Andalucía uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 15 años ven la televisión entre dos y tres horas al día y hasta el 16% lo hacen más de 3 horas diarias. Por corte de edad, son los niños de 13 años los que consumen más televisión. Estas cifras se aproximan a los datos del estudio general de medios para la edad adulta española que se sitúan en 3,68 horas diarias¹⁹⁰.

Estos datos son ligeramente inferiores a los encontrados en nuestro estudio, donde observamos que cuatro de cada diez niños ven la televisión entre dos y tres horas diarias. Así, situamos la media de visionado de televisión en 104 minutos para los días lectivos, cuando en la encuesta de 2002 se situaba en 130 minutos. Esta diferencia parece deberse a una mayor presencia de las nuevas tecnologías en el tiempo de ocio de nuestros adolescentes. Cabe mencionar que el más de la mitad ven más de tres horas al día la televisión durante los fines de semana. Es también destacable el peor rendimiento escolar autopercibido con el incremento del tiempo de visionado de televisión y del uso de videoconsolas. El mayor consumo de la televisión y de nuevas tecnologías se realiza en las familias con menor nivel de estudios, algo que ya apuntaba el HBSC¹⁹ y el estudio de Ras Vidal¹⁹⁶.

► **Videoconsola, ordenador, teléfono móvil y libros:**

En España, el mayor incremento en 2005 respecto a 2003 del uso de tecnologías de la comunicación por los menores entre 10 y 14 años ha sido la adquisición de un teléfono móvil (más de la mitad lo tienen), seguido de Internet (dos de cada tres lo usan diariamente)¹⁹⁰.

En los últimos años, el teléfono móvil se ha afianzado definitivamente en nuestra sociedad como una seña de identidad entre los adolescentes y es previsible que en unos años no exista ninguno sin él. Esto se demuestra por el hecho de que siete de cada diez encuestados afirma tener teléfono móvil.

Respecto al uso de ordenadores, si bien es cierto que el uso de estos y, especialmente, de Internet se está generalizando desde los centros escolares como una nueva forma de conocimiento (ocho de cada diez alumnos tiene ordenador); hemos encontrado que, al igual que con la televisión y la videoconsola, a mayor tiempo de uso del ordenador y el menor tiempo de lectura, el porcentaje de alumnos con buen rendimiento escolar disminuye. La navegación por la red también se ha afianzado como una herramienta de comunicación en nuestra sociedad y muchas de las prácticas sociales de la juventud se están transformando ante las nuevas potencialidades que ofrece la red.

Los videojuegos se han convertido en el principal entretenimiento de los adolescentes y sobre todo de los chicos de forma mayoritaria (cuatro de cada diez juegan más de una hora diaria). Hay una diferenciación por sexos en cuanto a que nueve de cada diez chicos poseen videoconsola frente al 60% de las niñas. Además hasta el 16% de los niños la usan más de 3 horas diarias. Aunque son los de mayor edad los que más hacen uso de ésta.

Los hábitos de lectura clásicos parecen caer de manera significativa entre la juventud. Según la encuesta del Observatorio de la Juventud¹⁹², la lectura de prensa y de libros en papel ha disminuido doce y seis puntos respectivamente con respecto a

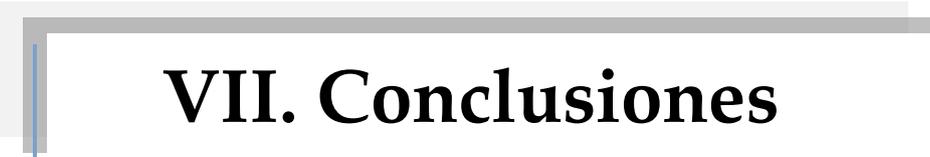
2004. Según nuestros datos, uno de cada cinco encuestado lee libros rara vez o nunca.
El acceso a la lectura en Internet, podría explicar este alto porcentaje.

VII. Limitaciones y dificultades del estudio.

- ▶ A pesar de que legalmente las autoridades educativas obligan a la escolarización de la totalidad de la población adolescente menor de 16 años, en las áreas de marginación socioeconómica, núcleos aislados y casos puntuales, por diferentes motivos (absentismo, abandono, escolarización incompleta, y otras), es posible que haya población de entre 11 y 14 años que no sea encuestada por no pertenecer o acudir a ningún centro educativo, provocando, por tanto, un sesgo de selección, que aunque de pequeña entidad, hay que tener en consideración.
- ▶ Para la validación del instrumento de medida, el cuestionario fue pilotado en una submuestra de alumnos elegidos al azar, en colegios no pertenecientes a los estudiados con el objetivo fundamental de corregir posibles errores y adaptar la presentación y orden de las preguntas a la población de estudio. Para comprobar su fiabilidad se procedió al cálculo del índice de concordancia intraobservador “kappa” (k), y se repitió en el mismo grupo de escolares a los 10 días (procedimiento test-retest).
- ▶ Todas las encuestas fueron supervisadas por el mismo encuestador, con el fin de evitar un posible sesgo del observador, estando presente durante todo el tiempo en el aula, al objeto de realizar las aclaraciones oportunas y de garantizar un procedimiento de recogida de información homogéneo, y minimizar los posibles sesgos de información.
- ▶ La declaración del consumo de drogas a partir de cuestionarios autoadministrados, si bien es ampliamente utilizado, no hay que desestimar que puede comportar un sesgo a la hora de responder por parte de los encuestados, tanto por infraestimación (por considerarse sustancias prohibidas) o bien por sobrestimación (para ganarse la aceptación del grupo de iguales)^{197,198}. Este sesgo de información es inherente a este tipo de recogida de datos y es difícil de evitar, aunque se puede minimizar utilizando estrategias como las de lograr que el alumno no se sienta condicionado por los observadores (en nuestro caso, el

profesor se encontraba ausente del aula en el momento de cumplimentar los cuestionarios), y crear un clima de confianza entre los encuestados.

- ▶ Para controlar los sesgos de confusión se emplearon procedimientos de análisis estadístico multivariante.



VII. Conclusiones

A la vista de los resultados expuestos anteriormente, se llega a las siguientes conclusiones:

1. Los escolares presentan una buena higiene corporal. El baño, por lo general, se realiza de forma diaria; aunque el lavado de manos y la higiene dental, sobre todo, todavía es manifiestamente mejorable. Las chicas tienen una frecuencia de cepillado dental superior al de los chicos.
2. La media de horas que le dedican al descanso nocturno es adecuada. Los que menos tiempo duermen tienen más cansancio matutino, se perciben en peor estado de salud, realizan menos ejercicio físico, tienen peor rendimiento escolar, ven más la televisión y usan más el ordenador.
3. La frecuencia de actividad física está por debajo de lo considerado como óptimo para esta edad. La edad, el género, la realización de actividad física por parte del padre y amigos son los factores asociados a la práctica de ejercicio en el futuro.
4. Las drogas más consumidas por los adolescentes son el tabaco y el alcohol. Ambas sustancias sólo son reconocidas como drogas por las dos terceras partes y por tres de cada diez de los escolares, respectivamente.
5. La edad crítica en el inicio del consumo de drogas se encuentra entre los 9 y los 10 años. Hay una relación directa positiva entre el consumo de estas sustancias y el consumo en familiares y pares.
6. Los hábitos alimentarios de los adolescentes estudiados se aproximan a un patrón de dieta saludable. Destaca el consumo diario de leche y derivados pero sin llegar a las cantidades recomendadas. La ingesta de legumbres, base de la alimentación española, no resulta habitual entre los escolares.

7. El consumo de carne de ave por parte de los escolares es superior al de carne roja, mientras que la ingesta de pescado de ha igualado a la de carne, datos que nos acercan al patrón típico de la dieta mediterránea.
8. En el aspecto negativo se debe señalar la disminución de consumo de frutas y verduras y el aumento de alimentos considerados como “calorías vacías”. Los que más horas ven la televisión son los que más picotean y toman bebidas con gas, además de ser los que menos verduras y frutas consumen.
9. La toma de leche junto con las tostadas de mantequilla son la base del desayuno de nuestros escolares. Uno de cada diez no toma nada ni en el desayuno ni en el recreo. Hay una relación positiva entre el hábito de desayunar y el rendimiento escolar.
10. La gran mayoría de nuestros escolares se consideran en buena salud. El cansancio destaca como una de las quejas más frecuentes, seguido del enfado y el nerviosismo. Aquellos que se encuentran cansados más frecuentemente son los que peor rendimiento escolar tienen.
11. Los antitérmicos, analgésicos y antiinflamatorios son los fármacos más consumidos por los escolares.
12. Las tres cuartas partes de los niños se consideran felices. Este sentimiento se relaciona con la práctica deportiva, una mejor percepción de salud, apetencia por el colegio, comunicación con los padres y su relación con los amigos.
13. Aquellos niños a los que les gusta ir al colegio presentan un mejor rendimiento escolar pero también se sienten más felices en otros aspectos de su vida. La apetencia por el colegio es mayor en niñas de centros concertados de la capital. El rendimiento escolar de las chicas es más alto que el de los chicos, potenciándose esa diferencia con la edad.

14. En relación con la comunicación con los progenitores, la dificultad percibida para hablar con el padre es mayor que con la madre. En general nuestros escolares tienen facilidad para hacer amigos y la comunicación entre ellos es buena.
15. El porcentaje de escolares que presentan percepción de soledad es bajo. Este sentimiento se relaciona con el de infelicidad.
16. Los adolescentes ocupan su tiempo libre preferentemente en ver la televisión y usar las videoconsolas y el ordenador. Este consumo es mayor los fines de semana, en los chicos y con la edad. Las niñas usan más los teléfonos móviles. A más horas de uso de videoconsolas y menor de lectura, se observa un peor rendimiento escolar.



IX. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos (46ª Edición) [Internet]. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243650463spa.pdf>.
2. Breslow L. *A quantitative approach to the World Health Organization. Definition of Health: Physical, Mental and Social well-being*. Int. J. Epidemiol. 1972;1:347-355.
3. Terris M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI; 1980.
4. Salleras L. *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Diaz de Santos; 1989
5. Piédrola Gil G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
6. Davó MC, Gil González D, Vives Cases C, Alvarez Dardet C, La Parra D. *Las investigaciones sobre la promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005*. Gac Sanit. 2008; 22(1):58-64.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Glosario de promoción de la salud* [Internet]. Madrid: MSC; 1999. [Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludpublica>].
8. Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Alma-Ata*. Ginebra; 1978.
9. WHO. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud* [Internet]. Ottawa : Canadian public health association; 1986. [Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/otawacharterSP.pdf>]
10. WHO. *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI* [Internet]. Ginebra; 1997. [Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf]
11. Organización Mundial de la Salud. *Carta de Bangkok para la promoción de un mundo globalizado* [Internet]. Ginebra; 2005. [Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_esp.pdf]
12. Hernan García M, Ramos Monserrat M, Fernández Ajuria A. *Revisión de los trabajos publicados sobre la promoción de la salud en jóvenes españoles*. Rev Esp Salud Pública. 2001; 75: 491-504.
13. Benito Bartolome F, Sanchez Fernández Bernal C. *Educación para la salud*. An Pediatr Contin. 2007; 5: 205-211.
14. Steward Brown S. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network (HEN), Health Evidence Network report, 2006.

15. Mendoza R, Sagrera MR y JM, Batista. *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid; 1994.
16. Montón Alvarez JL. *Estilos de vida, hábitos y aspectos psicosociales de los adolescentes [Tesis doctoral]*. Madrid : Universidad Complutense de Madrid; 1992.
17. Hernan García M, Ramos Monserrat M, Fernández A. *Salud y Juventud*. Consejo de la Juventud de España. Madrid; 2002
18. Currie C et al. *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006 survey (Health Policy for Children and Adolescents, nº5)*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen; 2006.
19. Moreno C, Muñoz- Tinoco V, Pérez P, Sanchez-Queija I, Granado MC, Ramos P, Rivera F. *Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC 2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2008.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007* [Internet]. Madrid; 2005. [Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>]
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008-2009* [Internet]. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid; 2009. Disponible en: [www.msc.es/.../pdf/presentacionPrensaEncuestaEscolar2009.ppt]
22. Gutierrez Gross M, ruíz JR, Moreno LA, Rufino-Rivas, Garaulet M, Mesana MI, Gutierrez A. *A body composition and physical performance of Spanish adolescents: the AVENA pilot study*. Acta Diabetol. 2003;40:299-302.
23. Instituto de Salud Carlos III. *Alimentación y Valoración del Estado Nutricional en Adolescentes. Estudio Avena*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Nutrición Hosp. 2003;XVIII(1):15-28.
24. Serra Majem L. *Nutricion Infantil y Juvenil. Estudio EnKid*. Barcelona. Masson Elsevier; 2004.
25. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud 2006. MSC* [Internet]. Madrid; 2006. [Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>]
26. Observatorio de la juventud. *Informe de la Juventud en España 2008. INJUVE* [Internet]. Madrid; 2008. [Disponible en: <http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=725387112>]

27. Consejería de Salud. *III Plan Andaluz de Salud 2003-2008*. Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla; 2008. [Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/III_plan_andaluz_salud/III_plan_andaluz_salud.pdf]]
28. Consejería de asuntos sociales. *II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones (2002-2007)*. Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla; 2001. [Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Planes/II_PASDA/II_PLAN_ANDALUZ_SOBRE_DROGAS_Y_ADICIONES.pdf]]
29. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. *La población andaluza ante las drogas X (2007)*. Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla; 2008. [Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/resources/archivos/2009/5/27/1243441324484I23-06-2008.pdf>]]
30. Consejería de Salud. *Plan Integral de la Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2011*. Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla; 2006. [Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_obesidad_infantil/plan_obesidad_infantil.pdf]]
31. Observatorio de la infancia en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. *Estado de la infancia y adolescencia en Andalucía. Presentación y resumen de cuadernos*. Junta de Andalucía. [Internet]. Granada; 2006. [Disponible en: www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia]]
32. Secretaria General para el Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz. *Hábitos y actitudes de los Andaluces en edad escolar ante el deporte, 2006. Avance de resultados: Córdoba*. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía; 2006.
33. Pérula de Torres L. *Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud autopercebida [Tesis Doctoral]*. Córdoba: Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina; 1995.
34. Gascón Jiménez FJ. *Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de la provincia de Córdoba, excluida la capital [Tesis Doctoral]*. Córdoba: Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina; 1995.
35. Mengual Luque P. *Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de la ciudad de Córdoba, 1994/1999. [Tesis Doctoral]*. Córdoba: Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina; 2001.
36. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Una propuesta de la medida de la clase social*. Aten Primaria. 2002;25:350-363.

37. Regidor E. *La clasificación de la clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología*. Rev Esp Salud Pública. 2001;75:13-22.
38. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para los manuscritos enviados a revistas biomédicas: escritura y proceso editorial para la publicación de trabajos biomédicos. Rev Esp Cardiol 2004; 57:539-58.
39. Vázquez C, Alcaráz F, Garriga M, Martín E, Montagna MC, Ruperto MM, Secos J. *Dietética y nutrición: grupos de alimentos*. Grupo Fistera: Atención Primaria en la red [Internet]. 2007. Disponible en:
<http://www.fistera.com/material/Dietetica/GruposAlimentos.asp>
40. Casal-Peidro E. *Hábitos de higiene oral en la población escolar adulta española*. RCOE.2005;10(4):389-401. [Disponible en :
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400002&lng=es.]
41. Löe H. *Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease*. Int Dent J. 2000;50(3):129-139.
42. Almerrich-Silla JM, Montiel-Company JM. *Encuesta sobre hábitos orales en la población adolescente de la comunidad Valenciana*. RCOE. 2004;11(2):1995-2001.
43. Gutierrez García M, Usera Clavero ML, Fenollar Quereda P, Ordoñana Martín JR. *Evolución de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la región de Murcia (1993-2001)*. Consejería de Sanidad y Consumo [Internet]. Murcia. 2003. [Disponible en:
<http://www.redined.mec.es/oai/indexg.php?registro=018200200027>].
44. La Fuente PL, Gómez Pérez de Mendiola, Aguirre B, Zabala Galán JM, Irurzum Zuabal E et al. *Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Vitoria-Gasteiz: evaluación*. Aten Primaria. 2002;29(4):213-217.
45. Albares Tendero J, Estivill Sancho E, Pascual Domenech M, Roure Miró N. *Hábitos de sueño y consumo de tóxicos de los adolescentes*. Aten Primaria. 2008;40(11):581-587.
46. Salcedo Aguilar F, Rodríguez Amonacid FM, Monterde Aznar ML, García Jiménez Ma, Redondo Martínez P, Marcos Navarro AI. *Hábitos de sueño y problemas relacionados con el sueño en adolescentes: relación con el rendimiento escolar*. Aten Primaria. 2005;35(8):408-414.
47. Tomás Vila M, Miralles Torres A, Beseler Soto B, Revert Gomar M, Sala Langa MJ, Uribe Larrea Sierra AI. *Patrones normales y trastornos del sueño entre la población escolar de la ciudad de Gandía*. An Pediatr (Barc). 2008;68(3):250-256.
48. Sierra JC, Jiménez Navarro C, Martín Ortiz JD. *Calidad de sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño*. Salud Mental. 2002;68(5):35-43.

49. Varo-Cenarruzabeitia JJ, Martínez hernández JA, Martínez González MA. *Beneficios de la actividad física y riesgo del sedentarismo*. Med Clin (Barc). 2003;121(17):665-672.
50. Prieto Sabprit JA, Nistal Hernández P. *La importancia del deporte-salud*. efdeportes [Internet]. 2003; 61 [Disponible en: <http://www.efdeportes.com/RevistaDigital>].
51. Carrera González G, Ordoñez Llano J. *Adolescencia, actividad física y factores metabólicos de riesgo cardiovascular*. Rev Esp Cardiol. 2007;60:565-568.
52. Chillón Garzón P, Tercedor Sánchez P, Delgado Fernández M, Gonzáles Gross M. *Actividad físico-deportiva en escolares adolescentes: retos*. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2002;1:5-12.
53. De Hoyo-Lora M, Sañudo Corrales B. *Motivos y hábitos de práctica de actividad física en escolares de 12 a 16 años en una población rural de Sevilla*. Rev Int Cien Act Fis Deporte. 2007;7(26):87-89.
54. Varo Cenarruzabeita JJ. *Consejo sanitario y promoción de la actividad física*. Jano. 2006;16:11-14.
55. Kelder S, Perry C, Klepp K, Lytke L. *Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors*. Am J of Public Health. 1994;84(7):1121-1126.
56. Ortega FB, Ruíz JR, Castill MJ, Moreno LA et al. *Bajo nivel de forma física en los adolescentes españoles. Importancia para la salud cardiovascular futura (estudio AVENA)*. Rev Esp Cardiol. 2005;58(8):898-909.
57. Varo-Cenarruzabeitia JJ, Martínez González MA. *El consejo sanitario en la promoción de la actividad física*. Med Clin (Barc). 2006;126(10):376-377.
58. Unidad de Lípidos y Epidemiología Cardiovascular. Institut Munició d'Investigació Mèdica. *Actividad física: un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez*. Rev Esp Cardiol. 2005;58(8):887-890.
59. Martínez Vizcaino V, Sánchez López M. *Relación entre la actividad física y la condición física en niños y adolescentes*. Rev Esp Cardiol. 2008;61(2):108-111.
60. Ortega Sanchez-Pinilla R. *Sobre la prescripción del ejercicio físico*. Aten primaria. 2008;49(7):323-326.
61. Amigo Vázquez I, Busto Zapico R, Fernández Rodríguez C. *La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesógeno*. Endocrinol Nutr. 2007;54(10):530-534.
62. Pérula de Torres LA, Llunch C, Ruíz Moral R, Espejo Espejo J, Tapia G, Mengual Luque P. *Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses*. Rev Esp Salud Publica. 1998;72(3):233-244.

63. Kovacs FM, Gil del Real MT, Gestoso M, López J, Mufraggi N, Palou P. *Relación entre hábitos de vida y calificaciones escolares en adolescentes*. *Apunts Medicina de l'Esport*. 2008;43:181-188.
64. Vuori I, Andersen LB, Cavill N, Martin B, Sellier P. *Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union*. European Heart Network. Brussels. 1999.
65. Secretaria General para el Deporte, Observatorio del Deporte Andaluz. *Hábitos y actitudes de los andaluces en edad escolar ante el deporte (2006)*. Junta de Andalucía, Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Sevilla. 2008.
66. Mendoza R. *Situación actual y tendencias en los estilos de vida del alumnado*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Primeras Jornadas de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud en España. Granada. 1996.
67. Barba Martín J, Barba Martín FJ, Domínguez Carrillo G, Sánchez Fuentes JA. *Adolescentes, consumo de alcohol y actividad físico-deportivo*. *efdeportes* [Internet]. 2004. [Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd70/alcohol.html>]
68. Moreno JA, Moreno R, Cervello E. *Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes*. *Adicciones*. 2009;21(2):147-154.
69. Nelson MC, Gordon-Larsen P. *Physical activity and sedentary behaviour patterns are associated with selected adolescent health risk behaviour*. *Pediatrics*. 2006;111(4):1281-1290.
70. Matalí Costa JL, Pardo Gallego M, Trenchs Sainza de la Maza V, Serrano Troncoso E, Gabaldon Fraile S, Luaces Cubells C. *Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico*. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70(4):386-390.
71. Alastusey M, Córdoba R, Nerín I, Toledo J. *Estudio de la publicidad exterior de tabaco y alcohol en el entorno de centro de enseñanza secundaria de Zaragoza*. *Semergen*. 2008;34(10):484-488.
72. Moral Jiménez MV, Sirvent Ruíz C, Ovejero Bernal A, Rodríguez Díaz FJ. *Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas*. *Trastornos Adictivos*. 2004;6(4):248-261.
73. Comitee on substance abuse. *Alcohol use and abuse: a pediatric concern*. *Pediatrics*. 2001;108:185-189.
74. Salcedo Aguilar F, Palacios Romero ML, Rubio Pérez M, Olmo González E, Gadea Villalba S. *Consumo de alcohol en escolares: motivaciones y actitudes*. *Aten Primaria*. 1995;15(1):20-26.
75. Parker A, Marshall EJ, Ball DM. *Diagnostico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol*. *BMJ (Ed Esp)*. 2008;2(6):346-351.

76. Durant RH, Smith JA, Kreiter SR y DP., Krowchuk. *The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple risk behaviors among young adolescents*. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153:286-291.
77. Plan Nacional sobre drogas. *Informes sobre la comisión clínica del Plan Nacional sobre Drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid. 2007. [Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>]
78. Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Análisis de la situación de la juventud*. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid. 2002. [Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/ganarSalud.pdf>]
79. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. *Recomendaciones del Consejo de 5 de junio de 2001 sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes y, en particular, de los niños y adolescentes*. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid. 2002. [Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/recomendacionConsejo.pdf>]
80. Torregrosa M, Inglés CJ, Delgado B, Martínez-Monteagudo MC. *Frecuencia del consumo de drogas legales: Diferencias de edad en la adolescencia*. Rev Esp de Drogodependencias 2007;32(2):181-195
81. Swahn MH, Sargent JD. *Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh grade adolescents*. Pediatrics. 2008;121:989-995.
82. Hanna EZ, Yi HY, Dufour MC y CC, Whitmore. *The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: result from the youth supplement to third national health and nutritio examination survey*. J Subst Abuse. 2001;13(3):265-282.
83. Schlaepfer IR, Hoft NR, Ehringer MA. *The genetic components of alcohol and nicotine co-addiction: from genes to behavior*. Curr Drug Abuse Rev. 2008;1(2):124-134.
84. Dobrinás M, Cornuz J, Kohler Serra M. *Genetic aspects of smoking impact on clinical care*. Rev Med Suisse. 2009;52(10):1463-1467.
85. Vanyukov MM, Kirisci L, Moss L, Tarter RE, et al. *Measurement of the risk for substance use disorders: phenotypic and genetic analysis of and index of common liability*. Behav Genet. 2009;39(3):233-244.
86. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux C, Feighner J. *Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parenteral substance use disorder*. Pediatrics. 2000;106:792-797.

87. Delegación de gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007-2008*. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid. 2008. [Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>]
88. Soto Mas F, Villalbi JR, Balcazar H, Valderrama J. *La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento*. *An Esp Pediatr*. 2002;57(4):327-333.
89. Almazán Ortega R, Soussa Vila E, Fernández Soto N, Mate Sánchez FJ. *Prevalencia y patrones de consumo en una población de adolescentes*. *Aten Primaria*. 2006;38(8):465-467.
90. Cabrera Mateos JL, Báez Álvarez A, Gutiérrez Riquelme F, Toledo Perdoni I, Mendoza Luzardo MC. *Prevalencia y características del consumo de tabaco en adolescentes de Lanzarote*. *Semergen*. 2005;31(7):307-313.
91. Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, Mudde A. *Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabaquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona*. *Gac Sanit*. 2002;16(2):131-138.
92. García P, Carrillo A, Fernández A, Sánchez JM. *Factores de riesgo en la experimentación y el consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. Actitudes ante el tabaco en los grupos de presión*. *Aten Primaria*. 2006;37(7):392-399.
93. Banegas Banegas JR, Diez Gañán L. *Tabaco y salud pública*. Piédrola 2008. En: Piédrola Gil J. *Medicina preventiva y salud pública*. 11ª Ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008. p.1083-1106.
94. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. *Plan de Actuación sobre el Tabaquismo en Andalucía*. Dirección General de Salud Pública y Participación [Internet]. [Disponible en: <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/planactuacionandalucia.pdf>]
95. Warren CW, Jones NR y Eriksen MP, Asma S. *El consumo de tabaco es alto entre estudiantes de 13 a 15 años*. *Lancet*. 2006;367:749-753.
96. Aburto Barrenechea M, Esteban González C, Quintana López JM y Bilbao González A, Moraza Corte FJ, Capelastegui Saiz A. *Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar*. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(4):357-366.
97. Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Evaluación del impacto de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo*. Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. Barcelona; 2009. [Disponible en: <http://www.ugt.es/saludlaboral/monografiatabaquismo.pdf>]
98. JR, Villalbí. *Valoración de la ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo*. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(6):805-820.

99. Kyrlesi A, Soteriades ES, Warren CW, et al. *Tobacco use among students aged 13-15 years in Greece: the GYTS project*. BMC Public Health. 2007;7:3-5.
100. Mendoza R, López Pérez P. *EL consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género*. Adicciones. 2007;19(4):341-356.
101. Mendoza R, López Pérez P, Reyes Sagrera M. *Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España*. Adicciones. 2007;19(3):273-288.
102. Khalaf Ayash A, Fabregat Agost A, Khalaf Viciando N, Sánchez Martínez A. *Prevalencia del tabaquismo y perfil del fumador en los escolares adolescentes de la provincia de Castellón*. Prev Tabaquismo. 2003;11(1):10-17.
103. Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Párraga Martínez I, et al. *Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes*. Rev Clin Med Fam. 2009;73:329-325.
104. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. *Informe del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2005. Uso de drogas y problemas relacionados con el consumo en Andalucía*. Junta de Andalucía. [Internet]. 2005. [Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/Informe_Observatorio_2005.pdf]
105. Gómez Cruz M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández A, Aparicio Coca I, torrecilla García M. *Factores predictores de la conducta fumadora en alumnos de enseñanza secundaria*. An Pediatr (Barc). 2008;68:454-461.
106. Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Leal Helmling FJ, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R, Pérez Milena M. *Consumo cualitativo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes según la edad y el sexo*. Med Familia (And). 2007;1:26-32.
107. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2004* [Internet]. Madrid; 2005. [Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>]
108. Bolzán A, Peleteiro R. *Tabaquismo durante la adolescencia temprana. Estudio en escolares argentinos*. Jornal de Pediatria. 2003;79(5):461-466.
109. Marrón Tundidor R, Pérez Trullén A, rubio Aranda E, et al. *Prevalencia de tabaquismo en escolares de Zaragoza. Diferencias de género y edad de inicio*. Prev del tabaquismo. 2003;5(4):202-210.
110. Yáñez AM, López R, Serra Batlles J, Roger N, Arnau A, Roura P. *Consumo de tabaco en adolescentes. Estudio poblacional sobre las influencias parentales y escolares*. Arch Bronconeumonia. 2006;42(1):21-24.

111. Cabrera Mateos JL, Mendoza Luzardo MC, Gutierrez Riquelme F. *Consumo de alcohol en adolescentes de tres municipios de Lanzarote*. Semergen. 2004;30(5):210-217.
112. Torrecilla García M, Ruano García R, Plaza Martín D, Hernández Mezquita MA, Barrueco Ferrero M, Alonso Díaz A. *Jóvenes y tabaco: prevalencia, patrón y actitud ante el consumo de tabaco*. An Pediatría (Barc). 2004;60:440-449.
113. Caballero Hidalgo A, González B, Pinilla J, Barber P. *Factores predictores del inicio y consolidación del consumo del tabaco en adolescentes*. Gaceta Sanitaria. 2005;37(7):392-399.
114. Alcalá Cornide M, Azañas Ruíz S, Moreno Torres C, Gálvez Alzaraz L. *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes*. Medicina de Familia (And). 2002;2:81-87.
115. Palomo Cobos L, Galindo Casero A, Iglesias Gonzalez R, Estevez Caldero A, Prieto Albino L, Escobar Braco MA. *Consumo de tabaco en escolares de la comunidad autónoma de Extremadura*. Aten Primaria. 1999;23:326-331.
116. Gascón Jiménez FJ, jurado Poncel A, Navarro Gochicoa B, Gascón Jiménez JA, Romanos Lezcano R. *Consumo de tabaco entre escolares de EGB y su relación con el entorno*. An Esp Pediatr. 1999;50:451-454.
117. Pérez Milena A, Pérez Martínez ML, Pérez Milena R, Jiménez Pulido I, Leal Helmling FJ, Mesa Gallardo I. *Tabaquismo y adolescentes: ¿Buen momento para dejar de fumar? Relación con factores socio familiares*. Aten Primaria. 2006;37:452-456.
118. Kovacs FM, et al. *La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003*. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:677-689.
119. Luisa López M, Herrero P, Comas A, Leijts I, Cueto A, Charlton A. *Impact of cigarette advertising on smoking behavior in Spanish adolescents as measured using recognition on billboard advertising*. The European Journal of Public Health. 2004;14(4):428-432.
120. Blasco Oliete M, Pérez Trullen A, Sanz Cuesta T, Clemente Jiménez ML, Cañas de Paz R, Herrero Labarga I. *Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario*. Aten Primaria. 2002;30(4):220-228.
121. González Lama J, Calvo Fernandez JR, Prats Leon P. *Estudio epidemiológico de comportamientos de riesgo en adolescentes escolarizados de dos poblaciones, semirrural y urbana*. Aten Primaria. 2002;30(4):214-219.
122. Pérula de Torres LA, Ruiz Mora R, Lora Cerezo N, Mengual Luque P, Rodríguez López FC, Espejo Espejo J. *Consumo de tabaco entre la población escolar. Factores relacionados*. Gac Sanit. 1998;12:249-253.

123. Nerín I, Crucelaegui A, Novella P, Ramon y Cajal P, Sobradie N, Gericó R. *Survey on the relationship between tobacco use and physical exercise among University student*. Arch Bronconeumologia. 2004;40(17):5-9.
124. Font Mayolas S, Grás M, Planes M, Sullman JM. *Experimentation and Stages of Acquisition for Tobacco Consumption in Spanish Adolescents*. The Open Adicción Journal. 2008;1:1-4.
125. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, et al (Equipo Octopus). *Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo*. Rev Esp Salud Pública. 1999;73:343-353.
126. Barrueco Ferrero M. *Joven y tabaco*. Prev del tabaquismo. 2003;5(4):199-200.
127. Domínguez Rojas V, Conde Herrera M, Regidor Poyatos E, Albaladejo Vicente R, García Rosado MV. *Alcohol y salud pública*. Piédrola 2008. En Piédrola Gil J. *Medicina preventiva y salud pública*. 11ª Ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008. p. 1107-1116.
128. Asociación Médica Mundial. *Declaración sobre alcohol y la Seguridad vial*. Colegio Oficial de Médicos de Córdoba. 2006:14-15.
129. Aranda J. *Una droga legal: el alcohol*. EducaSalud [Internet]. 2008. [Disponible en: www.educared.net]
130. Llambrich Aubá. *Adolescentes, alcohol y atención primaria*. Aten Primaria. 2005;36(6):297-305.
131. Sanchez Pardo L. *El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española*. Trastornos adictivos. 2002;4(1):12-19.
132. Orgaz MP, Segovia M, Lopez de Castro F, Tricio Armero L. *Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas*. Aten Primaria. 2005;36:279-302.
133. Farke W, Anderson P. *El consumo concentrado de alcohol en Europa*. Adicciones. 2007;19(4):333-340.
134. Fernandez-Crehuet Navajas J, Gómez Aracena J, Gómez García E. *Epidemiología y prevención de las drogodependencias*. Piédrola 2008. En: Piédrola Gil J. *Medicina preventiva y salud pública*. 11ª Ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008, p. 1117-1131.
135. Pérez Milena A, Redondo Olmedilla M, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. *Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano*. Aten Primaria. 2009.
136. Ortiz Molina S, Peña Torres D, Ortiz Molina S, Sánchez Espejo R. *Consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de Córdoba*. Enfermería clínica. 2003;13(4):202-207.

137. Pérez Milena A, Ramírez Segura EM, Jiménez Pulido et al. *Diferencias entre el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes*. Med Fam Andalucía. 2008;1:10-17.
138. López JR, Antolín N, Barceló MV, Pérez M, Ballesteros AM, García AL. *Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias*. Aten Primaria. 2001;27:159-165.
139. Pasch KE, Perry CL, Stigler MH, Komro KA. *Sith Grade students who use alcohol: Do we need primary prevention programs for "tweens"?*. Health Educ Behav. 2008;26.
140. *Alcohol, no... pero sí*. Editorial. Jano. 2007;1641:11.
141. Pérez Milena A, Leal Helmiling FJ, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. *Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997-2004)*. Aten Primaria. 2007;39(6):299-304.
142. Representación de la Unión Europea en España. *Eurobarómetro. Publicación del informe nacional*. [Internet]. Comisión Europea. 2007. [Disponible en: http://ec.europa.eu/spain/pdf/07.07.11_eurobarom_es.pdf]
143. Belenguer Carreras L. *Alcoholismo en adolescentes: influencia de los acontecimientos vividos en la infancia*. Aten Primaria. 2004;34:212-213.
144. Kovaks FM, Gestoso García M, Oliver-Frontera M, Gil del Real Calvo MT, López Sánchez J, Mufraggi Vecchierini N, Palou Sampol P. *La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2009*. Rev Esp Salud Pública. 2008;82(6):678-89.
145. Garmiene A, Zemaitiene N, Zaborskis A. *Family time, parental behavior model and the initiation of smoking and alcohol use by ten -year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania*. BMC Public Health. 2006;23(6):287.
146. Ramírez Serrano L, Musitu Ochoa G. *Relaciones entre los recursos y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes*. Revista Española de Drogodependencias. 2008;31(1):53-66.
147. Hanewinkel R, Sargent JD. *Longitudinal Study of exposure to entertainment media and alcohol use among German adolescents*. Pediatrics. 2009;123:989-995.
148. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. *Stages of progression in drug involvement From adolescence to adulthood: further evidence for the Gateway theory*. J Stud Alcohol. 1992;53:447-457.
149. Guxens M, Nebot m, Ariza C, Ochoa D. *Factores asociados al inicio del consumo de cannabis: una revisión sistemática de estudios de cohortes*. Gac Sanit. 2007;19(3):1-9.
150. Olivar Arroyo A, Carrero Berzal V. *Análisis de la intención conductual de consumir cannabis en adolescentes: desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada*. Trastornos adictivos 2007;9(3):184-205.

151. Fernandez S, Nebot M, Jané M. *Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis ¿Qué nos dicen los metanálisis?*. Rev. Esp. Salud Pública. 2002;76(3):175-187.
152. Barroso Espadero D. *Revisión sistemática sobre la efectividad de intervenciones breves en adolescentes consumidores de drogas, realizada según los distintos tipos de las mismas*. Evid Pediatr. 2008;4:23.
153. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior. *Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios*. [Internet]. [Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/docs/guia_nutricion_saludable.pdf]
154. Branca F. *La dieta mediterránea en Europa: ¿una dieta funcional?*. Nutr. Hosp. 2003;18(5):269-320.
155. Pinto Fontanillo JA, Carbajal Azcona A. *La dieta equilibrada, prudente o saludable*. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Madrid : Nutrición y Salud, 2006.
156. M., Villaplana. *Equilibrio alimentario en la infancia y la adolescencia*. Nutrición. 2007; 26(3):80-88.
157. Moreno LA, Gonzalez-Gross M, Marcos A et al. *Promocionado un estilo de vida saludable en los adolescentes europeos mediante el ejercicio y la nutrición: el proyecto HELENA*. Selección. 2007;16(1):13-17.
158. Ballesteros Arribas JM et al. *La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Rev Esp Salud Pública. 2007;81:443-449.
159. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategias par la nutrición, actividad física, prevención de la obesidad (NAOS)* [Internet]. 2005. [Disponible en: <http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AESA.jsp>]
160. Castilla Romero ML et al. *Consejo dietético en Atención Primaria*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía [Internet] 2005. [Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_173/consejo_dietetico.pdf]
161. Castell Cuixart M, Capdevila Prim C, Girbau Solá T, Rodriguez Caba C. *Estudio del comportamiento alimentario en escolares de 11 a 13 años de Barcelona*. Nutr. Hosp. 2006;21(6).
162. Fernandez Vergel R, Peñarrubia María MT, Rispau Falgás A, Espín Martínez A, Gonzalo Miguel L. *¿Seguimos realmente una dieta mediterránea?*. Aten Primaria.2006;37(3):148-153.

163. Serral Majem L, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Román Viñas B, Aranceta Bartrina J. *Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas*. Medicina clínica. 2003;121(4):126-131.
164. González J. *Comparación entre las preferencias alimentarias y el consumo alimentario de estudiantes universitarios*. 2002;XXII(42):15-19.
165. Fundación Española de la Nutrición. *Valoración de la dieta española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario*. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino [Internet]. 2008. [Disponible en: http://www.mapa.es/alimentacion/pags/consumo/dieta/valoracion_panel.pdf]
166. Durá Travé T. *Ingesta de leche y derivados lácteos en la población universitaria*. Nutr Hosp. 2008;23(2):89-94.
167. Gonzalez Gross M, Gómez Lorente JJ, Valtueña J, Ortiz JC, Mélendez A. *“La pirámide del estilo de vida saludable” para niños y adolescentes*. Nutr Hosp. 2008; 23(2):159-168.
168. Ministerio de agricultura, pesca y alimentación. *La alimentación en España* [Internet]. 2006. [Disponible en: <http://www.mapa.es/alimentacion/pags/consumo/2006/panel-06.pdf>]
169. Díez Gañan L, Galán Labaca I, León Domínguez CM, et al. *Ingesta de alimentos, energía y nutrientes en la población de 5 a 12 años de la comunidad de Madrid: Resultados de la encuesta de nutrición infantil 2001-2002*. Rev Esp Salud Pública. 2007;81:543-545.
170. Rufino PM, Muñoz P, Gómez E. *Patrones de alimentación en los adolescentes de Cantabria. Comparación con las recomendaciones para la población española*. Gac Sanitaria. 1999;13:449-445.
171. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases*. World Health Organization [Internet]. Ginebra. 2003. [Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf]
172. Poveda M. *La mala alimentación se dispara en la adolescencia*. Am J Prev Med. 2007;32 (2).
173. Sanchez A, Norman GJ, Sallis JF et al. *Patterns and correlates of physical activity and nutrition behaviors in adolescents*. Am J Prev Med. 2007;32(2):147-150.
174. Instituto Europeo de la Alimentación Mediterránea. *Encuesta Nutricional en Andalucía* [Internet]. Madrid. Sigma Dos. 2008. [Disponible en: <http://www.iamed.net/iamed/servlet/FrontController?action=RecordContent&table=2&element=3938>]
175. Tojo Sierra R. *Consumo de zumos de frutas y de bebidas refrescantes por niños y adolescentes en España. Implicaciones para la Salud de su mal uso y abuso*. An Pediatr. 2003; 58 (3):584-93.
176. Carbajal Azcona A, Pinto Fontanillo JA. *El desayuno saludable*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2006.

177. Herrero Lozano R, Fillat Ballesteros JC. *Estudio sobre el desayuno y el rendimiento escolar en un grupo de adolescentes*. Nutr Hosp. 2006; 21 (3):346-352.
178. Unicef. *ESRC Seminar Series Mapping the public policy landscape: Well-being for children and young people* [Internet]. Ginebra. 2007. [Disponible en: http://www.esrcsocietytoday.ac.uk/ESRCInfoCentre/Images/Well-being%20for%20children%20and%20young%20people_tcm6-20408.pdf]
179. Hernán M, Fernández A, Ramos M. *La salud de los jóvenes*. Gac Sanit. 2004;18:47-55.
180. Durá Travé T, Gúrpide Ayarra N. *Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales*. Aten Primaria. 2001; 27:244-249.
181. Ojembarrena Martínez E24. Ojembarrena Martínez E, Fernández de Pinedo Montoya R, Gorostiza Garay E, LaFuente Mesanza P, Lizarraga Azparren MA. *Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosanitarios asociados*. Ana Esp de Pediatr. 2002;56:416-424.
182. Pérez de Milena A, Pérez R, Martínez Fernández ML, Leal Helmling FJ, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I. *Contacto y consumo de tóxico entre adolescentes: relación con función familiar y malestar psíquico [resumen]*. Aten Primaria 2001;28 (supl 1):154.
183. García Campayo J. *La importancia de la familia en la aparición de enfermedad psiquiátrica en los adolescentes*. Aten Primaria. 2007;39(2): 61-67.
184. Martínez González AE, Inglés Saura CJ, Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V. *Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar*. Electronic Journal of Research in Educational Psychology [Internet]. 2010; 8(1):111-139. [Disponible en: http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/20/espanol/Art_20_372.pdf]
185. Argemí Renom J. *Nuevas patologías en pediatría social: Ciberpatología pediátrica*. An Esp Pediatr. 2005;52 (supl 5): 286-9.
186. Castells M. *“Los movimientos sociales en Internet”* [Internet]. Barcelona. 2002. [Disponible en: http://www.uoc.edu/web/cat/articles/castells/m_castells8.htm]
187. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukhopadhyay T, Scherlis W. *Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being?* American Psychologist. 1998;9(53):1017-1031.
188. Gil A, Feliu J, Rivero I y Gil E. *¿Nuevas tecnologías de la información y la comunicación o nuevas tecnologías de relación? Niños, jóvenes y cultura digital*. [Disponible en: <http://www.uoc.edu/dt/20347/index.html>] 2003.
189. Eric Landhuis C, Poulton R, Welch D, John Hancox R. *¿Provoca ver la televisión durante la infancia problemas de atención en la adolescencia? Resultado de un estudio prospectivo longitudinal*. Pediatrics (Ed Esp). 2007;64 (3):141-145.

190. Hernán García M, Cabrera León A, Alaminos Romero FJ, Ruiz Benítez B, et al. *Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Tecnologías de la información y la comunicación*. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Junta de Andalucía [Internet]. Granada. 2006. [Disponible en: www.Juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia].
191. Naval C, Sábada Ch, Bringué X. *Impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en las relaciones Sociales de los Jóvenes Navarros*. Gobierno de Navarra. 2003.
192. Observatorio de la Juventud en España. Servicio de Documentación y Estudios. *SONDEO DE OPINIÓN Y SITUACIÓN DE LA GENTE JOVEN (2ª encuesta de 2007) Uso de TIC, Ocio y tiempo libre, Información*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007.
193. Bercedo Sanz A, Redondo Figuro C, Pelayo Alonso R, Gómez del Rio Z, Hernández Herrero M, Cadenas González N. *Consumo de los medios de comunicación en la adolescencia*. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63(6):516-25.
194. Barbancho Cisneros FJ, Prieto Moreno J, Tirado Altamirano F et al. *Efectos de la televisión sobre la actividad física y el rendimiento escolar en niñas adolescentes*. *Cultura de los cuidados*. 2005;IX(17):88-93.
195. Durá Travé T, Mauleón Rosquil C, Gúrpide Ayara. *La televisión y los adolescentes*. *Aten Primaria*. 2002;30:171-175.
196. Ras Vidal E, Briones Carcedo O. *Un enemigo en casa: la televisión*. *Aten Primaria*. 2009; 34: 506-507.
197. Davis CG. et al. *Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms*. *Addictive Behaviors*. 2009.
198. Galbe Sánchez-Ventura J (Grupo PrevInfad). *Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas*. SemFyC. 2003.



X. Anexos

Anexo 1: Permisos de la Delegación de Salud y de la Delegación de Educación.

ANEXO I



Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

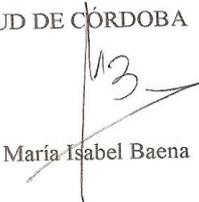
Destinatarios:
UNIDAD DOCENTE MFyC CÓRDOBA
SERVICIO MEDICINA INTERNA HURS CÓRDOBA

Fecha: 15/03/2006.
Referencia:
Asunto: Encuesta escolares.

La Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, y el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, se han puesto en contacto con esta Delegación Provincial de Salud (Córdoba), para solicitar nuestra conformidad en la realización de una encuesta a escolares (alumnos de 6º Primaria y 2º ESO), de varios colegios o institutos de la provincia de Córdoba (incluida la capital), elegidos al azar, con la finalidad de investigar los hábitos y estilos de vida relacionados con la salud en los adolescentes.

En relación con la mencionada encuesta, por parte de esta Delegación Provincial, no existe inconveniente alguno, autorizando la realización de dicho estudio por el alto interés que este presenta, al enmarcarse entre los objetivos de la provincialización del III Plan Andaluz de Salud.

LA DELEGADA PROVINCIAL DE SALUD DE CÓRDOBA


María Isabel Baena

Delegación Provincial de Córdoba
Avda. República Argentina, 34
14071 CÓRDOBA
Teléfono: 957 015400
Fax: 957 015488

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
Delegación Provincial
Córdoba

C A L I D A	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
	17 MAR 2006
	Registro General Delegación Provincial 3

9335
Córdoba

SR/A. DIRECTOR /A

Fecha: 16 - 3 - 2006
Su referencia:
Nuestra referencia: 06/2 DCP.
Asunto: Encuesta escolares

La Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba tiene prevista la realización de una encuesta dirigida al alumnado de 2º curso del tercer ciclo de E. Primaria y de 2º curso de Educación Secundaria Obligatoria, en una muestra aleatoria compuesta por varios centros de la provincia de Córdoba, entre los que se encuentra el centro que usted dirige, con la finalidad de conocer los hábitos y estilos de vida relacionados con la salud de los adolescentes.

Ruego facilite, en la medida de sus posibilidades, la realización de la mencionada encuesta.

Atentamente:

El Jefe de Servicio de Ordenación Educativa



Fdo: Rafael Ruiz Serrano

Anexo 2: Listado de colegios utilizados.

Nº	Centro	Carácter	Localización	Número de alumnos (Clases)	Número de encuestas	Código
1	Alonso de Aguilar	Público	Provincia (Aguilar de la Frontera)	54 (2)	51	1/PRI/PUB/PRO/Nº
2	Guillermo Romero Fernández	Público	Provincia (Alameda del Obispo)	27 (1)	24	2/PRI/PUB/PRO/Nº
3	Profesor Tierno Galván	Público	Provincia (Arrecife)	22 (1)	21	3/PRI/PUB/PRO/N
4	Juan Díaz del Moral	Público	Provincia (Bujalance)	32 (1)	29	4/PRI/PUB/PRO/Nº
5	Ramón Hernández Martínez	Público	Provincia (Cañete de las Torres)	37 (1)	34	5/PRI/PUB/PRO/Nº
6	Ramón y Cajal	Público	Provincia (El Carpio)	35 (2)	28	6/PRI/PUB/PRO/Nº
7	Santa Bárbara	Público	Provincia (Cerro Muriano)	22 (1)	15	7/PRI/PUB/PRO/Nº
8	Nuestra Señora de Loreto	Público	Provincia (Dos Torres)	33 (2)	31	8/PRI/PUB/PRO/Nº
9	Nuestra Señora del Rosario	Público	Provincia (Luque)	38 (2)	36	9/PRI/PUB/PRO/Nº
10	Miguel de Cervantes	Público	Provincia (Montemayor)	48 (2)	47	10/PRI/PU/PRO/Nº
11	Torre del Castillo	Público	Provincia (Monturque)	21 (1)	18	11/PRI/PUB / PRO/Nº
12	Eladio León	Público	Provincia (Peñarroya-Pueblonuevo)	32 (2)	30	12/PRI/PUB / PRO/Nº
13	Urbano Palma	Público	Provincia (Santaella)	51 (2)	49	13/PRI/PUB / PRO/Nº
14	Teresa Comino	Público	Provincia (Villafranca de Córdoba)	48 (2)	45	14/PRI/PUB / PRO/Nº

15	La Inmaculada	Público	Provincia (El viso)	27 (1)	27	15/PRI/PUB / PRO/Nº
16	Rodríguez Vega	Público	Provincia (Almedinilla)	34 (1)	32	16/PRI/PUB / PRO/Nº
17	Sagrada Familia	Concerta do	Provincia (Baena)	56 (2)	55	1/PRI/CON / PRO/Nº
18	San José	Concerta do	Provincia (Cabra)	27 (1)	27	2/PRI/CON / PRO/Nº
19	Al-Ándalus	Público	Capital	50 (2)	47	1/PRI/PUB/ CAP/Nº
20	Averroes	Público	Capital	50 (2)	45	2/PRI/PUB/ CAP/Nº
21	Europa	Público	Capital	48 (2)	47	3/PRI/PUB/ CAP/Nº
22	Miralbaida	Público	Capital	47 (2)	43	4/PRI/PUB/ CAP/Nº
23	San Juan de la Cruz	Público	Capital	50 (2)	44	5/PRI/PUB/ CAP/Nº
24	Cervantes	Concerta do	Capital	92 (3)	80	1/PRI/CON/ CAP/Nº
25	Almanzor	Concerta do	Capital	29 (1)	25	2/PRI/CON/ CAP/Nº
26	Ferroviano	Concerta do	Capital	28 (1)	25	3/PRI/CON/ CAP/Nº
27	Sagrada Familia	Concerta do	Capital	50 (2)	51	4/PRI/CON/ CAP/Nº

ENCUESTA SOBRE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD

- Este cuestionario tiene como finalidad conocer cuáles son tus **costumbres en relación con la salud**.
- No escribas tu nombre, ya que el cuestionario es **anónimo**.
- Es muy importante que contestes a las preguntas con **sinceridad**.
- Hay preguntas por las **dos caras de los folios**.
- Si hay alguna **pregunta que no entiendas bien**, no dudes en pedirnos que te la expliquemos (levantando la mano para que vayamos hasta tu sitio).
- Sigue las **indicaciones** de las preguntas y las respuestas.
 - Hay dos tipos de preguntas:
 1. Para que respondas **escribiendo sobre una línea continua**.
 2. Con varias respuestas para que **señales una sola casilla con una X** (salvo que la pregunta te especifique que puedes tachar varias).
 - A veces, al elegir ciertas respuestas se te indica que pases directamente a otra pregunta (sigue el cuestionario desde ese número).
 - Algunas preguntas y respuestas tienen ejemplos para que las entiendas mejor (generalmente entre paréntesis), fíjate bien y lee el texto entero.
- Te damos las **gracias** de antemano por tu colaboración.

-
- Para empezar, vamos a hacerte algunas preguntas básicas sobre ti y tu familia:
-

1. ¿En qué país naciste? _____.

2. ¿Cuántos años tienes? _____ años.

3. ¿Cuál es tu sexo?

Chico.

Chica.

4. ¿En qué curso estás?

6º de Primaria.

5. ¿En qué trabaja tu padre?

Por favor, escribe exactamente lo que hace. Por ejemplo, mecánico de coches, camionero, peón albañil, dueño de una panadería, empleado de taller o fábrica, dentista, bombero, fontanero...

En caso de estar en el paro o jubilado, escribe el trabajo que habitualmente realizaba.

Marca una de las casillas de abajo si no puedes escribir una respuesta sobre la línea.

No lo sé.

No tengo padre.

Nunca ha trabajado.

6. ¿En qué trabaja tu madre?

Por favor, escribe exactamente lo que hace. Por ejemplo: ama de casa, administrativa, enfermera, limpiadora, camarera, abogada, médica...

En caso de estar en el paro o jubilada, escribe el trabajo que habitualmente realizaba.

Marca una de las casillas de abajo si no puedes escribir una respuesta sobre la línea.

- No lo sé.
- No tengo madre.
- Nunca ha trabajado.

• A continuación, vamos a tratar el tema de la higiene y el descanso.

7. ¿Con qué frecuencia te sueles lavar las manos antes de comer?

- Siempre.
- A veces.
- Nunca.

8. ¿Con qué frecuencia te duchas o bañas?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Una vez a la semana o menos.

9. ¿Con qué frecuencia te sueles cepillar los dientes?

- Cuatro o más veces al día.
- Tres veces al día.
- Dos veces al día.
- Una vez al día.
- Alguna vez a la semana.
- De vez en cuando.
- Nunca.

10. ¿A qué hora te levantas normalmente los días de colegio o instituto?

A las _____ de la mañana.

11. ¿A qué hora te sueles ir a la cama a dormir si tienes que levantarte al día siguiente para ir al colegio o instituto?

A las _____ de la noche.

• Seguimos con preguntas sobre el deporte y el ejercicio físico.

12. ¿Cómo crees que estás de forma física?

Estoy en buena forma física.

Estoy regular de forma física.

No me encuentro en buena forma física.

13. Fuera del colegio o instituto, ¿en qué actividades en las que realices ejercicio físico participas normalmente? Puedes señalar más de una casilla.

Deportes de pelota (fútbol o futbito, baloncesto, balonmano o voleibol).

Carreras, atletismo, gimnasia, o jugar al escondite.

Montar en bicicleta, ciclismo.

Nadar.

Artes marciales.

Tenis.

Bailar.

Montañismo (escalar montañas), o senderismo (andar por el campo).

Otras (escríbelas): _____.

14. Fuera del colegio o instituto, ¿con qué frecuencia realizas actividades físicas (como por ejemplo, las de la pregunta anterior)?

Todos los días.

Varias veces a la semana.

Alguna vez a la semana.

Alguna vez al mes.

Rara vez.

Nunca.

15. Fuera del colegio o instituto, ¿cuántas veces sueles hacer ejercicio en tu tiempo libre, hasta el punto de cansarte y sudar?

Todos los días.

Varias veces a la semana.

Alguna vez a la semana.

Alguna vez al mes.

Rara vez.

Nunca.

16. ¿Crees que practicarás algún deporte cuando tengas más o menos 20 años?

Seguro que sí.

Probablemente sí.

Probablemente no.

Seguro que no.

No sé.

17. Abajo tienes una lista de personas que tú conoces, ¿practica alguna de ellas algún deporte en su tiempo libre?

	Cada semana	De vez en cuando	Nunca	No sé	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>				
Padre	<input type="checkbox"/>				
Hermano/a	<input type="checkbox"/>				
Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>				
Tutor/a de clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Ahora te preguntaremos sobre el consumo de sustancias.

18. ¿Has probado, aunque sólo haya sido una vez, alguna de estas sustancias?

	Sí	No	No sé lo que es
Tabaco ("cigarrillos", "puros" ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol (cerveza, vino, "cubatas", "chupitos", "cubalitos" ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis ("porro", "marihuana", "maría", "canuto", "peta", "hierba", "hachís" ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes ("medicinas para los nervios", "pastillas para dormir" ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína ("caballo" ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína ("coca", "rayas", "basuko" ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas ("anfetas", "speed" ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD ("ácido", "tripi")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De síntesis ("de diseño", "pastis", "pirulas", "éxtasis" ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿De todas estas sustancias, cuáles consideras que son drogas?

	Es droga	No es droga	No sé lo que es
Tabaco ("cigarrillos", "puros"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol (cerveza, vino, "cubatas", "chupitos", "cubalitos"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis ("porro", "marihuana", "maría", "canuto", "peta", "hierba", "hachís"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes ("medicinas para los nervios", "pastillas para dormir"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína ("caballo"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína ("coca", "rayas", "basuko"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas ("anfetás", "speed"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD ("ácido", "tripi")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De síntesis ("de diseño", "pastis", "pirulas", "éxtasis"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. De la lista que verás a continuación, señala de quién o quiénes has recibido información sobre las drogas.

	Sí	No
Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesores del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medios de comunicación (televisión, radio, revistas, prensa...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadie me ha informado	<input type="checkbox"/>	

21. ¿Fumas tabaco, aunque sólo sea de vez en cuando?

Sí.

No (pasa a la pregunta 25).

22. ¿A qué edad te fumaste el primer cigarrillo?

A los _____ años.

23. ¿Con qué frecuencia fumas actualmente?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana, pero no cada día.
- Los fines de semana.
- Alguna vez al mes, o rara vez.

24. Indica la razón fundamental por la que has fumado o fumas (marca sólo una casilla).

- Por diversión.
- Porque me hace sentir mejor y más seguro.
- Porque mis amigos también fuman.
- Porque los adultos que conozco también fuman.
- Porque me tranquiliza.
- Por curiosidad.
- Porque quiero.
- No lo sé.

25. Abajo tienes una lista de personas que tú conoces. Por favor, señala con una **X** las que sepas que fuman actualmente.

	Sí	No	No sé	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a de la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

26. ¿Piensas que el tabaco produce daño en el cuerpo humano?

Sí.

No (pasa a la pregunta 28).

27. De la siguiente lista, señala con una **X** las partes u órganos del cuerpo que creas que se ven dañadas por el consumo de tabaco (puedes contestar más de una casilla).

La boca.

Los pulmones.

Los oídos.

El cerebro.

El hígado.

El esófago.

Los riñones.

La vejiga urinaria.

El corazón.

La circulación de la sangre.

El feto dentro del vientre de la madre.

Otras (escríbelas): _____.

28. ¿Tomas alguna vez bebidas alcohólicas?

Sí.

No (pasa a la pregunta 34).

29. ¿A qué edad probaste el alcohol por primera vez?

A los _____ años

30. ¿Has bebido alguna vez alcohol hasta llegar a emborracharte?

- Sí, una vez.
- Sí, varias veces.
- Sí, muchas veces.
- No, nunca (pasa a la pregunta 32).

31. ¿Qué edad tenías cuando te emborrachaste la primera vez?

A los _____ años.

32. ¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas, aunque sólo sea una pequeña cantidad?

	Todos los días	Varias veces a la semana	Los fines de semana	Al menos una vez al mes	Rara vez o nunca
Cerveza	<input type="checkbox"/>				
Vino	<input type="checkbox"/>				
Licores (coñac, anís, ginebra, whisky, tequila...)	<input type="checkbox"/>				
Combinados ("cuba-libres" o "cubatas", "chupitos", "cubalitos" ...)	<input type="checkbox"/>				

33. Indica la razón fundamental por la que has bebido o bebes alcohol (marca sólo una casilla).

- Por diversión.
- Porque me hace sentir mejor y más seguro.
- Porque mis amigos también beben.
- Porque los adultos que conozco también beben.
- Por ser más sociable y gracioso ("coger el puntillo").
- Por curiosidad.
- Porque quiero.
- No lo sé.

34. Abajo tienes una lista de personas que tú conoces. Por favor, señala la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de cada uno.

	Todos los días	De vez en cuando	Nunca	No sé	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>				
Padre	<input type="checkbox"/>				
Hermano/a mayor	<input type="checkbox"/>				
Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>				
Tutor/a de la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

35. ¿Piensas que el alcohol produce daño en el cuerpo humano?

Sí.

No (pasa a la pregunta 37).

36. De la siguiente lista, señala con una **X** las partes u órganos del cuerpo que creas que se ven dañadas por el consumo de alcohol (puedes contestar más de una casilla).

La boca.

Los pulmones.

Los oídos.

El cerebro.

El hígado.

El esófago.

Los riñones.

La vejiga urinaria.

El corazón.

La circulación de la sangre.

El feto dentro del vientre de la madre.

Otras (escríbelas): _____.

- Pasamos a unas preguntas sobre tu alimentación.

37. ¿Con qué frecuencia tomas los siguientes alimentos o bebidas?

<u>ALIMENTACIÓN</u>	Más de una vez al día	Una vez al día	Alguna vez a la semana	Rara vez	Nunca	No sé
Chocolate	<input type="checkbox"/>					
Bebidas con gas (refrescos como coca-cola, pepsi, fanta, seven-up...)	<input type="checkbox"/>					
Zumos (naranja, piña, melocotón, tomate...)	<input type="checkbox"/>					
Dulces o pasteles (tartas, bollería, donuts...)	<input type="checkbox"/>					
Golosinas (“chuches”)	<input type="checkbox"/>					
Bolsas de fritos (patatas fritas, cortezas, gusanitos...)	<input type="checkbox"/>					
Frutos secos (avellanas, almendras, cacahuetes, quicos...)	<input type="checkbox"/>					
Fruta (naranjas, manzanas, peras...)	<input type="checkbox"/>					
Verduras y hortalizas (coliflor, brécol, alcachofa, espinaca, acelgas, lechuga, cebolla, pimiento, tomate, patata...)	<input type="checkbox"/>					
Legumbres (garbanzos, lentejas, habichuelas, alubias, judías, guisantes...)	<input type="checkbox"/>					
Cereales (arroz, avena, cebada, centeno, maíz, mijo, trigo...)	<input type="checkbox"/>					
Leche	<input type="checkbox"/>					
Queso	<input type="checkbox"/>					
Yogur	<input type="checkbox"/>					
Helados	<input type="checkbox"/>					
Café o té	<input type="checkbox"/>					
Hamburguesas o perritos	<input type="checkbox"/>					
Pasta (pizza, lasaña y espagueti)	<input type="checkbox"/>					
Pan de molde (sándwiches)	<input type="checkbox"/>					
Pan blanco (normal)	<input type="checkbox"/>					

ALIMENTACIÓN (continuación)	Más de una vez al día	Una vez al día	Alguna vez a la semana	Rara vez	Nunca	No sé
Pan integral (dietético)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes rojas (ternera, cerdo, cordero...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes de ave (pollo, gallina, pato...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado azul (sardinas, salmón, caballa, atún, pez espada, besugo, bonito, boquerones...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado blanco (bacalao, merluza, lenguado, japuta, rape...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos (fritos o duros, tortilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos (chorizo, morcilla, salchichón, jamón york, mortadela...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de girasol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. ¿Sueles desayunar los días de colegio o instituto?

Sí.

No (pasa a la pregunta 40).

39. ¿Con qué frecuencia sueles desayunar los siguientes alimentos o bebidas?

DESAYUNO	Todos los días	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Rara vez	Nunca
Leche (sola o con cacao)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumo de frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galletas o magdalenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastelitos, dulces, tortas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tostada de pan con mantequilla o margarina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tostada de pan con aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales (Kellogg's, Nestlé, Choco Krispies...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bocadillo con embutidos (chorizo, morcilla, salchichón, jamón york, mortadela...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Churros (jeringos o porras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. ¿Sueles comer alguna cosa (sin tener en cuenta las “chuches”), durante el recreo del colegio o instituto?

Sí, siempre

Algunas veces.

Nunca.

• Continuamos con algunas preguntas sobre tu salud.

41. ¿Cómo crees que estás de salud?

Muy sano.

Bastante sano.

Regular de sano.

Poco sano.

Nada sano.

42. ¿Con qué frecuencia te sientes cansado cuando vas al colegio o instituto por las mañanas?

Siempre.

Varias veces a la semana.

Alguna vez a la semana.

Rara vez o nunca.

43. De las siguientes molestias o problemas de salud que una persona puede sufrir, ¿marca cuáles presentas y con qué frecuencia te ocurren?

	Todos los días	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Rara vez o nunca
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar mareado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de piernas o de brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para ver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Si durante el último mes te ha ocurrido algún accidente por el que te haya tenido que atender un médico, señala con una X lo que te pasó y dónde. Puedes señalar más de un casilla por cada tipo de accidente.

	CASA	COLEGIO O INSTITUTO	CALLE	NO ME HA PASADO
Hueso roto (fractura de hueso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torcedura o esguince (por ejemplo: doblarse el tobillo, rodilla, muñeca, dedo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golpe en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herida que necesitó de puntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordedura o arañazo de algún animal (por ejemplo, perro o gato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Durante el último mes, ¿has tenido que ir al médico por algún problema de salud (por ejemplo, por alguna molestia indicada en las preguntas anteriores)?

Sí.

No.

46. Durante el mes pasado, ¿has tomado medicinas (pastillas, jarabes, inyecciones, supositorios...), para algo de lo siguiente?

	Sí	No
Medicinas para un resfriado o gripe (mocos, tos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para una infección (antibióticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para una diarrea o vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para la fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas contra el cansancio (como vitaminas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para aumentar las ganas de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para poder dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para otros problemas distintos a los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Para terminar, las últimas preguntas serán sobre tus sentimientos, entorno y amistades.

47. En general, ¿cómo te sientes en tu vida actualmente?

Soy feliz.

Medianamente feliz.

Poco feliz.

Nada feliz.

48. ¿Te gusta ir al colegio o instituto?

Sí.

No.

49. En tu opinión, ¿qué crees que piensan tus profesores de tu rendimiento escolar, es decir, qué crees que tus profesores piensan de ti como estudiante?

Bueno.

Regular.

Malo.

No lo sé.

50. ¿Qué tal te resulta hablar o comunicarte con las siguientes personas sobre los temas que te preocupan?

	Fácil	Difícil	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a de clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

51. ¿Con qué facilidad haces nuevos amigos?

Me resulta fácil hacer amigos.

Me resulta difícil hacer amigos.

52. ¿Con qué frecuencia sueles estar con tus amigos, después de salir del colegio o instituto?

Todos los días.

Varias veces a la semana.

Al menos una vez a la semana.

Rara vez o nunca.

No tengo amigos.

53. En este momento, ¿tienes algún amigo/a íntimo (tu mejor amigo/a)?

Sí.

No.

54. Actualmente, ¿estás saliendo con alguien (novio/a, pareja)?

Sí.

No.

55. ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a?

Siempre.

Bastantes veces.

Algunas veces.

Rara vez o nunca.

56. En un día normal de colegio o instituto, ¿cuántas horas sueles pasar con los siguientes entretenimientos?

	Más de 4 horas al día	De 3 a 4 horas al día	De 1 a 2 horas al día	Menos de 1 hora al día	Alguna vez a la semana	Rara vez o nunca	No tengo
Televisión o vídeo	<input type="checkbox"/>						
Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>						
Ordenador	<input type="checkbox"/>						
Móvil	<input type="checkbox"/>						
Libros	<input type="checkbox"/>						

57. En un día de descanso (sin colegio o instituto), ¿cuántas horas sueles pasar con los siguientes entretenimientos?

	Más de 4 horas al día	De 3 a 4 horas al día	De 1 a 2 horas al día	Menos de 1 hora al día	Rara vez o nunca	No tengo
Televisión o vídeo	<input type="checkbox"/>					
Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>					
Ordenador	<input type="checkbox"/>					
Móvil	<input type="checkbox"/>					
Libros	<input type="checkbox"/>					

YA HAS TERMINADO LA ENCUESTA, POR FAVOR, ENTRÉGASELA A LA PERSONA ENCARGADA DE RECOGERLA.

¡¡GRACIAS POR TU AYUDA!!!

Anexo 4: Clasificación de la clase social basada en la ocupación para el análisis y presentación de resultados (Domingo y Marcos).

Categoría original		Ocupación
I		Directivos de la administración y empresas de 10 o más asalariados. Altos funcionarios. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
II		Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Otros técnicos. Artistas y deportistas.
III	IIIa	Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Personal de los servicios de protección y seguridad.
	IIIb	Trabajadores por cuenta propia.
	IIIc	Supervisores de trabajadores manuales.
IV	IVa	Trabajadores manuales cualificados de la industria, comercio y servicios.
	IVb	Trabajadores manuales semicualificados de la industria, comercio y servicios.
V		Trabajadores no cualificados.
VI		Miembros del clero y fuerzas armadas. Mal especificado. No consta. Amas de casa.