

Artículo

## Los Procesos de Socialización del Género y la Salud Adolescente en España

Eva Leal-López  y Carmen Moreno 

Universidad de Sevilla, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Septiembre 17, 2024  
Aceptado: Diciembre 9, 2024

#### Palabras clave:

Salud  
Adolescencia  
Desigualdades de género  
Socialización del género

### RESUMEN

**Introducción.** Existen diferencias de género en la salud adolescente que no solo son relevantes para su desarrollo actual, sino que también pueden afectar a su salud futura. Este trabajo analiza indicadores de salud psicosocial de manera diferencial para chicos y chicas para poder detectar áreas específicas necesitadas de atención e intervención. **Método.** La muestra está compuesta por 33194 adolescentes de 11 a 18 años del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-2022 en España. **Resultados.** Las chicas muestran resultados desfavorables en comparación con los chicos en diferentes indicadores de salud, tanto en sus estilos de vida (menores niveles de desayuno, actividad física, satisfacción con la imagen corporal y uso del preservativo y mayor uso de la píldora anticonceptiva) y salud mental (menores niveles de salud percibida, satisfacción vital y bienestar emocional, así como mayores niveles de malestares psicosomáticos y sentimientos de soledad), como en la familia (menor satisfacción familiar) y la escuela (mayor estrés escolar y menor satisfacción con las relaciones con sus compañeros y compañeras de clase). Además, la brecha de género ha crecido en 2022 respecto a 2018. **Discusión.** Se discuten los resultados y se presentan propuestas de prevención de desigualdades de género en los diferentes contextos de desarrollo en la adolescencia.

## Gender Socialization Processes and Adolescent Health in Spain

### ABSTRACT

**Introduction.** Gender differences in adolescent health are relevant for their current development and also for their future health. This paper analyzes psychosocial health indicators differentially for boys and girls in order to detect specific areas in need of attention and intervention. **Method.** The sample is composed of 33194 adolescents aged 11 to 18 years from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-2022 study in Spain. **Results.** Adolescent girls show unfavorable results compared to boys in different health indicators, both in their lifestyles (lower levels of breakfast, physical activity, satisfaction with body image and condom use, and higher use of the contraceptive pill) and mental health (lower levels of health perception, life satisfaction and emotional well-being, and higher levels of psychosomatic symptoms and feelings of loneliness) as well as in the family (lower family satisfaction) and school (higher school stress and lower satisfaction with relationships with classmates). In addition, the gender gap has grown in 2022 compared to 2018. **Discussion.** The results are discussed and proposals for gender inequalities prevention in different developmental contexts in adolescence are presented.

#### Keywords:

Health  
Adolescence  
Gender inequalities  
Gender socialization

Cómo citar: Leal-López, Eva y Moreno, Carmen (2025). Los procesos de socialización del género y la salud adolescente en España. *Apuntes de Psicología*, 43(1), 93-106. <https://doi.org/10.70478/apuntes.psi.2025.43.09>

Autora de correspondencia: Eva Leal López, [ellopez@us.es](mailto:ellopez@us.es)

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

## Introducción

A pesar de que ya en 1948 la Organización Mundial de la Salud definiera la salud como el *estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades* (Organización Mundial de la Salud, 1948), aún hoy en día esta noción debe ser recordada y tomada como punto de partida e, incluso, y pensando en sus implicaciones prácticas de cara a la organización de los sistemas sanitarios, considerada como una utopía. Más aún en lo que se refiere a la adolescencia. La conciencia de que la adolescencia es una etapa evolutiva con características y necesidades específicas es algo relativamente reciente en nuestra historia. Hasta hace relativamente poco tiempo, no se reconocía su necesidad de protección y, por ello, se podían dar prácticas in-

adecuadas (como la incorporación al trabajo a estas edades o la ausencia de escolarización) y no se le prestaba la atención necesaria. Afortunadamente, parece que en las últimas décadas ha ido creciendo la sensibilidad y el interés hacia este periodo del ciclo vital y este hecho ha llevado a que se vaya poniendo más el foco en su bienestar y en sus necesidades (buena muestra es la aprobación en nuestro país de la *Ley 26/2015*, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia). En estas necesidades no solo habría que considerar a las de tipo biológico, sino también a las de carácter psicológico y social. En la *tabla 1* se presenta un listado de algunas de las necesidades más relevantes de esta etapa, consideradas como universales (lo que no sería universal es la manera de satisfacer estas necesidades).

**Tabla 1**

### *Clasificación de las Necesidades en la Adolescencia*

NECESIDADES BIO-FISIOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Alimentación suficiente, variada, bien secuenciada en el tiempo y adaptada a la edad</li> <li>b. Temperatura adecuada y garantizada con condiciones apropiadas de vivienda y vestido</li> <li>c. Ambiente saludable, sin contaminación acústica o visual</li> <li>d. Higiene corporal y del entorno</li> <li>e. Sueño suficiente en tiempo y en condiciones de silencio y seguridad</li> <li>f. Actividad física con suficiente estimulación, ejercicio y juego</li> <li>g. Ambiente seguro, que garantice la integridad física y protección de riesgos reales</li> <li>h. Atención sanitaria</li> </ul>
NECESIDADES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vinculación afectiva positiva desde el nacimiento con quienes son responsables de su crianza (seguridad emocional, protección, afecto, aceptación, estima y cuidados eficaces)</li> <li>b. Red de relaciones sociales (con iguales y con personas adultas). Amistad y sentido de comunidad</li> <li>c. Escolarización</li> <li>d. Tiempo de juego y de ocio</li> <li>e. Estimulación cognitiva y lingüística suficiente, variada y adaptada a la edad</li> <li>f. Educación en el sistema de valores y normas sociales</li> <li>g. Participación activa en la familia, en la escuela y en la sociedad</li> <li>h. Protección de riesgos imaginarios (miedo al abandono, a la violencia, enfermedad, muerte, etc.)</li> <li>i. Satisfacción de las necesidades sexuales de sentido de curiosidad, comunicación íntima, contacto corporal e interacción sexual placentera. Educación afectivo-sexual y en afectos sexuales: deseo, atracción y enamoramiento</li> <li>j. Experiencias educativas que promuevan:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender, expresar, compartir, empatizar, regular y usar socialmente bien las emociones</li> <li>• Autonomía y capacidad de decisión</li> <li>• Aprender comportamientos socialmente adaptativos (a regular la conducta, a interiorizar los límites y normas sociales, a resolver conflictos de forma adaptativa, etc.)</li> </ul> </li> </ul>

*Nota.* Elaboración propia a partir de López-Sánchez (2008) y Ochaita-Alderete y Espinosa-Bayal (2012).

Analizando la salud adolescente en clave de género, la investigación empírica ha demostrado insistentemente que existen claras diferencias de género en la salud, los comportamientos de salud y el bienestar en la adolescencia (Inchley et al., 2020). Uno de los hallazgos más consistentes en toda la literatura científica es que las chicas tienden a reportar más problemas relacionados con la salud mental (por ejemplo, menor satisfacción con la vida, más quejas de salud, más síntomas internalizantes, entre otros) (Cosma et al., 2023) y mayores niveles de presión por las tareas escolares que los chicos (un asunto que tiene su importancia, dada la relevancia que tiene lo escolar a estas edades) (Cosma et al., 2020). Es más, muchas de estas diferencias de género aumentan con la edad durante la adolescencia (Inchley et al., 2020). La importancia de estas desigualdades de género que surgen o se amplían durante la infancia y la adolescencia no reside solamente en cómo pue-

den afectarles en su presente, sino que, además, suelen conllevar problemas de salud recurrentes durante la edad adulta (Viner et al., 2012). De hecho, hay investigaciones sobre salud mental en la edad adulta que encuentran que más de la mitad de los trastornos mentales aparecen en la adolescencia (McGrath et al., 2023), con algunos trabajos apuntando a que la depresión y la ansiedad en las mujeres duplican las cifras de los hombres (ver Millán-Carrasco et al., 2020). Por lo tanto, es fundamental y necesario desarrollar una mejor comprensión sobre cómo puede influir el género sobre la salud en la adolescencia que permita orientar mejor las respuestas políticas y facilite la puesta en marcha de acciones para eliminar las desigualdades de género.

Para ello, es importante conocer en profundidad que ocurre en este periodo del ciclo vital. En las sociedades industrializadas, la adolescencia no solo se ha expandido (un inicio más precoz

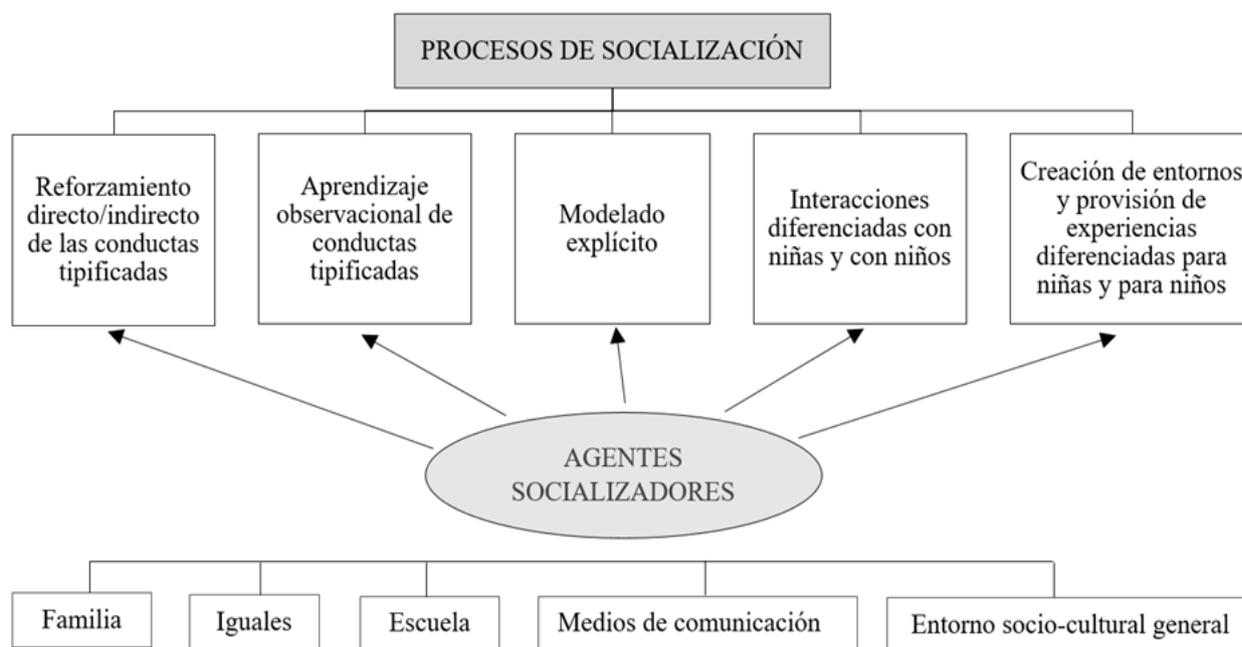
y un paso a la edad adulta más tardío), sino que, además, se ha ido complejizando. Durante estos años, tienen lugar importantes cambios tanto físicos (que le obligan a reestructurar su imagen corporal, así como su forma de mostrarse y de relacionarse con los demás) (Susman y Dorn, 2009), cognitivos (que le permiten disponer de nuevas herramientas de pensamiento con las que razonar no sólo sobre lo real, sino también sobre el mundo de lo posible, con nuevas habilidades para pensar y razonar y con las que cuestionar y rebatir asuntos que hasta ese momento le eran incuestionables) (Kuhn, 2009), en sus relaciones con las otras personas (padres y madres, grupo de iguales y profesorado) (Brown y Larson, 2009; Laursen y Collins, 2009; Oliva, 2006; Rubin et al., 2015) y con uno/a mismo/a (Côté, 2009). No obstante, este conjunto de transformaciones y retos deberían estar afectando a chicos y a chicas por igual, por lo que, si existen diferencias, estas tendrían que ser explicadas por otras influencias, principalmente sociales, que estarían haciendo que los mensajes que reciben y las experiencias que viven los unos y las otras a lo

largo de sus vidas en todos los contextos de socialización en los que crecen, fundamentalmente, la familia, el grupo de iguales, la escuela, y más recientemente, el mundo virtual, reflejen importantes diferencias de género. No cabe duda de que las experiencias que se viven en estos contextos cumplen un papel muy importante porque son en buena parte responsables de cómo nos convertimos en hombres y mujeres y cómo nos convertimos en estos hombres y en estas mujeres que somos.

Las vías por las que se producen estos procesos de influencia son diversas, como se puede apreciar en la figura 1. Lo que parece claro es que esta socialización es tan intensa y persistente (todos los agentes de socialización actúan en la misma dirección) que acaba siendo muy eficaz y consiguiendo que los niños y las niñas vayan interiorizando las nociones culturales de género y comportándose acorde con ellas. Se podría concluir que la socialización del género es una profecía que se auto-realiza y, además, que se trata de un proceso de alta eficacia.

**Figura 1**

*Procesos a Través de los Cuales los Diferentes Agentes de Socialización Contribuyen a Perpetuar de Manera Diferencial los Roles de Género en Niñas y Niños*



Elaboración propia a partir, entre otros, de Clarke-Stewart (2014), Leaper (2002) y Shaffer (2002).

Comenzando por el entorno familiar, y aunque la familia española ha experimentado cambios muy relevantes y diversos en las últimas décadas, especialmente en lo relacionado con el tratamiento igualitario del género, aún existe una socialización diferencial en función del sexo, lo que lleva a que niñas y niños reciban experiencias diferentes en sus familias. En este sentido, madres y padres comienzan a construir en sus cabezas una repre-

sentación del niño o de la niña muy acorde con los estereotipos de género establecidos en la sociedad, incluso antes del nacimiento. A lo largo de la infancia y adolescencia, las interacciones con unas y otros difieren, es decir, no solo se promueven en unos y otras actividades y experiencias y se proporcionan juguetes o elementos que están culturalmente tipificados, sino que, además, se refuerzan o castigan comportamientos en función de si están o

no en consonancia con la expectativa de género. Unido a todo lo anterior, padres y madres actúan como modelos de conducta con los que contribuyen a transmitir a sus hijos e hijas una manera de ser, de estar y de sentirse en el mundo. En este sentido, serán decisivos: la manera en que se distribuyen las tareas del hogar entre el padre y la madre, la relación entre ellos como hombre y mujer, la forma en que se generan y resuelven los conflictos entre ellos, el tratamiento diferente que den a hijos e hijas, entre otros muchos factores.

Otro de los contextos de desarrollo fundamentales en la adolescencia es el grupo de iguales. Las amistades cumplen funciones muy significativas en el desarrollo: son importantes elementos de compañía y diversión; sirven como fuente de intimidad y afecto; de seguridad emocional en situaciones novedosas o momentos de estrés y transición; de validación del yo (las niñas y niños aprenden a valorarse viendo cómo les valoran los demás); son personas con las que se comparten experiencias importantes e intimidad; sirven como confidentes y promueven el desarrollo de importantes competencias sociales, entre ellas, el aprendizaje de los roles de género para el que las relaciones con individuos pertenecientes a una misma generación son decisivos (para más información, véase [Brown y Larson, 2009](#) y [Rubin et al., 2015](#)). Todas ellas confieren al grupo de iguales un importante poder de socialización durante la adolescencia que se ejercerá mediante diferentes vías, como se mostró en la [figura 1](#).

Asimismo, en esta etapa del ciclo vital tiene lugar una apertura al mundo que hace que se den las primeras relaciones de pareja y los primeros encuentros sexuales. Comenzando por la conducta sexual, se encuentran claras diferencias de género que, de nuevo, muestran peores resultados en las chicas. Así, además de una menor protección frente a embarazos e infecciones de transmisión sexual, hay estudios en nuestro país que revelan que, para el promedio de las chicas de 15 años, y a diferencia de los chicos, haber tenido relaciones sexuales coitales es un predictor de menos satisfacción vital, menos bienestar emocional, peor percepción de salud y más malestar psicossomático ([Ramos-Valverde, 2010](#)). Este dato, sin duda preocupante y que necesita de un profundo análisis, podría estar indicando que las relaciones sexuales coitales no sea la mejor opción como práctica sexual a estas edades en que aún es necesario un mejor conocimiento del propio cuerpo y de la sintonía con el otro y que muy probablemente con estas prácticas sexuales las chicas estén respondiendo más al deseo del otro que al propio.

Más preocupante aún es la cuestión de la violencia de pareja en adolescentes, un tipo de violencia especial porque se ejerce sobre una chica por el hecho de ser mujer y se alimenta del estereotipo de que la mujer es como un objeto al servicio del hombre, de ahí que considere que puede imponer su voluntad incluso utilizando la fuerza. En primer lugar, los resultados del Barómetro Juventud y Género de la FAD ([Rodríguez-San Julián et al., 2021](#)), realizado con adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, coinciden en cuestiones de fondo con los del Barómetro OPINA con ado-

lescentes de 11 a 18 años ([Rivera et al., 2022](#)). Así, por ejemplo, el Barómetro de FAD encuentra que 7 de cada 10 mujeres jóvenes (15 a 29 años) participantes en el estudio consideran que las desigualdades de género son elevadas en España, frente a solo 4 de cada 10 hombres. Además, observaron un crecimiento en el porcentaje de chicos jóvenes de esta edad que niegan que exista violencia de género o le resta importancia: desde 2017 a 2021, el porcentaje se ha duplicado y se sitúa en el 20%; es decir, uno de cada cinco adolescentes y jóvenes varones de 15 a 29 años cree que la violencia de género no existe y que es solo un “invento ideológico”. Por otro lado, aunque los datos varían de un estudio a otro en función de la edad de las personas estudiadas y de la metodología empleada, algunos trabajos llegan a estimar que un 30% de adolescentes ha sufrido algún tipo de violencia en la relación de pareja, siendo el tramo de 16-17 años especialmente vulnerable. Estos datos coinciden con la preocupación cada vez más alarmante de los casos de violencia que se producen en parejas jóvenes (ver, [Díaz-Aguado et al., 2021](#)). Entre las causas que dan lugar a este problema, hay varias que son abordadas en este texto; por ejemplo, una historia de relaciones violentas con iguales, haber participado en episodios de *acoso*, haber estado expuesto/a a estos modelos de relación de pareja en la propia familia, junto a un contexto que tolera o que, al menos, no sanciona convenientemente los indicadores de este abuso. También sabemos las secuelas que esta experiencia deja en las jóvenes que la padecen, entre ellas: deterioro de la imagen que tienen de sí mismas (su autoestima), bajo bienestar emocional y baja satisfacción vital, desórdenes en la conducta alimentaria, sentimientos de culpa, problemas en las relaciones con la familia y con amistades (de quienes se van aislando y a quienes no revelan lo que le está ocurriendo), síntomas depresivos y ansiosos, incluso ideación suicida, así como problemas conductuales y académicos en la escuela; es decir, un deterioro general de su salud física y mental ([Monreal-Gimeno, 2019](#); [Organización Mundial de la Salud, 2021b](#)).

En cuanto al contexto escolar, también las experiencias vividas por chicos y chicas son diferentes en su paso por el sistema educativo. En general, las chicas estudian más, tienen un rendimiento mayor en lectura pero menor en matemáticas y ciencias, sienten miedo al fracaso más a menudo y con mayor intensidad y manifiestan tener una menor autoeficacia (se perciben como menos capaces para las actividades escolares) en comparación con los chicos. Los resultados del Barómetro OPINA ([Rivera et al., 2022](#)) también encuentran tipificación por género en las valoraciones de las profesiones, con ellas valorando significativamente más alto el ejercicio de la medicina, la pedagogía o la docencia y la psicología, mientras que ellos valoran a los cuerpos de seguridad y las fuerzas armadas, y la informática.

Dado todo lo anterior, es crucial conocer cómo es la salud de los chicos y las chicas adolescentes en nuestro país. Para ello, una herramienta fundamental es el estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) en España. El HBSC es una investigación internacional con estatus de Estudio Colaborador de

la Organización Mundial de la Salud, que se realiza cada cuatro años desde 1982 en un creciente número de países de Europa, Asia Central y América del Norte. Concretamente, en la última edición de 2022 se ha contado con la participación de 45 países. Su misión es obtener una visión global de los estilos de vida de los chicos y las chicas escolarizados de 11, 13 y 15 años y disponer así de herramientas que permitan el diseño de estrategias de intervención orientadas a la promoción de la salud en esta población. En España, el estudio lleva realizándose desde 1986 y, además de las edades establecidas por las directrices internacionales, se añaden las edades pares y el grupo de 17-18 años. Para más detalles sobre el estudio y acceder a resultados sobre otras ediciones y temáticas diferentes a las aquí abordadas, puede consultarse la web del estudio [www.hbsc.es](http://www.hbsc.es).

La investigación que aquí se presenta forma parte de este estudio. En concreto, el objetivo de este trabajo es analizar de manera descriptiva diferentes indicadores de salud psicosocial del estudio HBSC-2022 en España de manera diferencial para chicos y chicas de 11 a 18 años para poder detectar áreas específicas necesitadas de atención e intervención preferentes. Estos indicadores hacen referencia tanto a sus estilos de vida (desayuno, realización de dieta para perder peso, sobrepeso/obesidad, percepción corporal, satisfacción corporal, horas de sueño entre semana y los fines de semana, actividad física moderada, actividad física vigorosa, consumo de alcohol, episodios de embriaguez, inicio precoz en el consumo de alcohol, relaciones sexuales, uso del preservativo, uso de la píldora anticonceptiva y uso de la marcha atrás), a su salud mental y bienestar (percepción de salud, malestares psicosomáticos, satisfacción vital, bienestar emocional y sentimientos de soledad), como a sus contextos de desarrollo (comunicación, apoyo y satisfacción familiar; apoyo y satisfacción con el grupo de iguales; ser víctima o agresor/a de acoso y ciberacoso; gusto por la escuela, estrés por las tareas escolares, apoyo y satisfacción con los/as compañeros/as de clase y con el profesorado). Además, se comparan estos resultados de 2022 con los de la edición anterior, la de 2018.

## Método

### Participantes

El muestreo realizado fue aleatorio polietápico estratificado por conglomerados, siendo estratificado por edad, zona geográfica y titularidad del centro educativo. Las unidades muestrales fueron las aulas, elegidas al azar del censo cedido por el Ministerio de Educación. Se utilizaron pesos muestrales por edad, zona geográfica y titularidad del centro educativo para ajustar las descompensaciones de la muestra y adaptar los datos a los parámetros poblacionales. La muestra resultante es representativa a nivel nacional y por comunidades autónomas. Para conocer información técnica del estudio HBSC más en detalle puede verse el informe de metodología (ver [Moreno et al., 2025a](#)).

Para este trabajo se ha considerado a quienes respondieron a la pregunta sobre su sexo (“¿Eres un chico o una chica?”), es decir,

33194 adolescentes de 11 a 18 años. La muestra estuvo equilibrada en función del sexo (16.349 chicos y 16.845 chicas; 49,3% y 50,7%, respectivamente) y de la edad (8.612 de 11-12 años, 8.454 de 13-14 años, 8.198 de 15-16 años y 7.930 de 17-18 años; 25,9%, 25,5%, 24,7% y 23,9%, respectivamente).

Esta fue la muestra analizada para todos los indicadores excepto para el caso de la satisfacción corporal, contenido evaluado únicamente en adolescentes de 13 o más años (la muestra estuvo compuesta por 24.582 participantes), y para el inicio en el consumo de alcohol, haber tenido relaciones sexuales y el uso del preservativo, de la píldora anticonceptiva y de la marcha atrás, contenidos explorados solamente en adolescentes de 15 o más años (en estos casos, la muestra fue de 16.128 participantes).

Aunque este trabajo se centra principalmente en los datos de la edición de 2022, dado que se describe el cambio respecto a 2018, es necesario señalar que la muestra de 2018 estuvo compuesta por 40.495 adolescentes, equilibrada en función del sexo (20.195 chicos y 20.300 chicas; 49,9% y 50,1%, respectivamente) y de la edad (10.598 de 11-12 años, 10.313 de 13-14 años, 9.840 de 15-16 años y 9.744 de 17-18 años; 26,2%, 25,4%, 24,3% y 24,1%, respectivamente) y seleccionada bajo el mismo procedimiento de muestreo que la de 2022.

### Instrumentos

El cuestionario HBSC-2022 empleado en España está compuesto por un amplio número de ítems y escalas que recogen información sobre diferentes bloques temáticos: variables sociodemográficas, desigualdades sociales, hábitos de alimentación, hábitos de sueño, higiene dental, dieta e imagen corporal, actividad física, medios de comunicación electrónicos, consumo de drogas, conducta antisocial, conducta sexual, violencia y lesiones, salud y bienestar, participación social, salud planetaria, inmigración, contexto familiar, contexto escolar, contexto del grupo de iguales, relaciones de pareja y vecindario. Los indicadores concretos examinados en este trabajo se presentan en las [tablas 2, 3 y 4](#).

Como variable independiente se incluyó el ítem referido al sexo (“¿Eres un chico o una chica?”), con las opciones chico y chica. Todos los ítems analizados presentaron una tasa de respuesta por encima del 80%, excepto los seis ítems de la escala de satisfacción corporal, que rondaron el 60%.

### Procedimiento

La recogida de datos, tanto en 2022 como en 2018, se realizó mediante cuestionarios anónimos completados por el alumnado en horario escolar, cumpliendo con los requisitos del protocolo internacional ([Roberts et al., 2007](#)). Este cuestionario cumple con todos los procedimientos establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964 ([Asamblea Médica Mundial, 1964](#)) y sus modificaciones posteriores o normas éticas comparables, así como con las normas éticas del Comité Ético Coordinador de Investigación Biomédica de Andalucía.

**Tabla 2**

*Indicadores Analizados e Instrumentos Empleados (I) Área de Estilos de Vida*

Indicador	Pregunta o instrumento utilizado
Frecuencia de desayuno	¿Con qué frecuencia acostumbras a desayunar (algo más que un vaso de leche o un zumo de fruta)? Respuestas: de “Nunca” a “7 días”
Realización de dieta	¿En este momento estás siguiendo alguna dieta? Respuestas: No; Sí, para ganar peso/volumen; Sí, para perder peso/volumen; Otra. ¿Cuál?
Índice de masa corporal	¿Cuánto pesas sin ropa? (kilos) y ¿Cuánto mides descalzo/a? (metros)
Percepción corporal	¿Piensas que tu cuerpo es...? Respuestas: Demasiado delgado; Un poco delgado; Tiene la talla adecuada; Un poco gordo; Demasiado gordo
Satisfacción corporal	Escala de Orbach y Mikulincer (1998)
Horas de sueño entre semana	¿Cuántas horas sueles dormir un día entre semana? Respuestas: de “5 horas o menos” a “10 horas o más”
Actividad física moderada	Ítem de Prochaska, Sallis y Long (2001)
Actividad física vigorosa	Fuera del horario escolar: ¿Con qué frecuencia realizas alguna actividad física en tu tiempo libre que haga que llegues a sudar o te falte el aliento? Respuestas: de “Nunca” a “Todos los días”
Consumo de alcohol	Actualmente, ¿con qué frecuencia bebes algo de alcohol como, por ejemplo, cerveza, vino o licores, como la ginebra o el whisky? Cuenta incluso aquellas veces en que solo bebes una pequeña cantidad. Respuestas: de “Nunca” a “Todos los días”
Episodios de embriaguez en los últimos 30 días	¿Alguna vez has bebido tanto alcohol que te has llegado a emborrachar? En los últimos 30 días. Respuestas: de “Nunca” a “Más de 10 veces”
Edad de inicio en el consumo de alcohol	¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas? Beber alcohol. Respuestas: de “Nunca” a “18 años o más”
Haber tenido relaciones sexuales	¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales completas? (algunas veces a esto se le llama “hacer el amor”, “practicar sexo”, “hacerlo todo” o “llegar hasta el final”). Respuestas: Sí; No
Uso de preservativo	La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿utilizasteis -tú o tu pareja- un preservativo? Respuestas: Sí; No; No lo sé
Uso de píldora anticonceptiva	La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿utilizasteis -tú o tu pareja- la píldora (pastilla anticonceptiva)? Respuestas: Sí; No; No lo sé
Uso de la marcha atrás	La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿utilizasteis -tú o tu pareja- la marcha atrás? Respuestas: Sí; No; No lo sé

**Tabla 3**

*Indicadores Analizados e Instrumentos Empleados (II) Área de Contextos de Desarrollo*

Indicador	Pregunta o instrumento utilizado
Comunicación familiar	Escala de Lasky et al. (1985)
Apoyo familiar	Escala <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> de Zimet et al. (1988)
Satisfacción familiar	En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tenéis en tu familia? Respuestas: de “0” a “10”
Apoyo de los amigos y amigas	Escala <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> de Zimet et al. (1988)
Satisfacción con los amigos y amigas	Si tuvieras que calificar la relación que tienes con tus amigos/as en general, ¿qué nota le pondrías? Respuestas: de “0” a “10”
Tener o no pareja en la actualidad	¿Tienes pareja actualmente? Respuestas: “Sí”; “No”
Acoso entre iguales (víctima y participación)	<i>Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire</i> de Olweus (1996)
Ciberacoso entre iguales (víctima y participación)	<i>Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire</i> de Olweus (1996)
Gusto hacia la escuela	Hoy por hoy, ¿qué sientes hacia la escuela, el colegio o el instituto? Respuestas: de “No me gusta nada” a “Me gusta mucho”
Estrés por el trabajo escolar	¿Cuánto te agobia el trabajo escolar? Respuestas: de “Nada” a “Mucho”
Apoyo del profesorado	Aquí aparecen algunas afirmaciones sobre tus profesores/as. Indica cuánto de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una: 1. Siento que mis profesores/as me aceptan como soy; 2. Siento que mis profesores/as se preocupan por mí como persona; 3. Tengo mucha confianza en mis profesores/as. Respuestas: de “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”
Apoyo de compañeros y compañeras de clase	Aquí aparecen algunas afirmaciones sobre los/as compañeros/as de tu clase. Indica cuánto de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una: 1. Los/as compañeros/as de mi clase se divierten estando juntos; 2. La mayoría de los/as compañeros/as de mi clase son amables y serviciales; 3. Los/as otros/as compañeros/as me aceptan como soy. Respuestas: de “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”
Satisfacción con el profesorado	En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tienes con tus profesores/as? Respuestas: de “0” a “10”
Satisfacción con compañeros/as de clase	En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tienes con tus compañeros/as de clase? Respuestas: de “0” a “10”

Tabla 4

## Indicadores Analizados e Instrumentos Empleados (III) Área de Salud y Bienestar

Indicador	Pregunta o instrumento utilizado
Percepción de salud	Ítem de Idler y Benyamini (1997)
Malestares psicosomáticos	En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has tenido...? 1. Dolor de cabeza; 2. Dolor de estómago; 3. Dolor de espalda; 4. Bajo estado de ánimo; 5. Irritabilidad o mal genio; 6. Nerviosismo; 7. Dificultades para dormir; 8. Sensación de mareo. Respuestas: de “Rara vez o nunca” a “Casi todos los días”
Satisfacción vital	En general, ¿en qué lugar sientes que está en este momento tu vida? Respuestas: de “0” a “10”
Índice de bienestar	KIDSCREEN Questionnaires de Ravens-Sieberer and the European KIDSCREEN group (2006)
Sentimientos de soledad	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido solo/a? Respuestas: de “Nunca” a “Siempre”

## Análisis de Datos

Dado el gran número de variables analizadas, para una presentación menos compleja de los resultados, aquellas que presentaban varias opciones de respuesta se dicotomizaron. En estos casos, las respuestas se recodificaron en dos valores en los que uno de ellos hacía referencia al valor o los valores más altos de la variable, con la excepción de la satisfacción con la imagen corporal en el que se ha considerado el nivel más bajo (en las tablas 5, 6 y 7 se puede ver el valor de cada variable que se ha empleado para exponer los resultados). Se llevaron a cabo análisis descriptivos para conocer las frecuencias de los diferentes indicadores segregados por sexo y se aplicaron análisis *chi-cuadrado* y pruebas de tamaño del efecto *Phi* para analizar las diferencias entre los grupos. Se consideró un

tamaño del efecto despreciable a valores inferiores a 0,10, bajo entre 0,10 y 0,29, medio entre 0,30 y 0,49 y alto a valores de 0,50 y superiores (Cohen, 1988).

## Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los diferentes indicadores de salud analizados. Como puede apreciarse en las tablas, y se describe para cada bloque, en los casos en los que las diferencias entre chicos y chicas son estadísticamente significativas y los valores del tamaño del efecto *Phi* son considerables (0,10 o superiores), las chicas obtienen los resultados más adversos.

Tabla 5

Resultados de los Indicadores de los Estilos de Vida: Porcentaje Según Sexo, Chi-cuadrado, Tamaño del Efecto Phi y Variación en los Porcentajes Entre 2018 y 2022 (\*  $p < 0,001$ )

Indicadores de los Estilos de Vida	%		$X^2$	<i>Phi</i>	Variación 2018-2022	
	Chica	Chico			Chica	Chico
Desayuno a diario	42,5	53,5	260,3*	0,11	- 9,6	- 4,5
Hacer dieta para perder peso	12,9	11,6	4,2	0,02	- 1,6	- 0,1
Tener sobrepeso/obesidad	15,0	21,8	214,0*	0,09	+ 0,6	+ 1,3
Percepción del cuerpo como gordo o muy gordo	34,0	25,7	186,3*	0,09	+ 1,0	+ 1,3
Satisfacción corporal baja	23,3	6,5	457,4*	0,24	+ 12,0	+ 3,0
Horas de sueño óptimas entre semana (11-14 años)	28,2	34,6	54,0*	0,07	- 9,3	- 4,5
Horas de sueño óptimas entre semana (15-18 años)	24,9	35,2	142,0*	0,11	- 8,9	- 4,1
Actividad física moderada a diario	11,9	24,5	876,4*	0,16	- 2,1	- 1,3
Actividad física vigorosa con frecuencia	24,2	48,3	2067,9*	0,25	+ 0,3	+ 3,3
Consumo de alcohol semanal	9,7	8,9	2,9	0,01	+ 3,2	- 0,9
Episodios de embriaguez en los últimos 30 días	13,4	11,4	29,4*	0,03	+ 3,1	+ 0,8
Inicio precoz en el consumo de alcohol (13 años o menos)	26,2	22,9	23,0*	0,04	+ 2,4	- 0,4
Haber tenido relaciones sexuales	35,2	34,3	1,2	0,01	+ 1,6	- 2,3
Uso del preservativo	60,8	70,6	54,5*	0,10	- 10,4	- 8,9
Uso de la píldora anticonceptiva	19,6	11,6	60,2*	0,11	+ 2,8	+ 0,4
Uso de la marcha atrás	16,9	12,8	17,1*	0,06	+ 4,4	+ 2,5

## Estilos de Vida

En este primer bloque se analizan diferentes comportamientos de los y las adolescentes relacionados con cuestiones como la ali-

mentación, la actividad física, el sueño, el consumo de alcohol y las relaciones sexuales, entre otros. Como se puede apreciar en la tabla 5, son muchos los resultados desfavorables que se detectan en las chicas en estas áreas del desarrollo, como, por ejemplo, son

menos dadas a *desayunar a diario*, a *dormir el número de horas óptimas* para su edad los días entre semana (de 8 a 10 horas para chicas de 15 a 18 años), a realizar *actividad física* tanto moderada como vigorosa, a sentirse *satisfechas con sus cuerpos* y a usar *el preservativo* y más dadas a usar *la píldora anticonceptiva*. También es importante destacar la evolución de estas conductas respecto a la edición anterior de 2018. En la mayoría de los casos se observaron cambios más bruscos en ellas, llamando especialmente la atención el referido a sentir una baja satisfacción con su propio cuerpo, aspecto en el que se detecta un incremento con respecto a 2018 de 12 puntos porcentuales en ellas y de solo tres puntos en ellos.

### Contextos de Desarrollo

En este segundo bloque se describen los resultados de las variables contextuales incluidas en este trabajo, como son, las referentes a la familia, al grupo de iguales y a la escuela (ver [tabla 6](#)). Respecto a la familia, se encuentra que las chicas sienten una menor *satisfacción con las relaciones que tienen en su familia* que los chicos. Además, la comparativa temporal muestra que, si en 2018

los valores de los diferentes indicadores del contexto familiar eran similares para chicos y chicas, en 2022, las chicas se sitúan por debajo, debido a descensos más pronunciados en ellas. En cuanto al grupo de iguales, aunque las diferencias entre chicos y chicas no son significativas en el apoyo de sus amistades y la satisfacción con estas relaciones, sí se detectan tendencias descendentes más marcadas en ellas. En relación con el acoso escolar, el porcentaje de adolescentes que informan haber sido *víctima* o *haber participado en episodios de acoso* dos o más veces al mes en los dos últimos meses es similar en chicas y chicos. Valores similares en ambos sexos se observan también respecto al *ciberacoso* (acoso de iguales a través de Internet), tanto en ser *víctima* como en *participación en episodios de ciberacoso*. En el ámbito educativo, las diferencias son estadísticamente significativas entre chicos y chicas en lo que respecta al *estrés por el trabajo escolar* y en la *satisfacción con las relaciones que tienen con sus compañeros y compañeras de clase*, siempre con datos más adversos en ellas. Además, en todos los indicadores escolares analizados se aprecian tendencias más desfavorables en ellas si se compara con 2018.

**Tabla 6**

Resultados de los Indicadores de los Contextos de Desarrollo: Porcentaje Según Sexo, Chi-cuadrado, Tamaño del Efecto Phi y Variación en los Porcentajes Entre 2018 y 2022 (\*  $p < 0,001$ )

Indicadores de los Contextos de Desarrollo	%		$\chi^2$	Phi	Variación 2018-2022	
	Chica	Chico			Chica	Chico
Familia						
<i>Alta comunicación familiar</i>	56,0	61,7	66,7*	0,06	- 9,4	- 3,1
<i>Alto apoyo familiar</i>	56,9	64,7	189,3*	0,08	- 13,6	- 5,7
<i>Alta satisfacción familiar</i>	52,8	62,8	311,1*	0,10	- 6,6	+ 1,1
Grupo de iguales						
<i>Alto apoyo del grupo de iguales</i>	61,2	52,9	210,7*	0,08	- 15,3	- 8,2
<i>Alta satisfacción con el grupo de iguales</i>	56,1	60,4	58,0*	0,04	- 11,4	- 4,5
<i>Tener pareja sentimental en la actualidad</i>	28,2	21,8	72,6*	0,07	- 0,7	+ 0,7
Acoso y ciberacoso						
<i>Víctima de acoso</i>	4,2	4,4	1,2	0,00	+ 1,0	+ 0,1
<i>Participación en episodios de acoso</i>	1,8	3,3	77,4*	0,05	+ 0,1	+ 0,3
<i>Víctima de ciberacoso</i>	1,9	1,8	0,1	0,00	+ 0,6	+ 0,5
<i>Participación en episodios de ciberacoso</i>	0,7	1,3	30,7*	0,03	+ 0,3	+ 0,2
Escuela						
<i>Alto gusto por la escuela</i>	27,4	24,7	26,5*	0,03	- 0,3	+ 1,9
<i>Alto estrés escolar</i>	38,8	23,2	827,6*	0,17	+ 5,6	- 0,2
<i>Alto apoyo de compañeros/as de clase</i>	51,5	59,8	196,9*	0,08	- 8,2	- 2,6
<i>Alta satisfacción con compañeros/as de clase</i>	31,8	43,3	394,2*	0,12	- 13,6	- 8,5
<i>Alto apoyo de profesorado</i>	41,0	46,5	94,3*	0,06	- 6,4	- 2,3
<i>Alta satisfacción con profesorado</i>	30,8	33,3	20,8*	0,03	- 3,6	- 0,7

### Salud y Bienestar

Por último, el bloque referente a los indicadores de salud y bienestar es el que revela los resultados más claros y contundentes. Como muestran los datos de la [tabla 7](#), las chicas son

menos dadas a *evaluar su salud como excelente*, a sentir una *alta satisfacción con sus vidas* y a presentar un *alto índice de bienestar emocional*. Asimismo, son ellas las que manifiestan

malestares psicossomáticos y sentimientos de soledad con mayor frecuencia que ellos. Además, si la comparación con 2018 revela peores resultados en ambos sexos, de nuevo se encuentra

que son más desfavorables en el caso de las chicas (descensos y aumentos más marcados).

**Tabla 7**

Resultados de los Indicadores de Salud y Bienestar: Porcentaje Según Sexo, Chi-cuadrado, Tamaño del Efecto Phi y Variación en los Porcentajes Entre 2018 y 2022 (\*  $p < 0,001$ )

Indicadores de Salud y Bienestar	%		$\chi^2$	Phi	Variación 2018-2022	
	Chica	Chico			Chica	Chico
Percepción de salud excelente	20,9	33,9	482,9*	0,15	- 11,5	- 9,1
Alta frecuencia de malestares psicossomáticos	51,2	25,2	1398,8*	0,27	+ 15,2	- 5,8
Alta satisfacción vital	23,9	33,3	349,0*	0,10	- 16,7	- 14,0
Alto índice de bienestar	18,7	34,8	351,4*	0,18	- 13,0	- 8,5
Alta frecuencia de sentimientos de soledad	21,5	9,0	650,0*	0,17	Sin datos	Sin datos

### Discusión

Como revela este trabajo, las chicas adolescentes en España muestran peores resultados en comparación con los chicos en la mayoría de indicadores de salud, tanto en lo referente a los estilos de vida y la salud mental, como a cuestiones relacionadas con la familia y la escuela. Es más, la brecha de género en dichas conductas ha crecido en 2022 respecto a 2018. En el área de los estilos de vida son especialmente llamativos los datos de actividad física, área en la que la proporción de chicos que cumple con las recomendaciones de la OMS, tanto de actividad física moderada como vigorosa (Organización Mundial de la Salud, 2021a), duplica a la de las chicas. Por otro lado, debe destacarse también el dato sobre satisfacción corporal, que revela que el número de chicas que se sienten insatisfechas con sus cuerpos triplica al de chicos. En lo referente a otros indicadores del ámbito corporal, como la realización de dieta, los índices de sobrepeso/obesidad y la percepción de sus cuerpos como gordos, aunque las diferencias entre ambos sexos no llegan a ser significativas, merece ser resaltado que las tendencias por edad revelan algunos datos preocupantes en las chicas. Por ejemplo, el hecho de hacer dieta para perder peso aumenta levemente para las chicas (del 10,9% a los 11-12 años al 14,6% a los 17-18 años), mientras que decrece a casi la mitad en ellos (del 15,0% al 8,0%, respectivamente) y lo que es más llamativo aún, la proporción de chicas que se perciben gordas casi llega a duplicarse (del 22,8% a los 11-12 años al 40,0 a los 17-18 años), mientras que en ellos disminuye ligeramente (del 26,1% al 23,5%, respectivamente) (Moreno et al., 2025b). Todos estos resultados muestran una clara diferenciación entre ellos y ellas en lo referente a sus cuerpos y las vivencias asociadas a ellos, saliendo de nuevo las chicas más perjudicadas en estos indicadores.

Otro resultado a destacar es el relacionado con el comportamiento sexual de las adolescentes. Así, pese a que no se observan diferencias en la proporción de chicos y chicas que manifiestan haber tenido relaciones sexuales coitales, ellas son menos dadas a usar métodos de protección tanto contra el embarazo como contra las infecciones de transmisión sexual, por lo que una parte importante

quedaron desprotegidas frente a estas cuestiones. De hecho, y continuando con datos del estudio HBSC-2022, en torno al 3% de las chicas de 15 a 18 años que ha tenido relaciones sexuales coitales reconoce haber estado embarazada en algún momento (porcentaje que equivale al 1% del total de las adolescentes de 15 a 18 años) y casi un tercio de este mismo grupo (chicas de 15 a 18 años que han tenido relaciones sexuales coitales) ha usado alguna vez la “píldora del día después” (9% del total de las adolescentes de 15 a 18 años) (Moreno et al., 2025b).

Poniendo el foco en la salud mental y el bienestar, se detectan claras desigualdades de género en todos los indicadores, con resultados más negativos en las chicas (menores niveles de salud percibida, de satisfacción con sus vidas y de bienestar emocional, junto con mayores niveles de malestares psicossomáticos y de sentimientos de soledad). Resultados que se confirman en otros países (Campbell et al., 2021; Cosma et al., 2023). Asimismo, tanto a nivel internacional (Cosma et al., 2023) como a nivel nacional (Moreno et al., 2025b), se observa un empeoramiento de la salud mental a lo largo de la adolescencia en ambos sexos, pero con tendencias más marcadas en ellas, lo que incrementa las diferencias de género. Algunos estudios que han trabajado con edades más tempranas (es el caso del ISCWeB; Rees et al., 2020) muestran que ese descenso en la percepción de bienestar comienza a darse en torno a los 10 años y, efectivamente, es más fuerte en las niñas. Factores como la presión del trabajo escolar (Cosma et al., 2020) o la imagen corporal (Whitehead et al., 2018) se han identificado como importantes predictores de problemas de salud mental en la adolescencia. Hay que recordar que este trabajo revela unos claros resultados adversos para las chicas en ambos indicadores, tanto en lo que respecta a las diferencias entre chicos y chicas en la última edición de 2022 (mayor proporción de ellas que de ellos sienten una baja satisfacción con su imagen corporal y un alto agobio por las tareas escolares), como a la evolución temporal (mayores aumentos en ellas entre 2018 y 2022). Además de la relevancia de estos resultados para las vidas presentes de las chicas, es importante señalar que más de la mitad de los trastornos mentales de la edad adulta aparecen

en la adolescencia (McGrath et al., 2023). De hecho, hay investigaciones sobre la salud mental de las mujeres que muestran que la depresión y la ansiedad en mujeres duplican las cifras de los hombres (ver Millán-Carrasco et al., 2020 para una revisión sobre datos de salud mental en mujeres). Dada la gravedad de estos datos, se hace imprescindible y urgente comprender sus experiencias durante estos años críticos de desarrollo.

En cuanto al contexto escolar, también las experiencias vividas por chicos y chicas son diferentes en su paso por el sistema educativo. Así, este trabajo revela importantes diferencias de género en aspectos referidos tanto a las tareas escolares (mayor estrés escolar en ellas) como a las relaciones (las chicas sienten un menor apoyo por parte de sus compañeros y compañeras de clase). Es importante resaltar que, aunque al inicio de la adolescencia los valores de estrés escolar son similares y en ambos sexos aumenta conforme lo hace la edad, el incremento es mucho más marcado en ellas, encontrándose diferencias de género de más de 10 puntos a los 13-14 años, que crecen hasta casi los 20 puntos a los 15-16 años y que continúan creciendo a los 17-18 años (un 54,4% de las chicas experimenta alto estrés escolar frente a un 27,4% de los chicos) (Moreno et al., 2025b). Además, comparando los datos de 2018 y 2022, se aprecia que el estrés escolar en nuestro país va en aumento y particularmente en las chicas. Del mismo modo, los descensos encontrados en los indicadores de apoyo y satisfacción con los agentes socializadores de este contexto (compañeros y compañeras, así como profesorado) entre ambas ediciones, son más pronunciados en ellas. En este sentido, hay investigaciones que relacionan este tipo de resultados con la presión por el logro, que lleva aparejado menos horas de tiempo libre, más tiempo empleado en tareas que no les gustan y más estrés, con un menor bienestar en los y las adolescentes como resultado (Rudolf y Bethmann, 2022). Es lo que se ha dado en denominar “los costes ocultos de la educación”. En línea con estos resultados, es interesante comentar los datos del Informe PISA-2022, en donde se observa que, en general, las chicas estudian más, tienen un rendimiento mayor en lectura, pero menor en matemáticas y ciencias, sienten miedo al fracaso más a menudo y con mayor intensidad y manifiestan tener una menor autoeficacia (se perciben como menos capaces para las actividades escolares) en comparación con los chicos (OCDE, 2023). Los resultados del Barómetro OPINA (Rivera et al., 2022) también encuentran tipificación por género en las valoraciones de las profesiones, con ellas valorando significativamente más alto el ejercicio de la medicina, la pedagogía o la docencia y la psicología, mientras que ellos valoran a los cuerpos de seguridad y las fuerzas armadas, y la informática.

La salud adolescente es particularmente sensible a las influencias del ambiente, a la educación, a las experiencias que se viven en los contextos de desarrollo en los que crecen, a las leyes y medidas que se adoptan y que les afectan, al momento histórico y cultural, a los valores y a la sensibilidad social imperante en torno a lo que es la adolescencia y sus necesidades. La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, las adolescentes y las niñas son

fundamentales para la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y para los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). De hecho, uno de los objetivos específicos hace referencia a “Garantizar la salud y el bienestar para todas las personas en todas las edades (ODS 3)”, objetivo que no puede lograrse sin abordar los obstáculos y desafíos específicos.

Al inicio de este artículo se hablaba de las necesidades de la infancia, pues bien, el ingente trabajo realizado por el feminismo en las últimas décadas ha contribuido decisivamente a que tomemos conciencia también de que ninguna de esas necesidades es privativa de un género y que debemos trabajar en pro del bienestar de unos y otras, indistintamente. Es por ello que podemos afirmar que nuestras niñas de hoy y, en concreto, en nuestro país, crecen dentro de una sociedad democrática y sensible a los derechos y necesidades recogidos en la *tabla 1*, lo que permite pensar que han llegado a un mundo que abre un abanico de oportunidades sensiblemente mayor al que se ofreció a las generaciones de niñas unas décadas atrás, al menos en teoría y sobre el papel. Sin embargo, analizar cómo se concreta todo lo anterior en la vida cotidiana de nuestra infancia nos hace ver que estas niñas y adolescentes de hoy también han llegado a un mundo con contradicciones sobre lo que en el fondo se espera de ellas, a un mundo que también tiene riesgos y amenazas específicos para ellas. Por su desarrollo presente y futuro y por una sociedad más justa e igualitaria, es esencial detectar las desigualdades de género y actuar para eliminarlas.

### Limitaciones

Este trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, el estudio HBSC es un estudio transversal en el que los datos se recogen en un solo momento temporal y mediante autoinformes anónimos completado por los propios chicos y chicas, por lo que no se dispone de información más completa procedente, por ejemplo, de entrevistas en profundidad, ni se tiene la perspectiva de las figuras parentales o del profesorado. Además, a la pregunta “¿Eres un/a:”, solo se podía responder “chico” o “chica”, lo que impedía considerar otras identidades. En cuanto a los análisis de datos, el gran tamaño de la muestra da lugar a valores de significación de Chi-Cuadrado muy altos, pero con coeficientes Phi de tamaño de efecto, en general, bajos. En cuarto lugar, la experiencia del COVID debe haber tenido algún efecto en los temas tratados en este artículo; aunque queda explorarlo para futuros trabajos, el lector o lectora puede encontrar resultados internacionales del estudio HBSC sobre el tema en Residori et al. (2023). Por último, la muestra se limita a estudiantes, dejando fuera a los y las jóvenes de 17-18 años que han abandonado previamente el sistema educativo, lo que puede estar sesgando los datos. Pese a estas limitaciones, este trabajo tiene las enormes potencialidades de contar con una amplia muestra representativa de la población de 11 a 16 años de España, de incluir numerosos indicadores de salud psicosocial sobre sus estilos de vida, su salud y bienestar y sus contextos de desarrollo y, además, de permitir el análisis de la evolución a lo largo de los años.

## Consideraciones de Cara a la Práctica Profesional

Si se considera la definición de las Naciones Unidas sobre lo que es el estereotipo de género, es decir, “una opinión o un prejuicio generalizado acerca de atributos o características que hombres y mujeres poseen o deberían poseer o de las funciones sociales que ambos desempeñan o deberían desempeñar. Un estereotipo de género es nocivo cuando limita la capacidad de hombres y mujeres para desarrollar sus facultades personales, realizar una carrera profesional y tomar decisiones acerca de sus vidas y sus proyectos vitales” (Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2024), parece claro que, según lo mostrado en este trabajo, las chicas adolescentes están siendo expuestas a estereotipos de género en su proceso de socialización que están perjudicando su desarrollo como personas. Para abordar este problema se hace imprescindible, por tanto, intervenir en estructuras profundas de nuestra sociedad, donde nace nuestro sistema de valores imperante y que en buena parte se basa en esperar cosas diferentes para hombres y mujeres, en tratar de manera diferentes a unos y a otras y, con ello, limitar sus posibilidades de realización y de bienestar emocional. Es necesario un intenso trabajo de promoción y prevención en todos los escenarios de desarrollo en los que crecen nuestra adolescencia (especialmente, en la familia y en la escuela), así como medidas estructurales e intersectoriales de calado que se materialicen en leyes y normas que promuevan expectativas y un trato igualitario. Es ahí donde destaca el papel de la educación como herramienta preventiva (coeducación y educación afectivo-sexual) y la necesidad de cambios en las representaciones sociales sobre lo que es ser niña, chica adolescente y mujer, en reducir los estereotipos de género y la socialización diferenciada de niños y de niñas.

Así, y comenzando con la familia, el trabajo con ella debería empezar desde el inicio del embarazo (por ejemplo, en los cursos de preparación para el parto y el nacimiento), momento en que las parejas están particularmente motivadas, e incidir ahí en la necesidad de atención y cuidados específicos a la mujer, prestando especial atención al reparto de tareas en el hogar como algo que deberá instaurarse en la dinámica familiar para el futuro. Una vez que el o la bebé nace y el niño o la niña va creciendo, las madres y padres deben ser conscientes de cómo están transmitiendo roles estereotipados a través de cómo ellos y ellas mismos actúan como modelos y en el trato diferencial que sus hijos e hijas reciben por ser niños o niñas (ver, por ejemplo, el “Proyecto Apego” y otros recursos de la web “Ventana Abierta a la Familia” de la Junta de Andalucía).

En cuanto a la escuela, el trabajo debe dirigirse tanto al alumnado como al profesorado. El profesorado no siempre es consciente de su papel sobre el desarrollo socio-personal y moral de su alumnado. Cuanto más avanza el sistema educativo, más probable es que sientan que su labor no es educar sino “instruir” en las respectivas materias (lengua, matemáticas, etc.) y sabemos que, cuando el profesorado se siente competente y confía en su eficacia como docente, su alumnado lo percibe y no sólo mejora su rendimiento escolar, sino que también muestra mayor autoestima, mayor conexión con la escuela y desarrolla menos conductas de riesgo (Eccles

y Roeser, 2011). El informe PISA puso de manifiesto que cuando el alumnado percibe un clima de disciplina, una baja exposición al acoso, un alto sentido de pertenencia al centro, así como de cooperación y apoyo del profesorado, sus índices de bienestar se incrementan (OCDE, 2023). Es por ello por lo que la formación del profesorado (tanto la formación en los respectivos grados como la formación permanente) debería incidir en los contenidos que hoy sabemos que son críticos, entre ellos: sus expectativas sobre el logro, que ya hemos comentado que se convierten en expectativas auto-cumplidas, su papel a la hora de prevenir el acoso y otros problemas de convivencia (como el rechazo escolar), así como la calidad de la relación y la conexión emocional con el alumnado (García-Moya et al., 2019).

Por su parte, el centro educativo, deberá preocuparse por tener buenos indicadores sobre el estado de su alumnado (en este sentido, el Estudio HBSC trabaja enviando informes personalizados a los centros participantes en su estudio) con los que poder planificar las intervenciones necesarias; igualmente, deberán trabajar para que en el centro predomine un buen clima social general de convivencia, con conciencia y respeto a la igualdad, y de sincronizar sus esfuerzos con las familias. Por tanto, el sistema educativo tiene un enorme potencial para intervenir en este terreno; y solo por introducirlo a modo de ejemplo, uno de los contenidos a abordar en ese currículum de convivencia y de promoción de la igualdad es el de los “mitos del amor romántico”, un conjunto de creencias sobre las relaciones de pareja que está en la base de que muchas chicas acepten y se sometan al maltrato de sus parejas (Fundación Mujeres, 2011; Ruiz-Repullo, 2016).

Se trata de iniciativas sobre las que ya se lleva hablando tiempo y que, poco a poco, han ido encontrando un marco legal apropiado. Así, a finales del siglo XX se publicó el informe *La educación encierra un tesoro*, informe sobre la educación en el siglo XXI, que continúa siendo una carta de navegación y una brújula para quienes nos preocupamos por la educación. Por su parte, la mencionada Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce que la igualdad de género requiere de un enfoque que garantice no solo que niñas y niños obtengan acceso a los distintos niveles de enseñanza, sino que disfruten de las mismas oportunidades y competencias y sean empoderadas a través la escuela. Finalmente, tanto la LOMLOE (*Ley Orgánica de modificación de la Ley Orgánica de Educación*, 2020) como la *Ley de Protección de la Infancia y la Adolescencia* (2015) son adecuados marcos legales de referencia para llevar a cabo algunas de las actuaciones necesarias, en especial las que tienen que ver con la coeducación y la educación afectivo-sexual, sin olvidar que el sistema educativo tiene pendiente ser más eficaz en el balance entre estrés y rendimiento escolar.

## Conclusiones

Este trabajo, realizado con una amplia muestra representativa de los y las adolescentes de 11 a 18 años escolarizados en España, pone de manifiesto la existencia de importantes desigualdades de

género en la salud en la adolescencia, con resultados desfavorables en las chicas, tanto en sus estilos de vida (menores niveles de desayuno, actividad física, satisfacción con la imagen corporal y uso del preservativo y mayor uso de la píldora anticonceptiva), en la familia (menor satisfacción familiar), en la escuela (mayor estrés escolar y menor satisfacción con las relaciones con sus compañeros y compañeras de clase) y, especialmente en las cuestiones relacionadas con la salud mental (menores niveles de salud percibida, satisfacción vital y bienestar emocional, así como mayores niveles de malestares psicosomáticos y sentimientos de soledad). El artículo hace especial hincapié en los procesos de socialización que dan lugar a tales desigualdades de género y en estrategias para eliminarlas. Es esencial fortalecer el trabajo de prevención a todos los niveles.

### Contribución de las Autoras

Las dos autoras han contribuido al planteamiento del artículo, a los análisis y a la redacción y revisión del manuscrito. Las dos autoras han expresado su conformidad con el texto remitido y con el orden en que aparecen sus nombres.

### Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

### Financiación

Ministerio de Sanidad (4533/0941). Las autoras agradecemos el apoyo y la financiación del Ministerio de Sanidad en las seis ediciones del estudio HBSC que llevamos coordinando desde nuestro equipo en la Universidad de Sevilla.

### Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a todo el equipo HBSC-España, a los y las adolescentes que respondieron al cuestionario, a sus padres y madres que les autorizaron a participar en el estudio y a los centros educativos que nos permitieron acceder a ellos y ellas.

### Referencias

- Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2024). *Estereotipos de género. El ACNUDH y los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/women/gender-stereotyping>
- Asamblea Médica Mundial (1964). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Brown, Bradford y Larson, James (2009). Peer relationships in adolescence. En Richard Lerner y Lawrence Steinberg (Eds.),

*Handbook of adolescent psychology* (3<sup>rd</sup> Ed., pp. 74-103). John Wiley & Sons, Inc.

- Campbell, Olympia L.K.; Bann, David y Patalay, Praveetha (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM - Population Health*, 13, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
- Clarke-Stewart, Alison y Parke, Ross (2014). Sex and gender. En Alison Clarke-Stewart y Ross Park (Eds.), *Social development* (pp. 296-328). John Wiley & Sons.
- Cohen, Jacob (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Second Ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cosma, Alina; Abdrakhmanova, Shynar; Taut, Diana; Schrijvers, Karen; Catunda, Carolina y Schnohr, Christina (2023). *A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Volume 1. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/373201>
- Cosma, Alina; Stevens, Gonneke; Martin, Gina; Duinhof, Elisa L.; Walsh, Sophie D.; Garcia-Moya, Irene; Költő, András; Gobina, Inese; Canale, Natale; Catunda, Carolina; Inchley, Jo y de Looze, Margaretha (2020). Cross-national time trends in adolescent mental well-being from 2002 to 2018 and the explanatory role of schoolwork pressure. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.010>
- Côté, James E. (2009). Identity formation and self development in adolescence. En Richard M. Lerner y Lawrence Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3<sup>rd</sup> Ed., pp. 266-304). John Wiley & Sons, Inc.
- Díaz-Aguado, M<sup>a</sup> José; Martínez-Arias, Rosario; Martínez-Babarro, Javier y Falcón, Laia (2021). *La situación de la violencia contra las mujeres en la adolescencia en España*. Ministerio de Igualdad. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Estudio\\_ViolenciaEnAdolescencia.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Estudio_ViolenciaEnAdolescencia.pdf)
- Eccles, Jaqueline y Roesser, Robert (2011). Schools as developmental contexts during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 225-241. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00725.x>
- Fundación Mujeres (2011). *Coeducación y mitos del amor romántico*. Monográfico 93. Fundación Mujeres.
- García-Moya, Irene; Bunn, Frances; Jiménez-Iglesias, Antonia M<sup>a</sup>; Paniagua, Carmen y Brooks, Fiona (2019). The conceptualization of school and teacher connectedness in adolescent research: A scoping review of literature. *Educational Review*, 71(4), 423-444. <https://doi.org/10.1080/00131911.2018.1424117>

- Idler, Ellen L. y Benyamini, Yael (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37. <https://doi.org/10.2307/2955359>
- Inchley, Joanna; Currie, Dorothy; Budisavljevic, Sanja; Torsheim, Torbjørn; Jåstad, Atle; Cosma, Alina; Kelly, Colette; Arnarsson, Ársæll Már; Barnekow, Vivian y Weber, Martin (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. Volume 2. Key data.* WHO Regional Office for Europe. <https://hbsc.org/publications/reports/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being/>
- Kuhn, Deanna (2009). Adolescent thinking. En Richard M. Lerner y Lawrence Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3<sup>rd</sup> Ed., pp. 152-186). John Wiley & Sons.
- Lasky, Patricia; Buckwalter, Kathleen; Whall, Ann; Lederman, Regina; Speer, Justine; McLane, Audrey; King, Joan M.; White, Marjorie A.; Woods, Nancy y Rees, Barbara L. (1985). Developing an instrument for the assessment of family dynamics. *Western Journal of Nursing Research*, 7, 40-57. <https://doi.org/10.1177/0092055X8500700105>
- Laursen, Brett y Collins, W. Andrew (2009). Parent-child relationships during adolescence. En Richard M. Lerner y Lawrence Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (vol. 2, 3<sup>rd</sup> Ed., pp. 3-42). John Wiley & Sons.
- Leaper, Campbell (2002). Parenting girls and boys. En Marc Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Volume 1. Children and parenting* (2<sup>nd</sup> Ed., pp. 189-225). Lawrence Erlbaum Associates.
- Ley Orgánica de Modificación de la Ley Orgánica de Educación (LOMLOE), número 3/2020. *Boletín Oficial del Estado*, 340, de 23 de diciembre de 2020. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 180, de 29 de julio de 2015, <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8470>
- López-Sánchez, Félix (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social.* Pirámide.
- McGrath, John J.; Al-Hamzawi, Ali; Alonso, Jordi; Altwaijri, Yasmin; Andrade, Laura H.; Bromet, Evelyn J.; Bruffaerts, Ronny; Caldas de Almeida, José Miguel; Chardoul, Stephanie; Chiu, Wai Tat; Degenhardt, Louisa; Demler, Olga V.; Ferry, Finola; Gureje, Oye; Haro, Josep Maria; Karam, Elie G.; Karam, Georges; Khaled, Salma M.; Kovess-Masfety, Viviane; Magno, Marta; Medina-Mora, Maria Elena; Moskalewicz, Jacek; Navarro-Mateu, Fernando; Nishi, Daisuke; Plana-Ripoll, Oleguer; Posada-Villa, José; Rapsey, Charlene; Sampson, Nancy A.; Stagnaro, Juan Carlos; Stein, Dan J.; Have, Margreet Ten; Torres, Yolanda; Vladescu, Cristian; Woodruff, Peter W.; Zarkov, Zahari; Kessler, Ronald C. y WHO World Mental Health Survey Collaborators (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *The Lancet Psychiatry*, 10(9), 668-681. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)
- Millán-Carrasco, Almudena; Pérez-Corral, Olivia y Maroto-Navarro, Gracia (2020). La salud mental de las mujeres: mitos y realidades. Análisis de la situación de la salud mental de las mujeres desde una perspectiva de género. *Cuadernos para la salud de las mujeres*, 7. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.easp.es/wp-content/uploads/2020/11/cuaderno07salud-mental.pdf>
- Monreal-Gimeno, Carmen (2019). Factores asociados a la violencia de género en parejas adolescentes. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 9, 55-67. <https://doi.org/10.5102/rbpp.v9i1.6011>
- Moreno, Carmen; Rivera, Francisco; Ramos, Pilar; Paniagua, Carmen; Sánchez-Queija, Inmaculada; Jiménez-Iglesias, Antonia; García-Moya, Irene; Moreno-Maldonado, Concepción; Villafuerte-Díaz, Ana; Ciria, Esther; Leal-López, Eva; Luna, Sara; Salado, Vanesa; Velo, Sheila; Morgan, Antony & Ramos, Yolanda (2025a). *Informe sobre la metodología empleada en la edición HBSC- 2022.* Ministerio de Sanidad.
- Moreno, Carmen; Rivera, Francisco; Sánchez-Queija, Inmaculada; Ramos, Pilar; Jiménez-Iglesias, Antonia; García-Moya, Irene; Moreno-Maldonado, Concepción; Paniagua, Carmen; Villafuerte-Díaz, Ana; Ciria-Barreiro, Esther; Leal-López, E.; Salado, Vanesa; Luna, Sara; Velo, Sheila y Morgan, Antony (2025b). *La adolescencia española analizada desde el Estudio HBSC-2022: estilos de vida, contextos de desarrollo y bienestar emocional. Informe divulgativo de los resultados más significativos obtenidos.* Ministerio de Sanidad.
- Ochaita-Alderete, Esperanza y Espinosa-Bayal, M<sup>a</sup> Ángeles (2012). Los Derechos de la Infancia desde la perspectiva de las necesidades. *Educatio Siglo XXI*, 30, 25-46.
- Oliva, Alfredo (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223.
- Olweus, Dan (1996). *The revised Olweus bully/victim questionnaire (OBVQ-R)*. Mimeo, Research Center for Health Promotion (HEMIL Center), University of Bergen.
- Orbach, Israel y Mikulincer, Mario (1998). Body investment scale: Construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 10, 415-425. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.4.415>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* <https://www.who.int/about/governance/constitution>

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021a). *Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios*. <https://iris.who.int/handle/10665/349729>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021b). *Informe violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2023). *PISA 2022*. Instituto Nacional para la Evaluación Educativa. <https://www.oecd.org/en/about/programmes/pisa.html>
- Prochaska, Judith J.; Sallis, James F. y Long, Barbara (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(5), 554-559. <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.5.554>
- Ramos-Valverde, Pilar (2010). *Estilos de vida y salud en la adolescencia*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla. <https://www.injuve.es/sites/default/files/9319-02.pdf>
- Ravens-Sieberer, Ulrike; Gosch, Angela; Erhart, Michael; von Rueden, Ursula; Nickel, Jennifer; Kurth, Bärbel-Maria and the European KIDSCREEN group (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents – Handbook*. Papst Science Publisher.
- Rees, Gwyther; Savahl, Shazly; Lee, Bong Joo y Casas, Ferrán (Eds.) (2020). *Children's views on their lives and well-being in 35 countries: A report on the Children's Worlds project, 2016-19*. Children's Worlds Project (ISCWeB). <https://iscweb.org/wp-content/uploads/2020/07/Childrens-Worlds-Comparative-Report-2020.pdf>
- Residori, Caroline; Költő, András; Dóra Eszter, Várnai y Gabhainn, Saoirse Nic (2023). *Age, gender and class: how the COVID-19 pandemic affected school-aged children in the WHO European Region. Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on young people's health and well-being from the findings of the HBSC survey round 2021/2022*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369715/WHO-EURO-2023-7743-47511-69872-eng.pdf?sequence=2>
- Rivera, Francisco; Luna, Sara; Ramos, Pilar; Moreno, María del Carmen; Salado, Vanesa; Moreno-Maldonado, Concepcion; Paniagua, Carmen; Ciria-Barreiro, Esther; Leal-López, Eva; Villafuerte-Díaz, Ana María y Velo, Sheila (2022). *¿Qué opinan los niños, niñas y adolescentes? Resultados de la tercera edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y Adolescencia*. UNICEF España. [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/communication/Barometro\\_infancia\\_202122.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/communication/Barometro_infancia_202122.pdf)
- Roberts, Chris; Currie, Candace; Samdal, Oddrun; Currie, Dorothy; Smith, Rebecca y Maes, Lea (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health*, 15(3), 179-186. <https://doi.org/10.1007/s10389-007-0100-x>
- Rodríguez-San Julián, Elena; Calderón-Gómez, Daniel; Kuric-Kardelis, Stribor y Sanmartín-Ortí, Anna (2021). *Barómetro Juventud y Género 2021. Identidades, representaciones y experiencias en una realidad social compleja*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5205628>
- Rubin, Kenneth. H.; Bukowski, William. M. y Bowker, Julie. C. (2015). Children in peer groups. En R.M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology and developmental science* (pp. 1-48). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy405>
- Ruiz-Repullo, Carmen (2016). Los mitos del amor romántico: S.O.S celos. En *Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinares: VI Congreso Universitario Internacional Investigación y Género* (625-636). SIEMUS. <http://hdl.handle.net/11441/51824>
- Rudolf, Robert y Bethmann, Dirk (2022). The paradox of wealthy nations' low adolescent life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 24, 79-105. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00595-2>
- Shaffer, David (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. Thomson-Paraninfo.
- Susman, Elizabeth J. y Dorn, Lorah D. (2009). Puberty. En Richard M. Lerner y Lawrence Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (vol. 1, pp. 116-151). John Wiley & Sons.
- Ventana Abierta a la Familia*. <https://www.ventanafamilias.es/>. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- Viner, Russell; Ozer, Elizabeth M.; Denny, Simon; Marmot, Michael; Resnick, Michael; Fatusi, Adesegun y Currie, Candace (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379(9826), 1641-1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
- Whitehead, Ross D.; Cosma, Alina; Cecil, Jo; Currie, Candace; Currie, Dorothy; Neville, Fergus & Inchley, Jo (2018). Trends in the perceived body size of adolescent males and females in Scotland, 1990-2014: changing associations with mental well-being. *International Journal of Public Health*, 63(1), 69-80. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-0997-y.6>
- Zimet, Gregory; Dahlem, Nancy W.; Zimet, Sara G. y Farley, Gordon K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)