



Universidad de Valladolid



PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL:

**ANALISIS DEL IMPACTO EN LA SALUD DEL PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA
“EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA”**

Presentada por Laura Pérez Rubio para optar al
grado de Doctor/a por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:

Verónica Casado Vicente

Maria Rosario Bachiller Luque

José Manuel Marugán de Miguelsanz

“La educación es el alma de la sociedad.

Sin ella estaría perdida.”

A Lorenzo Arribas Mir, su luz sigue brillando.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a la Universidad de Valladolid por brindarme la oportunidad de realizarme en la faceta de la investigación.

Gracias al Hospital Universitario Río Hortega y al Centro de salud de Parquesol, por formarme como la médico de Familia que soy hoy en día.

A todo el equipo del Centro de Salud de Parquesol, su calor y acogimiento lo convierten en un hogar.

Gracias a mis directores Chari y Verónica y tutor y director, Manolo, por confiar en mí desde el principio y apoyarme en todo momento haciendo posible la realización de este trabajo. Gracias por vuestras paciencia y fuerza transmitidas.

Gracias Verónica, por tu perseverancia y optimismo. Gracias por contagiarme tu ilusión y tesón tanto en la investigación como en la práctica diaria para dar siempre lo mejor a nuestros pacientes y a la comunidad.

A Concha Fernandez y Milagros Ruiz por su incansable e inestimable trabajo con los alumnos de Parquesol y con los residentes que colaboramos en las charlas y talleres. Resolvieron con paciencia todas mis dudas antes de embarcarme en este proyecto.

Igualmente quiero transmitir mi agradecimiento a los Institutos por su colaboración y a todos los alumnos que participaron tanto en las charlas como en los cuestionarios para hacer posible este estudio.

Gracias a mis padres, que me guiaron para ser lo que soy, aunque eso les supusiera perder tanto tiempo a mi lado como horas de estudio y trabajo.

A Alberto, por apoyarme incondicionalmente, por ser mi combustible inagotable y estar siempre en los momentos más difíciles.

También agradecer a mi familia política, que me aunaron a sus vidas sin condiciones y sin dudar, brindándome todo su apoyo.

ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	7
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).....	7
ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD COMUNITARIA.....	9
EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL.....	15
MODELOS DE EDUCACIÓN SEXUAL.....	16
• MODELO DE RIESGOS.....	16
• MODELO MORAL.....	16
• MODELO REVOLUCIONARIO	17
• MODELO BIOGRÁFICO-PROFESIONAL.....	18
PEDAGOGÍA CONSTRUCTIVISTA.....	19
LA ADOLESCENCIA.....	20
CARACTERÍSTICAS DE SALUD DEL ADOLESCENTE	22
• MORBIMORTALIDAD	22
• PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA.....	23
• CONDUCTAS DE RIESGO	23
Consumo de alcohol.....	23
Consumo de tabaco, marihuana y otras drogas	24
Relaciones sexuales de riesgo	24
PROGRAMAS DE INTERVENCION EN LA ADOLESCENCIA	25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	28
CUESTIONARIO CHILD HEALTH AND ILLNESS PROLIFE ADOLESCENT EDITION (CHIP-AE)	32
OBJETIVOS DEL PROYECTO E HIPÓTESIS	38
MATERIAL Y MÉTODOS	40
Diseño.....	40
Muestra y criterios de inclusión	40
Programa de intervención.....	41
Instrumento de medida y variables	43
Análisis estadístico (metodología estadística)	45
RESULTADOS	48

Descriptiva de la muestra total.....	48
Descriptiva de la muestra sin intervención (GB y GC).....	48
• 2.- Sección A: Estructura familiar.....	49
• 2.1.- Sobre la madre.....	49
• 2.2.- Sobre el padre.....	50
• 2.3.- Sobre la situación económica.....	50
• 3.- Sección B.....	51
• 4.- Sección C.....	52
• 5.- Sección D.....	56
• 6.- Sección E.....	56
• 7.- Sección F.....	61
• 8.- Sección G.....	63
Análisis de la intervención (GI vs Gc y GI vs Gb).....	66
• 1.- Descriptiva de la muestra total.....	66
• 2.- Diferencias por razón de sexo.....	67
• 3.- Comparación entre grupos: GI vs GC.....	69
• 4.- Comparación entre grupos: GI vs GB.....	70
DISCUSIÓN.....	75
POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	75
IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN.....	75
APLICACIÓN PRACTICA Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	77
LIMITACIONES AL ESTUDIO.....	77
CONCLUSIONES.....	80
ASPECTOS ÉTICOS Y CONFLICTOS DE INTERÉS.....	82
BIBLIOGRAFÍA.....	84
TABLAS DE LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	97
ANEXOS.....	155
ANEXO 1. Informe Comité de Ética.....	155
ANEXO 2. Programa de intervención “Educación para la salud en la adolescencia”.....	158
ANEXO 3. Cuestionario CHIP-AE.....	212
ANEXO 4. Manual CHIP-AE.....	244
ANEXO 5. Principal artículo de la tesis.....	290
ANEXO 6. TGF Perspectiva de género en el perfil de salud de los adolescentes.....	297

RESUMEN

Análisis del impacto en la salud del programa de intervención comunitaria
“Educación para la salud en la adolescencia”

RESUMEN

Introducción: los hábitos y estilos de vida adquiridos durante la adolescencia frecuentemente perduran en la edad adulta con las consecuentes implicaciones en la salud del individuo. Este proyecto tiene la intención de demostrar la importancia de intervenciones de educación en hábitos de vida saludable en adolescentes e incrementar la promoción de la salud en los centros educativos.

Objetivo: medir el impacto del proyecto de salud comunitario “Educación para la salud en la adolescencia” sobre el perfil de salud de los adolescentes llevado a cabo en el barrio de Parquesol, en Valladolid durante los años 2015 a 2019.

Material y métodos: ensayo comunitario de intervención, analítico cuasi experimental pre y postest en los alumnos del IES Parquesol y del IES Julián Marías de Parquesol (Valladolid) que recibieron la intervención del programa de “Educación para la salud en la adolescencia”. El estudio contó con un grupo control (Instituto IES José Jiménez Lozano), en el que no se realizó intervención. Se recogieron 407 encuestas de adolescentes. Se utilizó el test CHIP-AE validado para España.

Resultados: Se encontraron mejoras sólo en el grupo de intervención (GI) femenino frente al grupo control (GC) en las variables resistencia (3,68 vs 3,41, $p < 0,01$), salud y seguridad en el hogar (4,30 vs 4,00, $p < 0,01$), actividades físicas (3,16 vs 2,60, $p < 0,01$) y autoestima (3,17 vs 2,79, $p < 0,05$).

Conclusiones: La intervención comunitaria realizada mejora el perfil de salud de los adolescentes. La percepción basal de la salud presenta diferencias por géneros, con mayor puntuación en hombres. La mejoría post intervención es sustancial en las mujeres en Resistencia, Actividades físicas y Salud y seguridad en el hogar. Además, se corrige en la variable Autoestima el empeoramiento debido al paso de los años descrito en estudios previos.

ABSTRACT

Introduction: the habits and lifestyles acquired during adolescence frequently persist into adulthood with the consequent impact on the individual's health. This try to prove the importance of education intervention in healthy lifestyle habits in adolescents and increase the promotion of health in educational centers.

Objective: to measure the impact of the community health project "Education for health in adolescence" on the health profile of adolescents carried out in the Parquesol neighborhood, in Valladolid during the years 2015 to 2019.

Material and methods: community intervention trial, analytical quasi-experimental pre and post-test in students of IES Parquesol and IES Julián Marías de Parquesol (Valladolid) who received the intervention of the "Education for health in adolescence" program. The study had a control group (IES José Jiménez Lozano Institute), in which no intervention was carried out. 407 adolescent surveys were collected. The validated CHIP-AE test for Spain was translated.

Results: Improvements were found in the female intervention group (IG) compared to the CG in the variables Resistance (3.68 vs 3.41, $p<0.01$), Health and safety at home (4.30 vs 4 .00, $p<0.01$), Physical activities (3.16 vs 2.60, $p<0.01$) and Self-esteem (3.17 vs 2.79, $p<0.05$).

Conclusions: The community intervention improved the health profile of adolescents. The baseline perception of health presents differences by gender, with a higher score in men. The post-intervention improvement is substantial in women in Resistance, Physical Activities and Health and safety at home. In addition, the deterioration due to the passing of the years described in previous studies is corrected in the Self-esteem variable.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

La atención primaria de salud (APS) se enfoca en garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud esenciales y de calidad, independientemente de su origen étnico, género, religión, condición económica o social. La APS busca mejorar la salud y el bienestar de la población mediante un proceso continuo e integral, orientado a la comunidad para abordar las necesidades de salud de las personas. Abarca desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La APS se considera el enfoque más inclusivo, equitativo, costoeficiente y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social. Invertir en la APS puede mejorar la equidad y el acceso a los servicios de salud, el rendimiento de los sistemas de salud y los resultados de salud. Además, la APS es fundamental para que los sistemas de salud sean más resilientes ante crisis como la pandemia de COVID-19 y puedan actuar de manera efectiva para abordar las emergencias de salud pública. (1)

La Declaración de Astaná de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) es un documento que se centra en la importancia de la atención primaria de salud en la promoción de la salud y el logro de la cobertura universal de salud. Fue adoptada en 2018 durante la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud en Astaná, Kazajistán.

Enfatiza la importancia de la atención primaria de salud como piedra angular para lograr la cobertura universal de salud. Promueve un enfoque centrado en las personas y la comunidad, aborda los determinantes sociales de la salud y destaca la necesidad de cooperación internacional en el fortalecimiento de los sistemas de salud.

El artículo "Primary care and health: A cross-national comparison" escrito por Barbara Starfield (3) presenta una comparación transnacional sobre la relación entre la atención primaria y la salud. La autora examina la evidencia que demuestra la importancia de la atención primaria en la mejora de la salud de las poblaciones. Mediante un análisis comparativo entre diferentes países, se encuentra una asociación positiva entre un mayor nivel de atención primaria y mejores resultados de salud, incluyendo una menor mortalidad general, una mayor esperanza de vida y una mejor calidad de vida percibida.

Se destacan varios atributos clave de la atención primaria que contribuyen a estos resultados positivos, como el acceso oportuno a la atención, la atención continua y coordinada, la atención integral y la atención centrada en la persona. Estos aspectos de la atención primaria están asociados con una mayor capacidad para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, así como con una mayor satisfacción del paciente.

El artículo también resalta el papel central de la atención primaria en la gestión de las enfermedades crónicas y la atención a las necesidades de salud de las poblaciones más vulnerables, incluyendo aquellos con bajos ingresos o en áreas rurales.

El artículo de Macinko y Starfield de 2003 (4), examina la contribución de los sistemas de atención primaria a los resultados de salud en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) durante el período de 1970 a 1998.

Los autores investigan la relación entre la atención primaria y los resultados de salud en los países de la OCDE durante un período de casi 30 años. Utilizando datos longitudinales y comparativos, se encuentran evidencias consistentes de que los sistemas de atención primaria sólidos y bien desarrollados se asocian con mejores resultados de salud en la población.

Se observa una asociación positiva entre el acceso a una atención primaria de calidad y una serie de indicadores de salud favorables, como una menor mortalidad general, una mayor esperanza de vida y una mayor satisfacción del paciente.

Los sistemas de atención primaria que se centran en la atención integral, la coordinación de la atención y la atención centrada en el paciente tienen un impacto significativo en la mejora de la salud de la población. Estos sistemas están asociados con una mayor prevención y manejo de enfermedades crónicas, una mayor detección temprana de enfermedades y un mayor acceso a servicios de salud esenciales.

Además, se observa que los países que invierten más en atención primaria en relación con el gasto total en salud tienden a tener mejores resultados de salud en comparación con aquellos que priorizan otros niveles de atención.

En resumen, ambos estudios (3,4) demuestran que la atención primaria desempeña un papel fundamental en la mejora de la salud de las poblaciones y proporcionan evidencia sólida de que los sistemas de atención primaria bien desarrollados y orientados hacia la atención integral y centrada en el paciente están asociados con mejores resultados de salud. Los países que invierten en un sistema sólido de atención primaria tienden a tener mejores resultados de salud en comparación con aquellos

que priorizan otros modelos de atención. Estos hallazgos respaldan la importancia de fortalecer y promover la atención primaria como parte base de los sistemas de salud para mejorar la salud de la población.

ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD COMUNITARIA

La atención primaria se refiere al nivel básico de atención médica que brinda servicios integrales, accesibles y continuos a los individuos y familias en su comunidad. Por otro lado, la salud comunitaria se centra en promover la salud y prevenir enfermedades a nivel de la comunidad en su conjunto. Ambas cumplen un papel fundamental en el cuidado de la salud y tienen un impacto significativo en el bienestar de las comunidades.

Alma-Ata es el nombre de una ciudad en Kazajistán, pero en el contexto de la salud pública, "Alma-Ata" hace referencia a la Declaración de Alma-Ata, un hito importante en la historia de la salud pública y la atención primaria. La Declaración de Alma-Ata fue adoptada en septiembre de 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que tuvo lugar en Alma-Ata, la entonces capital de la República Socialista Soviética de Kazajistán (ahora Almaty, Kazajistán). La conferencia fue organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Esta declaración fue un llamado a la acción para todos los gobiernos, organizaciones internacionales y la comunidad mundial para abordar la desigualdad en el acceso a la atención médica y mejorar la salud de todos los pueblos del mundo. Se enfocó en la idea de atención médica primaria como un enfoque esencial para abordar las necesidades de salud de la población. En dicha declaración se destacaron los siguientes principios fundamentales:

- La atención médica primaria es un derecho fundamental de todos los individuos y comunidades.
- La atención médica primaria debe ser accesible, asequible y aceptable para todos, sin discriminación.
- La participación activa de las comunidades es esencial en la planificación, implementación y evaluación de los servicios de atención médica.
- La atención médica primaria debe abordar no solo los problemas de salud física, sino también los aspectos sociales, económicos y culturales relacionados con la salud.

La Declaración de Alma-Ata sigue siendo relevante en la actualidad y ha influido en muchas políticas y programas de salud en todo el mundo, abogando por una atención médica más equitativa y centrada en la comunidad. Sin embargo, es importante señalar que todavía existen desafíos

significativos para lograr plenamente los objetivos establecidos en Alma-Ata en muchas partes del mundo. (5)

Años después, en noviembre de 1986 fue adoptada la Carta de Ottawa, también conocida como la Carta de Promoción de la Salud, un documento clave en la promoción de la salud a nivel mundial. Fue concebida durante la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se llevó a cabo en Ottawa, Canadá.

La Carta establece los principios y valores fundamentales de la promoción de la salud, y aboga por un enfoque más amplio y holístico de la salud, que va más allá del sistema de atención médica tradicional y se enfoca en los determinantes sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud de las personas y las comunidades.

Los principales principios y estrategias de la Carta de Ottawa son los siguientes:

- Construir una política pública saludable: promover la salud implica abogar por políticas y acciones que mejoren el bienestar y la calidad de vida de las personas. Esto incluye políticas en áreas como educación, empleo, vivienda, medio ambiente, transporte y agricultura.
- Crear entornos favorables para la salud: la promoción de la salud se enfoca en crear entornos que fomenten la salud y el bienestar, eliminando barreras y facilitando opciones saludables.
- Fortalecer la acción comunitaria: la participación activa de las comunidades es esencial para lograr cambios sostenibles en la salud. Se alienta a las personas a participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud y a trabajar juntas para abordar los problemas de salud locales.
- Desarrollar habilidades personales: capacitar a las personas para que adquieran conocimientos y habilidades que les permitan tomar decisiones informadas sobre su salud y adoptar comportamientos saludables.
- Reorientar los servicios de salud: los servicios de salud deben cambiar su enfoque de la atención curativa hacia la prevención y la promoción de la salud, abordando las causas subyacentes de las enfermedades y promoviendo estilos de vida saludables.

La Carta de Ottawa ha sido una guía importante para los esfuerzos de promoción de la salud en todo el mundo, y ha sido fuente de influencia en las políticas y programas de salud en numerosos países, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones a largo plazo.

Se ha visto que la Atención Primaria desempeña un papel crucial en el mantenimiento de la salud de las poblaciones y en la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud en general. Su enfoque en la prevención, accesibilidad y atención continua ayuda a mejorar los resultados de salud y a lograr sociedades más saludables en su conjunto. Es una parte fundamental de los sistemas de salud y juega un papel esencial en el bienestar general de las personas y las comunidades.

La combinación de ambas crea un enfoque integral que aborda las necesidades de salud de las personas en el contexto de su entorno social, económico y cultural. Algunas formas en las que la atención primaria y la salud comunitaria impactan positivamente en la salud son tratados en el artículo "Contribución de la Atención Primaria a los Sistemas de Salud y la Salud" por Barbara Starfiel (6):

1. **Accesibilidad y Cobertura Universal:** la atención primaria y la salud comunitaria aseguran que los servicios de salud sean accesibles para todos, incluyendo a aquellos que viven en áreas rurales o marginadas. Esto promueve la equidad en el acceso a la atención médica y reduce las disparidades de salud. Debe garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud básicos y esenciales. Proporciona una cobertura universal que aborda las necesidades de salud de toda la población.
2. **Coordinación y Continuidad de la Atención:** actúa como un punto de entrada para el sistema de salud y ayuda a coordinar la atención para los pacientes. Al establecer una relación continua con los pacientes, se mejora la calidad de la atención y la eficiencia del sistema. La atención primaria y la salud comunitaria se basan en una relación continua entre el médico y el paciente. Esto facilita un seguimiento constante, el manejo de enfermedades crónicas y la coordinación de la atención entre diferentes profesionales de la salud.
3. **Prevención y Promoción de la Salud:** los servicios de Atención Primaria se centran en la prevención de enfermedades y en la promoción de estilos de vida saludables. Esto ayuda a reducir la carga de enfermedades crónicas y mejora la salud a largo plazo de la población. Estos enfoques se centran en la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables. Mediante la educación, la detección temprana, la inmunización y la promoción de hábitos saludables, se pueden prevenir enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de las personas.
4. **Reducción de las Desigualdades en Salud:** tiene un papel importante en la reducción de las disparidades en salud, al proporcionar servicios accesibles y asequibles para todos los grupos de población, independientemente de su estatus socioeconómico o ubicación geográfica.

5. Costo-Efectividad: los sistemas de salud con una fuerte base en la Atención Primaria han demostrado ser más costo-efectivos, ya que previenen enfermedades costosas y evitan hospitalizaciones innecesarias.
6. Respuesta a Emergencias y Crisis de Salud: la Atención Primaria es fundamental en la preparación y respuesta a emergencias, brotes de enfermedades y crisis de salud pública, ya que proporciona una red de atención médica accesible para la población.
7. Enfoque integral: estos enfoques consideran a la persona en su totalidad, abordando no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales, sociales y ambientales de la salud. Se reconoce que factores como el entorno social, la vivienda, la educación y el empleo tienen un impacto significativo en la salud de las personas.
8. Participación comunitaria: la salud comunitaria fomenta la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Esto fortalece el sentido de pertenencia y empodera a las personas para tomar medidas en la mejora de su propia salud y la de su comunidad.

En resumen, la atención primaria y la salud comunitaria son componentes esenciales de un sistema de salud efectivo. Su enfoque preventivo, su accesibilidad y su capacidad para abordar las necesidades de salud en el contexto social y cultural hacen que tengan un impacto significativo en la salud de las personas y las comunidades. Al promover la salud, prevenir enfermedades y brindar una atención integral, contribuyen a mejorar la calidad de vida y reducir las disparidades de salud.

En el informe SESPAS 2018 “Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español” (7) se describe la relación entre la salud comunitaria y el Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Se define la salud comunitaria como la expresión colectiva de la salud en una comunidad, influenciada por diversas características sociales y culturales, y se explica que el SNS comprende las organizaciones y recursos dirigidos a promover la salud de la población.

La historia del SNS español muestra una evolución hacia la atención primaria como eje estratégico, pero también declives y cambios influenciados por factores ideológicos y políticos. Se destaca la importancia de promover una cultura colectiva y procesos participativos para garantizar la sostenibilidad y universalidad del sistema.

La relación entre la salud comunitaria y la atención primaria ha sido escasa y poco coordinada, pero se enfatiza la necesidad de una acción integral de ambas para el desarrollo de la salud comunitaria.

El artículo concluye recomendando una serie de acciones para reorientar el SNS hacia un enfoque de salud comunitaria, incluyendo el fortalecimiento de la atención primaria, el desarrollo de políticas públicas saludables, la promoción del empoderamiento individual y la coordinación entre la atención primaria y la salud pública.

Existe una gran variabilidad entre los centros de salud y las comunidades autónomas en términos de cantidad y condiciones en las que se llevan a cabo estas intervenciones. Las intervenciones más comunes se enfocan en la salud general, la alimentación y la salud afectivo-sexual, dirigidas a la población en general y llevadas a cabo principalmente en centros educativos y de salud.

A pesar de que se están realizando esfuerzos, no se está logrando tanto como se quisiera, especialmente en algunas comunidades autónomas, donde la promoción de la salud en atención primaria sigue siendo limitada y con pocos recursos, lo que la relega a un papel secundario y con falta de apoyo institucional. Las razones detrás de esta falta de desarrollo son diversas e incluyen factores individuales, del equipo y también institucionales. Algunas de las barreras incluyen la formación, las creencias, la motivación y la falta de tiempo de los profesionales, así como la falta de visibilidad de resultados a corto plazo y la falta de demanda por parte de la población. Aunque la promoción de la salud es una responsabilidad de atención primaria, en la práctica sigue dependiendo de la voluntad de los profesionales, lo que explica su variabilidad y precariedad. (8)

El artículo "Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health" escrito por Marmot et al (9) plantea la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud para lograr equidad en salud. En él los autores destacan que las desigualdades en salud entre diferentes grupos de población son resultado de las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas condiciones, conocidas como determinantes sociales de la salud, tienen un impacto significativo en la salud de las personas y contribuyen a las desigualdades en salud.

El artículo resalta la importancia de afrontar los determinantes sociales de la salud a través de acciones políticas y programas que promuevan la equidad en salud. Se enfatiza que la equidad en salud no es solo una cuestión de justicia social, sino que también es fundamental para el desarrollo sostenible y el bienestar de las sociedades.

Se proponen intervenciones basadas en la acción intersectorial, que involucren a diferentes sectores como la salud, la educación, el empleo, la vivienda y la planificación urbana, para abordar los determinantes sociales de la salud de manera integral.

El artículo destaca la necesidad de reducir las desigualdades en salud desde la infancia, brindando igualdad de oportunidades para un buen comienzo en la vida. También se enfoca en mejorar las condiciones de trabajo, la educación, el acceso a servicios de salud y la participación comunitaria como elementos clave para cerrar la brecha en la salud.

En resumen, el artículo de Marmot et al. enfatiza la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud para lograr la equidad en salud. Proporciona una base teórica sólida y resalta la necesidad de acciones políticas y programas intersectoriales para cerrar la brecha en la salud y mejorar la salud de las poblaciones más desfavorecidas.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (10) también conocida como Comisión Marmot, es una iniciativa que fue establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005. Su objetivo principal fue investigar y afrontar las desigualdades en salud entre las poblaciones y las comunidades en todo el mundo. La comisión llevó a cabo su trabajo durante un período de varios años y publicó su informe final en 2008.

El informe final, titulado "Reducir las diferencias en un mundo en transformación", fue liderado por M. Marmot. El informe destacó la importancia de los determinantes sociales de la salud y tuvo un impacto significativo en la agenda de salud pública a nivel mundial, llevando a una mayor conciencia y acción en la reducción de las desigualdades en la salud en diferentes países y regiones. Los hallazgos y recomendaciones del informe han sido utilizados por gobiernos, organizaciones no gubernamentales y otras entidades para desarrollar políticas y programas que abordan los determinantes sociales de la salud y promueven la equidad en la salud.

El documento "Principles of Community Engagement" de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (11), ofrece un marco de referencia y directrices para promover una participación efectiva y significativa de la comunidad en la salud pública. El documento destaca la importancia de la participación comunitaria en la planificación, implementación y evaluación de las iniciativas de salud pública. Reconoce que las comunidades son expertas en sus propias necesidades y contextos, y su participación activa es esencial para abordar los problemas de salud de manera eficaz.

Se presentan los principios fundamentales de la participación comunitaria, que incluyen el respeto y reconocimiento de la diversidad y la equidad, la construcción de relaciones basadas en la confianza, la inclusión de todas las voces relevantes y la mejora continua de la colaboración.

El documento también proporciona orientación sobre cómo diseñar estrategias de participación comunitaria efectivas, incluyendo la identificación y el compromiso de los líderes

comunitarios, el desarrollo de una comunicación clara y bidireccional, la adaptación de los enfoques a las necesidades y preferencias de la comunidad, y la evaluación y difusión de los resultados.

Se enfatiza la importancia de la transparencia y la rendición de cuentas en el proceso de participación comunitaria, así como la necesidad de evaluar y medir el impacto de las intervenciones basadas en la comunidad.

En resumen, el documento proporciona una guía esencial para promover una participación comunitaria efectiva en la salud pública. Destaca los principios fundamentales y ofrece orientación práctica para involucrar a la comunidad en todas las etapas del proceso, con el objetivo de abordar las necesidades de salud de manera inclusiva y lograr resultados más sólidos en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL

La educación en general y, dentro de esta, la educación afectiva y sexual fundamentada en el respeto a los derechos humanos y en un conocimiento científico-profesional, acogida con actitud propositiva de sexualidad y bajo una ética relacional, es factor esencial para que una sociedad fortalezca sus principios democráticos de paz, libertad, igualdad, tolerancia y solidaridad. La educación se constituye en un factor necesario para que el ser humano logre un conocimiento y elaboración de su propia sexualidad, le proporciona las bases donde afianzará de forma positiva las relaciones de interacción entre los sujetos y su medio social. Para ello se necesita un sistema de enseñanza y aprendizaje que reconozca y afiance la educación sexual como un proceso dinámico en todo el ciclo vital. (12)

La sexualidad es una dimensión que se mantiene desde el instante de la concepción hasta la muerte. Son necesarios conocimientos claros y precisos que la fortalezcan y permitan su potenciación de forma integral durante las diversas etapas evolutivas de las personas. El colectivo orientador debe contar con los conocimientos adecuados y tener en cuenta las necesidades del entorno social para brindar una formación adecuada de la dimensión de la sexualidad con base científica y carácter profesional y significativo para que los vínculos afectivos adquieran niveles de funcionalidad adecuados, así como una educación sexual bien cimentada y libre de sesgos. (12)

MODELOS DE EDUCACIÓN SEXUAL

A lo largo de la historia en los últimos tiempos se han desarrollado distintos planteamientos de abordar la educación sexual. A continuación, se describen los distintos modelos que López establece en su libro “La educación sexual” (13).

- **MODELO DE RIESGOS**

El modelo de educación sexual basado en riesgos, también conocido como modelo médico o preventivo, nació como una respuesta a las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados que surgieron después de la Segunda Guerra Mundial. Este modelo se dirige a evitar los riesgos asociados con la actividad sexual y prevenir enfermedades y trastornos sexuales. Se fundamenta en un enfoque médico de salud, donde se prioriza la prevención de enfermedades y se brinda información técnico-profesional sobre síntomas y medidas preventivas.

Este modelo se centra en proporcionar información sobre el uso de preservativos, anticonceptivos y otras medidas para evitar enfermedades y embarazos no deseados. Los contenidos se enfocan en la anatomía, fisiología, desarrollo y respuesta sexual humana. Los responsables de brindar esta educación suelen ser profesionales de la salud como médicos, psicólogos y enfermeros. Al estar más centrado en aspectos técnicos y médicos de la sexualidad, puede dejar de lado otros aspectos importantes como el bienestar sexual e interpersonal. Además, de este modo, la sexualidad se asocia indirectamente con la idea de peligro, lo que puede proyectar una visión negativa de la sexualidad.

Este modelo aún se evidencia en diversas campañas publicitarias relacionadas con el uso del condón, prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Es utilizado por instituciones de salud, educativas y judiciales.

- **MODELO MORAL**

El modelo moral de educación sexual, también conocido como educación sexual para la abstinencia, se basa en una concepción religiosa del ser humano. Este enfoque fue impulsado por grupos conservadores como reacción a la introducción de la educación sexual en el sistema educativo por parte de otros sectores.

Desde esta perspectiva, la educación sexual se enfoca en preparar para el matrimonio y enseñar principios morales. Tiene como objetivo fortalecer la voluntad y formar el carácter para mantener la abstinencia antes del matrimonio, neutralizar mensajes liberales de los medios de

comunicación y prevenir riesgos asociados a la actividad sexual mediante la abstinencia. Además, se limita la sexualidad a la pareja heterosexual-monogámica con fines reproductivos y dentro de parámetros de conductas permitidas.

Los contenidos se centran en aspectos anatómicos y reproductivos, relaciones familiares y valores morales, dejando de lado temas como la sexualidad infantil, la respuesta sexual humana, anticoncepción y orientación del deseo.

La metodología utilizada es directiva, transmitiendo un único punto de vista ortodoxo según la religión en cuestión. La educación sexual es considerada principalmente responsabilidad de los padres, y la escuela e iglesia complementan esta labor.

En la actualidad, este modelo moral sigue vigente en diversos sectores de la sociedad que lo apoyan, especialmente en grupos religiosos, centros educativos privados dirigidos por religiosos y grupos de laicos conservadores. Algunos principios de este enfoque también están presentes en programas de educación sexual de algunos gobiernos en el mundo, incluyendo Latinoamérica.

- **MODELO REVOLUCIONARIO**

El modelo revolucionario de educación sexual, también conocido como modelo emancipador y sociopolítico, surge de la izquierda freudiana y representa una síntesis del pensamiento de Marx y Freud. Fue apoyado por asociaciones políticas y grupos revolucionarios, como el movimiento juvenil SEX-POL(14) propuesto por Reich en los años treinta.

Este modelo parte de la premisa de que existe una relación clara entre la represión sexual y la represión social, y considera que la represión sexual es una forma de defender los intereses de la clase dominante, generando obediencia y sumisión en las personas.

El objetivo del modelo revolucionario es promover una revolución sexual y social, donde la educación sexual sea un medio para aumentar la conciencia crítica sobre esta revolución. Busca que todas las personas tengan una actividad sexual satisfactoria y adecuada para la salud, sin hacer diferencias entre personas casadas y solteras.

La información proporcionada en este modelo abarca aspectos anatómicos, fisiológicos, anticonceptivos, orientación del deseo sexual, derecho al divorcio y análisis sobre la regulación sexual en el ámbito familiar, personal y social bajo la perspectiva de la clase dominante.

La metodología utilizada se basa en una educación sistemática y programada, con un enfoque altamente directivo por parte de partidarios o especialistas en la causa. Se promueve la inclusión clara de la educación sexual en el currículo y se lleva a cabo en asociaciones de jóvenes, grupos de barrio o comunidad, mediante charlas, debates y mítines políticos, entre otros.

En la actualidad, este modelo no tiene una fuerte tendencia y su implementación en el sistema escolar no ha tenido éxito. Sin embargo, algunos elementos de este enfoque aún se pueden encontrar en grupos de colectivos feministas, homosexuales o políticos actuales.

- **MODELO BIOGRÁFICO-PROFESIONAL**

El modelo biográfico y profesional de educación sexual es una propuesta inclusiva y abierta que considera atributos positivos de los modelos expuestos previamente. Se basa en la idea de salud como bienestar y promoción de la calidad de vida, respetando la diversidad sexual y la libertad individual en la vivencia de la sexualidad.

Este enfoque parte de la idea positiva de la salud entendida no sólo como la ausencia de enfermedad, sino desde el concepto de salud de la OMS como el bienestar y promoción de la calidad de vida. Busca promover la aceptación de la identidad sexual y proporcionar conocimientos y habilidades sobre las diversas dimensiones de la sexualidad en cada etapa de desarrollo. Se centra en brindar información científica libre de estereotipos y prejuicios, permitiendo el acceso al placer y la libertad sexual sin limitarse al matrimonio.

En el proceso de educación sexual, se identifican tres roles fundamentales: el individuo, los padres y los docentes de orientación. Cada uno tiene responsabilidades específicas para promover una sexualidad saludable y respetuosa.

El individuo tiene el derecho y la responsabilidad de tomar decisiones sobre su propia vida sexual, reconociendo su libertad, autonomía y responsabilidad.

Los padres deben atender el derecho de educar a sus hijos, brindando información científica y apoyo emocional, y siendo ejemplos de relaciones interpersonales igualitarias y respetuosas.

Los docentes de orientación deben facilitar el bienestar sexual evaluando la salud de los estudiantes, brindando información y apoyando en la toma de decisiones. Su papel es el de facilitadores, recomendando opciones, pero permitiendo que los estudiantes tomen decisiones responsables. La persona orientada construye su propia vivencia de la sexualidad con las herramientas

que el profesional en orientación le facilita como mediador entre los contenidos de la educación sexual y la biografía de la persona.

Su fin último es que el orientado se asuma como ser sexuado de una forma positiva y viva su sexualidad de manera saludable, estableciendo relaciones interpersonales gratificantes y no discriminatorias.

Actualmente, este modelo está siendo adoptado por profesionales del sector educativo y está ganando relevancia debido a su enfoque respetuoso y enfocado en el bienestar y la autonomía de las personas. (13,15)

PEDAGOGÍA CONSTRUCTIVISTA

El Constructivismo pedagógico es un movimiento pedagógico contemporáneo que considera el aprendizaje como una actividad organizadora compleja del alumno que elabora nuevos conocimientos a partir de revisiones, selecciones, transformaciones y reestructuraciones de sus antiguos conocimientos, en cooperación con el maestro y sus compañeros. De esta manera, se opone al modelo clásico de concebir el aprendizaje como receptivo y pasivo.

El Constructivismo genera una mente abierta a nueva información, aunque ésta sea contraria a las propias creencias y somete éstas a revisión continua.

Las categorías alumno-profesor y enseñanza-aprendizaje se integran entre sí, dejando atrás la polarización tradicional de esos cuatro conceptos. El aprendizaje es un motor del desarrollo y entre ambos existe una interacción retroactiva. El alumno es el último y principal actor de su propio aprendizaje. El profesor es el guía y orientador de la actividad mental del alumno. Hace las funciones de modelo de competencias, soporte cognitivo y supervisor de la acción. Debe estructurar las tareas en relación a los conocimientos y capacidades del niño, así como transferir progresivamente el control de la actividad educativa al alumno ampliando sus espacios de responsabilidad y autocontrol, incitando al niño a tomar la iniciativa de la interacción. El proceso de adquisición de un nuevo conocimiento se realiza a partir de los previos, facilitando el profesor los apoyos que aceleren y consoliden la elaboración cognitiva considerada como criterio de logro. En el proceso de elaboración se adquirirán significados, que pueden ser cognitivos (los conocimientos nuevos adquieren un sentido al reemplazar a los antiguos) y significados afectivos (dependerán de la importancia que el nuevo conocimiento despierte en el alumno). En el proceso de educación el niño está al mismo tiempo socializando y

culturizándose, suponiendo esto un esfuerzo mental que le conduce a la individualización y diferenciación. (16)

Con esta metodología, la calidad de la educación se ha visto mejorada. Los avances y desarrollo de los alumnos son evidentes, lográndose personas con mejores capacidades humanas y sociales, creativas, comunicativas y resolutivas, abiertas y con sensibilidad en el campo de los valores. La didáctica tradicional se reduce al uso de técnicas que faciliten el proceso de aprendizaje. La didáctica en que se basa el constructivismo se enfoca en el juego y libre actividad, ambientes de libertad y responsabilidad social, trabajos en grupo que permitan la interacción y desarrollo de acciones democráticas y cooperativas. Los métodos de competición se sustituyen por la cooperación, el intercambio intelectual y la confrontación de opiniones que inducen a situarse en perspectivas antes desconocidas o ignoradas. No se trata de que el profesor haga experiencias ante el alumno, sino de que éste último las practique provocándose experiencias significativas mediante la investigación como método de aprendizaje. De la práctica se deriva la reflexión en talleres que impliquen interacción teórico-práctica. En el proceso el profesor debe ser el facilitador de la acción y de la participación del grupo. (17)

LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de la vida durante el cual se produce el desarrollo global de la persona y que presenta unas características y necesidades propias. Se extiende desde la infancia hasta la edad adulta. Aunque no existe consenso entre autores, la Organización Mundial de la Salud considera la adolescencia el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años (18). Otros organismos como la Asociación Americana de Pediatría alargan este periodo hasta los 21 años (19). Dado que se trata de un periodo de evolución y desarrollo durante el que se van produciendo cambios importantes en la persona, se han definido diferentes etapas dentro de la misma. Así hablamos de adolescencia temprana de los 10 a los 13 años, adolescencia media de los 14 a los 17 y adolescencia tardía a partir de los 18 años y hasta los 21. (20)

En base a lo anterior, se entiende que los adolescentes no forman un grupo heterogéneo, sino que existe gran variabilidad entre las distintas etapas y dentro de las mismas. Se trata probablemente de la etapa de la vida más susceptible de influencias externas (familiares, culturales, entorno de amistad, etc.).

La adolescencia es por antonomasia una época vital cargada de cambios tanto físicos como psicológicos, emocionales y sociales que llevan a la creación de la identidad. Y son estos mismos

cambios y búsqueda de la identidad los que pueden generar conflictos tanto personales como familiares o con el entorno.

Es la etapa en la que se va adquiriendo mayor autonomía e independencia a la hora de decidir y asentar unos hábitos saludables: ejercicio, alimentación, consumo de sustancias; por lo que es evidente que necesitan poseer unos conocimientos adecuados sobre el tema para poder decidir sobre ello.

Por sus características de exaltación de las emociones y búsqueda de la propia identidad, la adolescencia es un periodo crítico en cuanto a las conductas de riesgo. Es importante prestar atención a este tipo de conductas y valorar el riesgo en cuanto a consumo de drogas, relaciones sexuales sin protección (que conllevan posibles infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados), hábitos de vida no saludables (sedentarismo, abuso de pantallas, mala alimentación), violencia y conductas agresivas, conflictos familiares o escolares, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos psicológicos o el uso inadecuado de las nuevas tecnologías.(21–30)

Cobra vital importancia el papel del equipo Médico-Enfermera de Familia una vez que el adolescente deja de ser tratado por su pediatra habitual, pasada la barrera de los 14 o 16 años (dependiendo de la comunidad). Es en esta fase de la adolescencia donde prevalece la incertidumbre, los miedos y los conflictos internos que pueden dar lugar a conductas de agresión o introversión del adolescente que provoquen dificultades en la comunicación y, por ende, corren riesgo de no recibir una atención adecuada. Por otro lado, los adolescentes tienen una percepción baja de las posibles conductas de riesgo y tienden a sentirse sanos, por lo que no demandan atención sanitaria. Es importante en este sentido promover la accesibilidad a los centros de salud y aprovechar cualquier consulta para realizar un abordaje de prevención. (20,30–34)

Los adolescentes son generalmente un grupo sano. Los ingresos hospitalarios o la mortalidad, a esa edad, registran sus cifras más bajas, por ello no es frecuente monitorizar el estado de salud de esta población (35). Sin embargo, conocer sus hábitos y estilos de vida cobra importancia ya que los adquiridos en este periodo de la vida es frecuente que perduren en las siguientes fases de la vida, con las consecuentes implicaciones en la salud del individuo. La educación en esta etapa es fundamental para el beneficio de la sociedad, ya que todos los factores de riesgo para la salud que puedan corregirse durante este periodo perdurarán con mayor probabilidad en la vida adulta y habremos formado unos adultos sanos en el futuro (36–40).

En España se han realizado pocos estudios que evalúen la efectividad de los programas de educación en salud y sexualidad en adolescentes, lo que hace que no puedan utilizarse como referentes ni puedan aplicarse mejoras a los mismos. En los últimos años se observa una disminución de la literatura española sobre la educación afectivo-sexual. A nivel nacional, las intervenciones que se realizan suelen estar limitadas en el tiempo, con lo cual no se garantiza que los conocimientos y comportamientos se mantengan, y no se ha generalizado ningún programa que abarque la educación en salud y sexualidad en las escuelas. (41)

CARACTERÍSTICAS DE SALUD DEL ADOLESCENTE

- **MORBIMORTALIDAD**

Por las características propias de esta etapa de la vida, la salud del adolescente puede verse afectada en el desarrollo tanto físico y biológico (escoliosis, acné, alteraciones menstruales) como psicológico y social (conductas de riesgo como violencia interpersonal, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y enfermedades no transmisibles derivadas del uso de drogas, tabaco o alcohol o hábitos no saludables). Además, hay que tener en cuenta patologías que en el adulto suelen ser detectadas y pasar inadvertidas durante esta época (hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, diabetes). (33,42,43).

Según el último informe de la OMS (44) sobre la salud del adolescente a nivel mundial las lesiones y traumatismos no intencionados son una de las principales causas de muerte o discapacidad en este grupo de edad. Según dicho informe en 2019 murieron más de 115000 adolescentes en accidentes de tráfico en el mundo. Muchos de ellos estaban en condición de peatones, ciclistas o motocicletas. Por otro lado, respecto a la salud mental, la depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes y el suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y los 19 años, aunque la mayoría de los casos no son detectados ni tratados. La violencia interpersonal es la cuarta causa de mortalidad en los jóvenes en el mundo, aunque su peso varía sustancialmente de una región a otra del mundo. En cuanto a las mujeres, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las jóvenes de 15 a 19 en todo el mundo según la OMS. (44)

En España el principal factor de riesgo es la obesidad y el sedentarismo, seguido de los accidentes, consumo de alcohol y consumo de tabaco y hachís. (32)

- **PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA**

Los adolescentes, en general, tienen una percepción positiva tanto de su salud como de sus conductas de riesgo, subestimándolas. Esto hace que acudan en reducidas ocasiones a los Centros de Salud y cuando lo hacen suele ser por procesos agudos. En España existen datos acerca de los factores de riesgo y causas de mortalidad, pero la información sobre los motivos de consulta reales de los adolescentes es muy escasa. (26,32,33,45)

En un estudio sobre los motivos de consulta de los jóvenes en un Centro de Salud español, se obtuvo, por orden de mayor a menor frecuencia: infecciones ORL (45,3%), problemas de piel (24%), traumatismos (15,3%), alergias (7,6%) y GEA (7,6%). La consulta por temas de sexualidad, drogas o problemas personales era muy baja. Las causas más frecuentes de ingreso hospitalario, en adolescentes de 15 a 24 años son, en hombres: lesiones y envenenamiento (18,1%), problemas del aparato digestivo (17,2%), aparato locomotor y tejido conectivo (15,1%) y afecciones del aparato respiratorio (11,6%). En mujeres: complicaciones del embarazo, parto y puerperio (50,6%), aparato digestivo (10,2%), aparato respiratorio (5,5% y lesiones y envenenamiento (3,5%). (45)

- **CONDUCTAS DE RIESGO**

Consumo de alcohol

En todo el mundo, más de un cuarto de la población entre 15 y 19 años son consumidores de alcohol, representando la tasa más alta la Región de Europa de la OMS. (46)

En España, según los datos de la Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2021), los adolescentes empiezan a consumir alcohol a los 14 años de promedio.

Se denomina binge drinking o consumo “en atracón” el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, en un intervalo de dos horas. Según el informe EDADES de 2019 (47) el consumo en atracón está más extendido entre los hombres que entre las mujeres para todos los tramos de edad. En España, según este mismo informe, en 2017 casi el 20% de los varones entre 15 y 19 años habrían consumido alcohol en atracón, siendo el porcentaje algo más bajo en las mujeres (13,7%) que alcanzan el 20% más tardíamente entre los 20-24 años. En el informe EDADES realizado en 2022 (48) se observa un aumento del consumo “en atracón” entre las mujeres, llegando casi al 20% entre los 15 a 19 años, manteniéndose similar entre los varones. En cuanto a la práctica del botellón en este mismo estudio

se observa que lo realizan más de una tercera parte (32,2%) en el grupo de 15 a 18 años, sin apenas diferencias por género.

Consumo de tabaco, marihuana y otras drogas

El cannabis es la droga psicoactiva más utilizada por los jóvenes: cerca de un 5% entre 15 y 16 años lo consumieron al menos una vez en 2018 (44). El consumo de alcohol y drogas en los jóvenes asocia alteraciones neurocognitivas que pueden generar problemas de comportamiento, emocionales, sociales o académicos. Respecto al consumo de tabaco, la mayoría de los consumidores actuales se iniciaron en la adolescencia. A nivel mundial, 1 de cada 10 adolescentes entre 13 y 15 años consume tabaco. (44,49,50)

En España, según el informe ESTUDES 2022 (51) la sustancia psicoactiva más consumida tras el alcohol es el tabaco entre los estudiantes entre 14 y 18 años. Así, el 30% reconoce haber fumado en el último año.

Además, según un estudio realizado en España en 2017, el cigarrillo electrónico podrían ser una vía de iniciación al tabaco a edad temprana, demostrando una menor percepción de riesgo de los adolescentes, más acentuada en las mujeres (52).

En cuanto a otras drogas, La sustancia ilegal más consumida entre el mismo rango etario es el cannabis. Los jóvenes reconocen haber consumido esta sustancia en el último año alcanzan 22%. La siguiente sustancia de mayor prevalencia son los hipnosedantes con o sin receta. Casi el 20% de los estudiantes declaran haberlos consumido alguna vez en la vida. El éxtasis presenta una prevalencia del 3% de consumo en el último año. En cuanto al resto de sustancias se registran prevalencias inferiores al 2%, observándose un descenso progresivo a lo largo de la serie histórica en el consumo de cocaína (51).

Relaciones sexuales de riesgo

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS 2009) (53), hay un descenso en la edad de inicio de las relaciones sexuales, siendo de 15,84 años en los varones y de 16,34 años en las mujeres (grupo de edad de 16 a 24 años). Los adolescentes que se inician a edades muy tempranas refieren con mayor frecuencia tener una infección de transmisión sexual (ITS), un mayor número de parejas sexuales y un menor uso del preservativo. Según la Encuesta Nacional de Anticoncepción de 2016 (54), un 50% de los encuestados en el grupo de edad de 14 a 19 años, refieren no usar ningún método anticonceptivo en su última relación sexual. A parte de las ITS, otro riesgo de estas conductas es el embarazo no deseado con las consiguientes consecuencias negativas como el aborto, la maternidad

precoz o la adopción. Se sabe que la maternidad en adolescentes está asociada con el fracaso escolar, el deterioro de la salud física y mental, el aislamiento social y la pobreza entre otros. (29,55–58)

PROGRAMAS DE INTERVENCION EN LA ADOLESCENCIA

Es fundamental fomentar e implementar programas de educación para la salud en los centros educativos que aborden la salud del adolescente desde diversos puntos de las dimensiones de la salud:

- Potenciar la autoestima, uno de los cimientos sobre los que se va a desarrollar la personalidad, cuestión clave en estos momentos vitales, sobre todo por las fluctuaciones e influencias que sufren a través de la sociedad, publicidad, modas... y su relación con la imagen corporal. La capacidad de tomar sus propias decisiones sin dejarse llevar por la presión de su grupo de iguales debe tomarse como eje principal en todas las etapas, puesto que es un aspecto relevante para evitar conductas desadaptadas, así como mantener una buena estructura familiar, con lo cual se pretende hacer una labor de prevención y promoción de la salud físico, psíquico y social (43,59–67).
- Hacer hincapié en la enseñanza sobre alimentación saludable como punto prioritario tanto en el bienestar de los jóvenes como en la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (68–76).
- Ofrecer una educación sexual integral de calidad, fundamental para fomentar la salud y el bienestar, el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género, que les empodere para una vida sana, segura y productiva, y contribuya a mejorar la salud a largo plazo, reducir la violencia de género y la discriminación. Si bien es cierto que hay poca certeza de que las intervenciones comunitarias puedan disminuir el embarazo no deseado, sí se producen cambios a nivel conductual (77–80). En la adolescencia éstas son necesarias en nuestra sociedad debido a varias causas. Entre ellas, la sobreexcitación sexual a la que se ve sometida la sociedad, que es más fuerte aún sobre los adolescentes, puesto que la sexualidad está presente en todas las formas de consumo (en la publicidad, en el cine, en las revistas, en la televisión, redes sociales...). Esto se asocia al aumento de libertad que tienen hoy gran parte de adolescentes para organizar su ocio. Esto conlleva un mayor riesgo de ITG y embarazo no deseado. (77–79,81–86)
- Promover hábitos de vida saludable, promocionando la actividad física y previniendo el consumo de sustancias nocivas para la salud. Basándonos en los datos registrados con anterioridad vemos necesario una intervención desde el ámbito sanitario para concienciar a este grupo de edad de la importancia de evitar su consumo (25,50,87,88).

La metodología con mejores resultados es la basada en el modelo biográfico-profesional, basado en el abordaje integral de la sexualidad, con una metodología constructivista. Los programas basados en esta metodología obtienen resultados positivos y superiores en comparación con otros programas (41). Éstas han de ser parte, preferiblemente, de programas prolongados en el tiempo, ya que las intervenciones breves tienen poca evidencia de efectividad (89).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Parquesol, nuestra Zona Básica de Salud (ZBS), presenta una elevada población adolescente. Según el INE (90), en 2018 se trataba de la segunda zona de Valladolid con mayor número de adolescentes y la tercera con mayor tasa de adolescentes por habitante (ver tabla 1).

Tabla 1. Nº de personas empadronadas por Zonas Estadística según grupo de edad, a fecha 1-1-2018.

ZONA ESTADISTICA VALLADOLID	Total de población	10-19 años	Tasa de adolescentes	Tasa adolescentes general
Las Villas-Cañada Puente Duero-Covaresa-Parque Alameda-Paula López	22.377	3.138	14,02%	12,10%
Parquesol	25.832	3.079	11,92%	11,87%
Delicias	26.233	2.016	7,68%	7,77%
Avenida de Burgos-Canal de Castilla	14.314	1.479	10,33%	5,70%
Caamaño-Las Viudas	14.968	1.428	9,54%	5,50%
Rondilla	16.340	1.203	7,36%	4,64%
Pajarillos Bajos	14.232	1.110	7,80%	4,28%
Paseo Zorrilla (Alto)	13.316	860	6,46%	3,31%
Girón	9.431	855	9,07%	3,30%
Centro	8.684	705	8,12%	2,72%
Circular	9.887	631	6,38%	2,43%
Caño Argales	7.438	597	8,03%	2,30%
Pilarica	8.516	541	6,35%	2,09%
Paseo Zorrilla (Bajo)	6.317	539	8,53%	2,08%
Campo Grande	6.501	426	6,55%	1,64%
Huerta del Rey (Alta)	6.380	421	6,60%	1,62%
Pajarillos Altos	3.929	412	10,49%	1,59%
La Overuela-Navabuena	2.664	398	14,94%	1,53%
Hospital	7.109	365	5,13%	1,41%
Cuatro de Marzo	3.562	314	8,82%	1,21%
Arturo Eyries (Alto)	3.188	313	9,82%	1,21%
La Rubia	3.983	304	7,63%	1,17%
Páramo San Isidro-Poblado Esperanza	2.801	301	10,75%	1,16%
Santa Clara	4.870	282	5,79%	1,09%
Universidad	4.901	281	5,73%	1,08%
San Nicolás	3.744	275	7,35%	1,06%
Vadillos	4.114	270	6,56%	1,04%
San Miguel	4.215	269	6,38%	1,04%
San Pedro Regalado	2.749	258	9,39%	0,99%
Barrio España	2.501	245	9,80%	0,94%
Huerta del Rey (Media)	2.975	237	7,97%	0,91%
Batallas	3.607	215	5,96%	0,83%
Camino de la Esperanza	2.210	207	9,37%	0,80%
Arturo León	2.841	206	7,25%	0,79%
Las Flores	2.142	205	9,57%	0,79%
Belén	1.829	192	10,50%	0,74%
Huerta del Rey (Baja)	2.093	159	7,60%	0,61%
Gavilla	2.026	157	7,75%	0,61%
Polígono de Argales	2.596	144	5,55%	0,56%
Arturo Eyries (Bajo)	1.240	140	11,29%	0,54%
San Juan	1.896	129	6,80%	0,50%
Puente Duero	1.126	125	11,10%	0,48%
San Juan II	1.640	120	7,32%	0,46%
San Pablo	1.877	117	6,23%	0,45%
El Pinar de Antequera	975	114	11,69%	0,44%
Barriada Guardia Civil	1.268	84	6,62%	0,32%
Colegio Cristo Rey-Insonusa	1.429	77	5,39%	0,30%
Total población Valladolid	298.866	25.943		

Nota. Datos obtenidos de la web del Ayto. Valladolid y del Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Según las conclusiones del estudio realizado en nuestra zona básica de salud Parquesol, nuestra zona básica de salud, presenta las siguientes características(91):

1. El perfil de salud de los adolescentes de Parquesol es similar al de otras poblaciones estudiadas (Segovia, Barcelona, Tenerife y Baltimore).
2. La edad se correlaciona con bienestar físico, emocional, limitación de actividad, riesgo individual, amenaza a logros, bienestar global y riesgo global.
3. Las mujeres tienen mayor nivel de frecuentación al centro de salud, tienen menor bienestar físico, menor bienestar emocional, mayor limitación de actividad, mayor riesgo individual, mayor amenaza a logros, menor bienestar global y mayor riesgo global, sin embargo, presenta menor influencia de pares. Los adolescentes que refieren peor bienestar físico son las mujeres y los adolescentes de 18 años.
4. En relación al perfil de riesgo de los adolescentes de nuestra zona: El 21,4% ha consumido tabaco, el 46,6% ha probado la cerveza y/o el vino, el 27,7 ha tomado más de 5 copas seguidas alguna vez, el 15,9% ha fumado porros, el 1,8% ha consumido cocaína y el 1,4% alguna otra "droga dura". Y la mayoría afirma que sus amigos fuman y beben más que ellos. El 39,5% afirma haber transgredido las normas, el 22,7% ha robado alguna vez, el 19,1% se ha subido a un coche con alguien imprudente, el 41% ha conducido bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y sin embargo afirman que sus amigos fuman y beben más que ellos. El 23,6% ha destruido algo que no le pertenece, el 9,1 ha amenazado con herir a alguien, y el 21,8% ha atacado físicamente a alguien alguna vez, aunque solamente el 2,7% refiere formar parte de una banda. El 40,5% ha sido expulsado alguna vez del colegio.
5. Existe relación entre los adolescentes que más frecuentan la consulta y los que presentan un mayor riesgo individual, con una OR de 3,25.
6. La sensibilidad de la hiperfrecuentación en relación a los riesgos es muy alta: 99,8% con una especificidad muy baja de 3.5%. Lo que puede significar que los hiperfrecuentadores tienen mayor riesgo individual, pero no garantiza que los no frecuentadores no lo tengan.
7. La hiperfrecuentación se asocia con adolescentes de riesgo y por su elevada sensibilidad podría utilizarse como dato para iniciar el screening de riesgo en los adolescentes, en nuestras consultas, asumiendo que el hecho de no frecuentar el Centro de Salud no se relaciona con falta de riesgo.

Por tanto, las medidas educativas en el medio escolar y las medidas de despistaje en nuestro medio deben ser complementarias. (91,92) Este hecho motiva que como profesionales sanitarios

consideremos necesaria la intervención en los centros educativos, ya que una parte importante de nuestro trabajo es la promoción de hábitos saludables en una población tan vulnerable como es la adolescente y favorecer la accesibilidad de este grupo al centro de salud. Así mismo, esta es una excelente oportunidad para hacer realidad la cercanía e inmediatez en la atención a este grupo de edad tanto a nivel educativo como sanitario. (93)

CUESTIONARIO CHILD HEALTH AND ILLNESS PROLIFE ADOLESCENT EDITION (CHIP-AE)

CUESTIONARIO CHILD HEALTH AND ILLNESS PROLIFE ADOLESCENT EDITION (CHIP-AE)

El Child Health and Illness Prolife Adolescent Edition (CHIP-AE), es una medida de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) genérica desarrollada por B. Starfield et al. (1993) (94) con el fin de valorar el estado de salud percibido por los adolescentes, identificar diferencias sistemáticas en determinadas subpoblaciones, valorar el impacto sobre la salud de las intervenciones sanitarias y para la valoración inicial de los adolescentes en programas de cribado periódico, diagnóstico y tratamiento (95). La definición de salud percibida dada por la autora, es el modelo conceptual sobre el que se basa el CHIP-AE (96), “habilidad de participar plenamente en funciones y actividades relacionados con aspectos físicos, sociales y psico-sociales apropiadas para estas edades”. Desde un concepto integrador de salud (94) tiene en cuenta los estilos de vida, comportamientos y hábitos que influirán en futuros estados de salud de los adolescentes. Este instrumento de medida incorpora estados del bienestar, percepciones de salud general y concepto de autoestima; limitaciones físicas y rendimiento físico; enfermedades expresadas como diagnósticos médicos; consecución de funciones con relación a la edad (incluye escuela y trabajo); y diversas características y conductas que pueden influir en el futuro estado de salud (hábito de fumar, alcohol, etc.).

A diferencia de otros instrumentos de medida de la CVRS, el CHIPAE además de recoger la percepción del adolescente sobre dimensiones físicas, psicológicas y sociales relacionadas con la salud, incorpora dimensiones que recopilan información sobre factores que pueden ser perjudiciales. La definición de salud y enfermedad incluye no solo síntomas y dolencias, sino también la participación en actividades especialmente relevantes para el desarrollo de los jóvenes (97). Así existe una relación intrínseca de lo biológico, social y medioambiental con la salud y enfermedad.

A partir de un cuestionario preliminar, se hicieron una serie de revisiones y análisis en diferentes poblaciones con el fin de examinar la fiabilidad de la consistencia interna, estabilidad test-retest de los ítems y subdominios, algunos aspectos de la validez de los constructos que incluye convergencia, criterio e hipótesis diferenciadora, y la interrelación de los aspectos medidos de salud (98). Las primeras poblaciones en recibir el cuestionario fueron los estudiantes de escuelas media y superior de dos zonas, una urbana en el este de Baltimore (Maryland) y en el norte de Baltimore, y otra rural en el oeste de Maryland y en Arkansas. Un total de 3451 estudiantes respondieron al cuestionario desde el grado 6º al 12º. Este estudio se llevó a cabo entre finales de 1991 y primavera de 1992. En estas poblaciones se hizo el análisis de la fiabilidad de la consistencia interna, estabilidad test-retest, concordancia padres-adolescentes, la distribución y patrones de respuesta y las sugerencias realizadas por los estudiantes y la adicción de ítems. Como resultado, se obtiene un test

con seis dominios, satisfacción, bienestar, resiliencia, riesgos, enfermedades, consecución de funciones, y veinte subdominios.

En cuanto a la aplicación del CHIP-AE a población española, en 1999 se hizo una prueba piloto con el fin de valorar la validez y fiabilidad de la versión española (99), el trabajo de campo se realizó durante el año 1999, con adolescentes sanos procedentes de un colegio de Barcelona y de un colegio público de Tenerife, un total de 481 jóvenes, además se añadieron 68 adolescentes con problemas agudos (infecciones menores, lesiones), enfermedades crónicas (diabetes, asma, fibrosis quística) o problemas de salud mental (trastorno de conducta o emocionales), dichos jóvenes se seleccionaron de consultas externas, urgencias hospitalarias y centros de atención primaria y salud mental de la ciudad de Barcelona y de los municipios de Granollers, Cornellá y Mollet del Vallés (Barcelona).

En una segunda fase se realizó un estudio transversal para comprobar la validez estructural, convergencia-discriminante, validez de criterio y la consistencia interna de la versión española del CHIP-AE a partir de una muestra de 1108 escolares de 12 a 19 años de la ciudad de Barcelona, dicho estudio tuvo lugar durante el año 2000, obteniendo los valores poblacionales de referencia para población española. Los autores defienden que “la versión española del CHIP-AE es equivalente semántica y conceptualmente a la original y los resultados de sus propiedades psicométricas son adecuados” obteniendo coeficientes de fiabilidad superiores a 0,70 en la mayoría de las variables (95,100). El CHIP-AE validado para población española (101,102), cuenta con seis dimensiones, satisfacción, bienestar, resiliencia, riesgos, enfermedades y consecución de funciones (ver figura 1).

Figura 1. Dimensiones del Cuestionario CHIP-AE



Nota. Figura de elaboración propia.

Cada de estas dimensiones se componen de dos o más subdimensiones tratadas como escalas o índices (ver tabla 2). Cada subdimensión se puntúa como la media de las puntuaciones de los ítems correspondientes y las de las dimensiones a partir de las puntuaciones medias de las subdimensiones. Como resultado se obtiene una puntuación para cada dimensión a partir de las cuales es posible generar un perfil de salud para cada adolescente. Si el adolescente responde al menos el 70% de los ítems de cada subdimensión, la puntuación media de los ítems contestados se imputa a los no contestados. Las subdimensiones se puntúan en sentido positivo hacia la salud, de forma que una puntuación más elevada indica mejor Satisfacción, más Bienestar, más Resistencia, menos Riesgos, menor presencia de Enfermedades o más Consecución de Funciones. Cada una de las dimensiones que conforman el CHIP-AE se describen a continuación.

Satisfacción

Constituida por aspectos relacionados con la satisfacción con la propia salud y la autoestima de cada adolescente. Incluye percepciones de bienestar y autoestima, así como la percepción general de salud y actitudes hacia la misma. La autoestima, subdimensión incluida en Satisfacción, es la definición que hace el adolescente de sí mismo (103).

Bienestar

Recoge sentimientos físicos y emociones. Incluye una variedad de síntomas que normalmente interfieren en el bienestar, así como en las percepciones de buena salud. Los síntomas reflejan la experiencia de la enfermedad, que se contrapone al concepto de enfermedad o trastorno como diagnóstico médico. Son la base principal para la búsqueda de atención médica y bienestar de los pacientes. La evaluación de los síntomas y las percepciones positivas de salud de adolescentes es especialmente importante porque representa un índice de bienestar que es primordial en la definición de salud. En esta dimensión se incluye la subdimensión limitaciones de la actividad que analiza las restricciones de actividad manifestadas por la ausencia en el colegio o reducciones en las actividades cotidianas, así como las limitaciones específicas por morbilidad. Estas limitaciones reflejan el “estado funcional” derivado del impacto de los síntomas del individuo. (104)

Resiliencia

Incluye estados y comportamientos que reducen la posibilidad de problemas de salud. Analiza los aspectos positivos de la salud que se caracteriza por la existencia de determinados patrones de comportamiento. Además, incluye fenómenos o características que están relacionados con la capacidad de resistir las amenazas al estado del bienestar que puedan surgir a lo largo de la vida. Las

subdimensiones participación familiar, resolución de problemas, actividad física y salud y seguridad en el hogar recogen aspectos positivos de la resiliencia. La subdimensión que recoge información sobre relaciones familiares, tiene ítems que refleja la cantidad y tipo de actividades realizadas en la familia y si el/la adolescente percibe que tiene una persona adulta que le apoya o que le respalda. La subdimensión resolución de problemas refleja la forma en que los adolescentes tratan un hipotético problema desde una perspectiva constructiva. La subdimensión actividad física refleja si el/la adolescente practica actividades que requieren un esfuerzo físico (correr, deporte en equipo). La subdimensión salud y seguridad en el hogar incluye ítems relacionados con el hogar (por ejemplo, la alimentación) o con factores que reducen la posibilidad de accidentes o daños. Esta subdimensión se considera más un índice que una escala, cómo pasa con la subdimensión de actividad física, por no existir una conexión teórica entre los ítems de la subdimensión.

Riesgos

Mide estados y conductas relacionados con la probabilidad de padecer futuros problemas de salud (futuras enfermedades y lesiones), es lo opuesto a la resiliencia. Incluye tres subdimensiones: la primera, riesgos individuales refleja actividades como fumar, tomar drogas o las prácticas sexuales de riesgo, seguridad vial; La segunda subdimensión es la amenaza a logros, describe comportamientos negativos que amenazan con alterar el desarrollo social del adolescente como mentir, hacer trampas, robar o desobedecer en la escuela; La subdimensión influencia de pares está constituida por preguntas que describe si el/la adolescente se relaciona con amigos/as que practican comportamientos de riesgo.

Enfermedades

Se refiere a enfermedades físicas, mentales o lesiones y deficiencias. La información sobre las enfermedades o problemas de salud, no siempre se pueden hacer siguiendo criterios de los servicios sanitarios, examinando al paciente exhaustivamente o mediante pruebas para el diagnóstico, pero cómo alternativa se pregunta a los individuos sobre los problemas de salud recientes o pasados a partir del contacto que tuvieron con los servicios sanitarios. Si existe esta información a partir de historias clínicas, no es necesario cumplimentar esta dimensión. Esta dimensión es opcional y puede excluirse en función del objetivo del estudio.

Consecución de funciones

Refleja el estado de desarrollo social o logros alcanzados según lo socialmente esperado, en la mayoría de los adolescentes se refiere a tareas escolares, y en alguno de ellos, laborales. Estos dos

roles son los que conforman las subdimensiones. Se pretende analizar si el adolescente está realizando las actividades esperables para su edad.

Tabla 2. Dimensiones y subdimensiones de la versión española del CHIP-AE

Dimensiones (total de ítems): descripción de la dimensión	Subdimensiones	N.º de ítems
Satisfacción (12): percepción del estado general de salud y bienestar.	Satisfacción salud general	7
	Autoestima	5
Bienestar (45): sensaciones físicas y emocionales que interfieren en el confort.	Bienestar físico	24
	Bienestar emocional	14
	Limitaciones de actividad	7
Resistencia (31): estados y conductas que reducen la probabilidad de subsecuentes problemas de salud.	Participación familiar	7
	Resolución de problemas	8
	Actividad física	5
	Salud y seguridad en el hogar	11
Riesgos (38): estados y conductas que acentúan la probabilidad de subsecuentes problemas de salud o accidentes.	Riesgo individual	18
	Amenazas a logros	15
	Influencia de pares	5
Enfermedades (45): entidades diagnósticas que incluyen enfermedades agudas, crónicas, accidentes y problemas de salud mental.	Enfermedades agudas leves	10
	Enfermedades agudas graves	9
	Enfermedades recurrentes	11
	Enfermedades clínicas de larga duración	6
	Enfermedades quirúrgicas de larga evolución	5
	Enfermedades psicológicas	4
Rendimiento (11): rendimiento esperado en la escuela y trabajo.	Rendimiento laboral	4
	Rendimiento académico	7
N.º total de ítems		182

Nota. Tabla de elaboración propia.

OBJETIVOS DEL PROYECTO E HIPÓTESIS

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Este proyecto tiene la intención de demostrar la importancia de intervenciones de educación en hábitos de vida saludable en adolescentes e incrementar la promoción de la salud en los centros educativos.

El objetivo principal de este estudio fue medir el impacto sobre las dimensiones de la salud de los adolescentes del programa “Educación para la salud en la adolescencia” durante el periodo de tiempo de 2015-2019. Como objetivos específicos nos planteamos determinar si la intervención fue efectiva, y si el cambio provocado por dicha intervención sería mayor al de una evolución por razón de edad de los adolescentes.

HIPÓTESIS

Como hipótesis planteamos que el programa de educación “Educación para la salud en la adolescencia” mejora la salud percibida de los adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Se trata de un ensayo comunitario de intervención cuasi experimental analítico pre y post test, con grupo control. Se basó en un programa comunitario de educación sanitaria y afectivo-sexual dirigido a adolescentes a partir de los 12 años titulado: “Proyecto de Salud comunitaria: Educación para la salud en la adolescencia” Ref. CEIC: 15/16 implementado en la ZBS de Parquesol, Valladolid. Para llevar a cabo el estudio se recogieron datos de la intervención durante 4 años mediante cuestionarios a los alumnos, antes y después de recibir el programa educativo. La encuesta se cumplimentó durante las horas de tutoría de forma anónima. El estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica del área sanitaria Valladolid Oeste (Ref. CEIm: PI143-19).

MUESTRA Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se llevó a cabo un muestreo por conglomerados, eligiendo los 3 IES de nuestra ZBS y estratificada por cursos de 2º y 4º ESO (ver tabla 3). Se recogieron 407 encuestas de un total de 551 alumnos entre 13 y 17 años (tasa de respuesta del 74%).

El grupo de intervención (GI) lo formaron 151 alumnos matriculados en 4º ESO en los IES Parquesol y Julián Marías (Valladolid) en el curso académico 2018-19. Recibieron la intervención desde que cursaban 1º ESO en el curso académico 2015-16 y responden la encuesta al finalizar la intervención en 2019.

El grupo control (GC) lo formaron 43 alumnos que en el curso 2018-19 se encontraban en 4º de la ESO en el IES José Jiménez Lozano (Valladolid). Este grupo respondió al cuestionario sin recibir la intervención.

El grupo basal (GB) fueron 213 alumnos de 2º ESO (curso 2015/16) de los mismos IES que el GI. Éstos respondieron el cuestionario previamente a recibir la intervención. No se pudo obtener las respuestas previas del GI, pero utilizamos los datos del GB para estudiar el efecto de la edad.

Se estableció como criterio de inclusión los alumnos matriculados en el IES a estudio que aceptaran participar, bajo consentimiento informado de sus padres o tutores legales. Como criterio de exclusión se estipuló aquellos alumnos que no aceptaran participar o no obtuvieran la autorización de los padres o tutores legales, y los destinados al grupo de intervención que no recibieran la intervención. En ninguno de los centros educativos escogidos se realizaban previamente intervenciones comunitarias ni formaciones sobre salud y educación afectivo-sexual.

Tabla 3. Distribución de la muestra a estudio.

GRUPOS DE ESTUDIO	CURSO ACADÉMICO	N.º ALUMNOS	IES Y CURSO
GRUPO DE INTERVENCIÓN	2018/19	151	IES JULIAN MARÍAS 4º ESO
			IES PARQUESOL 4º ESO
GRUPO CONTROL	2018/19	43	IES JIMENEZ LOZANO 4º ESO
GRUPO BASAL	2015/16	213	IES JULIÁN MARÍAS 2º ESO
			IES PARQUESOL 2º ESO

Nota. Tabla de elaboración propia.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Se basó en un programa comunitario de educación sanitaria y afectivo-sexual dirigido a adolescentes a partir de los 12 años que se encuentran cursando la Educación Secundaria Obligatoria en nuestra área de salud, denominado “Educación Para la Salud en la Adolescencia” (ANEXO 2). Se lleva realizando 20 años en el CS Parquesol dirigido por la tutora coordinadora de formación especializada del CS. Los Residentes, tanto de Medicina (MIR) como de enfermería (EIR), desarrollan las charlas y talleres bajo la supervisión de matronas, enfermeras de pediatría y jóvenes adjuntos de Medicina Familiar y Comunitaria, junto con el profesorado de los institutos. Se trata de un programa de intervención comunitaria de educación sanitaria y afectivo-sexual con un enfoque integral sobre la población adolescente de nuestro ZBS.

Con este proyecto se pretende presentar y acercar al personal sanitario al contexto social del adolescente, no solo como personal de referencia en caso de enfermedad, sino como promotores de salud.

Está supervisado en todo momento por los responsables del mismo, y está incluido dentro de la normativa del programa formativo de las distintas especialidades de enfermería y medicina, y con el mismo queremos cubrir esta parcela de la formación a los diferentes profesionales que roten por nuestra área de salud: EIR de: matrona, enfermería familiar comunitaria, y pediatría; y MIR de medicina familiar y comunitaria. (105–108)

Los profesionales en formación, dentro de la atención en la adolescencia deben adquirir capacidades para promover la salud y prevenir la enfermedad de los adolescentes en sus aspectos biológico, psicológico y social, tanto individual como grupalmente. Además, han de fomentar el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general. Dentro del desarrollo profesional se han de promover conductas responsables respecto a las actividades que entrañan riesgo y detectar precozmente conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación y las autolesiones, entre otras. Por último, la colaboración y participación en programas de educación para la salud ha de ser un complemento imprescindible dentro de la formación sanitaria especializada.

Se utilizó metodología constructivista, siendo ésta la corriente educativa que entrega al alumno las herramientas necesarias para que él mismo construya su aprendizaje (17). Respecto a la educación sexual se fundamentó en el modelo biográfico-profesional, que parte del concepto positivo de la salud y se fundamenta en el conocimiento científico, la formación no sesgada y la libre elección (15,109).

Se utilizó material diseñado para la educación para la salud para favorecer la participación del alumno y generar un aprendizaje activo: audiovisual, juegos, etc.

Las charlas y talleres educativos se impartían en las horas de tutorías. Al ser longitudinal se pretendió que los alumnos recibieran los conocimientos adecuados según su momento evolutivo, por lo que se adaptaron los diferentes talleres según las edades en los diferentes niveles educativos y atendiendo a la diversidad. Los temas a tratar fueron: alimentación y hábitos saludables; autoestima, resiliencia, igualdad y ética de las relaciones; pubertad; sexualidad; anticonceptivos y prevención de ITS; amor romántico y duelo en la ruptura amorosa; prevención de hábitos tóxicos, primeros auxilios y RCP; y prevención de drogodependencias.

Los profesionales sanitarios implicados en este proyecto eran personal cualificado, dada su actividad profesional y su experiencia en las actividades de promoción y educación para la salud en los distintos talleres que llevaron a cabo a lo largo de su trayectoria profesional.

Los contenidos tenidos en cuenta fueron de tipo:

- Conceptuales e informativos: han estado siempre presentes en la educación. La intención es que adquieran conocimientos sobre autocuidados, hábitos saludables y sexualidad, que comprendan que es ser sexuado y como tal interactuar, para así fomentar la autoestima y el respeto por los demás.

- Procedimentales: mediante diferentes dinámicas trabajamos estrategias y destrezas, porque entendemos la educación sanitaria como un entrenamiento en habilidades interpersonales y sociales para mejorar el concepto global de salud.

-Relacionados con actitudes y valores: no se trata de adquirir únicamente conocimientos y habilidades, sino conformar actitudes y valores. Con el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales y adaptarse al grupo social vemos necesario que adquieran conductas eficaces y asertivas para saber comunicarse, decir lo que realmente desean y tomar decisiones adecuadas.

INSTRUMENTO DE MEDIDA Y VARIABLES

Se utilizó el cuestionario CHIP-AE validado para España (97) (ANEXO 3). Se cumplimentará vía web en el aula de informática de su centro, de forma anónima y durante las horas de tutorías.

No se analizó la dimensión “Enfermedades”, con sus 6 subdimensiones, ya que es opcional y no resultaba de utilidad en nuestro estudio. Tampoco se consideró la subdimensión “Rendimiento Laboral” debido al mínimo número de alumnos que trabajan a esta edad. Con lo que contamos con un total de 5 dimensiones y 13 subdimensiones (tabla 4).

Para la interpretación de los resultados en las variables de naturaleza negativa (Riesgos, Amenazas a logros, limitación de la actividad e Influencia de pares) la mejora será inversamente proporcional al valor de la puntuación obtenida.

Tabla 4. Dimensiones y subdimensiones de la versión española del CHIP-AE tal como se utilizó en nuestro estudio.

Dimensiones (total de items): descripción de la dimensión	Subdimensiones	N.º de items
Satisfacción (12): percepción del estado general de salud y bienestar.	Satisfacción salud general	7
	Autoestima	5
Bienestar (45): sensaciones físicas y emocionales que interfieren en el confort.	Bienestar físico	24
	Bienestar emocional	14
	Limitaciones de actividad	7
Resistencia (31): estados y conductas que reducen la probabilidad de subsecuentes problemas de salud.	Participación familiar	7
	Resolución de problemas	8
	Actividad física	5
	Salud y seguridad en el hogar	11

Riesgos (38): estados y conductas que acentúan la probabilidad de subsecuentes problemas de salud o accidentes.	Riesgo individual	18
	Amenazas a logros	15
	Influencia de pares	5
Rendimiento (11): rendimiento esperado en la escuela y trabajo.	Rendimiento laboral	4

Nota. Tabla de elaboración propia.

Además de las dimensiones y subdimensiones se analizan una serie de variables de características sociodemográficas que se describen en la tabla 5:

Tabla 5. Variables sociodemográficas de la versión española del CHIP-AE.

Variables	Procedimiento	Mediciones
Edad	CHIP-AE	Años
Sexo	CHIP-AE	Hombre
		Mujer
Curso escolar	CHIP-AE	1º a 4º ESO
Estructura familiar	CHIP-AE	N.º convivientes
		Lazo familiar con convivientes
		Convivientes sin lazo familiar
Nivel de estudios de la madre y del padre	CHIP-AE	No sabe leer ni escribir
		No ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir
		Estudios primarios completos
		Estudios de graduado escolar
		Estudios de Bachiller superior
		Estudios universitarios
Dedicación laboral de la madre y del padre	CHIP-AE	Jornada completa
		Media jornada
		En paro
		Incapacitado y no trabaja
		Jubilado
		Ama de casa

		Estudiante
		Ha fallecido
Categoría profesional de la madre y del padre	CHIP-AE	Trabajador por cuenta propia sin empleados
		Trabajador por cuenta propia con empleados
		Gerente de una empresa
		Capataz, encargado o supervisor
		Otro tipo de asalariado o empleado
Ayudas o becas familiares	CHIP-AE	Subsidio del paro
		Otro tipo de ayuda económica familiar
		Becas de comedor escolar

Nota. Tabla de elaboración propia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO (METODOLOGÍA ESTADÍSTICA)

Se utilizó la aplicación informática: IBM-SPSS Statistics versión 25 (referencia: IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics v. 25.0 for Windows; Armonk. NY. USA). Se realizó una valoración global desde las variables de las dimensiones y las subdimensiones mediante la sintaxis creada por sus autores. (ANEXO 4)

La descriptiva de variables categóricas se plasmó en tablas de frecuencias y porcentajes. Para la descriptiva de variables cuantitativas se utilizaron estadísticos de centralidad (media con su intervalo de confianza -IC- y mediana), de variabilidad (mínimo y máximo, desviación estándar (DS) y amplitud intercuartil) y estadísticos de forma (asimetría y curtosis, que se emplearon para determinar el ajuste de las variables al modelo de la normal de Gauss).

Ante la falta de normalidad estadística de las variables cuantitativas, se empleó el test inferencial de contraste de Mann-Whitney para la diferencia entre promedios en 2 grupos de sujetos independientes entre sí. Se acompañó este test con la estimación del valor del tamaño del efecto (expresado en escala R^2 para más comodidad de interpretación) (tabla 6).

Tabla 6. Relación de los valores de la d de Cohen, con R^2 y el coeficiente r de correlación.

T.E. PEQUEÑO			T.E. MODERADO			T.E. GRANDE			T.E. MUY GRANDE		
d	R ²	r	d	R ²	r	d	R ²	r	d	R ²	r
<	<	<	0,40	0,038	0,196	0,80	0,138	0,371	1,20	0,265	0,514
0,10	0,002	0,050	0,50	0,059	0,243	0,90	0,168	0,410	1,30	0,267	0,545
0,20	0,010	0,100	0,60	0,083	0,287	1,00	0,200	0,447	1,40	0,329	0,573
0,30	0,022	0,148	0,65	0,096	0,309	1,10	0,232	0,482	1,50	0,360	0,600
0,35	0,030	0,172	0,70	0,109	0,330	1,15	0,250	0,500	>	>	>

Nota. Tabla elaborada por 3Datos SL.

Para el contraste inferencial de variables categóricas, se ha empleado desde tablas de contingencia el clásico Test Ji-cuadrado. Es cierto que éste es un test para determinar la existencia/ausencia de relación entre este tipo de variables, pero de la existencia de la misma se puede inferir la existencia de diferencias significativas en los porcentajes de la variable de respuesta entre las categorías del factor utilizando los valores de los residuos estandarizados corregidos (valores similares a las Z de la normal, donde el indicativo de significación es que los residuos sean ≥ 2). A este test se le ha acompañado de la estimación del tamaño del efecto (en R^2) calculado desde el valor del coeficiente W de Cramer, específico para estos cruces y similar al coeficiente de Pearson.

El nivel de significación será informado en todos los casos y se establecerá, para todas las pruebas, en una $p < 0,05$.

RESULTADOS

RESULTADOS

Tras describir las características de la muestra total, haremos una descripción comparativa de la muestra sin intervención (GB y GC) para conocer la situación de partida que se tiene antes de la realización del programa de intervención y detectar el efecto edad. A continuación, haremos la comparación de GI vs GC para determinar si la intervención es eficaz, provocando un cambio en el sentido esperado. Y, por último, la comparación de GI vs GB para comprobar si este cambio es mayor que el que se debe a una evolución por razón de edad/crecimiento de los adolescentes.

DESCRIPTIVA DE LA MUESTRA TOTAL.

De los 407 encuestados, 213 alumnos se encontraban en 2º de ESO (76% de 13 años). El resto, 194 alumnos pertenecían a 4º de ESO (76,7% de 15 años). Los grupos estaban equilibrados respecto al género, en 2º ESO 106 mujeres y 107 hombres (49,7% y 50,2% respectivamente) y en 4º ESO 105 mujeres y 89 varones (54,2% y 45,8% respectivamente).

Respecto a las variables, los resultados indicaron bastante homogeneidad en la mayoría de las variables (tabla 7).

DESCRIPTIVA DE LA MUESTRA SIN INTERVENCIÓN (GB Y GC).

Se han recogido las respuestas de un total de 256 adolescentes, de entre 13 y 17 años de los IES Parquesol, Julián Marías y Jiménez Lozano pertenecientes al barrio de Parquesol (Valladolid). La mayor parte (213 casos) se encuentran en 2º de ESO (un 76% de ellos con 13 años de edad) mientras que el resto (43) son de 4º de ESO (un 76,7% con 15 años de edad).

Por género el grupo está equilibrado entre hombres y mujeres (48,2% y 51,8%; fig. 2), con algo más de presencia de mujeres dentro del grupo de 4º ESO (55,8%; fig. 3).

Figura 2: Diagrama de sectores. Composición de la muestra según GÉNERO.

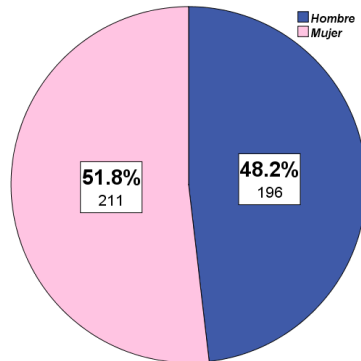
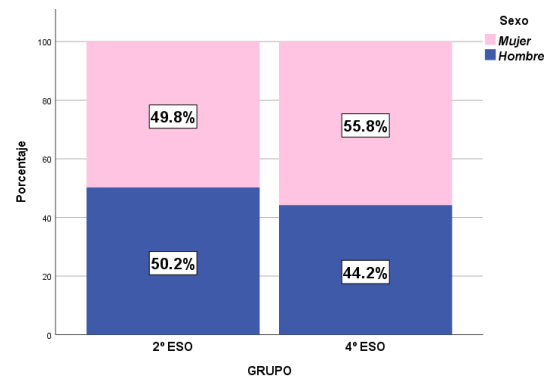


Figura 3: Diagrama de barras apiladas. Composición de la muestra según CURSO y GÉNERO.



Nota. Elaboración por 3Datos SL. mediante IBM SPSS Statistics 25

A continuación, se procede a describir las respuestas de todos estos participantes a las preguntas que componen la versión española validada del CHIP-AE. Se exponen los resultados para el grupo total, y desglosados en función de los 2 subgrupos que integran esta muestra: 2º y 4º de ESO.

Debido a la diferencia en el número de casos de estos dos grupos, para una más cómoda interpretación los resultados se representan en porcentaje sobre el N de respuestas válidas a cada ítem. Se presenta en forma tabulada agrupando preguntas según la relación entre sí.

- 2.- Sección A: Estructura familiar.

El número de personas que viven en la casa familiar, incluyendo al encuestado, varía en el rango entre 2 y 8, con una media de 4,00 en el grupo total y valores casi idénticos en los dos grupos: 3,99 en el de 2ª ESO y 4,05 en el 4º ESO. Por tanto, se puede intuir que la estructura familiar más habitual es la de la pareja de padres, más el encuestado y otro miembro de la familia que frecuentemente son hermanos/as del participante. La tabla 8 especifica de forma más detallada esta estructura.

- 2.1.- Sobre la madre.

Algo más de la mitad de la muestra: 57,2% (tabla 9) tiene madres que han llegado a realizar estudios universitarios. Tras ellas un 26,3% han superado el bachiller superior o similar. Estos resultados son muy similares en ambos grupos.

Al respecto de la situación laboral (tabla 10) casi la mitad de las madres trabajan a jornada completa (48,6%), porcentaje similar en ambos grupos. A éstas se puede sumar otro 20,6% que lo hace a media jornada, resultado que es más elevado entre los alumnos de 4º (29%) que entre los de 2º (11,5%). Las amas de casa, un 16,9% del total, compensan el resultado anterior, al contrario: 18,9% en el grupo de 2º frente al 7,1% en el de 4º. La tasa total de parados entre las madres es del 9,5%, mayor en el grupo de 2º ESO (10,9% frente a 2,4%).

Respecto de la categoría profesional (tabla 11) poco más del 20% trabajan por cuenta propia: 9,8% sin empleados y 11% con ellos. Frente a eso, un 43,8% son asalariadas. Solo en un 3,5% son gerentes de una empresa y un 6,5% dirigen alguna sección/departamento. Los datos son semejantes entre ambos cursos.

- 2.2.- Sobre el padre.

Aproximadamente la mitad de los participantes en este estudio tienen padres con nivel universitario y cerca de un 30% tienen bachiller superior o similar (ambos resultados son muy parejos en ambos cursos; tabla 12). Alrededor de las $\frac{3}{4}$ partes de estos padres trabajan a jornada completa, en tanto que un 14% lo hace a media jornada. Resultados parecidos en ambos cursos (tabla 13). La tasa total de parados es del 5,2%, mayor en el grupo de 4º ESO (4,3% frente a 9,5%).

Por último, al respecto de la categoría profesional (tabla 14) poco más del 28% trabajan por cuenta propia: 14,6% sin empleados + 13,7% con ellos. Frente a eso, un 31,7% son asalariados, aunque a ellos se les pueden unir otro como los gerentes (5%) y los que dirigen alguna sección/departamento (13,3%). Los datos son semejantes entre ambos cursos.

- 2.3.- Sobre la situación económica.

Un 9,1% de estas familias tienen subsidio de paro, más en el curso de 4º donde la proporción asciende al 14%. El 74% No recibe subsidio y el resto (16,3%) no saben responder. Un 5,5% percibe otro tipo de ayuda económica mientras que no lo reciben cerca del 80%, con datos similares para ambos cursos. Apenas un 3,2% de los participantes en este estudio tienen una beca para comedor escolar. No se benefician de la misma un 89% siendo dato similar para los 2 cursos. (tabla 15)

A continuación, comienza el análisis de las respuestas de estos 256 adolescentes, de 2º y 4º de ESO, que nos permiten describir cómo es la situación basal de esta población de estudio. Se presentan los porcentajes de cada respuesta, junto al valor medio calculado con la asignación de puntuaciones a estas respuestas que se indica en el manual de corrección e interpretación del cuestionario. Para cada pregunta se ha generado una tabla, con los resultados totales y de cada uno de los cursos. Las tablas

se han agrupado según las secciones del cuestionario. En los textos solo se hará mención a los cursos, cuando se aprecia una diferencia que sea llamativa. Se ha tratado de usar un lenguaje que sea lo más directo, claro y breve posible.

- 3.- Sección B.

Un 38% está completamente de acuerdo con la afirmación de *estar lleno de energía* (tabla 16) tasa que es algo superior en 2º que en 4º (41% vs 23,3%). A estos se puede unir el 43,1% que está bastante de acuerdo con esta sensación. La diferencia entre los cursos antes citada, implica que también hay diferencia en los que están solo un poco de acuerdo: 14,6% en 2º vs 30,2% en 4º. Es decir que parece haber una cierta tendencia a que esta sensación de estar bien, siendo alta en la mayoría de casos, es algo mayor entre los alumnos de 2º ESO.

Cerca de la mitad de la muestra (44,5%) está bastante de acuerdo con que resisten bien a las enfermedades. Junto a ellos, otro 34% están totalmente de acuerdo (tabla 17). En esta misma línea se pronuncian al respecto de su capacidad de recuperación al enfermarse (tabla 18): 39,1% totalmente de acuerdo, más 37,5% bastante de acuerdo.

Afirman que coordinan bien o muy bien sus movimientos un 89% de la muestra (tabla 19). Se sienten en buena forma física (tabla 21) casi el 75% de los encuestados. Por otro lado, un 66,7% está de acuerdo o muy de acuerdo con que su fuerza muscular es muy buena (tabla 25).

Creen que tiene cualidades positivas (tabla 20) un 85% de los participantes. Y más o menos los mismos están de acuerdo o muy de acuerdo con que tienen cosas de las que sentirse orgullosos/as (tabla 22). En el mismo sentido, un 62,9% está totalmente de acuerdo en que les gusta ser como son (tabla 23); y a ellos se les puede sumar el 24,2% que están bastante de acuerdo con esta afirmación. En concordancia con lo anterior, podemos decir que un 84,3% está satisfecho de cómo les va la vida (tabla 24).

Más de la mitad (52,7%) está completamente de acuerdo en que se sienten aceptados por los demás. A ellos podemos añadir el 37,9% que nos dice que está bastante de acuerdo (tabla 26).

Para terminar esta sección, aunque solo un 28.4% nos dice que su salud es excelente, también es cierto que hay otro 50.8% que ha respondido que es muy buena. Solo un 4.4% se siente regular y ninguno nos dijo que se siente mal (tabla 27).

- 4.- Sección C.

A la cuestión relativa a cuántos días, en el último mes, se han sentido enfermos casi un 66% del total dice que ningún día; pero se observa que esta afirmación es más frecuente entre los alumnos de 2º que entre los de 4º (72,2% vs 34,9%; tabla 28) quienes por el contrario respondieron más que se encontraron enfermos 1-3 días (41,9%) y 4-6 días (20,9%).

- Se levanta con sensación de cansancio, al menos 1 vez el 69% de la muestra, siendo mayor este resultado entre los de 4º curso (86% vs 65,6%; tabla 29). Estos alumnos de 4º, cifraron los días que se levantan cansados: entre 7-14 días (un 30,2%) o entre 15-28 días (32,6%), mientras que los de 2º valoraron estas respuestas en un 6,1% y un 8% respectivamente. En relación a la anterior, responden que nunca se han sentido sin fuerza o cansado con facilidad el 50,8% de la muestra, pero son más en 2º (54,5%) que en 4º (32,6%), dónde hay mayor frecuencia de las respuestas (tabla 30): entre 4-6 días (20,9%) y entre 7-14 días (23,3%). Estos resultados, son un claro indicador de un mayor nivel de cansancio en los participantes de 4ª curso de ESO.
- Le han picado, o llorado, los ojos, a un 43,7% de la muestra en al menos 1 ocasión; siendo de nuevo mayor la tasa de respuesta en 4º (62,9% vs 39,9%; tabla 31). La mayor diferencia entre cursos se encuentra en la aparición de este síntoma durante 4-6 días: 23,3% en 4º vs 6,6% en 2º.
- Los problemas de piel no son demasiado habituales: nunca lo ha tenido el 65,7% de la muestra, pero de nuevo se aprecia diferencia entre cursos (70,6% vs 41,9%) en el mismo sentido de las anteriores. La mayor diferencia aparece en que los 4º nos dicen que han tenido este problema entre 7-14 días (23,3% vs 3,8%; tabla 32).
- La tos no se ha presentado en menos de la mitad de la muestra: 47,4% (tabla 33). Y cuando aparece, no es muy frecuente: 27,3% entre 1-3 días, más 13,8% entre 4-6 días. La fiebre o escalofríos es aún menos frecuente: ningún día en el 69,1% de la muestra total; pero con algo más de aparición en los de 4º (44,1% vs 28,2%; tabla 34).
- La sensación de mareo no apareció nunca en el 68% de la muestra (tabla 35) pero de nuevo es más frecuente entre los de 4º curso (46,5% vs 29,1%) si bien es cierto que refieren que solo fueron 1-3 días (37,2%).
- Los problemas respiratorios son escasos ya que el 84,4% (tabla 36) nos dijo que no le pasó nunca durante este último mes sobre el que se consulta. En la misma línea encontramos las respuestas sobre la ausencia de dolor en el pecho: 86,1% (tabla 37).

- El dolor de cabeza, en cambio, es algo más frecuente ya que aparece al menos 1 vez en el 60,5% de total de participantes; algo más entre los de 4º curso (76,7% vs 57,3%; tabla 38). Aunque es cierto que en pocas ocasiones: solo 1-3 días (41%).
- Los dolores musculares o de articulaciones son referidos por casi la mitad de la muestra: un 48,6%; y de nuevo en mayor cantidad por los de 4º ESO (67,4% vs 44,8%; tabla 39). Estos valoran la presencia de este tipo de dolor principalmente entre 1-3 días (un 44,2%).
- El dolor de estómago está ausente en un 56,3% del grupo total, pero los indican como al menos 1 vez un 59,5% de 4º frente a 40,3% de 2º (tabla 40).
- La presencia de cualquier dolor que les haya molestado mucho, es referida (al menos 1 día) por el 35,5% del total (tabla 41): un 44,2% de 4º frente a un 33,8% de 2º. Este dolor aparece apenas entre 1-3 días: 22,3% del total (30,2% de 4º vs 22,3% de 2º).
- El vómito o las ganas de vomitar ha sido poco habitual: casi un 80% dijo que nunca (tabla 42) pero son más en 2º (82,2%) que en 4º (67,4%). La frecuencia de esta sensación es escasa: entre 1-3 días (23,3% en 4º vs 14,6% en 2º).
- Las secreciones no habituales en los órganos sexuales son muy poco frecuentes (tabla 43): un 96,5% del total dice que no les ocurrió ningún día. En el mismo sentido nos refieren la ausencia de molestias o dolor al orinar: 95,7% (tabla 44).
- La falta de apetito, o la presencia de algún problema para comer, es también algo no muy común. Responde que nunca les paso, un 65,1% del total; y que solo fueron 1-3 días, otro 22,4% (tabla 45).
- Los problemas con el sueño, en cambio, sí que son más habituales puesto que aparecen al menos en 1 ocasión en el 63,3% de los participantes (tabla 46): en un 37,1% entre 1-3 días, más un 15,2% en 4-6 días. Es de destacar un notable 7,4% en el que parece un problema habitual (15-28 días, en el último mes).
- La diarrea no es muy habitual: nunca la tuvo el 89% de la muestra (tabla 47). Pero está más presente entre los de 4º (23,3%) que entre los de 2º (8,5%). Aunque la frecuencia es baja: 1-3 días (18,6%). El estreñimiento está aún menos presente: un 93% nunca (tabla 48). Pero una vez más, cuando aparece lo hace más entre los de 4º (20,9% vs 4,2%): un 11,6% entre 1-3 días y un 9,3% entre 4-6 días.
- La sensación de tristeza o depresión, ha sido referida (al menos 1 día) por casi la mitad del total: un 48,6% (tabla 49) y mucho más entre los estudiantes de 4º (74,4%) que entre los de 2º

- (43,4%). Los de 4º indicaron que esta sensación la tenían entre 1-3 días (41,9%) o entre 7-14 días (25,6%); mientras que los de 2º dijeron que 1-3 días (27,4%).
- Les ha costado relajarse al menos 1 vez al 44,3% del total (tabla 50), pero este resultado es bastante mayor en los de 4º curso (60,5%) que en los 2º (41%). En la misma línea, un 65,2% del total se ha pronunciado diciendo que estuvieron nerviosos o tensos al menos una vez (tabla 51), siendo muchos más en 4º curso que en 2º: 95,3% vs 59,2%. La mayor diferencia entre cursos en esta alteración aparece, sobre todo: entre 4-6 días (27,9% vs 9,4%) y entre 7-14 días (18,6% vs 5,6%).
 - Los resultados a la pregunta relativa al mal humor, son similares a estos anteriores (tabla 52): al menos 1 día nos responde el 68% del total, pero son bastantes más en 4º (83,7% vs 64,8%). Los de 2º nos dicen que este mal humor está presente 1-3 días (39%), en tanto que los de 4º nos dice que 4.-6 días (39,5%). Y siguiendo por este camino, dicen que nunca han estado irritables (tabla 53) el 61,8% de 2º curso, pero nos han respondido que al menos 1 día, el 74,4% de los de 4º curso (un 41,9% entre 4-6 días).
 - El llanto, nunca se dio en el 68% del total (tabla 54) pero son más lo de 2º (73,2%); por lo que se deriva que lloraron al menos 1 vez un 58,1% de los alumnos de 4º. Las diferencias aparecen sobre todo en la frecuencia de días de lloro: 1-3 días (un 27,9% vs 16,4%) y 4-6 días (20,9% vs 5,6%); e incluso 7-14 días (7% vs 2,3%).
 - El miedo (tabla 55) es relativamente poco frecuente en los alumnos de 2º (71,4% dijo que nunca) pero es bastante habitual entre los de 4º curso (60,5%, al menos 1 día). Comparando las frecuencias de aparición, es mayor en 4º: en 1-3 días (32,6% vs 17,8%) y en 4-6 días (20,9% vs 5,2%).
 - La última pregunta de este sub-bloque (la C29) es solo para mujeres. Los problemas con la regla son poco habituales: un 79,5% nunca. Pero cuando aparecen, lo hacen más entre las de 4º (tabla 56): 33,3% vs 17,5%; estando esta diferencia casi solo reducida a la frecuencia entre 1-3 días (20,8% vs 8,7%).

En cuanto a las buenas sensaciones:

- Ha estado la mayoría de los días (15-28) sin ningún dolor, solo el 21,9% de la muestra; en tanto que han tenido algún dolor de forma permanente el 33,2% (tabla 57).
- Se ha levantado sintiéndose como nuevo, la mayor parte de los días, el 26,3% (tabla 58), mientras que nunca lo ha hecho el 24,3% (25,9% de 2º y 16,3% de 4º).

- Se han sentido muy sanos la mayoría de los días solamente el 18.7% del total (15.9% de 2º vs 32.6% de 4º) y nunca se han sentido así el 36.7% del total (38.5% de 2º vs 27.9% de 4º; tabla 59).
- Han tenido la sensación de que los están haciendo todo bien: un 21.4% la mayoría de los días frente a un 17.1% ningún día (tabla 60).
- Se ha sentido querido o amado (tabla 61) la mayor parte de los días, solamente el 8.7% del total, mientras que nunca se han sentido así el 55.1%, principalmente los de 2º (55.1% vs 34.9%).

Debido a problemas físicos o emocionales:

- Nunca ha faltado más de medio día al colegio o al trabajo el 77% del total (tabla 62). Pero esta asistencia es mucho mayor en 2º (81.7%) que en 4º (53.5%). Un 30.2% de los de 4º han faltado entre 1-3 días.
- Nunca han estado en la cama más de ½ día (sin contar la falta al colegio o trabajo) casi un 80% del total, tasa que de nuevo es muy superior en 2º que en 4º: 85.4% vs 51.2% (tabla 63). Los de 4º han estado en cama más de medio día, sin motivo, entre 1-3 veces el 30.2%.
- Nunca han dejado de hacer sus actividades habituales (sin contar la falta al colegio o quedarse en cama) el 80.1% de la muestra total (tabla 64): un 83.1% de 2º vs un 65.1% de 4º curso. Éstos han dejado de hacer sus actividades: 1-3 días, el 11.6 y 4-6 días el 16.3%.
- Nunca han tenido dificultades para caminar, el 90.6% (tabla 65): 92% en 2º y 83.7% en 4º curso. Pero cuando se pregunta por las dificultades para correr el porcentaje de la respuesta “nunca” desciende al 78.5% en el total, al 80.8% en 2º y el 67.4% en 4º (tabla 66).
- Dificultades para agacharse, inclinarse, estirarse o levantar algo, están siempre ausentes en el 79.6% de la muestra (tabla 67). Cuando aparecen son apenas 1-3 veces al mes (14.1%).
- Problemas en las manos/dedos que les dificulten cosas como escribir o atarse los zapatos, han sido muy poco habituales: 93.4% nunca (tabla 68).

Mantiene su peso el 76% del total (tabla 69): un poco más en 4º que en 2º (81.4% vs 74.9%). La pérdida no intencionada de peso, no obstante, es pequeña: <2 Kg en el 18.1% y superior a esa cantidad en el 5.9% restante.

En el último año, ha vomitado con intención de perder peso apenas un 2.3% del total (algo más entre los de 4º (4.7%; tabla 70). Mientras que afirman haberse atiborrado a comer sin poder parar al menos en 1 ocasión: el 22.7% del total (19.7% en 2º y 37.2% en 4º; tabla 71).

Se ha autolesionado, o ha intentado suicidarse (alguna vez) un 12.9% de la muestra, sin diferencias entre curso en esta cantidad. Y aunque estos antecedentes no son muy recientes (tabla 72) un 14% de los de 4º curso nos han dicho que lo hicieron hace más de 1 año (frente al 6.6% de 2º). En las últimas 4 semanas, no ha respondido un 2% (todos ellos de 2º).

- 5.- Sección D.

En esta sección dedicada a la práctica deportiva realizada en el mes anterior a responder al cuestionario, se ha observado que:

- Un 32.4% de la muestra no ha realizado nada de deporte o ejercicio. Algo más en 2º curso que en 4º (33.8% vs 25.6%; tabla 73). Otro 36.7% lo ha practicado menos de 10 días (38% en 2º y 30.2% en 4º). Los adolescentes que realizan deporte o ejercicio de forma habitual, es decir la mayor parte de los días, son apenas un 9% de la muestra (8% en 2º y 14% en 4º).
- A la cuestión relacionada con el número de abdominales que hicieron la última vez (tabla 74) encontramos que aproximadamente un 20% no hace ninguno, frente a un 33% que nos dice que hicieron más de 50 junto a otro 25% que entre 21-50.
- En cuanto a la distancia andada sin cansarse (tabla 75) solo un 4.3% dice que no ha andado anda: bastantes más en 4º que en 2º (14% vs 2.3%). Por el contrario, casi el 35% informa de que caminó más de 1.5Km, también bastante más en 4º (46.5%) que en 2º (32.4%). Alrededor de un 25% estuvo andando entre 900 y 1500 mts.
- No ha corrido (tabla 76) un 7.8% de la muestra, y en concordancia con las respuestas a la pregunta anterior son más en 4º que en 2º (16.3% vs 6.1%). En el extremo opuesto, un 23.5% (similar en ambos cursos) corrieron más de 30 min y un 19% entre 20-29 min (más en 4º: 32.6% vs 16%).
- Por último, juegan o participan en equipos deportivos con entrenador (fútbol, baloncesto, etc.) más de la mitad de la muestra: 58.6% (tabla 77), pero son muchos más en el grupo de 2º (62.4%) que en 4º (39.5%).

- 6.- Sección E.

Durante el último año:

- Ha buscado emociones fuertes, haciendo carreras en bici, moto, monopatín, etc., al menos 1 vez el 46.9% de la muestra (algo más en 4º: 53.5% vs 45.6%; tabla 78). Además, refieren que lo han hecho en varias ocasiones un 32.6% de los alumnos de 4º frente al 17.4% de 2º.

- Ha hecho algo arriesgado o peligroso (por una apuesta), al menos 1 vez el 21.9% (tabla 79), bastantes más en 4º curso (44.2% vs 17.4%). Un 82.6% de los 2º no lo hicieron nunca.
- Algo más de la mitad de los participantes afirman que se han saltado alguna norma de los padres solo para ver si se pueden salir con la suya (55.1%; tabla 80). De nuevo, son más en 4º que en 2º (67.4% vs 52.6%). Un 18%, además, lo han hecho varias veces.
- Un 71% afirma que no ha robado ni se ha llevado nada sin pagar, por tanto, el 29% restante sí, al menos 1 vez, y un 9.5% varias veces (tabla 81). La tasa es algo mayor en 4º que en 2º: 25.6% vs 18.2% lo ha hecho 1-2 veces.
- Un 93% no ha salido de casa mientras sus padres creían que estaba durmiendo (tabla 82), siendo bastantes más los de 2º que no lo hicieron (96.2% vs 76.7%). A destacar un 9.3% de 4º que lo ha hecho varias veces.
- Un 89.1% no ha subido a un coche sabiendo que el conductor podría ser imprudente (tabla 83): un 92% de 2º por solo un 74.4% de 4º curso. Entre éstos, un 16.3% los hizo 1-2 veces y un 9.3% con más frecuencia.

Al respecto del tiempo diario dedicado a ver TV en día escolar, muy cerca de la mitad de la muestra, el 45.7%, nos dice que entre 1-2 horas, un poco más entre los 2º (47.9% vs 34.9%). Pero los de 4º dedican más horas a ver TV (tabla 84) puesto que un 23.3% la ve 3-4 h, más otro 18.6% que la ve más de 4 horas; mientras que un 33.3% de 2º la ve menos de 1 hora.

El tiempo transcurrido desde la última que vez que hicieron alguna de las siguientes actividades, fue:

- Montar en bici (tabla 85): un 40% durante este año y un 35.6% en el mes pasado.
- Puesto casco al montar en bici (tabla 86): un 46.6% nunca, pero son muchos más los de 2º que los de 4º (73.9% vs 42.6%).
- Montar en moto (tabla 87): un 70.7% nunca, algo más en 2º que en 4º (72.4% vs 61.8%). Frente a todos estos, un 8% los hizo por última vez la semana pasada.
- Puesto casco para montar en moto (tabla 88): los resultados son muy similares a los anteriores. Un 27.7% se puso casco, el 9.2% cuando usó la moto la última semana.
- Conducir un coche (tabla 89): cerca del 91% no lo hizo nunca. Un 3.4%, la semana pasada. Prácticamente ninguno tomó alcohol antes de conducir (tabla 90). Y usaron cinturón de seguridad, casi todos: 93% (tabla 91).
- Llevar un arma como medio de defensa (tabla 92) un 93% nunca y un 4% durante el último año.

- Formar parte de una banda juvenil organizada (tabla 93): un 95% nunca. Un 2.4%, todos ellos de 2º curso, dicen que lo han hecho muy recientemente.
- Fumar cigarrillos (tabla 94): un 82.2% nunca, siendo muchos más los de 2º (86.5% vs 59%); es decir que hay un 61% de 4º que han probado el tabaco al menos 1 vez: 15.4% durante el último año y 23.1% han fumado en la última semana.
- Mascado tabaco o fumado en pipa (tabla 95) muy pocos: un 96.5% nunca. Pero algo más en 4º (11.9% alguna vez).
- Bebido cerveza o vino (tabla 96): desciende al 61.3% los que responden que nunca. Por tanto, hay un 38.7% que sí ha bebido al menos una vez, siendo muchos más en 4º curso (56.1%) que en 2º (35.1%). La han consumido en el último mes: un 34.1% de 4º vs un 11.9% de 2º.
- Han bebido licores, solos o combinados (tabla 97): un 64.1% nunca. Se observan más bebedores, de nuevo en 4º (60%) que en 2º curso (31.2%). El consumo ha sido también más reciente entre los de 4º: último mes un 37.5% vs 10.7% y última semana un 12.5% vs 6.8%.
- Han bebido 5 o más copas seguidas en la misma noche estando de fiesta (tabla 98): un 10% de 2º alguna vez frente a un 41.5% de 4º curso. Estos de 4º, lo hicieron: 12.2% la última semana, 14.6% en el último mes.
- Ha fumado porros (tabla 99) apenas un 4%; un poco más en 4º curso: 10%, entre los cuales la mitad en la última semana.
- Solo 1 caso ha tomado medicamentos para aumentar su musculatura (tabla 100).
- Muy pocos han inhalado sustancias como pegamento, cola o gasolina (tabla 101): un 97% no lo hizo nunca.
- Apenas 2 casos han tomado cocaína o crack (tabla 102): uno de cada curso. Y la misma respuesta hemos obtenido a la pregunta sobre otros tipos de drogas (tabla 103).
- Nunca se ha escapado de casa (tabla 104) el 93.5%. Cerca de un 4% en el último año.
- Nunca han amenazado con herir a alguien (tabla 105) el 88% del total. Pero entre los que sí lo ha hecho, tenemos más en 4º que en 2º: 26.8% vs 9.2%. Entre estos de 4º curso, un 12.2% lo hizo la última semana. Resultados idénticos se han obtenido en la siguiente pregunta sobre el ataque ya realizado (tabla 106).
- Muy pocos confiesan haber robado algo de por valor superior a 10€ (tabla 107): un 7.3%
- Nunca han destruido algo que no les pertenecía (tabla 108): el 82% de la muestra. Entre los que lo han llegado a hacer alguna vez, hay más de 4º que de 2º (26.5% vs 16.8%); y un 11.8% nos dice que los hizo en el último mes.

Entre sus amistades:

- Fuman cigarrillos (tabla 109): un 49% algunos, más 17.4% dice que la mayoría.
- Beben alcohol (tabla 110): ningún amigo de un 27.2% del total. Pero tienen muchos más amigos bebedores los de 4º (95.3%) que los de 2º (68.2%). En este sentido un 16.3% de 4º nos dice que todos sus amigos beben.
- Fuman porros (tabla 111): un 69.2% de 2º responde que ninguno y un 35% que algunos. Pero en 4º curso, ya solo un 28% nos dijo que ninguno y un 65.1% que algunos.
- Toman otras drogas (tabla 112): un 11% algunos amigos (algo más en 4º: 16.3%).
- Tienen relaciones sexuales (tabla 113): un 72% de 2º dijo que ninguno, con un 25% que nos informa que alguno. En cambio, en 4º ya solo un 7% responde que ninguno de sus amigos y un 74.4% que algunos.

Al respecto de ellos mismos y su sexualidad:

- No ha tenido relaciones sexuales (tabla 114): el 95.2% de 2º y el 64.3% de 4º.
- La edad de su 1ª relación sexual (tabla 115) fue entre los 14 y 15 años. Un 50% de 2º a los 14 años y un 57.1% de los de 4º a los 15 años.
- La gran mayoría de los de 2º han tenido relaciones sexuales solo con 1 persona del otro sexo: 80% (tabla 116); mientras que entre los de 4º ya hay más variedad: desde un 46.7% con 1 persona hasta 13.3% con 4 o más personas del otro sexo.
- Por otro lado, las relaciones con personas del mismo sexo (tabla 117), son: un 10% en 2º vs un 6.7% en 4º.

Consultados sobre los métodos anticonceptivos que han empleado durante sus relaciones sexuales, las respuestas indican que usaban preservativos (18 casos sobre 25 respuestas totales). Tres dijeron que la “marcha atrás” y otros 3 que ninguno. El caso restante dijo que usó la píldora del día después.

En sus hogares familiares:

- Fuma cigarrillos alguna persona: un 46% del total (tabla 118)
- Hay extintor de incendios, solo en 8% (tabla 119)
- Hay armas de fuego casi en un 7% (tabla 120): más en 2º que en 4º (6.8% vs 2.6%)

Cuando tienen colegio al día siguiente: no le permiten salir al 88% de los participantes (tabla 121). Un 11% no tiene hora límite.

Ante una situación que ha generado una discusión con un amigo/a íntimo/a y se ha generado un problema o malentendido entre ellos, el encuestado dice que probablemente o muy probablemente, actuará:

- Pidiendo consejo a otras personas: un 22.7% de 2º y un 16.3% de 4º (tabla 122)
- Tratando de ver el lado positivo de la situación: un 66% de 2º y un 53.5% de 4º (tabla 123)
- Intentando ver cuál de las dos partes en la causante de la situación, para culpabilizarla: un 51% del total, similar en ambos cursos (tabla 124).
- Intentando solucionar el problema directamente con el amigo/a: el 89.7% de 2º y el 97.7% de los de 4º (tabla 125).
- Explicándole a otro amigo/a cómo se siente: el 76% de 2º y el 88.4% de 4º (tabla 126).
- Intentando tranquilizarse: el 78.2% de 2º y el 88.4% de 4º curso (tabla 127).
- Seguiría pensando y desando que el hecho no hubiera ocurrido: el 70% de 2º y el 76.7% de 4 (tabla 128).
- Recurriendo a su familia u otro adulto en busca de ayuda para sentirse mejor (tabla 129): el 43.3% del total (similar en ambos cursos).
- Y finalmente, un 32.3% de 2º y solo un 16.3% de 4º, dice que harían otra cosa (tabla 130).

De las respuestas obtenidas a las preguntas relativas a la alimentación durante las últimas 4 semanas, se deriva lo siguiente:

- Comen frutas, verduras o ensalada verde (tabla 131): con elevada frecuencia, es decir casi cada día o todos los días, un 53% de 2º y un 58.2% de 4º. Donde se aprecia más diferencia es en la frecuencia media (varios días a la semana): 25.6% en 2º vs solo 9.3% en 4º.
- Carne, pollo o pescado no fritos (tabla 132): varios días a la semana el 43% y casi cada día el 25% (algo más en 4º: 35.7% vs 22.3%).
- Leche o yogures (tabla 133): con elevada frecuencia, diaria o casi diaria, un 62% de 2º frente a un 48.9% de 4º.
- Cereales, pan integral, o legumbres (tabla 134): con elevada frecuencia, diaria o casi diaria, un 52.7% de 2º frente a solo un 30.2% en 4º. Entre estos de 4º, un 46.5% respondió que varias veces a la semana.
- Comida rápida, tipo pizza o hamburguesas (tabla 135): nunca o casi nunca, el 29% de 2º y el 21% de 4º. Algunas veces al mes: casi el 70% de 4º frente al 55.7% de 2º.

- Comidas saladas tipo patatas fritas, ganchitos, etc. (tabla 136): nunca o casi nunca el 23.3% de 2º frente al 39.5% de 4º. Mientras que nos dicen que pocos días al mes: un 47.1% de 2º frente a un 30.2% de 4º.
- Productos con azúcar, como refrescos, galletas, bollicaos, etc. (tabla 137): unos pocos días al mes un 46.4% de 2º vs un 34.9% de 4º. Y nunca, el 25.6% de 4º por el 16.6% de 2º.

- 7.- Sección F.

La frecuencia con la que han padecido problemas de salud a lo largo del último año, ha sido:

- Resfriado o gripe (tabla 138): 1-2 veces, el 61.3% de 2º frente el 46.6% de 4º.
- Sinusitis (tabla 139): nunca el 83.1% de 2º y el 62.8% de 4º, quienes dicen que una vez (18.6%) o dos veces (11.6%).
- Dolor de garganta o anginas (tabla 140): nunca el 27.6% de 2º y el 14.3% de 4º. Una vez, el 29% de 2º; y dos veces el 35.7% de 4º.
- Infección de oído (tabla 141): el 83% del total. Un 10%, una sola vez.
- Estómago revuelto con vómitos, diarrea o fiebre (tabla 142): nunca un 40.3% de 2º y un 20.9% de 4º. Una vez el 31.8% de 2º y dos veces el 30.2% de 4º curso.
- Bronquitis (tabla 143): un 86% nunca y un 8% 1 sola vez.
- Infecciones en la piel (tabla 144): nunca un 93% de 2º vs un 86% de 4º, quienes nos dicen que una vez un 9.3%.
- Neumonía (tabla 145): el 93% nunca.
- Infección de vejiga o de vías urinarias (tabla 146): el 95% nunca.
- Infección por hongos (tabla 147): un 94% nunca.
- Mononucleosis infecciosa (tabla 148): un 96% nunca.

En el momento de la realización del cuestionario, nos dijeron que tenían:

- Problemas en el habla (ceceo, tartamudez...): un 0.5% de 2º vs un 7% de 4º (tabla 149).
- Alguna parte del cuerpo deforme o faltante: un 3.3% de 2º y un 14% de 4º (tabla 150).
- Problemas de visión: un 36% del total aproximadamente (tabla 151).
- Problemas de audición: un 1.9% de 2º y un 4.7% de 4º (tabla 152).

Un/a profesional de la Medicina, les ha diagnosticado alguna vez que tenían (aunque en todos los casos sin que les hayan dado problemas en el último año):

- Acné, eczemas o erupciones alérgicas (tabla 153): cerca del 17%.

- Gingivitis o inflamación de encías (tabla 154): un 9.2% de 2º y un 5% de 4º.
- Asma (tabla 155): apenas un 1.4% y solo en 2º
- Diabetes (tabla 156): el mismo 1.4% y solo en 2º
- Hepatitis (tabla 157): un 1.9% y solo en 2º.
- Talasemia u otra anemia hemolítica crónica (tabla 158): un 1% en 2º y un 7º en 4º.
- Anemia (tabla 159): un 4.8% en 2º y un 2.3% en 4º
- Fiebre reumática (tabla 160): apenas en 2º del total.
- Problemas o alguna enfermedad del corazón (tabla 161): alrededor de un 6% del total.
- Migrañas o jaquecas (tabla 162): un 6.5% en 2º y un 10.3% en 4º.
- Epilepsia (tabla 163): un 1.4% y solo en 2º.
- Artritis o algún problema en las articulaciones (tabla 164): solo un 2%.
- Desviación de columna o escoliosis (tabla 165): un 11.3% de 2º y un 16.7% de 4º.
- Problemas en huesos, cartílagos, músculos o tendones (tabla 166): poco más del 7% total.
- Problemas psicológicos, emocionales o de conducta (tabla 167): un 3.6% en 2º y un 10.3% entre los de 4º curso.
- Problemas de aprendizaje o de concentración (tabla 168): un 5.7% de 2º y un 9.8% de 4º.
- Trastorno de alimentación (tabla 169): solo 1 caso, en 2º
- Intoxicación por plomo (tabla 170): también 1 único caso (en el grupo de 2º curso).
- Fiebre del heno o alergias (tabla 171): cerca de un 7% del total.
- Una enfermedad de transmisión sexual (tabla 172): el 1% y todos de 2º curso.
- Alguna otra enfermedad grave (tabla 173): un 3.6% y todos ellos de 2º.
- Y finalmente, solo a las mujeres se les preguntaba si habían tenido alguna enfermedad inflamatoria de la pelvis (tabla 174) con un 100% de respuestas negativas.

Sobre la salud dental (tabla 175) casi el 80% de 2º nos dice que no tiene caries, pero este dato desciende al 52.4% entre los de 4º curso. En 2º, un 15.5% tiene 1-2 caries. En 4º, un 23.8% tiene 1-2 y otro 19% tiene 3-4 caries.

Durante el último año, han tenido:

- Un corte o rasguño importante (tabla 176): el 28.3% de 2º sin necesitar asistencia clínica y el 16.3% de 4º necesitando asistencia.
- Una torcedura o rotura de ligamento (tabla 177): con necesidad de atención médica, el 16.5% de 2º y el 23.3% de 4º.

- Un hueso fracturado, una articulación rota... (tabla 178) con necesidad de atención clínica: el 7.6% de 2º y el 20.9% de 4º curso.
- Un golpe o herida grave en la cabeza, o una conmoción (tabla 179) con necesidad de atención médica, solo el 3.3% de 2º frente al 14% de 4º.
- Una herida de bala o apuñalado (tabla 180): solamente 1 caso (de 2º curso).
- Un mordisco de otra persona o animal (tabla 181): un 13.7% de 2º pero sin que necesitaran asistencia médica y un 9.4% de 4º entre los cuales la mitad sí que precisaron asistencia médica.
- Una quemadura importante (tabla 182): un 4.3% de 2º y un 7% de 4º, que no necesitaron asistencia. Más algún caso (2%) con algo más de gravedad.
- Algún otro tipo de lesión (tabla 183): son necesidad de asistencia, un 11% muy similar en ambos cursos; pero con necesidad de asistencia médica bastante más de 4º que de 2º (32.6% vs 12.8%).

Por otro lado, nunca les han herido intencionadamente al 84% del total. Entre los que sí fueron heridos: un 7% solo una vez y un 4% dos veces (tabla 184).

Como consecuencia de esta herida (sobre N=39 heridos al menos 1 vez), a:

- 13 les cambió la forma de sentirse (por ejemplo: tener miedo),
- 14 les cambió sus hábitos (por ejemplo: lugares a los que iba),
- 7 les causó una lesión física,
- 9 siguieron tratamiento médico,
- 10 les causó algún otro tipo de problemas,
- Y, por último, 35 de los 39 heridos conocían a la/s persona/s que le agredieron.

- 8.- Sección G.

La frecuencia con la que en el último mes sus padres u otras personas de la familia:

- Dedicaron tiempo a estar con el encuestado haciendo algo divertido (tabla 185): aproximadamente un 30% más de la mitad de los días del mes. Hay que destacar que aparece un nicho de cerca de un 46% que dicen que solo fueron entre 1 y 6 días; y cerca de un 9% los que han respondido que ningún día.
- Estuvieron hablando con el encuestado o escuchando sus ideas (tabla 186): casi la mitad de la muestra total, el 46.2% informa que lo hicieron más de la mitad del mes. Pero un 36% aproximadamente nos han dicho que el tiempo fue escaso, sin llegar siquiera a una semana.

- Estuvieron comiendo o cenando con sus padres (tabla 187): más de la mitad de los días del mes un 85.3% de 2º frente a un 67.4% de los 4º. Entre los de 4º, un 9.3% nos respondió que 4-6 días más otro 16.3% que dijo que 7-14 días.

Durante el último mes, la frecuencia con que:

- Se ha alegrado de ser miembro de su familia (tabla 188) es elevada, es decir más de la mitad de los días, el 70.1% de 2º frente al 58.1% de 4º. Entre estos de 4º curso, un 16.3% dijo que entre 7-14 días y un 14% que solo 1-3 días.
- Se ha llevado bien con su familia (tabla 189), algo más de 71% de los participantes. Un 18.8% de 2º dijo que solo 7-14 días vs el 9.3% de 4º con la misma respuesta.
- Ha mentido o engañado (tabla 190) más de la mitad de los días del mes, el 40.5% de 2º y el 30.2% de 4º. Y lo han hecho entre 7-14 días, el 32.9% de 2º vs el 41.9% de 4º.
- Ha discutido mucho (tabla 191): más de la mitad de los días el 35% del total, y entre 7-14 días otro tanto aproximadamente.
- Ha estado con gente que suele meterse en problemas (tabla 192) más de la mitad de los días del mes: el 67.5% de 2º vs el 46.5% de 4º. En cambio, los alumnos de 4º estuvieron más tiempo con esas compañías: entre 7-14 días el 25.6% frente a un 12.4% en 2º.

En el último mes de estancia en el colegio:

- Han desobedecido (tabla 193) más de la mitad de los días el 63.3% de 2º frente al 48.8% de 4º, en quienes baja esa desobediencia hasta los 7-14 días: 34.9% (frente a un 21.4% de 2º).
- Han tenido dificultades para entenderse con sus profesores (tabla 194) más de la mitad de los días del mes, el 57.6% de 2º y el 39.5% de 4º. Los de este curso, un 32.6% dicen que estas dificultades aparecieron en 7-14 días (por un 19.5% en 2º).
- Han tenido dificultades para concentrarse o prestar atención en clase (tabla 195) más de la mitad de los días: el 47.1% de 2º vs el 30.2% de 4º. Entre los de curso 4º, llama la atención que un 23.3% dice que no tuvieron problema ninguno de los días (por solo un 8.7% en 2º).
- Le ha costado hacer los deberes en casa (tabla 196) la mayor parte de los días: el 47.6% de 2º frente al 25.6% de 4º curso. Dentro de este grupo no han tenido problema o han sido esporádicos (1-3 días) en el 34.9% de los casos, por un 9.5% en el grupo de 2º.

Se consideran (tabla 197): estudiantes buenos el 48.6% del total y estudiantes medios, el 34% del total. Mientras sólo un 8.3% se considera excelente. El resto creen que están por debajo de la media (un 9%).

Un 10% afirma que no es posible hacer los deberes mejor de cómo los ha hecho; mientras que un 51.4% de 2º junto a un 39.5% de 4º, cree que los ha hecho los mejor que podía. Un 28.6% de 2º y un 37.2% de 4º, cree que podría haberlos hecho algo mejor (tabla 198):

Durante los dos últimos cursos escolares:

- Ha dejado el colegio, solo un 2% del total, siendo todos ellos de 2º (tabla 199).
- Ha estado entre los 3 primeros de su clase: el 28% (tabla 200).
- Ha ganado algún premio o concurso escolar (tabla 201): el 16%
- Ha suspendido alguna asignatura, el 61% (tabla 202).
- Ha suspendido el curso completo, el 13.8% de 2º y el 16.3% en 4º (tabla 203).
- Le han expulsado del colegio, solo al 2.4% de 2º y al 4.7% de 4º (tabla 204).
- Ha sido miembro de alguna organización escolar, el 9% en las últimas 4 semanas y el 14% durante los últimos dos cursos (tablas 205 y 206).

Afirma que además de estudiar, trabajan, 19 casos: 15 de 2º y solo 4 de 4º.

Entre estos trabajadores:

- 15 dicen que nunca han llegado tarde al trabajo,
- los mismos 15, dicen que nunca han faltado al trabajo,
- 14 afirman que nunca han hecho cosas que no deberían hacer,
- y otros 14 que nunca han tenido dificultades para hacer su trabajo.

Un 92.5% de 2º y un 83.3% de 4º creen que tienen alguna persona adulta a quien puedes recurrir si tienen un problema importante (tabla 207).

Un 93.1% de 2º y un 85.7% de 4º, cree que hay personas adultas interesadas en lo que hace y que le animan a hacerlo bien (tabla 208).

Un 91% se siente seguro dentro del colegio (tabla 209), en tanto que un 94% se siente seguro dentro de su barrio (tabla 210).

Por último, un 95.1% de 2º y un 80.5% de los de 4º, creen que en general los que le rodean le animan a dar lo mejor de sí mismo (tabla 211).

Con esto termina el estudio descriptivo de las respuestas al cuestionario que nos dice cómo esta población en una situación sin ningún tipo de intervención.

ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN (GI VS GC Y GI VS GB)

Para realizar este análisis por grupos se generan las variables de las dimensiones, las subdimensiones y las complementarias. Siguiendo la sintaxis de los autores cada subdimensión se puntúa como la media de las puntuaciones de los ítems correspondientes y las de las dimensiones a partir de las puntuaciones medias de las subdimensiones. Como resultado se obtiene una puntuación para cada dimensión a partir de las cuales es posible generar un perfil de salud para cada adolescente.

Primero se procede a hacer un estudio descriptivo conjunto de toda la muestra (N=407 en total) que va destinada a verificar al grado de ajuste, o desajuste, de las variables cuantitativas a la normalidad estadística de una campana de Gauss.

Nota: Se han omitido las variables complementarias de las conductas sexuales, debido al muy bajo N de respuesta. Prácticamente el 90% no era valorable. Basta ver en el estudio descriptivo que muy cerca de ese % decía no haber mantenido relaciones sexuales. También se ha omitido la variable de la subdimensión Rendimiento laboral por el mismo motivo del N muy pequeño.

- 1.- Descriptiva de la muestra total.

1.1.- Dimensiones.

Los resultados obtenidos indican, en general, bastante homogeneidad dentro del grupo en las variables de estas dimensiones. Los valores medios (tabla 212) son más elevados en Bienestar y en Riesgos y destacadamente menor en la Consecución de funciones. Al respecto del ajuste a la normalidad estadística, los test de Kolmogorov-Smirnov determinan desvíos estadísticamente significativos ($p < .05$) con respecto a este modelo, pero esto es algo que se podría deber solamente a la sensibilidad de este test con muestras de N elevado. Sin embargo, tanto los gráficos Q-Q (no incluidos por razones de espacio) como, sobre todo, los valores de los índices de asimetría y curtosis revelan que ciertamente las variables no se acercan a una campana de Gauss, excepto Satisfacción donde se puede hablar de una clara tendencia hacia la misma.

1.2.- Subdimensiones.

La interpretación estadística de estos resultados es muy similar a la anterior. La muestra presenta bastante homogeneidad interna en cada una de estas variables de subdimensiones. Los valores medios (tabla 213) más elevados se han encontrado en: Riesgo individual, Limitaciones de la actividad y Amenazas a logros; en tanto que las medias menores aparecen en Resolución de problemas y en Rendimiento académico. De nuevo, los test KS de bondad de ajuste indican que las variables se

desvían significativamente de una campana normal ($p < .05$), hecho que se confirma con los gráficos Q-Q (omitidos por espacio) y con los valores de los índices de forma. Solo las variables: Satisfacción con la salud, Autoestima, Actividades físicas, Influencia de pares y Rendimiento académico, presentan valores con los que podemos aceptar una tendencia hacia la normalidad estadística.

1.3.- Complementarias.

En cuanto a las dos variables complementarias que pretenden evaluar el comportamiento de los casos en temas de alimentación (tabla 214-A) se aprecian puntuaciones similares: en Comidas sanas como en Comidas poco sanas, medias y estadísticos de variabilidad son semejantes (solo es algo más alta, la media y la mediana de la segunda de ellas). En cuanto a la forma, la primera tiende hacia la normalidad estadística según sus índices de asimetría y curtosis, mientras que en la segunda se observa mayor desvío. En todo caso, sus Test KS de bondad de ajuste siguen detectando desvíos significativos ($p < .05$)

Por último, las variables complementarias categóricas relativas a ciertas conductas de riesgo en cuanto a la seguridad vial, nos indican (tabla 214-B) que:

- Poco más de la mitad montan en bici usando casco (un 53.5%), por lo que hay un destacado 42.6% que hacen uso de la bici en condiciones de poca seguridad.
 - En cambio, en el uso de la moto si bien es cierto que una mayoría no han montado en ella (69.1%), cuando lo hacen casi todos usan casco ya que solo un 3.4% lo ha hecho sin él.
 - Casi el 89% nunca ha conducido un coche. Y los que lo hacen, usan cinturón casi siempre.
- 2.- Diferencias por razón de sexo.

Tras la descriptiva anterior, se procedió a comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en estas variables que nos permitan enfocar el resto del estudio desde una perspectiva de género. Para ellos se ha procedido a comparar los valores medios de todas estas variables con un test no-paramétrico debido a la falta de normalidad estadística de los datos. Así mismo, se acompañan estos test con la estimación del tamaño del efecto (expresado en escala R2 para mayor comodidad de interpretación) para valorar la magnitud de las diferencias: cuanto más alto es el TE, mayores son las diferencias.

2.1.- Diferencias en las dimensiones entre hombres y mujeres.

Los resultados se resumen en la tabla 215. Se puede observar que en todas estas variables la media de los hombres es más elevada que la media de las mujeres, alcanzando diferencias altamente significativas en:

- (1) Satisfacción ($p < .001$) y con un tamaño del efecto moderado (6.4%)
- (2) Bienestar ($p < .001$) con un tamaño del efecto también moderado (5%)
- (3) Resistencia ($p < .001$) con un efecto que ya solo podemos considerar como leve (2.9%)

En las otras dos variables (Riesgos y Consecución de funciones) no se llega a la significación estadística ($p > .05$).

2.2.- Diferencias en las subdimensiones entre hombres y mujeres.

Los resultados de estos test se resumen en la tabla 216. Como se puede apreciar en ella, aparecen diferencias altamente significativas (con $p < .001$) y con tamaños del efecto muy notables, en un gran número de variables, donde en todas ellas se ha encontrado que los hombres puntúan más alto que las mujeres. Por orden de más a menos efecto, hablamos de:

- (1) Actividades físicas ($p < .001$; efecto grande: 12%)
- (2) Bienestar emocional ($p < .001$; efecto moderado-alto: 9.8%)
- (3) Satisfacción con la salud ($p < .001$; efecto moderado-alto: 9.7%)
- (4) Bienestar físico ($p < .01$; efecto leve: 2.3%)
- (5) Autoestima ($p < .01$; efecto leve: 2.1%)
- (6) Influencia de pares ($p < .01$; efecto bajo: 1.6%).

En el resto de las variables (en número de 7) aunque se rompe la tendencia anterior y se han encontrado, en algunas de ellas, medias más altas en las mujeres, pero sin que las diferencias alcancen la significación estadística ($p > .05$) junto a tamaños del efecto casi nulos ($< 0.5\%$).

2.3.- Diferencias en las variables complementarias entre hombres y mujeres.

En este último bloque de variables aparecen diferencias altamente significativas ($p < .001$) en dos de ellas (tabla 217):

- (1) Combinación de comidas poco sanas (efecto moderado: 4.1%) donde siguen puntuando más alto los hombres.
- (2) Conducción de coches (efecto moderado-bajo: 3.2%) debido a que hay más mujeres que aún no han conducido (93.9% vs 82.7%), y que entre quienes lo hacen hay más hombres, pero al menos conducen sin haber ingerido ni drogas ni alcohol (15.5% vs 5.15%).

Como conclusión de estos tres apartados de análisis, se han encontrado suficientes evidencias estadísticas (y sólidas además según los p-valores y los tamaños del efecto) de diferencias en función del sexo en 11 de las variables contrastadas. Si bien es cierto, que en las otras 12 las diferencias no llegan a la significación, creemos que un análisis por separado de hombres y mujeres aportará una visión con perspectiva de género al estudio que estamos realizando. Es decir que la comparación entre los grupos se hará por separado para unos y otras.

- 3.- Comparación entre grupos: GI vs GC.

A continuación, se procede a comparar al GI con el GC que son de la misma edad, con la intención de ver si hay cambios distintos a los que se pueden producir por el crecimiento en edad de esta población. Se mantiene la misma metodología estadística que se ha venido utilizando.

3.1.- En hombres.

En los contrastes realizados en los hombres de estos dos grupos en las variables de las dimensiones (tabla 218) no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) y solo hay un tamaño del efecto (en Resistencia) que podría ser un indicio de cambio. Según estos resultados, podemos decir que no hay suficientes pruebas estadísticas para poder afirmar que entre el GI y el GC de la misma edad, existan diferencias.

En cuanto a los contrastes realizados en las subdimensiones (tabla 219), se ha podido observar que la gran mayoría de ellas no aparece significación estadística ($p > .05$) ni efecto suficiente como para poder hablar de diferencias entre los grupos GB y GC.

Solamente se ha encontrado significación estadística en:

- (1) Influencia de pares ($p < .01$, con efecto moderado del 6.6%) donde la media del GI es mayor que la GC (3.34 vs 2.99)
- (2) Limitaciones de la actividad ($p < .05$, con efecto leve: 1.5%) donde la media del GI es ligeramente superior a la del GC (4.67 vs 4.51).

Por su parte, al contrastar las variables complementarias (tabla 220) tampoco se han encontrado cambios que alcancen la significación estadística ($p > .05$). Pero sí que se ha observado un tamaño del efecto moderado (del 5.2%) en la comparación del uso del casco cuando se monta en bici, que es superior entre los hombres del GI con respecto al GC (54.9% vs 33.3%).

Aun así, no hay suficientes indicios estadísticos como para pensar en que entre el GI y el GC hay grandes diferencias. Conclusión muy similar a la que se encontró cuando se compararon los hombres del GI con los del GB.

3.2.- En mujeres.

En el estudio realizado con las mujeres se ha encontrado que en las variables de las dimensiones (tabla 221) no hay diferencias estadísticamente significativas entre GI y GC ($p > .05$) en ninguna de las variables, con excepción de una: Resistencia ($p < .01$; efecto moderado: 8%), donde la media es más elevada en el GI (3.68 vs 3.41).

Al respecto de los resultados de los test de contraste de las variables de las subdimensiones de las mujeres de estos dos grupos (tabla 222) se ha observado que en muchas de ellas no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) ni efectos que suponga alguna evidencia estadística de diferencia entre el GI y el GC. Solo hay significación en:

- (1) Salud y seguridad en el hogar ($p < .01$; efecto moderado: 8.9%) siendo más elevada la media del GI que la del GC (4.30 vs 4.00)
- (2) Actividades físicas ($p < .01$; efecto moderado: 8.5%) siendo de nuevo más elevada la media de las mujeres del GI que de las del GC (3.16 vs 2.60)
- (3) Autoestima ($p < .05$; efecto moderado: 5%) donde nuevamente puntúa más elevado las mujeres del GI que las del GC (3.17 vs 2.79).

Finalmente, en los contrastes de las variables complementarias (tabla 223) se ha encontrado que no existen diferencias significativas ($p > .05$) entre las mujeres del GI y del GC. Solo el tamaño del efecto en la variable de la conducción de automóviles (moderado: 3.8%) podría ser un indicio de una posible diferencia que apuntaría a un incremento de la conducción entre las mujeres del GI que cuando lo hacen no han tomado ni alcohol ni drogas.

- 4.- Comparación entre grupos: GI vs GB.

Se ha empleado la misma metodología estadística del apartado anterior, con el Test de Man-Whitney para el contraste de la significación entre grupos y el tamaño del efecto expresado en R^2 para expresar la magnitud de estas diferencias.

4.1.- En hombres.

Al comparar, en hombres, los valores medios de las variables de las dimensiones (tabla 224) se ha encontrado que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre las

evaluaciones realizadas en el grupo basal y las realizadas en el grupo de control. Apoyando esto, los valores de los tamaños del efecto son muy bajos o casi nulos. En consecuencia, no hay ninguna evidencia estadística que nos permita aceptar en que estas variables que resumen la globalidad de la información que se recoge con el CHIP-AE, la intervención haya logrado algún cambio.

Analizando el detalle que aportan las variables de las subdimensiones (tabla 225) observamos que de nuevo las diferencias no son estadísticamente significativas ($p > .05$). La única excepción aparece en la Resolución de problemas, donde la diferencia es muy significativa ($p < .01$), lo que junto a un tamaño del efecto del 5.2% (moderado) es una prueba sólida de cambio en esta subdimensión.

Los valores medios (2.79 en GB vs 3.09 en GI) nos indican un aumento de puntuaciones en el grupo con intervención que implica una mayor búsqueda de soluciones ante la existencia de un problema.

En general, salvo lo comentado, los resultados están en la misma línea de lo encontrado en las dimensiones y apuntan a la ausencia de cambios tras la intervención con respecto al estado basal de estos hombres.

Por último, al comparar las variables complementarias (tabla 226) tampoco se han encontrado diferencias que alcancen la significación estadística ($p > .05$). Solamente en la que evalúa la conducción de un automóvil y las condiciones en que lo hacen se observa un cambio que está cerca de la significación ($p < .10$) con un tamaño del efecto moderado (3.8%). Los datos que justifican el cambio parecen estar en que en el GI se reduce los hombres que conducen en condiciones óptimas (de un 18.3% a un 12.3%) a la par que se incrementa los que lo hacen después de haber tomado alcohol o drogas (del 0% al 5.3%).

En resumen, los resultados que se ha encontrado al comparar el grupo basal de hombres con el grupo de intervención de hombres, no nos permiten llegar a concluir que la intervención haya logrado modificar la situación inicial de aquellos casos de sexo masculino.

Vemos a continuación qué ha ocurrido en las mujeres.

4.2.- En mujeres.

Los resultados obtenidos al contrastar las variables de las dimensiones en los grupos GB y GI de mujeres (tabla 227) han detectado diferencias estadísticamente significativas y con efectos notables en algunas de ellas. En concreto y por orden de mayor a menor efecto:

- (1) Riesgos: significativo con $p < .001$ y efecto grande del 18.4%, donde el valor medio es inferior en las mujeres del GI que las del grupo basal (4.05 vs 4.38)
- (2) Bienestar: significativo con $p < .001$ y efecto grande del 12.2%, donde de nuevo la media en el grupo de mujeres con intervención es inferior a las del GB (4.08 vs 4.43), lo que es indicador de una mejora en el bienestar.
- (3) Satisfacción: significativo con $p < .01$, pero ya con efecto solo moderado-leve (2.9%), donde el GI tiene un valor medio inferior al GB (3.09 vs 3.26) que es indicativo de un aumento en la satisfacción.

En las dimensiones: Resistencia y Consecución de funciones, no existen diferencias significativas ($p > .05$) y tampoco los efectos R^2 son indicadores de posible relación. Por tanto, no evidencia estadística de cambios en ellas.

Al estudiar las subdimensiones con detalle, se encuentran (tabla 228) bastantes variables con significaciones (al menos $p < .05$) y efectos que señalan la existencia de cambios en las mujeres:

- (1) Influencia de pares ($p < .001$ y efecto grande del 19.9%) donde la media es inferior en el GI (3.01 vs 3.52)
- (2) Bienestar físico ($p < .001$ y efecto grande: 12.2%) donde la media es menor en el GI (4.09 vs 4.46) que indica una mejora de este bienestar.
- (3) Bienestar emocional ($p < .001$ y efecto grande: 11.4%) donde la media es menor en el GI (3.56 vs 4.06) que indica una mejora de este otro bienestar.
- (4) Amenazas a logros ($p < .001$ con efecto moderado del 5%) en la que la media del GI es menor a la del basal (4.41 vs 4.63).
- (5) Limitaciones de la actividad ($p = .001$; efecto moderado: 4.4%) donde la media del GI es menor que la GB (4.59 vs 4.77).
- (6) Riesgo individual ($p < .01$ y efecto moderado del 3.9%), siendo menor la media del GI que la del GB (4.70 vs 4.92).
- (7) Seguridad y salud en el hogar ($p < .01$; efecto moderado: 3.5%) donde la media en el GI es superior a la del GB (4.30 vs 4.13).
- (8) Satisfacción con la salud ($p < .05$; efecto moderado-leve: 2.5%) con una media menor indicativa de una mayor satisfacción, en el GI (3.02 vs 3.18)
- (9) Autoestima ($p < .05$; efecto leve: 1.9%) con una media menor indicativa de un aumento de autoestima en el GI (3.17 vs 3.34)

En las restantes 3 subdimensiones (Resolución de problemas, Participación familiar y Rendimiento académico) no hay ninguna evidencia estadística de diferencias y/o efectos que nos permitan aceptar un cambio desde el estado basal hasta el estado del grupo tras la intervención.

Para terminar, en los contrastes de las variables complementarias (tabla 229) aparece:

- (1) Un cambio altamente significativo ($p < .01$) con efecto moderado (6.5%) en la conducción de un automóvil. Los datos indican que en el GI hay una reducción de las mujeres que nunca han conducido (del 99% al 86.5) junto a un aumento de las que cuando han conducido lo han hecho es condiciones óptimas sin haber consumido ni drogas ni alcohol (de 1% al 12.2%).
- (2) También hay un cambio significativo ($p < .05$; efecto moderado: 6.2%) en el uso del casco cuando montan en bici, que se ha reducido desde un 60.9% hasta un 36.7%); es decir que han dejado de usarlo (aumento de la falta de uso del 34.4% al 59.2%).

En las demás variables no hay significaciones ni efectos que sean indicios estadísticos de cambio desde el estado del GB al estado del GI.

En resumen, los resultados encontrados señalan que en las mujeres del GI hay cambios significativos en muchas de las variables que se miden con el CHIP-AE, con respecto a las adolescentes del GB. Estos cambios apuntan, en general, en la dirección de un efecto adecuado a la intención de la intervención realizada.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

La discusión se va a estructurar en cuatro apartados. Por un lado, la población de estudio en comparación con la población del estudio de referencia. Por otro lado, se va a analizar el impacto de la intervención. Por último, se desarrollará la aplicación práctica de los resultados y se comentarán las limitaciones del estudio.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La distribución de la muestra por género de nuestro estudio es similar a la de los valores de referencia del CHIP-AE para la población española (102), siendo el porcentaje de mujeres algo más elevada en nuestro estudio (51.8% frente a un 47.2% en los valores de referencia).

En la población de Parquesol las edades que forman parte de la investigación comprenden de los 13 a los 17 años ambos incluidos, en esta muestra tenemos alumnos de 2º ESO donde el 76% tienen 13 años y de 4º ESO donde el 76,7% tienen 15 años. En cambio, en el estudio de referencia se hacen dos grupos, uno de 12 a 15 años que forman el 51.1% de la muestra y otro de 16-19 años que forma el 48.9%.

En cuanto a la titularidad del centro, en la población de validación del cuestionario se recogen cuestionarios tanto de alumnos de centros públicos como privados en una proporción similar (47,7% vs 52,3% respectivamente), mientras que todos los centros escogidos para nuestro estudio son centros públicos.

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN

Existen pocos estudios que abarquen todas las dimensiones de la salud percibida (110,111) y, de los que hay, muchos no encuentran resultados significativos (112). Un estudio sobre las diferencias de género en la salud autopercebida en adolescentes en España realizado en 2009 (113) coincide en una peor percepción de la salud general, física y emocional de las mujeres frente a los hombres. En consonancia con estudios previos (31,100,102,113–115) el grupo de los varones tienen una puntuación previa a la intervención mayor en todas las variables donde se encuentran diferencias. De base, éstos presentan mejor satisfacción con su salud, mejor bienestar en general, tanto emocional como físico, mayor resistencia, mejor autoestima, y mejor puntuación en actividades físicas. Sin embargo, presentan también mayor puntuación en influencia de pares, lo que significa que se dejan influenciar más por las compañías en cuanto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, e inicio de relaciones sexuales.

En los hombres, en las pocas variables en las que encontramos diferencias significativas en el GI frente a GB no existen después al compararlas con el GC, por lo que no puede descartarse un cambio debido al paso de los años. Y viceversa, las escasas diferencias significativas encontradas en el GI frente al GC no existen al comparar con el GB. Por tanto, no podemos afirmar que la intervención haya sido efectiva en el grupo masculino.

En cuanto a las mujeres, parecen paradójicos los resultados de empeoramiento del GI frente al GB en las dimensiones Bienestar y Satisfacción. Sin embargo, en estas variables no hubo cambios respecto a los alumnos de la misma edad (GI y GC). Respecto a la variable Autoestima, empeoró en el GI respecto al GB y sin embargo mejoró respecto a sus coetáneos (GC). En estudios previos (102,114) se ha descrito un empeoramiento del estado de salud conforme aumenta la edad, y más acentuado en el género femenino. Este empeoramiento descrito se refleja en las variables Bienestar y Satisfacción, apreciándose un no empeoramiento gracias a la intervención en la variable Autoestima. Además, fuera del efecto edad, se encontraron mejoras en el GI frente al GC en las variables Resistencia, Salud y seguridad en el hogar y Actividades físicas.

Por tanto, la intervención es efectiva mejorando el perfil de salud de los adolescentes en algunas variables, sobre todo en el género femenino. (Ver tabla 230)

En el marco nacional, los resultados obtenidos de programas de educación sexual analizados por Barriuso-Ortega (40) son positivos, sin embargo, hay pocos datos respecto a su efectividad debido principalmente a la falta de estudios que comprueben la misma.

En cuanto a las características de la intervención, la mayoría de los programas de educación sexual que se desarrollan en España analizados por Barriuso-Ortega (41) siguen el modelo biográfico-profesional, basado en el abordaje integral de la sexualidad, con una metodología constructivista, como se aplicó en nuestra intervención. Varios de estos programas obtienen resultados positivos y superiores en comparación con otros programas basados exclusivamente en la evitación de prácticas de riesgos (modelo de riesgos) o en creencias religiosas (modelo moral). En concreto estos son el programa Agarimos(116), el programa P.E.Sex (117) y el programa SOMOS (118).

Las intervenciones han de ser parte, preferiblemente, de programas prolongados en el tiempo, como la que realizamos en nuestro estudio, ya que las intervenciones breves tienen poca evidencia de efectividad (89,110). Esto permite realizar estudios longitudinales que gocen de mayor validez además de poder contar con la evaluación a largo plazo de los conocimientos, actitudes y comportamientos adquiridos (41).

APLICACIÓN PRACTICA Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Tras los resultados favorables de este estudio, proponemos que se fomenten las intervenciones comunitarias, no solo desde la cartera de servicios de Atención Primaria en colaboración con los activos comunitarios, sino también desde los programas formativos de los MIR y EIR, para mejorar sus competencias en salud comunitaria y abordar la educación en la adolescencia desde un enfoque multidisciplinario. Además, vemos necesaria la evaluación de dichos programas como se ha realizado en éste, para promover la mejora continua y comprobar la efectividad de los mismos. Este trabajo puede dar pie a otras líneas de investigación en el campo de la educación poblacional y perspectiva de género en adolescentes tanto como tesis doctorales como trabajos fin de grado (TFG) como el realizado por la estudiante de Grado en Medicina Miriam Calcerrada (ANEXO 6)(119).

LIMITACIONES AL ESTUDIO

La principal limitación es el tamaño muestral reducido y limitado a nuestra ZBS, así como las diferencias de tamaño entre los grupos. Otra limitación es no contar con los datos previos a la intervención en los mismos alumnos del GI estudiado. Para futuros estudios se recomienda aumentar el tamaño muestral y partir de un muestreo aleatorizado, con la participación de diversas ZBS. Además, sería interesante contar con un seguimiento de los alumnos y analizar su perfil de salud tras varios años de la intervención, evaluando los efectos a largo plazo.

Encontramos como una limitación al estudio el hecho de que el cuestionario utilizado CHIP-AE cuente con tantas variables que hace más difícil el análisis y la interpretación de los resultados, así como la longitud del cuestionario en sí, que puede hacer que los alumnos pierdan interés en contestar y encontremos algunas respuestas incoherentes o directamente valores perdidos.

En cuanto al diseño del estudio hemos tenido limitaciones en los siguientes aspectos:

- Tamaño muestral del grupo control: la N del grupo control se ha visto limitada debido a la baja participación de los alumnos del IES control. En parte el interés se pudo ver disminuido ya que en dicho IES no se realizarían los talleres posteriormente.
- Muestra del grupo pre-intervención: los alumnos escogidos para analizar los cuestionarios previos a la intervención no corresponden a los mismos alumnos del grupo de estudio post-intervención aunque pertenecen al mismo instituto. El seguimiento y análisis de resultados se realizó a los alumnos de 4º ESO que en el curso 2015/16 pertenecían a 1º de la ESO. Se han recogido los datos de los cuestionarios

previos a la intervención de los alumnos que en ese mismo año pertenecían a 2º de la ESO durante el mismo curso 2015/16. Esto es debido a que los alumnos de 1º ESO resultaban ser demasiados pequeños para realizar el test ya que en el cuestionario se mencionan diversos temas controvertidos de preguntar a niños de entre 11 y 12 años. Además, según el manual del propio cuestionario CHIP-AE (97) los adolescentes menores de 12 años tuvieron más dificultad para contestar y presentaban mayor porcentaje de valores perdidos por lo que en la versión española del cuestionario se incluyeron a los adolescentes a partir de 12 años de edad. Por tanto, se elige como grupo basal los alumnos de 2º ESO previos a la intervención para estudiar el efecto edad.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La percepción basal de la salud presenta diferencias por sexo, con mayor puntuación en los hombres.
2. Los hombres, en comparación con las mujeres, presentan una mejor satisfacción con la salud, autoestima, bienestar físico y emocional, mayor resistencia y mejor puntuación en actividades físicas.
3. Los varones además presentan mayor puntuación en influencia de pares, lo que significa que se dejan influenciar más por las compañías en cuanto a consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, e inicio de las relaciones sexuales.
4. En las variables complementarias analizadas puntúan más alto los hombres en las variables combinación de comidas poco sanas y conducción de coches.
5. Hay más mujeres que aún no han conducido (93.9% vs 82.7%), y entre quienes conducen lo hacen en mayor porcentaje sin haber ingerido ni drogas ni alcohol (15.5% vs 5.15%).
6. Con el paso de los años tanto los varones como las mujeres de forma natural ven aumentar su capacidad de resolución de problemas. Además, las mujeres presentan con el tiempo menos riesgos (tanto riesgo individual como amenazas a logros e influencia de pares), menos limitación de la actividad, así como mayor salud y seguridad en el hogar.
7. Por otro lado, en las mujeres con el paso del tiempo empeora su satisfacción (tanto satisfacción con la salud como la autoestima) y su bienestar (tanto físico como emocional).
8. La aplicación del programa de intervención comunitario utilizado mejora la salud percibida de los adolescentes, sobre todo en las mujeres.
9. La mejoría tras la intervención es mayor en las mujeres en las variables resistencia, actividades físicas, autoestima y salud y seguridad en el hogar.
10. La intervención corrige el empeoramiento de la autoestima que se produce en los adolescentes con el paso de los años.

ASPECTOS ÉTICOS Y CONFLICTOS DE INTERÉS

ASPECTOS ÉTICOS Y CONFLICTOS DE INTERÉS

Los profesionales sanitarios implicados en este proyecto son personal cualificado, dada su actividad profesional y su experiencia en las actividades de promoción y educación para la salud en los distintos talleres que han llevado a cabo a lo largo de su trayectoria profesional.

Los autores e investigadores implicados declaramos no tener ningún conflicto de intereses relacionado directa o indirectamente con los contenidos de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

Análisis del impacto en la salud del programa de intervención comunitaria
“Educación para la salud en la adolescencia”

BIBLIOGRAFÍA

1. Atención primaria de salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [consultado 2023 Aug 5]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
2. WHO/HIS/SDS/2018.61. Global Conference On Primary Health Care. 2018 [cited 2023 Aug 5]. Declaration of Astana. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
3. Starfield B. Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. JAMA. 1991;266(16):2268–71.
4. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(3):831–65.
5. OMS, UNICEFF. Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS. ALMA-ATA, URSS; 1978.
6. Dirija L, Starfield B. Contribución de la Atención Primaria a la Salud Sistemas y Salud. El trimestral de Milbank Memorial Fund. 2005; 83(3):457–502.
7. Martínez Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, Gutiérrez Ávila G, Díaz-Olalla JM, Ruiz-Giménez Aguilar JL. Agreements and disagreements between community health and the Spanish health system. SESPAS Report 2018. Gac Sanit. 2018; 32: 17–21.
8. Cabeza E, March S, Cabezas C, Segura A. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza....Gac Sanit. 2016; 30 (1): 81–6.
9. Marmot M, Friel S, Bell R, J Houweling TA. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet. 2008; 372 (9650): 1661–9.
10. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. [consultado 2023 Aug 5]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>

11. PRINCIPLES OF COMMUNITY ENGAGEMENT SECOND EDITION Clinical and Translational Science Awards Consortium Community Engagement Key Function Committee Task Force on the Principles of Community Engagement. NIH Publication. 2011; 11 (7782)
12. Fallas A. Educación afectiva y sexual. Programa de formación docente de secundaria. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca: España. 2009.
13. López F. La educación sexual. Vol. b. Madrid: Biblioteca Nueva. 2005.
14. Fundación Sexpol|Historia de la Fundación Sexpol [Internet]. [consultado 2023 Aug 15]. Disponible en: <https://www.sexpol.net/historia/>
15. Fallas MA, Artavia Aguilar C, Gamboa A. Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. Revista Electrónica Educare. 2012;16 (Especial):53–71. Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/issue/view/418>
16. Gonzalez Moreyra R. Constructivismo, sus fundamentos y aplicación educativa. Cuadernos Pedagógicos CEDHUM. 1995;29–36.
17. Ospina Serna HF. Fundamentos de la pedagogía Constructivista. ÁNFORA. 2018;4(8):56–69.
18. OMS. Salud del adolescente [Internet]. 2022 [consultado 2022 Jan 3]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
19. Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia. AAP. 2019 [consultado 2022 Jan 29]. Disponible en: <https://healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
20. Vallejo Matavera V, Rodríguez Molinero L, Hidalgo Vicario MI. Situación actual de la adolescencia. Datos epidemiológicos: morbilidad, motivos de consulta y mortalidad. In: M.I. Hidalgo Vicario, L. Rodríguez Molinero, M.T. Muñoz Calvo, editores. Medicina de la adolescencia Atención Integral. 3rd ed. Ed. SEMA; 2021. p. 1–9.
21. Riquelme M, García OF, Serra E. Psychosocial maladjustment in adolescence: Parental socialization, self-esteem, and substance use. Anal Psicol. 2018;34(3):536–44.
22. Gracia-Leiva M, Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Páez-Rovira D. Dating violence (Dv): A systematic meta-analysis review. Anal Psicol. 2019;35(2):300–13.

23. Mayorga E, Novo M, Fariña F, Seijo D. Needs analysis for the personal, social, and psychological adjustment of adolescents at risk of delinquency and juvenile offenders. *Anal Psicol.* 2020;36(3):400–7.
24. Pérez-Fuentes MDC, Jurado MDMM, Linares JJG. Expectations and sensation-seeking as predictors of binge drinking in adolescents. *Anal Psicol.* 2019;35(1):124–30.
25. Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, González Rodríguez M.P. Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2006;8(3):113–27.
26. Hidalgo Vicario MI, Ceñal González Fierro MJ, Güemes Hidalgo M. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine (Spain).* 2014;11(61):3579–87.
27. Rosabal García E, Romero Muñoz N, Gaquín Ramírez K, Hernández Mérida RA. Conductas de riesgo en los adolescentes. *Rev Cub Med Mil.* 2015;44(2):218–29.
28. Alfaro González M, Vázquez Fernández MA, Fierro Urturi A, Rodríguez Molinero L, Muñoz Moreno MF, Herrero Bregón B. Hábitos de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016;18:221–9.
29. Alfaro González M, Vázquez Fernández ME, Fierro Urturi A, Muñoz Moreno MF, Rodríguez Molinero L, González Hernando C. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2015;17(67):217–25.
30. Hidalgo Vicario MI, González Rodríguez MP, Montón Álvarez JL. Atención a la adolescencia. *FMC.* 2006;13(Supl.4):7–44.
31. Piko BF. Self-perceived health among adolescents: The role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr.* 2007;166(7):701–8.
32. Salmerón Ruiz MA, Rivero JC, Guerrero Alzola F. Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición. *Pediatr Integral.* 2017;XXI(4):245–53.
33. Hidalgo Vicario MI. Adolescencia. Perspectivas asistenciales. *Adolescere.* 2014; II (2): 130–6.
34. M.I. Hidalgo Vicario, L. Rodríguez Molinero. La adolescencia. Situación epidemiológica. Patología más frecuente. La transición. *Pediatr Integral.* 2022;XXVI(4):200–13.

35. Junta de Castilla y León. SACYL: Salud Castilla Y León [Internet]. 2016. p. 15–6 Resultados del cuestionario del estudio descriptivo sobre los hábitos y estilos de vida en la población joven de Castilla y León. Curso escolar 2015/2016.
36. G. Galdó Muñoz. El adolescente normal. Desarrollo físico, psíquico y social. *Rev Esp Pediatr.* 2007;63(1):20–8.
37. Meier MH, Hall W, Caspi A, Belsky DW, Cerdá M, Harrington HL, et al. Which adolescents develop persistent substance dependence in adulthood? Using population-representative longitudinal data to inform universal risk assessment. *Psychol Med.* 2016;46(4):877–89.
38. William Copeland P, Adrian Angold Mrcp, Lilly Shanahan P, Jessica Dreyfuss B, Innocent Dlamini Ma, E. Jane Costello P. Predicting persistent alcohol problems: A prospective analysis from the Great Smoky Mountain Study. *Psychol Med.* 2012;42(9):1925–35.
39. Rodríguez Molinero L. El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios. *Pediatr Integral.* 2017;XXI(4):261–9.
40. Neves SC, Rodrigues LM, São Bento PA de S, Minayo MC de S. Risk factors involved in adolescent obesity: An integrative review. *Cien Saude Colet.* 2021;26:4871–84.
41. Barriuso-Ortega S, Heras-Sevilla D, Fernández-Hawrylak M. Análisis de programas de educación sexual para adolescentes en España y otros países. *Educare.* 2022;26(2):1–21.
42. Calle MC. Situación actual de la atención al adolescente en el mundo. *Adolescere. Mesa Internacional Importancia de la Medicina de la adolescencia.* 2017;V(2):8–13.
43. Figueroa Verdecia DV, Navarro Sánchez Y, Romero Guzmán FA. Situación actual de la adolescencia y sus principales desafíos. *Gac Méd Espirit.* 2018;20(1):98–105.
44. Organización Mundial de la Salud (WHO). Salud del adolescente y el joven adulto [Internet]. 2021 [consultado 2022 Feb 22]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
45. Menéndez Suso JJ, Hidalgo Vicario MI, González Rodríguez MP, Parra Martínez MI, et al. Motivos de consulta de los adolescentes en un centro de Atención Primaria. Comunicación presentada en el XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente Granada. 2003;

46. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; [Internet]. 2019 [consultado 2023 May 13]; Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1
47. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Observatorio Español de las Drogas las Adicciones. Informe Nacional EDADES 2019 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Gobierno de España. 2019 [consultado 2023 May 13]; Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>
48. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Observatorio Español de las Drogas las Adicciones. Informe Nacional EDADES 2022. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. 2022 [consultado 2023 May 13]; Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
49. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad SS e Igualdad. Informe de la Encuesta sobre Uso de Drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2021 [consultado 2020 Dec 16]. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf
50. Pérez-Milena A, Redondo-Olmedilla M de D, Martínez-Fernández ML, Jiménez-Pulido I, Mesa-Gallardo I, Leal-Helmling FJ. Changes in hazardous drinking in Spanish adolescent population in the last decade (2004-2013) using a quantitative and qualitative design. *Aten Primaria*. 2017;49(9):525–33.
51. Observatorio Español de las Drogas las Adicciones. Informe 2022 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022 [consultado 2023 May 13]. Disponible en:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/>
52. Liqueste Arauzo L, Pérez Ruiz E, Manuel Marugán de Miguelsanz J, Rodríguez Molinero L, de Uribe Ladrón de Cegama F, Dolores Ugidos Gutiérrez M, et al. Riesgo percibido sobre el consumo ocasional de tabaco tradicional y electrónico en adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017;19:127–36.

53. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. 2009 [consultado 2021 Dec 16]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf
54. Observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC. Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los métodos Anticonceptivos en España 2016. Encuesta Anticoncepción SEC, 2016. 2016.
55. Rodríguez Carrión J, Isabel Traverso Blanco C. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit.* 2012 Nov 1;26(6):519–24.
56. Calatrava M, López-Del Burgo C, De Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc).* 2012;138:534–40.
57. Royuela Ruiz P, Rodríguez Molinero L, Marugán De Miguelsanz JM, Carbajosa Rodríguez V, Ruiz PR. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2015;17(66):127-136.
58. William D. Evans, Alec Ulasevich, Megan Hatheway, Bidia Deperthes. Systematic Review of Peer-Reviewed Literature on Global Condom Promotion Programs. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(7):2262.
59. Pérez Milena A, Pérez Milena R, Martínez Fernández ML, Leal Helmling FJ, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I. Family structure and function during adolescence: Relationship with social support, tobacco, alcohol and drugs consumption, and psychic discomfort. *Aten Primaria.* 2007;39(2):61–7.
60. Barua A, Watson K, Plesons M, et al. Adolescent health programming in India: a rapid review. *Reprod Health.* 2020;12(87).
61. Souza TT, de Almeida AC, Fernandes ADSA, Cid MFB. Adolescent mental health promotion in latin american countries: An integrative literature review. *Cien Saude Colet.* 2021;26(7):2575–86.

62. Blanco Pereira ME, Jordán Padrón M, Pachón González L, Sánchez Hernández TB, Medina Robainas RE. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. *Rev Méd Electrón*. 2011;33(3).
63. Xu T, Tomokawa S, Gregorio ER, Jr MP, Nagai M, Sobel H. School-based interventions to promote adolescent health: A systematic review in low- and middle-income countries of WHO Western Pacific Region. *PLoS One*. 2020;15(3).
64. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychol*. 2018;6(30).
65. García FC, Morató I, Valderas JM, Rajmil L. Rendimiento escolar y salud en adolescentes de Lloret de Mar (Girona). *Aten Primaria*. 2007;39(11):623–4.
66. Nobre J, Oliveira AP, Monteiro F, Sequeira C, Ferré-Grau C. Promotion of Mental Health Literacy in Adolescents: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021(18):9500.
67. O'Reilly M, Sviryzdenka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(7) p. 647–62.
68. Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez E, Carral Fernandez L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barquero JL. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección general de Ordenación y Atención Sanitaria. 2012. Disponible en : <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
69. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/25. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_452_obes_infantojuv_AATRM_compl.pdf
70. de Medeiros GCBS, de Azevedo KPM, Garcia DÁ, de Oliveira Segundo VH, de Sousa Mata ÁN, de Siqueira KSDP, et al. Protocol for systematic reviews of school-based food and nutrition

- education intervention for adolescent health promotion: Evidence mapping and syntheses. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(35):e16977.
71. Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *PLoS One*. 2017;12(11).
 72. Lyndsey D. Ruiz, Michelle L. Zuelch, Sarah M. Dimitratos, Rachel E. Scherr. Adolescent Obesity: Diet Quality, Psychosocial Health, and Cardiometabolic Risk Factors. *Nutrients*. 2020;12(43).
 73. von Philipsborn P, Stratil JM, Burns J, Busert LK, Pfadenhauer LM, Polus S, et al. Environmental interventions to reduce the consumption of sugar-sweetened beverages and their effects on health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;6(6):CD012292
 74. Pratt BM, Woolfenden S. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;2002(2):CD002891.
 75. Martin A, Booth JN, Laird Y, Sproule J, Reilly JJ, Saunders DH. Physical activity, diet and other behavioural interventions for improving cognition and school achievement in children and adolescents with obesity or overweight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1(1):CD009728
 76. Andueza N, Navas-Carretero S, Cuervo M. Effectiveness of Nutritional Strategies on Improving the Quality of Diet of Children from 6 to 12 Years Old: A Systematic Review. *Nutrients*. 2022;14(2).
 77. Colomer Revuelta J. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15(59):261–9.
 78. Flores-Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Adolescent pregnancy in Mexico: A public health issue. *Rev Salud Publica*. 2017;19(3):374–8.
 79. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2(2):CD005215.
 80. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Aten Primaria*. 2019;51(7):424–34.

81. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, (UNESCO). International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach. Revised edition. UNESCO ISBN: 978-92-3-300092-6. 2018 [cited 2021 Feb 10]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>
82. Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes: España, 2007. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(2):309–20.
83. Johns MM, Poteat VP, Horn SS, Kosciw J. Strengthening Our Schools to Promote Resilience and Health Among LGBTQ Youth: Emerging Evidence and Research Priorities from The State of LGBTQ Youth Health and Wellbeing Symposium. *LGBT Health*. 2019;6(4):146–55.
84. Evans R WL, Stokes MN, Javidi H, Hope EC, Brasileiro J. Association of Sexual Health Interventions With Sexual Health Outcomes in Black Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2020;174(7):676–89.
85. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *J Adolesc Health*. 2021;68:13–27.
86. Miller E, Jones KA, McCauley HL. Updates on adolescent dating and sexual violence prevention and intervention. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(4):466–71.
87. Brown EC, Graham JW, Hawkins JD, Arthur MW, Baldwin MM, Oesterle S, et al. Design and analysis of the Community Youth Development Study longitudinal cohort sample. *Eval Rev*. 2009;33(4):311–34.
88. Das JK, Salam RA, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta ZA. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *J Adolesc Health*. 2016;59(2):S61–75.
89. Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(1):CD008969.
90. Instituto Nacional de Estadística (INE) (<http://www.ine.es/>). Ayuntamiento de Valladolid, Padrón Municipal de Habitantes 2018.
91. García B. “¿Existe asociación entre la frecuentación de los adolescentes en atención primaria y la presencia de conductas de riesgo?”. Proyecto Fin de Máster. Premio Extraordinario. [Elche, Alicante]: Universidad Miguel Hernández; 2008.

92. Jiménez Leal R, Carro Miranda AM. Atención al adolescente. In: V Casado Vicente, et al Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria Segunda ed. Ed. semFYC. Barcelona. 2012. p. 2113–52.
93. St Leger L, Young I, Blanchard. C., Perry M. Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la acción. Unión Internacional de Promoción de la salud y Educación para la salud (UIPES). 2010 [consultado 2022 Jan 17]. Disponible en: http://acise.cat/wp-content/uploads/2018/08/PSeE_deEvidenciaaalaAccion.pdf
94. Starfield B, Bergner M, Ensminger M, Riley A, Ryan A, Green B. Adolescent health status measurement: development of the Child Health and Illness Profile. *Pediatrics*. 1993;91(2):430–5.
95. Serra Sutton V. Desarrollo de la versión española del Child Health and Illness Profile para medir el estado de salud percibido en la adolescencia. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. [Barcelona]: Facultat de Medicina; 2006.
96. Starfield B. Measurement of outcome: a proposed scheme. *Milbank Mem Fund Q. Milbank Mem Fund Q.* 1974;52(1):39–50.
97. Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Starfield B, Riley A. Manual de la versión española del perfil de salud de adolescentes (CHIP-AE). Versión española del Child Health and Illness Profile: Adolescent Edition (CHIP-AE) Starfield B. et al, 1995. 2003.
98. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care*. 2001;39(8):800–12.
99. Edwards TC, Patrick DL, Topolski TD. Quality of life of adolescents with perceived disabilities. *J Pediatr Psychol*. 2003;28(4):233–41.
100. Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Starfield B, Riley AW, Vázquez JR, et al. The Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE™). *Qual Life Res*. 2003;12(3):303–13.
101. Rajmil L, Berra S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Rodríguez M, Borrell C, et al. Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form [CHIP-CE/PRF. *Gac Sanit*. 2004;18(4):305–11.

102. Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Riley A, Starfield B. Reference population values for the Spanish Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE) using a representative school-based sample. *Gac Sanit.* 2003;17(3):181–9.
103. Damon W, Hart D. The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Dev.* 1982;53:841–64.
104. McDowell I, Newell C. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires.* 3rd edn. New York, Oxford University Press. 2006;
105. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. «BOE» núm. 157, de 29 de junio de 2010 p. 57251–76.
106. Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. «BOE» núm. 105, de 3 de mayo de 2005 p. 15182–225.
107. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. «BOE» núm. 157, de 29 de junio de 2010 p. 57217–50.
108. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstetricia-Ginecológica (Matrona). «BOE» núm. 129, de 28 de mayo de 2009 p. 44697–729.
109. Fallas A. Educación afectiva y sexual: programa de formación docente de secundaria. Universidad de Salamanca; 2010 [consultado 2023 May 12]. Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/76433>
110. Pérez-Jorge D, González-Luis MA, Rodríguez-Jiménez MDC, Ariño-Mateo E. Educational programs for the promotion of health at school: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(20):10818
111. Paricio D, Rodrigo MF, Viquer P, Herrera M. Positive Adolescent Development: Effects of a Psychosocial Intervention Program in a Rural Setting. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):1–17.
112. Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Effect of the school health promotion strategy “Forma Joven.” *Gac Sanit.* 2019;33(1):74–81.

113. Vélez Galárraga R, López Aguilà S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gac Sanit.* 2009;23(5):433–9.
114. Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P, et al. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res.* 2006;15(10):1577–85.
115. Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Herdman M, Riley A, Starfield B. Validity of the Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Med Care.* 2003;41(10):1153–63.
116. Lameiras-Fernández M, Martínez-Román R, Carrera-Fernández MV, Rodríguez-Castro Y. Sex Education in the Spotlight: What Is Working? Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(5):1–35.
117. Claramunt Busó C. Valoración del programa de educación sexual (P.E.Sex) en adolescentes de 13 a 16 años. UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA; 2011.
118. Heras D, Lara F, Fernández-Hawrylak M. Evaluación de los efectos del programa de educación sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes. *Revista de Psicodidáctica.* 2016;21(2):321–37.
119. Calcerrada Alises M, Pérez Rubio L, Casado Vicente V. Perspectiva de género en el perfil de salud de los adolescentes. Trabajo Fin de Grado UVa. Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina; 2023. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/60252>

TABLAS DE LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS

TABLAS DE LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Tabla 7. Análisis descriptivo. Variables de las dimensiones y subdimensiones del cuestionario CHIP-AE, en la muestra total (N = 407).

Variable de la Dimensión	Centralidad			Variabilidad				Forma	
	Media	IC 95%	Mediana	Mín.	Máx.	Desviación Estándar	Amplitud Intercuartil	Asim.	Curt.
<i>Satisfacción</i>	3,27	3,22 – 3,32	3,33	1,70	4,43	0,50	0,64	-0,51	0,00
<i>Bienestar</i>	4,34	4,29 – 4,39	4,43	2,42	6,35	0,47	0,56	-1,03	2,45
<i>Resistencia</i>	3,70	3,65 – 3,74	3,69	2,33	6,36	0,47	0,54	1,34	7,22
<i>Riesgos</i>	4,23	4,20 – 4,29	4,30	2,83	6,02	0,40	0,45	-0,34	1,92
<i>Consecución de Funciones</i>	1,43	1,33 – 1,52	1,14	0,50	6,21	0,97	0,50	2,87	8,75
<i>Satisfacción con la salud</i>	3,24	3,19 – 3,30	3,29	1,86	4,57	0,53	0,71	-0,27	-0,39
<i>Autoestima</i>	3,30	3,24 – 3,36	3,40	1,40	5,40	0,61	0,80	-0,50	0,55
<i>Bienestar físico</i>	4,33	4,29 – 4,38	4,43	2,25	5,21	0,47	0,58	-1,26	2,32
<i>Bienestar emocional</i>	4,00	3,94 – 4,07	4,14	1,79	5,57	0,69	0,93	-0,81	0,25
<i>Limitaciones de actividad</i>	4,68	4,63 – 4,73	4,86	1,86	5,14	0,48	0,43	-2,80	9,89
<i>Actividades físicas</i>	3,26	3,18 – 3,35	3,40	1,20	5,60	0,88	1,40	-0,17	-0,55
<i>Resolución de problemas</i>	2,95	2,90 – 3,01	3,00	1,00	4,00	0,56	0,63	-0,60	0,69
<i>Salud y Seguridad en Hogar</i>	4,16	4,12 – 4,21	4,18	2,27	5,61	0,48	0,55	-0,35	1,03
<i>Participación familiar</i>	4,31	4,24 – 4,38	4,43	1,71	6,14	0,74	0,86	-0,97	1,31
<i>Riesgo individual</i>	4,83	4,79 – 4,88	4,87	3,09	6,59	0,46	0,52	-0,20	1,42

Tabla 8: Análisis descriptivo. Sección A.

Personas que viven en la casa familiar del encuestado.

	Gr. TOTAL	GR. 2º ESO	Gr. 4º ESO
<i>Madre</i>	94.1 %	95.3 %	88.4 %
<i>Padre</i>	79.7 %	78.4 %	86.0 %
<i>Madrastra</i>	2.3 %	0.5 %	11.6 %
<i>Padrastra</i>	6.6 %	6.6 %	7.0 %
<i>Padre y/o madre adoptivos</i>	1.2 %	1.4 %	-----
<i>Abuela</i>	4.3 %	4.7 %	2.3 %
<i>Abuelo</i>	2.7 %	2.3 %	4.7 %
<i>Hermano(s)</i>	48.6 %	47.9 %	52.4 %
<i>Hermana(s)</i>	39.8 %	42.3 %	27.9 %
<i>Otros familiares</i>	3.1 %	2.8 %	4.7 %
<i>Otras personas sin parentesco</i>	2.0 %	0.9 %	7.0 %

Tabla 9: Análisis descriptivo. Sección A.
Estudios realizados por la madre del encuestado.

	Gr. TOTAL	GR. 2º ESO	Gr. 4º ESO
<i>No sabe leer ni escribir</i>	0.4 %	-----	2.4 %
<i>No ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir</i>	0.4 %	0.5 %	-----
<i>Estudios primarios incompletos (EGB hasta 5º)</i>	5.8 %	5.9 %	4.9 %
<i>Graduado escolar / EGB hasta 8º / Bachiller elemental</i>	9.9 %	9.9 %	9.8 %
<i>Bachiller superior / BUP / FP / o similar</i>	26.3 %	26.2 %	26.8 %
<i>Estudios Universitarios</i>	57.2 %	57.4 %	56.1 %

Tabla 10: Análisis descriptivo. Sección A.
Situación laboral de la madre del encuestado.

	Gr. TOTAL	GR. 2º ESO	Gr. 4º ESO
<i>Trabaja a jornada completa</i>	48.6 %	54.8 %	49.6 %
<i>Trabaja media jornada</i>	20.6 %	11.5 %	29.0 %
<i>Está en paro</i>	9.5 %	10.9 %	2.4 %
<i>Está incapacitada y no trabaja</i>	0.4 %	-----	2.4 %
<i>Está jubilada</i>	0.4 %	0.5 %	-----
<i>Es ama de casa</i>	16.9 %	18.9 %	7.1 %
<i>Es estudiante</i>	0.4 %	-----	2.4 %
<i>Ha fallecido</i>	1.6 %	0.5 %	7.1 %
<i>No sabe</i>	1.6 %	1.9 %	-----

Tabla 11: Análisis descriptivo. Sección A.
Categoría profesional de la madre del encuestado.

	Gr. TOTAL	GR. 2º ESO	Gr. 4º ESO
<i>Trabaja por cuenta propia sin empleados</i>	9.8 %	12.0 %	5.2 %
<i>Trabaja por cuenta propia con empleados</i>	11.0 %	8.6 %	21.0 %
<i>Es gerente en una empresa</i>	3.5 %	3.1 %	5.3 %
<i>Es capataz, encargada o supervisora</i>	6.5 %	6.7 %	5.3 %
<i>Es otro tipo de asalariada (o empleada)</i>	43.8 %	42.9 %	47.4 %
<i>No sabe</i>	25.4 %	27.6 %	15.8 %

Tabla 12: Análisis descriptivo. Sección A.
Estudios realizados por el padre del encuestado.

	Gr. TOTAL	GR. 2º ESO	Gr. 4º ESO
<i>No ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir</i>	0.4 %	0.5 %	-----
<i>Estudios primarios incompletos (EGB hasta 5º)</i>	8.2 %	7.9 %	9.5 %
<i>Graduado escolar / EGB hasta 8º / Bachiller elemental</i>	14.8 %	14.4 %	16.7 %
<i>Bachiller superior / BUP / FP / o similar</i>	27.9 %	28.7 %	23.8 %
<i>Estudios Universitarios</i>	48.8 %	48.5 %	50.0 %

Tabla 13: *Análisis descriptivo.* Sección A.
Situación laboral del padre del encuestado.

	Gr. TOTAL	GR. 2º ESO	Gr. 4º ESO
<i>Trabaja a jornada completa</i>	75.2 %	75.0 %	76.2 %
<i>Trabaja media jornada</i>	14.0 %	14.9 %	9.5 %
<i>Está en paro</i>	5.2 %	4.3 %	9.5 %
<i>Está incapacitada y no trabaja</i>	1.2 %	1.0 %	2.4 %
<i>Está jubilado</i>	0.4 %	0.5 %	-----
<i>Es estudiante</i>	0.4 %	0.5 %	-----
<i>Ha fallecido</i>	1.2 %	1.4 %	-----
<i>No sabe</i>	2.4 %	2.4 %	2.4 %

Tabla 14: *Análisis descriptivo.* Sección A.
Categoría profesional del padre del encuestado.

	Gr. TOTAL	GR. 2º ESO	Gr. 4º ESO
<i>Trabaja por cuenta propia sin empleados</i>	14.6 %	14.5 %	15.0 %
<i>Trabaja por cuenta propia con empleados</i>	13.7 %	13.5 %	15.0 %
<i>Es gerente en una empresa</i>	5.0 %	5.5 %	2.5 %
<i>Es capataz, encargado o supervisor</i>	13.3 %	14.0 %	10.0 %
<i>Es otro tipo de asalariado (o empleado)</i>	31.7 %	30.5 %	37.5 %
<i>No sabe</i>	21.7 %	22.0 %	20.0 %

Tabla 15: *Análisis descriptivo.* Sección A.
Situación económica de la familia del encuestado.

		Gr. TOTAL	GR. 2º ESO	Gr. 4º ESO
<i>La familia recibe subsidio de paro:</i>	<i>Sí</i>	9.1 %	8.1 %	14.0 %
	<i>No</i>	74.6 %	74.2 %	76.7 %
	<i>No sabe</i>	16.3 %	17.7 %	9.3 %
<i>Recibe otro tipo de ayuda (pensión, alimentos, ...):</i>	<i>Sí</i>	5.5 %	5.7 %	4.7 %
	<i>No</i>	79.8 %	80.0 %	79.1 %
	<i>No sabe</i>	14.6 %	14.3 %	16.3 %
<i>Tiene beca comedor escolar (encuestado o hermanos):</i>	<i>Sí</i>	3.2 %	2.9 %	4.7 %
	<i>No</i>	89.3 %	89.5 %	88.4 %
	<i>No sabe</i>	7.5 %	7.7 %	7.0 %

Tabla 16: *Análisis descriptivo.* Sección B.
Pregunta B1. *Estoy lleno/a de energía.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
<i>Grupo total</i>	3.18	1.6 %	17.3 %	43.1 %	38.0 %
<i>2º ESO</i>	3.23	1.9 %	14.6 %	42.5 %	41.0 %
<i>4º ESO</i>	2.93	-----	30.2 %	46.5 %	23.3 %

Tabla 17: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B2. *Resisto muy bien las enfermedades.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	3.10	2.3 %	19.1 %	44.5 %	34.0 %
2º ESO	3.12	2.3 %	18.3 %	44.1 %	35.2 %
4º ESO	3.00	2.3 %	23.3 %	46.5 %	27.9 %

Tabla 18: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B3. *Cuando me pongo enfermo/a, me suelo recuperar rápidamente.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	3.12	3.5 %	19.9 %	37.5 %	39.1 %
2º ESO	3.12	4.2 %	18.3 %	39.0 %	38.5 %
4º ESO	3.13	-----	27.9 %	30.2 %	41.9 %

Tabla 19: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B4. *Coordino bien mis movimientos.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	3.44	1.2 %	9.8 %	33.3 %	55.7 %
2º ESO	3.47	1.4 %	7.5 %	33.3 %	57.7 %
4º ESO	3.24	-----	21.4 %	33.3 %	45.2 %

Tabla 20: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B5. *Tengo muchas cualidades positivas.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	3.18	2.0 %	12.9 %	50.2 %	34.9 %
2º ESO	3.20	0.9 %	13.2 %	50.5 %	35.4 %
4º ESO	3.07	7.0 %	11.6 %	48.8 %	32.6 %

Tabla 21: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B6. *Estoy en muy buena forma física.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	3.03	5.1 %	20.4 %	40.8 %	33.7 %
2º ESO	3.05	4.7 %	19.3 %	42.5 %	33.5 %
4º ESO	2.95	7.0 %	25.6 %	32.6 %	34.9 %

Tabla 22: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B7. *Tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso/a.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	3.21	3.5 %	11.8 %	44.7 %	40.0 %
2º ESO	3.26	2.8 %	10.4 %	44.3 %	42.5 %
4º ESO	2.95	7.0 %	18.6 %	46.5 %	27.9 %

Tabla 23: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B8. *Me gusta ser como soy.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	3.48	2.3 %	10.5 %	24.2 %	62.9 %
2º ESO	3.55	1.9 %	7.5 %	24.4 %	66.2 %
4º ESO	3.12	4.7 %	25.6 %	23.3%	46.5 %

Tabla 24: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B9. *Estoy satisfecho/a de cómo vivo la vida.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	3.31	2.4 %	13.3 %	34.9 %	49.4 %
2º ESO	3.37	2.8 %	11.3 %	32.1 %	53.8 %
4º ESO	3.05	-----	23.3 %	48.9 %	27.9 %

Tabla 25: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B10. *Mi fuerza muscular es muy buena.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	2.83	8.2 %	25.1 %	42.4 %	24.3 %
2º ESO	2.88	5.2 %	25.9 %	44.8 %	24.1 %
4º ESO	2.58	23.3 %	20.9 %	30.2 %	25.6 %

Tabla 26: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B11. *Me siento aceptado/a por los demás.*

	Media	Respuestas			
		1	2	3	4
		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Completam. de acuerdo</i>
Grupo total	3.43	0.8 %	8.6 %	37.9 %	52.7 %
2º ESO	3.47	0.9 %	5.6 %	38.5 %	54.9 %
4º ESO	3.19	-----	23.3 %	34.9 %	41.9 %

Tabla 27: Análisis descriptivo. Sección B.

Pregunta B12. ¿Cómo estás de salud, en general?

	Media	Respuestas				
		1 <i>Mal</i>	2 <i>Regular</i>	3 <i>Bien</i>	4 <i>Muy bien</i>	5 <i>Excelente</i>
Grupo total	4.03	-----	4.4 %	16.4 %	50.8 %	28.4 %
2º ESO	4.09	-----	2.4 %	15.5 %	53.1 %	29.0 %
4º ESO	3.77	-----	14.0 %	20.9 %	39.5 %	25.6 %

Tabla 28: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C1. ¿Te has encontrado muy enfermo?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.50	65.9 %	23.5 %	6.7 %	2.7 %	1.2 %
2º ESO	4.58	72.2 %	19.8 %	3.8 %	2.8 %	1.4 %
4º ESO	4.09	34.9 %	41.9 %	20.9 %	2.3 %	-----

Tabla 29: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C2. ¿Te has levantado sintiéndote cansado/a?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	3.58	31.0 %	30.2 %	16.5 %	10.2 %	12.2 %
2º ESO	3.81	34.4 %	34.4 %	17.0 %	6.1 %	8.0 %
4º ESO	2.42	14.0 %	9.3 %	14.0 %	30.2 %	32.6 %

Tabla 30: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C3. ¿Te has cansado con facilidad o te has sentido sin fuerza?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.21	50.8 %	30.3 %	10.2 %	6.7 %	2.0 %
2º ESO	4.33	54.5 %	31.8 %	8.1 %	3.3 %	2.4 %
4º ESO	3.65	32.6 %	23.3 %	20.9 %	23.3 %	-----

Tabla 31: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C4. ¿Te han llorado o picado los ojos?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.30	56.3 %	27.7 %	9.4 %	2.7 %	3.9 %
2º ESO	4.36	60.1 %	26.8 %	6.6 %	2.3 %	4.2 %
4º ESO	3.98	37.2 %	32.6 %	23.3 %	4.7 %	2.3 %

Tabla 32: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C5. ¿Has tenido problemas en la piel, como picores o granos?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.21	65.7 %	12.6 %	6.7 %	7.1 %	7.9 %
2º ESO	4.36	70.6 %	12.3 %	6.6 %	3.8 %	6.6 %
4º ESO	3.47	41.9 %	14.0 %	7.0 %	23.3 %	14.0 %

Tabla 33: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C6. ¿Has tenido tos?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.06	47.4 %	27.3 %	13.8 %	6.7 %	4.7 %
2º ESO	4.10	47.1 %	29.0 %	13.8 %	6.2 %	3.8 %
4º ESO	3.88	48.8 %	18.6 %	14.0 %	9.3 %	9.3 %

Tabla 34: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C7. ¿Has tenido fiebre o escalofríos?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.59	69.1 %	23.0 %	5.9 %	1.6 %	0.4 %
2º ESO	4.62	71.8 %	21.1 %	4.7 %	1.9 %	0.5 %
4º ESO	4.44	55.8 %	32.6 %	11.6 %	-----	-----

Tabla 35: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C8. ¿Te has mareado?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.53	68.0 %	22.3 %	6.3 %	2.0 %	1.6 %
2º ESO	4.55	70.9 %	19.2 %	5.6 %	2.3 %	1.9 %
4º ESO	4.44	53.5 %	37.2 %	9.3 %	-----	-----

Tabla 36 Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C9. ¿Has tenido dificultad para respirar, pitos o silbidos en el pecho? (sin hacer ejercicio físico)

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.66	84.4 %	6.6 %	3.9 %	1.2 %	3.9 %
2º ESO	4.66	84.5 %	6.6 %	3.8 %	0.9 %	4.2 %
4º ESO	4.67	83.7 %	7.0 %	4.7 %	2.3 %	2.3 %

Tabla 37: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C10. *¿Has tenido dolor en el pecho?*

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.77	86.1 %	9.5 %	1.2 %	1.2 %	2.0 %
2º ESO	4.79	86.7 %	9.5 %	1.4 %	0.5 %	1.9 %
4º ESO	4.67	83.3 %	9.5 %	-----	4.8 %	2.4 %

Tabla 38: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C11. *¿Has tenido dolor de cabeza?*

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.09	39.5 %	41.0 %	10.9 %	5.9 %	2.7 %
2º ESO	4.18	42.7 %	40.8 %	10.3 %	4.2 %	1.9 %
4º ESO	3.60	23.3 %	41.9 %	14.0 %	14.0 %	7.0 %

Tabla 39: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C12. *¿Has tenido dolor o molestias en los músculos o las articulaciones?*

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.21	51.4 %	31.8 %	7.1 %	5.9 %	3.9 %
2º ESO	4.26	55.2 %	29.2 %	5.7 %	6.1 %	3.8 %
4º ESO	3.95	32.6 %	44.2 %	14.0 %	4.7 %	4.7 %

Tabla 40: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C13. *¿Has tenido dolor de estómago?*

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.39	56.3 %	30.3 %	10.6 %	2.0 %	0.8 %
2º ESO	4.44	59.7 %	27.5 %	10.4 %	1.9 %	0.5 %
4º ESO	4.16	39.5 %	44.2 %	11.0 %	2.3 %	2.3 %

Tabla 41: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C14. *¿Has tenido algún dolor que te haya molestado mucho?*

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.40	64.5 %	22.3 %	6.3 %	2.7 %	4.3 %
2º ESO	4.41	66.2 %	20.7 %	5.6 %	3.3 %	4.2 %
4º ESO	4.33	55.8 %	30.2 %	9.3 %	-----	4.7 %

Tabla 42: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C15. ¿Has vomitado o tenido ganas de vomitar?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.75	79.7 %	16.0 %	3.5 %	0.8 %	-----
2º ESO	4.78	82.2 %	14.6 %	2.3 %	0.9 %	-----
4º ESO	4.58	67.4 %	23.3 %	9.3 %	-----	-----

Tabla 43: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C16. ¿Has tenido alguna secreción no habitual en tus órganos sexuales?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.95	96.5 %	3.1 %	-----	-----	0.4 %
2º ESO	4.97	96.7 %	3.3 %	-----	-----	-----
4º ESO	4.88	95.3 %	2.3 %	-----	-----	2.3 %

Tabla 44: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C17. ¿Has tenido molestias o dolor al orinar?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.95	95.7 %	3.9 %	0.4 %	-----	-----
2º ESO	4.96	96.2 %	3.3 %	0.5 %	-----	-----
4º ESO	4.93	93.0 %	7.0 %	-----	-----	-----

Tabla 45: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C18. ¿Has tenido problemas para comer, o poco apetito?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.44	65.1 %	22.4 %	7.5 %	2.0 %	3.1 %
2º ESO	4.43	64.2 %	23.1 %	7.5 %	1.9 %	3.3 %
4º ESO	4.51	69.8 %	18.6 %	7.0 %	2.3 %	2.3 %

Tabla 46: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C19. ¿Te has costado dormirte o te has despertado mientras dormías?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	3.92	36.7 %	37.1 %	15.2 %	3.5 %	7.4 %
2º ESO	3.93	36.6 %	38.0 %	14.6 %	3.3 %	7.5 %
4º ESO	3.92	37.2 %	32.6 %	18.6 %	4.7 %	7.0 %

Tabla 47: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C20. ¿Has tenido diarrea o has ido muchas veces de vientre?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		Ninguno	1-3 días	4-6 días	7-14 días	15-28 días
Grupo total	4.87	89.0 %	9.0 %	1.6 %	0.4 %	-----
2º ESO	4.90	91.5 %	7.1 %	0.9 %	0.5 %	-----
4º ESO	4.72	76.7 %	18.6 %	4.7 %	-----	-----

Tabla 48: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C21. ¿Has tenido estreñimiento o te ha costado ir de vientre?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		Ninguno	1-3 días	4-6 días	7-14 días	15-28 días
Grupo total	4.89	93.0 %	3.9 %	2.3 %	0.8 %	-----
2º ESO	4.93	95.8 %	2.3 %	0.9 %	0.9 %	-----
4º ESO	4.70	79.1 %	11.6 %	9.3 %	-----	-----

Tabla 49: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C22. ¿Te has sentido triste o deprimido?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		Ninguno	1-3 días	4-6 días	7-14 días	15-28 días
Grupo total	4.15	51.4 %	29.8 %	5.5 %	8.6 %	4.7 %
2º ESO	4.25	56.6 %	27.4 %	5.7 %	5.2 %	5.2 %
4º ESO	3.63	25.6 %	41.9 %	4.7 %	25.6 %	2.3 %

Tabla 50: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C23. ¿Te ha costado relajarte?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		Ninguno	1-3 días	4-6 días	7-14 días	15-28 días
Grupo total	4.20	55.7 %	23.9 %	10.2 %	5.5 %	4.7 %
2º ESO	4.28	59.0 %	23.6 %	8.5 %	4.2 %	4.7 %
4º ESO	3.84	39.5 %	25.6 %	18.6 %	11.6 %	4.7 %

Tabla 51: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C24. ¿Has estado nervioso o tenso?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		Ninguno	1-3 días	4-6 días	7-14 días	15-28 días
Grupo total	3.87	34.8 %	38.3 %	12.5 %	7.8 %	6.6 %
2º ESO	4.00	40.8 %	37.6 %	9.4 %	5.6 %	6.6 %
4º ESO	3.19	4.7 %	41.9 %	27.9 %	18.6 %	7.0 %

Tabla 52: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C25. ¿Has estado de mal humor?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	3.84	32.0 %	35.9 %	19.9 %	8.2 %	3.9 %
2º ESO	3.96	35.2 %	39.0 %	16.0 %	6.6 %	3.3 %
4º ESO	3.23	16.3 %	20.9 %	39.5 %	16.3 %	7.0 %

Tabla 53: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C26. ¿Has estado irritable o quejoso?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.27	55.7 %	24.7 %	13.3 %	3.9 %	2.4 %
2º ESO	4.42	61.8 %	25.9 %	7.5 %	2.4 %	2.4 %
4º ESO	3.53	25.6 %	18.6 %	41.9 %	11.6 %	2.3 %

Tabla 54: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C27. ¿Has llorado mucho?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.46	68.0 %	18.4 %	8.2 %	3.1 %	2.3 %
2º ESO	4.56	73.2 %	16.4 %	5.6 %	2.3 %	2.3 %
4º ESO	4.00	41.9 %	27.9 %	20.9 %	7.0 %	2.3 %

Tabla 55: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C28. ¿Has tenido miedo de algo?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.45	66.0 %	20.3 %	7.8 %	3.9 %	2.0 %
2º ESO	4.53	71.4 %	17.8 %	5.2 %	3.3 %	2.3 %
4º ESO	4.05	39.5 %	32.6 %	20.9 %	7.0 %	-----

Tabla 56: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C29. SOLO CHICAS ¿Has tenido problemas con la regla? (N=127)

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.61	79.5 %	11.0 %	3.9 %	1.6 %	3.9 %
2º ESO	4.65	82.5 %	8.7 %	3.9 %	1.0 %	3.9 %
4º ESO	4.42	66.7 %	20.8 %	4.2 %	4.2 %	4.2 %

Tabla 57: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C30. ¿Has estado sin ningún dolor?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		15-28 días	7-14 días	4-6 días	1-3 días	Ninguno
Grupo total	3.25	21.9 %	16.8 %	8.6 %	19.5 %	33.2 %
2º ESO	3.28	22.5 %	14.6 %	9.4 %	19.2 %	27.9 %
4º ESO	3.12	18.6 %	27.9 %	4.7 %	20.9 %	34.3 %

Tabla 58: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C31. ¿Te has levantado sintiéndote como nuevo/a?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		15-28 días	7-14 días	4-6 días	1-3 días	Ninguno
Grupo total	2.91	26.3 %	20.0 %	14.1 %	15.3 %	24.3 %
2º ESO	3.00	24.5 %	19.3 %	14.2 %	16.0 %	25.9 %
4º ESO	2.51	34.9 %	23.3 %	14.0 %	11.6 %	16.3 %

Tabla 59: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C32. ¿Te has sentido muy sano/a?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		15-28 días	7-14 días	4-6 días	1-3 días	Ninguno
Grupo total	3.44	18.7 %	10.8 %	14.7 %	19.1 %	36.7 %
2º ESO	3.54	15.9 %	11.5 %	13.5 %	20.7 %	38.5 %
4º ESO	2.95	32.6 %	7.0 %	20.9 %	11.6 %	27.9 %

Tabla 60: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta 33. ¿Has tenido la sensación de que lo estabas haciendo todo bien?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		15-28 días	7-14 días	4-6 días	1-3 días	Ninguno
Grupo total	2.97	21.4 %	20.2 %	15.5 %	25.8 %	17.1 %
2º ESO	3.01	22.0 %	17.2 %	15.8 %	27.3 %	17.7 %
4º ESO	2.74	18.6 %	34.9 %	14.0 %	18.6 %	14.0 %

Tabla 61: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta 34. ¿Te has sentido amado/a y querido/a?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5	4	3	2	1
		15-28 días	7-14 días	4-6 días	1-3 días	Ninguno
Grupo total	4.02	8.7 %	8.3 %	10.2 %	17.7 %	55.1 %
2º ESO	4.07	9.5 %	7.6 %	9.0 %	14.7 %	59.2 %
4º ESO	3.81	4.7 %	11.6 %	16.3 %	32.6 %	34.9 %

Tabla 62: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C35. ¿Has faltado más de ½ día al colegio o al trabajo?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.68	77.0 %	18.0 %	2.0 %	2.3 %	0.8 %
2º ESO	4.77	81.7 %	15.5 %	1.4 %	0.9 %	0.5 %
4º ESO	4.23	53.5 %	30.2 %	4.7 %	9.3 %	2.3 %

Tabla 63: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C36. ¿Has estado en la cama más de la mitad del día, pero sin faltar al colegio o al trabajo?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.65	79.7 %	10.9 %	5.1 %	3.1 %	1.2 %
2º ESO	4.73	85.4 %	7.0 %	3.8 %	2.8 %	0.9 %
4º ESO	4.23	51.2 %	30.2 %	11.6 %	4.7 %	2.3 %

Tabla 64: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C37. ¿Has dejado de hacer alguna de tus actividades habituales, pero sin faltar al colegio ni quedarte en la cama?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.61	80.1 %	8.6 %	6.6 %	1.2 %	3.5 %
2º ESO	4.67	83.1 %	8.0 %	4.7 %	0.9 %	3.3 %
4º ESO	4.30	65.1 %	11.6 %	16.3 %	2.3 %	4.7 %

Tabla 65: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C38. ¿Has tenido dificultad para caminar?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.84	90.6 %	5.9 %	2.0 %	0.4 %	1.2 %
2º ESO	4.87	92.0 %	5.2 %	1.9 %	-----	0.9 %
4º ESO	4.70	83.7 %	9.3 %	2.3 %	2.3 %	2.3 %

Tabla 66: Análisis descriptivo. Sección C.

Pregunta C39. ¿Has tenido dificultad para correr?

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-6 días	2 7-14 días	1 15-28 días
Grupo total	4.66	78.5 %	14.5 %	3.9 %	0.8 %	2.3 %
2º ESO	4.70	80.8 %	13.6 %	2.8 %	0.9 %	1.9 %
4º ESO	4.44	67.4 %	18.6 %	9.3 %	-----	4.7 %

Tabla 67: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C40. *¿Hasta tenido dificultad para inclinarte, agacharte, estirarte o levantar algo?*

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.67	79.6 %	14.1 %	2.7 %	0.8 %	2.7 %
2º ESO	4.67	78.8 %	15.1 %	2.8 %	0.9 %	2.4 %
4º ESO	4.67	83.7 %	9.3 %	2.3 %	-----	4.7 %

Tabla 68: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C41. *¿Has tenido algún problema en las manos o en los dedos para hacer cosas como escribir, atarte los zapatos o abrocharte los botones?*

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguno</i>	4 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	2 <i>7-14 días</i>	1 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.87	93.4 %	3.1 %	1.6 %	0.8 %	1.2 %
2º ESO	4.89	93.9 %	3.3 %	1.4 %	0.5 %	0.9 %
4º ESO	4.77	90.7 %	2.3 %	2.3 %	2.3 %	2.3 %

Tabla 69: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C42. *¿Has perdido peso sin proponértelo?*

Nº de días en las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>No</i>	4 <i>Sí, <2 Kg</i>	3 <i>Sí, 2-4 Kg</i>	2 <i>Sí, 5.7 Kg</i>	1 <i>Sí, >7 Kg</i>
Grupo total	4.69	76.0 %	18.1 %	4.7 %	0.8 %	0.4 %
2º ESO	4.68	74.9 %	19.4 %	4.7 %	0.5 %	0.5 %
4º ESO	4.72	81.4 %	11.6 %	4.7 %	2.3 %	-----

Tabla 70: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C43. *Vomitara para perder peso*

Nº de veces durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 <i>Ninguna vez</i>	3 <i>1-2 veces</i>	1 <i>Varias veces</i>
Grupo total	4.94	97.7 %	1.6 %	0.8 %
2º ESO	4.95	98.1 %	1.4 %	0.5 %
4º ESO	4.86	95.3 %	2.3 %	2.3 %

Tabla 71: *Análisis descriptivo. Sección C.*

Pregunta C44. *Atiborrarse de comer (sin poder parar)*

Nº de veces durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 <i>Ninguna vez</i>	3 <i>1-2 veces</i>	1 <i>Varias veces</i>
Grupo total	4.41	77.3 %	16.0 %	6.6 %
2º ESO	4.50	80.3 %	14.6 %	5.2 %
4º ESO	3.98	62.8 %	23.3 %	14.0 %

Tabla 72: *Análisis descriptivo.* Sección C.

Pregunta C45. *¿Has intentado hacerte daño de forma grave, o suicidarte, alguna vez?*

	Media	Respuestas				
		5 No	4 Sí, hace más de 1 año	3 Sí, el año pasado	2 Sí, en últimas 4 semanas	1 Sí, en los últimos días
Grupo total	4.80	87.1 %	7.8 %	3.1 %	2.0 %	-----
2º ESO	4.79	87.3 %	6.6 %	3.8 %	2.3 %	-----
4º ESO	4.86	86.0 %	14.0 %	-----	-----	-----

Tabla 73: *Análisis descriptivo.* Sección D.

Pregunta D1. *¿Cuántos días has hecho deporte o ejercicio hasta llegar a sofocarte, o que se te acelere el corazón, o que te hiciera sudar durante 20 minutos o más?*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 Ninguno	2 1-9 días	3 10-13 días	4 14-20 días	5 >=21 días
Grupo total	2.29	32.4 %	36.7 %	9.8 %	12.1 %	9.0 %
2º ESO	2.22	33.8 %	38.0 %	8.9 %	11.3 %	8.0 %
4º ESO	2.63	25.6 %	30.2 %	14.0 %	16.3 %	14.0 %

Tabla 74: *Análisis descriptivo.* Sección D.

Pregunta D2. *¿Cuántos abdominales has hecho la última vez?*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 Ninguno	2 1-10 abd.	3 11-20 abd.	4 21-50 abd.	5 >=51 abd.
Grupo total	3.41	19.9 %	9.4 %	12.9 %	25.0 %	32.8 %
2º ESO	3.40	19.7 %	8.9 %	15.5 %	23.0 %	32.9 %
4º ESO	3.47	20.9 %	11.6 %	-----	34.9 %	32.6 %

Tabla 75: *Análisis descriptivo.* Sección D.

Pregunta D3. *¿Qué distancia has andado sin parar ni cansarte?*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 No he andado	2 <400 mts	3 400-800 mts	4 900-1500 mts	5 >1500 mts
Grupo total	3.76	4.3 %	9.4 %	27.3 %	24.2 %	34.8 %
2º ESO	3.75	2.3 %	9.4 %	31.5 %	24.4 %	32.4 %
4º ESO	3.79	14.0 %	9.3 %	7.0 %	23.3 %	46.5 %

Tabla 76: Análisis descriptivo. Sección D.

Pregunta D4. ¿Cuánto tiempo es el máximo que has llegado a correr sin parar?

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>No he corrido</i>	2 <i>1-10 min</i>	3 <i>11-19 min</i>	4 <i>20-29 min</i>	5 <i>>=30 min</i>
Grupo total	3.22	7.8 %	27.8 %	22.0 %	18.8 %	23.5 %
2º ESO	3.21	6.1 %	30.2 %	24.1 %	16.0 %	23.5 %
4º ESO	3.30	16.3 %	16.3 %	11.6 %	32.6 %	23.3 %

Tabla 77: Análisis descriptivo. Sección D.

Pregunta D5. ¿Cuántas veces has jugado en un equipo con entrenador, sin contar las clases de Educación Física?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		1 <i>Ninguna</i>	3 <i>1-2 veces</i>	5 <i>Varias veces</i>
Grupo total	3.41	37.9 %	3.5 %	58.6 %
2º ESO	3.56	34.3 %	3.3 %	62.4 %
4º ESO	2.67	55.8 %	4.7 %	39.5 %

Tabla 78: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E1. ¿Has hecho carreras en bici o en moto, en monopatín o patines, buscando emociones fuertes?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 <i>Ninguna</i>	3 <i>1-2 veces</i>	1 <i>Varias veces</i>
Grupo total	3.66	53.1 %	27.0 %	19.9 %
2º ESO	3.74	54.5 %	28.2 %	17.4 %
4º ESO	3.28	46.5 %	20.9 %	32.6 %

Tabla 79: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E2. ¿Has hecho algo arriesgado o peligroso por una apuesta?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 <i>Ninguna</i>	3 <i>1-2 veces</i>	1 <i>Varias veces</i>
Grupo total	4.37	78.1 %	12.5 %	9.4 %
2º ESO	4.48	82.6 %	8.9 %	8.5 %
4º ESO	3.84	55.8 %	30.2 %	14.0 %

Tabla 80: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E3. *¿Te has saltado alguna norma de tus padres sólo para ver si puedes salirte con la tuya?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 <i>Ninguna</i>	3 <i>1-2 veces</i>	1 <i>Varias veces</i>
Grupo total	3.53	44.9 %	36.7 %	18.4 %
2º ESO	3.60	47.4 %	35.2 %	17.4 %
4º ESO	3.19	32.6 %	44.2 %	23.2 %

Tabla 81: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E4. *¿Has robado o te has llevado algo sin pagar?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 <i>Ninguna</i>	3 <i>1-2 veces</i>	1 <i>Varias veces</i>
Grupo total	4.23	71.0 %	19.4 %	9.5 %
2º ESO	4.25	72.2 %	18.2 %	9.6 %
4º ESO	4.12	65.1 %	25.6 %	9.3 %

Tabla 82: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E5. *¿Has salido de tu casa por la noche mientras tus padres creían que estabas durmiendo?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 <i>Ninguna</i>	3 <i>1-2 veces</i>	1 <i>Varias veces</i>
Grupo total	4.80	93.0 %	3.9 %	3.1 %
2º ESO	4.89	96.2 %	1.9 %	1.9 %
4º ESO	4.35	76.7 %	14.0 %	9.3 %

Tabla 83: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E6. *¿Has subido al coche con alguien sabiendo que conduciría de forma imprudente?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 <i>Ninguna</i>	3 <i>1-2 veces</i>	1 <i>Varias veces</i>
Grupo total	4.72	89.1 %	7.8 %	3.1 %
2º ESO	4.80	92.0 %	6.1 %	1.9 %
4º ESO	4.30	74.4 %	16.3 %	9.3 %

Tabla 84: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E7. En un día normal de clase, ¿alrededor de cuántas horas has visto la tele o videos?

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Ninguna</i>	4 <i><1 hora</i>	3 <i>1-2 horas</i>	2 <i>3-4 horas</i>	1 <i>>=4 horas</i>
Grupo total	3.08	3.1 %	30.9 %	45.7 %	11.3 %	9.0 %
2º ESO	3.16	2.8 %	33.3 %	47.9 %	8.9 %	7.0 %
4º ESO	2.67	4.7 %	18.6 %	34.9 %	23.3 %	18.6 %

Tabla 85: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E8. ¿Has montado en bici?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	2.25	22.0 %	35.6 %	40.0 %	-----	2.4 %
2º ESO	2.25	23.4 %	34.5 %	39.2 %	-----	2.9 %
4º ESO	2.27	14.7 %	41.2 %	44.1 %	-----	-----

Tabla 86: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E9. ¿Te has puesto casco para montar en bici?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	3.42	11.8 %	18.5 %	23.0 %	-----	46.6 %
2º ESO	3.30	12.9 %	18.7 %	25.8 %	-----	42.6 %
4º ESO	4.22	4.3 %	17.4 %	4.3 %	-----	73.9 %

Tabla 87: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E10. ¿Has montado en moto o motocicleta?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.10	8.2 %	5.3 %	15.9 %	-----	70.7 %
2º ESO	4.12	8.0 %	5.2%	14.4 %	-----	72.4 %
4º ESO	4.00	8.8 %	5.9 %	23.5 %	-----	61.8 %

Tabla 88: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E11. *¿Te has puesto casco para montar en moto o motocicleta?*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.12	9.2 %	4.4 %	14.1 %	-----	72.3 %
2º ESO	4.13	8.6 %	4.6 %	13.7 %	-----	73.1 %
4º ESO	4.06	12.9 %	3.2 %	16.1 %	-----	67.7 %

Tabla 89: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E12. *¿Has conducido un coche?*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.63	3.4 %	2.1 %	3.8 %	-----	90.6 %
2º ESO	4.60	3.6 %	1.6 %	4.7 %	-----	90.2 %
4º ESO	4.76	2.4 %	4.8 %	-----	-----	92.9 %

Tabla 90: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E13. *¿Has tomado alcohol o drogas antes de conducir?*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.89	-----	0.4 %	-----	-----	99.6 %
2º ESO	4.88	-----	-----	-----	-----	100 %
4º ESO	4.93	-----	2.4 %	-----	-----	97.6 %

Tabla 91: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E14. *¿Has usado cinturón de seguridad?*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>Nunca</i>	2 <i>Hace más de 1 año</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>El mes pasado</i>	5 <i>La semana pasada</i>
Grupo total	1.21	3.8 %	-----	2.5 %	0.8 %	92.9 %
2º ESO	1.25	4.5 %	-----	3.0 %	1.0 %	91.4 %
4º ESO	1.00	-----	-----	-----	-----	100 %

Tabla 92: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E15. ¿Has llevado un arma para defenderte, como p.ej. una navaja, un objeto punzante o un arma de fuego?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.76	2.4 %	1.2 %	4.0 %	-----	92.4 %
2º ESO	4.95	2.9 %	1.4 %	4.3 %	-----	91.4 %
4º ESO	4.79	-----	-----	2.4 %	-----	97.6 %

Tabla 93: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E16. ¿Has formado parte de una banda juvenil organizada?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.84	2.4 %	0.4 %	2.4 %	-----	94.8 %
2º ESO	4.81	2.9 %	0.5 %	2.9 %	-----	93.7 %
4º ESO	5.00	-----	-----	-----	-----	100 %

Tabla 94: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E17. ¿Has fumado cigarrillos?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.44	8.5 %	3.2 %	6.1 %	-----	82.2 %
2º ESO	4.58	5.8 %	3.4 %	4.3 %	-----	86.5 %
4º ESO	3.69	23.1 %	2.6 %	15.4 %	-----	59.0 %

Tabla 95: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E18. ¿Has mascado tabaco o fumado en pipa?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.89	1.6 %	0.8 %	1.2 %	-----	96.5 %
2º ESO	4.94	0.9 %	0.5 %	0.5 %	-----	98.1 %
4º ESO	4.64	4.8 %	2.4 %	4.8 %	-----	88.1 %

Tabla 96: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E19. *¿Has bebido cerveza o vino? (solos o mezclados con algún refresco)*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	3.86	10.3 %	15.6 %	12.8 %	-----	61.3 %
2º ESO	4.00	8.9 %	11.9 %	14.4 %	-----	64.9 %
4º ESO	3.20	17.1 %	34.1 %	4.9 %	-----	43.9 %

Tabla 97: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E20. *¿Has bebido licores solo o combinados? (p.ej.: chupitos, ginebra, vodka...)*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	3.98	7.8 %	15.1 %	13.1 %	-----	64.1 %
2º ESO	4.13	6.8 %	10.7 %	13.7 %	-----	68.8 %
4º ESO	3.18	12.5 %	37.5 %	10.0 %	-----	40.0 %

Tabla 98: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E21. *¿Has bebido 5 o más copas seguidas? (en una noche de fiesta)*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.56	4.0 %	6.3 %	4.8 %	-----	84.9 %
2º ESO	4.71	2.4 %	4.7 %	2.8 %	-----	90.0 %
4º ESO	3.78	12.2 %	14.6 %	14.6 %	-----	58.5 %

Tabla 99: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E22. *¿Has fumado porros (marihuana o “chocolate”)?*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.89	1.2 %	0.8 %	2.0 %	-----	96.0 %
2º ESO	4.92	0.5 %	0.9 %	1.4 %	-----	97.2 %
4º ESO	4.70	5.0 %	-----	5.0 %	-----	90.0 %

Tabla 100: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E23. ¿Has tomado o te has inyectado cortisona para aumentar tu musculatura?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.99	-----	0.4 %	-----	-----	99.6 %
2º ESO	4.99	-----	0.5 %	-----	-----	99.5 %
4º ESO	5.00	-----	-----	-----	-----	100 %

Tabla 101: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E24. ¿Has inhalado sustancias como pegamento, cola o gasolina?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.90	1.2 %	1.6 %	0.4 %	-----	96.8 %
2º ESO	4.94	1.4 %	-----	-----	-----	98.6 %
4º ESO	4.65	-----	10.0 %	2.5 %	-----	87.5 %

Tabla 102: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E25. ¿Has tomado cocaína o crack?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.98	-----	0.4 %	0.4 %	-----	99.2 %
2º ESO	4.99	-----	0.5 %	-----	-----	99.5 %
4º ESO	4.95	-----	-----	2.3 %	-----	97.7 %

Tabla 103: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E26. ¿Has tomado o te has inyectado cualquier otro tipo de droga ilegal? (ej.: tripis (LSD), anfetas, speed, sedantes o heroína)

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.98	-----	0.4 %	0.4 %	-----	99.2 %
2º ESO	4.99	-----	-----	0.5 %	-----	99.5 %
4º ESO	4.93	-----	2.3 %	-----	-----	97.7 %

Tabla 104: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E27. *¿Te has escapado de casa?*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.83	0.8 %	2.0 %	3.6 %	-----	93.5 %
2º ESO	4.87	-----	1.4 %	4.3 %	-----	94.2 %
4º ESO	4.64	5.1 %	5.1 %	-----	-----	89.7 %

Tabla 105: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E28. *¿Has amenazado con herir a alguien?*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.62	5.3 %	2.8 %	4.0 %	-----	87.9 %
2º ESO	4.71	3.9 %	2.4 %	2.9 %	-----	90.8 %
4º ESO	4.17	12.2 %	4.9 %	9.8 %	-----	73.2 %

Tabla 106: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E29. *¿Has atacado físicamente a alguien?*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.62	5.3 %	2.8 %	4.0 %	-----	87.9 %
2º ESO	4.71	3.9 %	2.4 %	2.9 %	-----	90.8 %
4º ESO	4.17	12.2 %	2.8 %	4.0 %	-----	73.2 %

Tabla 107: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E30. *¿Has robado algo superior a 10€?*

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.80	2.8 %	-----	4.5 %	-----	92.7 %
2º ESO	4.78	3.3 %	-----	4.3 %	-----	92.3 %
4º ESO	4.89	-----	-----	5.3 %	-----	94.7 %

Tabla 108: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E31. ¿Has destruido algo que no te pertenecía?

Cuándo, por última vez	Media	Respuestas				
		1 <i>La semana pasada</i>	2 <i>El mes pasado</i>	3 <i>Durante este año</i>	4 <i>Hace más de 1 año</i>	5 <i>Nunca</i>
Grupo total	4.50	4.5 %	4.0 %	9.8 %	-----	81.7 %
2º ESO	4.54	4.7 %	2.6 %	9.5 %	-----	83.2 %
4º ESO	4.29	2.9 %	11.8 %	11.8 %	-----	73.5 %

Tabla 109: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E32. Fuman cigarrillos.

Cuántos amigos/as crees que hacen ...	Media	Respuestas			
		1 <i>Todos</i>	2 <i>La mayoría</i>	3 <i>Algunos</i>	4 <i>Ninguno</i>
Grupo total	3.16	-----	17.4 %	49.0 %	33.6 %
2º ESO	3.25	-----	13.3 %	48.6 %	38.1 %
4º ESO	2.74	-----	37.2 %	51.2 %	11.6 %

Tabla 110: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E33. Beben alcohol.

Cuántos amigos/as crees que hacen ...	Media	Respuestas			
		1 <i>Todos</i>	2 <i>La mayoría</i>	3 <i>Algunos</i>	4 <i>Ninguno</i>
Grupo total	2.87	5.9 %	28.3 %	38.6 %	27.2 %
2º ESO	3.01	3.8 %	23.2 %	41.2 %	31.8 %
4º ESO	2.19	16.3 %	53.5 %	25.6 %	4.7 %

Tabla 111: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E34. Fuman porros (marihuana o "chocolate").

Cuántos amigos/as crees que hacen ...	Media	Respuestas			
		1 <i>Todos</i>	2 <i>La mayoría</i>	3 <i>Algunos</i>	4 <i>Ninguno</i>
Grupo total	3.59	-----	2.8 %	35.0 %	62.2 %
2º ESO	3.67	-----	1.9 %	28.9 %	69.2 %
4º ESO	3.21	-----	7.0 %	65.1 %	27.9 %

Tabla 112: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E35. Toman otras drogas (cocaína, estimulantes, pastillas,...).

Cuántos amigos/as crees que hacen ...	Media	Respuestas			
		1 <i>Todos</i>	2 <i>La mayoría</i>	3 <i>Algunos</i>	4 <i>Ninguno</i>
Grupo total	3.88	-----	0.4 %	11.0 %	88.6 %
2º ESO	3.89	-----	0.5 %	10.0 %	89.6 %
4º ESO	3.84	-----	-----	16.3 %	83.7 %

Tabla 113: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E36. *Tienen relaciones sexuales.*

Cuántos amigos/as crees que hacen ...	Media	Respuestas			
		1 <i>Todos</i>	2 <i>La mayoría</i>	3 <i>Algunos</i>	4 <i>Ninguno</i>
Grupo total	3.53	2.0 %	4.0 %	33.2 %	60.9 %
2º ESO	3.66	2.4 %	1.0 %	24.8 %	71.9 %
4º ESO	2.88	-----	18.6 %	74.4 %	7.0 %

Tabla 114: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E37. *¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales? (hacer el amor o llegar hasta el final)*

	Media	Respuestas		
		1 <i>No</i>	2 <i>Sí</i>	3 <i>No sabe</i>
Grupo total	1.10	90.1 %	9.9 %	-----
2º ESO	1.05	95.2 %	4.8 %	-----
4º ESO	1.36	64.3 %	35.7 %	-----

Tabla 115: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E37A. *¿Cuántos años tenías la 1ª vez que tuviste relaciones sexuales?*

Solo respuesta "Sí" a la P.37	Media	N casos	Respuestas				
			5 <i>>=17 años</i>	4 <i>16 años</i>	3 <i>15 años</i>	2 <i>14 años</i>	1 <i>=<13 años</i>
Grupo total	2.50	16	-----	6.3 %	50.0 %	31.3 %	12.5 %
2º ESO	1.50	2	-----	-----	-----	50.0 %	50.0 %
4º ESO	2.64	14	-----	7.1 %	57.1 %	28.6 %	7.1 %

Tabla 116: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E37B. *¿Con cuántas personas del otro sexo has tenido relaciones sexuales?*

Solo respuesta "Sí" a la P.37	Media	N casos	Respuestas				
			5 <i>Ninguna</i>	4 <i>1 pers.</i>	3 <i>2 pers.</i>	2 <i>3 pers</i>	1 <i>>=4 pers.</i>
Grupo total	3.44	25	4.0 %	60.0 %	20.0 %	8.0 %	8.0 %
2º ESO	4.00	10	10.0 %	80.0 %	10.0 %	-----	-----
4º ESO	3.07	15	-----	46.7 %	26.7 %	13.3 %	13.3 %

Tabla 117: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E37C. *¿Con cuántas personas de tu mismo sexo has tenido relaciones sexuales?*

Solo respuesta "Sí" a la P.37	Media	N casos	Respuestas				
			5 <i>Ninguna</i>	4 <i>1 pers.</i>	3 <i>2 pers.</i>	2 <i>3 pers</i>	1 <i>>=4 pers.</i>
Grupo total	4.88	25	92.0 %	4.0 %	4.0 %	-----	-----
2º ESO	4.93	10	90.0 %	-----	10.0 %	-----	-----
4º ESO	4.80	15	93.3 %	6.7 %	-----	-----	-----

Tabla 118: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E39. *¿Alguien fuma cigarrillos en tu casa?*

	Media	Respuestas		
		5 No	1 Sí	No sabe
Grupo total	3.14	53.6 %	46.4 %	-----
2º ESO	3.15	53.8 %	46.2 %	-----
4º ESO	3.10	52.4 %	47.6 %	-----

Tabla 119: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E40. *¿Hay extintor de incendios en tu edificio o vivienda?*

	Media	Respuestas		
		1 No	5 Sí	No sabe
Grupo total	4.68	92.0 %	8.0 %	-----
2º ESO	4.68	92.0 %	8.0 %	-----
4º ESO	4.68	92.1 %	7.9 %	-----

Tabla 120: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E41. *¿Hay armas de fuego en tu casa, como p.ej.: una escopeta o una pistola?*

	Media	Respuestas		
		5 No	1 Sí	No sabe
Grupo total	4.76	93.9 %	6.1 %	-----
2º ESO	4.73	93.2 %	6.8 %	-----
4º ESO	4.90	97.4 %	2.6 %	-----

Tabla 121: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E42. *Cuando tienes colegio al día siguiente, ¿tienes que llegar a una hora límite por la noche a casa?*

	Media	Respuestas				
		5 No permiten salir cuando hay clase	4 Max. 10:00 p.m.	3 Max. 11:00 p.m.	2 Max. 1:00 a.m.	1 No tiene hora
Grupo total	4.53	87.8 %	-----	-----	1.3 %	10.9 %
2º ESO	4.55	88.5 %	-----	-----	0.8 %	10.8 %
4º ESO	4.42	84.6 %	-----	-----	3.8 %	11.5 %

Tabla 122: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E43. *Pedir consejo a otras personas.*

Actuación tras discusión con amigo/a íntimo	Media	Respuestas			
		1 <i>Muy improbable</i>	2 <i>Improbable</i>	3 <i>Probable</i>	4 <i>Muy Probable</i>
Grupo total	3.09	38.4 %	40.0 %	13.3 %	8.2 %
2º ESO	3.02	34.0 %	43.4 %	13.7 %	9.0 %
4º ESO	3.40	60.5 %	23.3 %	11.6 %	4.7 %

Tabla 123: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E44. *Trataría de ver el lado positivo de la situación.*

Actuación tras discusión con amigo/a íntimo	Media	Respuestas			
		1 <i>Muy improbable</i>	2 <i>Improbable</i>	3 <i>Probable</i>	4 <i>Muy Probable</i>
Grupo total	2.77	11.4 %	24.7 %	39.2 %	24.7 %
2º ESO	2.79	11.8 %	22.2 %	41.5 %	24.5 %
4º ESO	2.70	9.3 %	37.2 %	27.9 %	25.6 %

Tabla 124: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E45. *Intentaría ver quién es el/la causante de la situación y le echaría las culpas, o me las echaría a mí.*

Actuación tras discusión con amigo/a íntimo	Media	Respuestas			
		1 <i>Muy improbable</i>	2 <i>Improbable</i>	3 <i>Probable</i>	4 <i>Muy Probable</i>
Grupo total	2.41	21.7 %	27.6 %	38.6 %	12.2 %
2º ESO	2.38	24.2 %	25.6 %	38.4 %	11.8 %
4º ESO	2.58	9.3 %	37.2 %	39.5 %	14.0 %

Tabla 125: *Análisis descriptivo. Sección E.*

Pregunta E46. *Intentaría solucionar el problema directamente con mi amigo/a.*

Actuación tras discusión con amigo/a íntimo	Media	Respuestas			
		1 <i>Muy improbable</i>	2 <i>Improbable</i>	3 <i>Probable</i>	4 <i>Muy Probable</i>
Grupo total	3.47	6.6 %	2.3 %	28.5 %	62.5 %
2º ESO	3.45	7.5 %	2.8 %	26.8 %	62.9 %
4º ESO	3.56	2.3 %	-----	37.2 %	60.5 %

Tabla 126: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E47. *La explicaría a un amigo/a cómo me siento.*

Actuación tras discusión con amigo/a íntimo	Media	Respuestas			
		1 <i>Muy improbable</i>	2 <i>Improbable</i>	3 <i>Probable</i>	4 <i>Muy Probable</i>
Grupo total	3.09	8.6 %	13.3 %	38.4 %	39.6 %
2º ESO	3.02	10.4 %	13.7 %	39.2 %	36.8 %
4º ESO	3.42	-----	11.6 %	34.9 %	53.5 %

Tabla 127: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E48. *Intentaría tranquilizarme.*

Actuación tras discusión con amigo/a íntimo	Media	Respuestas			
		1 <i>Muy improbable</i>	2 <i>Improbable</i>	3 <i>Probable</i>	4 <i>Muy Probable</i>
Grupo total	3.11	9.1 %	11.0 %	40.2 %	39.8 %
2º ESO	3.06	10.9 %	10.9 %	39.3 %	38.9 %
4º ESO	3.33	-----	11.6 %	44.2 %	44.2 %

Tabla 128: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E49. *Seguiría pensando y deseando que esto no hubiera ocurrido.*

Actuación tras discusión con amigo/a íntimo	Media	Respuestas			
		1 <i>Muy improbable</i>	2 <i>Improbable</i>	3 <i>Probable</i>	4 <i>Muy Probable</i>
Grupo total	2.96	14.1 %	14.8 %	32.4 %	38.7 %
2º ESO	2.93	16.0 %	14.1 %	31.0 %	39.0 %
4º ESO	3.09	4.7 %	18.6 %	39.5 %	37.2 %

Tabla 129: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E50. *Recurriría a mi familia o a una persona adulta para que me ayudarán a sentirme mejor.*

Actuación tras discusión con amigo/a íntimo	Media	Respuestas			
		1 <i>Muy improbable</i>	2 <i>Improbable</i>	3 <i>Probable</i>	4 <i>Muy Probable</i>
Grupo total	2.33	29.7 %	27.0 %	23.8 %	19.5 %
2º ESO	2.34	28.6 %	27.2 %	25.8 %	18.3 %
4º ESO	2.30	34.9 %	27.2 %	25.8 %	18.3 %

Tabla 130: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E51. *Haría otra cosa.*

Actuación tras discusión con amigo/a íntimo	Media	Respuestas			
		1 <i>Muy improbable</i>	2 <i>Improbable</i>	3 <i>Probable</i>	4 <i>Muy Probable</i>
Grupo total	1.96	41.5 %	28.9 %	21.3 %	8.3 %
2º ESO	2.00	41.0 %	26.7 %	23.3 %	9.0 %
4º ESO	1.77	44.2 %	39.5 %	11.6 %	4.7 %

Tabla 131: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E52. *Cada cuánto has comido: frutas, verduras, o ensalada verde.*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Más de 1 vez al día</i>	4 <i>Casi cada día</i>	3 <i>Varios días a la semana</i>	2 <i>Unos pocos días al mes</i>	1 <i>Nunca o casi nunca</i>
Grupo total	3.55	29.5 %	24.4 %	22.8 %	17.7 %	5.5 %
2º ESO	3.56	30.3 %	22.7 %	25.6 %	15.6 %	5.7 %
4º ESO	3.47	25.6 %	32.6 %	9.3 %	27.9 %	4.7 %

Tabla 132: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E53. *Cada cuánto has comido: carne, pollo o pescado, no fritos (plancha, horno, hervido).*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Más de 1 vez al día</i>	4 <i>Casi cada día</i>	3 <i>Varios días a la semana</i>	2 <i>Unos pocos días al mes</i>	1 <i>Nunca o casi nunca</i>
Grupo total	3.16	9.1 %	24.5 %	43.1 %	19.8 %	3.6 %
2º ESO	3.08	8.1 %	22.3 %	43.1 %	22.7 %	3.8 %
4º ESO	3.55	14.3 %	35.7 %	42.9 %	4.8 %	2.4 %

Tabla 133: *Análisis descriptivo.* Sección E.

Pregunta E54. *Cada cuánto has comido: leche o yogur desnatados o semidesnatados.*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Más de 1 vez al día</i>	4 <i>Casi cada día</i>	3 <i>Varios días a la semana</i>	2 <i>Unos pocos días al mes</i>	1 <i>Nunca o casi nunca</i>
Grupo total	3.64	33.5 %	26.4 %	21.7 %	7.5 %	11.0 %
2º ESO	3.67	33.6 %	28.4 %	19.9 %	7.1 %	10.9 %
4º ESO	3.49	32.6 %	16.3 %	30.2 %	9.3 %	11.6 %

Tabla 134: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E55. *Cada cuánto has comido: cereales, pan integral, productos integrales o legumbres (garbanzos, lentejas, judías).*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		5 <i>Más de 1 vez al día</i>	4 <i>Casi cada día</i>	3 <i>Varios días a la semana</i>	2 <i>Unos pocos días al mes</i>	1 <i>Nunca o casi nunca</i>
Grupo total	3.50	24.6 %	24.2 %	29.4 %	19.8 %	2.0 %
2º ESO	3.55	25.4 %	27.3 %	25.8 %	20.1 %	1.4 %
4º ESO	3.23	20.9 %	9.3 %	46.5 %	18.6 %	4.7 %

Tabla 135: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E56. *Cada cuánto has comido: Comida rápida, como p.ej. pollo frito, bocatas, pizzas o hamburguesas.*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Más de 1 vez al día</i>	2 <i>Casi cada día</i>	3 <i>Varios días a la semana</i>	4 <i>Unos pocos días al mes</i>	5 <i>Nunca o casi nunca</i>
Grupo total	4.06	2.0 %	3.2 %	9.1 %	58.1 %	27.7 %
2º ESO	4.06	1.9 %	3.8 %	9.5 %	55.7 %	29.0 %
4º ESO	4.07	2.3 %	-----	7.0 %	69.8 %	20.9 %

Tabla 136: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E57. *Cada cuánto has comido: comidas saladas, como p.ej. patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas o pepinillos.*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Más de 1 vez al día</i>	2 <i>Casi cada día</i>	3 <i>Varios días a la semana</i>	4 <i>Unos pocos días al mes</i>	5 <i>Nunca o casi nunca</i>
Grupo total	3.86	3.2 %	4.3 %	22.1 %	44.3 %	26.1 %
2º ESO	3.83	2.9 %	5.2 %	21.4 %	47.1 %	23.3 %
4º ESO	4.00	4.7 %	-----	25.6 %	30.2 %	39.5 %

Tabla 137: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta E58. *Cada cuánto has comido: productos con azúcar, como p.ej. refrescos con azúcar, pastas, donuts, bollicaos o caramelos.*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Más de 1 vez al día</i>	2 <i>Casi cada día</i>	3 <i>Varios días a la semana</i>	4 <i>Unos pocos días al mes</i>	5 <i>Nunca o casi nunca</i>
Grupo total	3.60	5.1 %	10.2 %	22.0 %	44.5 %	18.1 %
2º ESO	3.60	5.2 %	9.5 %	22.3 %	46.4 %	16.6 %
4º ESO	3.63	4.7 %	14.0 %	20.9 %	34.9 %	25.6 %

Tabla 138: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F1. *¿Cuántas veces has tenido: un resfriado o una gripe?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	3.34	10.6 %	12.9 %	26.3 %	32.5 %	17.6 %
2º ESO	3.39	9.4 %	11.8 %	26.9 %	34.4 %	17.5 %
4º ESO	3.09	16.3 %	18.6 %	23.3 %	23.3 %	18.6 %

Tabla 139: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F2. *¿Cuántas veces has tenido: sinusitis?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	4.59	3.2 %	2.0 %	6.8 %	8.4 %	79.6 %
2º ESO	4.65	2.9 %	1.9 %	5.8 %	6.3 %	83.1 %
4º ESO	4.33	4.7 %	2.3 %	11.6 %	18.6 %	62.8 %

Tabla 140: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F3. *¿Cuántas veces has tenido: dolor de garganta o anginas?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	3.46	9.9 %	12.3 %	24.6 %	27.8 %	25.4 %
2º ESO	3.54	9.0 %	11.9 %	22.4 %	29.0 %	27.6 %
4º ESO	3.07	14.3 %	14.3 %	35.7 %	21.4 %	14.3 %

Tabla 141: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F4. *¿Cuántas veces has tenido: infección de oído?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	4.73	1.6 %	0.8 %	4.0 %	10.3 %	83.3 %
2º ESO	4.72	1.9 %	1.0 %	3.8 %	10.0 %	83.3 %
4º ESO	4.79	-----	-----	4.7 %	11.6 %	83.7 %

Tabla 142: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F5. *¿Cuántas veces has tenido: el estómago revuelto con vómitos, diarrea o fiebre?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	3.73	12.2 %	6.7 %	14.2 %	29.9 %	37.0 %
2º ESO	3.86	9.5 %	7.6 %	10.9 %	31.8 %	40.3 %
4º ESO	3.09	25.6 %	2.3 %	30.2 %	20.9 %	20.9 %

Tabla 143: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F6. ¿Cuántas veces has tenido: bronquitis?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	4.74	2.4 %	1.6 %	2.0 %	7.9 %	86.2 %
2º ESO	4.76	1.9 %	0.9 %	2.4 %	8.5 %	86.3 %
4º ESO	4.63	4.7 %	4.7 %	-----	4.7 %	86.0 %

Tabla 144: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F7. ¿Cuántas veces has tenido: infección en la piel?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	4.82	2.4 %	1.6 %	2.0 %	7.9 %	86.2 %
2º ESO	4.83	1.9 %	0.5 %	0.9 %	2.8 %	92.9 %
4º ESO	4.77	2.3 %	-----	2.3 %	9.3 %	86.0 %

Tabla 145: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F8. ¿Cuántas veces has tenido: neumonía?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	4.91	0.4 %	0.4 %	0.4 %	5.5 %	93.3 %
2º ESO	4.92	0.5 %	0.5 %	-----	5.2 %	93.9 %
4º ESO	4.88	-----	-----	2.3 %	7.0 %	90.7 %

Tabla 146: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F9. ¿Cuántas veces has tenido: infección de la vejiga o de las vías urinarias?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	4.93	0.8 %	-----	-----	3.9 %	95.3 %
2º ESO	4.93	0.9 %	-----	-----	3.3 %	95.8 %
4º ESO	4.93	-----	-----	-----	7.0 %	93.0 %

Tabla 147: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F10. ¿Cuántas veces has tenido: infección por hongos? (ej.: piel del atleta o tiña)

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	4.90	0.4 %	0.8 %	0.8 %	4.3 %	93.7 %
2º ESO	4.92	0.5 %	0.5 %	0.5 %	4.7 %	93.9 %
4º ESO	4.86	-----	2.3 %	2.3 %	2.3 %	93.0 %

Tabla 148: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F11. *¿Cuántas veces has tenido: mononucleosis infecciosa?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		1 >=4 veces	2 3 veces	3 Dos veces	4 Una vez	5 Ninguna
Grupo total	4.92	0.8 %	0.4 %	0.8 %	2.0 %	96.1 %
2º ESO	4.93	0.9 %	0.5 %	0.5 %	1.9 %	96.2 %
4º ESO	4.92	-----	-----	2.3 %	2.3 %	95.3 %

Tabla 149: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F12. *¿Problema de dicción? (ej.: ceceo, tartamudez)*

En este momento	Media	Respuestas	
		5 No	1 Sí
Grupo total	4.94	98.4 %	1.6 %
2º ESO	4.98	99.5 %	0.5 %
4º ESO	4.72	93.0 %	7.0 %

Tabla 150: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F13. *¿Alguna parte de tu cuerpo deforme, o que te falta?*

En este momento	Media	Respuestas	
		5 No	1 Sí
Grupo total	4.79	94.9 %	5.1 %
2º ESO	4.87	96.7 %	3.3 %
4º ESO	4.44	86.0 %	14.0 %

Tabla 151: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F14. *¿Algún problema de vista?*

En este momento	Media	Respuestas	
		5 No	1 Sí
Grupo total	3.57	64.2 %	35.8 %
2º ESO	3.54	63.5 %	36.5 %
4º ESO	3.70	67.4 %	32.6 %

Tabla 152: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F15. *¿Algún problema para oír?*

En este momento	Media	Respuestas	
		5 No	1 Sí
Grupo total	4.91	97.6 %	2.4 %
2º ESO	4.92	98.1 %	1.9 %
4º ESO	4.91	95.3 %	4.7 %

Tabla 153: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F16. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿acné, eczema u otras erupciones alérgicas graves?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.67	83.3 %	16.7 %	-----
2º ESO	4.66	83.0 %	17.0 %	-----
4º ESO	4.70	85.0 %	15.0 %	-----

Tabla 154: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F17. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿gingivitis o inflamación de las encías (no caries)?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.83	91.5 %	8.5 %	-----
2º ESO	4.82	90.8 %	9.2 %	-----
4º ESO	4.90	95.0 %	5.0 %	-----

Tabla 155: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F18. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿asma?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.98	98.8 %	1.2 %	-----
2º ESO	4.97	98.6 %	1.4 %	-----
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 156: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F19. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿diabetes (azúcar en la sangre)?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.98	98.8 %	1.2 %	-----
2º ESO	4.97	98.6 %	1.4 %	-----
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 157: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F20. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿hepatitis?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 <i>Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses</i>	1 <i>Sí, con problemas en los últimos 12 meses</i>
Grupo total	4.97	98.4 %	1.6 %	-----
2º ESO	4.96	98.1 %	1.9 %	-----
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 158: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F21. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿talasemia u otra anemia hemolítica crónica?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 <i>Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses</i>	1 <i>Sí, con problemas en los últimos 12 meses</i>
Grupo total	4.96	98.0 %	2.0 %	-----
2º ESO	4.98	99.0 %	1.0 %	-----
4º ESO	4.86	93.0 %	7.0 %	-----

Tabla 159: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F22. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿anemia o cansancio por falta de glóbulos rojos?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 <i>Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses</i>	1 <i>Sí, con problemas en los últimos 12 meses</i>
Grupo total	4.91	95.6 %	4.4 %	-----
2º ESO	4.90	95.2 %	4.8 %	-----
4º ESO	4.95	97.7 %	2.3 %	-----

Tabla 160: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F23. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿fiebre reumática?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 <i>Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses</i>	1 <i>Sí, con problemas en los últimos 12 meses</i>
Grupo total	4.96	98.0 %	2.0 %	-----
2º ESO	4.96	98.1 %	1.9 %	-----
4º ESO	4.95	97.7 %	2.3 %	-----

Tabla 161: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F24. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿alguna enfermedad o problema del corazón?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 <i>Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses</i>	1 <i>Sí, con problemas en los últimos 12 meses</i>
Grupo total	4.89	94.4 %	5.6 %	-----
2º ESO	4.89	94.7 %	5.3 %	-----
4º ESO	4.86	92.9 %	7.1 %	-----

Tabla 162: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F25. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿migrañas o jaquecas?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 <i>Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses</i>	1 <i>Sí, con problemas en los últimos 12 meses</i>
Grupo total	4.86	92.9 %	7.1 %	-----
2º ESO	4.87	93.5 %	6.5 %	-----
4º ESO	4.79	89.7 %	10.3 %	-----

Tabla 163: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F26. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿epilepsia?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 <i>Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses</i>	1 <i>Sí, con problemas en los últimos 12 meses</i>
Grupo total	4.98	98.8 %	1.2 %	-----
2º ESO	4.97	98.6 %	1.4 %	-----
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 164: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F27. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿artritis o algún problema de articulaciones?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 <i>Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses</i>	1 <i>Sí, con problemas en los últimos 12 meses</i>
Grupo total	4.96	98.0 %	2.0 %	-----
2º ESO	4.96	98.1 %	1.9 %	-----
4º ESO	4.95	97.7 %	2.3 %	-----

Tabla 165: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F28. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿desviación de columna o escoliosis?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.76	87.8 %	12.2 %	-----
2º ESO	4.77	88.7 %	11.3 %	-----
4º ESO	4.67	83.3 %	16.7 %	-----

Tabla 166: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F29. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿algún otro problema que afecta a los huesos, cartílagos, músculos o tendones?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.85	92.7 %	7.3 %	-----
2º ESO	4.86	92.8 %	7.2 %	-----
4º ESO	4.85	92.5 %	7.5 %	-----

Tabla 167: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F30. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿un problema psicológico, emocional o de conducta?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.91	95.3 %	4.7 %	-----
2º ESO	4.93	96.4 %	3.6 %	-----
4º ESO	4.79	89.7 %	10.3 %	-----

Tabla 168: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F31. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿un problema de aprendizaje o de concentración?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.87	93.6 %	6.4 %	-----
2º ESO	4.89	94.3 %	5.7 %	-----
4º ESO	4.80	90.2 %	9.8 %	-----

Tabla 169: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F32. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿un trastorno en la alimentación, como anorexia o bulimia?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.99	99.6 %	0.4 %	-----
2º ESO	4.99	99.5 %	0.5 %	-----
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 170: Análisis descriptivo. Sección E.

Pregunta F33. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿intoxicación por plomo?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.99	99.6 %	0.4 %	-----
2º ESO	4.99	99.5 %	0.5 %	-----
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 171: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F34. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿fiebre del heno o alergias?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.87	93.5 %	6.5 %	-----
2º ESO	4.87	93.7 %	6.3 %	-----
4º ESO	4.85	92.5 %	7.5 %	-----

Tabla 172: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F35. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿una enfermedad de transmisión sexual o venérea? (gonorrea, purgaciones, sífilis, clamidia, verrugas o herpes genital)*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.98	99.2 %	0.8 %	-----
2º ESO	4.98	99.0 %	1.0 %	-----
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 173: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F36. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿alguna otra enfermedad grave?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	4.94	97.0 %	3.0 %	-----
2º ESO	4.93	96.4 %	3.6 %	-----
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 174: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Sólo CHICAS - Pregunta F37. *Le ha dicho el médico, que tenía: ¿enfermedad inflamatoria de la pelvis?*

Alguna vez... ..	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero sin problemas en últimos 12 meses	1 Sí, con problemas en los últimos 12 meses
Grupo total	5.00	100 %	-----	-----
2º ESO	5.00	100 %	-----	-----
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 175: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F38. *Aproximadamente, ¿cuántas caries has tenido?*

	Media	Respuestas			
		1 >=5 caries	2 3-4 caries	3 1-2 caries	4 Ninguna
Grupo total	3.66	1.3 %	6.8 %	17.0 %	74.9 %
2º ESO	3.75	0.5 %	4.1 %	15.5 %	79.8 %
4º ESO	3.24	4.8 %	19.0 %	23.8 %	52.4 %

Tabla 176: *Análisis descriptivo. Sección F.*

Pregunta F39. *¿Ha tenido: un corte o rasguño importante?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero no me visitó medico/a o enferm.	1 Sí, y me visitó un médico/a o enferm.
Grupo total	4.11	65.1 %	25.5 %	9.4 %
2º ESO	4.11	63.7 %	28.3 %	8.0 %
4º ESO	4.12	65.1 %	11.6 %	16.3 %

Tabla 177: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F40. ¿Ha tenido: una torcedura o rotura de ligamento?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero no me visitó médico/a o enferm.	1 Sí, y me visitó un médico/a o enferm.
Grupo total	4.14	74.5 %	7.8 %	17.6 %
2º ESO	4.18	75.5 %	8.0 %	16.5 %
4º ESO	3.93	69.8 %	7.0 %	23.3 %

Tabla 178: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F41. ¿Ha tenido: un hueso fracturado, una articulación rota, o la nariz rota?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero no me visitó médico/a o enferm.	1 Sí, y me visitó un médico/a o enferm.
Grupo total	4.52	85.8 %	4.3 %	9.8 %
2º ESO	4.62	88.6 %	3.8 %	7.6 %
4º ESO	4.02	72.1 %	7.0 %	20.9 %

Tabla 179: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F42. ¿Ha tenido: un golpe o herida grave en la cabeza, o una conmoción?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero no me visitó médico/a o enferm.	1 Sí, y me visitó un médico/a o enferm.
Grupo total	4.52	90.2 %	4.7 %	5.1 %
2º ESO	4.62	91.0 %	5.7 %	3.3 %
4º ESO	4.02	86.0 %	-----	14.0 %

Tabla 180: Análisis descriptivo. Sección F.

Pregunta F43. ¿Ha tenido: una herida de bala o puñalada?

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero no me visitó médico/a o enferm.	1 Sí, y me visitó un médico/a o enferm.
Grupo total	4.98	99.6 %	-----	0.4 %
2º ESO	4.98	99.5 %	-----	0.5 %
4º ESO	5.00	100 %	-----	-----

Tabla 181: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F44. *¿Ha tenido: un mordisco de otra persona o animal?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero no me visitó médico/a o enferm.	1 Sí, y me visitó un médico/a o enferm.
Grupo total	4.69	86.3 %	12.2 %	1.6 %
2º ESO	4.69	85.4 %	13.7 %	0.9 %
4º ESO	4.72	90.7 %	4.7 %	4.7 %

Tabla 182: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F45. *¿Ha tenido: una quemadura importante?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero no me visitó médico/a o enferm.	1 Sí, y me visitó un médico/a o enferm.
Grupo total	4.84	94.1 %	3.9 %	2.0 %
2º ESO	4.88	94.8 %	4.3 %	0.9 %
4º ESO	4.67	90.7 %	7.0 %	2.3 %

Tabla 183: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F46. *¿Ha tenido: algún otro tipo de lesión?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas		
		5 No	3 Sí, pero no me visitó médico/a o enferm.	1 Sí, y me visitó un médico/a o enferm.
Grupo total	4.13	72.4 %	11.4 %	16.1 %
2º ESO	4.26	75.8 %	11.4 %	12.8 %
4º ESO	3.47	55.8 %	11.6 %	32.6 %

Tabla 184: *Análisis descriptivo.* Sección F.

Pregunta F47. *¿Cuántas veces te ha herido alguien, intencionadamente?*

Durante los últimos 12 meses	Media	Respuestas				
		5 Ninguna	4 1 vez	3 2 veces	2 3 veces	1 >=4 veces
Grupo total	4.69	84.3 %	7.3 %	4.0 %	2.4 %	2.0 %
2º ESO	4.69	83.9 %	7.3 %	4.4 %	2.9 %	1.5 %
4º ESO	4.70	86.0 %	7.0 %	2.3 %	-----	4.7 %

Tabla 185: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G1. *¿Cuántos días tus padres u otras personas adultas de tu familia: han dedicado tiempo a estar contigo haciendo algo divertido?*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 Ninguno	2 1-3 días	3 4-6 días	4 7-14 días	5 15-28 días
Grupo total	3.39	8.7 %	20.1 %	25.6 %	15.4 %	30.3 %
2º ESO	3.40	8.1 %	21.8 %	23.2 %	16.1 %	30.8 %
4º ESO	3.33	11.6 %	11.6 %	37.2 %	11.6 %	27.9 %

Tabla 186: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G2. *¿Cuántos días tus padres u otras personas adultas de tu familia: han hablado contigo o escuchado tus opiniones o ideas?*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	3.78	9.1 %	13.8 %	13.0 %	17.8 %	46.2 %
2º ESO	3.80	8.1 %	14.3 %	13.8 %	16.7 %	47.1 %
4º ESO	3.67	14.0 %	11.6 %	9.3 %	23.3 %	41.9 %

Tabla 187: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G3. *¿Cuántos días tus padres u otras personas adultas de tu familia: han comido o cenado contigo?*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.67	1.2 %	3.9 %	3.9 %	8.7 %	82.3 %
2º ESO	4.72	1.4 %	3.3 %	2.8 %	7.1 %	85.3 %
4º ESO	4.44	-----	7.0 %	9.3 %	16.3 %	67.4 %

Tabla 188: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G4. *¿Cuántos días te has alegrado de ser miembro de tu familia?*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.34	3.5 %	8.7 %	5.9 %	13.8 %	68.1 %
2º ESO	4.39	3.3 %	7.6 %	5.7 %	13.3 %	70.1 %
4º ESO	4.09	4.7 %	14.0 %	7.0 %	16.3 %	58.1 %

Tabla 189: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G5. *¿Cuántos días te has llevado bien con tu familia?*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.55	-----	5.2 %	6.0 %	17.1 %	71.7 %
2º ESO	4.57	-----	4.3 %	5.8 %	18.8 %	71.2 %
4º ESO	4.49	-----	9.3 %	7.0 %	9.3 %	74.4 %

Tabla 190: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G6. *¿Cuántos días has mentido o engañado?*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	3.93	6.7 %	5.1 %	15.0 %	34.4 %	38.7 %
2º ESO	3.94	7.1 %	5.2 %	14.3 %	32.9 %	40.5 %
4º ESO	3.88	4.7 %	4.7 %	18.6 %	41.9 %	30.2 %

Tabla 191: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G7. ¿Cuántos días has discutido mucho?

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	3.85	5.9 %	8.3 %	15.4 %	35.6 %	34.8 %
2º ESO	3.88	5.7 %	7.6 %	15.7 %	35.2 %	35.7 %
4º ESO	3.72	7.0 %	11.6 %	14.0 %	37.2 %	30.2 %

Tabla 192: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G8. ¿Cuántos días has estado con gente que suele meterse en problemas?

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.23	7.1 %	5.2 %	9.1 %	14.7 %	63.9 %
2º ESO	4.29	6.7 %	5.3 %	8.1 %	12.4 %	67.5 %
4º ESO	3.95	9.3 %	4.7 %	14.0 %	25.6 %	46.5 %

Tabla 193: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G9. ¿Cuántos días has desobedecido en el colegio?

Durante las últimas 4 semanas (en el colegio)	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.35	3.2 %	4.0 %	8.3 %	23.7 %	60.9 %
2º ESO	4.37	3.8 %	3.8 %	7.6 %	21.4 %	63.3 %
4º ESO	4.28	-----	4.7 %	11.6 %	34.9 %	48.8 %

Tabla 194: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G10. ¿Cuántos días has tenido dificultades para entenderte con tus profesores?

Durante las últimas 4 semanas (en el colegio)	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	4.10	7.5 %	5.9 %	10.3 %	21.7 %	54.5 %
2º ESO	4.14	7.1 %	6.2 %	9.5 %	19.5 %	57.6 %
4º ESO	3.88	9.3 %	4.7 %	14.0 %	32.6 %	39.5 %

Tabla 195: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G11. ¿Cuántos días has tenido dificultades para concentrarte o prestar atención en clase?

Durante las últimas 4 semanas (en el colegio)	Media	Respuestas				
		1 <i>Ninguno</i>	2 <i>1-3 días</i>	3 <i>4-6 días</i>	4 <i>7-14 días</i>	5 <i>15-28 días</i>
Grupo total	3.81	11.2 %	6.8 %	16.3 %	21.5 %	44.2 %
2º ESO	3.93	8.7 %	6.3 %	15.4 %	22.6 %	47.1 %
4º ESO	3.21	23.3 %	9.3 %	20.9 %	16.3 %	30.2 %

Tabla 196: Análisis descriptivo. Sección G.

Pregunta G12. ¿Cuántos días te has costado hacer los deberes?

Durante las últimas 4 semanas (en el colegio)	Media	Respuestas				
		1 Ninguno	2 1-3 días	3 4-6 días	4 7-14 días	5 15-28 días
Grupo total	4.02	5.5 %	8.3 %	8.7 %	33.6 %	43.9 %
2º ESO	4.15	5.2 %	4.3 %	8.1 %	34.8 %	47.6 %
4º ESO	3.37	7.0 %	27.9 %	11.6 %	27.9 %	25.6 %

Tabla 197: Análisis descriptivo. Sección G.

Pregunta G13. ¿Qué afirmación describe mejor qué tal te ha ido en el colegio?

Durante las últimas 4 semanas (en el colegio)	Media	Respuestas			
		1 Estudiante por debajo de la media	2 Estudiante medio	3 Buen estudiante	4 Estudiante excelente
Grupo total	2.56	9.1 %	34.0 %	48.6 %	8.3 %
2º ESO	2.57	8.5 %	34.8 %	47.6 %	9.0 %
4º ESO	2.51	11.6 %	30.2 %	53.5 %	4.7 %

Tabla 198: Análisis descriptivo. Sección G.

Pregunta G14. ¿Qué afirmación describe mejor cómo has hecho tus deberes?

Durante las últimas 4 semanas (en el colegio)	Media	Respuestas			
		1 Podría haber hecho mucho mejor	2 Podría haber hecho un poco mejor	3 Los he hecho lo mejor que pude	4 Mejor imposible
Grupo total	2.58	10.7 %	30.0 %	49.4 %	9.9 %
2º ESO	2.61	10.0 %	28.6 %	51.4 %	10.0 %
4º ESO	2.44	14.0 %	37.2 %	39.5 %	9.3 %

Tabla 199: Análisis descriptivo. Sección G.

Pregunta G15. He dejado el colegio

Durante los dos últimos cursos	Respuestas	
	No	Sí
Grupo total	98.0 %	2.0 %
2º ESO	97.6 %	2.4 %
4º ESO	100 %	-----

Tabla 200: Análisis descriptivo. Sección G.

Pregunta G16. He sido de los 3 primeros de la clase.

Durante los dos últimos cursos	Media	Respuestas	
		1 No	4 Sí
Grupo total	1.85	71.6 %	28.4 %
2º ESO	1.86	71.5 %	28.5 %
4º ESO	1.84	72.1 %	27.9 %

Tabla 201: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G17. *He ganado algún premio en un concurso escolar*

Durante los dos últimos cursos	Media	Respuestas	
		1 No	4 Sí
Grupo total	1.47	84.2 %	15.8 %
2º ESO	1.49	83.8 %	16.2 %
4º ESO	1.42	86.0 %	14.0 %

Tabla 202: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G18. *He suspendido una asignatura*

Durante los dos últimos cursos	Media	Respuestas	
		1 Sí	4 No
Grupo total	2.17	60.9 %	39.1 %
2º ESO	2.17	61.0 %	39.0 %
4º ESO	2.19	60.5 %	39.5 %

Tabla 203: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G19. *He suspendido un curso*

Durante los dos últimos cursos	Media	Respuestas	
		1 Sí	4 No
Grupo total	3.57	14.2 %	85.8 %
2º ESO	3.59	13.8 %	86.2 %
4º ESO	3.51	16.3 %	83.7 %

Tabla 204: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G20. *Me ha expulsado del colegio.*

Durante los dos últimos cursos	Media	Respuestas	
		1 Sí	5 No
Grupo total	4.89	2.8 %	97.2 %
2º ESO	4.90	2.4 %	97.6 %
4º ESO	4.81	4.7 %	95.3 %

Tabla 205: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G21. *He sido miembro de alguna organización o comisión del colegio.*

Durante los dos últimos cursos	Media	Respuestas	
		1 <i>No</i>	4 <i>Sí</i>
Grupo total	1.41	86.1 %	13.9 %
2º ESO	1.39	87.1 %	12.8 %
4º ESO	1.56	81.4 %	18.6 %

Tabla 206: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G22. *He sido miembro de alguna organización o comisión del colegio.*

Durante las últimas 4 semanas	Media	Respuestas	
		1 <i>No</i>	4 <i>Sí</i>
Grupo total	1.09	91.1 %	8.9 %
2º ESO	1.09	90.7 %	9.3 %
4º ESO	1.07	92.9 %	7.1 %

Tabla 207: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G27. *Crees que: ¿Hay alguna persona adulta a quien puedes recurrir si tienes un problema importante?*

	Media	Respuestas	
		1 <i>No</i>	5 <i>Sí</i>
Grupo total	4.64	9.1 %	90.9 %
2º ESO	4.70	7.5 %	92.5 %
4º ESO	4.33	16.7 %	83.3 %

Tabla 208: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G28. *Crees que: ¿hay personas adultas interesadas en lo que haces y que te animan a hacerlo bien?*

	Media	Respuestas	
		1 <i>No</i>	5 <i>Sí</i>
Grupo total	4.67	8.2 %	91.8 %
2º ESO	4.72	6.9 %	93.1 %
4º ESO	4.43	14.3 %	85.7 %

Tabla 209: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G29. *Crees que: ¿Estás seguro/a en la escuela?*

	Media	Respuestas	
		1 <i>No</i>	5 <i>Sí</i>
Grupo total	4.64	9.0 %	91.0 %
2º ESO	4.62	9.4 %	90.6 %
4º ESO	4.71	7.1 %	92.9 %

Tabla 210: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G30. *Crees que: ¿Estás seguro/a en tu barrio?*

	Media	Respuestas	
		1 No	5 Sí
Grupo total	4.77	5.8 %	94.2 %
2º ESO	4.76	6.0 %	94.0 %
4º ESO	4.81	4.8 %	95.2 %

Tabla 211: *Análisis descriptivo.* Sección G.

Pregunta G31. *Crees que: en general, ¿te animan a dar lo mejor de ti mismo/a?*

	Media	Respuestas	
		1 No	5 Sí
Grupo total	4.70	7.4 %	92.6 %
2º ESO	4.80	4.9 %	95.1 %
4º ESO	4.22	19.5 %	80.5 %

Tabla 212: *Análisis descriptivo.* Variables de las dimensiones del Cuestionario CHIP-AE, en la muestra total. (N=407)

Variable de la Dimensión	Centralidad			Variabilidad				Forma	
	Media	IC 95%	Mediana	Mín.	Máx.	Desviación Estándar	Amplitud Intercuartil	Asim.	Curt.
Satisfacción	3.27	3.22 – 3.32	3.33	1.70	4.43	0.50	0.64	-0.51	0.00
Bienestar	4.34	4.29 – 4.39	4.43	2.42	6.35	0.47	0.56	-1.03	2.45
Resistencia	3.70	3.65 – 3.74	3.69	2.33	6.36	0.47	0.54	1.34	7.22
Riesgos	4.23	4.20 – 4.29	4.30	2.83	6.02	0.40	0.45	-0.34	1.92
Consecución de Funciones	1.43	1.33 – 1.52	1.14	0.50	6.21	0.97	0.50	2.87	8.75

Tabla 213: *Análisis descriptivo.* Variables de las subdimensiones del Cuestionario CHIP-AE, en la muestra total. (N=407).

<i>Variable de la Subdimensión</i>	Centralidad			Variabilidad				Forma	
	Media	IC 95%	Mediana	Mín.	Máx.	Desviación Estándar	Amplitud Intercuartil	Asim.	Curt.
<i>Satisfacción con la salud</i>	3.24	3.19 – 3.30	3.29	1.86	4.57	0.53	0.71	-0.27	-0.39
<i>Autoestima</i>	3.30	3.24 – 3.36	3.40	1.40	5.40	0.61	0.80	-0.50	0.55
<i>Bienestar físico</i>	4.33	4.29 – 4.38	4.43	2.25	5.21	0.47	0.58	-1.26	2.32
<i>Bienestar emocional</i>	4.00	3.94 – 4.07	4.14	1.79	5.57	0.69	0.93	-0.81	0.25
<i>Limitaciones de actividad</i>	4.68	4.63 – 4.73	4.86	1.86	5.14	0.48	0.43	-2.80	9.89
<i>Actividades físicas</i>	3.26	3.18 – 3.35	3.40	1.20	5.60	0.88	1.40	-0.17	-0.55
<i>Resolución de problemas</i>	2.95	2.90 – 3.01	3.00	1.00	4.00	0.56	0.63	-0.60	0.69
<i>Salud y Seguridad en Hogar</i>	4.16	4.12 – 4.21	4.18	2.27	5.61	0.48	0.55	-0.35	1.03
<i>Participación familiar</i>	4.31	4.24 – 4.38	4.43	1.71	6.14	0.74	0.86	-0.97	1.31
<i>Riesgo individual</i>	4.83	4.79 – 4.88	4.87	3.09	6.59	0.46	0.52	-0.20	1.42
<i>Amenazas a logros</i>	4.50	4.45 – 4.56	4.67	1.53	6.60	0.58	0.60	-1.34	3.80
<i>Influencia de pares</i>	3.33	3.27 – 3.38	3.40	1.00	4.00	0.54	0.80	-0.60	0.53
<i>Rendimiento académico</i>	2.26	2.20 – 2.32	2.29	1.00	4.57	0.63	0.86	0.33	0.12

Tabla 214-A: *Análisis descriptivo.* Variables complementarias del Cuestionario CHIP-AE, en la muestra total (N=407) relativas a la alimentación.

<i>Variable</i>	Centralidad			Variabilidad				Forma	
	Media	IC 95%	Mediana	Mín.	Máx.	Desviación Estándar	Amplitud Intercuartil	Asim.	Curt.
<i>Comb. Comidas sanas</i>	3.46	3.39 – 3.53	3.50	1.50	5.00	0.75	1.00	-0.01	-0.54
<i>Comb. Comidas poco sanas</i>	3.86	3.79 – 3.93	4.00	1.00	5.00	0.73	1.00	-0.75	0.95

Tabla 214-B: Análisis descriptivo. Variables complementarias del Cuestionario CHIP-AE, en la muestra total (N=407) relativas a la seguridad vial.

Variable / Categoría	% sobre N válido	I.C. 95%		
		Lim. Inf.	Lim. Sup.	
BICICLETA	Montar en bici y nunca llevar casco	42.6 %	37.6 %	47.5 %
	Montar en bici y llevar casco	53.5 %	48.6 %	58.5 %
	Nunca haber montado en bici	3.9 %	2.3 %	6.3 %
MOTO	Montar en bici y nunca llevar casco	3.4 %	1.9 %	5.7 %
	Montar en moto y llevar casco	27.5 %	23.2 %	32.1 %
	Nunca haber montado en moto	69.1 %	64.3 %	73.5 %
COCHE	Conducir después de tomar alcohol o drogas	1.5 %	0.5 %	3.2 %
	Conducir pero nunca después de tomar alcohol o drogas	9.8 %	7.1 %	13.1 %
	Nunca haber conducido un coche	88.7 %	85.2 %	91.6 %

Tabla 215: Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las Dimensiones del Cuestionario CHIP-AE, en función del Sexo.

Variable de la Dimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	HOMBRES (n=196)	MUJERES (n=211)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción	3.40 (\pm 0.45)	3.15 (\pm 0.52)	4.76**	.000	.064
Bienestar	4.45 (\pm 0.42)	4.24 (\pm 0.50)	4.44**	.000	.050
Resistencia	3.78 (\pm 0.51)	3.62 (\pm 0.42)	3.62**	.000	.029
Riesgos	4.27 (\pm 0.41)	4.21 (\pm 0.39)	1.72 ^{NS}	.086	.005
Consecución de Funciones	1.51 (\pm 1.07)	1.36 (\pm 0.86)	0.04 ^{NS}	.966	.006

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Tabla 216: Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las Subdimensiones del Cuestionario CHIP-AE, en función del Sexo.

Variable de la Subdimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	HOMBRES (n=196)	MUJERES (n=211)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción con la salud	3.40 (\pm 0.48)	3.08 (\pm 0.53)	5.97**	.000	.097
Autoestima	3.39 (\pm 0.55)	3.21 (\pm 0.65)	2.72**	.007	.021
Bienestar físico	4.41 (\pm 0.42)	4.26 (\pm 0.51)	2.99**	.003	.023
Bienestar emocional	4.23 (\pm 0.57)	3.79 (\pm 0.73)	6.16**	.000	.098
Limitaciones de actividad	4.70 (\pm 0.49)	4.67 (\pm 0.48)	1.26 ^{NS}	.207	.001
Actividades físicas	3.58 (\pm 0.82)	2.97 (\pm 0.84)	6.90**	.000	.120
Resolución de problemas	2.92 (\pm 0.61)	2.99 (\pm 0.50)	1.45 ^{NS}	.252	.004
Salud y Seguridad en Hogar	4.14 (\pm 0.51)	4.18 (\pm 0.45)	0.66 ^{NS}	.509	.002
Participación familiar	4.31 (\pm 0.72)	4.31 (\pm 0.76)	0.25 ^{NS}	.803	.000
Riesgo individual	4.86 (\pm 0.49)	4.81 (\pm 0.44)	0.36 ^{NS}	.720	.002
Amenazas a logros	4.50 (\pm 0.64)	4.51 (\pm 0.51)	0.19 ^{NS}	.850	.000
Influencia de pares	3.40 (\pm 0.51)	3.26 (\pm 0.56)	2.63**	.008	.016
Rendimiento académico	2.20 (\pm 0.65)	2.32 (\pm 0.60)	1.80 ^{NS}	.073	.008

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Tabla 217: *Análisis inferencial.* Diferencias en las variables complementarias del Cuestionario CHIP-AE, en función del Sexo.

Variable	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	HOMBRES (n=196)	MUJERES (n=211)	Valor Zu	P-valor	
Combinación de Comidas sanas	3.40 (\pm 0.48)	3.08 (\pm 0.53)	3.20 ^{NS}	.075	.008
Combinación de Comidas poco sanas	3.39 (\pm 0.55)	3.21 (\pm 0.65)	17.20* *	.000	.041

Variable / Categoría	Porcentajes		Test Chi-C.		Tamaño del efecto: R ²
	HOMBRES (n=196)	MUJERES (n=211)	Valor Chi ²	P-valor	
BICICLETA			2.17 ^{NS}	.338	.008
Montar en bici sin casco	38.6 %	47.1 %			
Montar en bici con casco	57.9 %	48.8 %			
Nunca monta en bici	3.6 %	4.1 %			
MOTO			1.85 ^{NS}	.397	.006
Montar en moto sin casco	4.6 %	2.4 %			
Montar en moto con casco	25.0 %	29.6 %			
Nunca monta en moto	70.4 %	68.0 %			
COCHE			11.61* *	.003	.032
Conducir con alcohol-drogas	1.8 %	1.0 %			
Conducir sin alcohol-drogas	15.5 %	5.1 %			
Nunca haber conducido	82.7 %	93.9 %			

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Tabla 218: *Análisis inferencial.* Diferencias en las variables de las Dimensiones del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal. Muestra de chicos (N=196; excluidos 107 del GB: N válido=89)

Variable de la Dimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.C-CONTR. (n=19)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción	3.41 (\pm 0.48)	3.35 (\pm 0.52)	0.52 ^{NS}	.606	.002
Bienestar	4.32 (\pm 0.34)	4.41 (\pm 0.51)	1.26 ^{NS}	.207	.006
Resistencia	3.93 (\pm 0.72)	3.73 (\pm 0.38)	0.85 ^{NS}	.395	.031
Riesgos	4.17 (\pm 0.31)	4.25 (\pm 0.47)	1.67 ^{NS}	.095	.006
Consecución de Funciones	1.26 (\pm 0.67)	1.57 (\pm 1.03)	1.06 ^{NS}	.290	.018

N.S. = NO significativo

Tabla 219: Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las Subdimensiones del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal.

Muestra de chicos (N=196; excluidos 107 del GB: N válido=89)

Variable de la Subdimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.C-CONTR. (n=19)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción con la salud	3.39 (\pm 0.56)	3.38 (\pm 0.49)	0.05 ^{NS}	.960	.000
Autoestima	3.43 (\pm 0.50)	3.32 (\pm 0.68)	0.84 ^{NS}	.400	.005
Bienestar físico	4.31 (\pm 0.37)	4.34 (\pm 0.47)	0.76 ^{NS}	.446	.001
Bienestar emocional	4.14 (\pm 0.41)	4.15 (\pm 0.67)	0.74 ^{NS}	.458	.000
Limitaciones de actividad	4.51 (\pm 0.58)	4.67 (\pm 0.54)	2.20 [*]	.028	.015
Actividades físicas	3.89 (\pm 0.94)	3.54 (\pm 0.76)	1.87 ^{NS}	.062	.034
Resolución de problemas	3.00 (\pm 0.37)	3.09 (\pm 0.63)	0.98 ^{NS}	.330	.004
Salud y Seguridad en Hogar	4.17 (\pm 0.42)	4.11 (\pm 0.49)	0.49 ^{NS}	.623	.003
Participación familiar	4.23 (\pm 0.82)	4.22 (\pm 0.75)	0.33 ^{NS}	.761	.000
Riesgo individual	4.88 (\pm 0.64)	4.86 (\pm 0.56)	0.22 ^{NS}	.825	.000
Amenazas a logros	4.65 (\pm 0.52)	4.50 (\pm 0.68)	0.66 ^{NS}	.508	.009
Influencia de pares	2.99 (\pm 0.33)	3.34 (\pm 0.59)	3.02 ^{**}	.003	.066
Rendimiento académico	2.13 (\pm 0.58)	2.20 (\pm 0.70)	0.41 ^{NS}	.680	.002

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Tabla 220: Análisis inferencial. Diferencias en las variables complementarias del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal.

Muestra de chicos (N=196; excluidos 107 del GB: N válido=89)

Variable	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.C-CONTR. (n=19)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Combinación de Comidas sanas	3.49 (\pm 0.78)	3.50 (\pm 0.69)	0.42 ^{NS}	.678	.000
Combinación de Comidas poco sanas	3.78 (\pm 0.76)	3.76 (\pm 0.76)	0.23 ^{NS}	.815	.000
Variable / Categoría	Porcentajes		Test Chi-C.		Tamaño del efecto: R ²
	G.C-CONTR. (n=19)	G.INTERV (n=70)	Valor Chi ²	P-valor	
BICICLETA			3.24 ^{NS}	.198	.052
Montar en bici sin casco	66.7 %	39.2 %			
Montar en bici con casco	33.3 %	54.9 %			
Nunca monta en bici	0.0 %	5.9 %			
MOTO			0.60 ^{NS}	.740	.008
Montar en moto sin casco	7.1 %	3.7 %			
Montar en moto con casco	21.4 %	29.6 %			
Nunca monta en moto	71.4 %	66.7 %			
COCHE			1.03 ^{NS}	.597	.014
Conducir con alcohol-drogas	0.0 %	5.3 %			
Conducir sin alcohol-drogas	11.1 %	12.3 %			
Nunca haber conducido	88.9 %	82.5 %			

N.S. = NO significativo

Tabla 221: Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las Dimensiones del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal. Muestra de chicas (N=211; excluidas 106 del GB: N válido=105)

Variable de la Dimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.C-CONTR. (n=24)	G.INTERV (n=81)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción	2.84 (\pm 0.62)	3.09 (\pm 0.52)	1.68 ^{NS}	.092	.039
Bienestar	3.95 (\pm 0.35)	4.08 (\pm 0.50)	1.44 ^{NS}	.150	.013
Resistencia	3.41 (\pm 0.38)	3.68 (\pm 0.39)	2.78**	.005	.080
Riesgos	3.99 (\pm 0.42)	4.05 (\pm 0.36)	0.36 ^{NS}	.717	.004
Consecución de Funciones	1.25 (\pm 0.54)	1.25 (\pm 0.53)	0.38 ^{NS}	.701	.000

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Tabla 222: Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las Subdimensiones del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal. Muestra de chicas (N=211; excluidas 106 del GB: N válido=105)

Variable de la Subdimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.C-CONTR. (n=24)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción con la salud	2.88 (\pm 0.60)	3.02 (\pm 0.48)	1.10 ^{NS}	.270	.013
Autoestima	2.79 (\pm 0.70)	3.17 (\pm 0.69)	2.10 *	.036	.050
Bienestar físico	4.00 (\pm 0.33)	4.09 (\pm 0.55)	1.27 ^{NS}	.203	.006
Bienestar emocional	3.40 (\pm 0.47)	3.56 (\pm 0.68)	1.29 ^{NS}	.197	.011
Limitaciones de actividad	4.45 (\pm 0.68)	4.59 (\pm 0.54)	1.14 ^{NS}	.255	.010
Actividades físicas	2.60 (\pm 0.85)	3.16 (\pm 0.75)	2.97**	.003	.085
Resolución de problemas	3.08 (\pm 0.32)	2.93 (\pm 0.57)	1.06 ^{NS}	.288	.015
Salud y Seguridad en Hogar	4.00 (\pm 0.35)	4.30 (\pm 0.43)	2.98**	.003	.089
Participación familiar	4.08 (\pm 1.07)	4.25 (\pm 0.71)	0.27 ^{NS}	.789	.008
Riesgo individual	4.73 (\pm 0.45)	4.70 (\pm 0.53)	0.42 ^{NS}	.672	.001
Amenazas a logros	4.29 (\pm 0.56)	4.41 (\pm 0.55)	0.83 ^{NS}	.408	.009
Influencia de pares	2.96 (\pm 0.50)	3.01 (\pm 0.54)	0.52 ^{NS}	.606	.002
Rendimiento académico	2.27 (\pm 0.66)	2.32 (\pm 0.63)	0.51 ^{NS}	.612	.001

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Tabla 223: Análisis inferencial. Diferencias en las variables complementarias del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal.

Muestra de chicas (N=211; excluidas 106 del GB: N válido=105)

Variable	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.C-CONTR. (n=24)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Combinación de Comidas sanas	3.39 (\pm 0.73)	3.42 (\pm 0.74)	0.39 ^{NS}	.698	.000
Combinación de Comidas poco sanas	4.00 (\pm 0.69)	3.99 (\pm 0.58)	0.49 ^{NS}	.625	.000
Variable / Categoría	Porcentajes		Test Chi-C.		Tamaño del efecto: R ²
	G.C-CONTR. (n=24)	G.INTERV (n=70)	Valor Chi ²	P-valor	
BICICLETA			0.88 ^{NS}	.645	.015
Montar en bici sin casco	75.0 %	59.2 %			
Montar en bici con casco	25.0 %	36.7 %			
Nunca monta en bici	0.0 %	4.1 %			
MOTO			0.87 ^{NS}	.648	.011
Montar en moto sin casco	0.0 %	4.8 %			
Montar en moto con casco	35.3 %	32.3 %			
Nunca monta en moto	64.7 %	62.9 %			
COCHE			3.80 ^{NS}	.149	.038
Conducir con alcohol-drogas	4.2 %	1.4 %			
Conducir sin alcohol-drogas	0.0 %	12.2 %			
Nunca haber conducido	95.8 %	86.5 %			

N.S. = NO significativo

Tabla 224: Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las Dimensiones del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal.

Muestra de chicos (N=196; excluidos 43 del GCC: N válido=177)

Variable de la Dimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.BASAL (n=107)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción	3.44 (\pm 0.40)	3.35 (\pm 0.52)	1.16 ^{NS}	.245	.009
Bienestar	4.50 (\pm 0.36)	4.41 (\pm 0.51)	1.35 ^{NS}	.176	.011
Resistencia	3.79 (\pm 0.55)	3.73 (\pm 0.38)	0.44 ^{NS}	.659	.004
Riesgos	4.30 (\pm 0.38)	4.25 (\pm 0.47)	0.08 ^{NS}	.938	.003
Consecución de Funciones	1.52 (\pm 1.15)	1.57 (\pm 1.03)	0.89 ^{NS}	.375	.001

N.S. = NO significativo

Tabla 225: Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las Subdimensiones del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal. Muestra de chicos (N=196; excluidos 43 del GCC: N válido=177)

Variable de la Subdimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.BASAL (n=107)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción con la salud	3.44 (\pm 0.47)	3.38 (\pm 0.49)	0.96 ^{NS}	.337	.003
Autoestima	3.43 (\pm 0.45)	3.32 (\pm 0.68)	1.23 ^{NS}	.218	.010
Bienestar físico	4.47 (\pm 0.39)	4.34 (\pm 0.47)	1.92 ^{NS}	.055	.020
Bienestar emocional	4.29 (\pm 0.52)	4.15 (\pm 0.67)	1.27 ^{NS}	.205	.014
Limitaciones de actividad	4.75 (\pm 0.43)	4.67 (\pm 0.54)	0.24 ^{NS}	.807	.005
Actividades físicas	3.56 (\pm 0.83)	3.54 (\pm 0.76)	0.38 ^{NS}	.703	.000
Resolución de problemas	2.79 (\pm 0.61)	3.09 (\pm 0.63)	3.03**	.002	.052
Salud y Seguridad en Hogar	4.15 (\pm 0.53)	4.11 (\pm 0.49)	0.91 ^{NS}	.365	.001
Participación familiar	4.37 (\pm 0.68)	4.22 (\pm 0.75)	1.35 ^{NS}	.177	.011
Riesgo individual	4.85 (\pm 0.41)	4.86 (\pm 0.56)	0.08 ^{NS}	.935	.000
Amenazas a logros	4.48 (\pm 0.64)	4.50 (\pm 0.68)	0.60 ^{NS}	.546	.000
Influencia de pares	3.51 (\pm 0.44)	3.34 (\pm 0.59)	1.76 ^{NS}	.078	.027
Rendimiento académico	2.21 (\pm 0.64)	2.20 (\pm 0.70)	0.17 ^{NS}	.864	.000

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Tabla 226: Análisis inferencial. Diferencias en las variables complementarias del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal. Muestra de chicos (N=196; excluidos 43 del GCC: N válido=177)

Variable	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.BASAL (n=107)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Combinación de Comidas sanas	3.55 (\pm 0.74)	3.50 (\pm 0.69)	0.24 ^{NS}	.809	.001
Combinación de Comidas poco sanas	3.65 (\pm 0.82)	3.76 (\pm 0.76)	0.54 ^{NS}	.587	.005
Variable / Categoría	Porcentajes		Test Chi-C.		Tamaño del efecto: R ²
	G.BASAL (n=107)	G.INTERV (n=70)	Valor Chi ²	P-valor	
BICICLETA			1.49 ^{NS}	.475	.012
Montar en bici sin casco	33.8 %	39.2 %			
Montar en bici con casco	63.6 %	54.9 %			
Nunca monta en bici	2.6 %	5.9 %			
MOTO			0.89 ^{NS}	.642	.006
Montar en moto sin casco	4.8 %	3.7 %			
Montar en moto con casco	22.6 %	29.6 %			
Nunca monta en moto	72.6 %	66.7 %			
COCHE			5.69 ^{NS}	.058	.038
Conducir con alcohol-drogas	0.0 %	5.3 %			
Conducir sin alcohol-drogas	18.3 %	12.3 %			
Nunca haber conducido	81.7 %	82.5 %			

N.S. = NO significativo ** = Altamente significativo

Tabla 227: Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las Dimensiones del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal. Muestra de chicas (N=211; excluidas 24 del GCC: N válido=187)

Variable de la Dimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.BASAL (n=106)	G.INTERV (n=81)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción	3.26 (\pm 0.46)	3.09 (\pm 0.52)	2.61**	.009	.029
Bienestar	4.43 (\pm 0.44)	4.08 (\pm 0.50)	5.38**	.000	.122
Resistencia	3.61 (\pm 0.44)	3.68 (\pm 0.39)	1.18 ^{NS}	.239	.007
Riesgos	4.38 (\pm 0.34)	4.05 (\pm 0.36)	6.16**	.000	.184
Consecución de Funciones	1.46 (\pm 1.08)	1.25 (\pm 0.53)	0.84 ^{NS}	.398	.015

N.S. = NO significativo

Tabla 228: Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las Subdimensiones del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal. Muestra de chicas (N=211; excluidas 24 del GCC: N válido=187)

Variable de la Subdimensión	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.BASAL (n=107)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Satisfacción con la salud	3.18 (\pm 0.52)	3.02 (\pm 0.48)	2.38 *	.017	.025
Autoestima	3.34 (\pm 0.57)	3.17 (\pm 0.69)	2.27 *	.023	.019
Bienestar físico	4.46 (\pm 0.43)	4.09 (\pm 0.55)	5.24**	.000	.122
Bienestar emocional	4.06 (\pm 0.72)	3.56 (\pm 0.68)	5.25**	.000	.114
Limitaciones de actividad	4.77 (\pm 0.35)	4.59 (\pm 0.54)	3.26**	.001	.044
Actividades físicas	2.91 (\pm 0.88)	3.16 (\pm 0.75)	1.76 ^{NS}	.078	.022
Resolución de problemas	3.01 (\pm 0.47)	2.93 (\pm 0.57)	0.78 ^{NS}	.437	.005
Salud y Seguridad en Hogar	4.13 (\pm 0.46)	4.30 (\pm 0.43)	2.56**	.009	.035
Participación familiar	4.41 (\pm 0.70)	4.25 (\pm 0.71)	0.89 ^{NS}	.370	.014
Riesgo individual	4.92 (\pm 0.31)	4.70 (\pm 0.53)	2.87**	.004	.039
Amenazas a logros	4.63 (\pm 0.44)	4.41 (\pm 0.55)	3.53**	.000	.050
Influencia de pares	3.52 (\pm 0.47)	3.01 (\pm 0.54)	6.42**	.000	.199
Rendimiento académico	2.32 (\pm 0.57)	2.32 (\pm 0.63)	0.36 ^{NS}	.722	.000

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Tabla 229: Análisis inferencial. Diferencias en las variables complementarias del Cuestionario CHIP-AE, entre Grupo de Intervención y Grupo Basal.

Muestra de chicas (N=211; excluidas 24 del GCC: N válido=187)

Variable	Media (\pm desviación estándar)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	G.BASAL (n=107)	G.INTERV (n=70)	Valor Zu	P-valor	
Combinación de Comidas sanas	3.38 (\pm 0.81)	3.42 (\pm 0.74)	0.45 ^{NS}	.654	.001
Combinación de Comidas poco sanas	4.00 (\pm 0.66)	3.99 (\pm 0.58)	0.16 ^{NS}	.874	.000
Variable / Categoría	Porcentajes		Test Chi-C.		Tamaño del efecto: R ²
	G.BASAL (n=107)	G.INTERV (n=70)	Valor Chi ²	P-valor	
BICICLETA			7.03 *	.030	.062
Montar en bici sin casco	34.4 %	59.2 %			
Montar en bici con casco	60.9 %	36.7 %			
Nunca monta en bici	4.7 %	4.1 %			
MOTO			2.80 ^{NS}	.247	.018
Montar en moto sin casco	1.1 %	4.8 %			
Montar en moto con casco	26.7 %	32.3 %			
Nunca monta en moto	72.2 %	62.9 %			
COCHE			11.16*	.004	.065
Conducir con alcohol-drogas	0.0 %	1.4 %			
Conducir sin alcohol-drogas	1.0 %	12.2 %			
Nunca haber conducido	99.0 %	86.5 %			

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Tabla 230. Comparación de las diferencias, por géneros, entre el GI y los GB y GC en los valores medios de las variables de las dimensiones y de las subdimensiones del CHIP-AE.



Variable	HOMBRES					MUJERES				
	GI	GB	GC	GI-GB	GI-GC	GI	GB	GC	GI-GB	GI-GC
Satisfacción	3,35	3,44	3,41	-0,11	-0,06	3,09	3,26	2,84	-0,17	0,25
Bienestar	4,41	4,50	4,32	-0,09	0,09	4,08	4,43	3,95	-0,35	0,13
Resistencia	3,73	3,79	3,93	-0,06	-0,20	3,68	3,61	3,41	0,07	0,27
Riesgos	4,25	4,30	4,17	-0,05	0,08	4,05	4,38	3,99	-0,33	0,06
Consecución de Funciones	1,57	1,52	1,26	0,05	0,31	1,25	1,46	1,25	-0,21	0,00
Satisfacción con la salud	3,38	3,44	3,39	-0,06	-0,01	3,02	3,18	2,88	-0,16	0,14
Autoestima	3,32	3,43	3,43	-0,11	-0,11	3,17	3,34	2,79	-0,17	0,38
Bienestar físico	4,34	4,47	4,31	-0,13	0,03	4,09	4,46	4,00	-0,37	0,09
Bienestar emocional	4,15	4,29	4,14	-0,14	0,01	3,56	4,06	3,40	-0,50	0,16
Limitaciones de actividad	4,67	4,75	4,51	-0,08	0,16	4,59	4,77	4,45	-0,18	0,14
Actividades físicas	3,54	3,56	3,89	-0,02	-0,35	3,16	2,91	2,60	0,25	0,56
Resolución de problemas	3,09	2,79	3,00	0,30	0,09	2,93	3,01	3,08	-0,08	-0,15
Salud y Seguridad en Hogar	4,11	4,15	4,17	-0,04	-0,06	4,30	4,13	4,00	0,17	0,30
Participación familiar	4,22	4,37	4,23	-0,15	-0,01	4,25	4,41	4,08	-0,16	0,17
Riesgo individual	4,86	4,85	4,88	0,01	-0,02	4,70	4,92	4,73	-0,22	-0,03
Amenazas a logros	4,50	4,48	4,65	0,02	-0,15	4,41	4,63	4,29	-0,22	0,12
Influencia de pares	3,34	3,51	2,99	-0,17	0,35	3,01	3,52	2,96	-0,51	0,05
Rendimiento académico	2,20	2,21	2,13	-0,01	0,07	2,32	2,32	2,27	0,00	0,05

Nota. En negrita, aquellas diferencias que son significativas ($p < 0,05$), en rojo las variables que empeoran y en verde las que mejoran.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1. Informe Comité de Ética

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	 <p>Sacyl ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE</p>
---	---

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dña. ROSA CONDE VICENTE, Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Valladolid Oeste

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el Proyecto de investigación (Tesis Doctoral) con **Ref.: PI143-19**

Título: **Análisis del impacto en la salud del programa de intervención comunitaria “Educación para la salud en la adolescencia”.**

Directora: Dra. Verónica Casado Vicente

Protocolo: **Versión 1.0**

Y considera que:

- Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado en el C. S. Parquesol por la **Dra. Laura Pérez Rubio** y la **Dra. Verónica Casado Vicente**, como Investigadoras Principales.

CEIC Área de Salud de Valladolid Oeste. Farmacología Clínica. Hospital Universitario Río Hortega. C/ Dulzaina, 2. Valladolid 47012.
Tel.:983420400.Ext.:84400. rconvi@saludecastillayleon.es

Página 1 de 2

Dña. ROSA CONDE VICENTE, Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Valladolid Oeste

HACE CONSTAR QUE:

En la reunión celebrada el día 14 de Junio de 2019, Acta 06/2019, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) decidió emitir **INFORME FAVORABLE** al estudio, cumpliéndose los requisitos establecidos en la Legislación vigente para que la citada decisión sea válida.

El CEIm del Hospital Universitario del Río Hortega, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y en la actualidad lo conforman los siguientes miembros:

PRESIDENTE: D. Antonio Dueñas Laita (Médico, Farmacólogo Clínico).

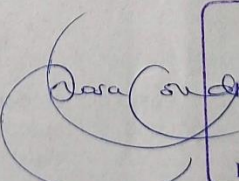

VICEPRESIDENTE: D. Manuel González Sagrado (Médico, Unidad de Apoyo a la Investigación. Representante de la Comisión de Investigación)

SECRETARIO TÉCNICO. D^a Rosa M^a Conde Vicente (Doctora en Investigación en Ciencias de la Salud).

VOCALES:

- D. Juan Manuel Alonso Fernández (Diplomado Universitario en Enfermería).
- D. Miguel Catalá Pindado (Farmacéutico).
- D. Mariano Fuentenebro Virseda (Licenciado en Derecho. Miembro ajeno a profesión sanitaria)
- D. Alberto Olalla Ubierna (Miembro ajeno a profesión sanitaria).
- D. José Luis Pérez Castrillón (Médico, Medicina Interna).
- D. Baltasar Pérez Saborido (Médico, Cirugía General y Aparato Digestivo).
- D. José Manuel Rodríguez Valencia (Médico, Medicina Familiar y Comunitaria).
- D. Álvaro Sanz Rubiales (Médico, Oncología. Representante del Comité de Ética Asistencial)

Lo que firmo en Valladolid, a 17 de Junio de 2019

Fdo. Dña. Rosa M^a Conde Vicente
Secretario Técnico CEIm

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D^o JUAN MANUEL GIL GONZALEZ, Director Médico de Atención Primaria del Área de Salud de Valladolid Oeste, y vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm)

CERTIFICA:

Que esta Dirección ha conocido la propuesta para que se realice el estudio (Tesis Doctoral) titulado: “Análisis del impacto en la salud del programa de intervención comunitaria “Educación para la salud en la adolescencia”, Protocolo versión 1.0; Ref. CEIm: PI143-19, cuyas Investigadoras Principales en el C. S. Parquesol son la Dra. Laura Pérez Rubio y la Dra. Verónica Casado Vicente, y considera:

Que acepta la realización de dicho Proyecto.

Lo que firma en Valladolid, a 20 de Junio de 2019.

Fdo. Dr. D. Juan Manuel Gil González
Director Médico Atención Primaria
Área de Salud Valladolid Oeste



DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE

Localizador: 41524348495641E8BACCFEE646D1E8B - Fecha Copia: 25/06/2019 16:17:07

Firmado por:

DIRECCION MEDICALÉ:

Fecha Firma: 2019-06-25 13:21:38, JUAN MANUEL GIL GONZALEZ

Acceda a la página web: <https://cofi.saludcastillayleon.es> para visualizar el documento original

Análisis del impacto en la salud del programa de intervención comunitaria
“Educación para la salud en la adolescencia”

ANEXO 2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA”.

**EDUCACIÓN PARA
LA SALUD
EN LA
ADOLESCENCIA
2018/19**



SACYL
Centro de Salud Parquesol
Calle Ciudad de la Habana
Valladolid

**PROYECTO DE SALUD
COMUNITARIO**

RESPONSABLES DEL PROYECTO
Inmaculada Fernández Alonso
Carmen Sánchez Toledano
Milagros Ruiz Bobillo
Laura Perez Rubio
Verónica Casado Vicente

ÍNDICE

1. Introducción
 - 1.1 Planteamiento del problema y justificación
 - 1.2 Objetivos
2. Metodología
 - 2.1 Diseño
 - 2.2 Población diana a la que se dirige el proyecto
 - 2.3 Criterios de inclusión y de exclusión
 - 2.4 Contenidos
 - 2.5 Actividades y talleres propuestos
 - 2.6 Cronograma
3. Evaluación y análisis de resultados
4. Conclusiones
5. Bibliografía
6. Anexos
 - Anexo A. Taller de alimentación y hábitos saludables
 - Anexo B. Autoestima. Resiliencia. Igualdad. Ética de las relaciones
 - Anexo C. Pubertad
 - Anexo D. Sexualidad
 - Anexo E. Anticonceptivos / ITS
 - Anexo F. Taller de amor romántico y ruptura, duelo
 - Anexo G. Taller de primeros auxilios y RCP
 - Anexo H. Lecturas recomendadas

1. INTRODUCCIÓN

La OMS define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Se trata de una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones¹. En la adolescencia aparece y se consolida el pensamiento abstracto, se alcanza la madurez fisiológica sexual y se inicia un camino de autonomía progresiva que permite la maduración de ideas y la formulación del pensamiento crítico.

Es la etapa en la que se va adquiriendo mayor autonomía e independencia a la hora de decidir y asentar unos hábitos saludables: ejercicio, alimentación, consumo de sustancias; por lo que es evidente que necesitan poseer unos conocimientos adecuados sobre el tema para poder decidir sobre ello².

Esta fase es idónea para abrir el abanico en el imaginario colectivo sobre la familia y la diversidad, para entender y valorar diferentes situaciones.

Estos cambios suponen la importancia de cuidar las presiones sociales que demandan una única forma de construir las identidades, para evitar malestares significativos en estas edades. Por ello la importancia de visibilizar la diversidad sexual facilitando modelos de referencia para incidir en la construcción de la identidad.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Parquesol, nuestra zona básica de salud, presenta como característica demográfica una elevada población adolescente³.

Según las conclusiones del estudio realizado en nuestra zona básica de salud³.

1. El perfil de salud de los adolescentes de Parquesol es similar al de otras poblaciones estudiadas (Segovia, Barcelona, Tenerife y Baltimore).
2. La edad se correlaciona con bienestar físico, emocional, limitación de actividad, riesgo individual, amenaza a logros, bienestar global y riesgo global.
3. Las mujeres tienen mayor nivel de frecuentación al centro de salud, tienen menor bienestar físico, menor bienestar emocional, mayor limitación de actividad, mayor riesgo individual, mayor amenaza a logros, menor bienestar global y mayor riesgo global, sin embargo, presenta menor influencia de pares. Los adolescentes que refieren peor bienestar físico son las mujeres y los adolescentes de 18 años.
4. En relación al perfil de riesgo de los adolescentes de nuestra zona: El 21,4% ha consumido tabaco, el 46,6% ha probado la cerveza y/o el vino, el 27,7 ha tomado más de 5 copas seguidas alguna vez, el 15,9% ha fumado porros, el 1,8% ha consumido cocaína y el 1,4% alguna otra “droga dura”. Y la mayoría afirma que sus amigos

fuman y beben más que ellos. El 39,5% afirma haber transgredido las normas, el 22,7% ha robado alguna vez, el 19,1% se ha subido a un coche con alguien imprudente, el 41% ha conducido bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y sin embargo afirman que sus amigos fuman y beben más que ellos. El 23,6% ha destruido algo que no le pertenece, el 9,1 ha amenazado con herir a alguien, y el 21,8% ha atacado físicamente a alguien alguna vez, aunque solamente el 2,7% refiere formar parte de una banda. El 40,5% ha sido expulsado alguna vez del colegio.

5. Existe relación entre los adolescentes que más frecuentan la consulta y los que presentan un mayor riesgo individual, con una OR de 3.25. La hiperfrecuentación se asocia con adolescentes de riesgo y por su elevada sensibilidad podría utilizarse como dato para iniciar el screening de riesgo en los adolescentes, en nuestras consultas, asumiendo que el hecho de no frecuentar el Centro de Salud no se relaciona con falta de riesgo.

Por lo tanto, las medidas educativas en el medio escolar y las medidas de despistaje en nuestro medio deben ser complementarias. Este hecho motiva que como profesionales sanitarios consideremos necesaria la intervención en los centros educativos⁴, ya que una parte importante de nuestro trabajo es la promoción de hábitos saludables en una población tan vulnerable como es la adolescente y favorecer la accesibilidad de este grupo al centro de salud. Así mismo, esta es una excelente oportunidad para hacer realidad la cercanía e inmediatez en la atención a este grupo de edad tanto a nivel educativo como sanitario. Con nuestro proyecto pretendemos llegar al contexto social del adolescente para presentar al personal sanitario, no solo como persona de referencia en caso de enfermedad, sino como promotores de salud.

En este proyecto nos parece fundamental:

- Abordar la capacidad de tomar sus propias decisiones sin dejarse llevar por la presión de su grupo de iguales como eje principal en todas las etapas, puesto que es un aspecto relevante para evitar conductas desadaptadas, con lo cual pretendemos hacer una labor de prevención y promoción de la salud físico, psíquico y social.
- Aprovechar la oportunidad que nos brinda el trato directo con los adolescentes para percibir como se sienten ellos en relación al concepto de igualdad entre pares y entre géneros, haciendo especial hincapié en la importancia de sus propios valores como personas únicas y a la vez diferentes.
- Que la enseñanza en alimentación saludable se inicie lo más pronto posible incluyendo a los adolescentes, familiares, profesores... para orientar nuestros esfuerzos en la adquisición de hábitos de alimentación saludables, como punto prioritario tanto en el bienestar de los jóvenes como en la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria^{5,6}.
- Potenciar la autoestima, uno de los cimientos sobre los que se va a desarrollar la personalidad, cuestión clave a enseñar en estos momentos vitales, sobre todo por las

fluctuaciones e influencias que sufren a través de la sociedad, publicidad, modas... y su relación con la imagen corporal.

- Ofrecer una educación sexual integral de calidad, fundamental para fomentar la salud y el bienestar, el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género, que les empodere para una vida sana, segura y productiva, y contribuya a mejorar la salud a largo plazo, reducir la violencia de género y la discriminación⁷. En la adolescencia ésta se convierte en absolutamente necesaria en nuestra sociedad debido a varias causas:
 - La sobreexcitación sexual a la que se ve sometida la sociedad, que es más fuerte aún sobre los adolescentes y las adolescentes, puesto que la sexualidad está presente en todas las formas de consumo (en la publicidad, en el cine, en las revistas, en la televisión, redes sociales...)
 - La libertad que tienen hoy gran parte de adolescentes para organizar su ocio.
 - Mayor riesgo de ITG y embarazo no deseado⁸.
- Prevenir el consumo de sustancias nocivas para la salud en la población adolescente de nuestra zona de salud. Basándonos en los datos registrados con anterioridad vemos necesario una intervención desde el ámbito sanitario para concienciar a este grupo de edad, de la importancia de evitar su consumo.

Este proyecto estará supervisado en todo momento por los responsables del mismo, y está incluido dentro de la normativa del programa formativo de las distintas especialidades de enfermería y medicina, y con el mismo queremos cubrir esta parcela de la formación a los diferentes profesionales que roten por nuestra área de salud: EIR de: matrona, enfermería familiar comunitaria, y pediatría; y MIR de medicina familiar y comunitaria⁹⁻¹².

Los profesionales en formación, dentro de la atención en la adolescencia deben adquirir capacidades para promover la salud y prevenir la enfermedad de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social, tanto individual como grupalmente. Además, han de fomentar el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general. Dentro del desarrollo profesional se han de promover conductas responsables respecto a las actividades que entrañan riesgo y detectar precozmente conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación y las autolesiones, entre otras. Por último, la colaboración y participación en programas de educación para la salud ha de ser un complemento imprescindible dentro de la formación sanitaria especializada.

1.2 OBJETIVOS

El objetivo general se basa en empoderar a los adolescentes para la adquisición de conocimientos y actitudes en relación a los diferentes aspectos que van a incidir en su salud, facilitándoles herramientas, que les permitan alcanzar una buena salud integral de forma libre,

autónoma y responsable.

Objetivos principales:

1. Mejorar el perfil de salud de los adolescentes de nuestra ZBS.
2. Objetivar el grado de adquisición de conocimientos, así como la aceptación y sugerencias de mejora por parte de los adolescentes.
3. Mejorar las competencias en la acción comunitaria de la formación de los residentes de nuestro centro de salud desarrollando los programas formativos en materia de intervención comunitaria.

Objetivos secundarios:

1. Fomentar la igualdad entre pares y entre géneros, como forma de prevención de conductas violentas. Fomentando roles de género igualitarios y flexibles.
2. Promocionar nuevas actitudes y formas de ver el hecho de ser sexuados, con todas sus implicaciones, desde una base coherente de las relaciones humanas, del placer y de la convivencia. Destapando mitos y propiciando conductas saludables.
3. Acercar los profesionales sanitarios al entorno educativo del adolescente para mostrarse como personal de referencia, para tratar estos temas, y en momentos de crisis o conflictos.
4. Favorecer el acceso del adolescente al ámbito sanitario como herramienta de prevención, asistencia precoz y ayuda en la deshabitación de conductas de riesgo, drogodependencias y hábitos tóxicos.
5. Favorecer el trabajo en equipo médico/enfermera/matrona tanto de tutores como de residentes.

2. METODOLOGÍA

Se realizará metodología activa basada en la pedagogía constructiva de acuerdo con los aprendizajes propios del nivel y atendiendo a la diversidad.

La base del aprendizaje consistirá en la creación de constructor (aprendizaje significativo).

La organización de las sesiones utilizará material diseñado para la EPS: audiovisual, juegos, etc.

Se potenciará el trabajo en equipo y la relación interpersonal, el aprovechamiento del espacio, los recursos y el desarrollo del alumnado a partir de los conocimientos, habilidades y actitudes previas.

Los profesionales sanitarios implicados en este proyecto son personal cualificado, dada su

actividad profesional y su experiencia en las actividades de promoción y educación para la salud en los distintos talleres que han llevado a cabo a lo largo de su trayectoria profesional.

2.1 DISEÑO

Estudio de intervención educativa en la comunidad, analítico cuasi experimental pre y postest. Se implementarán una serie de sesiones educativas, evaluando

- Los conocimientos antes y después, así como la satisfacción con el taller. Dichas sesiones se desarrollarán en las horas de tutoría.
- A los residentes se les evaluará los conocimientos, actitudes y habilidades como promotores de salud y educadores, mediante un check list
- El impacto sobre el perfil de salud se hará a través de una extrapolación de los resultados del Chip AE antes y después de la intervención realizado en uno de los Institutos (Julián Marías)

2.2 POBLACIÓN DIANA A LA QUE SE DIRIGE EL PROYECTO

Se trata de un programa comunitario de educación sanitaria y afectivo-sexual dirigido a adolescentes a partir de los 12 años que se encuentran cursando la Educación Secundaria Obligatoria en nuestra área de salud.

En este programa educativo hemos adaptado los diferentes talleres según las edades en los diferentes niveles. Al ser longitudinal pretendemos que los alumnos reciban los conocimientos adecuados según su momento evolutivo.

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Criterios de inclusión: adolescentes matriculados en los institutos participantes.

2.4 CONTENIDOS

Los contenidos que se tendrán en cuenta serán de tipo:

- Conceptuales e informativos: han estado siempre presentes en la educación. Intentamos que adquieran conocimientos sobre autocuidados, hábitos saludables y sexualidad, que comprendan que es ser sexuado y como tal interaccionar, para así fomentar la autoestima y el respeto por los demás.
- Procedimentales: mediante diferentes dinámicas trabajamos estrategias y destrezas, porque entendemos la educación sanitaria como un entrenamiento en habilidades interpersonales y sociales para mejorar el concepto global de salud.
- Relacionados con actitudes y valores: No se trata de adquirir únicamente conocimientos, sino también habilidades. Con el objetivo de mejorar las relaciones

interpersonales y adaptarse al grupo social vemos necesario que adquieran conductas eficaces y asertivas para saber comunicarse, decir lo que realmente desean y tomar decisiones adecuadas.

2.5 ACTIVIDADES Y TALLERES PROPUESTOS

Primero de la ESO

-Prevención de hábitos tóxicos, primeros auxilios y RCP

Responsable: Mila Ruiz y Carmen Sánchez

Lo impartirán: Residentes de Enfermería Pediátrica, EFyC y MFyC.

-Pubertad:

Responsable: Concha Fernandez y Mila Ruiz

Lo impartirán: EIR de Pediatría y Matrona.

Segundo de la ESO

-Prevención de drogodependencias (alcohol, tabaco, drogas)

Responsable: Mila Ruiz y Carmen Sánchez

Lo impartirán: MIR y EIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

-Sexualidad:

Responsable: Concha Fernández y Mila Ruiz

Lo impartirán: EIR de Matrona y MIR de MFyC

Tercero de la ESO

-Anticonceptivos- Prevención de ITG

Responsable: Concha Fernández y Carmen Sánchez

Lo impartirán: EIR de matrona y MIR de MFyC,

-Amor romántico: amores canallas, duelo/ruptura.

Responsable: Concha Fernández y Mila Ruiz

Lo impartirán: MIR de MFyC, EIR de Matrona, EIR de EFyC

Taller para padres y madres

Impartiremos tres talleres grupales, uno por cada nivel y antes de impartir cada uno de los mismos en los cuales trabajaremos con las familias los mismos contenidos que con sus hijos, aportándoles herramientas para que se sientan capacitados, para poder abordar estos temas con

sus hijos, no sólo los que ellos y ellas demanden sino también los que creamos que deban conocer.

En muchas ocasiones el miedo a no saber contestar o la falta de información que nosotros hemos recibido nos predispone a no hablar de sexualidad con nuestros hijos, o a normalizar actitudes en relación al consumo de alcohol que puedan percibir como socializadoras. Hablar sinceramente de lo que se sabe y de lo que no, estando dispuestos a buscar la información necesaria para resolver posibles dudas que puedan surgir, es la mejor manera de no romper el dialogo.

Estos talleres los ofreceremos a través de los orientadores, los cuales convocarán a los padres para que acudan a los mismos.

2.6 CRONOGRAMA

- a. Se presentará el proyecto en el Consejo de Salud de la zona el día 1 de junio del 2018.
- b. Se presentará el proyecto a los Orientadores de los centros educativos y a los profesionales del centro de salud de Parquesol y Huerta del Rey: en la primera semana de octubre.
- c. Se acordarán con el orientador del centro educativo los talleres más adecuados para cada uno de los grupos para no interferir con otras actividades y talleres que se impartan en esos grupos.
- d. Pasaremos el proyecto a M^a Jesús Gutiérrez y Verónica Casado (responsables de formación) para que se lo hagan llegar a los EIR y MIR que deseen colaborar en el mismo.
- e. A partir del 15 de septiembre nos reuniremos con los profesionales sanitarios con los que contamos para los diferentes talleres. Y se programarán las reuniones necesarias para dar formación a los residentes que van a participar en el programa, sobre la metodología a emplear, llevando a cabo sesiones prácticas con el grupo antes de acudir a impartir los diferentes talleres en el centro educativo.
- f. Las actividades y talleres se organizarán teniendo en cuenta la disponibilidad, tanto de los profesionales como de los centros educativos.

3. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al finalizar el curso académico y una vez impartidos todos los talleres, se evaluarán los resultados obtenidos.

4. CONCLUSIONES

Una vez llevado a cabo el estudio, al finalizar todos los talleres y actividades, se concretarán las conclusiones obtenidas a la vista de los resultados obtenidos.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria. [En línea]; 2015 [fecha de acceso 30 de agosto de 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178251/1/9789243508313_spa.pdf
2. Martín Zurro A, Cano Pérez J.F. Compendio de Atención Primaria. 7ª edición Ed. Elsevier 2014
3. Jiménez Leal R y Carro Miranda AM. Atención al adolescente. En Casado Vicente V, et al Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria. Segunda ed. semFYC ediciones. Barcelona 2012: 2113-52.
4. St Leger L., Young I. Blanchard. C., Perry M., Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la acción, Unión Internacional de Promoción de la salud y Educación para la salud [internet]. (Acceso 1 mayo 2015). Disponible en: <http://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-thematic-resources/298-on-school-health>.
5. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección general de Ordenación y Atención Sanitaria. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso [internet].2012 (citado 29-octubre-2015). <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=trastornos-de-la-conducta-alimentaria-y-el-sobrepeso>
6. Guías de Práctica Clínica en el SNS Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil [internet].2009 (acceso 28 octubre 2015). Disponible en: http://guiasalud.publicaciones.saludcastillayleon.es/GPC/GPC_452_obes_infantojuv_AATR_M_compl.pdf
7. International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach Revised edition. Enero 2018, UNESCO ISBN: 978-92-3-300092-6
8. Teva I, Bermúdez M.P, Buena-Casa G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 309-320.
9. Orden SAS/1189/2005, de 3 de marzo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
10. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo

de la especialidad de Enfermería Obstetricia-Ginecológica (Matrona).

11. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

12. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica.

13. HARIMAGUADA, Programa de educación sexual en la escuela: infantil, primaria y secundaria, Las Palmas. Edición: Cabildo canario, 2015. Disponible en: www.harimaguada.org/sexpresan

14. Guía para la educación afectiva sexual en la ESO. Proyecto “Ni ogros ni princesas”. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2012

15. López, F. Ética de las relaciones sexuales y amorosas. Madrid. Pirámide.2015

16. Educación de las Sexualidades. Edita: CRUZ ROJA JUVENTUD Madrid Elaborado por: In. Ci. Sex./Instituto de Sexología CARLOS DE LA CRUZ M-ROMO Diseño: TRESALIA COMUNICACIÓN Depósito Legal: AS-0156-03 ISBN: 84-7899-178-6 2010 [consultado el 12 de nov. 2016]. Disponible en: <http://www.cruzrojajuventud.org>

17. Centro Nacional de Epidemiología. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2014. Madrid, 2016. Avert.org, International HIV & AIDS charity [Internet] UK, 2016: Temas sobre el VIH y el Sida [Consultado 22 de nov. 2016]. Disponible en: <http://www.avert.org/contact.htm>

18. López, F. Amores y desamores. Procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivas. Editorial: Biblioteca Nueva. Madrid. 2009

6. ANEXOS

ANEXO A

TALLER DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES

Alimentación y hábitos saludables, Autoestima y Prevención del consumo de sustancias tóxicas.

OBJETIVO

- Promover patrones de alimentación y hábitos de vida saludables.
- Prevención de conductas de riesgo en relación a la alimentación y consumo de sustancias.
- Promover un nivel de autoestima adecuado asentando las bases de la personalidad.
- Adquirir y/o reforzar conocimientos sobre alimentación, nutrición y dieta equilibrada.
- Destapando mitos

CONTENIDOS

Anteriormente ya se ha descrito la necesidad de desarrollar actividades de enseñanza sobre salud desde edades más tempranas, siendo los adolescentes población diana para recoger la información, conceptos y conocimientos con la finalidad de adquirir unos hábitos de vida saludables.

El motivo se debe a que en esta etapa vital se juntan factores de riesgo como los horarios, el estrés, la preocupación por las modas y el físico, con dietas poco adecuadas, cambios en las emociones y la autoestima, que sumado a la falta de información o información poco fiable y errónea, les conduce con frecuencia a TCA, convirtiéndose en un problema comunitario.

La evidencia demuestra que la prevalencia de TCA a nivel nacional constituye la tercera enfermedad crónica más común en los adolescentes por lo que precisa una prevención basada en promover unas conductas alimentarias saludables implantando una alimentación correcta y adecuada.

Aprovechando esta oportunidad, de llegar a los jóvenes, desarrollamos aspectos de la imagen corporal, autoestima y personalidad pues todo ello está relacionado.

Los conceptos a tratar son:

- Diferencia entre alimentación y nutrición.
- Piramide de NAOS, explicando los nutrientes y su frecuencia de consumo, añadiendo el agua y el ejercicio.
- ¿Cómo llevarlo a la práctica diaria? Con las cinco comidas al día y un desayuno completo.
- Calorías de los alimentos ¿Hay alimentos que engordan o adelgazan?
- ¿Qué significa comer bien? Comentar qué es dieta equilibrada y saludable.
- Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): Obesidad, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Vigorexia.
- Autoestima y personalidad: Promover el lema " tú eres más que una imagen". Desmitificar el ideal de la sociedad potenciando la capacidad de decisión propia.
- Sustancias tóxicas y sus efectos sobre nuestro organismo.

TEMAS TRANSVERSALES: Autoestima, imagen corporal, hábitos saludables.

METODOLOGÍA

Intervención educativa comunitaria desarrollada en nuestra área de salud.

Se adoptará una metodología constructiva. Serán ellos los principales actores de su propio aprendizaje, limitando el papel del docente a un mero intermediario. Para ello se trabajará con participaciones individuales, pequeños grupos con puesta en común y gran grupo.

PROPUESTA DE ACTIVIDADES Y TEMPORIZACIÓN

1ª parte 3': Presentación por parte de las tutoras de la charla y explicación del motivo de estas intervenciones.

Se les recuerda los temas que vamos a tratar en la sesión (alimentación, hábitos saludables y prevención de consumo de sustancias tóxicas) y las condiciones para que se desarrolle adecuadamente: respeto, participación, comprensión y seriedad.

2ª parte 20': Taller participativo sobre mitos relacionados con los temas a tratar.

Los alumnos deberán decidir si es cierto o falso la afirmación que aparece en la pantalla, elevando una de las cartulinas: roja (falso) / verde (verdadero).

Manifestando sus opiniones y razonamientos.

Posteriormente desmitificamos creencias y proporcionamos la explicación oportuna.

3ª parte 15': Taller constructivista sobre prevención de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco).

Dibujamos en la pizarra 3 imágenes: 1 cigarrillo a la izquierda, una botella a la derecha, y una silueta corporal en el centro. Los alumnos irán diciendo efectos negativos de cada uno de ellos y se irán reflejando en la zona corporal que corresponda.

Al finalizar la actividad, se les hace la siguiente pregunta: ¿Si tienen todos esos efectos negativos, porqué creéis que los adolescentes comienzan a beber y fumar?

Reflexión sobre la autoestima y la presión del grupo de pares.

4ª Parte 5': Pirámide de la actividad física. En una pirámide de 3 colores diferentes, colocamos en cada uno de los 3 niveles los dibujos correspondientes al tipo (caminar, subir escaleras, diferentes deportes, videoconsolas) y frecuencia de cada ejercicio (diario, semanal y ocasional).

5ª parte 5': Realización de la encuesta de satisfacción de la actividad.

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ADOLESCENTES

INSTITUTO:

CURSO:

Este cuestionario es anónimo. Su objetivo es obtener información sobre la valoración que hacéis l@s alumn@s de los talleres de Educación para la Salud, que habéis recibido, con la finalidad de mejorarlos para el próximo curso.

Tu edad es: _____ años

Tu sexo es: Chica ___ Chico ___

1. Indica en la siguiente escala cómo valoras el taller de ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES (El 1 es la peor nota y el 5 la mejor)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

2.- Señala los **aspectos más positivos y más negativos** del taller:

ME HA GUSTADO MÁS	ME HA GUSTADO MENOS

3.- Otras consideraciones:	VALORACIÓN
Me he sentido valorado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Me he sentido marginado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Se ha dado respuesta a mis inquietudes	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Valora la labor de l@s sanitari@s	(-) 1 2 3 4 5 (+)

4.- **Sugerencias** que te parezcan importantes para mejorar la actividad:

MATERIALES NECESARIOS

Ordenador con proyector.

Fichas de cartulina de Verdadero/Falso: N° de cartulinas de ambos colores (rojos y verdes) por número de alumnos.

Pirámide realizada con “goma-eva” (de 3 colores diferentes), dibujos realizados en cartulina de las distintas actividades físicas.

Chinchetas y tizas de colores.

Fotocopias de los cuestionarios.

ANEXO B

TALLER DE: AUTOESTIMA. RESILENCIA. IGUALDAD. ÉTICA DE LAS RELACIONES

OBJETIVO

Favorecer una imagen positiva de sí mismos en chicos y chicas.

Facilitarles herramientas para centrarse en uno mismo como alguien único enfatizando las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido a pesar de estar expuesto a factores de riesgo.

Reflexionar sobre la ética de las relaciones.

CONTENIDOS

Conceptuales:

Conocer y ser conscientes de los cambios emocionales y sociales en esta etapa.

Respetarse a sí mismo y a los demás dentro de la diversidad. Ética en las relaciones.

Actitudinales:

1. Que las chicas y los chicos sean conscientes de su dimensión emocional.
2. Valorar los recursos personales propios y de los demás.
3. Reflexionar acerca de los mitos y estereotipos relacionados con esta etapa.

TEMAS TRANSVERSALES

Autoestima, igualdad, respeto, imagen corporal, sentimientos, emociones, relaciones sociales.

METODOLOGÍA (agrupamiento, atención a la diversidad, forma de dar los contenidos...)

Se adoptará una metodología constructiva. Serán ellos los principales actores de su propio aprendizaje, limitando el papel del docente a un mero intermediario. Para ello se trabajará con participaciones individuales, pequeños grupos con puesta en común y gran grupo.

PROPUESTA DE ACTIVIDADES Y TEMPORIZACIÓN:

- 1º parte: 3' Presentación. Se les recuerda el tema que vamos a tratar en la sesión y las condiciones para que se desarrolle adecuadamente: respeto, participación, comprensión y seriedad.

- 2º parte: 15'. **Actividad/taller: “El árbol de los frutos”.**

Objetivo de la actividad: Consiste en una reflexión, sobre las capacidades positivas, propias y ajenas, y los logros conseguidos (mediante un análisis de la propia imagen, centrado siempre en los aspectos positivos).

Método: Se entregará a cada alumno el dibujo de un árbol en el que realizará un análisis gráfico (mediante posits de colores) de los logros y capacidades (**valores positivos y capacidades que considere que posee**, ya sean habilidades de socialización, capacidades intelectuales, características físicas positivas...etc), de esta manera, **en las raíces irán representadas capacidades y expectativas, y en los frutos los logros**, (resulta indiferente la trascendencia de los logros, unos más grandes y otros más pequeños), de tal manera que cuanto más importante sea el valor positivo más gruesa será la raíz, e igualmente con los frutos.

Finalizada la autorreflexión sobre ellos mismos, les indicaremos que indiquen en otro posit un valor o cualidad positiva de su compañero/a de mesa y se lo intercambien para que lo pegue en su árbol.

(Si detectamos que algún alumno ha reflejado actitudes de otra persona, que no sean positivas, se abordará en ese momento).

- 3ª parte 10' -Ver el corto de “En busca de la felicidad”.

- 4ª parte 10': Se utiliza la herramienta de los roles y se pasa las diapositivas de la ética de las relaciones del programa Harimaguada ¹³ fomentando la reflexión personal con una puesta en común en cada uno de los apartados.

- 5ª parte 5': Realización del cuestionario sobre los temas tratados.

Propuesta para las tutorías con los profesores: Visualizar y comentar la película de 20 minutos, en you tube: “el circo de las mariposas”.

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ADOLESCENTES

INSTITUTO:

CURSO:

Este cuestionario es anónimo. Su objetivo es obtener información sobre la valoración que hacéis l@s alumn@s de los talleres de Educación para la Salud, que habéis recibido, con la finalidad de mejorarlos para el próximo curso.

Tu edad es: _____ años

Tu sexo es: Chica ___ Chico ___

1. Indica en la siguiente escala cómo valoras el taller de AUTOESTIMA (El 1 es la peor nota y el 5 la mejor)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

2.- Señala los **aspectos más positivos y más negativos** del taller:

ME HA GUSTADO MÁS	ME HA GUSTADO MENOS

3.- Otras consideraciones:	VALORACIÓN
Me he sentido valorado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Me he sentido marginado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Se ha dado respuesta a mis inquietudes	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Valora la labor de l@s sanitari@s	(-) 1 2 3 4 5 (+)

4.- **Sugerencias** que te parezcan importantes para mejorar la actividad:

ANEXO C

TALLER DE PUBERTAD

OBJETIVO

Informar de los cambios que se producen en esta etapa para que obtengan una imagen positiva de la pubertad.

Contenidos Conceptuales:

- Cambios físicos que se producen en este periodo. Porqué y para qué.
- Cambios emocionales y sociales en esta etapa.
- Cuidados e higiene para vivirlos de forma saludable y positiva.

Contenidos Actitudinales:

1. Normalizar y respetar la variabilidad, la diversidad e individualidad de los cambios.
2. Valorar el propio cuerpo y el de los demás dentro de la diversidad.
3. Reflexionar acerca de los mitos y estereotipos relacionados con esta etapa.
4. Conocerse, aceptarse y expresarse satisfactoriamente.

TEMAS TRANSVERSALES

Autoestima, igualdad, respeto, imagen corporal, sentimientos, emociones, relaciones sociales.

PROPUESTA DE ACTIVIDADES Y TEMPORIZACIÓN:

1ª parte 5': PRESENTACION

Nos presentamos y ponemos el video: "En el vientre materno".

Antes de iniciar la clase hablamos de las normas de respeto. Se va a hablar del cuerpo, de partes del cuerpo, de diferentes cuerpos... prohibido burlarse del aspecto de los demás, de partes de su cuerpo... porque eso significa que no respetamos algo muy valioso para una persona que es su cuerpo, y con el que tiene que sentirse bien. Si intentamos que no sea así, estamos atentando contra la autoestima de esa persona.

No hagamos con los demás lo que no nos gustaría que hicieran con nosotros.

Muy importante que sean protagonistas de su propio aprendizaje.

Les preguntamos, que saben acerca de la pubertad. Que les gustaría saber.

Muy importante utilizar un lenguaje inclusivo donde se contemple la diversidad.

2ª parte 15': LOS CAMBIOS

Les damos posit para que anoten cambios que se producen en los chicos, en las chicas y en ambos (5') y también para que durante toda la intervención puedan preguntar sus dudas y dejándolas encima de la mesa (las iremos resolviendo poco a poco).

-Pedimos dos personas voluntarias (chica y chico) para que dibujen dos siluetas en la pizarra y vayan pegando en los muñecos (siluetas) los posit.

Valoración de los resultados desde la cabeza a los pies, con toda la clase.

Tras esto y con la ayuda de las imágenes podemos explicarlos brevemente y añadir los que no hayan salido: todo el cuerpo cambia y estos cambios afectan a su cuerpo, modo de pensar, relaciones, identidad. Recalcamos cómo la pubertad es una etapa más en el proceso biográfico de la vida.

Por ejemplo: ¿En qué se diferencian los niños de las niñas de 3 ó 4 años, vestidos igual?

Se apuntan diferencias en la pizarra. Conclusión: sólo en los genitales masculinos o femeninos. Pero no solo los genitales nos identifican con ser chico o chica. Para saber si otra persona es chico o chica se lo tengo que preguntar. (Identidad) Se les hace ver que en todo lo demás en realidad son muy parecidos: pueden tener la misma ropa, mismos gustos, aficiones, juguetes, formas de expresarse...Y además nadie somos al 100 por 100 chicos o chicas, tenemos algo el uno del otro. Somos diversos, únicos e irrepetibles.

Es la cultura y la educación, lo que les hace vestir diferente, tener diferentes nombres, y que a veces se les trate diferente...pero ni la ropa ni los gustos son sexuados, no hay ropa de chico o de chica, es de tela...

Hablar de la importancia de conocer nuestro cuerpo, también nuestros genitales, como una parte más. Los de los niños se ven, pero los de las niñas no, usar un espejo (diapositiva). Hablar de las partes íntimas: importancia de hacer respetar nuestra intimidad y la de los demás. De que son nuestras y de nadie más. Sólo padres y sanitarios pueden verlas o tocarlas por motivos de higiene o salud. Por ningún otro motivo puede hacerlo nadie. Si es así, y nos hace sentir raros, a disgusto o confusos, debemos decirlo a alguien de confianza. Nadie puede obligarnos a hacer, ver u oír algo con lo que no nos sentimos bien. Y tampoco pueden obligarnos a guardar un secreto por este motivo. Estamos hablando del abuso sexual. Desgraciadamente hay personas mayores que encuentran placer en ello. Esto es un delito. ¿Habéis oído algún caso en la tele? Es importante que lo reconozcáis y saber qué tenéis qué hacer. La culpa la tienen siempre las personas mayores (algunas) que saben cómo aprovecharse, engañar o chantajear.

3ª parte 15': PPT PUBERTAD

DEFINICIONES PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

	PUBERTAD	ADOLESCENCIA
Definición	Período infancia-e. adulta	Tiempo pubertad-edad adulta
Causas	Cambios hormonales	Maduración psicológica
Características	Cambios físicos	Crecimiento emocional, psicológico, social y mental
Inicio	10-11 años	Variable 13-19años
Factores influyentes	Genético y ambiental	Entorno

CAMBIOS FISICOS EN LA PUBERTAD

Distintas personas, distintos ritmos.

Comunes

- Aumento del peso y la estatura: el estirón que suele empezar por brazos y piernas, a veces les da aspecto de destartados.
- Acné: granos causados por hormonas en cara, espalda, pecho. Mejoran tras adolescencia. LIMPIEZA
- Vello: axilas, genitales, pecho, alrededor pezón, cara
- Olor corporal fuerte. Mejorar la HIGIENE
- SUELO Pélvico: les preguntamos si saben lo que es. ¿Por qué es importante que lo conozcan? ¿Cómo pueden cuidarlo y ejercitarlo?: tanto chicos como chicas.

Chicos

- Voz (nuez): cuerdas vocales y laringe se agranda.
- Aumento tamaño espalda y musculatura.
- Eyaculación nocturna: erección y salida de semen nocturna, relacionada o no, con sueños.
- Aumento del tamaño del pene y testículos.

Chicas

- Aumento de grasa corporal.
- Cambios en genitales y pechos, más sexuales.
- Aumento de cadera y disminución de cintura.
- Secreciones vaginales mucosas blanquecinas
- Himen, clítoris EXPLICAR CON IMÁGENES
- Capacidad para engendrar una nueva vida: Ovulación y MENSTRUACIÓN

La edad es muy variable ya que intervienen muchos factores.

Se produce un cambio hormonal en la mujer que produce un engrosamiento de la capa interna del útero y que cada mes si el óvulo no ha sido fecundado, se desprende y se produce el sangrado. No es algo sucio, son nutrientes para el futuro ser. Explicamos el ciclo menstrual con imágenes del PPT.

Higiene y alivio del dolor (deporte, bolsas de arroz o agua caliente, masturbación)

Se etiqueta de madurez sexual a los genitales, a la capacidad que tienen ya para la reproducción.

Desmitificando la obsesión por el coito y la reducción de la erótica a lo genital.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

- Ansiedad por el fin de la niñez: ya no son niños y niñas, pero tampoco son adultos.
- Interés profundo por la sexualidad.
- Por ser una etapa en la que la atracción y el interés sexual se despierta, también empiezan a preocuparse por su aspecto físico. Influenciado por las normas sociales y los medios de comunicación (anuncios, películas, series, moda...) que van cambiando según la época.
- Temor ante los cambios físicos: por ser rápidos, muchos adolescentes desarrollan cierto temor y ansiedad ante los cambios que ven en su desarrollo físico.

- Empiezan a proyectar su vida. Se imaginan cómo serán de mayores y se plantean a qué se quieren dedicar “cuando sean mayores”.
 - Buscan vínculos de pertenencia, tribus urbanas, grupos políticos y se hacen *fans* de determinados grupos musicales. Es una forma de construir su identidad.
 - Los amigos pasan a ser sus mayores aliados y tienden a tener actitud rebelde ante los padres.
 - Únicos y peculiares, pero con necesidad de aprobación.
 - Son muy introspectivos. Les gusta pasar tiempo a solas.
-
- Aparecen la atracción y el deseo. En la orientación del deseo siempre se parte de la expectativa de heterosexualidad (confunden identidad con orientación) pero siempre hay cierta tendencia bisexual en las personas. Una cosa es la curiosidad de ver otros cuerpos y otra la orientación. El besar a una persona de tu mismo sexo y que sea agradable no significa ser homosexual. La orientación del deseo es algo íntimo y peculiar. Hablar del deseo sexual: puede ser a través de fantasías con personas que nos gustan de igual o diferente sexo o a través de la masturbación. Importante no confundir fantasía con deseos. Y recalcar la importancia de la variabilidad.
 - El enamoramiento: supone deseo sexual (la energía de base, la necesidad que surge de buscar satisfacciones eróticas) y atracción (es la dirección que toma el deseo, influenciada por la propia orientación, la cultura, preferencias personales...). Es un proceso. En los medios solo se nos muestra esta parte en las relaciones, pero habrá que hablar de la convivencia, de la pareja, de los que no tienen pareja....
 - La trampa de la primera vez: algo a lograr, coito-heterosexual-una meta. Supone convertir la erótica en algo que hay que hacer en vez de algo que hay que vivir. El objetivo de la erótica, de la primera vez es disfrutar.
 - La actividad sexual: lo importante es que sea algo íntimo, la que se vive para adentro. Para construir una sexualidad propia ahí que vivir para adentro, no para afuera, lo más importante son los criterios personales. El objetivo de la sexualidad es: Conocerse, aceptarse y expresarse satisfactoriamente.

Ni los placeres sexuales ni otras capacidades guardan relación con el ritmo de desarrollo (sensibilidad, disfrutar de los sentidos, poder amamantar).

Las expectativas con los cambios generan muchas incertidumbres que podemos resolver con certezas: nadie queda sin madurar y todos los cuerpos estarán preparados para las relaciones personales y los placeres. Cada uno tenemos nuestro propio ritmo a la hora de desarrollarnos. No se trata de conseguir un diploma para ver quién se desarrolla antes.

Dejar claro que hay un amplio margen para los cambios. Que es normal esta variabilidad y que debemos ser respetuosos con los cambios de los demás y los nuestros. No reírnos de los granitos de la persona de al lado porque igual mañana nosotros los tenemos también, por ejemplo. Valorar el propio cuerpo y el de los demás. Hablar de la imagen corporal. De los estereotipos. La mayoría no nos pareceremos a los modelos de la tele cuando cambiemos.

Buscan que los cambios ratifiquen su identidad sexual deseando parecerse a los modelos ideales (hombres y mujeres lo son porque lo son, y no porque se parezcan a.....) Imágenes de famosos en la adolescencia y ahora.

4ª parte 10': Actividad del Baúl mágico de la persona más importante¹⁴

¿Cuál es la persona más importante para mí? ¿La persona a la que me gustaría parecerme? Que lo escriban en un papel y cada persona va metiéndolo en el baúl, al abrirlo se ven a sí mismos (caja con un espejo en el fondo). No deben decir a los compañeros si es la persona que ellos creían la que está en el baúl hasta que no haya terminado todo el grupo.

5ª parte 5': CONCLUSIONES FINALES

En cualquier etapa de nuestra vida lo más importante es Conocernos, Aceptarnos y Expresarnos satisfactoriamente.

Los cambios de la pubertad pueden confundir por la aparición de sensaciones nuevas (enamoramamiento, deseo sexual) y transformaciones en el cuerpo. Todas las dudas que os surjan las podéis preguntar a los padres, profesores y profesionales de la salud (enfermeras y médicos) y a nosotras, ahora. Tened en cuenta que los cambios físicos repercuten en los psicológicos. No hay que acomplejarse por el tamaño de las diferentes zonas de nuestros cuerpos, lo valioso de una persona siempre está en su interior.

No debéis compararos con los modelos de belleza impuestos por la sociedad. No existe una belleza única. Nadie somos iguales, son las diferencias las que hacen única a cada persona. Es importante que en esta etapa aprendáis a cuidaros, respetaros a vosotros mismos y a los demás, y disfrutar de las nuevas experiencias ya que todo lo que se vive deja huella.

MATERIALES NECESARIOS:

Pizarra. Post-it. Proyector

Fichas programa Harimaguada: menstruación y desarrollo sexual

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ADOLESCENTES

INSTITUTO:

CURSO:

Este cuestionario es anónimo. Su objetivo es obtener información sobre la valoración que hacéis l@s alumn@s de los talleres de Educación para la Salud, que habéis recibido, con la finalidad de mejorarlos para el próximo curso.

Tu edad es: _____ años

Tu sexo es: Chica ___ Chico ___

1. Indica en la siguiente escala cómo valoras el taller de PUBERTAD	1	2	3	4	5
(El 1 es la peor nota y el 5 la mejor)					

2.- Señala los **aspectos más positivos y más negativos** del taller:

ME HA GUSTADO MÁS	ME HA GUSTADO MENOS

3.- Otras consideraciones:	VALORACIÓN
Me he sentido valorado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Me he sentido marginado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Se ha dado respuesta a mis inquietudes	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Valora la labor de l@s sanitari@s	(-) 1 2 3 4 5 (+)

ANEXO D

TALLER DE SEXUALIDAD

OBJETIVOS

Ofrecer herramientas a través de las ideas para:

- Reflexionar sobre la sexualidad desde una perspectiva Integral.
- Conocer el hecho sexual humano y sus principales características.
- Promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.
- Romper con el tabú que impide hablar sobre sexo, placer y satisfacción.
- Reconocimiento y aceptación de la Identidad y la diversidad sexual.

CONTENIDOS CONCEPTUALES:

- Sexualidad y Sexuación: Proceso biográfico, cómo nos vamos construyendo como hombres y mujeres.
- Pareja: Invitar a conocer cómo por ser asexuados los sujetos se atraen, se desean, se enamoran y deciden compartir (se) libremente y formar una pareja.
- Procreación: Como una posibilidad de la pareja o no (a conceptivos y anticonceptivos).
- Respuesta sexual humana: deseo, excitación, meseta, orgasmo y reposo.
- Mitos del Amor Romántico. Estereotipos de género y pareja.

CONTENIDOS ACTITUDINALES:

- Habilidades para iniciar y finalizar relaciones.
- Habilidades de comunicación para la resolución de conflictos.
- Derechos personales: Asertividad y afectividad-sexualidad.

CONCEPTOS CLAVE

Sexualidad y sexuación. Erótica y amorosa. Fecundidad y procreación. Ética de las relaciones¹⁵

METODOLOGÍA:

1ª parte 3': Presentación. Se les recuerda el tema que vamos a tratar en la sesión y las condiciones para que se desarrolle adecuadamente: respeto, participación, comprensión.

También se les entregara un post-it y se pide a los participantes que escriban palabras relacionadas con sexualidad.

En la pizarra dibujaremos un círculo, en el centro escribiremos Hecho Sexual Humano, y de el sacaremos 6 apartados, cada uno referido a los diferentes conceptos de los que vamos a hablar: Sexuación, Sexualidad, Erótica, Amatoria, Pareja y Procreación.

2ª parte 10': Pediremos a dos personas voluntarias para colocar los post-it en los diferentes apartados según ellos crean y con la ayuda del resto, para así ir viendo la idea de la que partimos, que es la que ellos tienen.

¿Qué imagen de sexualidad refleja el grupo? ¿Es esta la que queremos vivir? ¿Qué falta? ¿Qué sobra? ¿Es igual la sexualidad que se dice en voz alta que la que se vive en la intimidad? ¿Si nos dedicáramos en todas las sesiones a hablar utilizando sólo estas palabras, podríamos hacer una buena sesión de educación sexual? ¿Una sexualidad muy genital, muy coital, muy afectiva...?

“El sexo no es lo que hacen los sujetos sino el concepto que hace a los sujetos tener una idea de sí como sujetos sexuados” E. Amezua. (IN.CI.SEX)¹⁶

3ª parte 30': Solicitaremos al grupo que se distribuyan en grupos de 4 en 4 para así fomentar el dialogo y el debate.

Comenzamos con un juego: Hemos diseñado tres, dependiendo del grupo (ver imagen en la página a continuación):

-Juego de la Oca

-Trivial

-En una bolsa negra introducimos pelotas de diferentes colores y cada grupo sacara una.

Cada color es una parada y según salen las diferentes preguntas les daremos un minuto para debatir y un representante por grupo saldrá a exponer las conclusiones o la reflexión a la que hayan llegado. El resto de los grupos pueden añadir o debatir seguidamente.

Ilustración 1. Fotografía de los juegos descritos: juego de la oca, trivial y pelotas.



Juego de las tarjetas

Cada color tiene una serie de tarjetas con diferentes preguntas

SEXUALIDAD Y SEXUACIÓN
<p>¿La forma en la que se viven las experiencias sexuales deja huella en la vida?</p> <p>Si, dejan huella</p>
<p><i>Existen normas que dicen qué es lo normal y anormal en la sexualidad?</i></p> <p><i>No. Cada persona construye su vivencia sexual. Hay que asegurarse de vivirla adecuadamente para que le procure placer, afectividad y una relación sana. Si la sabemos vivir con responsabilidad, madurez, habilidades y actitudes correctas, evitando riesgos, servirá para que seamos felices.</i></p>
<p>¿Qué es la sexuación?</p> <p>Cuando hablamos de sexuación nos referimos al proceso biográfico que comienza con la fecundación y acaba con la muerte. En este proceso se van concatenando una serie de niveles o estructuras (cromosomas, gonadas, genitales externos e internos, crianza, pubertad, climaterio, andropausia...) que van sexuando a cada individuo, a cada hombre o mujer, aunque lleno de grados o matices. De modo que cada cual se situaría en un punto del continuo, donde existen los extremos, pero donde también abundan las zonas comunes por lo cual no hay hombre o mujeres completamente "puros" sino que cada cual tendrá gradientes o elementos tanto masculinos como femeninos. Cada cual somos únicos e irrepetibles.</p>
<p>Sexualidad:</p> <p><u>La Sexualidad</u> es la manera que cada persona tiene de vivir "el hecho de ser sexuado". Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a funcionamientos anatomofisiológicos. Su referencia más clara son "las vivencias", lo que cada cual se siente en su intimidad. ES la manera de verse, sentirse y vivirse como sexuado, como uno de los dos sexos y está en continua evolución, dos posibilidades y muchos grados. La manera de vivirse como sexuado. La identidad sexual, los roles y los estereotipos. Significado de ser hombre y de ser mujer. La igualdad y la diferenciación, lo masculino y lo femenino. La vivencia de la homosexualidad y la heterosexualidad. El terreno de la sexualidad es el de lo peculiar, de las sexualidades.</p>

¿Cómo sabemos si una persona es chico o chica?
Preguntádoselo.
¿Qué es la identidad sexual?
La identidad sexual es cómo se ve la persona a sí mismo, es decir, si la persona se considera, se siente hombre o mujer.
¿Es lo mismo sexo que sexualidad?
No. El sexo que “se es” (hombre o mujer) y todas sus implicaciones. Viene de sexare (separar, sección) Hay acontecimientos sexuales bio-psico-social que hace que seamos seres sexuales (hombres y mujeres). La sexualidad es el modo de sentirse esta condición sexuada (sexo) y la vivencia subjetiva de esta condición. Cómo vivo mi realidad de hombre/mujer y como me siento orientado hacia los hombres y mujeres que me rodean. El sexo biológico es lo que viene dado por biología, de forma anatómica, o sea ser hombre o ser mujer. La sexualidad es la forma que tiene cada persona de expresar su sexo, lo que cada uno siente en la intimidad.
¿Todos los gays son afeminados y todas las lesbianas son marimachos?
No. Hay muchas maneras de estructurarse como hombre o como mujer. Un hombre siempre tendrá gradientes femeninos, igual que una mujer siempre tendrá elementos masculinos. (LR)
¿Existen normas que dicten lo normal y lo anormal en la sexualidad?
Las consideraciones acerca del comportamiento considerado parafilicco depende de las convenciones sociales imperantes en una época y lugar determinados. Por ejemplo, la pedofilia no es normal. Es un delito y debe ser denunciado en todos los casos.
¿Creeis que como te sientes contigo mismo influye en las relaciones sexuales?
Sí, todo nuestro ser influye en las relaciones sexuales, ya sea como nos sentimos nosotros mismos, nuestras tradiciones, valores o modo de pensar.(LR)
¿Qué nos aporta la sexualidad?

La sexualidad es una categoría subjetiva, son las vivencias que cada cual siente en su intimidad. Es la manera propia de verse, sentirse y vivirse como sexuado, como uno de los sexos. Está en continua evolución y es peculiar. Esta vivencia del hecho de ser sexuado como hombre o como mujer puede ser sentido en su matiz homo o heterosexual (doble perspectiva, muchas posibilidades y muchos grados)(c)

PAREJA

¿Necesitas realizar con tu pareja prácticas sexuales que no deseas por amor?

No, nadie te puede obligar a realizar cosas que no deseas hacer, aunque sea tu pareja (LR)

Si tienes una relación sexual, ¿tiene que ser algo íntimo o se lo tienes que contar a tus amigos? Qué es el Sexting?

El sexting consiste en el envío de contenidos de tipo sexual (fotografías, vídeos...) producidos normalmente por el propio remitente a otras personas a través de Internet y del teléfono móvil. En el momento en el que se envía o se sube a Internet, se pierde el control sobre ellos. Sexting significa, ni más ni menos, exhibicionismo online. Puede llevar a amenazas, acosos...

¿Por qué los adolescentes utilizan Sexting?:

- 1) Crean ingenuamente que **una imagen en un terminal móvil está segura** y no son capaces de proyectar, de imaginar, las variadas formas en que esa imagen puede salir del dispositivo. Un robo, un error, una broma, un extravío o la voluntad de su propietario
- 2) **Confían plenamente en la discreción**, y el amor eterno profesado, por parte **del destinatario** del envío. Carecen de experiencia vital suficiente que les invite a pensar en que las cosas, en la vida, cambian por muy diversos factores.
- 3) Sienten **cierta presión de grupo** que los lleva a ganar notoriedad y aceptación en este contexto, el digital, tan importante para ellos. Este factor, añadido a la plenitud hormonal, puede generar combinaciones poco recomendables.

¿Que es una pareja?

Es una forma de relación sexuada por el hecho de ser sexuados, nos atraemos, deseamos, enamoramnos, y nos establecemos libremente como... pareja.

No todas las personas quieren vivir en pareja, no es una obligación ni tan siquiera el modelo ideal. Aquí habría lugar para el noviazgo, el compromiso, la convivencia y, por supuesto, las parejas de hecho y la soledad. Las reglas de la vida doméstica y de la vida familiar, los roles y cómo las sociedades regulan, de un modo u otro, todo esto.

¿Quién debe tomar la iniciativa en las relaciones sexuales?
Pueden tomar la iniciativa cualquiera de las personas implicadas en la relación sexual, siempre que haya consentimiento de todas las personas implicadas. (LR)
¿Tu mundo se acaba tras una ruptura?
No. Tu vida no depende de nadie, solo de ti mismo. No es necesario tener pareja para sentirte completo y realizado. (LR)
¿Si tu pareja te controla es porque te quiere más?
No. Si tu pareja te quiere, tiene confianza en ti y si te controla es que no te quiere, no necesita controlarte. (LR) Existen múltiples formas de demostrar el amor hacia otra persona, controlarla, es decir, limitar su libertad, no es una de ellas. (P)
¿Cuáles son los límites del amor?: la dignidad personal. Ej: Violencia y acoso cuando nos mostramos como somos; no nos aman de forma saludable y seguimos esperando a que lo hagan; negociamos o cambiamos lo que somos; la relación es por interés y somos un instrumento social o sexual; no tiene en cuenta ni respeta mis valores ni mis derechos. Pareja sana (respeto, compartís cosas con otras personas, libertad para hacer y decir lo que quieras, organizáis cosas y os divertís juntos, confianza, escucha).

MITOS
<p>Casi todos los adolescentes han tenido relaciones sexuales antes de los 18 años.</p>
<p>No. Hay muchas personas que tienen las primeras relaciones sexuales más tarde. La edad no importa, lo importante es sentirse preparado y cómodo con la persona con la que vayas a tener relaciones. (LR)</p>
<p>El orgasmo es obligatorio durante la relación sexual. Sin orgasmo no hay sexualidad.</p>
<p>No. Sexualidad hay siempre, el orgasmo no es necesario para obtener placer. (LR)</p>
<p>Si una persona se masturba al tener pareja significa que tiene problemas sexuales.</p>
<p>No. Masturbarse no es un problema sexual, es una forma de darse placer a sí mismo y no tiene porqué interferir en la relación. De hecho, se puede incluir dentro de las relaciones sexuales de la pareja. (LR)</p> <p>La masturbación puede ser una forma de conocerse y auto-explorarse que nos genera placer. El hecho de practicarla, aunque estemos en una relación de pareja no implica que tengamos carencias sexuales en esa relación, si no que supone otro aspecto de nuestra vida sexual que no hay porqué eliminar. (P)</p>
<p>La primera vez que se realiza el coito se siente dolor y se sangra.</p>
<p>No siempre. El dolor y el sangrado vienen de la rotura del himen y en muchas chicas este ya está roto antes de la primera relación sexual. En la mayoría de los casos el dolor viene de la ansiedad que siente la chica en ese momento. (LR)</p>
<p>La pornografía refleja lo que es una relación sexual.</p>
<p>No. La pornografía está enfocada a mostrar el sexo oral hacia el hombre y el coito. Una relación sexual no se basa en eso, cada pareja decide cuáles son las actividades que más les gustan y les proporcionan placer. La pornografía no es un reflejo real de la realidad. (LR)</p> <p>La pornografía es una ficción, y como tal, en caso de consumirla debemos hacerlo con un criterio crítico. Las relaciones sexuales en la pornografía quedan en la mayoría de los casos reducidas a la penetración, siendo muy falocéntricas. Además de en muchos casos reproduce cánones machistas y de sumisión por parte de la mujer. (P)</p>
<p>El tamaño de los pechos o del pene influye en tener más placer.</p>

No. Son simples características físicas. El tenerlo más grande no significa que vayas a dar y recibir más placer, y el tenerlo más pequeño no significa dar o recibir menos.
(LR)

Las chicas se suelen hacer las estrechas. Cuando dicen no lo que quieren es que insistas más.

No. Si una chica o chico dicen que no es porque NO quieren tener ese contacto, sea cual sea el tipo (coito, sexo oral, beso, etc) aunque anteriormente hayan dicho que sí.
(LR)

Las bebidas alcohólicas potencian el deseo y la erección.

Las drogas pueden aumentar momentáneamente el deseo y la apetencia por la desinhibición, pero interfieren negativamente en el consentimiento, la respuesta sexual (disminuye la erección) y en la forma de relacionarnos.

PREGUNTAS / PRUEBAS

Roles dentro de una pareja. Esta dinámica nos va a servir para trabajar conceptos básicos sobre diversidad sexual y visibilizar y dar a conocer diferentes realidades afectivo-sexuales y de identidad: homosexualidad, transexualidad, intersexualidad, etc. Y reflexionar y cuestionar los roles y estereotipos de género.

- Se dejarán cinco minutos para el trabajo cooperativo en el cual cada grupo pensará diferentes estereotipos que se les presuponen a las personas por el mero hecho de ser mujeres u hombres. Después cada grupo deberá presentar y escribir en la pizarra o cartulina los estereotipos que hayan pensado, clasificándolos en la categoría “estereotipos hacia las mujeres” o bien “estereotipos hacia los hombres”.

Ejemplos: “los hombres no lloran”, “las mujeres son débiles”, etc.

ROL ACTIVO o de «experto» → Este rol se les adjudica A LOS CHICOS y exige, como confirmación de su masculinidad, el tomar siempre la iniciativa, el ser «expertos» y saber qué hacer en todo momento. Parece que, por el hecho de ser hombre, ya debe saber qué hacer en las relaciones sexuales, cómo dar placer a su pareja, sin necesidad de preguntarle siquiera.

ROL PASIVO o "expectativo" → Es el que se adjudica A LAS CHICAS en sus relaciones afectivas y sexuales: expectantes y complacientes a las propuestas de sus parejas, debe responder a la iniciativa mostrando placer, aunque a veces no lo sienta. Desde este rol, no se contempla que una mujer tome la iniciativa y pueda decidir: son otros los que saben lo que le gusta o lo que no, son otros los que tienen que saber usar el preservativo y, en el peor de los casos, son otros los que deciden sobre el uso de su cuerpo. Estos roles complementarios, promueven la incomunicación. Si el hombre tiene que saber qué hacer y la mujer responder a ello, no es necesario hablar.

Ética de las relaciones sexuales y amorosas

- Derecho a elegir y responsabilidad de respetar.
- Relación entre iguales → No relaciones de superioridad o influenciadas:
- Relaciones consentidas → ambas personas deben sentirse dueñas del sí y del no. Teniendo derecho en el caso del NO, a que su decisión sea respetada.
- Sinceridad interpersonal → Ambos deben saber cuáles son los verdaderos sentimientos de uno hacia el otro y conocer cuál es el grado de compromiso y de expectativa con respecto a la pareja. Generando así confianza y seguridad.
- El placer compartido → Cuando tenemos relaciones afectivas y sexuales nos encontramos con otras personas, por lo que los sentimientos, deseos y

necesidades de cada una deben ser atendidos. Es importante que las personas implicadas estemos a gusto y satisfechas con la relación. Esa atención mutua es una ganancia para ambas personas.

- La responsabilidad compartida → Al ser las relaciones cosa de dos (o más) personas, la responsabilidad es compartida. Las consecuencias que se deriven de una relación sexual (embarazo, ITS, etc.) deben ser asumidas por las personas que se han relacionado. Compromiso con el sexo seguro.

Derecho a la desvinculación ⁽¹⁶⁾. → debemos reconocer y respetar, sin vacilación, el derecho a la desvinculación. La relación puede tener sentido sea cual sea su duración. Cualquiera de los miembros puede tomar la decisión de desvincularse de la otra persona. Aceptar el derecho a la desvinculación no sólo es posible, sino que es la única forma de ser coherentes y aceptar que el ser humano es libre y responsable

Diferencias entre sexualidad y pornografía

Condiciones para la primera vez

Condiciones que deberían estar presentes y cuales ausentes en la primera relación coital para que se pueda disfrutar.

Aunque las conclusiones se circunscriban al coito es importante que sirvan para otras prácticas eróticas y, por supuesto, también para las relaciones homosexuales.

Importante no decirle a nadie lo que tiene que hacer, pero si ayudarles a encontrar respuestas.

Hay unas consideraciones previas como son la maduración física y la maduración psicológica.

El disfrute nace de la coherencia y no de la obediencia

Conocerse a uno mismo, misma.

Deseo claro por ambas partes.

Ambas personas deben sentirse dueñas del sí y del no. Teniendo derecho en el caso del NO, a que su decisión sea respeta.

Respeto

Responsabilidad

Espacios íntimos

Prescindir de la presión de grupo
Conjugar verbo sexual.
<p>Consultorio sexológico: que tenga que ver con la erótica, y con evitar riesgos también: se plantean dudas recogidas en el taller de pubertad o de alguna revista dirigida a adolescentes y se les pide que intenten resolver las cuestiones planteadas por chicos o chicas de su misma edad y que acuden a ellos o ellas porque saben que con estas sesiones han aprendido mucho.</p> <p>Hablaremos de otras sexualidades, de quienes dudan de su identidad o su orientación, quienes se sienten minoritarios, procedentes de otras culturas...</p> <p>Esta actividad permite normalizar las dudas y preocupaciones, a la vez que despierta “empatía” y comprensión hacia la otra persona.</p> <p>Que chicos y chicas aprendan que la sexualidad se vive y se puede disfrutar de muchos modos, y algunos muy distintos del propio.</p>
<p>Dinámica para acabar el taller “Esto es un beso”: colocados todo el grupo en círculo el educador o educadora comienza, dirigiéndose a la persona que está a su derecha, diciéndole: “esto es un beso” y dándole un beso. La persona debe contestar: “un qué?” y el educador o educadora le responderá “un beso” y volverá a besarle. Esta persona repetirá la secuencia con la de su derecha de modo que la cadena continúe.</p> <p>Inmediatamente continuará diciéndole: “esto es un abrazo” ...y continuara la cadena del mismo modo.</p> <p>Esta actividad permite conocer que la educación sexual y, en definitiva, la sexualidad es algo más que penes, vaginas y preservativos. Que también tiene que ver con el encontrarse a gusto consigo mismo y con los demás.</p>

PROCREACIÓN

¿Te puedes quedar embarazada en tu primera relación sexual con penetración? Sí, te puedes quedar embarazada en cualquier relación sexual en la que no utilices protección. (LR)

¿Que son los a conceptivos? Distintas formas de practicar sexo sin coito

¿Practicar sexo oral/anal te protege frente a las ITG?

No. Solo el preservativo protege frente a las ITG. (LR)

¿Te puedes quedar embarazada si tienes relaciones sexuales con penetración durante la regla?

SI, te puedes quedar embarazada si mantienes relaciones sin protección en cualquier momento del ciclo menstrual. (LR)

¿Qué anticonceptivos conocéis que os puedan proteger de un embarazo y de ITS?

Preservativo

ERÓTICA/AMATORIA

¿Son lo mismo las fantasías que los deseos eróticos?

No son lo mismo ya que detrás de los deseos hay anhelos y ganas de que se conviertan en realidad.

El mundo de las fantasías es otra cosa, no necesariamente está formado por deseos, aunque en ocasiones se mezclen. Las fantasías buscan la excitación o alcanzar satisfacción por sí mismas. Con las fantasías uno o una puede permitirse situaciones que, sin embargo, nunca se permitirían en realidad, "no son sucedáneos de nada", ni sólo sirven para preparar situaciones posteriores.

Formas de expresar la erótica:

La erótica es el conjunto de sensaciones y emociones que los sujetos sexuados sienten y viven como tales sujetos sexuados. Es sinónimo del deseo de los sujetos sexuados, con sus modos, matices y peculiaridades. La intimidad es regulada por la propia relación y nada justifica su intromisión.

Las caricias, el abrazarse, el coger de la mano, o los mordisquitos en el cuello... del mismo modo que los son el coito vaginal o el resto de penetraciones.

Las fantasías, Son expresión de la erótica del mismo modo que los gestos.

El pudor es propiedad de cada cual. Algunos pudores o prejuicios se confunden con la propia historia personal y tocarlos o atacarlos es atacar a uno mismo.

¿Las personas con algún tipo de discapacidad disfrutan de la sexualidad? ¿Sabéis qué es una persona con diversidad funcional? ¿Creéis que estas personas pueden vivir la sexualidad de forma plena? Película El Intocable.

Esta película explica la historia de Philippe, un multimillonario viudo de mediana edad que se ha quedado tetrapléjico a causa de un accidente de parapente, y la relación de amistad que establece con Driss, su asistente de origen senegalés, que ha tenido problemas con la justicia y que le trata con despiadada sinceridad. "¿Cómo puedes sentir placer sexual?" le espeta un curioso Driss a Philippe durante una conversación. En su caso, la respuesta está en las orejas, el mayor punto erógeno del aristócrata, y gracias a los servicios de una prostituta consigue sentir placer sexual. Por tanto, existen zonas del cuerpo que son más sensibles sexualmente, con muchas terminaciones nerviosas y que pueden producir sensaciones muy placenteras: zonas erógenas. Cada uno tiene las suyas, es cuestión de gustos, momentos, experiencias, imaginación...

<p>Distintas formas de practicar sexo sin coito ¿qué son los a conceptivos?</p> <p>Disfrutar del cuerpo, del propio y del elegido (en un encuentro libre de cuerpos) sin que entren en contacto los genitales, y los medios son tantos como la capacidad de goce de cada uno. El petting no es preliminar de nada. No cerrar posibilidades sino buscar, curiosear aquello que más nos haga disfrutar a cada uno.</p>
<p>¿Qué es la amatoria? La amatoria son los modos de hacer. Es lo que sucede en el encuentro entre dos seres sexuados que se desean. En cómo los hombres y las mujeres realizan sus encuentros entre ellos cómo sujetos sexuados. El deseo, la excitación, el orgasmo, la meseta, la resolución y la satisfacción. De las caricias, la masturbación, el coito, coi-tar y el resto de posibilidades en las que, en pareja, o sin pareja, se puede expresar un hombre o una mujer. Incluyendo las fantasías. Los placeres y el sentirse satisfecho o satisfecha.</p>
<p>¿Por qué hay un día del orgullo LGTB+ y no un día del orgullo heterosexual?</p>
<p>Desde hace mucho tiempo se ha considerado que el ser hererosexual era la única orientación sexual aceptada, por ello muchos homosexuales, bisexuales y personas transgénero se vieron perseguidos, marginados y menospreciados por el hecho de no pertenecer a la mayoría de población. Por ello, se celebra un día de orgullo LGTB+, para dar voz a esa minoría, que se encuentra orgullosa de ser como son pese a todo lo que han tenido que pasar (y que en muchos casos siguen pasando). (LR) El Día Internacional del Orgullo LGTB+ (lesbiana, gay, bisexual y transexual), también conocido como Día del Orgullo Gay o simplemente Orgullo Gay se celebra cada año el 28 de junio y consiste en una serie de eventos que los distintos colectivos realizan públicamente para luchar por la dignidad de las personas gais, lesbianas, bisexuales y transexuales. Es común desplazar las celebraciones al fin de semana anterior o posterior, más cercano. Se celebra el 28 de junio porque en esa fecha se conmemoran los disturbios de Stonewall (Nueva York, EE. UU.) de 1969, que marcan el inicio del movimiento de liberación homosexual.</p>
<p>¿Qué es la orientación sexual? Es hacia quién va dirigido el deseo</p>
<p>¿Son lo mismo los deseos sexuales y las fantasías?</p>

No, en las fantasías no hay intención de hacerlas realidad. Una cosa es la imaginación y otra es la conducta.

¿Qué opináis del sexting? ¿Es seguro?

No. Una vez que envías una foto o mensaje pierdes el control sobre ello, por lo que no sabes lo que puede hacer la otra persona con esa información. (LR)

¿Cuál es el órgano sexual más extenso? La piel.

¿Y el más importante? El cerebro.

Conclusiones:

La sexualidad sirve para conocernos, aceptarnos y expresarnos satisfactoriamente.

Y para terminar pondremos el video de youtube sobre el consentimiento “la taza de té”.

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ADOLESCENTES

INSTITUTO:

CURSO:

Este cuestionario es anónimo. Su objetivo es obtener información sobre la valoración que hacéis l@s alumn@s de los talleres de Educación para la Salud, que habéis recibido, con la finalidad de mejorarlos para el próximo curso.

Tu edad es: _____ años

Tu sexo es: Chica ___ Chico ___

1. Indica en la siguiente escala cómo valoras el taller de SEXUALIDAD	1	2	3	4	5
(El 1 es la peor nota y el 5 la mejor)					

2.- Señala los aspectos más positivos y más negativos del taller:

ME HA GUSTADO MÁS	ME HA GUSTADO MENOS

3.- Otras consideraciones:	VALORACIÓN
Me he sentido valorado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Me he sentido marginado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Se ha dado respuesta a mis inquietudes	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Valora la labor de l@s sanitari@s	(-) 1 2 3 4 5 (+)

4.- Sugerencias que te parezcan importantes para mejorar la actividad

PRE Y POST TEST DE CONOCIMIENTOS

ANEXO E

TALLER DE ANTI-CONCEPCIÓN E ITG

OBJETIVOS

.Conocer qué saben, qué quieren saber y aclarar conceptos sobre lo que necesitan saber.

• Dotar de información y herramientas personales para la prevención de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual para que:

- Conozcan los métodos anticonceptivos y de barrera existentes.
- Desarrollen actitudes positivas hacia los mismos.
- Aumenten la percepción del riesgo que implican las prácticas sexuales de riesgo para ITS.
- Adquieran y/o desarrollen sus habilidades de comunicación.
- Conozcan los recursos locales para la salud sexual y reproductiva.

Contenidos conceptuales:

- Mostrar los diferentes métodos anticonceptivos y el correcto uso de los mismos.
- Presentar información sobre las ITS mas prevalentes y como prevenirlas, en especial del VIH¹⁷.
- Informar sobre embarazo no deseado y legislación en relación a la interrupción del embarazo no deseado.
- Conocer los a-ceptivos.

Contenidos actitudinales:

- Reflexionar sobre las relaciones sexuales sin riesgo y como actuar en el caso de mantener relaciones sexuales sin protección.
- Adquirir habilidades sobre el correcto uso del preservativo y la responsabilidad compartida que supone el fallo en el uso del mismo.
- Saber a quién y dónde acudir para recibir información sobre estos temas.
- Reflexionar sobre los mitos y estereotipos en relación a estos temas.

Temas transversales:

Dar la posibilidad de disponer de una educación e información de calidad sobre la sexualidad permite vivirla libremente sin temores ni prejuicios, sustentada en la comunicación, el respeto

y el placer, además de contar con las capacidades para prevenir las ITS incluido el VIH y los embarazos no deseados.

METODOLOGÍA (agrupamiento, atención a la diversidad, forma de dar los contenidos...)

Se adoptará una metodología constructiva. Serán ellos los principales actores de su propio aprendizaje, limitando el papel del docente a un mero intermediario. Para ello se trabajará con participaciones individuales, pequeños grupos con puesta en común y gran grupo.

Propuesta de actividades y temporización:

1ª parte 3': Presentación. Se les recuerda el tema que vamos a tratar en la sesión y las condiciones para que se desarrolle adecuadamente: respeto, participación, comprensión y seriedad.

Vamos a hablar de relaciones eróticas entre dos personas, de la erótica a-conceptiva: disfrutar del cuerpo, del propio y del elegido (en un encuentro libre entre dos cuerpos), sin que entre en contacto el pene con la vagina, y los medios son tantos como la capacidad de goce de cada uno, petting (pero no es preliminar de nada).

No cerrar posibilidades sino buscar, curiosear aquello que más le haga disfrutar a cada uno, a cada una, que los deseos entren en juego. Conocer la fisiología del placer es importante para que la relación erótica se enriquezca.

El autoerotismo.

Los medios de comunicación y el grupo de iguales (competición frente a reconocimiento), fantasías eróticas. No solo se puede gestionar el placer a través del coito. La sexualidad tiene que ver con los genitales y la capacidad reproductiva, pero también con las relaciones de pareja, personales y amorosas, con la búsqueda del goce y el contacto físico, con amor, con disfrutar y autoestima, imagen corporal, habilidades sociales y la erótica del cuerpo.

2ª parte 20': Realización del juego de las tarjetas del proyecto “ni ogros ni princesas”¹⁴.

1 En el encerado se escribirá al lado de cada color el número total de personas que tienen ese color, que ha de ser proporcional al número total de alumnos. Por ejemplo, en una clase de veinte alumnos y alumnas habrá cinco personas con tarjetas del mismo color.

2 El alumnado dispone de unos minutos para intercambiar las tarjetas. Cada persona ha de deshacerse de todas las suyas y ha de recibir otras cuatro de cuatro personas diferentes (no es necesario que sean de diferente color, pero sí de diferente persona). Las personas con las que intercambien tarjetas deben tener algo en común: el mes del año en que nacieron, aficiones en su tiempo libre, color favorito... No existe límite en el número de intercambios.

3 En una libreta u hoja deben ir anotando con qué personas han intercambiado las tarjetas y qué es lo que tenían en común.

4 Después de un cierto tiempo, vuelve la calma a la clase y cada persona queda de nuevo con cuatro tarjetas que ha recibido de sus compañeros y que pueden tener diferentes colores.

5 A continuación se explica el significado del color de las tarjetas:

Rojo: Eras seronegativo y mantuviste una relación sexual con una persona seropositiva, pero fue con preservativo por lo que no te ha transmitido el VIH. Eres seronegativo (sano).

Verde: Eras seronegativo y mantuviste una relación sin preservativo con una persona seropositiva que te ha transmitido el VIH. Eres seropositivo (infectado).

Azul: Eras seronegativo y no has mantenido relaciones sexuales por lo que sigues siendo seronegativo.

Amarillo: Eras seronegativo y mantuviste una relación sexual con una persona sin preservativo. Tuviste suerte pues eras seronegativo y sigues siendo seronegativo.

Preguntas para el coloquio:

1. ¿Cuántas personas seronegativas (rojo, azul y amarillo) y seropositivas (verde) había al iniciar el juego?
¿Cuántas hay ahora? ¿Cuál ha sido el grupo que más ha aumentado?
2. ¿Cómo se puede evitar la transmisión de las ITS y del SIDA?
3. ¿Qué responsabilidad tenemos a la hora de mantener relaciones sexuales si somos personas sanas?
¿Y si sabemos que tenemos el VIH?
4. ¿Puede haber personas con el virus y de aspecto saludable? ¿Se puede tener el virus y no desarrollar la enfermedad? ¿Y si es un niño o una niña?

3ª parte 15': Taller práctico del uso correcto del preservativo masculino y femenino, explicando de forma simultánea las condiciones idóneas de uso y conservación.

4ª parte 5': Ráfaga de imágenes como refuerzo final al taller en el cual mostraremos las diferentes ITS y su prevención, así como el uso adecuado de la píldora postcoital y la legislación vigentes en caso de embarazo no deseado.

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ADOLESCENTES

INSTITUTO:

CURSO:

Este cuestionario es anónimo. Su objetivo es obtener información sobre la valoración que hacéis l@s alumn@s de los talleres de Educación para la Salud, que habéis recibido, con la finalidad de mejorarlos para el próximo curso.

Tu edad es: _____ años

Tu sexo es: Chica ___ Chico ___

1. Indica en la siguiente escala cómo valoras el taller de ANTICONCEPTIVOS E ITS	1	2	3	4	5
(El 1 es la peor nota y el 5 la mejor)					

2.- Señala los aspectos más positivos y más negativos del taller:

ME HA GUSTADO MÁS	ME HA GUSTADO MENOS

3.- Otras consideraciones:	VALORACIÓN
Me he sentido valorado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Me he sentido marginado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Se ha dado respuesta a mis inquietudes	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Valora la labor de l@s sanitari@s	(-) 1 2 3 4 5 (+)

4.- Sugerencias que te parezcan importantes para mejorar la actividad:

ANEXO F

TALLER DE AMOR ROMÁNTICO Y RUPTURA, DUELO OBJETIVO

Prevenir conductas sexistas

Propuesta de actividades y temporización:

1: 3' PRESENTACIÓN

Al comenzar pasaremos una hoja en blanco en la que les pediremos que vayan anotando SUS películas y canciones favoritas con el fin de adaptar futuras charlas al gusto del adolescente actual.

2: 8' DINÁMICA 1: ROLES DE GÉNERO

Comenzamos explicando la teoría sexo-género y la construcción cultural de los roles de género para posteriormente definir la violencia de género y entender el sexismo como causa de la violencia hacia las mujeres¹⁸.

FOTO DE LOS BEBÉS: Dividimos la clase por grupos de 4-5 personas y entregamos a cada grupo la misma foto de un bebé (Ficha-Bebé), pero con nombres distintos (entre los grupos no pueden ver que tienen la misma foto), unos grupos tendrán la foto con el nombre de Ana y otros con el nombre de Pablo. Les pedimos que anoten 5 adjetivos que les vienen a la cabeza al ver la foto, el juguete favorito del bebé y una profesión para el futuro. Una vez pasados 10 minutos, ponemos en común las fichas, descubriendo que hemos calificado al mismo bebé asignándole sexo diferente. Hacemos una comparativa entre ambos y vemos si hemos marcado diferencias y de qué tipo.

- Puesta en común, debate y análisis sobre cómo tenemos interiorizados los roles de género en la adjudicación de las distintas profesiones y adjetivos a un mismo bebé en la creencia de pertenecer a un determinado sexo.

Fuente: <http://cepcordoba.org/violenciadegenereoescolar/pdf/unidadDidactica2.pdf>

3: 10' CONSIDERACIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DEL AMOR (+/-)

Dividimos la pizarra en dos:

En una parte ponemos el signo de + y escribiremos lo que es el amor

En la otra parte el signo – ideas sobre lo que no debe permitirse nunca en las relaciones afectivas.

Fomentaremos el debate en torno a:

¿Alguna vez has vivido relaciones de pareja en las que hayas priorizado la relación frente a tus derechos?

¿Por qué el amor se confunde con la entrega absoluta y la pérdida de identidad de quienes la componen?

¿Reaccionan las personas adscritas al género masculino de forma diferente a las femeninas?

¿Son iguales las relaciones entre personas del mismo género que de distinto género?

4: 5' MITOS DEL AMOR ROMÁNTICO EN EL CINE TRADICIONAL

Ejemplificaremos los mitos del amor romántico representados en el cine (aplicable a los anuncios publicitarios), destacando los roles transmitidos culturalmente (ejemplo: cenicienta) Mostrar tendencias del cine actual (películas igualitarias):” *postdata te quiero.*”

PUBLICIDAD TRADICIONAL-CAMBIO DE TENDENCIAS

Mostraremos el rol tradicional representado en ciertos ámbitos (automoción, limpieza del hogar, etc.). Mostraremos el cambio de tendencias implícito en la actualidad.

Como ejemplo utilizaremos el anuncio de “Don limpio”, tradicionalmente se ha utilizado la figura de la mujer como limpiadora del hogar. Cambio de tendencias: comienza a tener más presencia la figura del varón en las labores del hogar.

Preguntamos al grupo. -Esto lo enlazaremos con el siguiente punto, el de mitos.

Estos son algunos de los tópicos referentes al amor y a las relaciones afectivas:

5: 10' MITOS DEL AMOR ROMÁNTICO:

Los tópicos asociados al amor romántico son social e históricamente construidos y los interiorizamos casi de forma inconsciente, por lo que influyen en nuestras creencias y nuestros actos en el ámbito de las relaciones afectivas. Por lo tanto, estos tópicos nos sirven para juzgar qué es aceptable y normal en el enamoramiento o en la pareja y qué es previsible o deseable. Sin embargo, nos generan unas expectativas irreales y nos inculcan un prototipo de relación.

- Si estoy verdaderamente enamorado/a no me puedo sentir atraído/a por otras personas ni me pueden gustar. Si eso me pasa es que no amo de verdad a mi pareja. (La exclusividad y fidelidad "real e imaginaria" como pruebas de amor).
- Si no siento celos en mi relación de pareja es que no amo verdaderamente a la otra persona. (Sentir celos es una prueba irrefutable del hecho de estar enamorado/a de alguien).
- Si la otra persona me ama sabrá qué me pasa cuando estoy enfadado, triste... sin tener que preguntármelo. (Cuando hay amor no hace falta la comunicación directa porque entre las dos personas hay una especie de poder telepático).
- El amor todo lo puede, todo lo cuida y es suficiente por si solo para que una relación funcione. (Amar es tolerar y perdonarlo todo. Podemos cambiar "por amor" o intentar hacer cambiar el otro).
- Existe "el amor de tu vida" y éste es para siempre. (el tiempo, las circunstancias y la evolución personal no hacen variar el amor).
- Existe una persona absolutamente complementaria a mí que llenará mi vacío y me librará de la soledad. (Mito de la media naranja)".

6: 8' DUELO EN LA RUPTURA AMOROSA

Mostraremos al adolescente las fases del duelo en la ruptura de pareja. Utilizaremos las 5 etapas descritas por Kübler-Ross:

1. Negación o shock: *No sé qué ha ocurrido*”, “*No lo entiendo*”, “*¿Cómo puede habernos pasado esto a nosotros?*”

La persona niega la realidad, actúa como si todo continuara igual. Mecanismo de

- defensa: amortiguador del dolor. Capacita para continuar con la rutina.
2. Ira: *“Es injusto”, “Cómo ha podido hacerme esto con todo lo que yo le he dado”, “No quiero saber nada de él/ella”*
Rabia e ira hacia la otra persona, culpabiliza al otro. Posible deseo de venganza. Rabia dirigida al entorno. Puede ayudar a sacar fuerzas para pasar página, conectar con lo negativo de la relación facilita avanzar hacia el cierre.
 3. Negociación: *“Podemos arreglarlo, hablando se entiende la gente”*
Intento de aceptar la situación y acercarse a la otra persona de nuevo (error común: suplicar, acoso (llamadas al teléfono y Whatsapp). Cualquier cosa por recuperar la relación. Mecanismo de defensa para mitigar el dolor.
 4. Depresión: *“Nunca volveré a ser feliz”, “Mi vida está arruinada”, “No tengo nada”*
Pérdida de la esperanza por recuperar a esa persona. Comienza a ser objetiva. Pena por la pérdida. Facilita analizar mejor la situación.
 5. Aceptación: *Ahora sé que no estábamos bien y sufríamos los dos”, “Estoy preparad@ para despedirme de esa relación, es parte de mi pasado”*
Visualización de un nuevo futuro. Aceptación de que la relación se acabó y lo que no puedo ser, no será. Sentimiento de paz, orientación hacia el presente y el futuro.

7: 3' IGUALDAD EN LA MÚSICA

Transmitiremos a los adolescentes que existe música igualitaria que empodera a la mujer y la libera de la estereotipia tradicional (ejemplificaremos con una canción de “La Otra”).

8: 4' VIDEO DE YOU TUBE SOBRE LA VIOLENCIA MACHISTA:”PEPA Y PEPE”

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ADOLESCENTES

INSTITUTO:

CURSO:

Este cuestionario es anónimo. Su objetivo es obtener información sobre la valoración que hacéis l@s alumn@s de los talleres de Educación para la Salud, que habéis recibido, con la finalidad de mejorarlos para el próximo curso.

Tu edad es: _____ años

Tu sexo es: Chica ___ Chico ___

1. Indica en la siguiente escala cómo valoras el taller de AMOR ROMÁNTICO (El 1 es la peor nota y el 5 la mejor)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

2.- Señala los **aspectos más positivos y más negativos** del taller:

ME HA GUSTADO MÁS	ME HA GUSTADO MENOS

3.- Otras consideraciones:	VALORACIÓN
Me he sentido valorado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Me he sentido marginado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Se ha dado respuesta a mis inquietudes	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Valora la labor de l@s sanitari@s	(-) 1 2 3 4 5 (+)

4.- **Sugerencias** que te parezcan importantes para mejorar la actividad:

ANEXO G

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS Y RCP

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE SALUD

a) Exposición general del problema

A diferencia de otros países en los que la RCP es una maniobra que se enseña a todos los niveles y desde edades muy tempranas, en España todavía estamos empezando a instruir a la población. De hecho, en muchos casos, las personas que presencian una parada no saben qué hacer o cómo actuar.

b) Problema real o potencial

Existe una carencia de formación en RCP básica en los jóvenes españoles, aunque cada vez existen más programas e iniciativas de formación en este ámbito.

c) Importancia del mismo

Si los adolescentes están entrenados y poseen una serie de conocimientos básicos, pueden salvar una vida si comienzan una adecuada RCP básica en los primeros minutos.

d) Epidemiología

La parada cardio-respiratoria en niños no es frecuente fuera del hospital y suele ser el resultado de un empeoramiento de una enfermedad concreta, pero a veces se puede dar de manera súbita como en adultos (a causa de un atragantamiento o muerte súbita por arritmias cardíacas) y en presencia de otras personas.

e) Valoración de las consecuencias sociales

Se puede salvar una vida si se tienen conocimientos básicos de RCP y de primeros auxilios. Además, se pierden muchos miedos relacionados con la falta de conocimientos.

f) Justificación de la necesidad de poner en marcha una estrategia de EPS

La RCP es una técnica sencilla de aprender y de realizar, por lo que desde edades tempranas debería enseñarse este procedimiento en centros educativos, ya que los niños y adolescentes aprenden rápido y se motivan fácilmente. Puesto que no existe una formación regulada ni reglada, los profesionales sanitarios podemos jugar un papel fundamental a la hora de instruir y de formar a nuestros adolescentes.

OBJETIVOS

Instruir a los adolescentes sobre la RCP proporcionando conocimientos básicos.

Practicar RCP en un entorno simulado.

Eliminar barreras y miedos que impidan actuar en un caso real.

POBLACIÓN DIANA

Adolescentes matriculados en los institutos de la ZBS Parquesol de Valladolid en Educación Secundaria Obligatoria.

ACTIVIDADES PROPUESTAS

Se propone una charla de una hora de duración con contenidos básicos sobre primeros auxilios y RCP. Además, se implementa un taller práctico para ejecutar las maniobras de resucitación y explicar en un escenario simulado las distintas situaciones de emergencia en las que pueden intervenir, para salvar una vida.

RECURSOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

Recursos humanos: enfermeras pediátricas de atención primaria, enfermeras de emergencias, médicos de familia, profesionales sanitarios en formación de nuestro área (MIR y EIR).

Recursos materiales: presentación con contenidos sobre primeros auxilios y RCP, muñecos para simulación.

ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN DEL PES

Se evalúan los contenidos del taller y los aspectos positivos y negativos del mismo mediante un cuestionario final.

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ADOLESCENTES

INSTITUTO:

CURSO:

Este cuestionario es anónimo. Su objetivo es obtener información sobre la valoración que hacéis l@s alumn@s de los talleres de Educación para la Salud, que habéis recibido, con la finalidad de mejorarlos para el próximo curso.

Tu edad es: _____ años

Tu sexo es: Chica ___ Chico ___

1. Indica en la siguiente escala cómo valoras el taller de ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES (El 1 es la peor nota y el 5 la mejor)	1	2	3	4	5

2.- Señala los aspectos más positivos y más negativos del taller:

ME HA GUSTADO MÁS	ME HA GUSTADO MENOS

3.- Otras consideraciones:	VALORACIÓN
Me he sentido valorado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Me he sentido marginado/a	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Se ha dado respuesta a mis inquietudes	(-) 1 2 3 4 5 (+)
Valora la labor de l@s sanitari@s	(-) 1 2 3 4 5 (+)

4.- Sugerencias que te parezcan importantes para mejorar la actividad:

ANEXO H

LECTURAS RECOMENDADAS

- 1 . **Guía para chicas. cómo prevenir y defenderte de las agresiones.** M^a José Urruzola. Bilbao: Maite Canal Editora – Instituto Andaluz de la Mujer. 2009.

La “Guía para chicas” se reparte en diferentes cuadernos que tratan de aspectos diferentes de la vida de las adolescentes. El presente cuaderno, correspondiente al número 2, es una guía para que las chicas sepan distinguir lo que es la violencia y las agresiones sexuales, sus causas sociales y qué hacer ante las agresiones.

- 2 . **EL LIBRO ROJO DE CARLOTA, GENMA LIENNAS.** Carlota, conocido personaje que ha escrito diversos y ricos diarios, ha decidido investigar sobre la sexualidad. Sus anotaciones van desde la anatomía hasta los sentimientos. Con aguda mirada aguda, desentraña cada uno de los temas que interesan a los jóvenes. Su propia experiencia hace que ningún tema quede fuera de agenda: embarazo no deseado, homosexualidad, violencia de género, conceptos claves para comprender el cuerpo y un largo etcétera que merece la pena leer y descubrir.
- 3 . **EL LIBRO ROJO DE FLANAGAN.** Flanagan conoce a Carlota, una chica de su misma edad, a la salida del metro, y, juntos, deciden hacer un diario sobre sexo y todo lo relacionado con él.
De esta forma, Flanagan, mediante consultas a un médico, búsqueda en Internet, enciclopedias y conversaciones y entrevistas a sus compañeros, redacta un diario muy informativo sobre el tema, sus experiencias con el sexo y también la relación que va surgiendo con Carlota... todo ello desde el punto de vista masculino.
En este libro, como en todos los anteriores de Flanagan, el protagonista hace uso de sus dotes de detective para averiguar una pequeña curiosidad.
- 4 . **EL LIBRO VIOLETA DE CARLOTA.** La abuela de Carlota le regala un diario por su cumpleaños y le propone que lo utilice para observar el mundo con “gafas violetas” y apuntar en él aquellas situaciones cotidianas que resultan injustas y discriminatorias: los diferentes colores para niños y niñas, por qué los niños no pueden llorar, la diferencia de trabajos y salarios, los porcentajes de analfabetismo según sexos, etc. Carlota empieza a observar, con la ayuda de la abuela y de su hermano Marcos, y descubre muchas situaciones discriminatorias, por lo que decide formar una asociación con los compañeros del instituto para luchar contra los modelos impuestos por la sociedad y que resultan injustos. La asociación funciona tan bien que, finalmente, deciden extenderla al resto de colegios de España a través de Internet. También envía el diario a su tía Octavia para que lo publique y así compartir esas situaciones, a modo de reflexión para la sociedad

ANEXO 3. CUESTIONARIO CHIP-AE



Número identificador: _____

PERFIL DE SALUD ADOLESCENTE (CHIP-AE)


Versión española del Child Health and Illness Profile,
Adolescent Edition (CHIP-AE) ©, adaptada por L.
Rajmil y cols.



Sección A

 **INSTRUCCIONES** **iPor favor, lee esta página!**

Gracias por participar en nuestra encuesta de salud. Por favor, lee atentamente estas instrucciones antes de contestar al cuestionario. Cuando veas este símbolo, +, significa que a continuación hay instrucciones importantes que debes leer antes de contestar la(s) siguiente(s) pregunta(s). Si ves una flecha, →, quiere decir que, si marcas esa casilla, tienes que contestar la siguiente pregunta. A continuación tienes algunos ejemplos de cómo debes contestar los distintos tipos de preguntas.

 En algunas preguntas, tendrás que **SEÑALAR CON UNA CRUZ [X] LA CASILLA** que corresponda, de esta forma:

EJEMPLO 1:


Durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ¿cuántos días...?

	Ninguno	De 1 a 3 días	De 4 a 6 días	De 7 a 14 días	De 15 a 28 días
1. ¿Te has encontrado muy enfermo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EJEMPLO 2:

2. ¿Cuál es tu sexo?

- Hombre
- Mujer

 En algunas preguntas, tendrás que **ESCRIBIR UN NÚMERO EN LA LÍNEA DE RESPUESTA**, de esta forma:

EJEMPLO 3:

3. ¿Cuántos días has hecho ejercicio o deporte durante el **PASADO MES**?


Número de días: 9

Pasa a la página siguiente y empieza



Sección A

SECCIÓN A

 Para cada una de las siguientes afirmaciones, escribe la respuesta o señala con una cruz la casilla que corresponda.

1. ¿Qué día es hoy?

____ / ____ / _____
Día Mes Año

2. ¿Cuántos años tienes?

Edad: ____

3. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

____ / ____ / _____
Día Mes Año

4. ¿Cuál es tu sexo?

- Hombre
- Mujer



13164910

Sección A

7. Señala con una cruz el curso en el que estás:


- 1º de la ESO
- 2º de ESO
- 3º de ESO
- 4º de ESO
- 1º de bachillerato LOGSE / 3º de BUP
- 2º de bachillerato LOGSE / COU
- 1er grado ciclo formativo medio
- 2º grado ciclo formativo medio

8. ¿Cuántas personas viven en tu casa?

 *Por favor, inclúyete a ti mismo/a*

Número de personas: _____

9. ¿Quiénes son las personas que viven en tu casa?

 *Señala las casillas correspondientes a cada una de las personas que viven en tu casa*

- Madre
- Padre
- Abuela
- Abuelo
- Madrastra
- Padrastro
- Padre y/o madre adoptivos
- Hermano/s
- Hermana/s
- Otros familiares
- Otras personas que no sean de tu familia

→ *Por favor, especifica quiénes son:* _____






13164910

Sección A


10. ¿Cuál de estos estudios **ha completado** tu madre (o tutora)?

- No sabe leer ni escribir
- No ha cursado estudios pero sabe leer y escribir
- Estudios primarios incompletos o EGB hasta 5º
- Estudios de graduado escolar, EGB hasta 8º, bachiller elemental o similar
- Estudios de bachiller superior, BUP, FP o similar
- Estudios universitarios (ingeniería técnica, escuelas universitarias, licenciatura o doctorado)

11. En este momento, tu madre (o tutora)...

- Trabaja a jornada completa
- Trabaja media jornada
- Está en paro
- Está incapacitada y no trabaja
- Está jubilada
- Es ama de casa  *Pasa a la pregunta 12*
- Es estudiante  *Pasa a la pregunta 12*
- Ha fallecido
- No sabes  *Pasa a la pregunta 12*

11A. ¿Cuál es el trabajo que realiza en estos momentos tu madre (o tutora) o el último que ha desempeñado

 *Describe con el máximo detalle cuál es el trabajo concreto que realiza. Por ejemplo, si trabaja en unos grandes almacenes, tienes que indicar además si trabaja como vendedora, gerente, secretaria, telefonista, comercial o es la dueña de la empresa.*



Sección A



11B. ¿Cuál es la **categoría profesional** de tu madre (o tutora)?

- Trabaja por cuenta propia sin empleados
- Trabaja por cuenta propia con empleados
- Es gerente de una empresa
- Es capataz, encargada o supervisora
- Es otro tipo de asalariada (o empleada)
- No sabes

12. ¿Cuál de estos estudios **ha completado** tu padre (o tutor)?

- No sabe leer ni escribir
- No ha cursado estudios pero sabe leer y escribir
- Estudios primarios incompletos o EGB hasta 5º
- Estudios de graduado escolar, EGB hasta 8º, bachiller elemental o similar
- Estudios de bachiller superior, BUP, FP o similar
- Estudios universitarios (ingeniería técnica, escuelas universitarias, licenciatura o doctorado)

13. En este momento, tu padre (o tutor)...


- Trabaja a jornada completa
- Trabaja media jornada
- Está en paro
- Está incapacitada y no trabaja
- Está jubilada
- Es estudiante  *Pasa a la pregunta 12*
- Ha fallecido
- No sabes  *Pasa a la pregunta 12*



13164910

Sección A

13A. ¿Cuál es el trabajo que realiza en estos momentos tu padre (o tutor) o el último que ha desempeñado

 Describe con el máximo detalle cuál es el trabajo concreto que realiza. Por ejemplo, si trabaja en unos grandes almacenes, bien que indicar además si trabaja como vendedor, gerente, secretario, telefonista, comercial o es el dueño de la empresa.

13B. ¿Cuál es la **categoría profesional** de tu padre (o tutor)?

- Trabaja por cuenta propia sin empleados
- Trabaja por cuenta propia con empleados
- Es gerente de una empresa
- Es capataz, encargado o supervisor
- Es otro tipo de asalariado (o empleado)
- No sabes

14. ¿Recibe tu familia subsidio del paro?

- No
- Sí
- No sabes

14A. ¿Recibe tu familia algún otro tipo de ayuda económica, como por ejemplo una pensión no contributiva, una PIRMI, ayudas para alimentos o de asistencia social?

- No
- Sí
- No sabes

16. ¿Recibís tú o alguno/a de tus hermanos/as becas de comedor escolar?

- No
- Sí
- No sabes



Sección B

SECCIÓN B

☞ Para las afirmaciones de 1 a 11, señala la casilla de la columna correspondiente según estés **completamente de acuerdo, de acuerdo en parte, o no estés de acuerdo** con cada afirmación.

	Completamente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Nada de acuerdo
1. Estoy lleno/a de energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Resisto muy bien las enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. cuando me pongo enfermo/a, me suelo recuperar rápidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Coordino bien mis movimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo muchas cualidades positivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estoy en muy buena forma física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me gusta ser como soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Estoy satisfecho/a de cómo vivo la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mi fuerza muscular es muy buena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento aceptado/a por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Cómo estás de salud en general?

- Excelente
- Muy bien
- Bien
- Regular
- Mal



Sección C

SECCIÓN C

Estas preguntas tratan sobre cómo te has encontrado durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**. Por favor, señala con una cruz la casilla correspondiente a tu respuesta para cada pregunta.

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cuántos días...?

	Ninguno	De 1 a 3 días	De 4 a 6 días	De 7 a 14 días	De 15 a 28 días
1. ¿Te has encontrado muy enfermo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Te has levantado sintiéndote cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Te has cansado con facilidad o te has sentido sin fuerzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te han llorado o picado los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Has tenido problemas en la piel como picores o granos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has tenido tos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has tenido fiebre o escalofríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Te has mareado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Has tenido dificultad para respirar, pitos o silbidos en el pecho (sin hacer ejercicio físico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Has tenido dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Has tenido dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Has tenido dolor o molestias en los músculos o las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Has tenido dolor de estómago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Has tenido algún dolor que te haya molestado mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección C

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cuántos días...?

	Ninguno	De 1 a 3 días	De 4 a 6 días	De 7 a 14 días	De 15 a 28 días
15. ¿Has vomitado o tenido ganas de vomitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Has tenido alguna secreción no habitual en tus órganos sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Has tenido molestias o escozor al orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Has tenido problemas para comer o poco apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Te ha costado dormirte o te has despertado mientras dormías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Has tenido diarrea o has ido muchas veces de vientre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Has tenido estreñimiento o te ha costado ir de vientre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Te has sentido triste o deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Te ha costado relajarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Has estado nervioso o tenso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Has estado de mal humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Has estado irritable o 'quejoso'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Has llorado mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Has tenido miedo de algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. SOLO PARA CHICAS: ¿Has tenido problemas con la regla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



13164910

Sección C

Recuerda las **buenas sensaciones** que has tenido durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ¿cuántos días...?

	Ninguno	De 1 a 3 días	De 4 a 6 días	De 7 a 14 días	De 15 a 28 días
30. ¿Has estado sin ningún dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Te has levantado sintiéndote como nuevo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Te has sentido muy sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Has tenido la sensación que lo estabas haciendo todo bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Te has sentido amado/a y querido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, a causa de un **problema físico o emocional**, ¿cuántos días...?

	Ninguno	De 1 a 3 días	De 4 a 6 días	De 7 a 14 días	De 15 a 28 días
35. ¿Has faltado más de medio día al colegio o al trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Has estado en la cama más de la mitad del día, pero sin faltar al colegio o al trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Has dejado de hacer alguna de tus actividades habituales pero sin faltar al colegio ni quedarte en cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Has tenido dificultad para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Has tenido dificultad para correr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Has tenido dificultad para inclinarte, agacharte, estirarte o levantar algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Has tenido algún problema en las manos o en los dedos para hacer cosas como escribir, atarte los zapatos o abrocharte los botones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección C

42. Durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ¿has perdido peso sin proponértelo?

- No
- Sí, menos de 2 kilos
- Sí, de 2 a 4 kilos
- Sí, de 5 a 7 kilos
- Sí, más de 7 kilos

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces has hecho lo siguiente?

	Ninguna vez	Una o dos veces	Varias veces
43. ¿Vomitara para perder peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Atiborrarte de comer (sin poder parar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. ¿Has intentado hacerte daño de forma grave o suicidarte **alguna vez**?

- No, nunca
- Sí, hace más de un año
- Sí, el año pasado
- Sí, en las 4 últimas semanas
- Sí, en los 7 últimos días



13164910

Sección D

SECCIÓN D

1. **Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ¿cuántos días has hecho deporte o ejercicio hasta llegar a sofocarte, o que se te acelerara el corazón o que te hiciera sudar durante 20 minutos o más?

- Ninguno
- De 1 a 9 días
- De 10 a 13 días
- De 14 a 20 días
- 21 o más días

2. **Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ¿cuántos abdominales has hecho la última vez?

- Ninguno
- 1 a 10 abdominales
- 11 a 20 abdominales
- 21 a 50 abdominales
- 51 o más abdominales

3. **Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ¿qué distancia has andado sin parar ni cansarte?

- No he andado nada
- Menos de 400 metros (menos de 4 manzanas)
- Entre 400 y 800 metros (4 a 8 manzanas)
- Entre 900 y 1500 metros (9 a 15 manzanas)
- Más de 1500 metros (más de 15 manzanas)

4. **Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ¿cuánto tiempo es el máximo que has llegado a correr sin parar?

- No he corrido
- Entre 1 y 10 minutos
- Entre 11 y 19 minutos
- Entre 20 y 29 minutos
- 30 minutos o más

5. **Durante los ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántas veces has jugado en un equipo con entrenador, sin contar la clase de educación física?

- Ninguna
- Una o dos veces
- Varias veces



Sección E

SECCIÓN E

Las siguientes preguntas se refieren a cosas que puede que hagas.

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces has hecho las siguientes cosas?

	Ninguna vez	Una o dos veces	Varias veces
1. ¿Has hecho carreras en bici o en moto, en monopatin o patines buscando emociones fuertes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has hecho algo arriesgado o peligroso por una apuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Te has saltado alguna norma de tus padres sólo para ver si puedes salirte con la tuya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Has robado o te has llevado algo sin pagar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Has salido de tu casa por la noche mientras tus padres creían que estabas durmiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has subido al coche de alguien sabiendo que conduciría de forma imprudente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, en un día normal de clase, ¿alrededor de cuántas horas has visto la tele o videos?

- Ninguna
- Menos de 1 hora
- Entre 1 y 2 horas
- Entre 3 y 4 horas
- Más de 4 horas



Sección E

¿Cuándo has hecho las siguientes cosas por última vez?

	Nunca	Hace más de un año	Durante el año pasado	Durante el mes pasado	Durante la semana pasada
8. ¿Has montado en bici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Te has puesto casco para montar en bici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Has montado en moto o motocicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Te has puesto casco para montar en moto o motocicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Has conducido un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Has tomado alcohol o drogas antes de conducir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Has usado el cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Has llevado un arma para defenderte, como por ejemplo, una navaja, un objeto punzante o un arma de fuego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Has formado parte de una banda juvenil organizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Has fumado cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Has mascado tabaco o fumado en pipa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Has bebido cerveza o vino (solos o mezclados con algún refresco, por ejemplo 'calimocho')?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Has bebido licores solos o combinados (por ejemplo, chupitos, ginebra, vodka o whisky)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Has bebido 5 o más copas seguidas (en una noche o una fiesta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección E


¿Cuándo has hecho las siguientes cosas por última vez?

	Nunca	Hace más de un año	Durante el año pasado	Durante el mes pasado	Durante la semana pasada
22. ¿Has fumado porros (marihuana o 'chocolate')?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Has tomado o te has inyectado cortisona para aumentar tu musculatura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Has inhalado sustancias como pegamento, cola o gasolina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Has tomado cocaína o crack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Has tomado o te has inyectado cualquier otro tipo de droga ilegal, como por ejemplo tripis (LSD), anfetás, speed, sedantes o heroína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Te has escapado de casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Has amenazado con herir a alguien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Has atacado físicamente a alguien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Has robado algo superior a 10 euros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Has destruido algo que no te pertenecía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección E




¿Cuántos de tus amigos/as crees que hacen lo siguiente?:

 <i>Marca una sola casilla</i>	Ninguno	Algunos/as	La mayoría	Todos/as
32. Fuman cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Beben alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Fuman porros (marihuana o 'chocolate')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Toman otras drogas (cocaína, estimulantes, pastillas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Tienen relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección E

37. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales (hacer el amor o llegar hasta el final)?

- No  *Pasa a la pregunta 39*
- Sí  *Pasa a las preguntas de A a E*
- No sabes  *Pasa a la pregunta 39*

A. ¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales?

- Menos de 13 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 o más años


B. ¿Con cuántas personas del **otro sexo** has tenido relaciones sexuales?

- Ninguna
- Una persona del otro sexo
- Dos personas del otro sexo
- Tres personas del otro sexo
- Cuatro o más personas del otro sexo

C. ¿Con cuántas personas de tu **mismo sexo** has tenido relaciones sexuales?

- Ninguna
- Una persona del otro sexo
- Dos personas del otro sexo
- Tres personas del otro sexo
- Cuatro o más personas del otro sexo

D. Piensa en la última vez que has tenido relaciones sexuales, ¿cuáles de los siguientes métodos utilizásteis tú o tu pareja para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual o un embarazo?

 *Señala todas las casillas que corresponden*

- Ninguno
- Píldoras anticonceptivas o la 'píldola del día después'
- Crema, gel u óvulos espermicidas
- Diafragma o esponja
- Preservativo o condón
- Marcha atrás
- Otros




13164910

Sección E

E. ¿Te has quedado alguna vez embarazada (**CHICAS**) o has dejado embarazada a alguien (**CHICOS**)?

- No
- Sí
- No sabes

	No	Sí	No sabes
39. ¿Alguien fuma cigarrillos en tu casa?  <i>No te cuentes si fumas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Hay extintor de incendios en tu edificio o vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Hay armas de fuego en tu casa, como por ejemplo una escopeta o pistola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Cuando tienes colegio al día siguiente, ¿tienes que llegar a una hora límite por la noche a casa?

- Normalmente no se te permite salir si al día siguiente hay colegio
- Tienes que estar como máximo a las 10:00 de la noche
- Tienes que estar como máximo a las 11:00 de la noche
- Tienes que estar como máximo a la 1:00 de la noche
- No tienes hora



Sección E

Las siguientes preguntas son sobre cómo reaccionarías delante de un problema cotidiano.

IMAGÍNATE LO SIGUIENTE: Has tenido una discusión importante con un amigo íntimo y crees que él/ella no te ha entendido ni te ha escuchado.

Para cada afirmación señala con qué probabilidad actuarías de esta forma...

	Completamente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Nada de acuerdo
43. Pediría consejo a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Trataría de ver el lado positivo de la situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Intentaría ver quién es el/la causante (de la situación) y le echaría las culpas o me las echaría a mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Intentaría solucionar el problema directamente con mi amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Le explicaría a mi amigo/a cómo me siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Intentaría tranquilizarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Seguiría pensando y deseando que esto no hubiera ocurrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Recurriría a mi familia o a una persona adulta para que me ayudaran a sentirme mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Haría otra cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección E


Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cada cuánto has comido los siguientes alimentos?

	Nunca o casi nunca	Unos pocos días a la semana	Varios días a la semana	Casi cada día	Más de una vez al día
52. ¿Frutas, verduras o ensalada verde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. ¿Carne, pollo o pescado 'no fritos' (como por ejemplo, a la plancha, al horno o hervido)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ¿Leche o yogur desnatados o semidesnatado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. ¿Cereales, pan integral, productos integrales o legumbres (garbanzos, lentejas, judías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. ¿Comida rápida, como por ejemplo pollo frito, bocatas, pizzas o hamburguesas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. ¿Comidas saladas, como por ejemplo patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas o pepinillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. ¿Productos con azúcar, como por ejemplo refrescos con azúcar, pastas, donuts, bollicaos o caramelos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección F

SECCIÓN F

 Esta sección trata sobre los problemas de salud que has tenido durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**.

Durante los ÚLTIMAS 12 MESES, ¿cuántos veces has tenido...?

	Ninguna vez	Una vez	Dos veces	Tres veces	4 veces o más
1. ¿Un resfriado o una gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sinusitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Dolor de garganta o anginas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Infección de oído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿El estómago revuelto con vómitos, diarrea o fiebre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Bronquitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Infección en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Neumonía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Infección de la vejiga o de las vías urinarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Infección por hongos, como por ejemplo pie de atleta o tiña?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Mononucleosis infecciosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



13164910

Sección F

Tienes EN ESTE MOMENTO...	No	Sí
12. ¿Un problema de dicción como tartamudez o ceceo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna parte de tu cuerpo deforme o que te falta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Algún problema de vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Algún problema para oír?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Te ha dicho alguna vez el médico que tenías...?

	No nunca	Sí, pero NO ME ha dado problemas en los últimos 12 meses	Sí, y ME ha dado problemas en los últimos 12 meses
16. ¿Acné, eczema u otras erupciones alérgicas graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Gingivitis o inflamación de las encías (no caries)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Diabetes (azúcar en la sangre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Talasemia u otra anemia hemolítica crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Anemia o cansancio por falta de glóbulos rojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Fiebre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección F

¿Te ha dicho alguna vez el médico que tenías...?

	No nunca	Sí, pero NO ME ha dado problemas en los últimos 12 meses	Sí, y ME ha dado problemas en los últimos 12 meses
24. ¿Alguna enfermedad o problema del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Migrañas o jaquecas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Epilepsia (convulsiones o ataques)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Artritis o algún problema de articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Desviación de la columna o escoliosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Algún otro problema que afecte a los huesos, cartilagos, músculos o tendones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Un problema psicológico, emocional o de conducta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Un problema de aprendizaje o de concentración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección F

¿Te ha dicho alguna vez el médico que tenías...?

	No nunca	Sí, pero NO ME ha dado problemas en los últimos 12 meses	Sí, y ME ha dado problemas en los últimos 12 meses
32. ¿Un trastorno en la alimentación, como anorexia o bulimia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Intoxicación por plomo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Fiebre del heno o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Una enfermedad de transmisión sexual venérea como gonorrea (purgaciones), sífilis, clamidia, verrugas o herpes genitales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Alguna otra enfermedad grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contestas que sí, especifica cuál	_____		
37. SOLO PARA CHICAS: ¿Enfermedad inflamatoria de la pelvis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Aproximadamente, ¿cuántas caries has tenido?

- Ninguna
- 1 ó 2 caries
- 3 ó 4 caries
- 5 o más caries
- No sabes



Sección F

¿Te ha dicho alguna vez el médico que tenías...?

	No	Sí, pero NO ME visitó un médico/a o enfermero/a	Sí, y ME visitó un médico/a o enfermero/a
39. ¿Un corte o rasguño importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Una torcedura o rotura de ligamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Un hueso fracturado, una articulación rota o la nariz rota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Un golpe o herida grave en la cabeza o una conmoción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ¿Una herida de bala o una puñalada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Un mordisco de otra persona o de un animal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ¿Una quemadura importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ¿Algún otro tipo de lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántas veces te ha herido alguien intencionadamente?

- Ninguna *Pasa a la sección G*
- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 o más veces



Sección F

A. Que alguien te hiriera	No	Sí
(1) ¿Te ha hecho cambiar la forma de sentir (tener miedo o depresión)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ¿Te ha hecho cambiar alguno de tus hábitos (como los sitios a donde vas o tu manera de hacer las cosas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) ¿Te ha causado una lesión física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) ¿Te ha hecho seguir tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) ¿Te ha ocasionado algún otro problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. ¿Conocías a alguna de las personas que te hirió?

- No
 Sí



13164910

Sección G

SECCIÓN G

Piensa en tu familia, durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cuántos días tus padres u otras personas adultas de tu familia...?

	Ninguno	De 1 a 3 días	De 4 a 6 días	De 7 a 14 días	De 15 a 28 días
1. ¿Han dedicado tiempo a estar contigo haciendo algo divertido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Han hablado contigo o escuchado tus opiniones o ideas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Han comido o cenado contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cuántos días ...?

	Ninguno	De 1 a 3 días	De 4 a 6 días	De 7 a 14 días	De 15 a 28 días
4. ¿Te has alegrado de ser miembro de tu familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te has llevado bien con tu familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has mentido o engañado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has discutido mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Has estado con gente que suele meterse en problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cuántos días ...?

	Ninguno	De 1 a 3 días	De 4 a 6 días	De 7 a 14 días	De 15 a 28 días
9. ¿Has desobedecido en el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Has tenido dificultades para entenderte con tus profesores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Has tenido dificultades para concentrarte o prestar atención en clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Te ha costado hacer los deberes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección G

13. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor qué tal te ha ido en el colegio durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**

Si ahora no estás estudiando, piensa en el último mes que has estado en el colegio

- Un estudiante excelente
- Un buen estudiante
- Un estudiante medio
- Un estudiante por debajo de la media

14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor cómo has hecho tus deberes durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS?**

Si ahora no estás estudiando, piensa en el último mes que has estado en el colegio

- Los he hecho muy bien, mejor imposible
- Los he hecho lo mejor que pude
- Podría haberlos hecho un poco mejor
- Podría haberlos hecho mucho mejor

Durante los 2 ÚLTIMOS CURSOS ESCOLARES, ¿te han pasado alguna de las siguientes cosas?

	No	Sí
15. He dejado el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. He sido de los 3 primeros de la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. He ganado algún premio en un concurso escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. He suspendido una asignatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. He suspendido un curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me han expulsado del colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. He sido miembro de alguna organización o comisión del colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección G

Las siguientes preguntas tratan sobre trabajos que puede que hagas como por ejemplo hacer de canguro, repartir publicidad, dar clases particulares, etc

22. Durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ¿has ganado algo de dinero fuera de tu casa?

- No *Pasa a la pregunta 27*
- Sí

A. ¿Cuántos días a la semana has trabajado (cobrando)?

- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 o más días

B. ¿Cuántas horas a la semana has trabajado (cobrando)?

- De 1 a 5 horas
- De 6 a 10 horas
- De 11 a 15 horas
- De 16 a 20 horas
- 5 o más días

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces te han pasado las siguientes cosas?

	Nunca	Una o dos veces	Varias veces
23. He llegado tarde al trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. He faltado al trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. No he hecho las cosas que debería hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. He tenido dificultades para hacer el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección G

¿Crees que...?

	No	Sí
27. Hay alguna persona adulta a quien puedes recurrir si tienes un problema importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Hay personas adultas interesadas en lo que haces y que te animan a hacerlo bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Estás seguro/a en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Estás seguro/a en tu barrio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. En general, ¿te animan a dar lo mejor de ti mismo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



¡¡MUCHAS GRACIAS!!



Esperamos que te haya gustado rellenar el cuestionario



Si quieres contarnos algo más de tu salud escríbelo debajo



ANEXO 4. MANUAL CHIP-AE



MANUAL DEL INSTRUMENTO

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PERFIL DE SALUD DE ADOLESCENTES (CHIP-AE)

**Versión española del Child Health and Illness Profile : Adolescent
Edition (CHIP-AE) Starfield B. et al, 1995.
Adaptada por Luis Rajmil et al, 2003.**

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
Carrer de Roc Boronat, 81-95 (2na planta)
08005 Barcelona (Spain)
Tel. (+34) 935 513 922, FAX (+34) 935 517 510
www.aatm.net

Institut Municipal d'Investigació Mèdica
(IMIM-Hospital del Mar)
Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios
C/Doctor Aiguàder, 88 E-08003 Barcelona
Fax (+34) 93 316 0797
www.imim.es



Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos por los Pacientes

BiblioPRO es una página web desarrollada por el Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios del Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) y financiada por el CIBER en Epidemiología y Salud Pública.
www.bibliopro.imim.es



ÍNDICE

CAPÍTULO 1	3
DESARROLLO DE UNA MEDIDA DEL ESTADO DE SALUD EN ADOLESCENTES: CHILD HEALTH AND ILLNES PROFILE ADOLESCENT EDITION (CHIP-AE)	3
1.1. <i>¿Por qué es necesaria una medida del estado de salud para adolescentes en España?</i>	3
1.2. <i>Marco conceptual del CHIP-AE</i>	3
1.3. <i>Aplicaciones</i>	5
CAPÍTULO 2	7
ADAPTACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CHIP-AE	7
CAPÍTULO 3	9
ADMINISTRACIÓN DEL PERFIL DE SALUD DE ADOLESCENTES (CHIP-AE).....	9
3.1. <i>Métodos utilizados en la administración del CHIP-AE</i>	9
3.2. <i>Tiempo de administración</i>	9
3.3. <i>Nivel de lectura</i>	9
3.4. <i>Entorno</i>	10
3.5. <i>Instrucciones para adolescentes antes de la administración del cuestionario</i>	10
CAPÍTULO 4	12
FIABILIDAD DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CHIP-AE	12
4.1. <i>Consistencia interna a nivel de subdimensión</i>	12
4.2. <i>Estabilidad test-retest a nivel de subdimensión</i>	12
4.3. <i>Fiabilidad a nivel de dimensión</i>	12
CAPÍTULO 5	16
VALIDEZ DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CHIP-AE	16
5.1. <i>Validez del CHIP-AE según grupos conocidos</i>	16
5.2. <i>Validez convergente y discriminante del CHIP-AE</i>	17
CAPÍTULO 6	20
OBTENCIÓN DE LOS VALORES POBLACIONALES	20
6.1. <i>Descripción de la muestra</i>	20
6.2. <i>Perfiles de salud generados a partir de la versión española</i>	20
CAPÍTULO 7	23
CODIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL CHIP-AE	23
7.1. <i>Puntuación de ítems</i>	23
7.2. <i>Puntuación de dimensiones y subdimensiones</i>	23
REFERENCIAS	24
APENDICE 1	26
EDICIÓN E INSTRUCCIONES GENERALES DE CODIFICACIÓN.....	26
APÉNDICE 2	27
INSTRUCCIONES DE CODIFICACIÓN PARA ÍTEMS ESPECÍFICOS	27
APÉNDICE 3	38
SINTAXIS PARA LA CREACIÓN DE SUBDIMENSIONES Y DIMENSIONES DEL CHIP-AE	38



CAPITULO 1

Desarrollo de una medida del estado de salud en adolescentes: Child Health and Illness Profile Adolescent Edition (CHIP-AE)

1.1. ¿Por qué es necesaria una medida del estado de salud para adolescentes en España?

El perfil de salud de adolescentes (CHIP-AE) es un instrumento genérico de salud adaptado para su uso en España (Rajmil et al, 2003a; Rajmil et al, 2003c). Recoge información sobre la habilidad de participar en funciones y actividades físicas, psicológicas y sociales apropiadas para la edad, así como sobre comportamientos o factores protectores y perjudiciales para futuros estados de salud.

Este instrumento permite comparar grupos de adolescentes con características diversas, así como profundizar en los factores que intervienen en la percepción de la salud. A diferencia de otros instrumentos el CHIP-AE incorpora, además de la salud percibida de los adolescentes de 12-19 años, factores que son protectores para futuros estados de salud y por otro lado, factores que pueden perjudicar futuros estados de salud del adolescente.

Para obtener la versión española del CHIP-AE se ha seguido el proceso de adaptación y de traducción inversa (Bullinger, et al., 1998; Bristin, 1986; Aaronson, et al., 1992). Para analizar las propiedades psicométricas de la versión española se ha seguido, en la medida de lo posible, la metodología llevada a cabo por las autoras originales (Starfield, et al., 1993; 1995). El principal objetivo de este proceso fue obtener un instrumento válido y fiable para ser utilizado en España. Finalmente se han obtenido los valores de referencia de la versión española del CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados de la ciudad Barcelona que servirán como referencia para comparar en futuros estudios donde se aplique el instrumento.

1.2. Marco conceptual del CHIP-AE

La definición de salud utilizada para el desarrollo del CHIP-AE, se basa en una concepción amplia de la misma, así como en la experiencia clínica y en una revisión bibliográfica sobre el estado funcional, síntomas, diagnósticos y calidad de vida (Starfield, 1974). La definición de salud y enfermedad incluye no sólo síntomas y dolencias sino también la participación en actividades especialmente relevantes para el desarrollo de los/as adolescentes. Por este motivo, el concepto de salud propuesto de forma operativa para este instrumento incorpora estados de bienestar; percepciones de salud general y concepto de autoestima; limitaciones físicas y rendimiento físico; enfermedades expresadas como diagnósticos médicos; consecución de funciones adecuadas a cada edad (ej.: el colegio o el trabajo); y diversas características ambientales y conductas que pueden influir en futuros estados de salud. La integración de componentes físicos, mentales y sociales en la salud se ha basado en la convicción de que mente y cuerpo no son dos entidades separadas y que los procesos biológicos, sociales y ambientales de salud y enfermedad están intrínsecamente correlacionados.

El CHIP-AE contiene 6 dimensiones definidas como Satisfacción, Bienestar, Resistencia, Riesgos, Enfermedades y Consecución de funciones. Cada una de estas dimensiones incluye dos o más subdimensiones tratadas como escalas o índices (ver Tabla 1.1). Las subdimensiones se crean a partir de la media de los ítems correspondientes. Las dimensiones se crean a partir de las puntuaciones medias de



las subdimensiones, dando como resultado una puntuación para cada dimensión a partir de las cuales es posible generar un perfil de salud para cada adolescente.

La dimensión **SATISFACCIÓN** está constituida por aspectos relacionados con la satisfacción con la propia salud y la autoestima de cada adolescente. Incluye percepciones de bienestar y autoestima así como la percepción general de salud y actitudes hacia la misma. La validez de la percepción del estado de salud ha sido ampliamente estudiada.

La autoestima medida como una subdimensión incluida en Satisfacción es la definición que hace el/la adolescente de sí mismo (Damon & Hart, 1982). Rosenberg (1979) define la autoestima como “la evaluación que hace el individuo y acostumbra a mantener de sí mismo y que a la vez expresa una actitud de aprobación o desaprobación”. Coopersmith (1974) define la autoestima como “un juicio personal de valores expresado a partir de la actitud que el individuo tiene de sí mismo”. Los estudios longitudinales han demostrado que la falta de autoestima está relacionado con futuros indicadores de estrés emocional, incluyendo estados depresivos y manifestaciones de ansiedad e incluso un posterior consumo de drogas en la pre-adolescencia, adolescencia o madurez.

La dimensión **BIENESTAR** recoge sentimientos físicos y emocionales. Incluye una variedad de síntomas que normalmente interfieren en el bienestar, así como en las percepciones de buena salud. En contraste con el concepto de enfermedad o trastorno que implica un diagnóstico médico, los síntomas reflejan la experiencia de la enfermedad. Describen la forma cómo las personas monitorizan sus cuerpos y definen e interpretan sus síntomas (Mechanic, 1982). Son la base principal para la búsqueda de atención médica y bienestar de los/as pacientes. La evaluación de los síntomas y las percepciones positivas de salud de adolescentes es especialmente importante porque representa un índice de bienestar que es primordial en la definición de salud; ofrece la posibilidad de evaluar la utilización de servicios sanitarios de niños/as y adolescentes; evalúa síntomas en un período vital (los/as adolescentes están en proceso de aprendizaje de la percepción y evaluación de sus sensaciones físicas y emocionales).

En la dimensión de Bienestar se incluye la subdimensión limitaciones de actividad que analiza las restricciones de actividad manifestadas por la ausencia en el colegio o reducciones en las actividades cotidianas, así como limitaciones específicas por morbilidad. Estas limitaciones reflejan el ‘estado funcional’ derivado del impacto de los síntomas en el individuo (McDowell & Newell, 1987).

La dimensión **RESISTENCIA** incluye estados y comportamientos que reducen la posibilidad de problemas de salud. Esta dimensión analiza los aspectos positivos de la salud que se caracterizan por la existencia de determinados patrones de comportamiento. También recoge fenómenos o características que están relacionados con la capacidad de resistir amenazas al estado de bienestar que surgen de forma inevitable en el transcurso de la vida. Las siguientes 4 subdimensiones de resistencia miden factores que son positivos para el futuro estado de salud de los/as adolescentes: participación familiar, resolución de problemas, actividad física y salud y seguridad en el hogar. La subdimensión que recoge información sobre relaciones familiares incluye ítems que reflejan la cantidad y tipo de actividades realizadas en familia y si el/la adolescente percibe que tiene una persona adulta que le apoya o respalda. La subdimensión resolución de problemas refleja la forma en que los/as adolescentes tratan un hipotético problema desde una perspectiva constructiva. La subdimensión actividad física refleja si el/la adolescente practica actividades que requieren un esfuerzo físico, como por ejemplo correr o practicar algún tipo de deporte en equipo. La subdimensión salud y seguridad en el hogar incluye ítems que se relacionan con el hogar (por ejemplo, alimentos) o con factores que reducen la posibilidad de accidentes o daños (por ejemplo,



extintores). Como en el caso de la actividad física, esta subdimensión se conceptualiza como índice más que como escala porque no existe una conexión teórica entre los ítems de la subdimensión.

La dimensión **RIESGOS** mide lo opuesto a la resistencia ya que incluye estados y conductas relacionados con el aumento de las probabilidades de futuras enfermedades y lesiones. Incluye tres subdimensiones: riesgos individuales, amenazas a logros e influencias de pares. Los riesgos individuales son aquellos que reflejan actividades como fumar, tomar drogas o las prácticas de seguridad vial (llevar casco al montar en bici o en moto). La subdimensión amenazas a logros describe comportamientos negativos que amenazan con alterar el desarrollo social del/la adolescente como mentir, hacer trampas, robar o desobedecer en la escuela. La subdimensión influencia de pares está constituida por ítems que describen si el/la adolescente se relaciona con amigos/as que practican comportamientos de riesgo.

La dimensión **ENFERMEDADES** incluye un listado de enfermedades físicas y mentales así como lesiones y deficiencias. La información sobre las enfermedades o problemas de salud de un individuo no siempre se puede recoger siguiendo los criterios establecidos por los servicios sanitarios, ni hacer una entrevista exhaustiva, un examen detallado ni las pruebas necesarias para establecer el diagnóstico. Como alternativa, se pregunta a los individuos sobre los problemas recientes o pasados a partir del contacto que tuvieron con los servicios sanitarios. Si existe esta información a partir de historias clínicas, no es necesario cumplimentar esta dimensión. Esta dimensión es opcional y puede excluirse en función del objetivo del estudio.

La dimensión **CONSECUCCIÓN DE FUNCIONES** refleja el estado de desarrollo social o logros alcanzados según lo socialmente esperado (para la mayor parte de adolescentes consiste primordialmente en tareas escolares y/o laborales). Estas dos funciones o roles se concretan en dos subdimensiones. Se intenta analizar si el/la adolescente está realizando las actividades que se espera que haga para su edad.

1.3. Aplicaciones

El CHIP-AE permite incorporar el grupo de adolescentes al estudio funcional y de salud percibida. Su principal objetivo es medir el estado de salud en la población de adolescentes, identificar diferencias sistemáticas en determinadas subpoblaciones, valorar el impacto en la salud de las intervenciones sanitarias y en programas de prevención o de cribado poblacional. Aunque no fue diseñado para uso individual, su utilización en grupos específicos permite valorar qué aspectos de la salud necesitan atención especial.



Tabla 1.1. Perfil de salud de adolescentes (CHIP-AE), dimensiones y subdimensiones (nº de ítems).

SATISFACCIÓN: Percepción del estado general de salud y bienestar.

Subdimensiones

1. Satisfacción con la salud en general (7)
2. Autoestima (5)

BIENESTAR: Sensaciones físicas y emocionales que interfieren en el confort.

Subdimensiones

1. Bienestar físico (24)
2. Bienestar emocional (14)
3. Limitaciones de actividad (7)

RESISTENCIA: Estados y conductas conocidos que reducen la probabilidad de subsecuentes problemas de salud.

Subdimensiones

1. Participación familiar (7)
2. Resolución de problemas (8)
3. Actividad física (5)
4. Salud y seguridad en el hogar (11)

RIESGOS: Estados y conductas que acentúan la probabilidad de subsecuentes problemas de salud o accidentes.

Subdimensiones

1. Riesgo individual (18)
2. Amenazas a logros (15)
3. Influencia de pares (5)

ENFERMEDADES: Entidades diagnósticas que incluyen enfermedades agudas, crónicas, accidentes y problemas de salud mental.

Subdimensiones

1. Enfermedades agudas leves (10)
2. Enfermedades agudas graves (9)
3. Enfermedades recurrentes (11)
4. Enfermedades clínicas de larga duración (6)
5. Enfermedades quirúrgicas de larga evolución (5)
6. Enfermedades psicológicas (4)

CONSECUION DE FUNCIONES: Rendimiento esperado en la escuela y trabajo.

Subdimensiones

1. Rendimiento académico (7)
 2. Rendimiento laboral (4)
-



CAPÍTULO 2 Adaptación de la versión española del CHIP-AE

La utilización de instrumentos de medida del estado de salud y/o perfiles de salud adaptados a diferentes culturas permite recoger la experiencia de los/las autores/as originales en la creación del instrumento, sobre todo si no existen instrumentos de esas características para la cultura a la que va dirigido. Además, facilita la comparación de resultados en el ámbito internacional. El objetivo de la adaptación de un cuestionario a otra cultura es mantener la máxima equivalencia semántica y conceptual con el original y replicar en la medida de lo posible sus propiedades psicométricas. Las dimensiones y conceptos de salud y enfermedad están relacionados con sistemas de valores y creencias en cada sociedad (Hays, Anderson, Revicki, 1993; Payer, 1996). Para la adaptación del CHIP-AE a una versión española se han analizado las diferencias mediante una revisión sistemática de su contenido. Este proceso de adaptación se ha llevado a cabo, siguiendo la metodología de traducción directa e inversa (traducción-retrotraducción), revisando las palabras, preguntas o ítems que pueden presentar problemas en la adaptación.

La traducción de la versión original fue el primer paso para obtener una primera versión española del CHIP-AE. Un traductor profesional y una adolescente con nivel alto de inglés y experiencia con adolescentes en Estados Unidos de América (EUA), hicieron dos traducciones al español. Ambos puntuaron la dificultad en la traducción y el equipo de investigación revisó cada ítem del cuestionario realizando agrupaciones según su equivalencia conceptual (Alonso, Antó, Moreno, 1990):

Ítems (A): ítems con total equivalencia conceptual y sin problemas de adaptación

Ítems (B): ítems con problemas en algunas palabras (necesidad de mejorar su claridad y vocabulario) o necesidad de adaptar para su uso en muestras de adolescentes en nuestro medio.

Ítems (C): ítems sin equivalencia conceptual.

A partir de esta revisión sistemática y clasificación de ítems, se llevaron a cabo 2 grupos de discusión con adolescentes (con 8 y 6 adolescentes respectivamente) incluyendo chicas y chicos. Los adolescentes se seleccionaron de centros de ocio y recreo de Barcelona para discutir los ítems con problemas de adaptación y generar alternativas y decidir si eran aplicables en nuestro medio. Se organizó un panel de expertos incluyendo pediatras, una socióloga, un educador y profesor de escuela, que además eran padres de adolescentes, para discutir los ítems B y C. Se realizó un análisis de contenido, y se obtuvo una versión consensuada por el equipo de investigación. Se realizó una retrotraducción al inglés de esta versión consensuada y se comparó con la versión original.

Además de la versión española, se ha desarrollado una versión catalana del instrumento, tomando la versión española como original. La versión española fue traducida al catalán. No se esperaban encontrar demasiadas diferencias culturales. La versión española se ha utilizado en muestras clínicas y de adolescentes escolarizados en diversos ámbitos del estado español (Cataluña, Canarias, Asturias, Zaragoza). Para probar la comprensión y factibilidad del proceso de administración del cuestionario se realizó una prueba piloto en un grupo de adolescentes de la ciudad de Barcelona.

Los resultados de la adaptación del CHIP-AE se presentan en la Tabla 2.1., incluyendo algunos ejemplos de cada tipo de ítem agrupado según su equivalencia conceptual. La mayor parte de ítems alcanzaron equivalencia conceptual (A: 160 de 203) con el instrumento original. Se modificaron 46 ítems (B) para mejorar su comprensión y adaptarlos al lenguaje y contexto cultural de los adolescentes en nuestro medio. Algunos ejemplos de ítems (B) son: C29 *Did you have menstrual problems?* = ¿Has tenido problemas con la regla?; G16 *I was on the honor rol* = ¿He sido de los 3 primeros de la clase? E19 *Drank*,



beer, wine or wine coolers? = ¿Has bebido cerveza o vino (sólo o mezclado con algún refresco, por ejemplo 'calimocho'?). En total, se eliminaron 3 ítems por no presentar equivalencia con la versión original: 2 de los ítems pertenecen a la sección sociodemográfica (etnia y recibir bonos para comida) y el único no aplicable en las dimensiones del CHIP-AE, fue un ítem relacionado con la existencia de detector de humo en el hogar. Además, para recoger información sobre la clase social se incluyeron 4 preguntas referidas a la ocupación y categoría profesional del padre y de la madre, siguiendo el informe de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo, et al., 2000).

Tabla 2.1 Ítems seleccionados de la versión original EUA y española del CHIP-AE: grado de equivalencia conceptual en la revisión sistemática

Dimensión Ítem original	Ítem versión española	Grado de equivalencia
Satisfaction	Satisfacción	
I am well coordinated	Coordino bien mis movimientos	(B)
I have a lot of good qualities	Tengo muchas cualidades positivas	(A)
Discomfort	Bienestar	
Were you afraid of things?	¿Has tenido miedo de algo?	(B)
Did you have menstrual problems?	¿Has tenido problemas con la regla?	(B)
Resilience	Resistencia	
Is there a working smoke detector or smoke alarm in your home?	Eliminado	(C)
How often did you eat: Grains and cereals like whole wheat bread, bran cereals, or beans?	¿Cada cuánto has comido: Cereales, pan integral, productos integrales o legumbres (garbanzos, lentejas, judías)?	(B)
Risks	Riesgos	
Drank beer, wine or wine coolers?	¿Has bebido cerveza o vino (sólo o mezclado con algún refresco, por ejemplo 'calimocho'?)	(B)
Rode a motorbike (motorcycle, inibike or ATV-all terrain vehicle)?	¿Has montado en moto o motocicleta?	(B)
Achievement	Consecución de funciones	
I failed a subject	He suspendido una asignatura	(A)
I was on the honor roll	He sido de los 3 primeros de la clase	(B)

- (A) Equivalencia satisfactoria
- (B) Palabras imprecisas o en necesidad de adaptar al contexto cultural
- (C) Ítems sin equivalencia conceptual (no incluidos en la versión española).



CAPÍTULO 3 Administración del perfil de salud de adolescentes (CHIP-AE)

3.1. Métodos utilizados en la administración del CHIP-AE

El CHIP-AE es un cuestionario autoadministrado y ha sido probado en administración individual en el ámbito clínico y en grupo en colegios. En la administración escolar se consiguió una excelente tasa de respuesta, seguramente por la ayuda del profesorado y directores/as de cada colegio o instituto, en el contacto con los adolescentes. En el segundo año de la investigación, se seleccionaron aulas intentando interrumpir lo mínimo posible en la marcha habitual de las clases. Todas las personas encargadas de la administración y trabajo de campo fueron entrenadas para mantener la consistencia del procedimiento: distribución y recogida de cuestionarios, resolución de problemas y preguntas durante la administración.

Antes de la administración del CHIP-AE en los colegios, se enviaron cartas de información sobre la investigación y solicitando el consentimiento a los padres o tutores/as de cada adolescente. Si no estaban de acuerdo en participar entregaban la carta firmada el día que se administraba el cuestionario. En el ámbito clínico, el consentimiento se solicitó al paciente y a sus padres. En la mayoría de ocasiones, el cuestionario es anónimo. Sin embargo, en función del objetivo del estudio y si es necesario identificar al adolescente se preparará un listado de nombres que irá separado del código del cuestionario. La confidencialidad de los datos debe garantizarse siempre que se administre el CHIP-AE.

El CHIP-AE también fue administrado en varias consultas externas hospitalarias en la ciudad de Barcelona, así como en hospitales de distintas ciudades de España. En la mayoría de casos, el personal sanitario (pediatra o enfermero/a) se encargó de explicar los contenidos del cuestionario. El CHIP-AE era cumplimentado en una sala cercana a la sala de espera del hospital. La administración del CHIP-AE en consultas externas se llevó a cabo habitualmente mientras los/as pacientes esperaban su visita médica o los resultados de pruebas.

3.2. Tiempo de administración

La administración del CHIP-AE lleva aproximadamente entre 30 i 45 minutos, dependiendo de la edad y la habilidad de lectura del/la adolescente. Esto se debe tener en cuenta a la hora de seleccionar el lugar de la administración. Si el cuestionario se administra en colegios se debe organizar la sesión para que ocupe una hora entera de clase (50-60 minutos). Esto permite realizar la introducción del cuestionario y contestar las preguntas del alumnado.

Para la administración del CHIP-AE en el ámbito clínico debe programarse el tiempo necesario para explicar el cuestionario a los padres (tutores/as) y pacientes, obtener el consentimiento firmado de padres (tutores/as) y adolescentes y cumplimentar el cuestionario. Idealmente, el cuestionario debería ser administrado antes de que el adolescente entre en la consulta, y por tanto, es conveniente citarlo antes de la hora programada.

3.3. Nivel de lectura

Los adolescentes de menos de 12 años tuvieron más dificultad para contestar la versión española del CHIP-AE y presentaron mayor porcentaje de valores perdidos que los mayores. Este hecho, sumado al



sistema educativo actual de enseñanza secundaria, que empieza a los 12 años, hizo que se incluyera como edad límite inferior los 12 años, en la versión española, a diferencia de la versión original que incluyó a los adolescentes de 11 años.

3.4. Entorno

El cuestionario debe ser administrado en un entorno libre de ruidos o en una clase donde no se lleven a cabo actividades simultáneas. Los/as adolescentes no deben hablar entre sí. El profesorado y equipo de investigación no deben caminar de un lado a otro del aula donde se cumplimenta el CHIP-AE; esto puede darles la impresión de ser vigilados y hacer que inhiban sus respuestas y no contesten de forma sincera a preguntas sensibles. La privacidad de los adolescentes debe ser respetada fomentando un entorno adecuado para evitar una tasa de no-respuesta elevada. Es recomendable que los/as adolescentes que respondan al cuestionario en el ámbito clínico, lo hagan en una sala adyacente o separada de otros pacientes o de sus familiares.

3.5. Instrucciones para adolescentes antes de la administración del cuestionario

Para mantener la consistencia en el procedimiento de administración (distribución y recogida de cuestionarios, resolución de problemas y preguntas durante la administración) es necesario seguir unas instrucciones sistemáticas en la explicación inicial del proyecto e instrucciones para cumplimentar el cuestionario. Un ejemplo para explicar la administración del cuestionario a los adolescentes es el siguiente:

“El perfil de salud de adolescentes (CHIP-AE) es un cuestionario que se está pasando en diferentes centros y sirve para medir vuestra salud y conocer los hábitos relacionados con la salud. No es un test ni un examen y por tanto no hay respuestas correctas ni incorrectas. Se trata de responder las preguntas de la forma más sincera posible. La respuesta más adecuada es la que vosotros creáis que es la adecuada. Se trata de un cuestionario confidencial y las respuestas que deis no las verán ni vuestros profesores (médico) ni padres/tutores. Las instrucciones para rellenar el cuestionario están en la primera hoja. La mayor parte de preguntas se rellenan con una cruz. Hay una parte que pregunta sobre enfermedades que tal vez hayáis tenido, si no conocéis alguna de las enfermedades posiblemente no la habéis tenido. Si tenéis alguna duda, podéis hacernos todas las preguntas que queráis. Intentad contestar a todas las preguntas sin saltar ninguna. Podéis empezar a leer la primera hoja con las instrucciones y luego a rellenar el cuestionario, ¿tenéis alguna pregunta? Muchas gracias a todos por participar en el estudio sobre la salud de los adolescentes.”

Para asegurar la consistencia en la administración del cuestionario, todas las personas involucradas en este proceso deben ser entrenadas de la misma forma. La formación debe incluir: revisión de las instrucciones con adolescentes y manejo de preguntas de adolescentes durante la cumplimentación del cuestionario. Al mismo tiempo se debe asegurar que el entorno sea adecuado para la correcta cumplimentación del cuestionario. Durante la administración, los/as adolescentes pueden hacer preguntas referidas al contenido y terminología de los ítems del cuestionario. En ese caso, la persona encargada de su administración puede clarificar o explicar el término mientras el significado general no cambie. Si los/as adolescentes preguntan si un determinado ítem puede serles aplicado, la respuesta más adecuada es decirles que deben responder de la forma que crean que se les aplica. Deben ser ellos/as mismos los que interpreten las preguntas para eliminar posibles sesgos. Las preguntas referidas a confusiones

BiblioPRO

Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados percibidos por los Pacientes



respecto del formato de las preguntas y la correcta cumplimentación de las respuestas deben ser explicadas de la misma forma que en la página de instrucciones del cuestionario.



CAPÍTULO 4

Fiabilidad de la versión española del CHIP-AE

4.1. Consistencia interna a nivel de subdimensión

Para analizar la consistencia de ítems dentro de subdimensiones que se comportan como escalas, se generaron alphas de Cronbach. Se fijó un alpha de 0,70 como criterio de consistencia interna aceptable, para subdimensiones que miden un mismo constructo de salud. La consistencia interna se analizó en todas las muestras del estudio. En la Tabla 4.1. se presentan los resultados de consistencia interna de la muestra de referencia de Barcelona y del municipio rural de Piera (ver más adelante). Los resultados son similares a los de la versión original. Las 10 subdimensiones que se comportan como escalas alcanzaron coeficientes iguales o más elevados que 0,70 en la versión española del CHIP-AE, a excepción de la subdimensión de limitación de actividad dentro de Bienestar.

4.2. Estabilidad test-retest a nivel de subdimensión

La estabilidad test-retest del instrumento se midió administrando la versión española del CHIP-AE en dos ocasiones, con una semana de diferencia. Se seleccionó una muestra de adolescentes procedentes de un colegio público de la ciudad de Tenerife, participantes en el estudio ADOL de Canarias. Para el análisis, se utilizaron coeficientes de correlación intraclase (CCI) (Chinn & Burney, 1987) para las subdimensiones que presentan distribución normal. Se fijaron coeficientes de 0,60 como criterio de estabilidad test-retest. (Nunally, 1978). En algunas ocasiones, estas subdimensiones requirieron transformación logarítmica para conseguir una distribución normal. La estabilidad de las subdimensiones del CHIP-AE que presentaban una distribución sesgada, se analizó mediante coeficientes pi (porcentaje de acuerdo). Este coeficiente se genera siguiendo la categorización de las puntuaciones de la variable. Esta categorización se basa en la distribución ‘natural’ de las puntuaciones recogidas en la primera semana.

Para analizar la correlación de las subdimensiones dentro de su dimensión teórica, se calcularon también los coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman en función de la distribución de la variable (subdimensión o dimensión). Los resultados de estos coeficientes, junto con los coeficientes de concordancia (CCI y pi) se presentan en la Tabla 4.2. La mayoría de subdimensiones presentaron además una correlación elevada ($r > 0,60$) con su respectiva dimensión, a excepción de resolución de problemas, enfermedades agudas graves y psicosociales. Todas las subdimensiones alcanzaron coeficientes más elevados que 0,60, a excepción de enfermedades agudas leves ($\pi = 0,57$). Estos resultados son similares a los resultados de la versión original y confirman que el instrumento es estable en tiempo.

4.3. Fiabilidad a nivel de dimensión

El análisis de consistencia interna y estabilidad test-retest en el ámbito de dimensión se calculó mediante la fórmula de suma de cuadrados (Gulliksen, 1950). La fiabilidad de las dimensiones del CHIP-AE se calculó a partir del coeficiente de fiabilidad de las subdimensiones y su varianza siguiendo la fórmula:

$$reld = 1 - [\text{sumatorio de varianzas de subdimensiones incluidas en la dimensión } \sigma^2(1 - r_{ii})] / \sigma_d^2$$

La puntuación de la dimensión se calcula a partir del sumatorio de las puntuaciones de las k subdimensiones: $x_1 + x_2 + x_3 \dots$, en lugar de la puntuación media, y se conoce la varianza y el coeficiente alpha de cada subdimensión. Para el cálculo del alpha para cada dimensión, es necesaria la varianza de la dimensión $\text{var}(x_d)$.



Alpha estratificado: $1.0 - S / \text{var}(x_a)$, siendo S es el sumatorio del producto

$$\text{var}(x_i) \cdot [1.0 - \alpha(x_i)].$$

Los resultados de consistencia interna y test-retest en el ámbito de dimensión son aceptables para la mayoría de dimensiones y se presentan en la Tabla 4.3. Las dimensiones presentan coeficientes superiores a 0,80, confirmando que estos constructos son fiables para medir la salud de adolescentes a partir de las dimensiones recogidas en el modelo teórico del CHIP-AE.

Tabla 4.1. Consistencia interna (Coeficientes alpha de Cronbach) de la muestra de referencia (Barcelona, n=902) y muestra rural (Piera, n=551). (Cronbach, 1951)

DIMENSIONES y subdimensiones	Alpha de Cronbach (α)	
	Barcelona	Piera
SATISFACCIÓN		
Satisfacción general	0,79	0,79
Autoestima	0,78	0,74
BIENESTAR		
Bienestar físico	0,84	0,80
Bienestar emocional	0,80	0,77
Limitación de Actividad	0,61	0,57
RESISTENCIA		
Participación familiar	0,77	0,75
Resolución de problemas	0,68	0,68
Actividad física*	--	--
Seguridad en el Hogar*	--	--
RIESGOS		
Riesgo individual	0,83	0,80
Amenazas a logros	0,81	0,79
Influencia de pares	0,87	0,83
ENFERMEDADES*	--	--
Agudas leves	--	--
Agudas graves	--	--
Recurrentes	--	--
Clínicas larga duración	--	--
Quirúrgicas larga evolución	--	--
Psicológicas	--	--
CONSECUCIÓN DE FUNCIONES*	--	--
Rendimiento académico	--	--
Rendimiento laboral	--	--

* Estas subdimensiones y dimensiones no se comportan como escalas, sino como índices y por lo tanto, los resultados de consistencia interna para estas subdimensiones no se presentan.



Tabla 4.2 Resultados de la estabilidad test-retest y coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman de las subdimensiones de la versión española del CHIP-AE (muestra de Tenerife, n=211)

DIMENSIÓN /Subdimensión	Estabilidad test-retest (CCI o pi)	Coefficientes correlación de Pearson/ Spearman
SATISFACCION		
Satisfacción con la salud ^a	0,86	0,87
Autoestima	0,91	0,77
BIENESTAR		
Bienestar físico ^{a,b}	0,71	0,68
Bienestar emocional ^{a,b}	0,79	0,81
Limitación de actividad	0,80	0,67
RESISTENCIA		
Participación familiar	0,67	0,68
Resolución de problemas	0,71	0,45
Actividad física ^a	0,84	0,84
Salud y seguridad hogar	0,78	0,78
RIESGOS		
Riesgo individual ^{a,b}	0,88	0,89
Amenazas a logros	0,71	0,72
Influencia de pares	0,89	0,78
ENFERMEDADES		
Agudas leves ^{a,b}	0,57	0,62
Agudas graves	0,78	0,52
Recurrentes	0,80	0,71
Clinicas larga duración	0,92	0,65
Quirúrgic larga evolución	0,92	0,75
Psicosociales	0,89	0,55
CONSEC FUNCIONES^c		
Rendimiento académico ^a	0,85	0,85
Rendimiento laboral ^a	0,78	0,65

^a Se presentan los CCI y coeficientes de Pearson para las subdimensiones con distribución normal. Los coeficientes pi y de Spearman se presentan para el resto de subdimensiones que presentan un distribución asimétrica.

^b Las puntuaciones de estas subdimensiones se transformaron mediante logaritmos para conseguir una distribución aproximadamente normal.

^c La fiabilidad de Consecución de funciones y subdimensión de rendimiento laboral se estimó con 32 casos.



Tabla 4.3. Fiabilidad de las dimensiones de la versión española del CHIP-AE (consistencia interna y estabilidad test-retest).

	Consistencia interna	Estabilidad test-retest
	(BCN, n=902)	(Tenerife, n=211)
Satisfacción	0,86	0,93
Bienestar	0,90	0,89
Resistencia	0,81	0,81
Riesgos	0,94	0,81
Enfermedades	0,88	0,90
C. de Funciones	0,93	0,84



CAPÍTULO 5

Validez de la versión española del CHIP-AE

Los aspectos de validez del CHIP-AE que se han evaluado son: la validez de constructo (según el sexo, la edad y el estado de salud), la validez convergente y discriminante y de criterio del CHIP-AE, en diversas muestras de adolescentes procedentes del ámbito escolar y el ámbito clínico. Para probar la validez según grupos conocidos, se seleccionaron 4 grupos de adolescentes procedentes de un colegio público de Barcelona y Tenerife y tres submuestras clínicas con problemas agudos, enfermedades crónicas y en tratamiento por problemas mentales. Se compararon las respuestas de los adolescentes esperando encontrar diferencias según las hipótesis elaboradas previamente y basadas en su estado de salud. También se esperaban encontrar diferencias por edad y sexo. Se compararon algunas subdimensiones del CHIP-AE con instrumentos que miden el mismo constructo para valorar la validez convergente y discriminante.

5.1. Validez del CHIP-AE según grupos conocidos

Para comprobar las hipótesis esperadas según la edad y el sexo, se compararon las puntuaciones del CHIP-AE en una muestra de adolescentes aparentemente sanos, procedentes del ámbito escolar. Se compararon las medias de las subdimensiones y dimensiones del CHIP-AE mediante la T de Student y la U de ManWhitney, en función de la distribución de las variables. En la Tabla 5.1. se presentan las medias de las puntuaciones de las dimensiones por sexo y edad. La mayoría de las diferencias esperadas se confirmaron: las chicas presentaron peor satisfacción con la salud y autoestima que los chicos y además, puntuaciones más bajas en bienestar como consecuencia de puntuaciones más bajas (peores) en bienestar físico y emocional. Los chicos puntuaron más actividad física y más prácticas de riesgos. Los adolescentes más jóvenes presentaron en general, mejores puntuaciones que los mayores de 15 años: mejor satisfacción con la salud, puntuaciones más altas en bienestar y menos prácticas de riesgos, fundamentalmente por puntuaciones más altas (mejores) en amenazas a logros e influencia de pares.

Para comprobar las diferencias esperadas según el estado de salud, y por tanto, evaluar si la versión española del CHIP-AE es capaz de discriminar entre grupos con diferente estado de salud, se seleccionaron 4 muestras de adolescentes. Estas muestras procedían de colegios públicos de Barcelona y la ciudad de Tenerife (muestra de adolescentes aparentemente sanos, n=417) y 67 adolescentes con problemas agudos (infecciones menores, lesiones), enfermedades crónicas (diabetes, asma, fibrosis quística) o problemas mentales (trastornos emocionales y de conducta). Los adolescentes con problemas de salud se seleccionaron de consultas externas, urgencias hospitalarias y centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona. Se compararon las medias de cada subdimensión y dimensión de las cuatro muestras. Para asegurar que estas diferencias no se debían a variables socioeconómicas, se realizó un análisis de la covarianza, controlando por las variables sociodemográficas. Se realizaron pruebas post-hoc para comprobar dónde se encontraban las diferencias.

La validez según grupos conocidos del CHIP-AE es aceptable para describir adolescentes con diferentes problemas de salud (Tabla 5.2). Se confirmaron la mayor parte de hipótesis con relación a las diferencias esperadas por estado de salud. Los adolescentes aparentemente sanos presentaron mejor satisfacción con la salud y menos limitación de actividad que el resto de grupos. Los adolescentes con problemas agudos presentaron más síntomas agudos y más limitación de actividad que el grupo de sanos y crónicos. Sin embargo, este grupo no presentó más enfermedades agudas que los adolescentes aparentemente sanos o crónicos. Es importante mencionar que los adolescentes con problemas agudos,



provenían de ámbitos socioeconómicos más elevados que el resto de grupos, característica asociada a un mejor estado de salud y acceso al sistema sanitario. Los adolescentes con problemas agudos o crónicos en este estudio, acudían a la consulta para revisiones o chequeos y además su enfermedad estaba controlada. Los resultados del grupo de adolescentes con problemas emocionales o de conducta, que presentaron las peores puntuaciones en la mayoría de dimensiones y subdimensiones del CHIP-AE, pueden ser debidos a más barreras en el acceso a servicios sanitarios y más dificultad en el diagnóstico de la enfermedad mental en España. Estos adolescentes pueden ser tratados por síntomas más marcados cuando acuden a los servicios de salud mental. Por otro lado, la interpretación de enfermedades y síntomas puede tener resultados diferentes en diversas culturas y no existen a priori, razones para esperar patrones similares de respuesta a los síntomas en países con diferentes características culturales (Payer, 1996).

5.2. Validez convergente y discriminante del CHIP-AE

La validez convergente mide el grado en que un instrumento recoge un constructo similar a una medida con coeficientes de validez conocidos. En el caso del CHIP-AE, se administraron dos instrumentos: el Child Depression Inventory, CDI de Kóvacs (1985) que mide síntomas de depresión en niños/as y adolescentes (Ezpeleta, 1992); y el State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) de Spielberger (1998), diseñado para medir los síntomas de ansiedad. Las puntuaciones de estos dos instrumentos se compararon con subdimensiones que miden constructos similares al CHIP-AE (bienestar emocional y autoestima) para analizar la validez convergente, y con subdimensiones que miden constructos diferentes (validez discriminante). En la Tabla 5.3. se presentan los coeficientes de correlación de Pearson de estas comparaciones. Las subdimensiones de bienestar emocional y autoestima presentaron correlaciones más elevadas con el CDI y el STAIC que con el resto de subdimensiones del CHIP-AE. Estos resultados confirman que estas subdimensiones miden el constructo esperado.

Tabla 5.1 Puntuaciones crudas de las dimensiones del CHIP-AE según el sexo y la edad en las muestras escolares de Barcelona y Tenerife (prueba piloto: n=417).

DIMENSIONES	Muestra adolescentes sanos			
	Chicos	Chicas	≤ 14 años	≥ 15 años
Satisfacción	3,32 (0,5)	2,96 § (0,6)	3,21 (0,5)	3,07 # (0,6)
Bienestar	4,52 (0,4)	4,28 § (0,5)	4,45 (0,4)	4,35 # (0,5)
Resistencia	3,43 (0,4)	3,27 § (0,4)	3,35 (0,4)	3,36 (0,4)
Riesgos	4,16 (0,4)	4,19 (0,4)	4,35 (0,4)	4,00 # (0,4)
Enfermedades	4,70 (0,2)	4,66 § (0,2)	4,71 (0,2)	4,64 # (0,2)
C. de Funciones	3,23 (0,7)	3,03 (0,7)	3,43 (0,5)	3,02 # (0,7)

Diferencias estadísticamente significativas entre grupos; § p <0,05 para género; # p <0.05 para edad.



Tabla 5.2. Subdimensiones y dimensiones crudas del CHIP-AE según estado de salud

DIMENSIONES Subdimensiones	Sanos (n= 417)	Síntomas Agudos (n= 23)	Enfermedad crónica (n= 25)	Problemas Mentales (n= 19)
SATISFACCIÓN †§#				
Satisfacción con la salud †§#	3,17 (0,5)	3,12 (0,4)	3,16 (0,5)	2,53 (0,8)
Autoestima †§#	3,13 (0,6)	3,09 (0,5)	3,10 (0,4)	2,57 (0,8)
	3,22 (0,7)	3,16 (0,4)	3,22 (0,6)	2,49 (0,9)
BIENESTAR †#				
Bienestar físico †#	4,43 (0,4)	4,29 (0,3)	4,47 (0,4)	3,83 (0,8)
Bienestar emocional †§#	4,42 (0,4)	4,38 (0,3)	4,49 (0,4)	3,98 (0,7)
Limitación de actividad †#	4,19 (0,6)	4,14 (0,6)	4,33 (0,6)	3,25 (1,1)
	4,68 (0,4)	4,35 (0,6)	4,65 (0,5)	4,25 (0,8)
RESISTENCIA				
Participación familiar	3,36 (0,4)	3,40 (0,4)	3,32 (0,3)	3,17 (0,5)
Resolución de problemas	3,97 (0,8)	4,00 (0,9)	4,09 (0,8)	3,98 (0,9)
Actividad física †§	2,87 (0,6)	2,88 (0,5)	2,98 (0,4)	2,97 (0,4)
Seguridad en el hogar	2,95 (1,0)	2,85 (1,0)	2,50 (0,9)	2,29 (0,7)
	3,63 (0,5)	3,84 (0,5)	3,69 (0,4)	3,44 (0,6)
RIESGOS †#				
Riesgo individual †#	4,20 (0,4)	3,97 (0,4)	4,25 (0,3)	3,82 (0,6)
Amenazas a logros †	4,02 (0,5)	3,50 (0,5)	3,91 (0,3)	3,73 (0,5)
Influencia de pares †#	4,39 (0,5)	4,44 (0,5)	4,52 (0,4)	3,87 (0,8)
	4,20 (0,6)	3,98 (0,6)	4,31 (0,5)	3,91 (0,7)
ENFERMEDADES †#				
Agudas leves	4,68 (0,2)	4,68 (0,2)	4,65 (0,2)	4,48 (0,3)
Agudas graves	4,29 (0,5)	4,32 (0,4)	4,34 (0,5)	4,22 (0,5)
Recurrentes §#	4,84 (0,3)	4,78 (0,3)	4,85 (0,3)	4,81 (0,3)
Clinicas †#	4,73 (0,3)	4,77 (0,2)	4,68 (0,3)	4,60 (0,4)
Quirúrgicas #	4,93 (0,2)	4,94 (0,2)	4,79 (0,3)	4,96 (0,1)
Psicosociales †#	4,50 (0,6)	4,48 (0,6)	4,53 (0,5)	4,34 (0,8)
	4,84 (0,4)	4,76 (0,5)	4,73 (0,6)	3,92 (0,9)
C. FUNCIONES †#				
Rendimiento académico	3,25 (0,6)	2,32 (1,1)	3,31 (0,5)	2,74 (0,6)
Rendimiento laboral#	2,08 (0,6)	2,20 (0,6)	2,12 (0,7)	1,89 (0,9)
	4,46 (0,9)	3,33 (1,7)	4,50 (0,6)	3,70 (1,0)

Diferencias estadísticamente significativas entre grupos; † p <0.05 para comparaciones según estado de salud; ‡ p <0.01 para comparaciones según estado de salud; § p <0.05 según género; # p <0.05 según edad. (Puntuaciones más altas indican mejor estado de salud. Rango 1-5).

Tabla 5.3. Validez convergente y discriminante: coeficientes de correlación observados entre subdimensiones de la versión española del CHIP, el CDI y STAIC (n=202).

Validez convergente	CDI	STAIC
Bienestar emocional	-0,802* (191)	-0,614* (194)



Autoestima	-0,595* (192)	-0,477* (195)
Validez discriminante		
Limitación de actividad	-0,271* (192)	-0,218* (195)
Actividad física	-0,239* (192)	-0,205* (195)
Influencia de pares	-0,222* (192)	-0,236* (195)
Riesgo individual	-0,326* (191)	-0,309* (194)

* $p < 0,01$.

NOTA: Para conocer más detalles sobre la validez estructural y de criterio de la versión española del CHIP-AE se recomienda la lectura de los artículos publicados relacionados con el tema (Rajmil et al, 2003a; 2003b).



CAPÍTULO 6 Obtención de los valores poblacionales

6.1. Descripción de la muestra

La obtención de normas de referencia a partir de muestras representativas de la población facilita la interpretación de los resultados y permiten realizar una descripción del estado de salud de adolescentes de 12-19 años y generar comparaciones de patrones de salud (Alonso, et al., 1998). Para obtener los valores poblacionales se administró el perfil de salud de adolescentes en colegios públicos y privados de la ciudad de Barcelona en los cursos lectivos 1999-2000. Se seleccionó una muestra representativa de adolescentes de 12-19 años escolarizados, mediante un muestreo por conglomerados, en dos etapas, estratificado según titularidad del centro (público o concertado) y el índice de capacidad económica familiar de la ciudad de Barcelona (ICEF: bajo, medio y alto; Aluja, 1991; Díez, et al., 1998). El ICEF determina el nivel socioeconómico del colegio en función del barrio de localización. En la primera etapa, se seleccionó una muestra aleatoria de colegios estratificada según ICEF y titularidad del centro y en la siguiente etapa, se seleccionaron aulas incluyendo todos los niveles educativos en cada estrato (ESO, Bachillerato, Ciclos formativos) (Rebagliato, Ruiz, Arranz, 1996).

Para facilitar la comparación de diferentes poblaciones de adolescentes se han estandarizado las puntuaciones medias de las subdimensiones y dimensiones a una media arbitraria de 50 y desviación estándar de 10. En esta tipificación se tiene en cuenta la puntuación obtenida de un individuo (rango: 1 a 5) en una subdimensión o dimensión, así como la media y desviación estándar (DE) del grupo de referencia; ejemplo: $[(((\text{puntuación individual en Satisfacción con la salud} - \text{Media del grupo de referencia en Satisfacción con la salud}) / \text{DE del grupo de referencia}) * 10) + 50]$.

En la Tabla 6.1. se describen las puntuaciones de las subdimensiones y dimensiones del CHIP-AE de la muestra de referencia (Barcelona). Se presentan las distribuciones por deciles, estandarizadas a 50 y DE 10. Para una descripción más detallada y/o específica contactar con los autores de la versión española del cuestionario, y consultar el artículo publicado sobre el tema (Serra-Sutton et al, 2003). Estos valores normativos se podrán comparar con muestras donde se aplique la versión española del CHIP-AE. Es importante poder comparar grupos de adolescentes con grupos de su mismo sexo y edad.

NOTA: La estandarización previa se habría fijado en una medida arbitraria de 20 y DE de 5.

6.2. Perfiles de salud generados a partir de la versión española

El CHIP-AE permite crear perfiles de salud individual a partir de la respuesta a 4 de sus dimensiones con el objetivo de describir los patrones de respuesta en adolescentes con características similares de salud (Riley, et al., 1998a; Riley, et al., 1998b). La creación de perfiles representa una forma alternativa de analizar las puntuaciones del CHIP-AE e identificar necesidades en salud.

Siguiendo los análisis llevados a cabo por las autoras originales, se realizó un análisis preliminar de conglomerados, comprobándose que la agrupación de los individuos con características comunes era similar a la de la versión original. Se procedió a la creación de los perfiles de salud utilizando las dimensiones Satisfacción, Bienestar, Resistencia y Riesgos, caracterizándose cada una de ellas en 3 categorías: por ejemplo Satisfacción elevada, media y baja, a partir de los puntos de corte 0,6 DE de la media de 50 y DE 10. Cada individuo se puede incluir sólo en uno de los perfiles, a partir de la combinación de las puntuaciones en las 4 dimensiones mencionadas.



Una descripción más detallada de los perfiles se puede obtener de los autores de la versión española del CHIP-AE.

Tabla 6.1. Puntuaciones de las subdimensiones y dimensiones del CHIP-AE de la muestra de referencia (Barcelona).

DIMENSION Subdimensión	DECILES /CHICAS								
	10	20	30	40	50	60	70	80	90
SATISFACCIÓN	34,02	38,76	42,90	46,01	48,45	50,86	53,45	55,79	59,32
Satisfacción	34,06	39,22	41,79	44,37	46,94	49,52	52,10	54,67	59,82
Autoestima	35,44	38,92	45,86	48,64	49,33	52,81	56,28	57,84	59,75
BIENESTAR	33,21	38,81	43,18	45,91	49,00	51,48	53,82	56,15	59,11
Bienestar físico	32,12	38,92	42,96	45,92	48,87	51,83	54,79	56,76	59,71
Bienestar emocional	32,12	39,15	43,84	46,18	48,53	50,87	53,21	55,56	59,07
Limite de actividad	37,38	44,31	47,78	51,24	51,24	54,70	54,70	58,17	58,17
RESISTENCIA	36,31	41,32	44,32	47,32	49,47	51,30	53,39	55,33	58,55
Actividad física	35,15	39,14	41,14	43,14	45,13	47,13	49,13	51,12	55,12
Resolución problema	42,28	47,19	49,6	49,65	52,10	54,56	57,01	59,47	61,92
Seguridad hogar	41,72	44,63	47,17	49,08	50,84	52,39	53,79	55,60	58,18
Particip familiar	36,53	43,32	46,81	50,29	52,03	53,77	56,73	58,99	60,73
RIESGOS	37,42	42,61	45,30	47,64	50,28	52,94	56,83	60,00	63,11
Riesgo individual	36,15	41,16	44,80	47,83	50,87	54,51	57,46	59,97	61,79
Amenaz logros	39,56	44,14	48,72	52,16	53,88	55,60	56,74	59,04	60,18
Influenc pares	35,92	41,85	41,85	44,82	47,79	51,35	56,69	59,66	63,52
FUNCIONES	37,85	45,31	47,68	49,23	52,33	53,88	55,42	58,52	60,92
Rend académico	38,77	43,56	43,56	45,96	50,75	53,14	55,54	60,33	62,72
Rend laboral	42,69	42,69	50,03	50,03	50,03	57,37	57,37	57,37	57,37

Tabla 6.1. Continuación

DIMENSION/Subdimensión	DECILES /CHICOS								
	10	20	30	40	50	60	70	80	90
SATISFACCIÓN	39,94	45,22	47,87	50,80	53,45	55,50	57,85	59,91	64,31
Satisfacción	41,79	46,94	49,52	52,10	54,67	57,25	57,25	62,40	64,98
Autoestima	38,92	45,86	45,86	49,34	52,81	56,28	56,28	59,75	63,23
BIENESTAR	40,47	45,70	48,44	51,91	53,64	55,60	57,85	60,14	62,89
Bienestar físico	40,91	45,02	49,13	51,19	53,24	55,30	57,36	59,41	62,50
Bienestar emocional	41,21	47,35	49,70	52,04	53,21	55,56	57,90	60,25	63,76
Limite de actividad	37,38	44,31	47,78	51,24	54,70	54,70	58,17	58,17	58,17
RESISTENCIA	37,33	43,18	46,58	49,76	52,56	54,44	56,69	60,13	64,73
Actividad física	41,14	45,13	47,13	51,12	55,11	57,11	59,11	63,11	68,43
Resolución problema	37,37	42,28	44,74	47,19	49,65	51,61	52,11	54,56	59,47
Seguridad hogar	39,25	42,87	45,15	47,32	49,29	51,15	52,60	54,67	57,24
Particip familiar	32,98	41,58	46,81	50,29	52,03	53,77	55,51	58,99	60,73
RIESGOS	35,35	41,42	45,22	47,63	50,16	53,27	56,43	59,70	62,52
Riesgo individual	34,79	40,25	45,41	48,74	52,08	54,93	57,54	59,66	61,48
Amenaz logros	33,91	39,56	44,14	48,72	51,02	53,31	55,60	57,89	60,18
Influenc pares	38,88	41,85	44,82	47,79	50,75	53,72	56,69	61,88	65,59
FUNCIONES	33,44	41,49	45,36	47,68	49,23	52,33	53,88	56,97	61,62
Rend académico	38,77	40,69	43,56	45,96	45,96	50,75	53,14	57,93	62,72
Rend laboral	35,36	42,69	48,56	50,03	50,03	57,37	57,37	57,37	57,37



CAPITULO 7 Codificación e interpretación del CHIP-AE

7.1. Puntuación de ítems

En este manual se incluye una guía de codificación e instrucciones de puntuación en los apéndices 1 y 2. El manual de codificación debe usarse como guía cuando se prepara la entrada del cuestionario en la base de datos. El manual de codificación genera etiquetas y códigos numéricos a cada ítem o pregunta en un rango de puntuación de 1 a 5. Las subdimensiones se puntúan en sentido positivo hacia la salud, de forma que una puntuación más elevada indica mejor Satisfacción, más Bienestar, más Resistencia, menos Riesgos, menos presencia de Enfermedades o más Consecución de Funciones.

En el Apéndice 2 se ofrecen instrucciones detalladas para la puntuación de cada ítem o grupo de ítems del CHIP-AE.

7.2. Puntuación de dimensiones y subdimensiones

En el Apéndice 3 se presentan las sintaxis para la construcción de las subdimensiones y dimensiones del CHIP-AE.

Las seis dimensiones del CHIP-AE se forman a partir de un total de 20 subdimensiones. La mayor parte de preguntas del CHIP-AE tiene cuatro o cinco alternativas de respuesta, generalmente en escala Likert. En algunos casos, primero se agrupan y recodifican algunos ítems para formar un nuevo ítem agrupado (a partir de medias o combinaciones lógicas), que después son tratados como una única puntuación o ítem. Cada subdimensión se puntúa como la media de las puntuaciones de los ítems de cada subdimensión. Las puntuaciones de las dimensiones se definen a partir de la puntuación media de las subdimensiones.

Las personas que responden a cuestionarios como el CHIP-AE a menudo omiten algunos ítems, bien de forma no intencionada o por voluntad propia. Se debe establecer un método para manejar o tratar los valores perdidos. En el CHIP-AE, si el adolescente ha respondido al menos el 70% de los ítems de cada subdimensión, la puntuación media de los ítems contestados se imputa a los ítems no contestados. La suma de las puntuaciones de los ítems se divide por el número de ítems contestados. Se pueden realizar imputaciones más elaboradas de los valores perdidos, pero este método sencillo parece el más adecuado (Boyle, et al., 1987).



REFERENCIAS

- Alonso, J. Antó, JM. Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham health profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health*, 80 (6), 704-708.
- Alonso, J. Regidor, E. Barrio, G. Prieto, L. Rodríguez, C. de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin*, 111, 410-416.
- Aluja T. (1991). Index de capacitat econòmica familiar a la ciutat de Barcelona. Barcelona, Ajuntament de Barcelona i Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona.
- Aaronson, NK. Acquadro, C. Alonso, J. et al. (1992) International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*, 1, 349-351.
- Boyle, MH. Offord, DR. Hoffmann, HGM. et al. (1987). Ontario child health study. *Arch Gen Psychiat*, 44, 826-831.
- Brislin, RW. (1986). The wording and translation of research instruments. In: Lonner, WJ. Nerry, JW. eds. *Field methods in cross-cultural research*. Beverly Hills, Sage, 137-164.
- Bullinger, M. Alonso, J. Apolone, G. et al. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*, 51, 913-923.
- Chinn, S. Burney, P. (1987). On measuring repeatability of data from self-administered questionnaires. *Int J Epidemiol*, 16, 121-127.
- Coopersmith, S. (1974). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, Freeman.
- Cronbach, JL. (1951). Coefficient alpha and internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Damon, W. Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Dev*, 53, 841-64.
- Diez, E. Barniol, J. Nebot, M. Juárez, O. Martín, M. Villalbí, J.R. (1998). Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gac Sanit*, 12, 272-280.
- Domingo-Salvany, A. Regidor, J. Alonso, J. Álvarez-Dardet, C. et al. Grupo de trabajo de la SEE. (2000). Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*, 25, 350-363.
- Ezeleeta, L. Osa, N. Gratacos, LL. Pons, D. (1992). Depresión y factores asociados en niños con puntuaciones extremas en el CDI. *REV PSIQ*, 1, 39-49.
- Gulliksen, H.O. (1950). *Theory of mental tests*. Hillsdale, NJ, Wiley & Sons.
- Hays, RD. Anderson, R. Revicki, D. (1993). Psychometric consideration in evaluating quality of life measures. *Qual Life Res*, 2, 441-449.
- Kovacs, M. (1985) The children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- McDowell, I. Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York, Oxford University Press.



Mechanic, D. (1982). The epidemiology of illness behaviour and its relationship to physical and psychological distress. In: Symptoms, illness behaviour, and help seeking. New York, Prodist.

Nunnally, J. (1978). Psychometric theory. 2nd edition. New York, McGraw Hill.

Payer, L. (1996). Medicine and culture: varieties of treatment in the United States, England, West Germany and France. New York, Henry Holt Company.

Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Herdman M, Riley A, Starfield B. (2003) Validity of the Spanish Version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Med Care*, 41(10), 1153-63.

Rajmil L; Berra S; Estrada MD; Serra-Sutton V; Rodriguez M; Borrell C. (2003) Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres: Child Health and Illness Profile-Parent Edition (CHIP-PE). [pendiente de publicación] *Gac San*.

Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Starfield B, Riley AW, Vázquez JR. (2003) The Spanish version of the child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Qual Life Res*, 12, 303-313.

Rebagliato, M. Ruiz, I. Arranz M. (1996) *Metodología de investigación en Epidemiología*. Madrid, Díaz de Santos.

Riley, A. Green, B. Forrest, C. Starfield, B. Kang, M. Ensminger, M. (1998). A taxonomy of adolescent health. Development of the adolescent health profile. *Med Care*, 36, 1228-1236.

Riley, A. Forrest, C. Starfield, B. Green, B. Kang, M. Ensminger, M. (1998) Reliability and validity of the adolescent health profile-type. *Med Care*, 36, 1237-1248.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York, Basic Books.

Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Riley A, Starfield B. (2003) Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados. *Gac Sanit*, 17, 181-189.

Spielberger, CD. (1998) *Manual del STAIC: Cuestionario de Autoevaluación ansiedad estado/rasgo de niños*. Madrid, TEA Ediciones S.A.

Starfield, B. (1974). Measurement of outcome: a proposed scheme. *Milbank Mem Fund Q*, 52, 39-50.

Starfield, B. Berger, M. Esminger, M. Riley, A. Ryan, S. Green, B. (1993). Adolescent health status measurement: development of the Child Health and Illness Profile. *Pediatrics*, 91, 430-435.

Starfield, B. Riley, AW. Green, BF. Ensminger, M. Ryan, S. Kelleher, K. et al (1995) The adolescent CHIP: a population-based measure of health. *Med Care*, 33, 553-556.



APENDICE 1 Edición e instrucciones generales de codificación

* Materiales necesarios para la edición:

Bolígrafo **ROJO** para editar y codificar los cuestionarios
Bolígrafo **VERDE** para repasar los cuestionarios editados y realizar cambios.
HOJA PARA RESPUESTAS DE ÍTEMS ABIERTOS (una para cada pregunta abierta)

INSTRUCCIONES GENERALES

- **Primero se debe editar y codificar los cuestionarios antes de introducir los datos en el ordenador. Para editar y codificar cuestionarios, se hace lo siguiente:**

- 1) Las respuestas que puedan presentar problemas en la codificación y análisis se identifican durante la edición. Fechas de nacimiento, género, edad o curso son algunas variables clave que deben precisarse y confirmar que son correctas. Cuando se encuentra una discrepancia, se debe tomar una decisión respecto de corregir la respuesta para la entrada de datos.
- 2) Identificar los/as adolescentes que claramente no se tomaron en serio el cuestionario (patrones claros en las respuestas likert, respuestas exageradas) y decidir si se tiene en cuenta ese cuestionario.
- 3) Para cada ítem no contestado y **QUE DEBERÍA HABER SIDO CONTESTADO**, se debe asignar un valor perdido para la entrada de datos. No se deben asignar valores perdidos a preguntas que forman parte de preguntas filtro y que fueron saltadas correctamente. Se utilizan los siguientes valores perdidos:

Códigos de Valores Perdidos: 1 columna 2 columnas 3 columnas 4 columnas

Respuestas perdidas o inutilizables = 9 99 999 9999

Si la pregunta se ha saltado por formar parte de una pregunta filtro=
PUNTUAR CON UN 0 “No procede” o “No aplicable”

- 5) Eventualmente se puede recoger en hojas las alternativas de las preguntas abiertas con formato “Por favor describe” u “Otros” etc. (A9, F36, F46). Recoger el **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CHIP-AE**.
 - 6) Primero editar y codificar cada cuestionario por un codificador, usando un bolígrafo rojo y después por otro codificador para revisar la precisión del primero, usando un bolígrafo verde para hacer las correcciones necesarias.
- **Excepto para las respuestas a ciertas preguntas Demográficas que pueden ser verificadas fácilmente o incluyen instrucciones específicas asociadas, no se debe cambiar ninguna de las respuestas de los/as adolescentes durante la codificación/edición. En particular, no se deben tachar respuestas si se refieren a ítems que deberían haberse saltado como parte de una pregunta filtro.**



APÉNDICE 2

Instrucciones de codificación para ítems específicos

SECCIÓN A: Sociodemográficos

<u>Etiqueta</u>	<u>Descripción del ítem</u>	<u>Puntuación</u>
A1	Fecha encuesta Recoger las fechas dadas por cada adolescente y asegurar que representen las fechas en las que se administró el CHIP-AE. Algunas veces, en lugar de la fecha se escribe la fecha de nacimiento o un día, año equivoco, etc. Corregir el dato cuando sea necesario.	dd-mm-aaaa
A2	Edad	12-18 ó más 99= 'm.v'
A3	Fecha de nacimiento Si el/la adolescente escribe el año presente en lugar de su fecha de nacimiento, corregir el año correcto.	dd-mm-aaaa
A4	Sexo	1= 'Hombre' 2= 'Mujer' 9='m.v'

SECCIÓN B:

<u>Etiqueta</u>	<u>Descripción del ítem</u>	<u>Puntuación</u>
B1	Lleno de energía	1='Nada de acuerdo' 2='Un poco de acuerdo' 3='Bastante de acuerdo' 4='Completamente de acuerdo' 9='m.v'
B2	Resistir muy bien las enfermedades	"
B3	Suele recuperar rápidamente	"
B4	Buena coordinación de movimientos	"
B5	Muchas cualidades positivas	"
B6	Muy buena forma física	"
B7	Muchas cosas sentirse orgulloso/a	"
B8	Gusta ser como soy	"
B9	Satisfacción forma de vivir vida	"
B10	Fuerza muscular muy buena	"
B11	Sentirse aceptado por los demás	"
B12	Salud en general	1='Mal' 2='Regular' 3='Bien' 4='Muy bien' 5='Excelente' 9='m.v'

SECCIÓN C:

<u>Etiqueta</u>	<u>Descripción del ítem</u>	<u>Puntuación</u>
-----------------	-----------------------------	-------------------

C1	Días encontrado muy enfermo/a	5='Ninguno' 4='1-3 días' 3='4-6 días' 2='7-14 días' 1='15-28 días' 9='m.v'
C2	Días levantado sintiendo cansado/a	"
C3	Días cansado con facilidad o sentido sin fuerzas	"
C4	Días llorado o picado los ojos	"
C5	Días con problemas piel como picores o granos	5='Ninguno' 4='1-3 días' 3='4-6 días' 2='7-14 días' 1='15-28 días' 9='m.v'
C6	Días con tos	"
C7	Días con fiebre o escalofríos	"
C8	Días mareado	"
C9	Días con dificultad respirar, pitos o silbidos	"
C10	Días dolor pecho	"
C11	Días dolor de cabeza	"
C12	Días dolor o molestias músculos o articulaciones	"
C13	Días dolor de estómago	"
C14	Días dolor molestado mucho	"
C15	Días vomitado o ganas de vomitar	"
C16	Días alguna secreción no habitual órganos sexuales	"
C17	Días molestias o escozor al orinar	"
C18	Días problemas comer o poco apetito	"
C19	Días costar dormir o despertar noche	"
C20	Días con diarrea	"
C21	Días con estreñimiento	"
C22	Días triste o deprimido	"
C23	Días costar relajarte	"
C24	Días nervioso o tenso	"
C25	Días mal humor	"
C26	Días irritable o quejoso	"
C27	Días llorado mucho	"
C28	Días miedo a algo	"



Etiqueta	Descripción del ítem	Puntuación
C29	Días problema con la regla*	5='Ninguno' 4='1-3 días' 3='4-6 días' 2='7-14 días' 1='15-28 días' 9='m.v'

Revisar la pregunta sobre el sexo en la sección Demográficos para comprobar si el encuestado/a es varón o mujer. Si alguna chica no ha contestado esta pregunta puntuar como "9" para el valor perdido. Si los chicos se saltaron esta pregunta puntuar con un "0" 'No procede', ya que estará filtrada de forma adecuada.

*Este ítem sólo está incluido en la escala Bienestar físico femenino que consta de 24 ítems.

C30	Días ningún dolor	1='Ninguno' 2='1-3 días' 3='4-6 días' 4='7-14 días' 5='15-28 días' 9='m.v'
C31	Días levantar como nuevo/a	"
C32	Días sentir muy sano	"
C33	Días sentir que lo haces todo bien	"
C34	Días sentido querido/a	"
C35	Días faltado colegio	5='Ninguno' 4='1-3 días' 3='4-6 días' 2='7-14 días' 1='15-28 días' 9='m.v'
C36	Días en cama pero sin faltar al colegio	"
C37	Días restricciones de actividades	"
C38	Días con dificultad para caminar	"
C39	Días con dificultad para correr	"
C40	Días con problemas para inclinarse, agacharse, estirarse o levantar algo	"
C41	Días con problemas en las manos	"
C42	Días perdido peso sin proponerlo	5='No' 4='Si, <2 kilos' 3='Si, 2-4 kilos' 2='Si, 5-7 kilos' 1='Si, >7 kilos' 9='m.v'

<u>Etiqueta</u>	<u>Descripción del ítem</u>	<u>Puntuación</u>
C43	Veces vomitar para perder peso	5='Ninguna vez' 3='1 o 2 veces' 1='Varias veces' 9='m.v'
C44	Veces atiborrar de comer	"
C45	Intentar hacerse daño grave o suicidarse alguna vez	5='No, nunca' 4='Si, hace más de un año' 3='Si, el año pasado' 2='Si, en 4 últimas semanas' 1='Si, en últimos días' 9='m.v'

SECCIÓN D:

<u>Etiqueta</u>	<u>Descripción del ítem</u>	<u>Puntuación</u>
D1	Días hecho ejercicio hasta sudar	1='Ninguno' 2='De 1 a 9 días' 3='De 10 a 13 días' 4='De 14 a 20 días' 5='21 o más días' 9='m.v'.
D2	Número de abdominales (pasado mes)	1='Ninguno' 2='1 a 10 abdominales' 3='11 a 20 abdominales' 4='21 a 50 abdominales' 5='51 o más abdominales' 9='m.v'.
D3	Distancia caminada (último mes)	1='No he andado nada' 2='< de 400 metros' 3='400-800 metros' 4='900-1500 metros' 5='> 1500 metros' 9='m.v'.
D4	Máximo corrido (último mes)	1='No he corrido' 2='1-10 minutos' 3='11-19 minutos' 4='20-29 minutos' 5='30 minutos o más' 9='m.v'.
D5	Veces jugado en equipo con entrenador (último año)	1='Ninguna' 3='Una o dos veces' 5='Varias veces' 9='m.v'.


SECCIÓN E:

<u>Etiqueta</u>	<u>Descripción del ítem</u>	<u>Puntuación</u>
E1	Carreras en bici o moto	5= 'Ninguna vez' 3= 'Una o dos veces' 1= 'Varias veces' 9= 'm.v'.
E2	Hacer algo arriesgado o peligroso por una apuesta	"
E3	Saltado alguna normas de los padres	"
E4	Robado o llevado algo sin pagar	"
E5	Salido de casa por la noche	"
E6	Subido a un coche sabiendo que conducirían de forma imprudente	"
E7	Horas de tele o videos (día de clase)	5='Ninguna' 4='Menos de 1 hora' 3='1-2 horas' 2='3-4 horas' 1='4 horas o más' 9='m.v'.
E8	Montado en bici	5='Nunca' 4='Hace más de un año' 3='Durante el año pasado' 2='Durante el mes pasado' 1='Durante la semana pasada' 9='m.v'.
E9	Puesto casco para montar en bici	"
	Si el encuestado responde que nunca ha montado en bici (contestó "nunca" a la P. E8) añadir un "0" por "no aplicable" en el ítem E9.	
E10	Montado en moto o motocicleta	"
E11	Puesto casco para montar en moto	"
	Si el encuestado nunca a montado en moto o motocicleta (contestó "nunca" a la P. E10), puntuar E11 como "0" por no ser aplicable.	
E12	Conducido un coche	"
E13	Tomado alcohol o drogas antes de conducir	"
	Si el encuestado nunca ha conducido un coche (contestó "nunca" a la P.E12), puntuar E13 como "0" por no ser aplicable.	
E14	Usado cinturón de seguridad	1='Nunca' 2='Hace más de un año' 3='Durante el año pasado' 4='Durante el mes pasado' 5='Durante la semana pasada' 9='m.v'.

Etiqueta	Descripción del ítem	Puntuación
E15	Última vez llevado un arma	5='Nunca' 4='Hace más de un año' 3='Durante el año pasado' 2='Durante el mes pasado' 1='Durante la semana pasada' 9='m.v'
E16	Última vez formado parte de una banda	"
E17	Última vez fumado cigarrillos	"
E18	Última vez mascado tabaco	5='Nunca' 4='Hace más de un año' 3='Durante el año pasado' 2='Durante el mes pasado' 1='Durante la semana pasada' 9='m.v'
E19	Última vez bebido cerveza o vino	"
E20	Última vez bebido licores solos o combinados	"
E21	Última vez bebido 5 o más copas seguidas	"
E22	Última vez fumado porros	"
E23	Última vez tomado o inyectado cortisona	"
E24	Última vez inhalado pegamento, cola o gasolina	"
E25	Última vez tomado cocaína o crack	"
E26	Última vez tomado otro tipo de droga ilegal	"
E27	Última vez escapado de casa	"
E28	Última vez amenazado con herir a alguien	"
E29	Última vez atacado físicamente a alguien	"
E30	Última vez robado algo superior a >10 €	"
E31	Última vez destruido algo que no le perteneciera	"
E32	Nº de amigos/as fuman cigarrillos	4='Ninguno/a' 3='Algunos/as' 2='La mayoría' 1='Todos/as' 9='m.v'
E33	Nº de amigos/as beben alcohol	"
E34	Nº de amigos/as fuman porros	"
E35	Nº de amigos/as toman otras drogas	"
E36	Nº de amigos/as tienen relaciones sexuales	"

P. E37 y E37A a E37E: Ítems sobre relaciones sexuales

Estos ítems son preguntas filtro--- si se respondió "no" o "no sabes" en la P. E37, puntuar las preguntas siguientes (E37A a E37E) con un "0" por "No procede".

Si se contesta "si" en la P. E37, pero alguna o todas las demás preguntas se dejan sin contestar, puntuar cada ítem (P. E37A a E37E) sin contestar como "9" (valor perdido).

El ítem E37D es una pregunta que puede incluir varias opciones de respuesta. Si no se incluye ninguna opción, añadir puntuaciones de "9" en las 7 opciones de respuesta (se debe añadir un 9 para cada tipo de anticonceptivo).



Etiqueta	Descripción del ítem	Puntuación
E37	Tenido relaciones sexuales alguna vez	1='No' 2='Si' 3='No sabes' 9='m.v'.
E37A	Edad primera relación sexual	5=' 17 o más años' 4='16 años' 3='15 años' 2='14 años' 1='13 años o menos' 9='m.v'.
E37B	Personas otro sexo tenido relaciones sexuales	5= 'Ninguna' 4= 'Una persona' 3= 'Dos personas' 2= 'Tres personas' 1= 'Cuatro o más personas' 9= 'm.v'.
E37C	Personas mismo sexo tenido relaciones sexuales	5= 'Ninguna' 4= 'Una persona' 3= 'Dos personas' 2= 'Tres personas' 1= 'Cuatro o más personas' 9= 'm.v'.
E37D1	Métodos anticonceptivos usados última vez Ninguno	1= 'No' 2= 'Si' 9= 'm.v'.
E37D2	Píldoras anticonceptivas	"
E37D3	Crema, gel o óvulos espermicidas	"
E37D4	Diafragma o esponja	"
E37D5	Preservativo o condón	"
E37D6	Marcha atrás	"
E37D7	Otros	"
E37E	Embarazos	1='No' 2='Si' 3='No sabes' 9='m.v'.
E38	No incluido en la versión española	
E39	Fumadores/as hogar	'No'=5 'Si'=1 'No sabes'=9 'm.v'=99.
E40	Existencia de extintor en edificio	'No'=1 'Si'=5 'No sabes'=9 'm.v'=99.

BiblioPRO	Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados percibidos por los Pacientes	
<u>Etiqueta</u>	<u>Descripción del ítem</u>	<u>Puntuación</u>
E41	Existencia de armas de fuego en el hogar*	'No'=5 'Si'=1 'No sabes'=9 'm.v'=99.
E42	Existencia de hora límite por la noche	1='No tiene hora' 2='Máximo a la 1:00 am' 3='Máximo a las 11:00 am' 4='Máximo a las 10:00 am' 5='Normalmente no permiten salir si hay clase' 9='m.v'.
E43	Pedir consejos a otras personas	1='Muy improbable' 2='Improbable' 3='Probable' 4='Muy probable' 9='m.v'.
E44	Ver lado positivo de la situación	"
E45	Intentar encontrar culpable	"
E46	Solucionar problema directamente con amigo/a	"
E47	Explicar sentimientos a amigo/a	"
E48	Intentar tranquilizarse	"
E49	Pensar y desear que no hubiese pasado	"
E50	Recurrir a familia o persona adulta	"
E51	Hacer otra cosa*	"
*No se puntúa como parte de la subdimensión		
E52	Frutas, verdura o ensalada verde	1='Nunca o casi nunca' 2='Unos pocos días al mes' 3='Varios días a la semana' 4='Casi cada día' 5='Más de una vez al día' 9='m.v'.
E53	Carne, pollo o pescado 'no fritos'	"
E54	Leche o yogur desnatados	"
E55	Cereales, productos integrales o legumbre	"
E56	Cómoda rápida	5='Nunca o casi nunca' 4='Unos pocos días al mes' 3='Varios días a la semana' 2='Casi cada día' 1='Más de una vez al día' 9='m.v'.
E57	Comidas saladas	"
E58	Productos con azúcar	"



SECCIÓN G:

<u>Etiqueta</u>	<u>Descripción del ítem</u>	<u>Puntuación</u>
G1	Días familia pasó con adolescente haciendo algo divertido	1='Ninguno' 2='1-3 días' 3='4-6 días' 4='7-14 días' 5='15-28 días' 9='m.v'.
G2	Días familia escuchó opiniones adolescente	"
G3	Días familia comido o cenado con adolescente	"
G4	Días adolescente se ha alegrado ser miembro familia	"
G5	Días adolescente se ha llevado bien con familia	"
G6	Días mentido o engañado	5='Ninguno' 4='1-3 días' 3='4-6 días' 2='7-14 días' 1='15-28 días' 9='m.v'.
G7	Días discutido mucho	"
G8	Días estado con gente que suele meterse en problemas	"
G9	Días desobedecido en colegio	"
G10	Días tenido dificultades entenderse con profesores	"
G11	Días tenido dificultades para concentrarse en clase	"
G12	Días costado hacer los deberes	"
G13	Tipo de estudiante pasado mes*	1='Estudiante debajo de la media' 2='Estudiante medio/a' 3='Buen/a estudiante' 4='Estudiante excelente' 9='m.v'.
G14	Rendimiento académico* (Deberes)	1='Podría haber hecho mucho mejor' 2='Podría haber hecho un poco mejor' 3='Los he hecho lo mejor que pude' 4='Mejor imposible' 9='m.v'.

Etiqueta	Descripción del ítem	Puntuación
G15	He dejado el colegio	'No'=4 'Si'=1 'm.v'=-9.
	No se puntúa como parte de ninguna subdimensión	
G16	Ser 3 primeros/as de la clase	'No'=1 'Si'=4 'm.v'=-9.
G17	Ganar algún premio en concurso escolar	'No'=1 'Si'=4 'm.v'=-9.
G18	Suspendido una asignatura*	'No'=4 'Si'=1 'm.v'=-9.
G19	Suspendido un curso*	'No'=4 'Si'=1 'm.v'=-9.
G20	Han expulsado del colegio	'No'=5 'Si'=1 'm.v'=-9.
G21	Ser miembro de alguna comisión del colegio	'No'=1 'Si'=4 'm.v'=-9.
G22	Ganar dinero fuera de casa	1='No' 2='Si' 9='m.'

G22 a G26: Ítems laborales

Ítem con formato filtro: si se responde a la pregunta filtro G22 con un "no" puntuar G22A a G26 con "0" por "No procede". Si se responde a la pregunta filtro con un "si" pero alguno o todos los ítems de G22A a G26 se dejaron en blanco, puntuarlos como valores perdidos usando un "9" para G22A, G22B y G23 a G26.

G23	Días llegado tarde al trabajo	5='Nunca' 3='1-2 veces' 1='Varias veces' 9='m.v'.
G24	Nº de días faltado al trabajo	"
G25	Nº de veces hacer cosas que no debería	"
G26	Nº de días tener dificultades para hacer trabajo	"
G27	Hay una persona adulta a quién recurrir	'No'=1 'Si'=5 'm.v'=-9.
G28	Personas adultas interesadas en lo que hace el adolescente	"
G29	Sentirse seguro/a en la escuela	'No'=1 'Si'=5 'No sabes'=9 'm.v'=-99.

BiblioPRO

Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados percibidos por los Pacientes



<u>Etiqueta</u>	<u>Descripción del ítem</u>	<u>Puntuación</u>
G30	Sentirse seguro/a en tu barrio	'No'=1 'Si'=5 'No sabes'=9 'm.v'=99.
G31	Animan a dar lo mejor de uno/a mismo	'No'=1 'Si'=5 'No sabes'=9 'm.v'=99.



APÉNDICE 3

Sintaxis para la creación de subdimensiones y dimensiones del CHIP-AE

Una vez introducido los datos, antes de crear las subdimensiones y dimensiones es necesario crear estas variables compuestas

SINTAX PARA LA CREACIÓN DE LAS VARIABLES COMPUESTAS

```
COMPUTE ARTS = MEAN.4 (E1, E2, E3, E4, E5, E6) .
FORMATS ARTS (F8.2).
VARIABLE LABELS ARTS 'Escala de riesgos'.
RECODE
ARTS (SYSMIS=9) .
```

```
COMPUTE BIKE = 9.
IF (E8=5) BIKE=5.
IF ((E8=4 or E8=3 or E8=2 or E8=1) and (E9=4 or E9=3 or E9=2 or E9=1)) BIKE=3.
IF ((E8=4 or E8=3 or E8=2 or E8=1) and (E9=5)) BIKE=1.
VARIABLE LABELS BIKE 'Ir en bici y llevar casco'.
FORMATS BIKE (F8).
MISSING VALUES BIKE ("9,").
VARIABLE LABELS BIKE "Montar en bici y llevar casco".
VALUE LABELS BIKE
5 "Nunca haber montado en bici"
3 "Montar en bici y llevar casco"
1 "Montar en bici pero nunca llevar casco"
9 "m.v".
```

```
COMPUTE MBIK = 9.
IF (E10=5) MBIK=5.
IF ((E10=4 or E10=3 or E10=2 or E10=1) and (E11=4 or E11=3 or E11=2 or E11=1)) MBIK=3.
IF ((E10=4 or E10=3 or E10=2 or E10=1) and (E11=5)) MBIK=1.
FORMATS MBIK (F8).
MISSING VALUES MBIK ("9,").
VARIABLE LABELS MBIK 'Montar en moto y llevar casco'.
VALUE LABELS MBIK
5 "Nunca montado en moto o motocicleta"
3 "Montado en moto y llevado casco"
1 "Montado en moto y nunca llevado casco"
9 "m.v".
```

```
COMPUTE CAR =9.
IF (E12=5) CAR=5.
IF ((E12=4 or E12=3 or E12=2 or E12=1) and (E13=5)) CAR=3.
IF ((E12=4 or E12=3 or E12=2 or E12=1) and (E13=4 or E13=3 or E13=2 or E13=1)) CAR=1.
FORMATS CAR (F8).
MISSING VALUES CAR ("9,").
VARIABLE LABELS CAR "Conducir y habiendo tomado alcohol o drogas".
VALUE LABELS CAR
5 "Nunca conducido coche"
3 "Conducido pero nunca después de tomar alcohol o drogas"
1 "Conducido después de tomar alcohol o drogas"
9 "m.v".
```

```
COMPUTE RSEX=9.
```



IF (E37=1) RSEX=5.
 IF (E37A=5 or E37A=6) RSEX=4.
 IF (E37A=4) RSEX=3.
 IF (E37A=3) RSEX=2.
 IF (E37A=2 or E37A=1) RSEX=1.
 IF (E37A=9) RSEX=9.
 FORMATS RSEX (F8).
 MISSING VALUE RSEX ("9").
 VARIABLE LABELS RSEX "Edad primera relación sexual".
 VALUE LABELS RSEX
 5 "Nunca tenido relación sexual"
 4 "Empezó con 16 o 17 años"
 3 "Empezó con 15 años"
 2 "Empezó con 14 años"
 1 "Empezó con 13 o antes"
 9 "m.v.".

COMPUTE PAREJ=9.
 IF ((a4=2 and e37b=3 and e37c=3) or (a4=2 and e37b = 4 and e37c = 2) or (a4=2 and e37b=2 and e37c=4) or
 (a4=2 and e37b=5 and e37c=1)
 or (a4=2 and e37b=1 and e37c=5) or (a4=1 and e37b=1) or (a4=1 and e37c=2) or (a4=1 and e37c=3) or (a4=1
 and e37c=4)) PAREJ = 1 .
 IF ((e37b=2 and a4=1) or (a4=2 and e37b=4 and e37c=3) or
 (a4=2 and e37b=3 and e37c=4)) PAREJ = 2 .
 IF ((e37b = 3 and a4=1) or (e37b = 4 & e37c = 4 & a4=2)) PAREJ = 3 .
 IF ((e37b = 4 and a4=1) or (a4=2 and e37b=4) or (a4=2 and e37c=3) or (a4=2 and e37c=2) or (a4=2 and
 e37c=1)) PAREJ = 4 .
 IF (e37 = 1) PAREJ = 5 .
 MISSING VALUES PAREJ ("9").
 FORMATS PAREJ (F8).
 VARIABLE LABELS PAREJ "N° de parejas relaciones sexuales".
 VALUE LABELS PAREJ
 5 "Nunca tenido relaciones sexuales"
 4 "1 sex op o 1 o mas mis sex (chicas)"
 3 "2 sex op o 1 sex op y 1 mis sex (chicas)"
 2 "3 sex op o cualq combi sex op/ mis sex 3 (chicas)"
 1 "4 sex op o 1 más mis sex (os) o combi sex 4 o más (as)"
 9 "m.v.".

Compute ANTIC=9.
 IF (e37d1 = 2 or e37d6 = 2 or e37d7 = 2) ANTIC = 1 .
 IF (e37d4 = 2 or e37d3 =2 & (e37d2 = 1 & e37d5 =1)) ANTIC = 2 .
 IF (e37d2 = 2 & e37d5 =1) or (e37d2 = 2 & (e37d1 = 2 or e37d3=2 or e37d4 = 2 or e37d6 =2 or e37d7 =2))
 ANTIC = 3 .
 IF ((e37d5 = 2) or (e37d5 = 2 & e37d2 = 2) or
 (e37d5 =2 & e37d3 =2) or (e37d5 =2 & e37d4 =2)) ANTIC = 4 .
 IF (e37 = 1) ANTIC = 5 .
 MISSING VALUES ANTIC ("9").
 VARIABLE LABELS ANTIC "Metod anticonceptivo usado ultima vez".
 VALUE LABELS ANTIC
 5 "Nunca tenido relaciones sexuales"
 4 "Condón sólo o con cualquier otro método"
 3 "Píldoras con cualquier otro método pero sin condón"
 2 "Diafragma, esponja, crema, gel pero sin píldora o condón"
 1 "Ningún método, marcha atrás u otros métodos"
 9 "m.v.".



```
COMPUTE EMBA=9 .  
IF ((E37E=0) or (A4=2 and E37E=1) or (A4=1 and E37E=1)) EMBA =5.  
IF (A4=1 and E37E=2) EMBA =3.  
IF (A4=2 and E37E=2) EMBA =1.  
FORMATS EMBA (F8).  
MISSING VALUES EMBA ("9,").  
VARIABLE LABELS EMBA "Embarazos".  
VALUE LABELS EMBA  
5 "Nunca quedado o dejado embarazada"  
3 "Chicos que han dejado embarazadas a alguien"  
1 "Chicas que han quedado embarazadas"  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE GDFD = MEAN.3 (E52, E53, E54, E55) .  
FORMATS GDFD (F8.2).  
VARIABLE LABELS GDFD 'Combinación de comidas sanas'.  
RECODE  
GDFD (SYSMIS=9) .
```

```
COMPUTE BDFD = MEAN.2 (E56, E57, E58).  
FORMATS BDFD (F8.2).  
VARIABLE LABELS BDFD 'Combinación comidas poco sanas'.  
RECODE  
BDFD (SYSMIS=9) .
```



SINTAX PARA LA CREACIÓN DE SUBDIMENSIONES "CRUDAS"

```
COMPUTE Sati= MEAN.5 (B1, B2, B3, B4, B6, B10, B12).  
VARIABLE LABELS Sati "Satisfacción con la salud general".  
RECODE  
  Sati (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Sati ("9").  
VALUE LABELS Sati  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Autoe= MEAN.3 (B5, B7, B8, B9, B11).  
VARIABLE LABELS Autoe "Autoestima".  
RECODE  
  Autoe (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Autoe ("9").  
VALUE LABELS Autoe  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Bfisi=9.  
IF (A4=1) Bfisi = MEAN.16 (C1 to C18, C20, C21, C42, C30, C32).  
IF (A4=2) Bfisi =MEAN.17 (C1 to C18, C20, C21, C42, C30, C32, C29).  
VARIABLE LABELS Bfisi "Bienestar físico".  
RECODE  
  Bfisi (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Bfisi ("9").  
VALUE LABELS Bfisi  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Bemoc=MEAN.10 (C19, C22 to C28, C45, C31, C33, C34, C43, C44).  
VARIABLE LABELS Bemoc "Bienestar emocional".  
RECODE  
  Bemoc (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Bemoc ("9").  
VALUE LABELS Bemoc  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Limi=MEAN.5 (C35, C36, C37, C38, C39, C40, C41).  
VARIABLE LABELS Limi "Limitaciones de actividad".  
RECODE  
  Limi (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Limi ("9").  
VALUE LABELS Limi  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Acfi= MEAN.3 (D1, D2, D3, D4, D5).  
VARIABLE LABELS Acfi "Actividades físicas".  
RECODE  
  Acfi (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Acfi ("9").  
VALUE LABELS Acfi  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Rprob=MEAN.6 (E43, E44, E45, E46, E47, E48, E49, E50).  
VARIABLE LABELS Rprob "Resolución de problemas".  
RECODE  
  Rprob (SYSMIS=9) .
```




```
MISSING VALUES Rprob ("9").  
VALUE LABELS Rprob  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Segu=MEAN.8 (GDFD, BDFD, E14, E40, E41, E39, G29, G30, G31, E7, E42).  
VARIABLE LABELS Segu "Salud y seguridad en el hogar".  
RECODE  
  Segu (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Segu ("9").  
VALUE LABELS Segu  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Parti=MEAN.5 (G2, G1, G3, G4, G5, G27, G28).  
VARIABLE LABELS Parti "Participación familiar".  
RECODE  
  Parti (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Parti ("9").  
VALUE LABELS Parti  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Ries=MEAN.13 (BIKE, MBIK, CAR, ARTS, E17 to E26, RSEX, PAREJ, ANTIC, EMBA).  
VARIABLE LABELS Ries "Riesgo individual".  
RECODE  
  Ries (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Ries ("9").  
VALUE LABELS Ries  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Amena=MEAN.10 (E30, E31, E28, E29, E15, E27, E16, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G20).  
VARIABLE LABELS Amena "Amenazas a logros".  
RECODE  
  Amena (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Amena ("9").  
VALUE LABELS Amena  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Influ=MEAN.3 (E32, E33, E34, E35, E36).  
VARIABLE LABELS Influ "Influencia de pares".  
RECODE  
  Influ (SYSMIS=9) .  
MISSING VALUES Influ ("9").  
VALUE LABELS Influ  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Acade=MEAN.5 (G13, G14, G16, G17, G18, G19, G21).  
VARIABLE LABELS Acade "Rendimiento académico".  
RECODE  
  Acade (SYSMIS=9) .  
VALUE LABELS Acade  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE Labor=MEAN.3 (G23, G24, G25, G26).  
VARIABLE LABELS Labor "Rendimiento laboral".  
RECODE  
  Labor (SYSMIS=9) .  
VALUE LABELS Labor 9 "m.v".
```




SINTAX PARA LA CREACIÓN DE DIMENSIONES "CRUDAS"

```
COMPUTE SATIS = MEAN.2 (Sati, Autoe).  
VARIABLE LABELS SATIS "Satisfaccion".  
RECODE  
  SATIS (SYSMIS=9) .  
VALUE LABELS SATIS  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE BIENE = MEAN.3 (Bfisi, Bemoc, Limi).  
VARIABLE LABELS BIENE "Bienestar".  
RECODE  
  BIENE (SYSMIS=9) .  
VALUE LABELS BIENE  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE RESIST = MEAN.4 (Acfi, Rprob, Segu, Parti) .  
VARIABLE LABELS RESIST "Resistencia".  
RECODE  
  RESIST (SYSMIS=9) .  
VALUE LABELS RESIST  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE RIESG= MEAN.3 (Ries, Amena, Influ).  
VARIABLE LABELS RIESG "Riesgos".  
RECODE  
  RIESG (SYSMIS=9) .  
VALUE LABELS RIESG  
9 "m.v".
```

```
COMPUTE FUNC1= MEAN.2 (Acade, Labor).  
VARIABLE LABELS FUNC1 "Consecucion de funciones".  
RECODE  
  FUNC1 (SYSMIS=9) .  
VALUE LABELS FUNC1  
9 "m.v".
```



SINTAX PARA LA CREACIÓN DE SUBDIMENSIONES Y DIMENSIONES ESTANDARIZADAS

****SINTAX PARA LA CREACIÓN DE LAS SUBDIMENSIONES ESTANDARIZADAS ****

*Para la creación de las subdimensiones y dimensiones estandarizadas se debe utilizar la media y DE del grupo de estudio.

```
COMPUTE TSAT= (((SATI-3.1694)/0.5546) *10) +50.
```

```
RECODE
```

```
  TSAT (SYSMIS=99) .
```

```
MISSING VALUES TSAT ("99").
```

```
VALUE LABELS TSAT
```

```
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TAUTO= (((AUTOE-3.2382)/0.5759) *10) +50.
```

```
RECODE
```

```
  TAUTO (SYSMIS=99) .
```

```
MISSING VALUES TAUTO ("99").
```

```
VALUE LABELS TAUTO
```

```
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TBFIS= (((BFISI-4.2976)/0.4229) *10) +50.
```

```
RECODE
```

```
  TBFIS (SYSMIS=99) .
```

```
MISSING VALUES TBFIS ("99").
```

```
VALUE LABELS TBFIS
```

```
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TBEMO= (((BEMOC-3.9469)/0.6095) *10) +50.
```

```
RECODE
```

```
  TBEMO (SYSMIS=99) .
```

```
MISSING VALUES TBEMO ("99").
```

```
VALUE LABELS TBEMO
```

```
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TLIMI= (((LIMI-4.6631)/0.4124) *10) +50.
```

```
RECODE
```

```
  TLIMI (SYSMIS=99) .
```

```
MISSING VALUES TLIMI ("99").
```

```
VALUE LABELS TLIMI
```

```
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TACFI= (((ACFI-2.8873)/1.0016) *10) +50.
```

```
RECODE
```

```
  TACFI (SYSMIS=99) .
```

```
MISSING VALUES TACFI ("99").
```

```
VALUE LABELS TACFI
```

```
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TRPROB= (((RPROB-2.8928)/0.5090) *10) +50.
```

```
RECODE
```

```
  TRPROB (SYSMIS=99) .
```

```
MISSING VALUES TRPROB ("99").
```

```
VALUE LABELS TRPROB
```

```
99 "m.v".
```



```
COMPUTE TSEGU= (((SEGU-3.7567)/0.7325) *10) +50.  
RECODE  
  TSEGU (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TSEGU ("99").  
VALUE LABELS TSEGU  
99 "m.v".  
  
COMPUTE TPARTI= (((PARTI-3.9763)/0.8206) *10) +50.  
RECODE  
  TPARTI (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TPARTI ("99").  
VALUE LABELS TPARTI  
99 "m.v".  
  
COMPUTE TRIES= (((RIES-4.0397)/0.6105) *10) +50.  
RECODE  
  TRIES (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TRIES ("99").  
VALUE LABELS TRIES  
99 "m.v".  
  
COMPUTE TAMENA= (((AMENA-4.2742)/0.5818) *10) +50.  
RECODE  
  TAMENA (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TAMENA ("99").  
VALUE LABELS TAMENA  
99 "m.v".  
  
COMPUTE TINFLU= (((INFLU-2.9491)/0.6739) *10) +50.  
RECODE  
  TINFLU (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TINFLU ("99").  
VALUE LABELS TINFLU  
99 "m.v".  
  
COMPUTE TACADE= (((ACADE-2.0982)/0.5966) *10) +50.  
RECODE  
  TACADE (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TACADE ("99").  
VALUE LABELS TACADE  
99 "m.v".  
  
COMPUTE TLABOR= (((LABOR-4.4978)/0.6814) *10) +50.  
RECODE  
  TLABOR (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TLABOR ("99").  
VALUE LABELS TLABOR  
99 "m.v".
```



****SINTAX PARA LA CREACIÓN DE LAS DIMENSIONES ESTANDARIZADAS ****

```
COMPUTE TSATIF= (((SATIS-3.2038)/0.4864) *10) +50.  
RECODE  
  TSATIF (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TSATIF ("99").  
VALUE LABELS TSATIF  
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TBIENE= (((BIENE-4.3031)/0.3902) *10) +50.  
RECODE  
  TBIENE (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TBIENE ("99").  
VALUE LABELS TBIENE  
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TRESIS= (((RESIST-3.3707)/0.4375) *10) +50.  
RECODE  
  TRESIS (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TRESIS ("99").  
VALUE LABELS TRESIS  
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TRIESG= (((RIESG-3.7544)/0.5166) *10) +50.  
RECODE  
  TRIESG (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TRIESG ("99").  
VALUE LABELS TRIESG  
99 "m.v".
```

```
COMPUTE TFUNC1= (((FUNC1-3.2497)/0.4614) *10) +50.  
RECODE  
  TFUNC1 (SYSMIS=99) .  
MISSING VALUES TFUNC1 ("99").  
VALUE LABELS TFUNC1  
99 "m.v".
```

ANEXO 5. PRINCIPAL ARTÍCULO DE LA TESIS

Gaceta Sanitaria 37 (2023) 102305

Original

Impacto en la salud del programa de intervención comunitaria «Educación para la salud en la adolescencia»



Laura Pérez Rubio^{a,*}, José Manuel Marugán De Miguelsanz^b,
María Rosario Bachiller Luque^c y Verónica Casado Vicente^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario Parquesol, Valladolid, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Pediatría de Atención Primaria, Centro de Salud Universitario Pilarica, Valladolid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 7 de septiembre de 2022
Aceptado el 21 de marzo de 2023

Palabras clave:
Adolescente
Educación
Promoción de la salud
Medicina comunitaria
Ensayos clínicos controlados no aleatorizados

Keywords:
Adolescent
Education
Health promotion
Community medicine
Non-randomized controlled trials

RESUMEN

Objetivo: Medir el impacto del programa de intervención comunitaria «Educación para la salud en la adolescencia» llevado a cabo en el barrio de Parquesol, Valladolid, durante los años 2015-2019.

Método: Ensayo comunitario de intervención cuasi experimental analítico pre- y postest con grupo control. Se recogieron 407 encuestas de adolescentes. Se utilizó el test CHIP-AE validado para España. Se analizaron los resultados pre- y postest y se compararon con el grupo control.

Resultados: Se encontraron mejoras en el grupo de intervención femenino frente al grupo control en las variables resistencia (3,08 vs. 3,41; $p < 0,01$), salud y seguridad en el hogar (4,30 vs. 4,00; $p < 0,01$), actividades físicas (3,10 vs. 2,00; $p < 0,01$) y autoestima (3,17 vs. 2,79; $p < 0,05$).

Conclusiones: La intervención comunitaria realizada mejora el perfil de salud de los/las adolescentes. La percepción basal de la salud presenta diferencias por sexo, con mayor puntuación en los hombres. La mejoría postintervención es sustancial en las mujeres en resistencia, actividades físicas y salud y seguridad en el hogar. Además, se corrige en la variable autoestima el empeoramiento debido al paso de los años descrito en estudios previos.

© 2023 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health impact of the community intervention programme “Health education in adolescence”

ABSTRACT

Objective: To measure the impact of the community health programme “Education for health in adolescence” carried out in the Parquesol neighborhood, Valladolid (Spain), during the years 2015-2019.

Method: Community-based quasi-experimental pre- and post-test analytical intervention trial with control group. A total of 407 adolescent surveys were collected. The CHIP-AE test validated for Spain was used. Pre- and post-test results were analyzed and compared with the control group.

Results: Improvements were found in the female intervention group compared to the control group in the variables resilience (3.08 vs. 3.41; $p < 0.01$), health and safety at home (4.30 vs. 4.00; $p < 0.01$), physical activities (3.10 vs. 2.00; $p < 0.01$) and self-esteem (3.17 vs. 2.79; $p < 0.05$).

Conclusions: The community intervention carried out improves the health profile of adolescents. The baseline perception of health presents differences by gender, with higher scores in males. Post-intervention improvement is substantial in females in resilience, physical activities and health and safety at home. In addition, the worsening due to the passage of time described in previous studies is corrected in the variables self-esteem, satisfaction and well-being.

© 2023 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La adolescencia es el periodo de la vida durante el cual se desarrolla globalmente la persona, y presenta características propias. La Organización Mundial de la Salud considera la adolescencia el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años¹. Otros organismos,

como la American Academy of Pediatrics, lo alargan hasta los 21 años².

Es la etapa más susceptible de influencias externas, por lo que es importante prestar atención a conductas de riesgo como consumo de drogas, relaciones sexuales sin protección, violencia, conflictos familiares o escolares, trastornos de la conducta alimentaria o uso inadecuado de las nuevas tecnologías³⁻¹⁰.

Los/las adolescentes son un grupo sano. Los ingresos hospitalarios y la mortalidad registran sus cifras más bajas a esas edades¹¹. Sin embargo, tienen baja percepción de las conductas de riesgo y no

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: aruaip.rubio@gmail.com (L. Pérez Rubio).

suelen demandar atención sanitaria^{12,13}. Es importante promover la accesibilidad al centro de salud y aprovechar cualquier consulta para realizar un abordaje de prevención¹⁴⁻¹⁶. La educación en esta etapa beneficia a la sociedad, ya que con mayor probabilidad los factores de riesgo que puedan corregirse perdurarán en el adulto¹⁷⁻²⁰.

En España se han realizado pocos estudios que evalúen la efectividad de los programas de educación en salud y sexualidad en adolescentes, lo que hace que no puedan utilizarse como referentes ni aplicarse mejoras a los mismos. En los últimos años se observa una disminución de la literatura española sobre la educación afectivo-sexual. En el ámbito nacional, las intervenciones que se realizan suelen estar limitadas en el tiempo, con lo cual no se garantiza que los conocimientos y los comportamientos se mantengan, y no se ha generalizado ningún programa que abarque la educación en salud y sexualidad en las escuelas²¹.

Parquesol es una Zona Básica de Salud (ZBS) que presenta una elevada población adolescente. Según el Instituto Nacional de Estadística²², en 2018 se trataba de la segunda zona de Valladolid con mayor número de adolescentes y la tercera con mayor tasa de adolescentes por habitante (tabla 1). Según las conclusiones de un estudio realizado en nuestra ZBS, el perfil de salud de los adolescentes de Parquesol es similar al de otras poblaciones estudiadas (Segovia, Barcelona, Tenerife y Baltimore). La edad se correlaciona con bienestar físico, emocional, limitación de actividad, riesgo individual, amenaza a logros, bienestar global y riesgo global. Las mujeres presentan mayor frecuentación al centro de salud, menor bienestar físico y emocional, mayor limitación de actividad, mayor riesgo individual, mayor amenaza a logros, menor bienestar global y mayor riesgo global; sin embargo, presentan menor influencia de pares. En relación con el perfil de riesgo de los/las adolescentes de nuestra zona, el 21,4% han consumido tabaco, el 46,6% han probado la cerveza o el vino, el 27,7% han tomado más de cinco copas seguidas alguna vez, el 15,9% han fumado cannabis, el 1,8% han consumido cocaína, el 22,7% han robado alguna vez, el 19,1% se han subido a un coche con alguien imprudente y el 41% han conducido bajo los efectos del alcohol o de otras drogas. Según dicho estudio, existe relación entre los/las adolescentes que más frecuentan la consulta y los/las que presentan un mayor riesgo individual (odds ratio: 3,25)²³.

Una parte importante de nuestro trabajo como profesionales de la salud es promocionar hábitos saludables en una población tan vulnerable, así como favorecer su longitudinalidad y accesibilidad al centro de salud.

El programa «Educación para la salud en la adolescencia» se lleva realizando 20 años en el Centro de Salud Parquesol, dirigido por la tutora coordinadora de formación especializada del centro de salud. Los/las residentes, tanto de medicina (MIR) como de enfermería (EIR), desarrollan las charlas y los talleres bajo la supervisión de matronas, enfermeras de pediatría y jóvenes adjuntos de medicina familiar y comunitaria, junto con el profesorado de los institutos. Se trata de un programa de intervención comunitaria de educación sanitaria y afectivo-sexual con un enfoque integral en la población adolescente de nuestra ZBS.

El objetivo principal de este estudio fue medir el impacto de dicho programa durante el periodo 2015-2019. Como objetivos específicos nos planteamos determinar si la intervención fue efectiva y si el cambio provocado por ella sería mayor que el de la evolución por razón de edad de los/las adolescentes.

Método

Diseño

Se trata de un ensayo comunitario de intervención cuasi experimental analítico pre- y postest, con grupo control. Se basó en

un programa comunitario de educación sanitaria y afectivo-sexual dirigido a adolescentes a partir de los 12 años, denominado «Proyecto de salud comunitaria. Educación para la salud en la adolescencia». Se llevó a cabo durante 4 años en la ZBS de Parquesol, Valladolid. La encuesta se cumplimentó durante las horas de tutoría de forma anónima. El estudio fue aprobado por el comité de ética (Ref. CEIm: PI143-19).

Muestra y criterios de inclusión

Se realizó un muestreo por conglomerados, eligiendo los tres institutos de enseñanza superior (IES) de nuestra ZBS y estratificado por cursos de 2.º y 4.º de enseñanza secundaria obligatoria (ESO). Se recogieron 407 encuestas de un total de 551 alumnos entre 13 y 17 años (tasa de respuesta del 74%).

El grupo de intervención (GI) lo formaron 151 alumnos matriculados en 4.º de ESO en los IES Parquesol y Julián Marías (Valladolid) en el curso académico 2018-2019. Recibieron la intervención desde que cursaban 1.º de ESO en el curso académico 2015-2016 y respondieron la encuesta al finalizar la intervención en 2019.

El grupo control (GC) lo formaron 43 alumnos que en el curso 2018-2019 se encontraban en 4.º de la ESO en el IES José Jiménez Lozano (Valladolid). Este grupo respondió al cuestionario sin recibir la intervención.

El grupo basal (GB) fueron 213 alumnos de 2.º de ESO (curso 2015/16) de los mismos IES que el GI. Estos respondieron el cuestionario antes de recibir la intervención. No se pudieron obtener las respuestas previas del GI, pero utilizamos los datos del GB para estudiar el efecto de la edad.

Se estableció como criterio de inclusión ser alumno/a matriculado/a en el IES a estudio y aceptar participar, con el consentimiento informado de sus padres/madres o tutores/as legales. Como criterio de exclusión se estipuló no aceptar participar o no obtener la autorización de sus padres/madres o tutores/as legales, o estar destinado/a al grupo de intervención sin haber recibido la intervención. En ninguno de los centros educativos escogidos se realizaban previamente intervenciones comunitarias ni formaciones sobre salud y educación afectivo-sexual.

Programa de intervención

Se utilizó metodología constructivista, siendo esta la corriente educativa que entrega a los/las alumnos/as las herramientas necesarias para que ellos/ellas mismos/as construyan su aprendizaje. Respecto a la educación sexual, se fundamentó en el modelo biográfico-profesional, que parte del concepto positivo de la salud y se fundamenta en el conocimiento científico, la formación no sesgada y la libre elección.

Se utilizó material diseñado para la educación para la salud con el fin de favorecer la participación del alumnado y generar un aprendizaje activo: audiovisual, juegos, etc.

Las charlas y los talleres educativos se adaptaron al nivel de los/las adolescentes y atendiendo a la diversidad. Los temas a tratar fueron: alimentación y hábitos saludables; autoestima, resiliencia, igualdad y ética de las relaciones; pubertad; sexualidad; anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual; amor romántico y duelo en la ruptura amorosa; prevención de hábitos tóxicos, primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar; y prevención de drogodependencias.

Instrumento de medida y variables

Se utilizó el cuestionario *Child Health and Illness Profile, Adolescent Edition* (CHIP-AE) validado para España²⁴, que es una medida genérica del estado de salud percibido para adolescentes. Incluye

Tabla 1
Número de personas empadronadas por zonas estadísticas según grupo de edad, a fecha 1-1-2018

Zona estadística Valladolid	Total de población	10-19 años	Tasa de adolescentes	Tasa adolescentes general
Las Villas-Cañada Puente Duero-Covaresa-Parque Alameda-Paula López	22.377	3.138	14,02%	12,10%
Farguesol	25.832	3.079	11,92%	11,87%
Delicias	26.233	2.016	7,68%	7,77%
Avenida de Burgos-Canal de Castilla	14.314	1.479	10,33%	5,70%
Caamaño-Las Viudas	14.908	1.428	9,54%	5,50%
Rondilla	16.340	1.203	7,36%	4,64%
Pajarillos Bajos	14.232	1.110	7,80%	4,28%
Paseo Zorrilla (Alto)	13.316	860	6,46%	3,31%
Girón	9.431	855	9,07%	3,30%
Centro	8.684	705	8,12%	2,72%
Circular	9.887	631	6,38%	2,43%
Caño Argales	7.438	597	8,03%	2,30%
Filarica	8.516	541	6,35%	2,09%
Paseo Zorrilla (Bajo)	6.317	539	8,53%	2,08%
Campo Grande	6.501	426	6,55%	1,64%
Huerta del Rey (Alta)	6.380	421	6,60%	1,62%
Pajarillos Altos	3.929	412	10,49%	1,59%
La Overuela-Navabuena	2.664	398	14,94%	1,53%
Hospital	7.109	365	5,13%	1,41%
Cuatro de Marzo	3.562	314	8,82%	1,21%
Arturo Eyrías (Alto)	3.188	313	9,82%	1,21%
La Rubia	3.983	304	7,63%	1,17%
Páramo San Isidro-Poblado Esperanza	2.801	301	10,75%	1,16%
Santa Clara	4.870	282	5,79%	1,09%
Universidad	4.901	281	5,73%	1,08%
San Nicolás	3.744	275	7,35%	1,06%
Vadillos	4.114	270	6,56%	1,04%
San Miguel	4.215	269	6,38%	1,04%
San Pedro Regalado	2.749	258	9,39%	0,99%
Barrio España	2.501	245	9,80%	0,94%
Huerta del Rey (Media)	2.975	237	7,97%	0,91%
Batalas	3.007	215	5,96%	0,83%
Camino de la Esperanza	2.210	207	9,37%	0,80%
Arturo León	2.841	206	7,25%	0,79%
Las Flores	2.142	205	9,57%	0,79%
Belén	1.829	192	10,50%	0,74%
Huerta del Rey (Baja)	2.093	159	7,60%	0,61%
Gavilla	2.026	157	7,75%	0,61%
Polígono de Argales	2.596	144	5,55%	0,56%
Arturo Eyrías (Bajo)	1.240	140	11,29%	0,54%
San Juan	1.896	129	6,80%	0,50%
Puente Duero	1.126	125	11,10%	0,48%
San Juan II	1.040	120	7,32%	0,46%
San Pablo	1.877	117	6,23%	0,45%
El Pinar de Antequera	975	114	11,69%	0,44%
Barriada Guardia Civil	1.268	84	6,62%	0,32%
Colegio Cristo Rey-Insonusa	1.429	77	5,39%	0,30%
Total población Valladolid	298.866	25.943		

Nota: datos obtenidos de la web del Ayuntamiento de Valladolid y del Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

seis dimensiones (satisfacción, bienestar, resistencia, riesgos, enfermedades y consecución de funciones) y 20 subdimensiones con un total de 182 ítems (tabla 2). La versión española del CHIP-AE es equivalente semánticamente y conceptualmente a la original, y los resultados de sus propiedades psicométricas son adecuados, obteniendo coeficientes de fiabilidad superiores a 0,70 en la mayoría de las variables^{25,26}.

No se analizó la dimensión enfermedades, con sus seis subdimensiones, ya que es opcional y no resultaba de utilidad en nuestro estudio. Tampoco se consideró la subdimensión rendimiento laboral debido al mínimo número de alumnos que trabajan a esta edad. Por lo tanto, contamos con cinco dimensiones y 13 subdimensiones, sumando un total de 133 ítems.

Análisis estadístico

Se utilizó la aplicación informática IBM-SPSS Statistics versión 25 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Se realizó una valoración global desde las variables de las dimensiones y las subdimensiones mediante la sintaxis creada por sus autores.

La descriptiva de las variables categóricas se plasmó en tablas de frecuencias y porcentajes; para las variables cuantitativas se utilizaron estadísticos de centralidad (media con su intervalo de confianza y mediana), de variabilidad (mínimo y máximo, desviación estándar y amplitud intercuartil) y estadísticos de forma (asimetría y curtosis, que se emplearon para determinar el ajuste de las variables al modelo de la normal de Gauss).

Ante la falta de normalidad estadística de las variables cuantitativas, se empleó el test inferencial de contraste de Mann-Whitney para la diferencia entre promedios en dos grupos de sujetos independientes entre sí. Se acompañó este test con la estimación del valor del tamaño del efecto (expresado en escala R^2 para más comodidad de interpretación) (tabla 3).

Para el contraste inferencial de variables categóricas se emplearon tablas de contingencia y la prueba de ji al cuadrado. Esta se acompañó del tamaño del efecto (en R^2), estimado como el cuadrado del índice W de Cramer, específico para estos cruces y similar al coeficiente de Pearson.

El nivel de significación se informó en todos los casos y se estableció, para todas las pruebas, en $p < 0,05$.

Tabla 2
Dimensiones y subdimensiones de la versión española del CHIP-AE

Dimensiones (total de ítems): descripción de la dimensión	Subdimensiones	N.º de ítems
Satisfacción (12): percepción del estado general de salud y bienestar	Satisfacción salud general	7
	Autoestima	5
Bienestar (45): sensaciones físicas y emocionales que interfieren en el confort	Bienestar físico	24
	Bienestar emocional	14
	Limitaciones de actividad	7
Resistencia (31): estados y conductas que reducen la probabilidad de subsecuentes problemas de salud	Participación familiar	7
	Resolución de problemas	8
	Actividad física	5
	Salud y seguridad en el hogar	11
Riesgos (38): estados y conductas que acentúan la probabilidad de subsecuentes problemas de salud o accidentes	Riesgo individual	18
	Amenazas a logros	15
	Influencia de pares	5
Enfermedades (45): diagnósticos que incluyen enfermedades agudas, crónicas, accidentes y problemas de salud mental	Enfermedades agudas leves	10
	Enfermedades agudas graves	9
	Enfermedades recurrentes	11
	Enfermedades clínicas de larga duración	6
	Enfermedades quirúrgicas de larga evolución	5
	Enfermedades psicológicas	4
Rendimiento (11): rendimiento esperado en la escuela y el trabajo	Rendimiento laboral	4
	Rendimiento académico	7
		182

Nota: en nuestro estudio no se analizaron la dimensión Enfermedades ni la subdimensión Rendimiento laboral. Elaboración propia.

Tabla 3
Relación de los valores d de Cohen con R² y el coeficiente r de correlación

T.E. pequeño			T.E. moderado			T.E. grande			T.E. muy grande		
d	R ²	r	d	R ²	r	d	R ²	r	d	R ²	r
<	<	<	0,40	0,038	0,196	0,80	0,138	0,371	1,20	0,265	0,514
0,10	0,002	0,050	0,50	0,059	0,243	0,90	0,108	0,410	1,30	0,267	0,545
0,20	0,010	0,100	0,60	0,083	0,287	1,00	0,200	0,447	1,40	0,329	0,573
0,30	0,022	0,148	0,65	0,096	0,309	1,10	0,232	0,482	1,50	0,360	0,600
0,35	0,030	0,172	0,70	0,109	0,330	1,15	0,250	0,500	>	>	>

T.E.: tamaño del efecto.

Tabla elaborada por 3 Datos SL.

Resultados

Descripción de la muestra total

De los/las 407 encuestados/as, 213 se encontraban en 2.º de ESO (el 76% de 13 años). El resto, 194 alumnos/as, pertenecían a 4.º de ESO (el 76,7% de 15 años). Por sexo, el grupo estaba equilibrado entre hombres y mujeres (48,2% y 51,8%, respectivamente).

Respecto a las variables, los resultados indicaron bastante homogeneidad en la mayoría de las variables (tabla 4).

Para la interpretación de los resultados en las variables de naturaleza negativa (riesgos, amenazas a logros, limitación de la actividad e influencia de pares), la mejora será inversamente proporcional al valor de la puntuación obtenida.

Diferencias en función del sexo

Se comprobó si existían diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres comparando los valores medios de todas las variables acompañados de la estimación del tamaño del efecto, expresado en escala R² (tabla 5). Se encontraron suficientes evidencias estadísticas, y sólidas según los valores de p y los tamaños del efecto, de diferencias en función del sexo en nueve de las 18 variables contrastadas. Se realizó un análisis por separado de hombres y mujeres para aportar una perspectiva de género al estudio (tabla 6).

Comparación entre grupos: GI vs. GC

En los varones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni efecto suficiente como para poder hablar de

diferencias entre los grupos GI y GC de varones en la mayoría de las variables (Tabla 6). Solo se observaron diferencias significativas en las variables influencia de pares y limitaciones de la actividad, siendo la media del GI mayor que la del GC. Sin embargo, en estas variables no se encontraron diferencias entre el GI y el GB.

En las mujeres se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el GI y el GC de mujeres en la dimensión resistencia, con efecto moderado, siendo la media más elevada (favorable) en el GI; también en las subdimensiones salud y seguridad en el hogar, actividades físicas y autoestima, en las que puntuaron más alto (favorable) las mujeres del GI que las del GC, con efecto moderado. En el resto de las variables no se hallaron diferencias significativas.

Comparación entre grupos: GI vs. GB

En los varones, al comparar los valores medios de las variables de las dimensiones y subdimensiones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el GB y el GI, salvo en la variable resolución de problemas.

En las mujeres, al contrastar las dimensiones en el GB y el GI encontramos diferencias estadísticamente significativas y con efectos notables en algunas de ellas. En concreto, en la dimensión riesgos, con efecto grande, el valor medio fue inferior en las mujeres del GI que en las del GB (favorable en este caso); en cambio, en las dimensiones bienestar y satisfacción, con efecto grande y moderado-leve respectivamente, la media en el GI resultó inferior que en el GB.

Al estudiar las subdimensiones se encontraron cambios favorables al GI en las variables influencia de pares, amenazas a logros, limitaciones a la actividad, riesgo individual y salud y seguridad

Tabla 4
 Análisis descriptivo. Variables de las dimensiones y subdimensiones del cuestionario CHIP-AE en la muestra total (n = 407)

Variable de la dimensión	Centralidad			Variabilidad				Forma	
	Media	IC95%	Mediana	Mín.	Máx.	DE	Amplitud intercuartil	Asim.	Curt.
Satisfacción	3,27	3,22-3,32	3,33	1,70	4,43	0,50	0,64	-0,51	0,00
Bienestar	4,34	4,29-4,39	4,43	2,42	6,35	0,47	0,56	-1,03	2,45
Resistencia	3,70	3,65-3,74	3,69	2,33	6,36	0,47	0,54	1,34	7,22
Riesgos	4,23	4,20-4,29	4,30	2,83	6,02	0,40	0,45	-0,34	1,92
Consecución de funciones	1,43	1,33-1,52	1,14	0,50	6,21	0,97	0,50	2,87	8,75
Satisfacción con la salud	3,24	3,19-3,30	3,29	1,86	4,57	0,53	0,71	-0,27	-0,39
Autoestima	3,30	3,24-3,36	3,40	1,40	5,40	0,61	0,80	-0,50	0,55
Bienestar físico	4,33	4,29-4,38	4,43	2,25	5,21	0,47	0,58	-1,26	2,32
Bienestar emocional	4,00	3,94-4,07	4,14	1,79	5,57	0,69	0,93	-0,81	0,25
Limitaciones de actividad	4,68	4,63-4,73	4,80	1,86	5,14	0,48	0,43	-2,80	9,89
Actividades físicas	3,26	3,18-3,35	3,40	1,20	5,60	0,88	1,40	-0,17	-0,55
Resolución de problemas	2,95	2,90-3,01	3,00	1,00	4,00	0,56	0,63	-0,60	0,09
Salud y seguridad en hogar	4,16	4,12-4,21	4,18	2,27	5,61	0,48	0,55	-0,35	1,03
Participación familiar	4,31	4,24-4,38	4,43	1,71	6,14	0,74	0,86	-0,97	1,31
Riesgo individual	4,83	4,79-4,88	4,87	3,09	6,59	0,46	0,52	-0,20	1,42

DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 5
 Análisis inferencial. Diferencias en las variables de las dimensiones y subdimensiones del cuestionario CHIP-AE en función del sexo

Variable de la dimensión	Media (± DE)		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
	Hombres (n = 196)	Mujeres (n = 211)	Valor Z _u	p	
Satisfacción	3,40 (± 0,45)	3,15 (± 0,52)	4,70 ^a	0,000	0,064
Bienestar	4,45 (± 0,42)	4,24 (± 0,50)	4,44 ^a	0,000	0,050
Resistencia	3,78 (± 0,51)	3,62 (± 0,42)	3,62 ^a	0,000	0,029
Riesgos	4,27 (± 0,41)	4,21 (± 0,39)	1,72 NS	0,086	0,005
Consecución de funciones	1,51 (± 1,07)	1,30 (± 0,86)	0,04 NS	0,966	0,006
Satisfacción con la salud	3,40 (± 0,48)	3,08 (± 0,53)	5,97 ^a	0,000	0,097
Autoestima	3,39 (± 0,55)	3,21 (± 0,65)	2,72 ^a	0,007	0,021
Bienestar físico	4,41 (± 0,42)	4,26 (± 0,51)	2,99 ^a	0,003	0,023
Bienestar emocional	4,23 (± 0,57)	3,79 (± 0,73)	6,16 ^a	0,000	0,058
Limitaciones de actividad	4,70 (± 0,49)	4,67 (± 0,48)	1,26 NS	0,207	0,001
Actividades físicas	3,58 (± 0,82)	2,97 (± 0,84)	6,90 ^a	0,000	0,120
Resolución de problemas	2,92 (± 0,61)	2,99 (± 0,50)	1,45 NS	0,252	0,004
Salud y seguridad en hogar	4,14 (± 0,51)	4,18 (± 0,45)	0,66 NS	0,509	0,002
Participación familiar	4,31 (± 0,72)	4,31 (± 0,70)	0,25 NS	0,803	0,000
Riesgo individual	4,86 (± 0,49)	4,81 (± 0,44)	0,36 NS	0,720	0,002
Amenazas a logros	4,50 (± 0,64)	4,51 (± 0,51)	0,19 NS	0,850	0,000
Influencia de pares	3,40 (± 0,51)	3,26 (± 0,56)	2,63 ^a	0,008	0,016
Rendimiento académico	2,20 (± 0,65)	2,32 (± 0,60)	1,80 NS	0,073	0,008

DE: desviación estándar; NS: no significativo.

^a Altamente significativo.

Tabla 6
 Comparación de las diferencias, por sexo, entre el GI y los GB y GC en los valores medios de las variables de las dimensiones y subdimensiones del CHIP-AE

Variable	Hombres					Mujeres				
	GI	GB	GC	GI-GB	GI-GC	GI	GB	GC	GI-GB	GI-GC
Satisfacción	3,35	3,44	3,41	-0,11	-0,06	3,09	3,26	2,84	-0,17 ^{ab}	0,25
Bienestar	4,41	4,50	4,32	-0,09	0,09	4,08	4,43	3,55	-0,35 ^{ab}	0,13
Resistencia	3,73	3,79	3,93	-0,06	-0,20	3,68	3,61	3,41	0,07	0,27 ^{ac}
Riesgos	4,25	4,30	4,17	-0,05	0,08	4,05	4,38	3,59	-0,33 ^{ac}	0,06
Consecución de funciones	1,57	1,52	1,26	0,05	0,31	1,25	1,46	1,25	-0,21	0,00
Satisfacción con la salud	3,38	3,44	3,39	-0,06	-0,01	3,02	3,18	2,88	-0,16 ^{ab}	0,14
Autoestima	3,32	3,43	3,43	-0,11	-0,11	3,17	3,34	2,79	-0,17 ^{ab}	0,38 ^{ac}
Bienestar físico	4,34	4,47	4,31	-0,13	0,03	4,09	4,46	4,00	-0,37 ^{ab}	0,09
Bienestar emocional	4,15	4,29	4,14	-0,14	0,01	3,56	4,06	3,40	-0,50 ^{ab}	0,16
Limitaciones de actividad	4,67	4,75	4,51	-0,08	0,16 ^{ab}	4,59	4,77	4,45	-0,18 ^{ac}	0,14
Actividades físicas	3,54	3,56	3,89	-0,02	-0,35	3,16	2,91	2,60	0,23	0,56 ^{ac}
Resolución de problemas	3,09	2,79	3,00	0,30 ^{ac}	0,09	2,93	3,01	3,08	-0,08	-0,15
Salud y seguridad en hogar	4,11	4,15	4,17	-0,04	-0,06	4,30	4,13	4,00	0,17 ^{ac}	0,30 ^{ac}
Participación familiar	4,22	4,37	4,23	-0,15	-0,01	4,25	4,41	4,08	-0,16	0,17
Riesgo individual	4,86	4,85	4,88	0,01	-0,02	4,70	4,52	4,73	-0,22 ^{ac}	-0,03
Amenazas a logros	4,50	4,48	4,65	0,02	-0,15	4,41	4,63	4,29	-0,22 ^{ac}	0,12
Influencia de pares	3,34	3,51	2,99	-0,17	0,35 ^{ab}	3,01	3,52	2,96	-0,51 ^{ac}	0,05
Rendimiento académico	2,20	2,21	2,13	-0,01	0,07	2,32	2,32	2,27	0,00	0,05

GB: grupo basal; GC: grupo control; GI: grupo de intervención.

^a Diferencias significativas (p < 0,05).

^b Variables que empeoran.

^c Variables que mejoran.

en el hogar, así como cambios favorables al GB en las variables bienestar físico, bienestar emocional, satisfacción con la salud y autoestima, en las que la media fue inferior en el GI que en el GB. Estos resultados, *a priori* paradójicos, se explicarán en el apartado Discusión, al comparar con el GC.

En el resto de las variables no se encontraron diferencias significativas.

Discusión

Existen pocos estudios que abarquen todas las dimensiones de la salud percibida^{27,28} y, de los que hay, muchos no encuentran resultados significativos²⁹; además, suelen ser intervenciones a corto plazo. Nuestro estudio demuestra la efectividad de una intervención realizada a largo plazo (durante varios cursos académicos) en adolescentes, con una metodología constructivista y analizando las diferencias por género. Estudio sobre las diferencias de género en la salud autopercibida en adolescentes en España realizado en 2009³⁰ coincide en una peor percepción de la salud general, física y emocional de las mujeres frente a los hombres. En consonancia con estudios previos^{1,4,30,31}, los varones tienen una puntuación previa a la intervención mayor en todas las variables en que se encuentran diferencias. De base, estos presentan mejor satisfacción en general y también con su salud; mejor bienestar en general, tanto emocional como físico; mayor resistencia; mejor autoestima, y mejor puntuación en actividades físicas. Sin embargo, presentan también mayor puntuación en influencia de pares, lo que significa que se dejan influenciar más por las compañías en cuanto a consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, e inicio de relaciones sexuales.

En los hombres, en las pocas variables en las que encontramos diferencias significativas en el GI frente al GB, no existen después al compararlas con el GC, por lo que no puede descartarse un cambio debido al paso de los años. Y viceversa, las escasas diferencias significativas encontradas en el GI frente al GC no existen al comparar con el GB. Por lo tanto, no podemos afirmar que la intervención haya sido efectiva en el grupo masculino.

En cuanto a las mujeres, parecen paradójicos los resultados de empeoramiento del GI frente al GB en las dimensiones bienestar y satisfacción. Sin embargo, en estas variables no hubo cambios respecto al alumnado de la misma edad (GI y GC). En cuanto a la variable autoestima, empeoró en el GI respecto al GB, y en cambio mejoró respecto a sus coetáneos (GC). En estudios previos³¹ se ha descrito un empeoramiento del estado de salud conforme aumenta la edad, más acentuado en el sexo femenino. Este empeoramiento descrito se refleja en las variables bienestar y satisfacción, apreciándose un no empeoramiento gracias a la intervención en la variable autoestima. Además, fuera del efecto edad, se encontraron mejoras en el GI frente al GC en las variables resistencia, salud y seguridad en el hogar, y actividades físicas.

Así pues, la intervención es efectiva mejorando el perfil de salud de los/las adolescentes en algunas variables, sobre todo en el sexo femenino.

En el ámbito nacional, los resultados obtenidos en programas de educación sexual analizados por Barriuso-Ortega et al.²¹ son positivos, pero hay pocos datos claros respecto a su efectividad debido principalmente a la falta de calidad de los estudios.

En cuanto a las características de la intervención, la mayoría de los programas de educación sexual que se desarrollan en España analizados por Barriuso-Ortega et al.²¹ siguen el modelo biográfico-profesional, basado en el abordaje integral de la sexualidad, con una metodología constructivista, como se aplicó en nuestra intervención. Varios de estos programas obtienen resultados positivos y superiores en comparación con otros programas basados exclusivamente en la evitación de prácticas de riesgo (modelo de riesgos) o en creencias religiosas (modelo moral). En concreto, estos son el programa Agarimos³², el programa P.E.Sex³³ y el programa SOMOS³⁴.

Realizar intervenciones de este tipo es importante para mejorar la salud percibida de los adolescentes. Deben ser parte, preferiblemente, de programas prolongados en el tiempo, ya que las intervenciones breves tienen poca evidencia de efectividad^{27,35}. Esto permite realizar estudios longitudinales con mayor validez, además de poder contar con la evaluación a largo plazo de los conocimientos, las actitudes y los comportamientos adquiridos³¹.

El programa de intervención comunitaria aplicado mejora la salud percibida de los/las adolescentes, en especial de las mujeres. Ante las diferencias encontradas en función del sexo, sería interesante continuar la línea de investigación en este sentido para analizar las causas y mejorar los programas de intervención con perspectiva de género para aumentar su efectividad.

Tras los resultados favorables de este estudio, proponemos que se fomenten las intervenciones comunitarias, no solo desde la cartera de servicios de Atención Primaria en colaboración con los activos comunitarios, sino también desde los programas formativos MIR y EIR, para mejorar sus competencias en salud comunitaria y abordar la educación en la adolescencia desde un enfoque multidisciplinario.

La principal limitación de este estudio es el tamaño muestral reducido y limitado a nuestra ZBS, así como las diferencias de tamaño entre los grupos. Otra limitación es no contar con los datos previos a la intervención en los/las mismos/as alumnos/as del GI estudiado. Para futuros estudios se recomienda aumentar el tamaño muestral y partir de un muestreo aleatorizado, con la participación de diversas ZBS. Además, sería interesante contar con un seguimiento del alumnado y analizar su perfil de salud tras varios años de la intervención, evaluando los efectos a largo plazo.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La educación y la prevención en la adolescencia pueden condicionar la persona que se será en el futuro. En estudios previos se observa una peor percepción de la salud general, física y emocional de las mujeres frente a los hombres. Además, se describe un empeoramiento del estado de salud conforme aumenta la edad.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Existen pocos estudios que abarquen todas las dimensiones de la salud percibida en jóvenes y que las distingan según género. De los que hay, muchos no encuentran resultados significativos.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Realizar intervenciones comunitarias sanitarias y afectivo-sexuales en adolescentes mejora su salud percibida, siendo más notable en el sexo femenino.

Editora responsable del artículo

Azucena Santillán-García.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del

6

estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

L. Pérez Rubio, como autora principal, ha realizado la mayor parte del trabajo de campo del estudio y ha redactado el artículo. El resto de las personas firmantes han colaborado en el diseño del estudio y en la corrección del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente. OMS; 2022. (Consultado el 3/1/2022). Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab.1>.
- Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia. *American Academy of Pediatrics*. 2019 (Consultado el 29/1/2022). Disponible en: <https://healthychildren.org/Spain/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>.
- Hidalgo Vicario MI, Ceñal González Fierro MJ, Güemes Hidalgo M. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine (Spain)*. 2014;111:379-87.
- Alfaro González M, Vázquez Fernández MA, Fierro Urturi A, et al. Hábitos de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;18:221-9.
- Alfaro González M, Vázquez Fernández ME, Fierro Urturi A, et al. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:217-25.
- Rosalba García E, Romero Muñoz N, Gaquín Ramírez K, et al. Conductas de riesgo en los adolescentes. *Rev Cub Med Mil*. 2015;44:218-29.
- Riquelme M, García OF, Serra E. Psychosocial maladjustment in adolescence: parental socialization, self-esteem, and substance use. *Anal Psicol*. 2018;34:330-44.
- Gracia-Leyva M, Puente-Martínez A, Urbillos-Landa S, et al. Dating violence (Dv): a systematic meta-analysis review. *Anal Psicol*. 2019;35:300-13.
- Mayorga E, Novo M, Fariña F, et al. Needs analysis for the personal, social, and psychological adjustment of adolescents at risk of delinquency and juvenile offenders. *Anal Psicol*. 2020;36:400-7.
- Pérez-Fuentes MDC, Jurado MDM, Linares JIG. Expectations and sensation-seeking as predictors of binge drinking in adolescents. *Anal Psicol*. 2019;35:124-30.
- Junta de Castilla y León. Resultados del cuestionario del estudio descriptivo sobre los hábitos y estilos de vida en la población joven de Castilla y León. Curso escolar 2015/2016. SACYL: Salud Castilla y León; 2016. p. 15-6. Disponible en: <https://www.saludcastilyleon.es/es/salud-estilos-vida/habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon/resultados-cuestionarios-habitos-estilos-vida-poblac-159fb0/curso-2015-2016-resultados-cuestionario-estimaciones-poblac/resultados-cuestionario-curso-escolar-2015-2016/ficheros/1581416-EstudioHabitEstilosVidajovenCyl2015-16.pdf>.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). 1994-2021. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2021. Disponible en: https://pnst.salud.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/sistemainformacion/pdf/ESTUDES_2021_informe.de_Resultados.pdf.
- Pareja Sierra SL, Roura Carvajal E, Millá-Villarroel R, et al. Estudio y promoción de hábitos alimentarios saludables y de actividad física entre los adolescentes españoles: programa TAS (Tú y Alicia por la Salud). *Notr Hosp*. 2018;33(spe4):121-9.

- Piko BF. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr*. 2007;106:701-8.
- Salmerón Ruiz MA, Rivero JC, Guerrero Alzola F. Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición. *Pediatr Integral*. 2017;21:245-53. Disponible en: <http://www.pediatrintegral.es/publicacion-2017-06/problemas-de-salud-en-la-adolescencia-patologia-cronica-y-transicion/>
- Vallejo Matavera V, Rodríguez Molinero L, Hidalgo Vicario MI. Situación actual de la adolescencia. Datos epidemiológicos: morbilidad, motivos de consulta y mortalidad. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT, editores. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 3.ª ed. Majadahonda (Madrid): SEMA; 2021. p. 1-9.
- Copeland WE, Angold A, Shannah L, et al. Predicting persistent alcohol problems: a prospective analysis from the Great Smoky Mountain Study. *Psychol Med*. 2012;42:1925-35.
- Neves SC, Rodrigues LM, São Bento PA, de S, et al. Risk factors involved in adolescent obesity: an integrative review. *Cien Saude Colet*. 2011;20:4871-84.
- Rodríguez Molinero L. El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y médicos. *Pediatr Integral*. 2017;21:201-9.
- Galdó Muñoz C. El adolescente normal. Desarrollo físico, psíquico y social. *Rev Esp Pediatr*. 2007;63:20-8.
- Barriuso-Ortega S, Heras-Sevilla D, Fernández-Hawrylak M. Analysis of sex-education programs for teenagers in Spain and other countries. *Revista Electrónica Educare*. 2022;26:1-21.
- Ayuntamiento de Valladolid, Padrón Municipal de Habitantes. Características de la población a fecha de 1-1-2018 según edad y sexo por zonas estadísticas en grupos quinquenales. Fuente de los datos: Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en: <https://www.valladolid.es/es/ciudad/estadisticas/utilidad/servicios/observatorio-urbano-datos-estadisticos-ciudad/datos-estadisticos-temas/informacion-estadistica-ciudad/poblacion/caracteristicas-poblacion/caracteristicas-poblacion-fecha-referencia-1-1-2018>.
- García B. Proyecto de investigación del CS Parquesol 2007-2008: "¿Existe asociación entre la frecuentación de los adolescentes en atención primaria y la presencia de conductas de riesgo?". Proyecto Fin de Máster. Premio Extraordinario. Elche. Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2008.
- Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, et al. Manual de la versión española del perfil de salud de adolescentes (CHP-AE). Versión española del Child Health and Illness Profile: Adolescent Edition (CHIP-AE) Starfield B, et al, 1995, 2003.
- Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, et al. The Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AETM). *Qual Life Res*. 2003;12:303-13.
- Serra Sutton V. Desarrollo de la versión española del Child Health and Illness Profile para medir el estado de salud percibido en la adolescencia. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. 2006. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10803/4021>
- Pérez-Jorge D, González-Luis MA, Rodríguez-Jiménez MDC, et al. Educational programs for the promotion of health at school: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:10818.
- Paricio D, Rodrigo MF, Víguer P, et al. Positive adolescent development: effects of a psychosocial intervention program in a rural setting. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1-17.
- Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Effect of the school health promotion strategy «Forma Joven». *Gas Sanit*. 2019;33:74-81.
- Vélez Galarraga R, López Aguilá S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gas Sanit*. 2009;23:433-9.
- Cavallo F, Zambon A, Boraccino A, et al. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res*. 2000;15:1577-83.
- Carreira-Fernández MV, Lameiras-Fernández M, Foltz ML, et al. Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7:739-51.
- Claramunt Busó C. Valoración del programa de educación sexual (P.E. Sex) en adolescentes de 13 a 16 años. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2011. Disponible en: <https://e-spacio.umed.es/tez/eserv/tesisuned/Psicologia-Claramunt/Documento.pdf>.
- Heras Sevilla D, Lara Ortega F, Fernández-Hawrylak M. Evaluación de los efectos del Programa de Educación Sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*. 2016;21:321-37.
- Camey T, Myers BJ, Louw J, et al. Brief school-based interventions and behaviour outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010. CD008969.

ANEXO 6. TGF PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL PERFIL DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES

TRABAJO FIN DE GRADO

**PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL
PERFIL DE SALUD DE LOS
ADOLESCENTES.**



Universidad de Valladolid.

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología

Curso 2022/2023.

Autora: Miriam Calcerrada Alises.

Tutora: Verónica Casado Vicente.

Cotutora: Laura Pérez Rubio.

UVa

Análisis del impacto en la salud del programa de intervención comunitaria
“Educación para la salud en la adolescencia”

ÍNDICE:

1. Resumen.....	página 3.
2. Introducción.....	página 4.
3. Objetivos.....	página 4.
4. Material y métodos.....	página 4 a 7.
5. Resultados.....	página 7 a 11.
6. Discusión.....	página 11 a 14.
7. Limitaciones.....	página 14.
8. Conclusiones.....	página 14 a 15.
9. Aspectos éticos y conflictos de interés.....	página 15.
10. Bibliografía.....	página 15 a 18.
11. Anexos.....	página 19 a 26.
10.1. Anexo I. Test CHIP-AE.	
10.2. Anexo II. Composición de la muestra según curso y género.	
10.3. Anexo III. Análisis estadístico: Actividad física.	
10.4. Anexo IV. Análisis estadístico: Autoestima.	

1. RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La adolescencia es una época de cambio, transformación y generación de la personalidad futura y, entre otros aspectos, se adquieren los roles de género. Estas transformaciones pueden afectar a la salud del adolescente determinando diferente vulnerabilidad y susceptibilidad a la enfermedad según el sexo.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este trabajo radica en el análisis de posibles diferencias en competencias básicas de la población adolescente en función del género y la influencia de la edad sobre estas. Como objetivo secundario se pretende revisar el riesgo que podrían suponer y proponer diferentes alternativas para su resolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: El presente estudio observacional de tipo descriptivo se desarrolla a partir de la investigación sobre el impacto de la intervención comunitaria en el perfil de salud de los adolescentes desarrollada en el barrio de Parquesol (Valladolid) entre los años 2015 y 2019 a la que se pretende enriquecer por medio de nuevas conclusiones derivadas de las diferencias de género.

El análisis se realiza mediante el test CHIP-AE validado para España, cumplimentado por alumnos/as de 2º de la ESO de los IES Julián Marías y Parquesol y por aquellos/as pertenecientes a 4º de la ESO de los IES José Jiménez Lozano, Julián Marías y Parquesol en los que, por su interés, se escogen como variables a estudio la actividad física realizada, la autoestima y la influencia de pares.

RESULTADOS: La actividad física resultó ser insuficiente para todas las edades de los alumnos encuestados, pero más aún en el caso de las mujeres, aunque las diferencias entre géneros disminuyen con el paso de los años. En el caso de la autoestima, las mujeres de nuevo se perfilan como aquellas con peor autoconcepto, aumentando las diferencias con la edad. En cuanto a la influencia de pares, los varones parecen ser más sugestionables a la presión que el entorno ejerce sobre ellos a la hora de adoptar conductas de riesgo y más aún cuanto más mayores son.

CONCLUSIÓN: Las diferencias evidenciadas exponen una realidad sobre la que este trabajo pretende sensibilizar para lograr una mejora en el perfil de salud presente y futuro de los adolescentes. Intervenciones comunitarias coordinadas centradas en las necesidades específicas de la población adolescente desarrolladas desde una perspectiva de género han demostrado reportar numerosos beneficios.

2. INTRODUCCIÓN:

La división tradicional de roles de género que comenzó a romperse durante el siglo XX continúa en nuestros días. Las sociedades actuales con influencia occidental persiguen posturas igualitarias de roles de género (1). Sin embargo, mientras que las actitudes están cambiando, la mayoría del trabajo doméstico (2), así como el cuidado de la familia en general, de los mayores y enfermos, sigue siendo realizado por mujeres (3,4). Estos son solo algunos ejemplos de los estereotipos de género con los que seguimos conviviendo.

La adolescencia es un período de la vida en el que las construcciones relacionadas con los roles de género son especialmente importantes. Los niños y adolescentes aprenden y desarrollan actitudes a través de la observación de estos roles (5).

Biológicamente, los cambios físicos que atraviesa el adolescente durante la pubertad hacen que este comience a interesarse por la sexualidad y con ello, emerjan actitudes relacionadas con los roles de género.

Factores cognitivos también intervienen en la conformación de estos, pues es en este momento cuando se produce un análisis acerca de cómo será su identidad de género mientras construyen rasgos de su personalidad. El entorno social (la familia, el grupo de iguales o los medios de comunicación) se postula como la figura más determinante en el desarrollo de estas diferencias (6).

Todos estos cambios pueden afectar a la salud del adolescente determinando diferente vulnerabilidad y susceptibilidad a la enfermedad en función del género (7).

3. OBJETIVOS:

El presente estudio tiene como objetivo principal analizar si en nuestros días y en nuestro medio continúan existiendo o no diferencias en aptitudes físicas, sociales y cognitivas en un grupo de adolescentes en función de su género. Así como investigar acerca de si la edad contribuye o no a estas posibles diferencias.

Como objetivo secundario, el estudio también pretende hacer una revisión de riesgos condicionados por estos comportamientos, así como proponer diferentes alternativas para su resolución.

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

• **Diseño:**

Estudio observacional de tipo descriptivo.

El análisis de las posibles diferencias en función del género se realizará a través de la extrapolación de los resultados del test CHIP-AE recogidos en varios institutos del barrio de Parquesol (Valladolid).

- **El cuestionario:**

El cuestionario utilizado es el CHIP-AE (Anexo I) validado para España, cumplimentado vía web de forma anónima.

El Child Health and Illness Profile, Adolescent Edition (CHIP-AE) es un instrumento que permite comparar grupos de adolescentes con características diversas, profundizar en factores que intervienen en la percepción de la salud e incorporar el análisis de factores que pueden perjudicar futuros estados de salud del adolescente.

- **Contexto:**

El grupo de profesionales que conforman el Centro de Salud Parquesol viene desarrollando desde hace algo más de 20 años una labor de aproximación entre los adolescentes y el personal sanitario a través de proyectos comunitarios de educación e intervención. El objetivo principal de estos es inducir a esta población hacia conductas más saludables que les prevengan de posibles riesgos futuros.

En este contexto se decide testar el impacto de estas intervenciones en la salud de los adolescentes. Con el conocimiento obtenido a partir de estas investigaciones, el actual trabajo pretende profundizar a cerca de las posibles diferencias que puedan establecerse a consecuencia del género y con ello ampliar el conocimiento y obtener nuevas conclusiones ventajosas para la práctica clínica desarrollada en esta población.

- **Ámbito:**

El cuestionario se aplica en el clima de este programa comunitario de educación sanitaria y afectivo sexual dirigido a adolescentes a partir de 12 años que se encontraban cursando la Educación Secundaria Obligatoria en el área de salud de Valladolid Oeste entre los años 2015 y 2019.

La obligatoriedad de la educación nos da la oportunidad de llegar a todos los adolescentes generando una muestra más representativa. A pesar de posibles sesgos derivados de la uniformidad en el lugar de residencia de los sujetos, asumimos que estos no afectarán a las diferencias entre varones y mujeres, lo cual representa el objetivo de nuestro estudio.

- **Población:**

Alumnos de los IES: José Jiménez Lozano, Julián Marías y Parquesol. Todos ellos en el barrio de Parquesol, en Valladolid (Castilla y León) matriculados en el curso de 2º de la ESO durante el curso escolar 2015/16 y en 4º de la ESO durante el curso escolar 2018/19.

Criterios de inclusión: alumnos matriculados en los IES a estudio que acepten participar voluntariamente y bajo consentimiento informado de sus padres o tutores legales.

Criterios de exclusión: alumnos que no han aceptado participar o no tengan la autorización de los padres o tutores legales.

- **Muestra y tamaño muestral:**

Grupo de 213 alumnos de los IES: Julián Marías y Parquesol. Ambos en el barrio de Parquesol, en Valladolid (Castilla y León) matriculados en el curso de 2º de la ESO durante el curso escolar 2015/16. De los cuales 106 son mujeres y 107 hombres.

Grupo de 194 alumnos de los IES: José Jiménez Lozano, Julián Marías y Parquesol. Todos ellos también en el barrio de Parquesol, Valladolid (Castilla y León) matriculados en el curso de 4º de la ESO durante el curso escolar 2018/19. De los cuales 105 son mujeres y 89 hombres.

- **Metodología:**

Para estudiar la posible disparidad en las competencias que más distinción parecen establecer en el desarrollo de los roles de género, se decide analizar 3 subdimensiones del Test CHIP-AE.

Por su interés e importancia en el desarrollo del adolescente, se opta por:

- **Actividad física:** refleja si el/la adolescente practica actividades que requieren un esfuerzo físico, como por ejemplo correr o practicar algún tipo de deporte en equipo.
- **Autoestima:** definición que hace el/la adolescente de sí mismo.
- **Influencia de pares:** constituido por ítems que describen si el/la adolescente se relaciona con amigos/as que practican comportamientos de riesgo.

- **Análisis estadístico (metodología estadística):**

El análisis estadístico se ha efectuado mediante la aplicación informática Microsoft Excel para Microsoft 365 MSO (versión 2302 compilación 16.0.16130.20298) de 32 bits.

Ante la falta de normalidad estadística de las variables cuantitativas, el test inferencial de contraste que se ha empleado ha sido el Test de Mann-Whitney para la diferencia entre promedios en dos grupos de sujetos independientes entre sí. Se establece como hipótesis nula que varones y mujeres pertenezcan a la misma distribución (que no haya diferencias entre ellos). Con un nivel de significación de 0,05.

Para valorar la influencia de los pares se utiliza el Coefficiente de Correlación de Pearson. Se trata de una medida específica que cuantifica la intensidad de la relación lineal entre dos variables en un análisis de correlación.

5. RESULTADOS:

- **Descriptiva de la muestra:**

De un total de 407 encuestas recogidas, 213 pertenecen a alumnos de 2º de ESO (de los cuales 106 mujeres y 107 hombres) y 194 a alumnos de 4º de ESO (de los cuales 105 son mujeres y 89 son hombres) con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. (Anexo II).

- **Resultados del análisis estadístico:**

Actividad física: (Anexo III).

En esta subdimensión se valora la práctica deportiva realizada por los adolescentes a partir de las siguientes cuestiones:

Durante las últimas 4 semanas...

- ***¿Cuántos días has hecho deporte o ejercicio hasta llegar a sofocarte, o que se te acelerara el corazón o que te hiciera sudar durante 20 minutos o más?:***

En el caso de los alumnos de 2º de la ESO, el test de MW no evidencia diferencias entre ambos sexos. Aunque desglosando las frecuencias seleccionadas según el género, se observa que la proporción de adolescentes que realizan o bien ninguno, o, entre 1 a 9 días al mes de ejercicio extenuante durante al menos de 20 minutos (insuficiente) son en su mayoría chicas.

En los alumnos de 4º de la ESO sí que pueden verse diferencias en función del género ($p\text{-valor}<0,05$). Al igual que en los de 2º, la mayoría de los

alumnos se sitúan en torno a las dos primeras respuestas (o bien *ningún día* o *entre 1 y 9 días en el último mes*), siendo la actividad física realizada insuficiente o nula. Es en los de 4º de la ESO donde la brecha de género es significativamente mayor, siendo de nuevo los chicos los que realizan más deporte que las chicas.

· **¿Cuántos abdominales has hecho la última vez?:**

En ambos grupos observamos un *p-valor* <0,05 (se rechaza la hipótesis nula; existen diferencias entre chicas y chicos) subrayando las diferencias de género también a favor de los varones. Mientras que la mayoría chicas consiguen hacer entre 11 y 20 abdominales, los chicos realizarán entre 21 y 50. La diferencia parece ser más acusada entre los más mayores (alumnos de 4º de la ESO).

· **¿Qué distancia has andado sin parar ni cansarte?**

Se encuentran de nuevo diferencias a favor de los varones, siendo estos capaces de recorrer una distancia superior sin cansarse. En este caso, la brecha de género es mayor para los alumnos de 2º de la ESO.

· **¿Cuánto tiempo es el máximo que has llegado a correr sin parar?**

En ambos cursos se evidencian diferencias a favor de los varones, que son capaces de correr durante más tiempo sin detenerse. Esta diferencia es más evidente en los alumnos de 4º de la ESO.

Durante los últimos 12 meses...

· **¿Cuántas veces has jugado en un equipo con entrenador, sin contar la clase de educación física?**

De nuevo, se encuentran diferencias en los dos grupos a favor de los chicos, aunque es algo más evidente entre los de 2º de la ESO.

En definitiva, entre los alumnos de 2º de la ESO encuestados encontramos equidad únicamente en el *deporte extenuante realizado durante más de 20 minutos en el último mes*. Sin embargo, en el resto de las preguntas resultan diferencias significativas estadísticamente, siendo a favor de los varones en todos los casos.

En estas mismas cuestiones realizadas a los alumnos de 4º de la E.S.O sobre su actividad física, se encuentran diferencias significativas en función del género (*p-valor* <0,05) en todas ellas, mostrando también una menor actividad en las niñas.

La brecha de género parece aumentar con la edad en cuanto al *ejercicio extenuante durante más de 20 minutos en el último mes*. En el resto de los puntos, parece disminuir.

Autoestima: (Anexo IV).

- ***Tengo muchas cualidades positivas:***

En ambos grupos los adolescentes reconocen sus cualidades positivas por igual, independientemente de su género ($p\text{-valor}>0,05$; no se rechaza la hipótesis nula). Aquellos que con mayores frecuencias identifican sus cualidades positivas son los más pequeños (alumnos de 2º de la ESO).

- ***Tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso/a:***

En ambos casos se reconocen ambos géneros por igual ($p\text{-valor}>0,05$; no se rechaza la hipótesis nula). Encontrando los más pequeños más fácilmente cosas de las que sentirse orgullosos.

- ***Me gusta ser como soy:***

Entre los alumnos de 2º de la ESO no se evidencian diferencias entre chicos y chicas. Sin embargo, sí que se encuentran entre los de 4º de la ESO. En estos, las chicas parecen estar menos de acuerdo que los chicos a la hora de reconocer que les gusta como son.

- ***Estoy satisfecho/a de cómo vivo la vida:***

En ambos grupos los varones parecen mostrarse más satisfechos, aunque estas diferencias no llegan a ser significativas en los alumnos de 2º de la ESO como sí que lo son en los de 4º.

- ***Me siento aceptado/a por los demás:***

En ambas clases no se rechaza la hipótesis nula ($p\text{-valor}>0,05$), es decir, no existen diferencias entre chicos y chicas.

Analizando el conjunto de los resultados obtenidos para esta subdimensión podemos decir que entre los alumnos de 2º de la ESO no encontramos diferencias significativas en la percepción del autoconcepto.

Sin embargo, en todas las cuestiones los chicos ocupan frecuencias más altas, lo que quiere decir que disfrutan de una autoestima mayor a la de las chicas.

Entre los alumnos de 4º sí que encontramos diferencias estadísticamente significativas en variables como: “*me gusta ser como soy*” o “*estoy satisfecho con la vida*”.

Podríamos traducir esto describiendo una menor autoestima en las chicas, así como un aumento de las diferencias entre sexos con el paso de los años.

Influencia de pares: (Anexo V).

La influencia de pares se analiza a partir de preguntas que hacen referencia a conductas de riesgo en referencia a ellos mismos y a su entorno. Así pues, se obtienen los siguientes resultados en respuesta a las cuestiones realizadas:

· ¿Has bebido cerveza o vino?

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función del género en el consumo de alcohol de los alumnos de 2º y 4º de la ESO. Aunque sí que destaca que entre los de 2º son los varones los que más recientemente han consumido alcohol mientras que en 4º de la ESO son las mujeres.

· ¿Cuántos de tus amigos/as crees que beben alcohol?

En cuanto a su entorno, en el caso de 2º de la ESO no existen diferencias en cuanto al ambiente que rodea a chicos y a chicas. La mayor parte marcan la tercera respuesta; *algunos*.

En los alumnos de 4º de la ESO, la mayor parte de los alumnos reconocen a la mayoría de sus amigos como consumidores de alcohol marcando la segunda respuesta. En este caso sí que hay diferencias las chicas están más rodeadas de pares que consumen alcohol que los chicos.

· ¿Has fumado cigarrillos?

No existen diferencias estadísticamente significativas en función del género entre los alumnos de 2º de la ESO. Aunque son los varones los que reconocen haber fumado más recientemente.

En los de 4º de la ESO sí se encuentran diferencias ($p\text{-valor}<0,05$) ocurriendo al contrario en este caso, siendo las mujeres las que más recientemente reconocen haber fumado.

· ¿Cuántos de tus amigos/as crees que han fumado cigarrillos?

El entorno de los alumnos de 2º parece no variar demasiado en función del género, a diferencia de las clases de 4º, en las que parece que son las mujeres las que se encuentran en un ambiente en el que se fuma más.

· ¿Has fumado porros (marihuana o chocolate)?

La mayor parte de los alumnos de 2º de la ESO, ya sean varones o mujeres nunca ha fumado marihuana, aunque de los que lo han hecho, la mayor parte son mujeres. De la misma forma ocurre en los de 4º de la ESO, no habiendo tampoco distinción entre géneros, de estos, los que han fumado más reciente mente son en su mayor parte varones.

· **¿Cuántos de tus amigos/as crees que fuman porros (marihuana o chocolate)?**

En ambos cursos, el entorno de chicas y chicos parece ser similar (sin diferencias estadísticamente significativas). Siendo más habitual el consumo de marihuana en el entorno de las mujeres de 2º de la ESO y de los varones en 4º.

Una vez realizado el análisis mediante el Test de Mann-Whitney para establecer diferencias en función del género, utilizamos el Coeficiente de Correlación de Pearson para comprobar la relación entre la realización de una actividad de riesgo con la práctica de la misma por su entorno. De esta forma se verifica si existe vinculación entre adolescentes a la hora de adoptar ciertas conductas (en este caso, perjudiciales todas para la salud).

De esta forma, se concluye que:

Ambos géneros y cursos presentan elevada correlación positiva, es decir, que existe influencia por parte de los pares a la hora de adoptar conductas de riesgo.

Si bien ambos géneros presentan elevada correlación positiva en todos los aspectos estudiados de forma bastante similar para varones y mujeres, podríamos remarcar una leve diferencia a favor de los varones, presentando estos unos valores de correlación algo más elevados y, por tanto, mayor influencia por parte de los pares. Así, como un aumento también en función de la edad, que se hace más obvio en las variables de consumo de marihuana.

6. DISCUSIÓN:

Actividad física:

De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro estudio, un análisis reciente basado en encuestas mundiales informó de que el 81% de los estudiantes de 11 a 17 años y que especialmente las niñas (85% frente al 78% en niños) (8) no eran lo suficientemente activos físicamente. Descubrimos que, a nivel mundial, en todos los grupos y regiones de casi todos los países analizados, las niñas eran menos activas que los niños (8,9). Múltiples estudios confirman que la actividad física en niños y adolescentes se asocia a mejores resultados de salud física, mental y cognitiva. Así mismo asocian los comportamientos sedentarios con resultados adversos para la salud (10) e incluso con el aumento de síntomas depresivos (11). La OMS clasifica la inactividad física como cuarto factor de riesgo de mortalidad mundial por enfermedades no transmisibles (12,13).

De acuerdo con la evidencia disponible, existe una necesidad urgente de acción nacional y global dirigida a disminuir los niveles de actividad insuficiente, con un enfoque particular en las niñas adolescentes (14).

Por lo tanto, es obvio que el reemplazo de tiempo sedentario con cualquier intensidad de actividad física tiene beneficios para la salud. La importancia de estas afirmaciones radica en su aplicación práctica. La OMS ofrece una serie de recomendaciones de actividad física y comportamiento sedentario basadas en evidencias y actualizadas durante 2020 (13), pero, es poco probable que con la mera existencia de estas directrices se conduzca a un aumento de los niveles de actividad física de la población adolescente. Es fundamental el respaldo de una intervención comunitaria coordinada. Ejemplo de ello es la intervención realizada a la muestra que ocupa nuestro estudio y que bajo el título "*Educación para la salud en la adolescencia*" de la mano del personal sanitario del Centro de Salud Parquesol demostró reportar beneficios mediante metodología constructiva, facilitando al alumno herramientas para construir su propio aprendizaje y no únicamente aportando información (pendiente de publicación).

Otras estrategias con este mismo objetivo también han demostrado ser efectivas, con mayores efectos para aquellas dirigidas tanto a la actividad física como al comportamiento sedentario y que abordaban más explícitamente las necesidades de las niñas (2).

Así mismo, en concordancia con nuestros resultados, el último informe internacional sobre la encuesta Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) de 2018 (15) informó un mayor nivel de actividad física entre los niños que entre las niñas y un aumento en las diferencias de género con la edad, a favor de ellos. La disminución de la actividad física con la edad resultó tanto para ellos como para ellas, siendo más evidente entre las niñas (15,16).

Autoestima:

Aunque parece no haber grandes diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes, nuestro análisis revela mayores niveles de autoestima en los varones, siendo sus respuestas más positivas en todas las preguntas a estudio. De acuerdo con la bibliografía, las mujeres parecen presentar tasas más bajas de autoestima que los hombres y de la misma forma se hace referencia a un aumento de la brecha de género en la adolescencia tardía (entre los 16 y los 19 años), siendo mayor para los hombres que para las mujeres (17,19).

La evidencia científica ha demostrado una alta participación de la población adolescente en conductas de riesgo para la salud (sedentarismo, abuso de alcohol y otras drogas...). De la misma forma, fortalecer la autoestima de los jóvenes, ha demostrado ser un

camino prometedor para prevenir estos. Mejorar el autoconcepto aumenta la probabilidad de ser una persona más sociable, responsable y emocionalmente estable, lo que va ligado a una mayor autoestima y, por consiguiente, a un mejor nivel de salud (20).

Es necesario, por tanto, enfocarse en el desarrollo positivo de los adolescentes y, especialmente en las mujeres, ya que es en ellas en las que detectamos peores niveles de amor propio.

Influencia de pares:

La influencia de los pares ha sido analizada por medio de preguntas que hacen referencia a conductas de riesgo (beber alcohol, fumar cigarrillos y fumar marihuana) y se ha demostrado una clara correlación positiva en todos los campos.

Otras investigaciones han demostrado también la importancia del efecto de los compañeros en los valores y comportamiento de los niños. Además, se ha encontrado un fortalecimiento del efecto de los pares con la edad, al igual que en nuestro estudio (16,21).

· Beber alcohol (entorno):

De acuerdo con nuestros resultados, la bibliografía confirma la influencia de los compañeros como un predictor bien documentado del consumo de alcohol entre los adolescentes (22).

Según diversas investigaciones, los varones percibirían una mayor influencia de sus iguales durante épocas más tempranas que las mujeres. Con el paso de los años, esta tendencia iría igualándose, como ocurre en el presente análisis, considerándose consecuencia de la mayor aceptación del consumo de alcohol entre los adolescentes mayores (23-25).

· Fumar cigarrillos (entorno):

En concordancia con nuestros resultados, otras investigaciones también identificaron a los varones como más propensos a imitar el comportamiento de sus pares (26) a la hora de fumar.

Afortunadamente, el conocimiento sobre los perjuicios del tabaco ha provocado que su uso como herramienta social haya disminuido. Aunque la venta de tabaco es ilegal en menores de 18 años, el acceso a cigarrillos por parte de los adolescentes no es difícil. Por esta razón es posible que los esfuerzos legislativos no sean suficientes para frenar el consumo de tabaco entre los adolescentes y que sean necesarias otras estrategias, como programas escolares centrados en la intervención y concienciación de los adolescentes.

- **Fumar marihuana (entorno):**

Coincidiendo con nuestros resultados estadísticos, otros estudios afirman que las amistades influyen en el consumo de marihuana por parte de los adolescentes (27).

En la última encuesta EDADES (sobre el alcohol y otras drogas en España), se encuentra también un mayor consumo de esta sustancia entre los varones y una disminución de la prevalencia con el aumento de la edad de los mismos (28).

Intervenciones basadas en redes de apoyo podrían abordar factores de riesgo dentro de los grupos de pares, implicando compromisos grupales para abstenerse del consumo de sustancias nocivas. De la misma forma, es esencial el desarrollo de estrategias de protección individual para los jóvenes que se encuentran en entornos de riesgo (29).

La importancia radica en la comprensión del comportamiento problemático de los compañeros dentro del contexto de los adolescentes. Las intervenciones que ayudan a los adolescentes a modificar sus amistades cercanas pueden tener éxito en la reducción y prevención del consumo de sustancias (30).

Impacto de las redes sociales sobre la influencia de pares

En consideración con la actualidad que nos rodea, es necesario destacar el impacto que constituyen las redes sociales como influencia para los adolescentes del siglo XXI. La exposición a contenido en línea ha demostrado tener un impacto directo en los comportamientos de riesgo de los adolescentes. Y por ello, los esfuerzos para la educación de los adolescentes deben adaptarse y tener estas nuevas variables en cuenta. El uso de las redes sociales para la promoción de la salud asegura la repercusión sobre la audiencia pretendida (31).

7. LIMITACIONES:

La limitación principal de este estudio radica en la no consideración del género no binario. Esta denominación se aplica a las personas que asumen una identidad de género diferente a lo masculino o femenino.

8. CONCLUSIONES:

En conclusión, podemos afirmar que el género determina diferencias evidentes en las aptitudes físicas, sociales y cognitivas en nuestro grupo de adolescentes y que la edad contribuye también a estas diferencias.

El género femenino es el que peor puntúa con una diferencia holgada en las subdimensiones *actividad física* y *autoestima*, mientras que en el caso de *influencia de pares* lo hacen los varones.

La edad parece aminorar las diferencias de género para la actividad física, siendo esta insuficiente para todas las edades de los alumnos encuestados. Al contrario ocurre con la autoestima; las mujeres se perfilan como aquellas con peor autoconcepto, contrastando con los hombres y empeorando estos datos con el paso de los años.

En cuanto a la influencia de pares, en la que los hombres parecen ser más sugestionables que las mujeres, la presión que ejerce el entorno parece contribuir más con la edad.

La puesta en marcha de intervenciones comunitarias coordinadas centradas en las necesidades específicas de la población adolescente actual ya ha demostrado reportar beneficios en otros estudios y más aún en aquellos desarrollados desde una perspectiva de género. La asociación de forma positiva de redes de apoyo de los comunes, la introducción de actividades físicas que mejoren a la vez las relaciones entre adolescentes mientras que promueven su cohesión y logren un bienestar psicológico mejorando el autoconcepto, pueden ser claves también en el abordaje a los adolescentes.

Con estas evidencias, se resaltan diferencias que lejos de desunir pretenden exponer una realidad y de forma constructiva cooperar por un desarrollo social centrado en las necesidades de los adolescentes que tiene como única meta la mejora de su perfil de salud presente y futuro.

9. ASPECTOS ÉTICOS Y CONFLICTOS DE INTERÉS:

Se declara la no existencia de conflictos de interés en la realización de este trabajo ni la vulneración de la protección de datos del paciente.

10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Lomazzi, V., & Seddig, D. (2020). Gender Role Attitudes in the International Social Survey Programme: Cross-National Comparability and Relationships to Cultural Values. *Cross-Cultural Research*, 54(4), 398–431. <https://doi.org/10.1177/1069397120915454>
2. Zucco, A., & Lott, Y. (2021). Stand der Gleichstellung: Ein Jahr. Corona (WSI Report No. 64). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI). <https://www.econstor.eu/handle/10419/23255>
3. Jiménez Ruiz I, Moya Nicolás M. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enferm Glob*. 2017;17(1):420. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100420

4. The life of women and men in Europe - Childcare and housework [Internet]. The life of women and men in Europe. [citado el 25 de abril de 2023]. <https://www.ine.es/prodyser/myhue17/bloc-3d.html>
5. Ullrich, R., Becker, M. & Scharf, J. The Development of Gender Role Attitudes During Adolescence: Effects of Sex, Socioeconomic Background, and Cognitive Abilities. *J Youth Adolescence* 51, 2114–2129 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01651-z>
6. Eagly, A.H. and Johannesen-Schmidt, M.C. (2001), The Leadership Styles of Women and Men. *Journal of Social Issues*, 57: 781-797. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00241>
7. Vélez Galárraga R, López Aguilá S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gaceta Sanitaria*. 2009 Oct 1;23(5):433–9. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000500013
8. The Lancet Child & Adolescent Health. Promoting physical activity in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2022 Dec;6(12):829.
9. Owen MB, Curry WB, Kerner C, Newson L, Fairclough SJ. The effectiveness of school-based physical activity interventions for adolescent girls: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*. 2017 Dec;105:237–49.
10. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World health organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine* [Internet]. 2020 Nov 25;54(24):1451–62. Disponible en: <https://bjsm.bmj.com/content/54/24/1451>
11. Velazquez B, Petresco S, Pereira R, Buchweitz C, Manfro PH, Caye A, et al. Physical activity and depressive symptoms among adolescents in a school-based sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2022 Jun;44(3):313–6.
12. World Health Organization. Regional Office for Europe. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. [Internet]. apps.who.int. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104>
13. World Health Organization: WHO. Actividad física. Who.int. World Health Organization: WHO; 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
14. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2019

- Nov;4(1):23–35. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(19\)30323-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(19)30323-2/fulltext)
15. Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.
 16. Pierannunzio, D., Spinelli, A., Berchiolla, P., Borraccino, A., Charrier, L., Dalmasso, P., Lazzeri, G., Vieno, A., Ciardullo, S., & Nardone, P. (2022). Physical activity among Italian adolescents: Association with life satisfaction, self-rated health and peer relationships. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph19084799>
 17. Bleidorn W, Arslan RC, Denissen JJA, Rentfrow PJ, Gebauer JE, Potter J, et al. Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology* [Internet]. 2016;111(3):396–410. <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/psp-pspp0000078.pdf>
 18. Filosa L, Alessandri G, Robins RW, Pastorelli C. Self-esteem Development during the Transition to Work: A 14-year Longitudinal Study from Adolescence to Young Adulthood. *Journal of Personality*. 2022 Mar 13.
 19. Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., & Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3), 396–410. <https://doi.org/10.1037/pspp0000078>
 20. Palenzuela-Luis N, Duarte-Clíments G, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Gómez JÁ, Sánchez-Gómez MB. International Comparison of Self-Concept, Self-Perception and Lifestyle in Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Public Health*. 2022 Sep 29;67.
 21. Benish-Weisman, M., Oreg, S., & Berson, Y. (2022). The contribution of peer values to children's values and behavior. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 48(6), 844–864. <https://doi.org/10.1177/01461672211020193>
 22. Deutsch, A. R., Steinley, D., & Slutske, W. S. (2014). The role of gender and friends' gender on peer socialization of adolescent drinking: a prospective multilevel social network analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(9), 1421–1435. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0048-9>
 23. Burk, W. J., van der Vorst, H., Kerr, M., & Stattin, H. (2012). Alcohol use and friendship dynamics: selection and socialization in early-, middle-, and late-adolescent peer networks. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(1), 89–98. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.89>

24. Mrug, S., & McCay, R. (2013). Parental and peer disapproval of alcohol use and its relationship to adolescent drinking: age, gender, and racial differences. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 27(3), 604–614. <https://doi.org/10.1037/a0031064>
25. Burk, W. J., van der Vorst, H., Kerr, M., & Stattin, H. (2012). Alcohol use and friendship dynamics: selection and socialization in early-, middle-, and late-adolescent peer networks. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(1), 89–98. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.89>
26. Peterson, E., Harrell, M., Springer, A., Medina, J., Martinez, L., Perry, C., & Estol, D. (2019). Uruguayan secondary school students speak up about tobacco: results from focus group discussions in and around Montevideo. *Global Health Promotion*, 26(2), 15–24. <https://doi.org/10.1177/1757975917703302>
27. Tucker, J. S., de la Haye, K., Kennedy, D. P., Green, H. D., Jr, & Pollard, M. S. (2014). Peer influence on marijuana use in different types of friendships. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 54(1), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.025>
28. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
29. de la Haye, K., Green, H. D., Jr, Pollard, M. S., Kennedy, D. P., & Tucker, J. S. (2015). Befriending risky peers: Factors driving adolescents' selection of friends with similar marijuana use. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(10), 1914–1928. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0210-z>
30. Mason, M. J., Zaharakis, N. M., Rusby, J. C., Westling, E., Light, J. M., Mennis, J., & Flay, B. R. (2017). A longitudinal study predicting adolescent tobacco, alcohol, and cannabis use by behavioral characteristics of close friends. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(6), 712–720. <https://doi.org/10.1037/adb0000299>
31. Huang, G. C., Unger, J. B., Soto, D., Fujimoto, K., Pentz, M. A., Jordan-Marsh, M., & Valente, T. W. (2014). Peer influences: the impact of online and offline friendship networks on adolescent smoking and alcohol use. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 54(5), 508–514. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.001>

11. ANEXOS:

11.1. Anexo I. Test CHIP-AE.

(Se representa únicamente la parte utilizada para el estudio). *

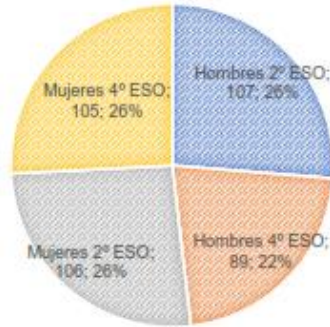
Responda en cada caso la alternativa que considere más adecuada:

<p>Tengo muchas cualidades positivas:</p> <p><input type="checkbox"/> Nada de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo</p> <p>Tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso/a:</p> <p><input type="checkbox"/> Nada de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo</p> <p>Me gusta ser como soy:</p> <p><input type="checkbox"/> Nada de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo</p> <p>Estoy satisfecho/a de cómo vivo la vida:</p> <p><input type="checkbox"/> Nada de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo</p> <p>Me siento aceptado/a por los demás:</p> <p><input type="checkbox"/> Nada de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo</p> <p>Durante las últimas 4 semanas...</p> <p>¿Cuántos días has hecho deporte o ejercicio hasta llegar a sofocarte, o que se te acelerara el corazón o que te hiciera sudar durante 20 minutos o más?:</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> 1-9 días</p> <p><input type="checkbox"/> 10-13 días</p> <p><input type="checkbox"/> 14-20 días</p> <p><input type="checkbox"/> >=21 días</p> <p>¿Cuántos abdominales has hecho la última vez?:</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> 1-10 abdominales</p> <p><input type="checkbox"/> 11-20 abdominales</p> <p><input type="checkbox"/> 21-50 abdominales</p> <p><input type="checkbox"/> >= 51 abdominales</p> <p>¿Qué distancia has andado sin parar ni cansarte?:</p> <p><input type="checkbox"/> No he andado</p> <p><input type="checkbox"/> <400 metros</p> <p><input type="checkbox"/> 400-800 metros</p> <p><input type="checkbox"/> 900-1500 metros</p> <p><input type="checkbox"/> >1500 metros</p>	<p>¿Cuánto tiempo es el máximo que has llegado a correr sin parar?</p> <p><input type="checkbox"/> No he corrido</p> <p><input type="checkbox"/> 1-10 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 11-19 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 20-29 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> >=30 minutos</p> <p>Durante los últimos 12 meses...</p> <p>¿Cuántas veces has jugado en un equipo con entrenador, sin contar la clase de educación física?</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 veces</p> <p><input type="checkbox"/> Varias veces</p> <p>¿Has bebido cerveza o vino? (solos o mezclados con algún refresco)</p> <p><input type="checkbox"/> La semana pasada</p> <p><input type="checkbox"/> El mes pasado</p> <p><input type="checkbox"/> Durante este año</p> <p><input type="checkbox"/> Hace más de un año</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>¿Cuántos amigos/as crees que beben alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Todos</p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría</p> <p><input type="checkbox"/> Algunos</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>¿Has fumado cigarrillos?</p> <p><input type="checkbox"/> La semana pasada</p> <p><input type="checkbox"/> El mes pasado</p> <p><input type="checkbox"/> Durante este año</p> <p><input type="checkbox"/> Hace más de un año</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>¿Cuántos amigos/as crees que fuman cigarrillos?</p> <p><input type="checkbox"/> Todos</p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría</p> <p><input type="checkbox"/> Algunos</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>¿Has fumado porros (marihuana o "chocolate")?</p> <p><input type="checkbox"/> La semana pasada</p> <p><input type="checkbox"/> El mes pasado</p> <p><input type="checkbox"/> Durante este año</p> <p><input type="checkbox"/> Hace más de un año</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>¿Cuántos amigos /as crees que fuman porros (marihuana o "chocolate")?</p> <p><input type="checkbox"/> Todos</p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría</p> <p><input type="checkbox"/> Algunos</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p>
--	---

11.2. Anexo II. Composición de la muestra según curso y género.

COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA SEGUN CURSO Y GÉNERO

■ Hombres 2º ESO ■ Hombres 4º ESO ■ Mujeres 2º ESO ■ Mujeres 4º ESO



11.3. Anexo III. Análisis estadístico: Actividad física.

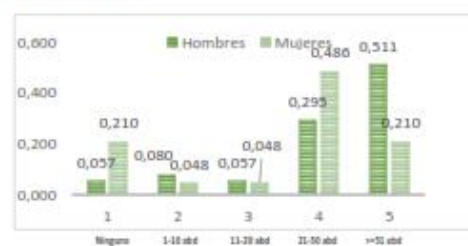
2º E.S.O.	Media (± desviación estándar)		Test de MW	4º E.S.O.	Media (± desviación estándar)		Test de MW
Cuestión: (durante las últimas 4 semanas...)	Hombres (n=107)	Mujeres (n=106)	P-valor	Cuestión: (durante las últimas 4 semanas...)	Hombres (n=89)	Mujeres (n=105)	P-valor
Deporte hasta sofocarte durante más de 20 minutos	2,299 ± (1,261)	2,132 ± (1,235)	0,244	Deporte hasta sofocarte durante más de 20 minutos	2,773 ± (0,666)	2,236 ± (1,097)	0,004053
Abdominales	3,729 ± (1,453)	3,075 ± (1,465)	0,000485	Abdominales	4,125 ± (1,162)	3,438 ± (1,427)	0,00005
Distancia andando sin cansarte	4,056 ± (1,097)	3,443 ± (0,977)	0	Distancia andando sin cansarte	4,295 ± (1,006)	3,932 ± (1,262)	0,0492
Tiempo máximo corriendo	3,613 ± (1,299)	2,602 ± 1,106	0	Tiempo máximo corriendo	3,511 ± (1,104)	2,616 ± (1,116)	0,000043
Jugar en equipo con entrenador (12=)	4,026 ± (1,702)	3,094 ± (1,959)	0,00026	Jugar en equipo con entrenador (12=)	3,299 ± (1,666)	2,505 ± (1,793)	0,00346

Durante las últimas 4 semanas...

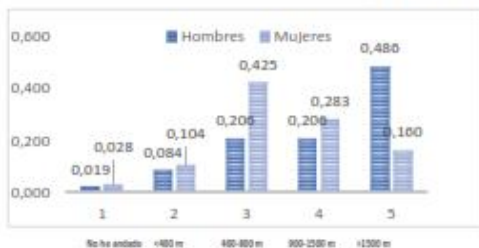
¿Cuántos días has hecho deporte o ejercicio hasta llegar a sofocarte, o que se te acelerara el corazón o que te hiciera sudar?



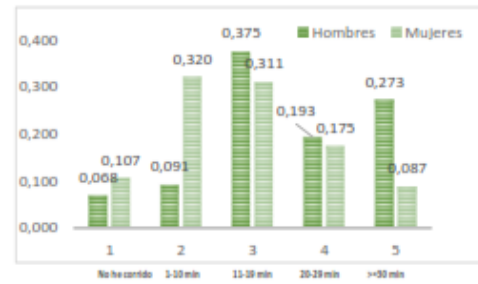
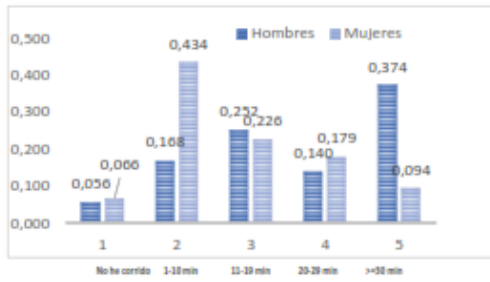
¿Cuántos abdominales has hecho la última vez?:



¿Qué distancia has andado sin parar ni cansarte?:



¿Cuánto tiempo es el máximo que has llegado a correr sin parar?



Durante los últimos 12 meses... ¿Cuántas veces has jugado en un equipo con entrenador, sin contar la clase de educación física?



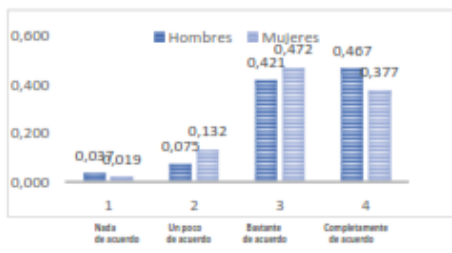
11.4. ANEXO IV. Análisis estadístico: Autoestima.

2º E.S.O.	Media (± desviación estándar)		Test de MW	P-valor	4º E.S.O.	Media (± desviación estándar)		Test de MW	P-valor
	Hombres (n=107)	Mujeres (n=106)				Hombres (n=89)	Mujeres (n=105)		
Cualidades positivas	3,200 ± (0,670)	3,114 ± (0,711)		0,111	Cualidades positivas	3,205 ± (0,790)	3,048 ± (0,801)		0,163
Sentirse orgulloso	3,315 ± (0,772)	3,205 ± (0,740)		0,181	Sentirse orgulloso	3,193 ± (0,676)	2,942 ± (0,873)		0,062
Me gusta ser como soy	3,617 ± (0,609)	3,481 ± (0,607)		0,374	Me gusta ser como soy	3,517 ± (0,725)	3,135 ± (0,904)		0,0014
Estoy satisfecho/a de cómo vivo la vida	3,438 ± (0,755)	3,314 ± (0,824)		0,325	Estoy satisfecho/a de cómo vivo la vida	3,213 ± (0,776)	2,914 ± (0,822)		0,0089
Me siento aceptado/a por los demás	3,505 ± (0,650)	3,453 ± (0,648)		0,513	Me siento aceptado/a por los demás	3,306 ± (0,666)	3,200 ± (0,738)		0,076

Tengo muchas cualidades positivas:



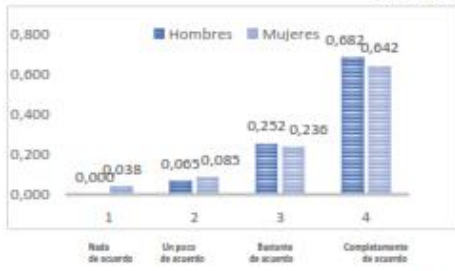
Tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso/a:



Me gusta ser como soy:



Estoy satisfecho/a de cómo vivo la vida:



Me siento aceptado/a por los demás:



11.5. Anexo V. Análisis estadístico: Influencia de pares.

2º E.S.O.	Media (± desviación estándar)	Test de MW	4º E.S.O.	Media (± desviación estándar)	Test de MW	
Cuestión:	Hombres (n=107)	Mujeres (n=106)	P-valor	Hombres (n=89)	Mujeres (n=105)	P-valor
Beber (alumno/a)	3,260 ± (0,670)	3,114 ± (0,711)	0,739	3,355 ± (1,644)	3,324 ± (1,624)	0,307
Beber (entorno)	3,931 ± (1,576)	4,069 ± (1,295)	0,211	2,261 ± (0,866)	2,152 ± (0,830)	0,00464
Fumar cigarrillos (alumno/a)	4,452 ± (1,261)	4,712 ± (0,921)	0,166	4,563 ± (1,200)	3,564 ± (1,763)	0,000019
Fumar cigarrillos (entorno)	3,267 ± (0,669)	3,236 ± (0,667)	0,764	3,230 ± (0,766)	2,750 ± (0,721)	0,000012
Fumar marihuana (alumno/a)	4,656 ± (0,566)	4,962 ± (0,273)	0,402	4,655 ± (1,047)	4,353 ± (1,362)	0,097
Fumar marihuana (entorno)	3,642 ± (0,520)	3,705 ± (0,499)	0,331	3,379 ± (0,666)	3,295 ± (0,678)	0,321

¿Has bebido cerveza o vino?



¿Cuántos de tus amigos/as crees que beben alcohol?



¿Has fumado cigarrillos?



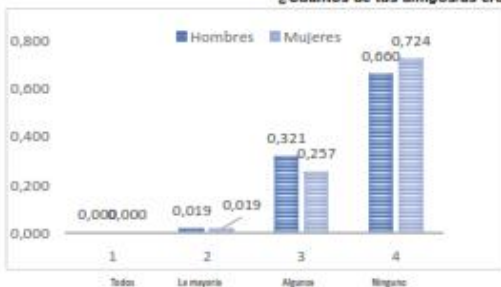
¿Cuántos de tus amigos/as crees que fuman cigarrillos?



¿Has fumado porros (marihuana o "chocolate")?



¿Cuántos de tus amigos/as crees que fuman porros (marihuana o "chocolate")?



Coefficiente de Correlación de Pearson:

	Hombres	Mujeres
2º ESO		
Alcohol	0,48699932	0,47963123
Porros	0,14569707	0,19793527
Cigarros	0,46026545	0,38450401
4º ESO		
Alcohol	0,47715408	0,45529651
Porros	0,46602608	0,4142484
Cigarros	0,5514124	0,53698122

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL PERFIL DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES.

Trabajo Fin de Grado. Grado en Medicina. Universidad de Valladolid. Curso 2022/2023. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Medicina Dermatología y Toxicología.



Autora: Miriam Calcerrada Alises.
Tutora: Verónica Casado Vicente.
Cofutora: Laura Pérez Rubio.



INTRODUCCIÓN:

La **adolescencia** es una época de cambio, transformación y generación de la personalidad futura y, entre otros aspectos, se adquieren los roles de **género**. Estas transformaciones pueden afectar a la salud del adolescente determinando diferente vulnerabilidad y susceptibilidad a la enfermedad según el sexo (1).

CONCLUSIONES:

Las diferencias evidenciadas exponen una realidad sobre la que este trabajo pretende sensibilizar para lograr una mejora en el perfil de salud presente y futuro de los adolescentes. Se ha demostrado que **intervenciones comunitarias coordinadas, que se enfocan en las necesidades particulares de los adolescentes y adoptan una perspectiva de género** reportan amplios beneficios (2,3).

OBJETIVOS:

1. Análisis de posibles **diferencias en competencias básicas de la población adolescente en función del género y la influencia de la edad** sobre estas.
2. Revisión de posibles riesgos derivados y proposición de alternativas para su resolución.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio **observacional de tipo descriptivo** desarrollado a partir de la investigación sobre el impacto de la intervención comunitaria en el perfil de salud de los adolescentes desarrollada en el barrio de Parquesol (Valladolid) entre los años 2015 y 2019 a la que se pretende enriquecer por medio de nuevas conclusiones derivadas de las diferencias de género. Se utiliza el **test CHIP-AE validado para España**, cumplimentado por alumnos de 2º y 4º de la ESO varios IES del barrio de Parquesol, en los que se eligen por su importancia en el desarrollo de los roles de género, las siguientes variables a estudio:



RESULTADOS:

- ▶ La **actividad física** es insuficiente para todas las edades de los alumnos encuestados y más aún en el caso de **las mujeres**. El aumento de edad parece disminuir la brecha de género.
- ▶ En relación con la **autoestima**, las **mujeres** se perfilan también como aquellas con peor autoconcepto. Aumentando las diferencias con el paso de los años.
- ▶ En cuanto a la **influencia de pares** los **varones** parecen ser más sugestionables a la presión que el entorno ejerce a la hora de adoptar conductas de riesgo y más aún cuanto más mayores son.

Limitaciones: no consideración del **género no binario**.

P.E.S.O.	Tabla 1. Análisis estadístico. Actividad física (P.E.S.O.)		Test de MW	P.E.S.O.	Tabla 2. Análisis estadístico. Autoestima (P.E.S.O.)		Test de MW
	Hombres (n=187)	Mujeres (n=106)			Hombres (n=187)	Mujeres (n=106)	
Cuántas veces al día se levanta?	1,30 ± 0,361	1,41 ± 0,268	0,141	Cuántas veces al día se levanta?	2,77 ± 0,898	2,78 ± 0,587	0,0461
¿Cuántas veces al día se levanta con el celular?	1,78 ± 0,461	1,67 ± 0,465	0,0461	¿Cuántas veces al día se levanta con el celular?	4,78 ± 1,765	3,88 ± 0,461	0,0001
¿Cuántas veces al día se levanta con el celular?	4,09 ± 1,087	3,41 ± 0,375	0	¿Cuántas veces al día se levanta con el celular?	4,78 ± 1,765	3,88 ± 0,461	0,0001
¿Cuántas veces al día se levanta con el celular?	1,01 ± 0,284	1,00 ± 0,168	0	¿Cuántas veces al día se levanta con el celular?	2,87 ± 0,788	2,87 ± 0,788	0,00001
¿Cuántas veces al día se levanta con el celular?	4,08 ± 1,151	3,88 ± 0,369	0,0628	¿Cuántas veces al día se levanta con el celular?	3,09 ± 1,095	3,08 ± 0,785	0,0004

P.E.S.O.	Tabla 3. Análisis estadístico. Influencia de pares (P.E.S.O.)		Test de MW	P.E.S.O.	Tabla 4. Análisis estadístico. Influencia de pares (P.E.S.O.)		Test de MW
	Hombres (n=187)	Mujeres (n=106)			Hombres (n=187)	Mujeres (n=106)	
¿Cuántas veces al día se levanta?	2,00 ± 0,878	1,11 ± 0,711	0,111	¿Cuántas veces al día se levanta?	1,28 ± 0,778	1,18 ± 0,481	0,111
¿Cuántas veces al día se levanta?	2,95 ± 0,771	1,38 ± 0,781	0,001	¿Cuántas veces al día se levanta?	1,58 ± 0,478	1,40 ± 0,375	0,001
¿Cuántas veces al día se levanta?	1,17 ± 0,488	1,41 ± 0,627	0,274	¿Cuántas veces al día se levanta?	1,17 ± 0,778	1,18 ± 0,481	0,001
¿Cuántas veces al día se levanta?	2,08 ± 0,771	1,11 ± 0,628	0,001	¿Cuántas veces al día se levanta?	2,01 ± 0,778	1,08 ± 0,481	0,001
¿Cuántas veces al día se levanta?	1,10 ± 0,628	1,11 ± 0,628	0,001	¿Cuántas veces al día se levanta?	1,18 ± 0,481	1,18 ± 0,481	0,001

P.E.S.O.	Tabla 5. Análisis estadístico. Influencia de pares (P.E.S.O.)		Test de MW	P.E.S.O.	Tabla 6. Análisis estadístico. Influencia de pares (P.E.S.O.)		Test de MW
	Hombres (n=187)	Mujeres (n=106)			Hombres (n=187)	Mujeres (n=106)	
¿Cuántas veces al día se levanta?	2,01 ± 0,878	1,11 ± 0,711	0,111	¿Cuántas veces al día se levanta?	1,28 ± 0,778	1,18 ± 0,481	0,111
¿Cuántas veces al día se levanta?	2,95 ± 0,771	1,38 ± 0,781	0,001	¿Cuántas veces al día se levanta?	1,58 ± 0,478	1,40 ± 0,375	0,001
¿Cuántas veces al día se levanta?	1,17 ± 0,488	1,41 ± 0,627	0,274	¿Cuántas veces al día se levanta?	1,17 ± 0,778	1,18 ± 0,481	0,001
¿Cuántas veces al día se levanta?	2,08 ± 0,771	1,11 ± 0,628	0,001	¿Cuántas veces al día se levanta?	2,01 ± 0,778	1,08 ± 0,481	0,001
¿Cuántas veces al día se levanta?	1,10 ± 0,628	1,11 ± 0,628	0,001	¿Cuántas veces al día se levanta?	1,18 ± 0,481	1,18 ± 0,481	0,001

P.E.S.O.	Tabla 7 y 8. Cuantificación de conductas por género. (Influencia de pares)	
	Hombres	Mujeres
Alcohol	0,48709312	0,48709312
Tobaco	0,48709312	0,48709312
Drogas	0,48709312	0,48709312

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lantieri, C., & Kelly, D. (2018). Gender Role Attitudes in the International Social Survey Programme: Cross-National Comparability and Relationships to Cultural Values. *Cross-Cultural Research*, 53(1), 386-411.
2. J. Brown, A., & Loh, Y. (2021). *Journal of Interpersonal Violence*. For info: <https://doi.org/10.1177/0886260521101111>
3. Dora RB, Curry WB, Swain C, Dawson L, Fairclough DL. The effectiveness of school-based physical activity interventions for adolescent girls: a systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*. 2017 Dec;104:207-218.