

# Resultados preliminares sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud.

Estudio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*)

Edición 2011: Andalucía

XXXX



**Autores:**

Carmen Moreno Rodríguez  
Pilar Ramos Valverde  
Francisco Rivera de los Santos  
Antonia Jiménez Iglesias  
Irene García Moya  
María Pazos Gómez



1. EL ESTUDIO HBSC
2. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA ANDALUZA EN LA EDICIÓN 2011
3. INFORME DE RESULTADOS

Descripción de la muestra recogida en su centro educativo

Alimentación y dieta

Higiene dental

Horas de sueño

Conductas de riesgo

Relaciones con la familia

Escuela

Salud positiva

Lesiones

Peleas

Relaciones con los iguales

Actividades de tiempo libre

Los informes de resultados han sido elaborados siguiendo una estructura que pretende lograr una presentación de la información lo más ordenada y clara posible. Por ello, en este informe encontrará secciones dedicadas a la presentación del estudio y las características de la edición de 2011, que preceden al apartado de presentación de los resultados obtenidos, con el objetivo de situar al lector en la lógica del estudio y servir de ayuda en la interpretación de los resultados del mismo.

Más concretamente, este informe de resultados se articula en tres grandes apartados, cuyo contenido se describe a continuación:

### 1. Presentación del estudio.

Dentro de este apartado se hace una breve descripción del estudio HBSC sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (*Health Behaviour in School-aged Children*), centrada en la participación española. En ella se tratan aspectos relacionados con la historia, evolución, objetivos, contenidos y utilidad de los datos que proporciona el estudio HBSC.

### 2. Metodología y descripción de la muestra Andaluza en la edición 2011.

Esta sección se dedica a explicar las características que ha tenido la recogida de datos en la edición 2011, así como a describir las características de la muestra andaluza del estudio. Por tanto, de la lectura de este apartado se obtiene información sobre cuántos escolares han participado y algunas características relevantes de los mismos que resultan de interés para contar con una visión general de la muestra española, ya que su puntuación aparecerá como valor de comparación con las de su centro educativo en las tablas de resultados.

### 3. Informe de resultados.

Este último apartado, que constituye el cuerpo fundamental del informe, recoge los resultados concretos obtenidos por el alumnado de su centro en las variables más relevantes del estudio, en comparación con los datos procedentes del conjunto de escolares andaluces participantes. Justo antes de estos resultados se muestra una tabla que describe las características de la muestra de su centro educativo, en función del sexo y la edad.

Para facilitar la interpretación de los resultados, éstos aparecen agrupados en distintos bloques temáticos, en concreto los siguientes:

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Alimentación y dieta  | 7. Salud Positiva               |
| 2. Cepillado dental      | 8. Lesiones                     |
| 3. Horas de sueño        | 9. Peleas                       |
| 4. Conductas de riesgo   | 10. Relaciones con los iguales  |
| 5. Relaciones familiares | 11. Actividades de tiempo libre |
| 6. Escuela               |                                 |

Cada uno de estos bloques comienza con una breve presentación sobre los contenidos que se van abordar en el mismo, que precede a las tablas de resultados correspondientes. Además, en el caso de que se hayan utilizado pruebas específicas para algunos de los aspectos evaluados, se incluirá también una breve descripción de las mismas y sus puntuaciones máximas y mínimas, es decir, aquella información que permita entender la lógica de los resultados que dichas pruebas aportan.

En cuanto a las tablas de resultados, se utilizan dos tipos de tablas: uno para las variables cuantitativas, aquéllas que tienen valores de respuesta numéricos, y otro para variables categóricas, aquéllas en las que aparecen distintas opciones de respuesta entre las que el estudiante debe seleccionar una.

A continuación se reproduce un ejemplo de cada tipo de tabla, junto a las indicaciones para su interpretación.

### a. Variables categóricas

La tabla que se muestra en la siguiente página es un ejemplo del formato de tabla que encontrará en todas las variables categóricas. Recuerde que por variable categórica entendemos aquella cuyos valores son de tipo textual, es decir, que indican categorías o "nombres", y no valores numéricos (es decir, las variables que no son cuantitativas, como podría ser "¿cuántas veces...?", "número de personas que viven en el hogar", etc., sino categorías de valores, como por ejemplo, "tipos de deporte en los que participa (acuáticos, atletismo, fútbol, etc.)").

En ella podemos distinguir dos partes:

La primera de ellas, que aparece en un color más claro, reproduce la pregunta que se formuló a los escolares y las opciones de respuesta. El resto de la tabla, cuya fila superior aparece en color más oscuro y con la fuente en blanco, presenta los resultados obtenidos. En esta parte se encuentran dos tipos de datos: el valor "n" se refiere al número de escolares, mientras que bajo el símbolo "%" aparecen los porcentajes sobre el total de sujetos que representan esos valores "n".

## Estudio HBSC 2011 sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud: edición Andalucía

Dentro de esta zona de la tabla, se diferencian tres columnas:

- En la columna nº 1, señalada con el recuadro verde en la figura superior, aparecen los datos de la muestra andaluza en su conjunto: el número total de escolares que seleccionó cada opción de respuesta (columna N) y el mismo dato expresado en porcentajes (%), es decir, qué tanto por ciento del total de estudiantes marcó cada opción de respuesta.
- En la columna nº 2, señalada en color azul, aparecen los datos en porcentajes de los estudiantes andaluces pero diferenciando entre los distintos grupos de edad. El objetivo es que ustedes puedan comparar a sus escolares con el grupo de estudiantes andaluces de su misma edad\*, ya que en muchos de los contenidos que aborda el estudio, la variable edad afecta a los resultados obtenidos.
- Por último, en la columna nº 3, que tiene como título el nombre del centro y ha sido rodeada con un recuadro amarillo, aparecen los datos referidos su alumnado. Dentro de la misma observarán una primera columna con los totales del alumnado de su centro en cada opción de respuesta y, a continuación, los datos correspondientes a cada grupo de edad de manera que, a la derecha de los porcentajes totales de su alumnado, encontrará tantas columnas verticales dentro de esta columna nº 3 como estratos de edad de su centro hayan participado en el estudio.

		Columna nº 1		Columna nº 2				Columna nº 3				
		Estudio HBSC-2011 Andalucía						IES XXX				
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		13-14 años	15-16 años	17-18 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%	%	%
Frecuencia de cepillado dental	Más de una vez al día	8492	53,5%	52,8%	48,5%	55,8%	57,9%	247	66,9%	63,3%	69,4%	70,7%
	Una vez al día	5334	33,6%	33,1%	35,4%	33,2%	32,5%	104	28,2%	30,1%	27,9%	25,0%
	Al menos una vez a la semana, pero no diariamente	1254	7,9%	8,8%	9,5%	6,8%	6,3%	11	3,0%	3,0%	1,8%	4,3%
	Menos de una vez a la semana	442	2,8%	3,0%	3,7%	2,3%	2,0%	6	1,6%	3,0%	,9%	,0%
	Nunca	338	2,1%	2,3%	2,9%	2,0%	1,3%	1	,3%	,6%	,0%	,0%

\*Si no recuerdan las edades de los escolares que rellenaron el cuestionario en su centro, pueden comprobarlo en la primera tabla del informe, destinada a la descripción de la muestra.

## Estudio HBSC 2011 sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud: edición Andalucía

Por tanto, para la interpretación de los datos que les presentamos en este tipo de tablas, los pasos a seguir son: localizar dentro de la columna nº 3 los resultados en porcentajes de los escolares de uno de los estratos de edad de su centro, buscar en la columna nº 2 los resultados de los estudiantes andaluces de ese mismo grupo de edad y, por último, comparar los porcentajes de unos y otros en cada opción de respuesta. Posteriormente, será necesario repetir el mismo procedimiento tantas veces como distintos estratos de edad hayan participado en el estudio.

A continuación reproducimos un ejemplo, que corresponde a un centro que participó con estudiantes de todas las edades, en el que señalamos las comparaciones necesarias para interpretar las puntuaciones de los escolares de 5º y 6º de Primaria (estrato de edad: 11-12años) o de 3º y 4º de E.S.O (estrato de edad: 15-16 años). Con un círculo han sido marcados los valores que habría que comparar en el caso del alumnado de 5º y 6º de Primaria, mientras que los valores a observar para interpretar las puntuaciones de los estudiantes de 3º y 4º de E.S.O aparecen dentro de un cuadrado.

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						IES XXX				
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		13-14 años	15-16 años	17-18 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%	%	%
Frecuencia de cepillado dental	Más de una vez al día	8492	53,5%	52,8%	48,5%	55,8%	57,9%	247	66,9%	63,3%	69,4%	70,7%
	Una vez al día	5334	33,6%	33,1%	35,4%	33,2%	32,5%	104	28,2%	30,1%	27,9%	25,0%
	Al menos una vez a la semana, pero no diariamente	1254	7,9%	8,8%	9,5%	6,8%	6,3%	11	3,0%	3,0%	1,8%	4,3%
	Menos de una vez a la semana	442	2,8%	3,0%	3,7%	2,3%	2,0%	6	1,6%	3,0%	,9%	,0%
	Nunca	338	2,1%	2,3%	2,9%	2,0%	1,3%	1	,3%	,6%	,0%	,0%

## b. Variables cuantitativas

En el caso de las variables cuantitativas, de nuevo encontramos en la tabla las dos partes descritas anteriormente. La principal diferencia en este caso es que, en lugar de porcentajes, encontramos dos estadísticos en la tabla: la media y la desviación tipo.

Para interpretar los resultados de su alumnado deben centrarse en la media. La desviación tipo es un estadístico que mide la dispersión de los datos, indicando si las respuestas dadas por los participantes fueron más o menos homogéneas. Así, cuanto mayor es la desviación tipo, más diversas fueron las respuestas ofrecidas por el alumnado. Más concretamente, una desviación tipo de 2, como la correspondiente a los estudiantes andaluces de la tabla de ejemplo, indica que las respuestas de los escolares a esa pregunta difieren una media de 2 puntos del valor medio del grupo. En cualquier caso, este es un dato adicional que suele proporcionarse junto a los cálculos de media para estimaciones de carácter estadístico.

Por tanto, la indicación para realizar la interpretación de las puntuaciones en el caso de las variables cuantitativas es: ver en torno a qué valor de los posibles en la variable en cuestión se sitúan sus escolares (su media) y comparar dicho dato con la media de la muestra andaluza de su mismo grupo de edad. De nuevo el procedimiento debe repetirse de manera independiente con cada grupo de edad, es decir, si en su centro participaron estudiantes de tres grupos de edad distintos, serán necesarias tres comparaciones.

En la siguiente tabla se marca con un recuadro rojo la fila donde aparecen las medias y con un círculo rosa y un cuadrado azul, siguiendo la lógica del ejemplo anterior, los valores que se utilizarían para la comparación con la media andaluza de los estudiantes de 5º y 6º de Primaria y 3º y 4º de E.S.O, respectivamente.

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					IES XXX			
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	13-14 años	15-16 años	17-18 años
Número de días que acostumbra a realizar un desayuno completo (algo más que un vaso de leche o un zumo de fruta)	Media	5.2	5.8	5.2	4.9	4.8	5.2	5.4	5.2	4.8
	Desviación tipo	2.2	1.9	2.2	2.3	2.3	2.1	2.0	2.2	2.3
	n válido	15731	3923	4293	3783	3732	365	162	111	92

### 1. EL ESTUDIO HBSC

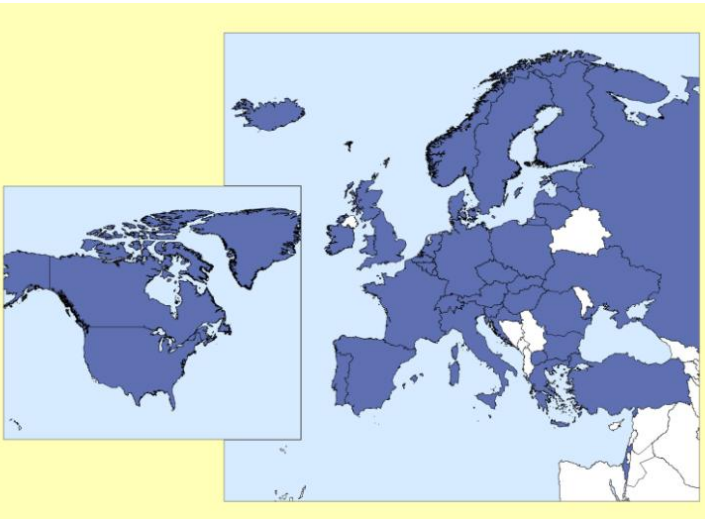
El estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (*Health Behaviour in School-Aged Children* o HBSC) es un proyecto ambicioso, con un importante respaldo institucional y que cuenta con una larga y sólida tradición.

Se trata de un estudio auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, que comenzó con la iniciativa de tres países (Finlandia, Noruega e Inglaterra) en 1982 y en el marco del cual se han venido realizando sucesivas ediciones, cada cuatro años, con el fin de conocer en profundidad los estilos de vida de los escolares y analizar su evolución. Este estudio no sólo aborda las conductas de salud o estilos de vida de los escolares, sino también los contextos de desarrollo en los que éstas evolucionan, aportando con ello una visión global y sistémica de la realidad estudiada.

Cada nueva edición ha supuesto la adhesión de nuevos países y el esfuerzo conjunto y coordinado de los equipos profesionales procedentes de los mismos en la mejora continua del procedimiento y cuestionarios utilizados. Tanto es así, que en la edición actual se ha contado con la participación de algo más de 40 países.

En el caso de España su participación ha venido teniendo lugar de forma continuada desde el año 1986, con la excepción de la edición de 1997-1998. Además, a partir del año 2002, este estudio viene realizándose gracias a los Convenios de Colaboración firmados entre el Ministerio de Sanidad y Política Social (Dirección General de Salud Pública) y la Universidad de Sevilla. En el caso de la edición andaluza del 2011, esta ha sido posible gracias al Convenio de Colaboración entre Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Secretaría General de Salud Pública y Participación) y la Universidad de Sevilla. La coordinación y dirección del estudio a nivel nacional recae sobre la Dra. Carmen Moreno Rodríguez (Profesora Titular Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla) y su equipo de investigación.

Los objetivos del estudio HBSC en España son comunes a los del conjunto de países participantes y responden a un enfoque interdisciplinar. En definitiva, los investigadores de este estudio comparten el interés por obtener una visión global de los estilos de vida de los jóvenes escolarizados y disponer así de herramientas que permitan el diseño de estrategias de intervención orientadas a la promoción de la salud en esta población.





En cuanto a los datos que proporciona, como se mencionaba anteriormente, no sólo se obtiene información sobre los comportamientos o hábitos en sí mismos (alimentación, higiene dental, empleo del ocio y tiempo libre, consumo de sustancias, etc.), sino que, junto a éstos, se incluye el análisis de los contextos claves en el desarrollo de los escolares en los que los comportamientos anteriores se van gestando y desarrollando, esto es: familia, escuela, amigos y vecindario. De esta manera, la salud de los escolares es analizada en su sentido más amplio, incorporando en el examen de la misma sus dimensiones física, psicológica y social.

Gracias a la amplitud y riqueza de estos datos, los resultados que se obtienen del estudio HBSC se convierten en una herramienta valiosa para el diseño de políticas de prevención y promoción de la salud dirigidas a los jóvenes. De este modo, se pretende que la información obtenida del estudio no sea útil únicamente en el plano teórico o epidemiológico, sino que se plasme en la puesta en marcha de acciones y políticas que promuevan el bienestar de los jóvenes españoles. En esta línea, desde el equipo español del estudio se apostó en la pasada edición 2010 por dar un paso más y elaborar un informe individualizado de resultados para cada uno de los centros participantes. Este compromiso se ha mantenido en la edición andaluza de 2011, con el objetivo de que contar con dicho informe pueda ayudarles a seleccionar aquellas actividades y programas de promoción de la salud que mejor se ajusten a las características concretas de su alumnado, partiendo de las fortalezas y áreas de mejora que los resultados hayan puesto de manifiesto.

## 2. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA ANDALUZA EN LA EDICIÓN 2011.

La recogida de datos andaluza de la edición 2011 del estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (HBSC) se realizó en 253 colegios seleccionados aleatoriamente de entre el conjunto de los centros educativos andaluces. El número de estudiantes participantes alcanzó un total de 16.017, distribuidos en cuatro grupos de edad para el análisis de los datos: 11 - 12 años, 13 - 14 años, 15 - 16 años y 17 - 18 años.

Para la recogida de datos se usó una versión informatizada del cuestionario a la que los escolares accedían a través de internet, usando los ordenadores de su centro educativo, y que permitía el envío instantáneo de los resultados al equipo de investigación. Las condiciones de aplicación del cuestionario y envío de los datos garantizaron los criterios de anonimato y confidencialidad que este tipo de investigaciones requieren.

La muestra es representativa de los adolescentes escolarizados andaluces desde los 11 a los 18 años, respetando los estratos relativos a la titularidad del centro educativo (público o concertado) y provincia de residencia.

## Estudio HBSC 2011 sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud: edición Andalucía

A continuación se presentan las tablas que resumen las características más relevantes de la muestra andaluza en esta edición 2011, respecto a las variables sexo, edad y ámbito de residencia:

Estudio HBSC-2011 Andalucía			
		n	%
Total de la muestra andaluza		16017	100,0%
Sexo	Chico	8011	50,0%
	Chica	8006	50,0%
Grupos de edad	11-12 años	4013	25,2%
	13-14 años	4345	27,3%
	15-16 años	3803	23,9%
	17-18 años	3753	23,6%
Provincia	Almería	1382	8,6%
	Cádiz	2330	14,5%
	Córdoba	1781	11,1%
	Granada	2553	15,9%
	Huelva	1194	7,5%
	Jaén	1632	10,2%
	Málaga	2340	14,6%
	Sevilla	2805	17,5%

### 3. INFORME DE RESULTADOS

#### Descripción de la muestra recogida en su centro educativo

		Centro XXXX	
		<i>n</i>	%
Total del centro		75	
Sexo	Chico	36	48,0%
	Chica	39	52,0%
Grupo de edad según curso	11-12 años	75	100,0%

## Alimentación y dieta

En el periodo de la adolescencia aumenta la necesidad fisiológica de los nutrientes esenciales (energía, proteínas, vitaminas y minerales) y se hace especialmente importante tener una dieta de alta calidad nutritiva. Un buen modelo de alimentación en la infancia y la adolescencia promueve un óptimo crecimiento y desarrollo, teniendo además un gran impacto en el futuro estado de salud adulto.

A pesar de que un hábito nutricional importante para la salud es la regularidad en la alimentación, la omisión del desayuno o su realización de forma inadecuada o insuficiente son prácticas de alimentación relativamente frecuentes entre los adolescentes. Los expertos demuestran que los cambios metabólicos causados por el ayuno prolongado llevan consigo una respuesta de fatiga que no solo interfiere en el rendimiento físico y muscular, sino también en diferentes aspectos cognitivos: falta de concentración, disminución de la capacidad de locución o expresión, memoria, creatividad y resolución de problemas, además del consiguiente decaimiento y mal humor.

Así mismo, el tipo de alimentos que consumen los chicos y chicas en la adolescencia es muy importante para su desarrollo. Los resultados acuerdan en mostrar que la tendencia general desde la infancia hasta la adolescencia es a consumir cada vez menos fruta y verdura, mientras que el consumo de dulces y refrescos crece de forma significativa. Sin embargo, las recomendaciones nutricionales especifican que el consumo de estos alimentos debería ser justo el contrario.

Actualmente existe una dicotomía en la preocupación hacia la alimentación, la imagen corporal y el control del peso en la población juvenil. Por un lado, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad se ha convertido en una de las cuestiones principales que han despertado la preocupación de la salud pública. De hecho, la Organización Mundial de la Salud insta a la promoción de estilos de vida saludables en la infancia y adolescencia como una clave crucial para detener la que califican como rápida y progresiva epidemia de la obesidad. Por otro lado, en el otro extremo, un sector cada vez más numeroso de jóvenes se siente insatisfecho con su imagen corporal y aspira a estar cada vez más delgado, practicando a menudo métodos poco saludables para controlar el peso.

Para analizar estas últimas cuestiones, en este bloque también se presenta información relacionada con el Índice de Masa Corporal y la frecuencia con la que los escolares dicen seguir alguna dieta u otro método para perder peso. El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida antropométrica que se calcula a partir de la masa en kilogramos dividida por el cuadrado de la estatura en metros ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ). En general, cuando el cociente oscila entre 18 y 25, se considera que el adolescente se encuentra en un peso normal.

**Número de días que acostumbra a realizar un desayuno completo (algo más que un vaso de leche o un zumo de fruta)**

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Número de días que acostumbra a realizar un desayuno completo (algo más que un vaso de leche o un zumo de fruta)	Media	5.2	5.8	5.2	4.9	4.8	5.9	5.9
	Desviación tipo	2.2	1.9	2.2	2.3	2.3	1.9	1.9
	n válido	15731	3923	4293	3783	3732	74	74

**Frecuencia semanal en consumo de frutas**

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	
		n	%	%	%	%	%	n	%
Frecuencia semanal en consumo de frutas	Nunca	1115	7,1%	6,0%	7,8%	8,0%	6,5%	10	13,5%
	Menos de una vez a la semana	1156	7,3%	4,5%	8,7%	8,7%	7,4%	8	10,8%
	Una vez a la semana	1849	11,7%	9,7%	12,7%	12,8%	11,7%	12	16,2%
	Varias veces a la semana	6908	43,9%	43,1%	41,9%	44,1%	46,7%	17	23,0%
	Todos los días	4716	30,0%	36,6%	28,9%	26,4%	27,6%	27	36,5%

## Estudio HBSC 2011 sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud: edición Andalucía

### Frecuencia semanal en consumo de verduras o vegetales (por ejemplo, tomates, lechuga, lentejas, garbanzos, espinacas, etc.)

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Frecuencia semanal en consumo de verduras o vegetales (por ejemplo, tomates, lechuga, lentejas, garbanzos, espinacas, etc.)	Nunca	598	3,8%	4,6%	4,8%	3,8%	1,8%	6	8,1%	8,1%
	Menos de una vez a la semana	783	5,0%	4,9%	6,1%	4,9%	3,9%	6	8,1%	8,1%
	Una vez a la semana	2194	14,0%	16,2%	14,2%	14,3%	11,2%	25	33,8%	33,8%
	Varias veces a la semana	9166	58,4%	54,0%	56,7%	59,8%	63,7%	30	40,5%	40,5%
	Todos los días	2948	18,8%	20,3%	18,2%	17,1%	19,5%	7	9,5%	9,5%

### Frecuencia semanal en consumo de dulces (caramelos o chocolate)

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Frecuencia semanal en consumo de dulces (caramelos o chocolate)	Nunca	624	4,0%	4,9%	3,9%	3,3%	3,9%	6	8,1%	8,1%
	Menos de una vez a la semana	2265	14,5%	17,2%	14,1%	13,6%	12,9%	9	12,2%	12,2%
	Una vez a la semana	3309	21,1%	25,8%	20,2%	19,2%	19,3%	20	27,0%	27,0%
	Varias veces a la semana	6867	43,9%	38,7%	42,8%	47,2%	47,2%	29	39,2%	39,2%
	Todos los días	2586	16,5%	13,5%	18,9%	16,7%	16,8%	10	13,5%	13,5%

Frecuencia semanal en consumo de refrescos u otras bebidas que contienen azúcar

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Frecuencia semanal en consumo de refrescos u otras bebidas que contienen azúcar	Nunca	910	5,8%	8,1%	4,9%	5,1%	5,1%	11	14,9%	14,9%
	Menos de una vez a la semana	1479	9,4%	10,9%	8,7%	8,3%	9,7%	11	14,9%	14,9%
	Una vez a la semana	2236	14,2%	17,9%	12,4%	12,3%	14,4%	17	23,0%	23,0%
	Varias veces a la semana	5802	36,9%	36,2%	36,2%	36,0%	39,4%	19	25,7%	25,7%
	Todos los días	5297	33,7%	26,9%	37,9%	38,3%	31,4%	16	21,6%	21,6%

Índice de Masa Corporal

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Índice de Masa Corporal	Media	20.7	19.2	20.3	21.2	22.1	19.2	19.2
	Desviación tipo	3.6	3.3	3.6	3.4	3.4	3.0	3.0
	n válido	14523	3644	3834	3477	3568	72	72

Seguimiento de alguna dieta u otro método para perder peso

	Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
	Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
	n	%	%	%	%	%	n	%	%
Seguimiento de alguna No dieta u otro método para perder peso	13182	83,3%	83,9%	84,4%	83,1%	81,7%	54	72,0%	72,0%
Sí	2638	16,7%	16,1%	15,6%	16,9%	18,3%	21	28,0%	28,0%



## Higiene dental

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública frecuentemente subestimado, pero de importante relevancia por su elevada prevalencia, el coste del tratamiento y su impacto en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional, así como de su efecto sobre la calidad de vida.

Muchos comportamientos de salud bucodental afectan significativamente a la salud física y psicosocial durante la adolescencia, mientras otros tienen potenciales efectos negativos en el futuro estado de salud, ya que los comportamientos de higiene bucodental muestran una elevada continuidad entre la adolescencia y la adultez.

Entre las principales enfermedades bucodentales se registran las caries dentales, las enfermedades periodontales, los traumatismos y el cáncer oral, sin embargo son las dos primeras las que toman un papel más relevante durante la adolescencia. A pesar de que son varias las recomendaciones para protegerse de estas enfermedades bucodentales, es la higiene bucodental eficaz uno de los factores de protección más importantes para la prevención, siendo la recomendación universal cepillarse los dientes al menos dos veces al día.

### Frecuencia de cepillado dental

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		<i>n</i>	%	%	%	%	%	<i>n</i>	%	%
Frecuencia de cepillado dental	Más de una vez al día	8492	53,5%	52,8%	48,5%	55,8%	57,9%	52	69,3%	69,3%
	Una vez al día	5334	33,6%	33,1%	35,4%	33,2%	32,5%	17	22,7%	22,7%
	Al menos una vez a la semana, pero no diariamente	1254	7,9%	8,8%	9,5%	6,8%	6,3%	6	8,0%	8,0%
	Menos de una vez a la semana	442	2,8%	3,0%	3,7%	2,3%	2,0%	0	,0%	,0%
	Nunca	338	2,1%	2,3%	2,9%	2,0%	1,3%	0	,0%	,0%

## Horas de sueño

Los ciclos de vigilia y sueño se encuentran regulados de manera biológica en el cerebro, de manera que existe una estrecha vinculación entre la cantidad de sueño y el nivel de maduración del sistema nervioso. Las horas de sueño no son periodos de recuperación pasiva e inactividad cerebral, sino que han demostrado tener una gran importancia en la consolidación de los aprendizajes, así como en distintos procesos fisiológicos, psíquicos e intelectuales. De esta forma, la privación parcial de sueño afecta al nivel de activación durante las horas de vigilia, dificultando un comportamiento adaptado y eficiente.

La recomendación general en cuanto a hábitos de sueño saludables durante la adolescencia marca un rango de entre 8 y 10 horas de sueño al día como el patrón recomendable para un buen funcionamiento durante la jornada diurna. Concretamente diversos estudios han constatado que la reducción de las horas de sueño por debajo de las 8 horas al día en escolares se relaciona con comportamientos pasivos durante las clases (mirar al vacío, hacer movimientos repetitivos con lápices o bolígrafos, etc.), atención fluctuante con dificultades para concentrarse en las explicaciones proporcionadas por el profesorado o en la realización de las tareas encomendadas y dificultades para la memorización durante las sesiones de estudio.

Además, unos hábitos de sueño no saludables pueden interferir en otras áreas cruciales en la salud adolescente como, por ejemplo, el desayuno (aquellos escolares que se acuestan más tarde de lo que debieran tienden a postergar al máximo la hora de levantarse para ir clase y a menudo salen de casa sin desayunar), un factor crucial para mantener buenos niveles de energía durante la jornada escolar. De esta forma, a la falta de sueño se añaden otras carencias y todo ello termina afectando al rendimiento escolar.

Número de horas de sueño, los días entre semana

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Número de horas de sueño, los días de entre semana	Media	8.3	9.4	8.3	7.8	7.5	9.0	9.0
	Desviación tipo	1.6	1.6	1.5	1.4	1.5	1.9	1.9
	n válido	15980	4028	4365	3822	3765	75	75

Número de horas de sueño, los días de fin de semana

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Número de horas de sueño, los días de fin de semana	Media	8.8	9.5	9.1	8.6	7.9	9.4	9.4
	Desviación tipo	1.9	1.9	1.8	1.8	1.9	2.0	2.0
	n válido	15980	4028	4365	3822	3765	75	75

## Conductas de riesgo

Los expertos consideran que la etapa de la adolescencia reúne una serie de características que la convierten en un momento del ciclo vital clave para el inicio en el **consumo de drogas**. Además, existe evidencia de la existencia de relación progresiva en el consumo de las diferentes sustancias, de modo que el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) influye en el inicio del consumo de drogas ilegales

Para empezar, la adolescencia es un momento crítico en el establecimiento del comportamiento de fumar. Los expertos exponen varias razones que podrían explicar el hecho de que el consumo de tabaco pueda llegar a ser algo atractivo para los jóvenes, como es el control de estados de ánimo negativos que puede llegar a producir (por ejemplo, relajarse, concentrarse, reducir el estrés o reducir el aburrimiento), la facilidad para contactar y permanecer en un grupo (utilizando el tabaco como un vehículo para entrar en un grupo de amistad deseado, tener contacto con el otro sexo...), el control del peso (especialmente en las chicas) o la identificación con una determinada imagen de madurez y confianza en sí mismo. Sin embargo, más allá de los peligros a largo plazo del consumo de tabaco durante la adolescencia, este hábito tiene también efectos a corto plazo sobre algunos aspectos del funcionamiento físico de los jóvenes, como es la disminución de la aptitud física, el aumento de los problemas asmáticos y el aumento de la tos, sibilancias y dificultad para respirar.

Si se excluye el tabaco y la cafeína, el alcohol es la droga más experimentada y consumida por los jóvenes. Sin embargo, el consumo de alcohol frecuente y excesivo durante la adolescencia está asociado a una serie de consecuencias negativas, como son, por ejemplo, continuidad en el consumo de alcohol y otras drogas en la adultez, problemas académicos, relaciones sexuales no planificadas y de riesgo, accidentes de tráfico y diversos problemas físicos y emocionales.

### Frecuencia actual de consumo de tabaco

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Frecuencia actual de consumo de tabaco	Todos los días	1215	7,7%	,2%	4,1%	11,2%	16,1%	0	,0%	,0%
	Al menos una vez a la semana, pero no todos los días	587	3,7%	,2%	2,7%	6,3%	5,9%	0	,0%	,0%
	Menos de una vez a la semana	619	3,9%	,4%	3,5%	5,9%	6,1%	0	,0%	,0%
	No fumo	13454	84,7%	99,2%	89,7%	76,6%	71,9%	75	100,0%	100,0%

### Frecuencia actual de consumo de alcohol independientemente del tipo de bebida alcohólica ingerida

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Frecuencia actual de consumo de alcohol independientemente del tipo de bebida alcohólica ingerida	Todos los días	212	1,3%	,4%	1,3%	1,8%	1,9%	2	2,7%	2,7%
	Todas las semanas	2280	14,4%	,3%	6,0%	18,6%	34,9%	1	1,4%	1,4%
	Todos los meses	1863	11,8%	,5%	6,8%	17,7%	23,5%	0	,0%	,0%
	Rara vez	3695	23,3%	8,8%	25,1%	32,9%	27,0%	6	8,1%	8,1%
	Nunca	7801	49,2%	89,9%	60,8%	29,0%	12,6%	65	87,8%	87,8%

## Relaciones con la familia

La familia constituye el contexto principal y fundamental de socialización de chicos y chicas, teniendo las relaciones parento-filiales una influencia clara y significativa sobre el desarrollo adolescente. La evidencia disponible indica que el predictor más simple y consistente de la salud y el bienestar adolescente es la calidad de las relaciones de los chicos y las chicas adolescentes con sus progenitores.

Algunas dimensiones dentro de las relaciones familiares resultan de especial relevancia para lograr unas relaciones parento-filiales de calidad, con las que los chicos y chicas se sientan satisfechos. Así, dos dimensiones claves en las relaciones parento-filiales son la comunicación -transmisión de información diversa entre progenitores e hijos/hijas- y el afecto -tono emocional de la relación-. Además, otras dimensiones adquieren una especial importancia en la adolescencia. Es el caso de la sobreprotección o, en el otro extremo de la dimensión, la promoción de la autonomía -prácticas parentales que posibilitan o no que el chico o la chica sea más independiente de su familia y capaz de actuar por sí mismo-.

En las relaciones parento-filiales se han encontrado diferencias según el género del progenitor y del adolescente. La revisión de los estudios de estas relaciones muestra que, en general, chicos y chicas suelen pasar más tiempo con sus madres (las chicas, en ocasiones, ligeramente más que los chicos), a quienes suelen percibir como más cariñosas, afectuosas y comunicativas, así como algo más estimuladoras de la autonomía; mientras que los padres suelen compartir más actividades con sus hijos varones y tienden a ser percibidos por estos como menos sobreprotectores.

Durante esta etapa evolutiva, que supone para chicos y chicas hacer frente a una diversidad de cambios y retos, el apoyo de los progenitores resulta tan relevante como en la infancia. Así, es necesario que padres y madres se muestren afectuosos con sus hijos e hijas, realicen intercambios comunicativos diversos sobre temas de interés para los mismos, compartan experiencias personales que posibiliten un mayor y mejor conocimiento de sus hijos e hijas adolescentes, así como, cuando lo necesiten les orienten de una forma no directiva, que estimule en ellos y ellas su autonomía. De esta forma, los jóvenes lograrán mejor autoestima y bienestar psicológico, mayor competencia social y académica, confianza en sí mismos, menores problemas conductuales, así como mayor satisfacción con sus relaciones familiares.

### Grado de facilidad en la comunicación con la madre

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Grado de facilidad en la comunicación con la madre	Muy fácil	7054	45,5%	64,2%	48,4%	36,0%	31,9%	52	72,2%	72,2%
	Fácil	5957	38,4%	26,7%	36,9%	44,3%	46,6%	17	23,6%	23,6%
	Difícil	1714	11,0%	5,3%	9,5%	13,7%	16,2%	2	2,8%	2,8%
	Muy difícil	509	3,3%	2,1%	3,6%	3,9%	3,6%	0	,0%	,0%
	No tengo o no veo a esta persona	280	1,8%	1,7%	1,7%	2,2%	1,7%	1	1,4%	1,4%

### Grado de facilidad en la comunicación con el padre

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Grado de facilidad en la comunicación con el padre	Muy fácil	4096	26,3%	44,4%	28,1%	17,6%	13,5%	39	53,4%	53,4%
	Fácil	5854	37,5%	34,5%	37,2%	39,1%	39,5%	20	27,4%	27,4%
	Difícil	3573	22,9%	13,3%	21,6%	27,5%	30,1%	11	15,1%	15,1%
	Muy difícil	1426	9,1%	4,4%	9,2%	11,0%	12,2%	2	2,7%	2,7%
	No tengo o no veo a esta persona	648	4,2%	3,4%	3,9%	4,7%	4,7%	1	1,4%	1,4%

## Estudio HBSC 2011 sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud: edición Andalucía

### Percepción de la relación de afecto con la madre (de 1 a 3)

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Percepción de la relación de afecto con la madre (de 1 a 3)	Media	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4
	Desviación tipo	.2	.2	.2	.3	.3	.2	.2
	n válido	15357	3838	4190	3675	3654	72	72

### Percepción sobreprotección por parte de la madre (de 1 a 3)

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Percepción sobreprotección por parte de la madre (de 1 a 3)'	Media	1.9	1.9	1.9	1.8	1.8	1.9	1.9
	Desviación tipo	.3	.3	.3	.3	.3	.3	.3
	n válido	15177	3768	4137	3652	3620	71	71



Percepción de la relación de afecto con el padre (de 1 a 3)

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Percepción de la relación de afecto con el padre (de 1 a 3)	Media	2.2	2.3	2.2	2.1	2.1	2.4	2.4
	Desviación tipo	.3	.3	.3	.3	.3	.2	.2
	n válido	14565	3659	3967	3491	3448	69	69

Percepción sobreprotección por parte del padre (de 1 a 3)

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Percepción sobreprotección por parte del padre (de 1 a 3)	Media	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
	Desviación tipo	.3	.3	.3	.3	.3	.3	.3
	n válido	14502	3639	3945	3473	3445	68	68

Índice de satisfacción con las relaciones familiares (de 0 a 10)

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Índice de satisfacción con las relaciones familiares (de 0 a 10)	Media	8.4	9.2	8.5	8.0	7.9	9.4	9.4
	Desviación tipo	2.0	1.7	2.0	2.0	2.0	1.1	1.1
	n válido	15688	3937	4267	3753	3731	74	74

## Escuela

La escuela constituye uno de los principales contextos de desarrollo durante la infancia y la adolescencia. Por un lado, una parte importante de las vidas de los adolescentes transcurre dentro del escenario escolar; por otro, dentro del centro educativo se establecen importantes vínculos sociales y emocionales (principalmente con los iguales, pero también con los adultos) y, sin lugar a dudas, dentro del ámbito escolar se realizan importantes aprendizajes, tanto en lo que atañe a los contenidos más estrictamente académicos, como a los sociales y emocionales. Estas páginas se centran en estos últimos.

Numerosas investigaciones señalan que existe una estrecha relación entre la percepción de un clima positivo en el contexto escolar y el ajuste y bienestar adolescente.

La escuela, como uno de los contextos centrales en la vida de los escolares, influye en la gestación y desarrollo de los hábitos de vida, siendo indudable su importancia en el desarrollo de los estilos de vida de los escolares y su salud futura. En concreto, un ambiente escolar positivo se convierte en un recurso valioso para el desarrollo de estilos de vida saludables y de sentimientos de satisfacción con la propia vida escolar, mientras que una percepción negativa de este escenario tiene efectos adversos en los sentimientos de satisfacción vital y el bienestar de los escolares.

Los sentimientos hacia la escuela y la percepción de agobio con el trabajo escolar son dos aspectos de la escuela abordados por el estudio HBSC. Por un lado, numerosos estudios han puesto de manifiesto que una baja satisfacción escolar se asocia a comportamientos de riesgo para la salud, como el consumo de sustancias, una percepción más negativa de la propia salud y una mayor incidencia de sintomatología somática (dolores de cabeza, dolor de espalda, mareos, molestias gástricas, etc.). Además, los estudiantes con baja satisfacción escolar son más reacios a seguir las recomendaciones que se hacen desde la escuela, lo que puede hacer que se beneficien menos de las acciones y programas para la promoción de la salud que se implementan en el centro escolar.

Por otro lado, y en relación con la percepción de agobio escolar, también se ha observado de manera consistente que entre los estudiantes que sienten un mayor estrés y sentimientos de agobio, existe una mayor prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud, así como una frecuencia más elevada de quejas somáticas y sentimientos de tristeza o nerviosismo. Unido a lo anterior, se ha constatado que estos estudiantes tienen menores niveles de bienestar y satisfacción vital y una percepción más negativa de su propia salud.

## Estudio HBSC 2011 sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud: edición Andalucía

### Sentimientos hacia la escuela

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Sentimientos hacia la escuela	Me gusta mucho	3683	23,4%	42,6%	20,1%	13,3%	17,1%	33	44,6%	44,6%
	Me gusta un poco	6190	39,4%	38,5%	37,6%	40,0%	41,7%	28	37,8%	37,8%
	No me gusta mucho	3798	24,2%	12,1%	25,4%	30,1%	29,6%	8	10,8%	10,8%
	No me gusta nada	2048	13,0%	6,8%	16,9%	16,5%	11,7%	5	6,8%	6,8%

### Percepción de agobio con el trabajo escolar

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Percepción de agobio con el trabajo escolar	Nada	1506	9,6%	20,3%	7,8%	5,2%	4,6%	10	13,3%	13,3%
	Un poco	5660	36,0%	48,4%	36,2%	31,9%	26,6%	38	50,7%	50,7%
	Algo	4789	30,5%	20,8%	31,3%	35,0%	35,2%	16	21,3%	21,3%
	Mucho	3771	24,0%	10,4%	24,7%	27,9%	33,5%	11	14,7%	14,7%

## Salud positiva

A partir de la concepción más actual de salud, fundamentada en el modelo biopsicosocial, la salud no solo se entiende únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que se trata de un estado completo de bienestar físico, psicológico y social.

En este nuevo paradigma cada vez toma más importancia la calidad de vida relacionada con la salud, es decir, la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, de los cuidados sanitarios y de la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su estado general de bienestar. Conocer más sobre la calidad de vida relacionada con la salud en la infancia y adolescencia es especialmente relevante para la salud pública porque la calidad de vida en esta edad es la base para la calidad de vida y la salud en la adultez. Una de las medidas más reconocidas y valoradas para evaluar este constructo durante la adolescencia es el instrumento conocido como Kidscreen o índice de bienestar emocional, que evalúa con buenos criterios de fiabilidad y validez las facetas física, psicológica y social de la salud de los jóvenes.

### Índice de bienestar emocional (de 10 a 50)

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Índice de bienestar emocional (de 10 a 50)	Media	34.5	37.4	34.8	33.4	32.4	38.0	38.0
	Desviación tipo	5.6	5.5	5.4	5.2	4.9	5.1	5.1
	n válido	14807	3610	4021	3574	3602	68	68

## Lesiones

Con los avances en materia de higiene y en el control de las enfermedades infecciosas en el mundo desarrollado, durante la última mitad del siglo XX, las lesiones se han convertido en la principal causa de muerte en los niños y niñas (mayores de 1 año) y en los jóvenes.

Aunque son muchos los tipos de lesiones que causan diferentes grados de dolor, incapacidad y muerte, la literatura las clasifica en dos grandes grupos. Por una parte, se encontrarían las lesiones *no intencionadas*, como son los accidentes de tráfico, los envenenamientos, los ahogamientos, las caídas y las quemaduras, que se definirían por ocurrir de una manera relativamente accidental. Mientras que, por otra parte, las lesiones *intencionadas* hacen referencia a aquellas lesiones provocadas por la violencia interpersonal o autoprovocada. A pesar de que, tradicionalmente, las lesiones no intencionadas han sido referidas con el término *accidentes*, en la literatura científica internacional se prefiere cada vez más utilizar el término de *lesiones no intencionadas*, ya que el término *accidente* favorece la aceptación resignada de su ocurrencia como algo inevitable y, por tanto, imposible de controlar.

Los estudios de investigación demuestran que el riesgo de lesiones intencionadas y no intencionadas aumenta enormemente durante la adolescencia, siendo la mayor causa de morbilidad grave y de muerte en los jóvenes de la mayoría de los países desarrollados.

### Frecuencia de lesiones (que hayan requerido atención/Asistencia médica) en los últimos 12 meses

	Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
	Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Frecuencia de lesiones Media	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.7	1.7
(que hayan requerido atención/Asistencia médica) en los últimos 12 meses	Desviación tipo	1.3	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4
n válido	15416	3935	4149	3594	3738	75	75

## Peleas

La violencia es una de los temas que mayor preocupación despierta en nuestra sociedad. La ocurrencia de peleas físicas constituye la manifestación más frecuente de violencia interpersonal en la adolescencia y con frecuencia ha sido asociada con otros factores de riesgo para el bienestar adolescente como el consumo de sustancias, problemas de conducta o incluso conductas delictivas.

Las peleas físicas en la adolescencia ocasionan un buen número de las lesiones intencionadas, a cuya definición se hizo referencia en el apartado de lesiones.

Además, las peleas físicas denotan falta de habilidades en la resolución de conflictos y, centrándonos en sus efectos en el ámbito escolar, pueden perturbar de forma grave el clima escolar y la convivencia en el centro. De ahí que la evaluación de la prevalencia de peleas físicas resulte un elemento esencial para el estudio de las relaciones entre escolares y para la prevención de conductas de riesgo para la salud, así como de otros comportamientos violentos a los que pueden aparecer asociadas, como es el caso del *bullying* del que, aun no siendo el componente principal, sí que pueden formar parte.

### Frecuencia de peleas físicas en los últimos 12 meses

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Frecuencia de peleas físicas en los últimos 12 meses	Media	.7	.9	1.9	.4	.3	.8	.8
	Desviación tipo	1.1	1.3	1.1	.9	.8	1.2	1.2
	n válido	12908	3942	1652	3587	3727	74	74

## Relaciones con los iguales

La importancia de las relaciones con los iguales es un hecho suficientemente corroborado por investigadores y profesionales del ámbito de la infancia y la adolescencia. Este tipo de relaciones constituyen un contexto privilegiado para el aprendizaje de diversas habilidades, como son la capacidad empática, la adopción de perspectiva, la comunicación, la cooperación o la gestión y resolución de conflictos. Además, la amistad aporta un contexto de apoyo para el desarrollo de la autoexploración, el crecimiento emocional, la validación del yo y el desarrollo moral.

La experiencia de apoyo y el sentimiento de satisfacción de los jóvenes con sus relaciones de amistad se relacionan con una alta autoestima y un buen ajuste), así como con ausencia de aislamiento y depresión. La insatisfacción con el contexto de los iguales, por su parte, se relaciona con lo que se conocen como problemas internalizados, fundamentalmente sentimientos de soledad, insatisfacción, baja autoestima y depresión.

Una de los fenómenos que con frecuencia se esconde detrás de la insatisfacción que los jóvenes tienen hacia las relaciones con sus iguales es el relacionado con el maltrato, acoso escolar o *bullying*. Actualmente se entiende que el maltrato entre iguales es un fenómeno grupal que implica y afecta tanto a la víctima como al agresor. Por un lado, las experiencias de maltrato pueden crear en la víctima estrés, ansiedad, miedo, tristeza, depresión, baja autoestima o fobia escolar. Por otro lado, estas experiencias proporcionan al agresor, en ocasiones, cierta conciencia de clandestinidad e impunidad que le aporta prestigio social entre algunos de sus compañeros (o el silencio, entre otros colegas) y que le anima a seguir abusando de los demás, a menudo de los más débiles (los que tienen menos recursos personales o de red social para defenderse).

Habitualmente, los adolescentes, y la sociedad en general, han infravalorado la frecuencia de las situaciones de maltrato, ya que usualmente las han asociado al daño físico, sin tener en cuenta que el maltrato pueden tener otras manifestaciones diferentes. Sin embargo, el impacto social que este fenómeno ha tenido en los últimos años puede haber provocado que los jóvenes, y de nuevo, la sociedad en general, sobreestimen su frecuencia, confundiendo una discusión con una situación de maltrato. Para evitar estos sesgos, en el cuestionario aplicado por este estudio se incluía una aclaración justo antes de la pregunta referente a la frecuencia de maltrato, que señalaba lo siguiente:

*“He aquí algunas preguntas sobre maltrato entre compañeros y compañeras. Decimos que un alumno o alumna ESTÁ SIENDO MALTRATADO cuando otro alumno o alumna, o un grupo de ellos, le dice o hace cosas hirientes o desagradables. También hay maltrato cuando se le toma el pelo repetidamente de una manera que a él o ella no le gusta o cuando deliberadamente se les aparta del grupo. Pero NO HAY MALTRATO cuando dos alumnos o alumnas que tienen fuerza y poder parecidos discuten o se pelean. Tampoco hay maltrato cuando la burla se le hace de forma amistosa o jugando.”*



Frecuencia de haber sido maltratado en el colegio/instituto en los últimos 2 meses

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		n	%	%	%	%	%	n	%	%
Frecuencia de haber sido maltratado en el colegio/instituto en los últimos 2 meses	No he sido maltratado en el colegio o instituto en los últimos dos meses	13446	87,9%	85,3%	82,2%	92,3%	92,9%	65	89,0%	89,0%
	Solo ha sucedido una o dos veces en los últimos dos meses	1184	7,7%	9,4%	11,3%	4,8%	4,9%	5	6,8%	6,8%
	Ha sucedido más de dos veces en los últimos dos meses	660	4,3%	5,3%	6,5%	2,9%	2,2%	3	4,1%	4,1%

Índice de satisfacción con las relaciones que tienen con sus amigos/as (de 0 a 10)

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Si tuvieras que calificar la relación que tienes con tus amigos en general, ¿qué nota le pondrías?	Media	8.5	9.0	8.5	8.4	8.3	9.5	9.5
	Desviación tipo	1.7	1.7	1.9	1.6	1.6	1.1	1.1
	n válido	15271	3908	4080	3574	3709	75	75

## Actividades de tiempo libre

Una cuestión central del desarrollo de la juventud es conseguir que los adolescentes se involucren, durante su tiempo libre, en actividades que les entusiasmen y promuevan el desarrollo de habilidades. La investigación realizada hasta la fecha muestra que el tiempo libre no implica tiempo "vacío", por el contrario se trata de un período de tiempo lleno de oportunidades para la socialización y el aprendizaje. De los muchos aspectos que podrían ser abordados en relación con las actividades de tiempo libre, este informe se detiene en sus implicaciones sobre el sedentarismo y en un tipo específico de actividad, la que se produce dentro de un contexto de organización, supervisión y que lleva aparejada la consecución de logros o metas.

Así, por un lado, una gran parte del tiempo libre de los jóvenes está relacionado con conductas sedentarias, que han demostrado estar relacionados potencialmente con un cierto número de problemas y enfermedades. La conducta de ver televisión o vídeos ha sido la actividad sedentaria más estudiada hasta el momento, lo que ha llevado a los expertos a recomendar que el tiempo máximo que niños, niñas y adolescentes dediquen a ver televisión o vídeos no sea mayor de dos horas al día. Sin embargo, actualmente la televisión no es la única actividad sedentaria en la que chicos y chicas pasan parte de su tiempo libre, por lo que se hace necesario evaluar otras conductas que puedan suponer una reducción del gasto energético, especialmente aquellas que tienen que ver con el uso del ordenador.

Por otro lado, existen las actividades de tiempo libre organizadas, que han demostrado tener muchos beneficios para la salud y el bienestar de los adolescentes. Por "organizadas" se entienden aquellas actividades que se caracterizan por la estructura, la supervisión adulta y el énfasis en la consecución de habilidades. Estas actividades son generalmente voluntarias, tienen reuniones regulares y programadas (lo que exige una cierta disciplina y persistencia), mantienen el desarrollo sobre la base de las expectativas y normas de los participantes, ofrecen supervisión y guía desde los adultos y están organizadas en torno al desarrollo particular de las capacidades y el logro de las metas, incrementando generalmente la complejidad a medida que se van desarrollando las habilidades de los participantes. Algunos ejemplos son actividades deportivas organizadas (fútbol, balonmano, ciclismo, karate, danza...), actividades musicales y teatrales organizadas (coro, banda de música, teatro...) o actividades organizadas de carácter político, benéfico o de voluntariado.

Cada vez más estudios demuestran que los adolescentes que participan en actividades de tiempo libre organizadas experimentan importantes beneficios en su desarrollo, como menores tasas de abandono escolar temprano, mejor rendimiento académico, niveles más bajos de depresión, alienación y sentimientos de soledad, así como una menor probabilidad de sufrir malestar psicosomático.

**Horas al día -los días entre semana- dedicadas a ver la televisión (incluyendo videos y DVDs) en el tiempo libre**

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Horas al día -los días entre semana- dedicadas a ver la televisión (incluyendo videos y DVDs) en el tiempo libre	Media	2.0	1.9	2.2	2.1	2.0	2.4	2.4
	Desviación tipo	1.5	1.6	1.6	1.5	1.4	2.1	2.1
	n válido	15217	3886	4075	3558	3698	75	75

**Horas al día -los días de fin de semana- dedicadas a ver la televisión (incluyendo videos y DVDs) en el tiempo libre**

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Horas al día -los días de fin de semana- dedicadas a ver la televisión (incluyendo videos y DVDs) en el tiempo libre	Media	2.5	2.3	2.6	2.5	2.5	2.8	2.8
	Desviación tipo	1.7	1.8	1.8	1.7	1.7	2.3	2.3
	n válido	15061	3812	4028	3547	3674	75	75

## Estudio HBSC 2011 sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud: edición Andalucía

**Horas al día- los días entre semana- dedicadas a jugar con el ordenador o la consola (Playstation, Xbox, Nintendo DS, PSP, etc. ) en el tiempo libre**

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Horas al día -los días entre semana- dedicadas a jugar con el ordenador o la consola (Playstation, Xbox, Nintendo DS, PS	Media	1.4	1.3	1.6	1.4	1.3	1.4	1.4
	Desviación tipo	1.6	1.5	1.7	1.7	1.6	1.5	1.5
	n válido	15046	3828	4024	3523	3671	70	70

**Horas al día -los días de fin de semana- dedicadas a jugar con el ordenador o la consola (Playstation, Xbox, Nintendo DS, PSP, etc.) en el tiempo libre**

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Horas al día -los días de fin de semana- dedicadas a jugar con el ordenador o la consola (Playstation, Xbox, Nintendo DS	Media	1.9	1.8	2.2	1.9	1.7	2.1	2.1
	Desviación tipo	1.9	1.7	1.9	2.0	1.9	1.8	1.8
	n válido	15031	3817	4020	3533	3661	71	71

**Horas al día -los días entre semana- dedicadas a usar el ordenador para chatear, navegar por internet, mandar e-mails, hacer deberes, etc. en el tiempo libre**

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Horas al día -los días entre semana- dedicadas a usar el ordenador para chatear, navegar por internet, mandar e-mails, h	Media	1.9	1.4	1.9	2.2	2.1	1.3	1.3
	Desviación tipo	1.7	1.5	1.7	1.8	1.7	1.4	1.4
	n válido	15043	3827	4021	3521	3674	73	73

**Horas al día -los días de fin de semana- dedicadas a usar el ordenador para chatear, navegar por internet, mandar e-mails, hacer deberes, etc. en el tiempo libre**

		Estudio HBSC-2011 Andalucía					Centro XXXX	
		Total de la muestra	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro	11-12 años
Horas al día -los días de fin de semana- dedicadas a usar el ordenador para chatear, navegar por internet, mandar e-mail	Media	2.3	1.7	2.4	2.7	2.6	1.8	1.8
	Desviación tipo	1.9	1.7	1.9	1.9	1.8	1.7	1.7
	n válido	15158	3880	4040	3551	3687	75	75

## Estudio HBSC 2011 sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud: edición Andalucía

### Frecuencia de actividades de tiempo libre organizadas

		Estudio HBSC-2011 Andalucía						Centro XXXX		
		Total de la muestra		11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	Total del centro		11-12 años
		<i>n</i>	%	%	%	%	%	<i>n</i>	%	%
Frecuencia de actividades de tiempo libre organizadas	0	9	,1%	,0%	,0%	,2%	,0%	0	,0%	,0%
	No realizo esta actividad	2402	16,0%	7,3%	12,3%	22,2%	23,2%	10	13,3%	13,3%
	2-3 veces al mes o rara vez	2446	16,3%	13,7%	16,3%	17,3%	18,0%	9	12,0%	12,0%
	Una vez a la semana aproximadamente	2204	14,6%	12,9%	14,5%	15,9%	15,5%	9	12,0%	12,0%
	2 veces a la semana o más	7984	53,1%	66,2%	57,0%	44,3%	43,4%	47	62,7%	62,7%

**Esta investigación ha sido realizada gracias a la financiación y apoyo de la  
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.**

**El equipo de investigación del Estudio HBSC quiere también dejar constancia de  
su agradecimiento a todos los centros educativos, por permitirnos acceder a su  
alumnado, y a éste por su generosidad al revelarnos aspectos de ellos mismos  
con los que esperamos poder entenderles mejor y responder de manera más  
eficaz a sus necesidades.**