

La promoción de salud en la escuela como estrategia para el abordaje de la cronicidad en España

Health promotion in schools as a strategy
for addressing chronic disease in Spain

A promoção da saúde na escola como estratégia para controlar a cronicidade em Espanha

La promotion de la santé à l'école comme stratégie
pour faire face à la chronicité en Espagne

Raquel Ayuso Margañón¹, M. Cruz Molina Garuz², José Luis Medina Moya³

DOI: 10.19136/hs.a18n1.2433

ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 16 de abril de 2018. Fecha de aceptado: 19 de junio de 2018.

Autor de correspondencia

Raquel Ayuso Margañón. Dirección postal: CAP 4_Riu Nord Riu Sud. C. Major, 49-53, 08921 - Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. Correo electrónico: raayam@gmail.com

Resumen

Objetivo: Este artículo aborda los temas que sirvieron de referencia teórica de una disertación de tesis doctoral. Se pretende analizar las principales conductas y factores de patologías crónicas que avalan la necesidad del enfoque promocional de salud en la escuela y a lo del todo el curso de vida, así como su impacto en la mejora de la salud global de la población y la reducción del gasto público en España.

Material y métodos: Se ha utilizado una perspectiva crítica desde la que se hace una revisión reflexiva sobre dichos factores en el contexto español, estudiando la necesidad de abordaje temprano. Los factores analizados han estado relacionados con la alimentación y actividad física, salud bucodental, consumo de sustancias tóxicas, seguridad vial, sexualidad y bienestar emocional.

Resultados: Se observa un descenso de actividad física en la etapa escolar. Tres de cada diez niños/as tienen sobrepeso u obesidad. La prevalencia de afecciones bucodentales ronda el 40% a los 6 años. El cannabis es la tercera droga más consumidas por los escolares de 14-18 años, después del tabaco y el alcohol. Más de la mitad de los fallecimientos por accidente de tráfico entre los jóvenes (18-24 años) fue durante la noche y fin de semana. España se consolida como tercer país de la Unión Europea con mayor número de abortos. Las infecciones de transmisión sexual afectan de forma desproporcionada a las adolescentes. Los trastornos de salud mental están entre los cuatro problemas más prevalentes de los niños/as menores de 15 años

Conclusiones: Se concluye que las acciones educativas realizadas en la escuela desde las edades más tempranas sobre los factores y conductas pueden reducir considerablemente los costes individuales, económicos y sociales que acarrear las enfermedades crónicas, convirtiéndose en una necesidad estratégica para el abordaje de la cronicidad, que es uno de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema sanitario español.

Palabras claves: Salud escolar; cronicidad; educación para la salud.

¹Diplomatura Enfermería, Licenciatura Humanidades, Grado Educación Primaria. Máster en Enfermería Comunitaria y Salud Pública. Máster en Educación y Tics. Instituto Catalán de la Salud. Centro de Atención Primaria Riu Nord. Riu Sud. Sta. Coloma de Gramenet. Barcelona. España y Dpto. de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1824-6864>

²Dpto. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Facultad de Educación, Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

³Dpto. Didáctica y Organización Educativa, Facultad de Educación, Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Abstract

Object: This article focuses on the topics that served as theoretical reference of a doctoral dissertation. The aim is to analyze the main behaviors and factors of chronic pathologies that support the need of the promotional approach of health in the school and the whole life course, as well as its impact in the improvement of the global health of the population and the reduction of the public spending in Spain.

Materials and methods: A critical perspective has been used from which a reflexive review of these factors in the Spanish context has been carried out, studying the need of an early approach. Factors related to diet and physical activity, oral health, toxic substance use, road safety, sexuality and emotional well-being have been analyzed.

Results: There was a decrease in physical activity in the school stage. Three out of ten children are overweight or obese. The prevalence of oral diseases is around 40% at 6 years. Cannabis is the third most consumed drug by schoolchildren aged 14-18, after tobacco and alcohol. More than half of the deaths due to traffic accidents among young people (18-24 years old) occurred during the night and weekend. Spain is consolidated as the third country in the European Union with the highest number of abortions. Sexually transmitted infections disproportionately affect teenagers. Mental health disorders are among the four most prevalent problems of children under 15 years of age.

Conclusions: It is concluded that educational actions carried out in schools from the earliest ages on behavioral risk factors can considerably reduce the individual, economic and social costs of chronic diseases, becoming a strategic necessity for dealing with chronic diseases, which is one of the greatest challenges facing the Spanish health system.

Keywords: School health; chronicity; health education.

Resumo

Objetivo: Este artigo aborda os temas que foram usados como referência teórica numa tese de doutoramento. Pretendeu-se analisar os principais comportamentos e fatores relacionados com as patologias crónicas que suportam a necessidade de uma abordagem de promoção de saúde na escola e em todo o ciclo de vida, bem como o seu impacto na melhoria da saúde global da população e na redução das despesas públicas em Espanha.

Materiais e métodos: Utilizou-se uma perspectiva crítica a partir de uma revisão reflexiva sobre esses fatores no contexto espanhol, estudando a necessidade de intervenção precoce. Os fatores analisados foram relacionados com a alimentação, a atividade física, a saúde bucal, o consumo de substâncias tóxicas, a segurança rodoviária, a sexualidade e o bem-estar emocional

Resultados: Observou-se uma diminuição da atividade física em crianças de idade escolar. Três em cada dez crianças sofrem excesso de peso ou obesidade. A prevalência de doenças bucais é de cerca de 40% aos 6 anos. A Cannabis é a terceira droga mais consumida por alunos dos 14 a 18 anos, depois do consumo de tabaco e álcool. Mais da metade das mortes por acidentes rodoviários dos jovens entre os 18 e 24 anos ocorreram durante a noite e no fim-de-semana. A Espanha é o terceiro país da União Europeia com mais número de abortos. As infeções sexualmente transmissíveis afetam desproporcionalmente as adolescentes. Os transtornos mentais estão entre os quatro problemas mais prevalentes em crianças menores de 15 anos de idade.

Conclusões: Conclui-se que as ações educativas realizadas na escola, em idades precoces, sobre os fatores de risco comportamentais, podem reduzir consideravelmente os custos individuais, económicos e sociais que as doenças crónicas acarretam, transformando-se numa necessidade estratégica para a abordagem da cronicidade, que é um dos maiores desafios que o sistema de saúde espanhol enfrenta.

Palavras-chave: Saúde Escolar; Cronicidade; Educação para a Saúde.

Résumé

Objectif: Cet article se centre sur les sujets qui ont servi de référence théorique pour une thèse de doctorat. L'objectif est d'analyser les principaux comportements et facteurs de pathologies chroniques qui supportent le besoin de l'approche promotionnelle de la santé à l'école et tout au long de la vie, ainsi que son impact sur l'amélioration de la santé globale de la population et la réduction du dépenses publiques en Espagne.

Matériaux et méthodes: Une perspective critique a été utilisée à partir de laquelle une revue réflexive est faite sur ces facteurs dans le contexte espagnol, en étudiant la nécessité d'une approche précoce. Les facteurs analysés ont été liés à l'alimentation et à l'activité physique, à la santé bucco-dentaire, à la consommation de substances toxiques, à la sécurité routière, à la sexualité et au bien-être émotionnel.

Résultats: Il y a une diminution de l'activité physique au stade scolaire. Trois enfants sur dix sont en surpoids ou obèses. La prévalence des maladies buccales est d'environ 40% à 6 ans. Le cannabis est la troisième drogue la plus consommé par les écoliers âgés de 14 à 18 ans, après le tabac et l'alcool. Plus de la moitié des décès dus aux accidents de la circulation chez les jeunes (18-24 ans) ont eu lieu pendant la nuit et le week-end. L'Espagne est consolidée comme le troisième pays de l'Union européenne avec le plus grand nombre d'avortements. Les infections sexuellement transmissibles touchent de manière disproportionnée les adolescentes. Les troubles de santé mentale sont parmi les quatre problèmes les plus courantes chez les enfants de moins de 15 ans.

Conclusion: Les actions éducatives menées à l'école dès le plus jeune âge sur les facteurs et les comportements peuvent réduire considérablement les coûts individuels, économiques et sociaux qu'apportent les maladies chroniques, devenant une nécessité stratégique pour l'approche de la cronicité, qui est l'un des plus grands défis du système de santé espagnol.

Mots-clés: Santé scolaire; cronicité; éducation à la santé.

Introducción

A lo largo de las últimas décadas se ha venido produciendo de forma acelerada un proceso de cambios económicos, políticos, tecnológicos, sociales y culturales que han motivado un incremento de la esperanza de vida. No obstante, esto no significa que venga asociado siempre a una buena calidad de vida. Las enfermedades crónicas no transmisibles suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la OMS. En España suponen el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Estos procesos son también los que más gasto suponen para el sistema sanitario (70-80% del gasto sanitario en la Unión Europea, 60% del gasto de hospitalización en España). Además, producen un impacto negativo en el mercado de trabajo, productividad, educación y el capital humano de la sociedad¹. Se incluyen aquí especialmente, el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, que se mantiene como la primera causa de muerte en España (con una tasa de 252,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguida de los tumores (237,4) y de las enfermedades del sistema respiratorio (94,4). También contribuyen al acrecentamiento de la cronicidad los trastornos mentales, que actualmente constituyen la sexta causa de muerte en España². Según las estimaciones de la OMS, los trastornos mentales y neurológicos serán responsables en el año 2020 del 15%, del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones³. De igual forma, las causas externas (accidentes de tráfico y suicidios, entre otros) constituyen un problema importante, que además del coste económico, sanitario y social, suponen un sufrimiento humano para el entorno más inmediato¹. Cabe mencionar también las patologías bucodentales como la caries que afecta al 60-90% de los escolares y casi al 100% de los adultos en todo el mundo, y las infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva, figurando entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica⁴⁻⁵.

A pesar de las actuaciones llevadas a cabo a lo largo de estos años, la consecución de los objetivos de salud en nuestro entorno en lo que se refiere a la adquisición y el mantenimiento de hábitos saludables sigue siendo limitada. Numerosos autores coinciden en que la Escuela constituye un excelente escenario para las intervenciones de promoción de salud constituyendo éstos un papel importante en la configuración de la conducta y valores sociales de los jóvenes⁶⁻⁷. Teniendo en cuenta que los individuos que han tenido la posibilidad de recibir educación sanitaria desde la infancia tienen la posibilidad también de adoptar menos conductas de riesgo en la edad adulta, la Educación para la salud en la Escuela (EpSE) se convierte en una herramienta esencial y una necesidad estratégica en la consecución de objetivos de uno de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema sanitario, que es la gestión de la cronicidad.

Desde esta perspectiva, como objetivo en este artículo se pretende analizar los datos sobre las principales conductas de riesgo que avalan la necesidad y la importancia del enfoque promocional de salud en la escuela, en lo que se refiere a la mejora de la salud global de la población y la reducción del gasto público en España.

Materiales y métodos

Se ha utilizado una perspectiva crítica desde la que se hace una reflexión sobre los factores de riesgo que avalan el enfoque educacional de salud en la escuela. Para el análisis se han seleccionado aquellos factores de salud que tienen importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad. Se analizan datos actualizados acerca del riesgo en salud de conductas relacionadas con dichos factores, así como la necesidad de intervenir en éstos. Para su selección se tomó como referencia la Estrategia llevada a cabo por el Sistema Nacional de Salud, así como los objetivos operativos de ésta para asegurar la atención integral de la salud infantil y juvenil en el marco del Sistema Sanitario. También se tuvieron en cuenta las recomendaciones reflejadas en el Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica del Departamento de Salud de Cataluña quedando concretados los factores de análisis en la siguiente tabla (Tabla 1).

El análisis se ha llevado a cabo principalmente a partir de los datos encontrados y las construcciones teóricas de diferentes autores a través de una amplia recolección documental. Para ello se realizó una extensa búsqueda en diversas bases de datos con alto índice de impacto para las disciplinas de salud y educación, ya que fueron estas áreas en las que se enmarcó la búsqueda, que se llevó en el segundo semestre de 2016. Entre las bases de datos que fueron utilizadas principalmente MEDLINE/PubMed, ERIC (Education Resources Information Center), Scopus (Pertenece a Elsevier), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Dialnet, CR Journal Citation Reports, ProQuest Health and Medical Complete, y Redalyc. Asimismo, se recurrió a datos estadísticos extraídos de las webs de los organismos nacionales e internacionales tales como Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Instituto Nacional de Estadística (INE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Consejo de Europa, Dirección General de Tráfico (DGT), Generalitat de Cataluña (Gencat), así como otras fuentes relacionadas estrechamente con el problema de estudio, extraídas de diversas bases de datos con publicaciones de alto índice de impacto para las disciplinas de salud y educación, ya que fueron estas áreas en las que se enmarcó la búsqueda, que se realizó en el segundo semestre de 2016. Como instrumento para la recogida de datos

Para el estudio de los datos surgidos se utilizó como método analítico el denominado análisis de contenido. Dicho

procedimiento se ha considerado como apropiado para la descripción objetiva, sistémica y cualitativa del contenido manifiesto o implícito de una fuente de datos que el investigador debe interpretar⁸.

Tabla 1. Factores priorizados para el análisis que avalan el enfoque promocional de salud en la escuela.

- Actividad física y sedentarismo
- Alimentación saludable
- Higiene bucodental
- Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
- Seguridad vial
- Utilización de métodos de protección en las relaciones sexuales
- Bienestar emocional

Fuente: Adaptación de los factores abordados en la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS y del Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica del Departamento de Salud de Cataluña¹⁻⁹.

Resultados

La **inactividad física** constituye el cuarto de los principales factores de riesgo de mortalidad, siendo el responsable de un 5,5% de las muertes a nivel mundial. En Europa occidental se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica¹⁰. En España, se podría evitar el 13,4% de las muertes por estas las causas si todas las personas inactivas físicamente siguieran las recomendaciones establecidas y llegaran a ser activas. Respecto a la población escolarizada ocurre de igual forma, observándose un descenso de actividad física, conforme aumenta la edad. A los 11-12 años, sólo el 31,7% de los adolescentes realiza actividad física los siete días de la semana respecto del 15,3% de los adolescentes de 17-18 años. Asimismo, el 63,4% de los escolares pasan una hora o más al día (lunes a viernes) delante del televisor, y hasta el 73,9% los fines de semana con una media de 2,7 horas. En lo que respecta a los videojuegos, el 22,9% manifiesta utilizarlos más de una hora diaria entre semana, llegando al 40,4% durante el fin de semana¹, lo que hace pensar que las estrategias de promoción de la salud en lo que respecta a este factor de riesgo, no han sido lo suficientemente efectivas, siendo altas las tasas de sedentarismo infantil y juvenil.

Junto con la falta de actividad física, **la alimentación poco saludable** es causa importante de la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer, osteoporosis y enfermedades osteoarticulares; contribuyendo sustancialmente a la carga mundial de mortalidad, morbilidad y discapacidad. En los últimos años, se ha producido un cambio negativo hacia

una mayor ingesta de grasas saturadas y una reducción de la ingesta de hidratos de carbono complejos y de fibra, así como de frutas y verduras¹. Esto, en parte ha empeorado los datos epidemiológicos de problemas de salud relacionados con este factor. Tres de cada diez niños y niñas tienen sobrepeso u obesidad en España, lo cual está por encima de los países miembros de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). Además, estas crecientes cifras probablemente resultarán en tasas de obesidad en adultos aún más elevadas en el futuro¹¹. Los costes asociados a la obesidad superan ya los 2.500 millones de euros anuales, debido principalmente a la estrecha relación que tiene la obesidad con las patologías mencionadas¹.

Por otro lado, las consecuencias de una **mala higiene dental** tienen una estrecha relación con la caries y las afecciones periodontales. En la población infantil española, la prevalencia es casi del 40% a la edad de 6 años y del 45% a los 12 años (medido en dentición permanente). La situación es muy similar para el grupo de 15 años, con una estabilización de la prevalencia de caries en torno al 55%¹². Los niveles de conocimiento de la población en relación con las caries y la enfermedad periodontal continúan siendo bajos, existiendo aún conceptos erróneos. Tan solo el 29,6% de la población renueva su cepillo dental cada tres meses. Dicho dato también se refleja en los estudios de mercado de venta anual de cepillos, donde se confirma que, pese a haberse mejorado progresivamente, no se alcanza la venta de un cepillo/año por habitante¹³. En cuanto al cepillado dental, España obtiene un porcentaje limitado entre los escolares que declaran hacerlo más de una vez al día (63% de los adolescentes de entre 11 y 18 años)¹⁴. Aunque se ha ido notando un incremento paulatino respecto de encuestas anteriores, aún estaría por debajo de las cifras alcanzadas por los países escandinavos, que ya en 2002 estaba en la franja del 80-90%¹³. Asimismo, en lo que se refiere al uso de otras medidas adicionales, tales como visitas al dentista, seda/hilo dental, enjuagues, entre otras, los datos también son poco alentadores. Únicamente un 15,7% de la población a partir de 14 años utiliza siempre enjuagues y un 5,1%, hilo dental¹⁵.

En lo que se refiere al **consumo de sustancias tóxicas**, casi cinco millones de muertes son atribuidas a al consumo de alcohol a nivel mundial. Cabe destacar que los jóvenes soportan una parte desproporcionada de esta carga, ya que el alcohol es el origen del 25% de la mortalidad en los varones y del 10% en las mujeres jóvenes. En España, el alcohol, es la sustancia psicoactiva más consumida por la población general y la edad de inicio se sitúa alrededor de los 13,7 años¹. Según datos de la encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España de 14-18 años el 78,9% de los estudiantes ha probado alguna vez en la vida el alcohol, percibiéndolo como la sustancia menos peligrosa que otras. Además, hay una tendencia observada de un aumento del consumo intensivo de alcohol (binge drinking) y de intoxicaciones etílicas, especialmente entre la población

más joven¹⁶⁻¹⁷. En cuanto al consumo de tabaco, si bien es cierto que se ha reducido en los últimos años en la población en general, según datos de esta misma encuesta, un 38,4% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 31,4% en el último año y el 8,9%, lo fuma a diario. Cabe destacar además que casi la mitad de éstos (49,7%) vive en hogares donde se fuma diariamente¹⁷. El tabaco ocasiona al menos quince tipos de cánceres, además de enfermedad coronaria y cerebrovascular, patología obstétrica y neonatal y enfermedades pulmonares, siendo el principal factor responsable del cáncer de pulmón, y responsable de casi 700.000 muertes cada año en el conjunto de la Unión Europea (UE). El factor tabáquico sigue siendo la primera casusa de muerte evitable en España, siendo, además, uno de los factores de riesgo que ocasiona un mayor coste sanitario y social al que se debe hacer frente, de tal forma que se ha calculado un ahorro de 85% de los costes sanitarios a lo largo de la vida por cada fumador que dejase de fumar¹. Cabe mencionar aquí, el consumo de otras sustancias psicoactivas, tales como el cannabis, que es la tercera de las drogas más consumidas por los escolares españoles de 14-18 años, después del tabaco y el alcohol, considerando además éste último más peligroso. En 2014 empezaron a consumir cannabis 146.200 estudiantes de 14-18 años en España. Un 65,6% principalmente marihuana, siendo el consumo problemático de esta sustancia más extendido entre los varones, y aumentando con la edad (del 7,9% a los 14 años hasta el 18,2% a los 18 años). Le siguen, por este orden, los hipnosedantes, cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína. El 3,5% de los estudiantes de 18 años, manifestaba haber consumido cocaína al menos una vez. Y el 4% de los escolares ha probado alguna vez en la vida las denominadas sustancias psicoactivas emergentes que se venden por Internet y son fácilmente accesibles, tales como Spice, Ketamina, entre otras¹⁷.

En lo que respecta a la **seguridad vial**, cabe señalar que, pese a los avances logrados en las diferentes campañas y normativas, los accidentes de tránsito siguen representando un importante problema de salud pública. Cada año mueren cerca de 1,25 millones de personas en las carreteras del mundo entero, y entre 20 y 50 millones padecen traumatismos no mortales. Las lesiones causadas por los accidentes de tránsito representan el 48% de las defunciones entre los 15 y los 44 años, y constituyen la primera causa de muerte en el mundo en el grupo de 15 a 29 años, destacando los varones menores de 25 años, que tienen el triple de posibilidades de morir en un accidente de tránsito respecto de las mujeres jóvenes¹⁸. En España, si bien es cierto que se registran unas cifras de accidentalidad por debajo de la media europea, y que se ha ido produciendo un descenso continuado de la letalidad desde el año 2004; no hay que olvidar que también sigue constituyendo un problema de salud, especialmente en el grupo de población joven. Conducir después del consumo de sustancias psicoactivas es, desafortunadamente, un hecho frecuente, el 12% de los españoles conductores de turismos

han consumido alguna droga de comercio ilegal y/o alcohol antes de hacerlo. Este hecho es aún más grave, suponiendo el fin de semana y la noche, un riesgo para el grupo de población joven en comparación con el resto de la población. En 2014, se registró el 53% de los fallecimientos entre los jóvenes de 18 a 24 años en esta franja de tiempo. En cuanto a los costes, directos e indirectos, asociados con estos accidentes y el resultado de los mismos (fallecidos o heridos), representó en 2014 casi mil millones de euros, lo que supondría el 1% del PIB¹⁹.

En cuanto a la **utilización de métodos de protección en las relaciones sexuales**, es un hecho constatado que la proporción de población sexualmente activa entre los jóvenes ha ido aumentando progresivamente. A lo largo de la primera década del milenio, los adolescentes han pasado a tener, en general, más parejas sexuales; de 1,74 personas en el inicio de siglo, a una media de 2,45 en la segunda década del mismo. Asimismo, la edad de inicio de las relaciones coitales se ha ido adelantando, siendo ésta de 13,9 años en chicos y 14,3 en chicas¹⁴.

Este adelanto supone también un aumento proporcional constatado de los riesgos de sexo no seguro, como es, por ejemplo, la falta de protección en sus primeras relaciones o las menores habilidades para la negociación de una sexualidad positiva y segura. La mayor promiscuidad se acompaña, además del riesgo de enfermedades de transmisión sexual, de un mayor número de embarazos no deseados¹⁴⁻²⁰. En España entre un 15 y un 33% de los adolescentes que declaran haber tenido relaciones sexuales, no han usado ningún anticonceptivo la primera vez (porcentaje que se duplica en los que no han recibido educación sexual); el coito interrumpido continúa siendo el segundo anticonceptivo más utilizado, aunque en realidad no es un método reconocido ni fiable; y apenas uno de cada tres adolescentes conoce qué es el doble método²⁰. Se estima que entre un 60 y un 90% de los embarazos en adolescentes no son deseados¹⁸. Más del 20% de los embarazos en España acabó en aborto en 2013, lo que representa uno de cada cinco embarazos. Casi la mitad de éstos se produjo en chicas de 20-30 años (43%); y, uno de cada nueve abortos, fueron de adolescentes (menores de 20 años), lo que supone el 12% del total. España se consolida así, como tercer país de la UE con mayor número de abortos, siendo, además, el país donde más han aumentado en los últimos 20 años (hasta un 140%)²¹. Aunque estos datos pueden resultar alarmantes, cabe señalar que el riesgo de enfermedad crónica lo provocan las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH, que siguen siendo un problema de salud pública. De un 30% a un 40% de los casos de infertilidad femenina obedecen a una lesión de las trompas de Falopio posterior a una infección. Se estima que anualmente unos 357 millones de personas en el mundo contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 500 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2 (HSV2). Y más de

290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH)²². En España, según el sistema de información de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), desde 2004 se está registrando un aumento de casos de sífilis y gonococia. Los diagnósticos notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM) describen la misma tendencia, reflejando aumentos de sífilis a partir del año 2000 y de gonococo, clamidia y herpes a partir del 2002²³. Cabe resaltar entre estos datos que las ITS afectan de forma desproporcionada a las mujeres y las adolescentes. Cada año, una de cada 20 adolescentes en el mundo contrae una infección bacteriana por contacto sexual, observándose infecciones a edades cada vez más tempranas²⁴. Asimismo, el 50% de las nuevas infecciones de VIH se producen en personas menores de 25 años y el 25% en menores de 22 años, siendo la vía sexual uno de los principales modos de transmisión²⁵⁻²⁶.

El bienestar emocional en la etapa escolar hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones y crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación, que en última instancia, capacitará para participar activamente en la sociedad. Una buena salud mental permite tener flexibilidad cognitiva y emocional, que son la base de las habilidades sociales y resiliencia necesaria para afrontar el estrés¹⁶. Los trastornos de conducta (incluye la hiperactividad) junto con los trastornos mentales (depresión, ansiedad, entre otros), están entre los cuatro problemas más prevalentes de los niños y niñas menores de 15 años en España¹. También es destacable la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia y TCANE o Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado), siendo considerada como una “epidemia” en las sociedades occidentalizadas con tendencia a la cronicidad²⁷. Por otro lado, el suicidio infantil y juvenil se ha convertido en un problema grave de salud pública en los últimos años, que además deja a su paso una enorme cantidad de daño y constituye un gran impacto, tanto para la familia, como en años de vida perdidos²⁸. Como causa desencadenante de esta problemática, además de los factores tradicionales, han surgido otros factores emergentes que son consecuencia principalmente del entorno y de condicionantes sociales. Cabe aludir, por un lado, a las presiones socioculturales por tener un cuerpo “ideal”, que promueven una mayor valoración de la apariencia, pudiendo generar en el adolescente una insatisfacción de su imagen corporal, baja autoestima y depresión, contribuyendo así a un riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos para su salud²⁹. Por otro lado, cabe destacar una de las formas de violencia más severas entre iguales que se dan en la escuela: acoso escolar, más conocido como “bullying”. Según un Informe realizado por la Organización Save the Children (2013), llevado a cabo en cinco ciudades de España, el 40% de los niños y las niñas mencionan haber vivido una situación de acoso escolar en algún momento de

su vida; y, más de la mitad (52%) reconocen haber observado alguna situación de acoso escolar³⁰. Un informe reciente de la Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo) confirma que los casos de acoso escolar en España aumentaron en 2015 un 75% respecto del año anterior. Más del 40% de los afectados sufren el acoso desde hace más de un año, y el 70% lo padecen a diario³¹. Este fenómeno se ha visto agravado además por los medios tecnológicos, a través de lo que se conoce como “ciberacoso”. Esta forma de violencia es una realidad que se extiende por prácticamente todos los centros educativos. El 5,5% de los escolares se declaran víctimas de ciberacoso y el 5,4% se proclaman agresores de otros usando medios cibernéticos. Además, una cuarta parte de los escolares ha sido testigo de fenómenos de ciberacoso, ya sea de forma eventual (22%), como de forma prolongada (3%). Uno de cada cinco suicidas tiene por causa una situación de acoso que lo antecedió, lo cual da cuenta de lo determinante de este fenómeno en la salud psíquica y las decisiones de vida de quienes lo padecen. En los jóvenes que en algún momento han sufrido de acoso e intimidación por parte de sus iguales, las ideas suicidas son ocho veces más frecuentes que en los que nunca lo han padecido³⁰. Tampoco se puede pasar por alto otra de las formas de violencia, cuyo germen está basado en construcción social y desigual del sexo: la violencia de género, que tiene un significativo influjo en el bienestar emocional de la etapa infantil-juvenil, especialmente para la mujer, constituyendo esta forma de violencia, además de un factor de riesgo, un verdadero problema de salud pública. Según estimaciones mundiales, el 35% de la población femenina ha sido alguna vez en la vida víctima de violencia de pareja o de violencia sexual fuera de la pareja. Se calcula que hasta un 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por sus respectivas parejas³²⁻³³. En España, según el último informe del INE en 2015, la tasa de víctimas de violencia de género fue de 1,4 por cada 1.000 mujeres de 14 y más años. Cabe señalar aquí un dato preocupante, y es que ha ido aumentando el número de víctimas entre los menores de 18 años³⁴. Un estudio promovido por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género en el marco del cumplimiento de lo dispuesto en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016 pone de manifiesto que la violencia contra la mujer en sus distintas manifestaciones pervive entre la juventud y la población escolar española. Una de cada tres personas jóvenes no identifica los comportamientos de control con violencia de género, considerando como algo inevitable o aceptable en algunas circunstancias. Además, todas las investigaciones indican que las personas jóvenes son más tolerantes que el conjunto de la población, con las conductas relativas a la violencia de control. De acuerdo con la Macroencuesta de Violencia sobre la Mujer 2015, el porcentaje de mujeres jóvenes de 16 a 19 años que han tenido pareja en alguna ocasión, y que ha sufrido violencia de control en los últimos 12 meses, asciende al 25%. A todo esto, se suma el mal uso de las nuevas tecnologías (smartphone o redes sociales), que

puede agravar estas situaciones de violencia. El 25,1% de las chicas reconocen haber sufrido control a través del móvil³⁵.

Discusión

Teniendo en cuenta que el sedentarismo y la alimentación poco saludable son dos de los principales factores de riesgo identificados que influyen en algunas de las enfermedades crónicas más extendidas en la sociedad actual, y que casi un tercio de los niños/as tienen sobrepeso u obesidad, cabe reafirmar la necesidad estratégica de la promoción en esta área dentro de la escuela, coincidiendo este pensamiento con organismos nacionales e internacionales como AAP (American Academy of Pediatrics), AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria) o la OMS que ratifica en la “Declaración de Viena sobre nutrición y enfermedades no transmisibles en el contexto de salud 2020” esta necesidad así como la intención de invertir recursos para fomentar la dieta saludable y el ejercicio físico para combatir la obesidad en la infancia y adolescencia³⁶⁻³⁷⁻³⁸. En dicha Conferencia se mostraba especial preocupación por el rápido aumento de sobrepeso y obesidad, especialmente en la edad infantil, reconociendo su impacto negativo en la calidad de vida y el bienestar del individuo y de la sociedad en su conjunto; y la gran carga que supone para los sistemas de salud y la economía. Se aducía la necesidad e intención de invertir recursos para fomentar la dieta saludable y el ejercicio físico, y prevenir así la obesidad en la infancia y adolescencia³⁶. Asimismo, otro estudio “Atlas Sport Consulting” llevado a cabo en 2006 estimó que por cada euro per cápita invertido en promoción deportiva se incrementa en 0,20-2,80% el número de personas que realizan 3 horas o más de actividad física a la semana, y se produce un ahorro aproximado de 50€ en gastos sanitarios acumulados durante 15 años¹.

Por otro lado, las afecciones bucodentales—que aparentemente pasan desapercibidas, pero que siguen siendo un problema de salud de magnitud y gravedad importante y que además constituye la puerta de entrada a nuestro organismo de virus, bacterias y otros microorganismos— son susceptibles de mejora a través de los hábitos comportamentales por lo que la educación para la salud en esta área se hace especialmente imprescindible. Si bien es cierto que se han realizado diferentes intervenciones en la etapa escolar con éxito en España consiguiendo una reducción importante de las tasas de caries dental, es preciso insistir en la concienciación e implicación de la escuela en estos procesos, coincidiendo en este aspecto con otros autores³⁹. Desde esta perspectiva, en el Marco de actuaciones de atención a la salud bucodental fijadas por las administraciones sanitarias en cumplimiento del Real Decreto 1030/2006, en que se organiza la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, también se reafirma la importancia de incidir en la promoción de la salud en materia de higiene y salud bucodental⁴⁰.

El abuso de sustancias tóxicas (tanto legales como ilegales) sigue siendo un factor de riesgo para la salud que afecta muy negativamente al desarrollo físico, personal y social, acarreando problemáticas importantes, incluso la muerte. La exposición temprana al alcohol es un claro predictor de una posible dependencia en la edad adulta, además, los menores son más sensibles a los efectos dañinos de alcohol que los adultos y constituye la puerta de entrada al consumo de otras sustancias¹. Por este motivo, está justificado el desarrollo de intervenciones educativas desde el marco escolar. Uno de cada cinco escolares de 14-18 años se siente informado “a medias”, y un 96% de los escolares piensan que la educación en las escuelas tiene una gran eficacia para luchar contra el problema de las drogas¹⁷. A pesar de que España tiene actualmente una de las regulaciones más avanzadas en prevención y control del tabaquismo, en lo que se refiere a legislación en general y a los espacios libres de humo en particular, es imprescindible reforzar las intervenciones de promoción de salud en este aspecto, con objeto de contribuir a la adquisición de un estilo de vida más saludable y la desnormalización del consumo, especialmente en las edades más tempranas, en las que no se percibe como peligroso. Los expertos coinciden en que las intervenciones educativas implantadas en el campo de las drogas retrasan la mayoría de las veces el comienzo del consumo, y obtienen una reducción a corto plazo de los consumidores⁶. Asimismo, la educación sobre los asuntos como el abuso de alcohol es más efectiva si empieza por lo menos dos años antes de que empiece el comportamiento³⁷. Según datos de la ESTUDES 2014/15, uno de cada cinco escolares de 14-18 años se siente informado “a medias”. Y, curiosamente, un 96% de los escolares piensan que la educación en las escuelas tiene una gran eficacia para luchar contra el problema de las drogas, percibiendo a los profesionales sanitarios, en primer lugar, como preferidos para recibir información sobre drogas, sus efectos y riesgos¹⁷.

Conseguir entre los jóvenes hábitos de vida sanos, así como actitudes positivas frente a la salud y la seguridad vial, es un objetivo que debe estar presente entre las prioridades políticas de los diferentes países. En este sentido, la escuela es un lugar privilegiado en el cual sentar las bases de una mentalidad preventiva, coincidiendo este pensamiento con otros autores quienes consideran que los comportamientos viales deben incluirse entre los contenidos elementales, para conseguir una educación ciudadana integradora de todos los principios que fomenten la convivencia, la tolerancia, la solidaridad, el respeto, la responsabilidad y, en definitiva, un cauce para favorecer las relaciones humanas en la vía pública⁴¹. Asimismo, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha proclamado el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 y entre sus recomendaciones se alude a la importancia de la intervención educativa en esta área¹⁸. Se puede afirmar así, que las conductas de riesgo tienen una gran relevancia en los accidentes de tránsito, por lo que la promoción de la salud en la escuela respecto a este problema debe constituir un esfuerzo prioritario.

Por otro lado, en los diferentes estudios en que se ha analizado la conducta sexual de los adolescentes, se subraya la vulnerabilidad de este colectivo ante las ITS y el VIH. Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves por lo que es clave para la salud gestionar su prevención. Teniendo en cuenta que las conductas sexuales se instauran en la etapa escolar, la promoción de la salud en esta área sigue siendo necesaria, debiendo estar dirigida hacia la mejora de la calidad en las relaciones sexuales, así como la evitación de consecuencias negativas de conductas irresponsables. Las intervenciones basadas en la sexualidad en los centros de enseñanza evidencian una reducción de embarazos no deseados y disminución de enfermedades de transmisión sexual³⁸. La OMS recomienda que la concienciación y la información sobre ITS y la manera de prevenirlas deben formar parte de la educación sobre la salud sexual en los adolescentes²⁴. Igualmente, son ya numerosas las voces que estimulan a reflexionar sobre la necesidad de comenzar la promoción de salud afectiva-sexual en la enseñanza infantil y que se extiendan hasta la secundaria. Así, cuando los escolares alcancen la adolescencia, ya contarían con formación y recursos personales para enfrentarse a una sexualidad sin riesgos²⁶.

Por último, en lo que se refiere al bienestar emocional, teniendo en cuenta todos los datos aportados, y que durante los primeros años se estructuran las bases fundamentales de un individuo, se puede aseverar que la escuela se convierte en un entorno clave para llevar a cabo intervenciones promocionales de salud emocional. Diversos estudios han demostrado que llevar a cabo este tipo de intervenciones en los centros de enseñanza ha generado efectos que incluyen un mejor ajuste psicológico, reducciones de los problemas de aprendizaje, conducta y agresión, y un mayor bienestar mental en general⁴². Cabe destacar el programa preescolar Perry, dirigido a niños de 3-4 años de origen afroamericano y de bajo nivel socioeconómico. Dicho programa, que fue pionero en promoción de salud mental en escolares, y que acabó extendiéndose a lo largo de los Estados Unidos, logró a corto plazo un mayor éxito escolar, menor retraso mental y mejor ajuste social; demostrando a los 15 y 20 años del programa, un aumento de la competencia social, una reducción del 40% en arrestos y contactos con la policía, un incremento del 40% en índices de alfabetización y tasas de empleo, así como una reducción general de problemas sociales. Además, se logró un beneficio neto considerable, ya que, por cada mil dólares invertidos, se produjo una rentabilidad de siete mil dólares⁴³. Este hecho también ha sido reconocido por el Consejo de Europa que sugiere una mayor implicación de la investigación científica, así como la educación en las escuelas y los centros de atención médica para prevenirlo, y convertirlo en una prioridad política⁴⁴. Para ello, además de los condicionantes tradicionales de la salud, es necesario tener en cuenta los otros factores emergentes referidos relacionados con el entorno y la sociedad. Organismos como

el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria recomienda aquellas intervenciones que permitan la adquisición de alternativas en cuanto a modelos de referencia y fuente de autoestima, intervenciones dirigidas a la modificación de actitudes que puedan resultar negativas en relación con la imagen corporal y aquellas que acarreen prejuicios hacia las personas con sobrepeso. Igual de necesarias consideran a las campañas de prevención y concienciación social, a través de las cuales se pretende informar a padres, profesores y educadores, pero no sólo desde la perspectiva de la enfermedad y su sintomatología, sino desde el punto de vista de la necesidad de crear una autoestima adecuada, y del abandono de ideas promovidas por los medios de comunicación, muchas veces sexistas, que llevan a pensar que la mujer del siglo XXI debe ser físicamente “perfecta”⁴⁵.

Conclusiones

La consecución de los objetivos de salud en nuestro ámbito, en lo que se refiere a la adquisición y el mantenimiento de hábitos saludables sigue siendo limitada, afectando sin duda a la salud global de la población, traduciéndose en un aumento de patología crónica. Teniendo en cuenta que éstas constituyen la primera causa de mortalidad y morbilidad prevenibles, los costes individuales, económicos, y sociales se pueden reducir considerablemente si se actúa en consecuencia. Por tanto, existe una clara necesidad de abordar los principales factores de riesgo de forma integral y multisectorial desde la escuela, constituyendo esto un esfuerzo prioritario para los referentes políticos. La promoción de la salud debe comenzar desde la infancia, convirtiéndose la escuela en un entorno privilegiado para tal fin, ya que no sólo supone un elemento clave como instrumento de desarrollo económico, sino también en la mejora de la salud a lo largo de todo el curso de vida. Desde esta perspectiva, se hace necesario integrar intervenciones de promoción de salud en la dinámica de la escuela, de forma continuada y permanente desde la formación inicial o etapas iniciales de aprendizaje, quedando contemplado además en la legislación educativa. Esto también contribuiría a la sistematización en la oferta de contenidos de salud y al aumento del sentimiento de pertenencia percibido por parte de la comunidad y del compromiso desde el ámbito educativo con el cumplimiento de los objetivos de salud.

Referencias

1 Andradás E, Astorga M.A, Campos P, Cepeda T, Gil A, Jiménez M, et.al. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad[Internet]; 2014 [citado 12 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludPrevenccionSNS.pdf>

- 2 Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte [Internet]. 2016 [citado 12 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
- 3 Srinivasa R, Bertolote JM, Epping-Jordan J, Funk M, Prentice T, et al. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre salud mental en el mundo 2001. Organización Mundial de la Salud [Internet]; 2001 [citado 10 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- 4 Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva no 110 [Internet]. 2016 [citado 26 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- 5 Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. 2012 [citado 22 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- 6 Anderson P, Black D, Breeze E, Breucker G, Fletcher A, Honkala E, et al. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Un informe de la Unión Internacional de Promoción de la salud y educación para la salud para la Comisión Europea. MSC [Internet]; 2000 [citado 12 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf
- 7 Salvador T, Suelves JM, Puigdollers E. Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. MEPSYD y MSC [Internet]. 2008 [citado 12 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/criteriosCalidad2MSC_MEC.pdf
- 8 Krippendorff K. Metodología del análisis de contenido teoría y práctica. 1era. Ed. Paidós-Comunicación; 1990. 279p.
- 9 Dirección General de Salud Pública. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut [Internet]. 2008 [citado 12 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/4T1HvY>
- 10 Organización Mundial de la salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [Internet]. 2010 [citado 10 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/VK8QJQ>
- 11 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Panorama de la Salud 2015. Indicadores de la OCDE [Internet]. 2015 [citado 11 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/EdxZRh>
- 12 Llodra J. Encuesta de Salud Oral en España 2010. RCOE [Internet]. 2012 [citado 10 de octubre de 2016]; 17(1):13–46. Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE4/RCOE4.pdf>
- 13 Casals-Peidró E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. RCOE [Internet]. 2005 [citado 10 de octubre de 2016]; 10(4):389–401. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v10n4/original1.pdf>
- 14 Moreno C, Ramos P, Rivera F, Sánchez I, Jiménez A, García I, et al. Los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles a lo largo de la primera década del milenio. Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002-2006-2010. MSSSI [Internet]. 2013 [consultado 11/10/2016]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Comparativo2002a2010/Comparativo2002_2006_2010.pdf
- 15 Aguado R, Alberny M, Anoro M, Aragonès R, Artal E, Aubà J, et al. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària: llibre blanc. Gencat. Dpt. de Salut [Internet]. 2006 [citado 11 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/yyREJP>
- 16 Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación y Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Encuesta Europea de Salud en España 2014. MSSSI [Internet]. 2016 [citado 14 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
- 17 Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES 2014-2015). MSSSI [Internet]; 2016 [citado 14 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/PRESE110216175655007.pdf>
- 18 Organización Mundial de la Salud. Lesiones causadas por el tránsito. Centro de prensa [Internet]. 2016 [citado 24 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
- 19 Ministerio del Interior y Dirección General de Tráfico. Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. España 2014 [Internet]. 2014 [citado 20 de junio de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/skfQig>
- 20 Portela M, Ribeiro H, Mora M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp. 2012;27(2):391-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revisión_07.pdf

- 21 Instituto de Política Familiar. El aborto en España (1985-2013) [Internet]. 2015 [citado 10 de noviembre de 2016]; 46. Disponible en: http://www.abortoinformacionmedica.es/wp-content/uploads/2015/01/el-aborto-en-espana_1985_2013.pdf
- 22 Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. 2015 [citado 23 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- 23 Belda J, Colomo C, Díaz A, Díez M, Ezpeleta G, Fernández E, et al. Infecciones de transmisión sexual: diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Ministerio de Ciencia e Innovación y Instituto de Salud Carlos III [Internet]; 2011 [citado 24 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
- 24 Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre las enfermedades de transmisión sexual [Internet]. 2008 [citado 23 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/es/
- 25 Bermúdez MP, Castro Á, Madrid J, Buéla-Casal G. Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 2010 [citado 02 de julio de 2016];10(1):89–103. Disponible en: <http://ucsj.redalyc.org/articulo.oa?id=33712017006>
- 26 Teva I, Bermúdez MP, Buéla-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* [Internet]. 2009 [citado 03 de junio de 2016];83(2):309–20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200013&lng=es.
- 27 Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad y consumo, agència d'avaluació de tecnologia i recerca mèdiques de Catalunya [Internet]. 2009 [citado 23 de junio de 2016]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf)
- 28 Pérez S. El suicidio adolescente y juvenil en España. *Rev Estud Juv* [Internet]. 2009 [citado 23 de junio de 2016];(84):126–42. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-09.pdf>
- 29 Portela M, Ribeiro H, Mora M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):391–401.
- 30 Orjuela L, Cabrera B, Calmaestra J, Mora-Merchan J, Ortega-Ruiz R. Acoso escolar y ciberacoso: propuestas para la acción. Informe. Madrid: Save the Children. MSSSI [Internet]; 2013 [citado 20 de julio de 2016]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/acoso_escolar_y_ciberacoso_informe_vok_-_05.14.pdf
- 31 Fundación ANAR. Informe Anual 2015 Teléfono ANAR: Problemas detectados en la infancia y la adolescencia en España [Internet]. 2015 [citado 20 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.anar.org/wp-content/uploads/2016/06/Informe-Anual-2015-Teléfono-ANAR.pdf>
- 32 Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. 2016 [citado 23 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- 33 Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer [Internet]. 2013 [citado 16 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
- 34 Instituto Nacional de Estadística. Estadística de violencia doméstica y violencia de género [Internet]. 2015 [citado 06 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np972.pdf>
- 35 Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud [Internet]. 2015 [citado 01 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Libro20_Percepcion_Social_VG_.pdf
- 36 Vienna declaration on nutrition and noncommunicable diseases in the context of health 2020. Viena: WHO, Regional Office for Europe [Internet]. 2013 [citado 16 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf
- 37 American Academy of Pediatrics. Enseñanza de educación de la salud en la escuela. *Healthychildren* [Internet]. 2016 [citado 04 de junio de 2016]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/gradeschool/school/paginas/teaching-health-education-in-school.aspx>
- 38 Domínguez B. Educación para la salud escolar. En: *AEPap es. Curso de Actualización Pediatría*; 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 187-200. Disponible en: <https://aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/educación-salud-escuela.pdf>

39 Díaz Y, Hidalgo I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2011 [citado 20 de junio de 2016];1(33):52–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100008

40 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Madrid: BOE 16-09-2006, núm. 222, pp. 32650-32679. Ref. BOE-A-2006-16212

41 Álvarez FJ, González E, Robledo T. Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud. Madrid: Ministerio de educación y ciencia y ministerio de sanidad y consumo [Internet]; 2004 [citado 01 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/docs/medioEscolar.pdf>

42 Jané-llopis E. La eficacia de la Promoción de la salud mental y la Prevención de los trastornos mentales. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2004 [citado 21 de junio de 2016];89(67):67–77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000100005&script=sci_arttext

43 Jané M, Amorós P, Molina MC, Vidal MJ, Mateu A. Pla de salut afectiva i sexual (PSAS): Promoció i prevenció en la infància i l'adolescència, amb especial èmfasi en la població vulnerable (1a ed.). Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. Departament de Salut [Internet]. 2013 [citado 01 de julio de 2016] Disponible en <http://hdl.handle.net/11351/1277>

44 Marquet B. Child and teenage suicide in Europe: a serious public-health issue. Doc. 11547. Parliamentary Assembly. Council of Europe [Internet]; 2008 [citado 01 de julio de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/zPJmWi>

45 Casasús P. Anorexia nerviosa. Intervención psicosocial en trastornos de la conducta alimentaria. MSSSI y Instituto Nacional de Gestión Sanitaria [Internet] [citado 12 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/intervencionPsicoSoc.htm>