



**FACULTAD DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO Y
EDUCACIÓN**

Departamento de Didáctica y Teoría de la Educación

TESIS DOCTORAL

**IMPACTO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA EN LA
PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN DE LOS
UNIVERSITARIOS**

LOURDES LÓPEZ-CÓZAR RUIZ

MADRID, 2014



**FACULTAD DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO Y
EDUCACIÓN**

Departamento de Didáctica y Teoría de la Educación

TESIS DOCTORAL

**IMPACTO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA EN LA
PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN DE LOS
UNIVERSITARIOS**

LOURDES LÓPEZ-CÓZAR RUIZ

Tesis Doctoral dirigida por:

**Dr. Melchor Gómez García
Dr. Gabriel Jiménez Núñez
Dr. Julio Ruiz Palmero**

MADRID, 2014

ÍNDICE

CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN	21
-----------------------	----

CAPÍTULO II – MATERIAL Y MÉTODO

1. TIPO DE ESTUDIO.....	25
2. POBLACIÓN EN ESTUDIO	26
3. FUENTES DE DATOS E INFORMACIÓN	26
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	27
5. ESTUDIO PILOTO	27
6. INSTRUMENTO DE MEDIDA: CUESTIONARIO	28
7. MUESTRA: SUJETOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO	29
8. FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
8.1. Fase Preparatoria. Curso académico 2010/11	29
8.2. Fase de Inmersión. Curso académico 2011/12	29
8.3. Fase de Profundización. Curso académico 2012/13 ..	30
8.4. Fase de estudio y análisis de conclusiones	30
9. TEMPORALIZACIÓN.....	30
10. ACCIÓN FORMATIVA DESARROLLADA	31
11. PROTOCOLO DESARROLLADO EN LA ACCIÓN FORMATIVA	32
12. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	33
12.1. Fases en el análisis de resultados.....	33
13. FICHA TÉCNICA.....	34
13.1. Diseño y objetivos del estudio	34
13.2. Población en estudio	35
13.3. Selección muestral.....	35
13.4. Instrumento de medida: cuestionario	35

CAPÍTULO III – RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN	39
1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS	39
1.1.1. Encuestados según género	39
1.1.2. Encuestados según edad	39
1.1.3. Encuestados según estudios	40
1.1.4. Encuestados según el nivel adquisitivo familiar.....	41
1.1.5. Encuestados según el nivel de estudios del padre ...	41
1.1.6. Encuestados según el nivel de estudios de la madre	42
1.2. HÁBITOS RELACIONADOS CON LA SALUD	43
1.2.1. Hábito tabáquico	43
1.2.2. Consumo alcohol	43
1.2.3. Práctica de ejercicio físico.....	44
1.2.4. Estado de salud	44
1.2.5. Consulta médica	45
1.2.5.1. Frecuencia de visita al médico en el último año....	45
1.2.5.2. Frecuencia de visita al médico en los últimos tres meses	45
1.2.5.3. Motivo para acudir al médico	46
1.2.5.4. Motivo de consulta al médico	46
1.2.6. Actitud del alumnado ante un problema de salud ...	47
1.2.6.1. Cuando tiene dolor... ..	47
1.2.6.2. Cuando tiene dolor de cabeza.....	48
1.2.6.3. Cuando tiene fiebre.....	48
1.2.6.4. Cuando tiene un proceso gripal	49
1.2.6.5. Cuando tiene dolores menstruales.....	49
1.2.6.6. Cuando tiene problemas para dormir	50
1.3. HÁBITOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN	50
1.3.1. Consumo de medicamentos	50
1.3.1.1. Frecuencia empleo medicamentos en el último año.	50
1.3.1.2. Frecuencia empleo medicamentos en los últimos tres meses.	51
1.3.1.3. Tipo de medicinas que consume.....	51
1.3.1.4. Bebida con la que toma las medicinas.	52
1.3.2. Automedicación.....	52
1.3.2.1. Automedicación en la familia.....	52
1.3.2.2. Consumo de medicamentos por cuenta propia. ...	53
1.3.2.3. Persona que le recomendó tomar dichos medicamentos.	54
1.3.2.4. Fuente de información para decidir qué medicinas tomar.	54

1.3.2.5. Lugar de obtención de las medicinas.....	55
1.3.2.6. Motivos por los que se automedica.	55
1.3.3. Actitud alumnado ante la automedicación.....	56
1.3.3.1. Cuando tomó medicamentos por propia iniciativa, su eficacia fue.....	56
1.3.3.2. Considera que consumir medicamentos sin control provoca riesgos para su salud.....	57
1.3.3.3. Se informa previamente en caso de automedicación.....	57
1.3.3.4. Conoce los riesgos de la automedicación.	58
1.3.3.5. Aconseja la automedicación.	58
1.3.3.6. Préstamo de medicinas.	59
1.3.4. Efectos secundarios	60
1.3.4.1. Ha sufrido algún efecto secundario por la toma de fármacos	60
1.3.4.2. Acude a urgencias como consecuencia de un efecto secundario.....	60
1.3.4.3. Acude al médico de cabecera como consecuencia de un efecto secundario.....	61
1.3.5. Nivel de conocimiento médico del alumnado.....	61
1.3.5.1. Concepto de automedicación	61
1.3.5.2. Concepto de interacción medicamentosa.....	62
1.3.5.3. Concepto de efecto adverso.....	63
2. ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA....	64
2.1. Automedicación directa vs automedicación indirecta	64
2.2. Factores de riesgo automedicación.....	65
2.3. Eficacia de la acción formativa desarrollada	86
2.4. Consumo de fármacos	89
2.5. Reconocimiento de fármacos	90
2.6. Cambios más relevantes producidos	92
2.6.1. Cambios en los motivos de automedicación.....	92
2.6.2. Cambios en la opinión.....	94
2.6.3. Cambios en la actitud frente a los problemas de salud	96
2.6.4. Cambios conceptuales	98

CAPÍTULO IV – CONCLUSIONES

1. ANÁLISIS SEGÚN LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..	103
1.1. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES RELACIONADOS CON LOS HÁBITOS DE AUTOMEDICACIÓN	103

1.2. HÁBITOS Y GRUPOS FARMACOLÓGICOS MÁS EMPLEADOS.	
104	
1.3. INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE AUTOMEDICACIÓN Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. ...	104
CAPÍTULO V – REFERENCIAS.....	106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Porcentaje de encuestados según género....	39
Figura 2 – Porcentaje de encuestados según edad.....	40
Figura 3 – Porcentaje de encuestados según estudios que cursan	40
Figura 4 – Porcentaje de encuestados según ingresos mensuales.....	41
Figura 5 – Porcentaje alumnado encuestado según nivel estudios padre	41
Figura 6 – Porcentaje alumnado encuestado según nivel estudios madre	42
Figura 7 – Porcentaje alumnado encuestado según hábito tabáquico	43
Figura 8 – Porcentaje alumnado encuestado según consumo alcohol.....	43
Figura 9 – Porcentaje alumnado encuestado según práctica de ejercicio físico.....	44
Figura 10 – Estado de salud de los encuestados (%)	44
Figura 11 – Porcentaje alumnado que ha visitado al médico en el último año	45
Figura 12 – Porcentaje alumnado que ha visitado al médico en los últimos tres meses.....	45
Figura 13 – Motivo visita al médico (%)	46
Figura 14 – Síntomas que le hicieron acudir al médico (%)	47
Figura 15 – Reacción del alumnado cuando tiene dolor (%).....	48

Figura 16 – Reacción del alumnado cuando tiene dolor de cabeza (%)	48
Figura 17 – Reacción del alumnado cuando tiene fiebre (%).....	48
Figura 18 – Reacción del alumnado cuando tiene un proceso gripal (%)	49
Figura 19 – Reacción del alumnado cuando tiene dolor menstrual (%).....	49
Figura 20 – Reacción del alumnado cuando tiene problemas para dormir (%)	50
Figura 21 – Porcentaje consumo medicamentos en el último año.....	51
Figura 22 – Porcentaje consumo medicamentos en los últimos tres meses	51
Figura 23 – Porcentaje de alumnos que consume cada medicamento	52
Figura 24 – Bebida con la que toma los medicamentos el alumnado (%)	52
Figura 25 – Automedicación en las madres (%)	53
Figura 26– Automedicación en los padres (%)	53
Figura 27 – Porcentaje de consumo de medicamentos por cuenta propia	54
Figura 28 – Persona que le recomendó/prescribió el medicamento (%)	54
Figura 29 – Fuente de información (%)	55
Figura 30 – Lugar donde obtiene los medicamentos (%)	55
Figura 31 – Motivos por los que se automedican los estudiantes (%).....	56
Figura 32 – Porcentaje eficacia automedicación	57

Figura 33 – Porcentaje de alumnado que considera que consumir medicamentos sin control provoca riesgos para su salud.....	57
Figura 34 – Porcentaje de alumnado que se informa previamente antes de automedicarse	58
Figura 35 – Porcentaje de alumnado que conoce los riesgos de la automedicación.....	58
Figura 36 – Porcentaje de alumnado que aconseja automedicarse	59
Figura 37 – Porcentaje de alumnado que presta de medicamentos.....	59
Figura 38 – Porcentaje de alumnado que ha sufrido efectos secundarios con la toma de fármacos.....	60
Figura 39 – Porcentaje de alumnado que acude a urgencias como consecuencia de un efecto secundario por automedicarse	61
Figura 40 – Porcentaje de alumnado que acude al médico de cabecera como consecuencia de un efecto secundario.....	61
Figura 41 – Principales respuestas del alumnado acerca de lo que entendían por el concepto de automedicación en porcentaje.	62
Figura 42 – Principales respuestas del alumnado acerca de lo que entendían por el concepto de interacción medicamentosa en porcentaje.....	63
Figura 43 – Principales respuestas del alumnado acerca de lo que entendían por el concepto de efecto adverso en porcentaje.	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Diferentes fases del proceso investigador llevado a cabo.....	31
Tabla 2 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de los padres de los encuestados	66
Tabla 3 – Prueba chi-cuadrado.....	67
Tabla 4 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de los padres de los encuestados (universitarios vs no universitarios)	68
Tabla 5 – Prueba chi-cuadrado.....	68
Tabla 6 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de los padres de los encuestados (universitarios-secundarios vs primarios-no universitarios)	69
Tabla 7 – Prueba chi-cuadrado.....	70
Tabla 8 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de los madres de los encuestados	71
Tabla 9 – Prueba chi-cuadrado.....	72
Tabla 10 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de las madres de los encuestados (universitarios vs no universitarios)	72
Tabla 11 – Prueba chi-cuadrado.....	73
Tabla 12 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de las madres de los encuestados (universitarios-secundarios vs primarios-no universitarios)	74
Tabla 13 – Prueba chi-cuadrado.....	74

Tabla 14 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte del alumnado en función de si se automedica frecuentemente su padre.	75
Tabla 15 – Prueba chi-cuadrado.....	76
Tabla 16 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte del alumnado en función de si se automedica frecuentemente su madre.	77
Tabla 17 – Prueba chi-cuadrado.....	78
Tabla 18 – Relación entre automedicación y aconsejar o no automedicarse a conocidos.....	79
Tabla 19 – Prueba chi-cuadrado.....	79
Tabla 20 – Relación entre automedicación y prestar o medicamentos.....	80
Tabla 21 – Prueba chi-cuadrado.....	80
Tabla 22 – Relación entre automedicación y eficacia de ésta.....	82
Tabla 23 – Prueba chi-cuadrado.....	83
Tabla 24 – Relación entre género y automedicación....	84
Tabla 25 – Prueba chi-cuadrado.....	84
Tabla 26 – Relación entre creencias del riesgo de automedicarse y automedicación.....	85
Tabla 27 – Prueba chi-cuadrado.....	86
Tabla 28 – Tabla de contingencia aconseja empleo de medicamentos a cercanos (dicotómico).....	87
Tabla 29 – Prueba chi-cuadrado.....	87
Tabla 30 – Tabla de contingencia presta medicamentos a cercanos (dicotómico).	88
Tabla 31 – Prueba chi-cuadrado.....	88
Tabla 32 – Tabla de contingencia empleo de anticonceptivos.....	89

Tabla 33 – Prueba chi-cuadrado.....	89
Tabla 34 – Tabla de contingencia empleo de antibióticos.....	90
Tabla 35 – Prueba chi-cuadrado.....	90
Tabla 36 – Tabla porcentaje reconocimiento grupos farmacológicos antes de la intervención educativa.....	91
Tabla 37 – Tabla porcentaje reconocimiento grupos farmacológicos después de la intervención educativa.	91
Tabla 38 – Prueba chi-cuadrado.....	91
Tabla 39 – Tabla de contingencia cambios en los motivos de automedicación.....	92
Tabla 40 – Prueba chi-cuadrado.....	93
Tabla 41 – Tabla de contingencia no saben o no contestan los motivos.	93
Tabla 42 – Prueba chi-cuadrado.....	94
Tabla 43 – Tabla de contingencia cambio en la opinión sobre la eficacia de automedicarse.	94
Tabla 44 – Prueba chi-cuadrado.....	95
Tabla 45 – Tabla de contingencia cambio en la opinión sobre los riesgos de automedicarse.....	95
Tabla 46 – Prueba chi-cuadrado.....	96
Tabla 47 – Tabla de contingencia cambio en la actitud frente al dolor de cabeza.	97
Tabla 48 – Prueba chi-cuadrado.....	97
Tabla 49 – Tabla de contingencia cambio en la actitud frente a la aparición de fiebre.	98
Tabla 50 – Prueba chi-cuadrado.....	98

I. Introducción

1. INTRODUCCIÓN

Un signo de identidad de la sociedad actual es el cambio; las transformaciones sociales en las que se halla inmerso el mundo exigen de la educación una continua adaptación a formas de vida diferentes, siendo necesario idear estrategias de intervención educativa que den respuesta a los problemas que se van generando. Las necesidades cambian, hoy más que nunca, y sabemos que la salud no responde solamente a condicionantes biológicos, sino también psicosociales. Estudios realizados por el Center For Disease Control de Atlanta manifiestan que, cuando se supera el primer año de vida (periodo en el que los factores biológicos son muy importantes), la proporción de la mortalidad determinada por los estilos de vida aumenta considerablemente, acercándose a un 50%.

Cada día, consecuencia del cambio, el hombre se encuentra ante nuevos retos y desafíos. Los cambios epidemiológicos, o transición epidemiológica como lo denominan los expertos, han reemplazado en los países desarrollados a una serie de enfermedades infecciosas clásicas (cólera, paludismo, diarreas infantiles, etc) por otras patologías como son las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, etc) y las llamadas

“enfermedades del progreso”: SIDA, alcoholemia, drogodependencia, estrés... *“El 30% del tabaquismo y más del 10% del alcoholismo causan muerte por cáncer. La principal causa de muerte en menores de 35 años son los accidentes de tráfico por exceso de alcohol”* (Wetton, 1990); en cuanto a la explosión de la pandemia del SIDA conviene señalar las prospecciones que hace Conde: *“en concreto, entre los adolescentes, por nuevas prácticas de riesgo que ya no les margina socialmente, el sida va a crecer sobre todo en las generaciones jóvenes de 15 a 29 años, quienes lo adquirirán por vía sexual en función de los cambios que se están operando en los estilos de vida juveniles y en el consumo de drogas”* (Conde, 1997).

Por otra parte, el patrón actual de morbilidad en España según los diferentes periodos biológicos es el siguiente: en la infancia existe un predominio de anomalías congénitas y enfermedades infecciosas; en los jóvenes los accidentes; en los adultos el cáncer, la cardiopatía isquémica y la patología respiratoria; y, en los ancianos, la enfermedad cardiovascular (Ministerio de Sanidad y Consumo 1990). Con estas nuevas patologías entramos en una nueva etapa de la historia de la salud pública, a la que Terris (1975) llama “segunda revolución”, donde los problemas sanitarios de la población trascienden los tradicionales campos de la medicina y requieren para su prevención un tratamiento educativo.

II. Material y método

1. TIPO DE ESTUDIO

Para conseguir los objetivos propuestos se diseñó y realizó un estudio cuasiexperimental dentro de la población universitaria de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga.

La investigación cuasiexperimental sería aquella en la que existe una "exposición", una "respuesta" y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien no existe grupo control propiamente dicho.

Por lo tanto, es un tipo de investigación que comparte gran parte de las características de un experimento, pero las comparaciones en la respuesta de los sujetos se realizan entre grupos "no equivalentes", es decir, grupos que se pueden diferenciar en muchos otros aspectos además de la "exposición".

El diseño más habitual de este tipo de investigación es el estudio antes-después (o pre-post) de un sólo grupo o con grupo de control no equivalente. Este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto a la intervención experimental. Los diseños antes-después con un sólo grupo permiten al

investigador manipular la exposición, pero no incluyen un grupo de comparación. Cada sujeto actúa como su propio control.

En este trabajo de investigación aplicada y de Salud Pública se ha efectuado un estudio antes-después (o pre-post), con objeto de obtener información, en primer lugar, describiendo las diferentes características de la población de estudio respecto a las distintas cuestiones planteadas en el mismo y, en segundo lugar, explorando y describiendo las relaciones entre algunas de las variables sometidas a estudio en el momento de realizar los cuestionarios.

El objetivo general ha sido el de obtener en un momento determinado una visión global de la práctica de la automedicación entre los universitarios, describiendo las características y factores relacionados con ella, a la vez que se describía la práctica de la misma. Por otro lado, se ha explorado la posible relación entre las distintas variables y su influencia en la práctica de la automedicación, así como el impacto que una acción formativa sobre automedicación podría tener en las prácticas de automedicación en los estudiantes.

En consecuencia se realizó un un estudio antes-después (o pre-post), entre universitarios de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga.

2. POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población estudiada corresponde a Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga y al periodo 2011-2013. La población en estudio se distribuía en alumnos de Grado y Posgrado, siendo un total de 2120 alumnos la población estudiada, según datos facilitados por el Servicio Central de Informática de la Universidad de Málaga.

3. FUENTES DE DATOS E INFORMACIÓN

El punto de partida del estudio bibliográfico del tema, fue una búsqueda inicial general sobre automedicación, seguida de una búsqueda más concreta centrada en “automedicación en estudiantes”. Se utilizaron diversas

fuentes, entre ellas, bases de datos bibliográficas como Medline, Índice Médico Español (IME), Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (IBECS), y otras. La facilidad de acceso, una cobertura temática aceptable y el hecho de poder obtener unos resultados con la perspectiva de la proyección internacional de nuestras publicaciones son las motivaciones que nos han llevado a optar por Medline como base de datos de elección en nuestro estudio. Los descriptores utilizados para realizar la búsqueda fueron: automedicación y universitarios. Esta búsqueda nos permitió calibrar el tema y conocer los déficits de información en relación con la Automedicación en este campo. Así mismo nos permitió conocer los temas e ítems utilizados en otros estudios previos.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo principal de la investigación ha sido el de analizar la influencia de la puesta en práctica de una actividad formativa en la prevalencia de automedicación en población universitaria.

Para alcanzar dicho objetivo, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los hábitos y grupos farmacológicos más empleados.
- Valorar la influencia de una intervención educativa sobre automedicación y uso racional del medicamento. Análisis coste-efectividad.

5. ESTUDIO PILOTO

Antes de elaborar el cuestionario definitivo se realizó un estudio piloto. Este proceso consistió en un cuestionario que se puso a prueba en alumnos de 1º curso del Grado de Pedagogía durante el curso 2010/11. Los alumnos fueron preparados, en seminarios previos, acerca de cómo iba a ser el proceso, sus características básicas, sus objetivos y su trabajo en el proceso de investigación y estudio.

Una vez que se consideró que estaban cualificados para realizar las encuestas, se les entregó un primer cuestionario, con la finalidad de validarlo. Para ello, a cada uno se le entregó un cuestionario para que lo rellenara y comprobara, "in situ", qué preguntas estaban mal formuladas, cuáles podían dar lugar a una mala interpretación, si algunas necesitaban alguna otra respuesta, etc. La cumplimentación duró como media entre 10 y 15 minutos.

Las justificaciones para no dar por bueno el primer cuestionario fueron:

1. Preguntas que parecen repetidas.
2. Vocabulario legible y comprensible para la población en general.
3. Incluir alguna pregunta directa sobre si el paciente se automedica o no.
4. Algunas preguntas muy subjetivas.
5. Inclusión de preguntas más específicas.

Con las sugerencias aportadas, se procedió a la corrección y posteriormente, se les entregó un nuevo cuestionario para que comprobaran que las modificaciones realizadas habían sido efectivas. Se realizó una segunda prueba y comprobación del cuestionario con población universitaria y, posteriormente se dio por válido.

6. INSTRUMENTO DE MEDIDA: CUESTIONARIO

El cuestionario definitivo quedó estructurado en tres partes, la primera hacía referencia a las características demográficas de los encuestados, y el objetivo era conocer las circunstancias sociales básicas en el momento de realizar la encuesta. La segunda parte hacía referencia a cuestiones básicas sobre el uso de medicamentos en general. La tercera parte hacía referencia a todo tipo de cuestiones relacionadas, directa o indirectamente, con la práctica y conducta en automedicación. El cuestionario constaba de 47 preguntas y con el fin de obtener el máximo de información se utilizaron formatos de pregunta variados: preguntas de respuesta abierta, preguntas de respuesta cerrada, preguntas en las que se pedía una valoración gradual en las respuestas, preguntas en las que se pedía una definición, preguntas con respuesta simple del tipo si o no, etc. y todo ello con objeto de obtener en

cada caso las respuestas que más se ajustaran a la realidad y al objetivo del estudio e intentando que la estructura del cuestionario no condicionara el resultado del estudio.

7. MUESTRA: SUJETOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

Se han realizado 258 encuestas entre alumnos de Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga, todos ellos en la ciudad de Málaga. Entre ellos, fueron encuestados tanto estudiantes de Grado como de Posgrado, intentando abarcar al máximo el espectro de población universitaria y de forma aleatoria, una vez analizados los datos recogidos y desechados los incompletos, quedaron 249 cuestionarios para analizar. Así mismo se comprobó que la muestra era adecuada al tamaño de la población en estudio, el cálculo se realizó para la población en estudio a partir de la fórmula para universos finitos. Los 258 cuestionarios fueron cumplimentados en el plazo de 3 meses.

8. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

8.1. Fase Preparatoria. Curso académico 2010/11

- Revisión de la literatura
- Diseño de investigación, elección de perspectiva metodológica, objetivos e instrumentos de recogida de información, que fueron modificados y redefinidos en la siguiente fase.
- Desarrollo y análisis del estudio piloto que serviría para elaborar el cuestionario de recogida de información definitivo a aplicar en la fase siguiente.

8.2. Fase de Inmersión. Curso académico 2011/12

- Revisión de la literatura. Seguimos revisando la literatura producida hasta ese momento, haciendo hincapié en aquella referida a aspectos metodológicos. Principalmente en esta fase nos acercamos al contexto específico a analizar.

- Desarrollo del primer cuestionario (*pretest*) con las mejoras introducidas gracias al estudio piloto llevado a cabo en la fase anterior.
- Puesta en práctica de la acción formativa llevada a cabo con el alumnado encuestado sobre los riesgos de la automedicación y ofreciendo consejos para evitar los posibles efectos de la misma.

8.3. Fase de Profundización. Curso académico 2012/13

- En esta tercera fase se aplicó el cuestionario (*postest*) de nuevo para verificar si la acción formativa desarrollada tuvo o no eficacia en los hábitos y conductas del alumnado en relación con la automedicación.

8.4. Fase de estudio y análisis de conclusiones

- En esta última fase, una vez obtenidos los datos de las fases anteriores, cruzamos distintas variables para poder obtener fiabilidad y realizar los diferentes contrastes de hipótesis.

9. TEMPORALIZACIÓN

TEMPORALIZACIÓN				
octubre de 2010 – marzo 2014	2010/11	2011/12	2012/13	2014/15
Revisión de la literatura				
Elaboración del diseño de la investigación				
Estudio piloto (desarrollo y análisis)				
Revisión de la literatura. Elaboración definitiva de instrumentos				

Fase de inmersión: Cuestionario definitivo (pre) antes de desarrollar la acción formativa				
Desarrollo de la acción formativa a todo el alumnado implicado en la investigación				
Análisis de datos de la fase de inmersión				
Fase de estudio y análisis de conclusiones: cruce de variables, análisis de datos del post-test, contrastes de hipótesis				

Tabla 1 – Diferentes fases del proceso investigador llevado a cabo.

10. ACCIÓN FORMATIVA DESARROLLADA

Se desarrolló entre los meses de enero y abril de 2012, la campaña educativa de prevención del mal uso y consumo elevado de medicamentos, tenía como objetivo contribuir a la sensibilización y motivación de los jóvenes acerca de la necesidad de adoptar comportamientos seguros, dirigidos a la reducción de la prevalencia de automedicación.

Para la consecución de dicho objetivo, se optó por un modelo de campaña fundamentado en el contacto directo con los estudiantes en las aulas, complementado con la difusión de material escrito de tipo divulgativo online.

Los objetivos y metodología de la campaña se encuadran en una de las medidas que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone para mejorar el uso racional del medicamento.

Para la elaboración del material didáctico y de divulgación, la intervención se reforzó con la colaboración de un equipo multidisciplinar compuesto por profesorado de la Facultad de Ciencias de la Educación que debido a su perfil profesional complementario, nos aportará los conocimientos

pedagógicos y didácticos necesarios para conseguir los objetivos de la acción educativa. El material elaborado se difundió a través del campus virtual de la Universidad de Málaga, habilitándose un espacio a través del cual se facilitaba el acceso al mismo para el desarrollo de la campaña.

Se accedió al alumnado con el objeto de dirigirse a un colectivo que ya actúa o empieza a actuar de manera autónoma, por lo que pueden ser responsables de acciones indebidas en el uso de medicamentos.

Las charlas impartidas tuvieron una duración aproximada de una hora, primando en ellas el objetivo de sensibilizar y educar, además de la aportación de información. Después de las charlas, siempre que fue posible, se realizó un coloquio para evaluar el interés despertado y el impacto de la actividad en un posible cambio de actitudes.

11. PROTOCOLO DESARROLLADO EN LA ACCIÓN FORMATIVA

El trabajo realizado en la acción formativa desarrollada fue realizado por el investigador principal con un proceso y protocolo de pasos planificados.

Se contactó en primer lugar con los profesores que impartían clase en los grupos seleccionados para explicarles los objetivos del estudio que íbamos a llevar cabo, así como el protocolo a seguir en la visita a su aula. En ese mismo primer contacto se acordó el día en el que se desarrollaría la visita.

Una vez en el aula, el profesor responsable del grupo introdujo al alumnado acerca de la actividad que íbamos a llevar a cabo y posteriormente desarrollamos la sesión formativa planificada. Tras la misma abrimos un turno de preguntas en el que aclaramos las posibles dudas que hubieran surgido.

Por último, indicábamos al alumnado que el material empleado en la sesión formativa lo iban a tener a su disposición en el Campus Virtual para poder acceder al mismo en cualquier momento.

12. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el tratamiento de los datos y su análisis se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 21.0 y la Hoja de Cálculo Excel, ambos licenciados para la Universidad de Málaga.

Para la descripción de datos cuantitativos se recurrió a la utilización de índices estadísticos y representaciones gráficas que permiten sintetizar su distribución. Para la descripción de datos categóricos se recurrió a medidas de frecuencia y prevalencia así como a las representaciones gráficas que permiten sintetizar su distribución. Y por último, para explorar y describir relaciones entre las variables a estudio se utilizarán distintas pruebas o test en función de que las variables a relacionar entre ellos: medidas de asociación o efecto como la razón de Odds, Chi-cuadrado (Chi cuadrado de Pearson, Razón de verosimilitudes, prueba de tendencia lineal de Mantel-Haenszel y estadístico exacto de Fischer).

El nivel de significación estadística asumido en este estudio fue del 5% (grado de significación estadística: $p < 0.05$). Y en las preguntas más relevantes fueron calculados los intervalos de confianza al 95% (IC:95%).

12.1. Fases en el análisis de resultados

Taylor y Bogdan (1986: 159) proponen distintas fases del proceso de análisis de datos, según dichos autores tendríamos:

- FASE DE DESCUBRIMIENTO: en la que identificaríamos temas y se desarrollarían conceptos y proposiciones. En esta fase es conveniente examinar los datos de todas las formas posibles. Taylor y Bogdan (1986: 160-166) defienden unas estrategias, de entre las que destacamos:
 - Leer repetidamente los datos.
 - Seguir las pistas de las intuiciones, registrando todas las ideas que surjan de la lectura de nuestros datos.

- Confeccionar listas de temas.
 - Diseñar esquemas de clasificación, que pueden servir para clasificar la información.
 - Consultar material bibliográfico, pues ayudará a interpretar nuestros datos.
- FASE DE CODIFICACIÓN: Se trata de la fase de tratamiento de los datos. El proceso de codificación incluye el análisis de todos los datos que hacen referencia a temas, ideas, conceptos, interpretaciones... Es el momento de categorizar los datos obtenidos de la observación.
 - FASE DE RELATIVIZACIÓN: En esta fase abordaremos la comprensión de los datos en el contexto en el que han sido recogidos. Taylor y Bogdan (1986: 171-174) la consideran como la fase final. Se debe reflexionar sobre:
 - Los datos solicitados a los informantes y los que no, para verificar el posible sesgo de la investigación.
 - La posible influencia del investigador sobre la conducta y opiniones de los sujetos.
 - La influencia de otras personas sobre los informantes.
 - Los tipos de fuentes y la variedad de las mismas.
 - Autorreflexión crítica de los propios supuestos.

13. FICHA TÉCNICA

13.1. Diseño y objetivos del estudio

Estudio transversal de tipo muestral con objeto de obtener una visión global de la práctica de la automedicación entre los universitarios, así como el impacto una acción formativa tenía en dicha praxis, describiendo las características y factores relacionados con ella y analizando las circunstancias e implicaciones de los conocimientos, actitudes y conductas.

13.2. Población en estudio

La población diana eran estudiantes universitarios y la población en estudio estaba formada por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga.

13.3. Selección muestral

El muestreo se realizó intentando abarcar al máximo el espectro de población universitaria y de forma aleatoria, entre los distintos estudios de la Facultad de Ciencias de la Educación. Para decidir el tamaño muestral se fijó como mínimo la obtenida a través de la fórmula para universos finitos.

13.4. Instrumento de medida: cuestionario

Cuestionario constituido por 47 preguntas divididas en tres partes: características demográficas, cuestiones básicas sobre el uso de medicamentos en general y cuestiones relacionadas, directa o indirectamente, con la práctica y conducta en automedicación. El cuestionario fue mejorado mediante la realización de un estudio piloto.

III. Resultados

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN

1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS

1.1.1. Encuestados según género

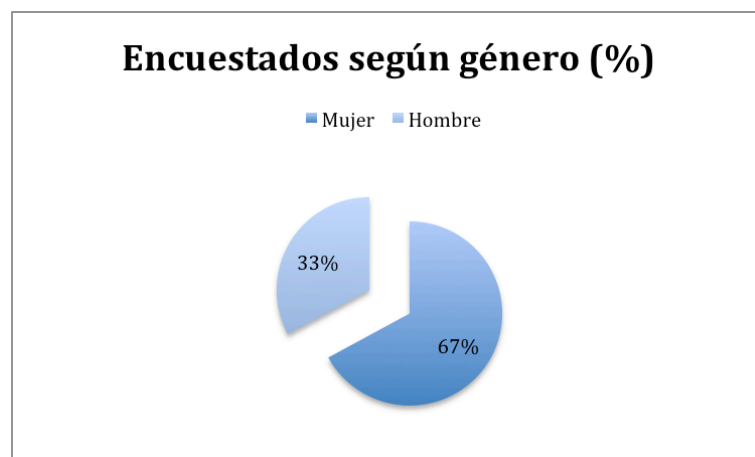


Figura 1 – Porcentaje de encuestados según género

Del alumnado incluido en la investigación desarrollada, son las mujeres, con un 67%, las que predominan sobre los hombres, alcanzando éstos un 33% del total de encuestados.

1.1.2. Encuestados según edad

La edad de los encuestados se concentra en la franja que va de los 20 a los 25 años (47,4%), seguida de la comprendida entre los 26 y los 30 años (22,5%). Los porcentajes disminuyen progresivamente conforme avanzan los tramos de edad.

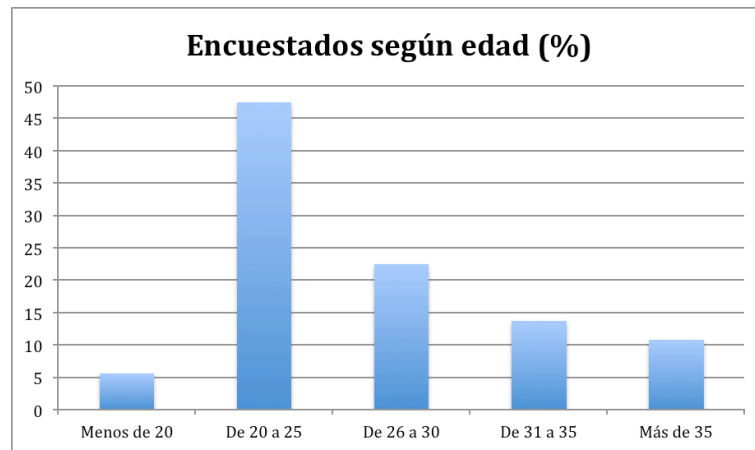


Figura 2 – Porcentaje de encuestados según edad

1.1.3. Encuestados según estudios

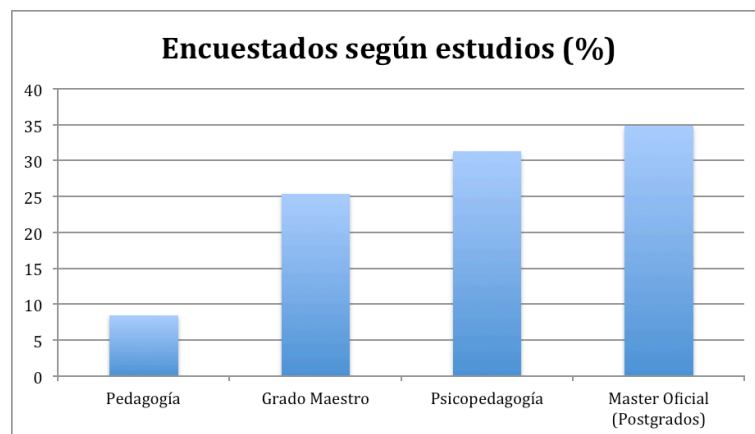


Figura 3 – Porcentaje de encuestados según estudios que cursan

Cuando analizamos los estudios que realiza el alumnado encuestado, observamos que casi un 35% cursa estudios de posgrado, en los diferentes Másteres que se ofrecen en la Facultad de Ciencias de la Educación. Le siguen en frecuencia Psicopedagogía (31,3%) y el Grado de Maestro (25,4%).

1.1.4. Encuestados según el nivel adquisitivo familiar

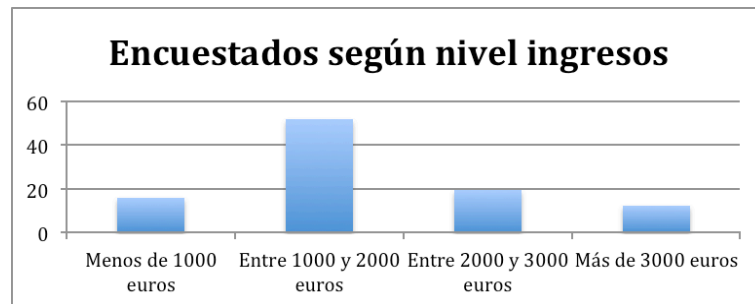


Figura 4 – Porcentaje de encuestados según ingresos mensuales

Analizando a los encuestados en función del nivel de ingresos mensuales en la unidad familiar, obtenemos que el 16,1% del alumnado posee una renta inferior a los 1000 €. La mayoría, un 51,8% se encuentra en unos ingresos entre los 1000 € y 2000 €, disminuyendo el porcentaje de los que se encuentran entre 2000 € y 3000 € hasta el 19,7% y alcanzó un 12,4% en los alumnos cuya renta de la unidad familiar supera los 3000 €.

1.1.5. Encuestados según el nivel de estudios del padre

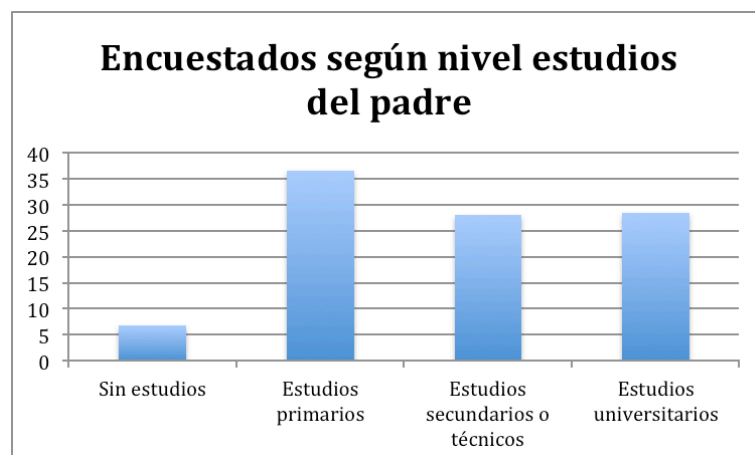


Figura 5 – Porcentaje alumnado encuestado según nivel estudios padre

Cuando nos fijamos en los resultados obtenidos en relación con el nivel de estudios del padre, observamos que únicamente un 6,8% de los encuestados afirman que su padre no posee estudios, mientras poseen

estudios primarios un 36,5%, estudios secundarios un 28,1% y estudios universitarios el 28,5%.

1.1.6. Encuestados según el nivel de estudios de la madre

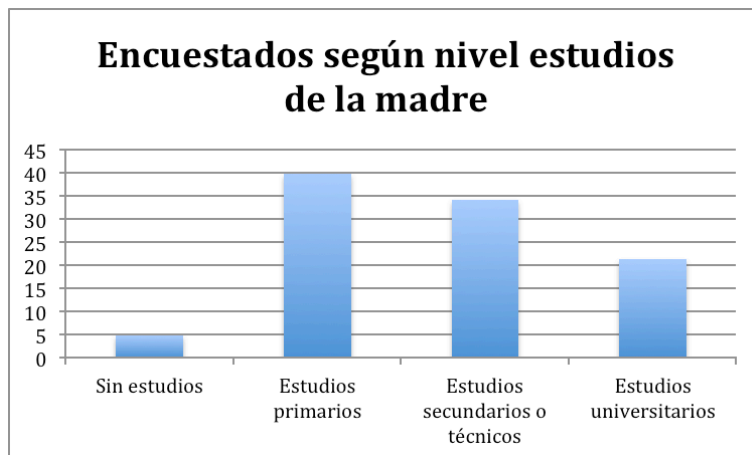


Figura 6 – Porcentaje alumnado encuestado según nivel estudios madre

Cuando nos centramos en los resultados obtenidos en relación con el nivel de estudios de la madre, observamos que únicamente un 4,8% de los encuestados afirman que su madre no posee estudios, mientras poseen estudios primarios un 39,8%, estudios secundarios un 34,1% y estudios universitarios el 21,3%.

1.2. HÁBITOS RELACIONADOS CON LA SALUD

1.2.1. Hábito tabáquico

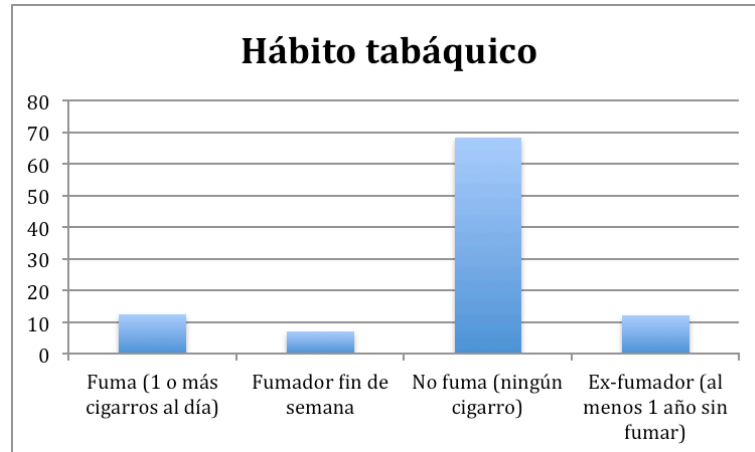


Figura 7 – Porcentaje alumnado encuestado según hábito tabáquico

En relación con el hábito tabáquico un 12,4% afirma fumar uno o más cigarrillos al día, mientras que un 68,3% manifiesta que no fuma ningún cigarro. Un 12% ha manifestado que ha fumado, pero que al menos lleva un año sin fumar y un 7,2% se considera fumador de fin de semana.

1.2.2. Consumo alcohol

Un 18,1% no toma alcohol nunca, un 61,8% lo hace ocasionalmente, mientras que un 17,7% lo hace únicamente en fines de semana.



Figura 8 – Porcentaje alumnado encuestado según consumo alcohol

1.2.3. Práctica de ejercicio físico

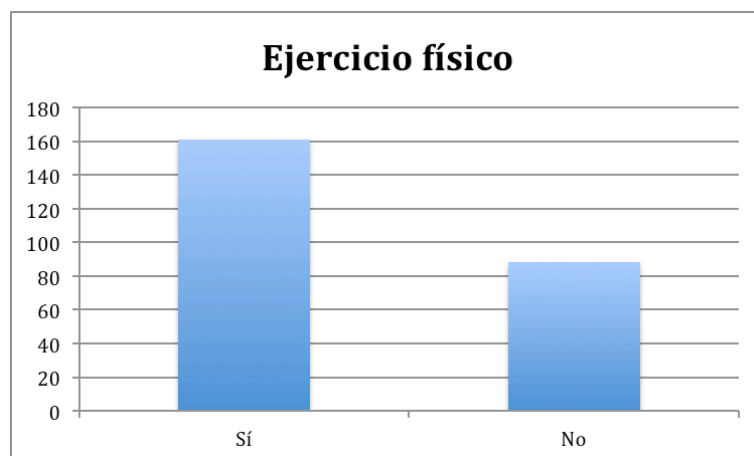


Figura 9 – Porcentaje alumnado encuestado según práctica de ejercicio físico

Cuando se le preguntó al alumnado en relación con la práctica de ejercicio físico, un 64,7% afirmó que sí lo realizaba, mientras que un 35,3% respondió que no practicaba ningún tipo de ejercicio.

1.2.4. Estado de salud

La percepción que los encuestados sobre su estado de salud es bastante buena en general. Un 21,7% considera que éste es muy bueno y un 74,3% lo califica como bueno. Aquellos que consideran que su estado de salud es malo o muy malo suponen un 4% del total de los encuestados.

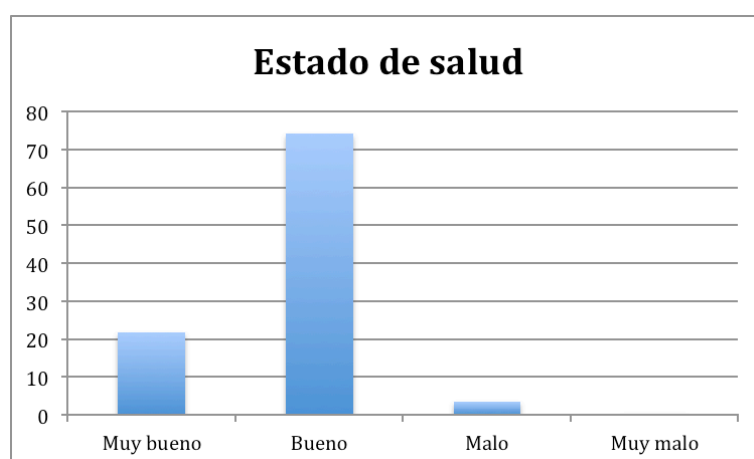


Figura 10 – Estado de salud de los encuestados (%)

1.2.5. Consulta médica

1.2.5.1. Frecuencia de visita al médico en el último año



Figura 11 – Porcentaje alumnado que ha visitado al médico en el último año

El alumnado encuestado afirma en un 42,2% ha visitado al médico en el último año en más de dos ocasiones, un 18,9% en dos ocasiones, en una única ocasión lo han hecho el 27,3% y no lo ha visitado un 11,6%.

1.2.5.2. Frecuencia de visita al médico en los últimos tres meses

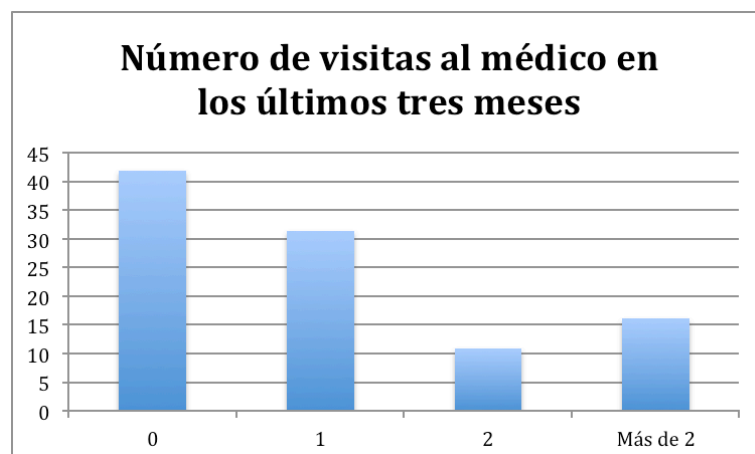


Figura 12 – Porcentaje alumnado que ha visitado al médico en los últimos tres meses

El alumando encuestado afirma en un 41,8% no ha visitado al médico en los últimos tres meses, un 31,3% en una ocasión, en dos ocasiones lo han hecho el 10,8% y en más de dos ocasiones un 16,1%.

1.2.5.3. Motivo para acudir al médico

Un 63,9% de los encuestados han manifestado que el motivo de su visita al médico ha sido por encontrarse enfermo, un 22,1% para que le realizaran un informe, mientras que el 14,1% lo ha hecho para que le recetaran medicamentos (Figura 13).

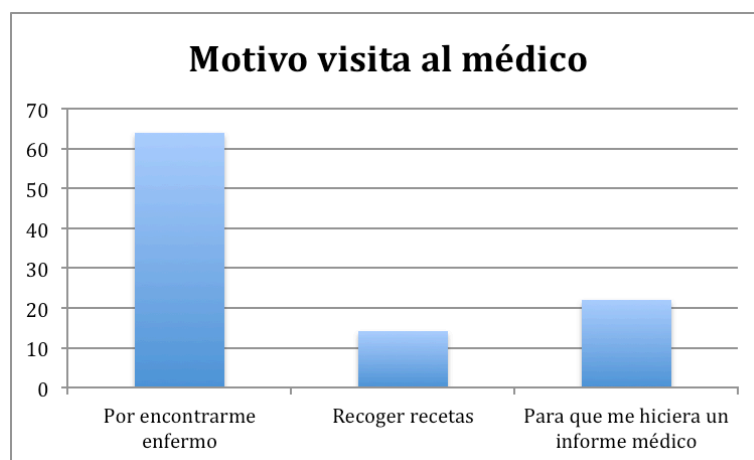


Figura 13 – Motivo visita al médico (%)

1.2.5.4. Motivo de consulta al médico

Los principales síntomas que hicieron a los encuestados acudir al médico fueron problemas respiratorios (17,7%), ginecológicos (16,9%), musculoesqueléticos (16,5%) y digestivos (10,8%) (Figura 14).

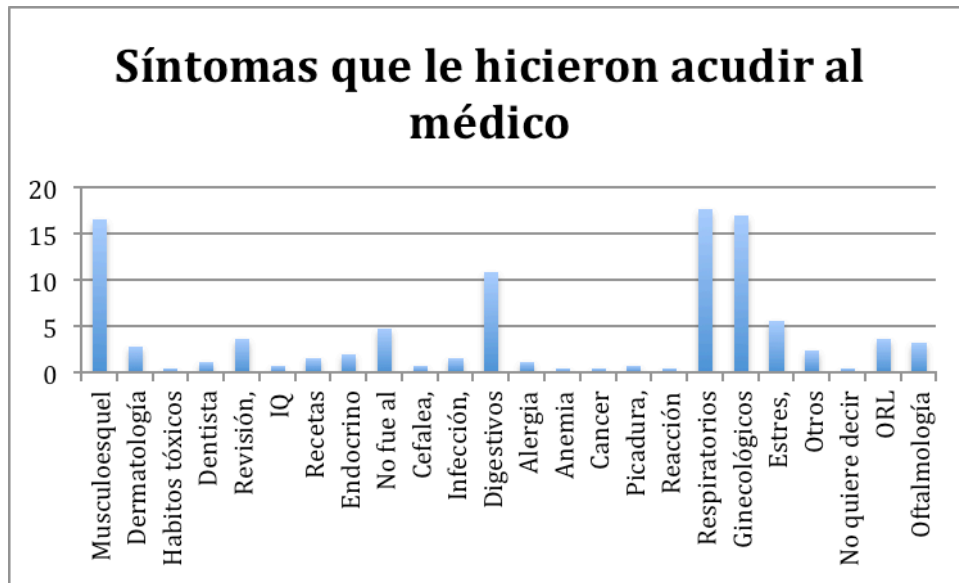


Figura 14 – Síntomas que le hicieron acudir al médico (%)

1.2.6. Actitud del alumnado ante un problema de salud

1.2.6.1. Cuando tiene dolor...

Acerca de lo que hacen los encuestados cuando sienten dolor, el 40,6% de los mismos esperan a que éste pase, un 30,5% toma analgésicos o antiinflamatorios y un 23,3% acude a consulta médica.

Los porcentajes de encuestados que toman plantas medicinales, que acuden al médico sólo si el dolor es intenso... es poco relevante.

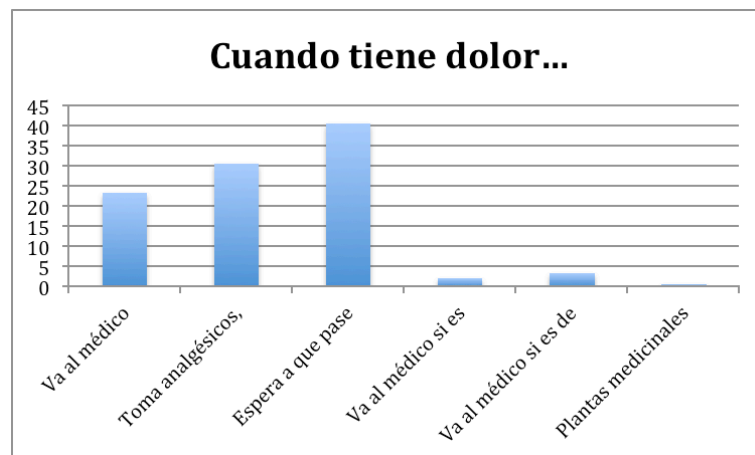


Figura 15 – Reacción del alumnado cuando tiene dolor (%)

1.2.6.2. Cuando tiene dolor de cabeza

En caso de cefalea la mayoría de los estudiantes, un 53%, toma analgésicos, mientras que el 41,8% espera a que pase el dolor. Los porcentajes de éstos que acuden a consulta médica o toman tratamiento sólo si el dolor es muy intenso no superan el 2% en ninguno de los dos casos.

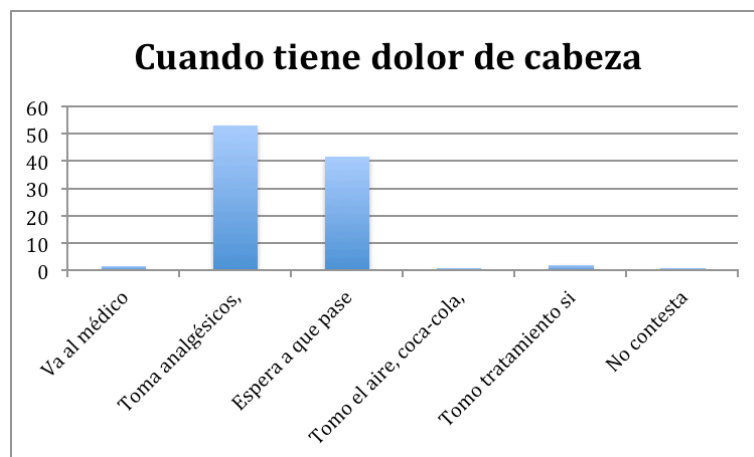


Figura 16 – Reacción del alumnado cuando tiene dolor de cabeza (%)

1.2.6.3. Cuando tiene fiebre

El hecho de tener fiebre hace que un 50,2% del alumnado acuda al médico, un 30,1% tome directamente analgésicos y casi el 15% espere a que ésta pase. Únicamente el 3,2% toma antibióticos para paliar la fiebre.



Figura 17 – Reacción del alumnado cuando tiene fiebre (%)

1.2.6.4. Cuando tiene un proceso gripal

El hecho de tener un proceso gripal hace que un 52,2% del alumnado acuda al médico, un 27,7% consuma analgésicos y el 12,4% espere a que éste pase. Únicamente el 5,2% toma antibióticos.

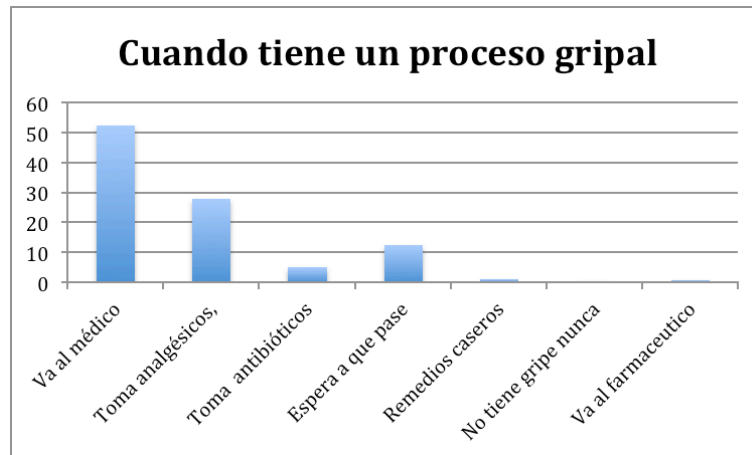


Figura 18 – Reacción del alumnado cuando tiene un proceso gripal (%)

1.2.6.5. Cuando tiene dolores menstruales

La ingesta de analgésicos o antiinflamatorios, con un 52,8%, es la medida más empleada por las alumnas para paliar los dolores menstruales. Únicamente el 5,6% de las encuestadas acude al médico y casi el 31,2% espera a que el dolor pase.

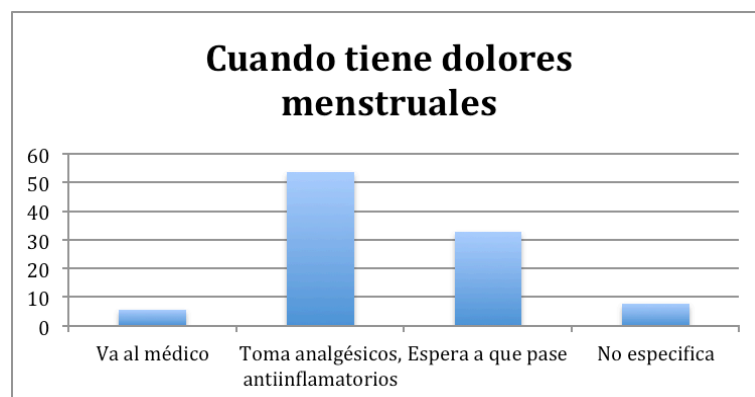


Figura 19 – Reacción del alumnado cuando tiene dolor menstrual (%)

1.2.6.6. Cuando tiene problemas para dormir

La mayoría del alumnado ante problemas para conciliar el sueño esperan a que pase (62,2%). Los que acuden al médico suponen un 10% y lo que toman somníferos alcanzan el 3,6%.



Figura 20 – Reacción del alumnado cuando tiene problemas para dormir (%)

1.3. HÁBITOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

1.3.1. Consumo de medicamentos

1.3.1.1. Frecuencia empleo medicamentos en el último año.

Del alumnado encuestado, un 94% de los mismos afirman que han tomado algún medicamento en el último año.

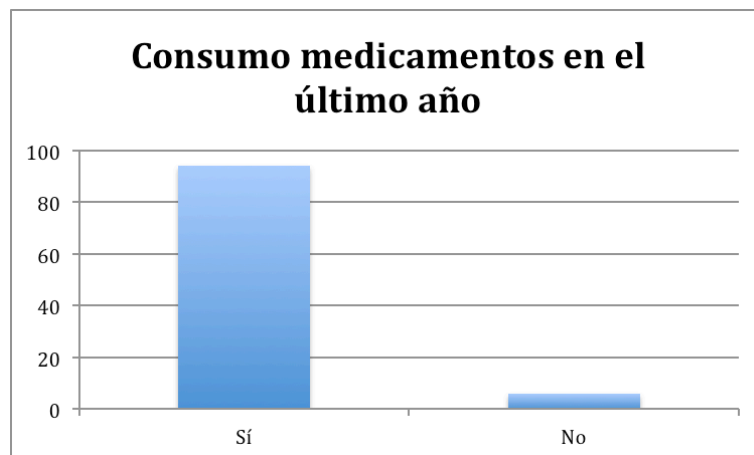


Figura 21 – Porcentaje consumo medicamentos en el último año

1.3.1.2. Frecuencia empleo medicamentos en los últimos tres meses.

Si analizamos la misma pregunta, pero ciñéndonos a los últimos tres meses, el porcentaje baja hasta un 81,9%.

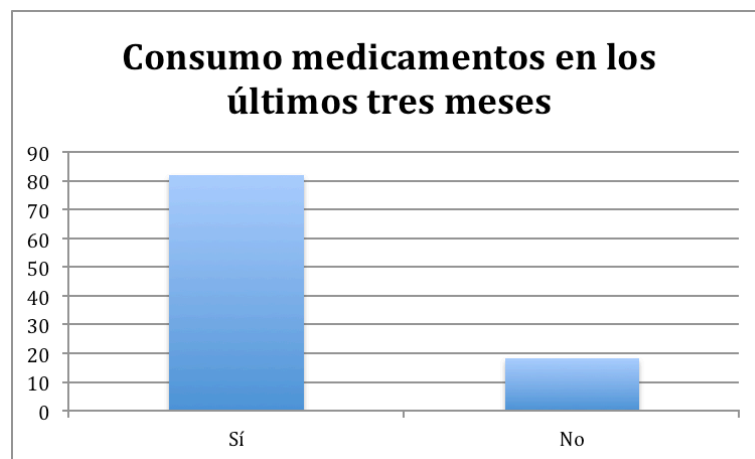


Figura 22 – Porcentaje consumo medicamentos en los últimos tres meses

1.3.1.3. Tipo de medicinas que consume.

Igualmente se le preguntó al alumnado acerca del tipo de medicamentos que consumía. Un 77,1% de los encuestados afirmaban que consumían analgésicos, y un 43,4% antiinflamatorios. Los siguientes grupos farmacológicos más empleados fueron los antibióticos, anticonceptivos y antiácidos, con un 16,9%, 14,9% y 13,7% respectivamente.

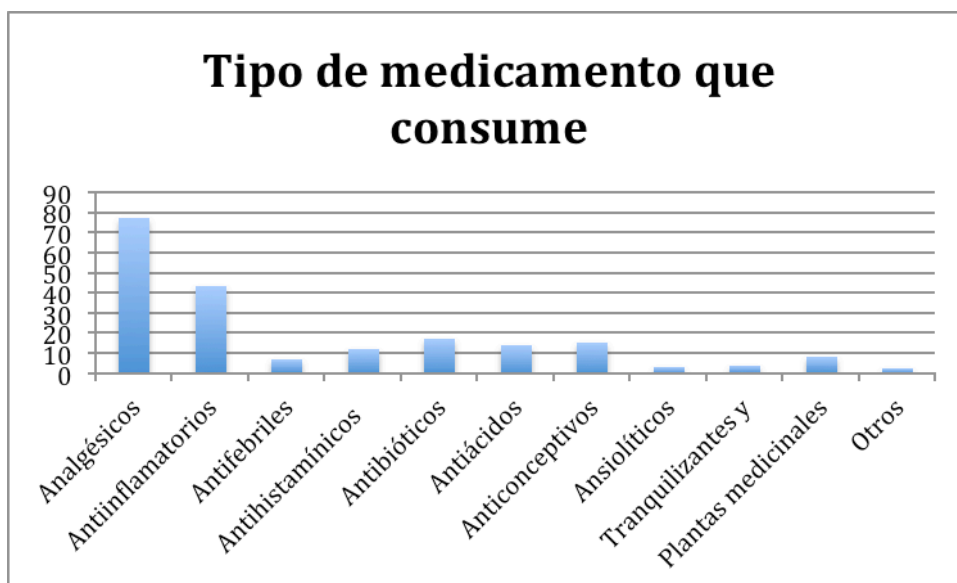


Figura 23 – Porcentaje de alumnos que consume cada medicamento

1.3.1.4. Bebida con la que toma las medicinas.

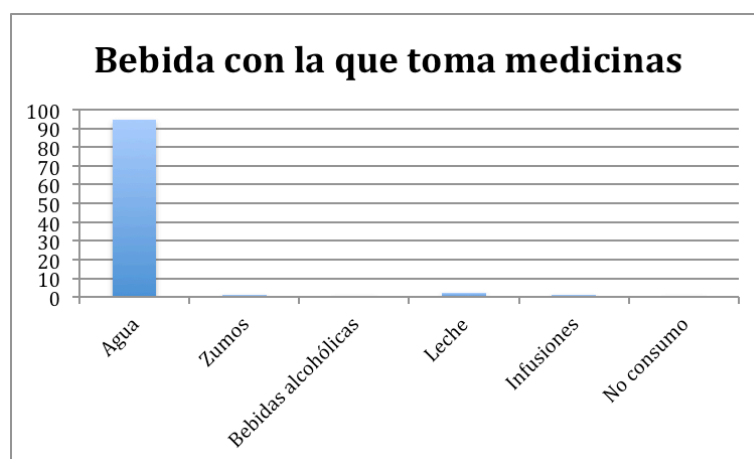


Figura 24 – Bebida con la que toma los medicamentos el alumnado (%)

A la hora de tomar medicamentos, la bebida preferida por la mayoría de los encuestados es el agua (94,8%). Otro tipo de bebidas como zumos, leche, infusiones... apenas obtienen porcentajes significativos.

1.3.2. Automedicación

1.3.2.1. Automedicación en la familia.

En referencia a los niveles de automedicación existentes en los hogares de los encuestados, un 30,5% afirma que su madre se automedica con frecuencia, así como el 23,3% de sus padres.

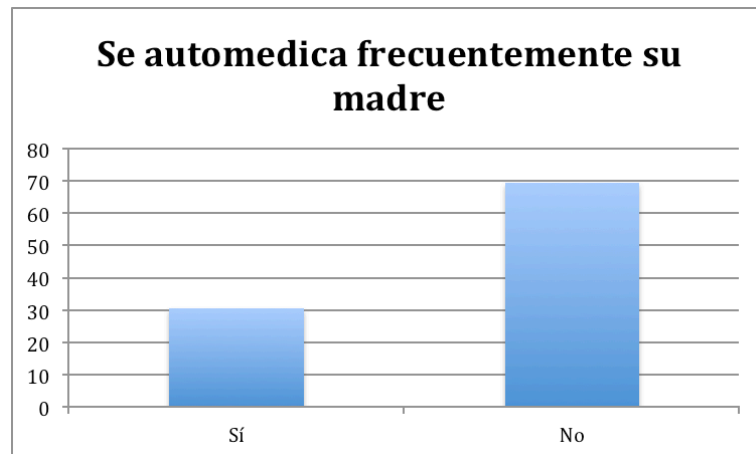


Figura 25 – Automedicación en las madres (%)

Si la pregunta la extrapolamos a los padres, los porcentajes de automedicación bajan hasta el 23,3% en los padres de los encuestados, siendo el 76,7% de éstos los que no se automedican.

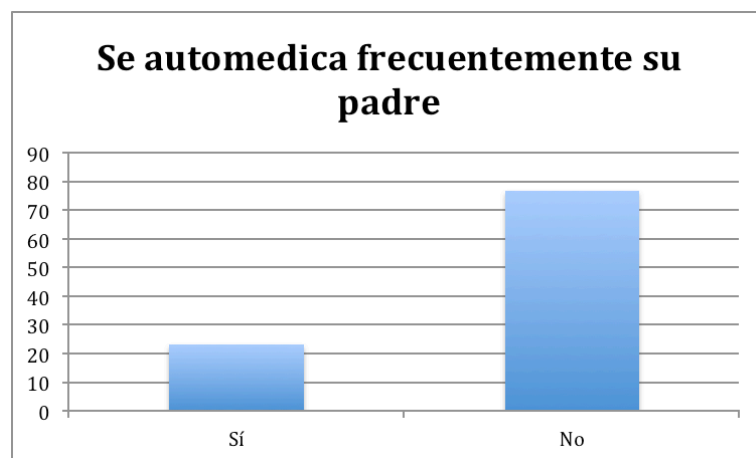


Figura 26– Automedicación en los padres (%)

1.3.2.2. Consumo de medicamentos por cuenta propia.

Cuando los encuestados fueron preguntados sobre si tomaban medicamentos por cuenta propia, el 72,7% de los encuestados reconocen que se automedicaron, mientras no lo habían hecho el 27,3%.

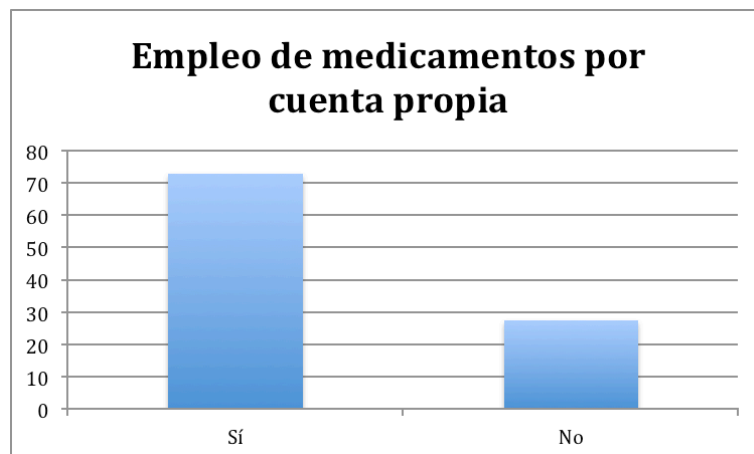


Figura 27 – Porcentaje de consumo de medicamentos por cuenta propia

1.3.2.3. Persona que le recomendó tomar dichos medicamentos.

A la pregunta acerca de quién le recomendó el uso de dichos medicamentos, un 68,3% lo hizo por consejo de su médico, el 15,3% por indicación de un familiar o un amigo, mientras que el 8,8% por recomendación de su farmacéutico. Sólo el 4,8% lo realizó por iniciativa propia.

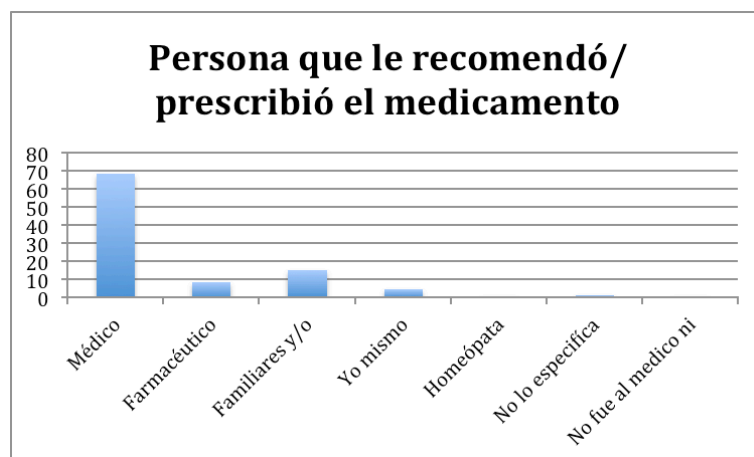


Figura 28 – Persona que le recomendó/prescribió el medicamento (%)

1.3.2.4. Fuente de información para decidir qué medicinas tomar.

La principal fuente de información para decidir qué medicamento tomar ha sido el médico en un 51% de los casos. La segunda opción, “el médico me lo mandó en otra ocasión y me vino bien”, ha sido elegida por un 29,7% de los

encuestados. Las opciones restantes no han llegado a superar el 10% de las respuestas recibidas (Figura 29).

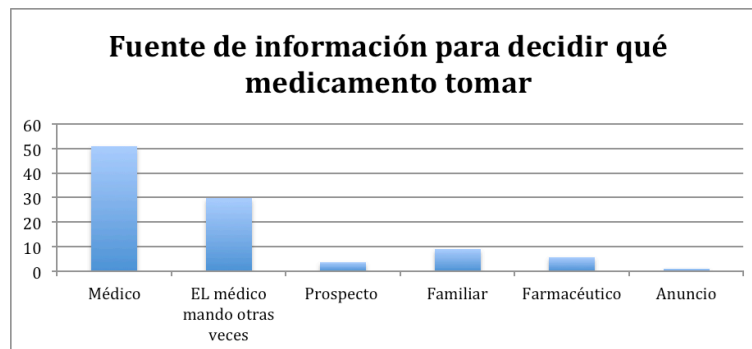


Figura 29 – Fuente de información (%)

1.3.2.5. Lugar de obtención de las medicinas.

Al preguntar al alumnado acerca del lugar donde consiguen normalmente los medicamentos, éstos han respondido que lo hacen fundamentalmente en la farmacia (64,07%) y en el botiquín de casa (24,9%). El resto lo consiguen principalmente a través de amigos o familiares (6,8%).

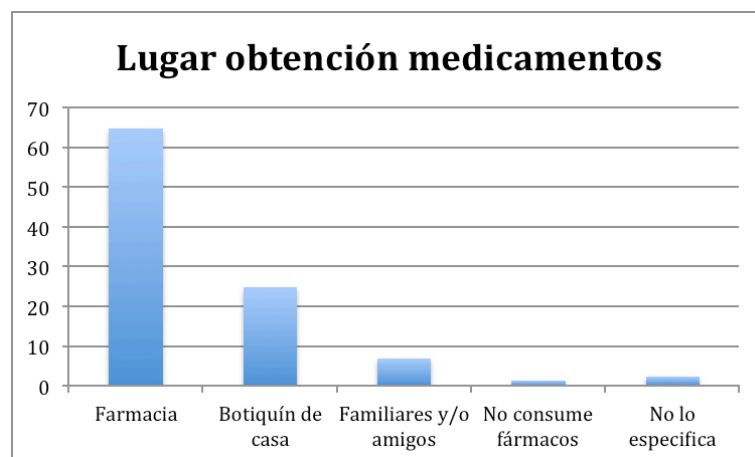


Figura 30 – Lugar donde obtiene los medicamentos (%)

1.3.2.6. Motivos por los que se automedica.

El tener un problema de salud leve es el principal motivo que afirman los encuestados, con un 63,5%, para automedicarse; a continuación con un 56,2%

de respuestas, le sigue la opción de que el médico se lo recetó en alguna ocasión y le funcionó bien. En porcentajes cercanos al 13% se encuentran los que afirman que se automedican bien porque no les gusta ir al médico o bien porque no tiene tiempo para acudir al mismo.

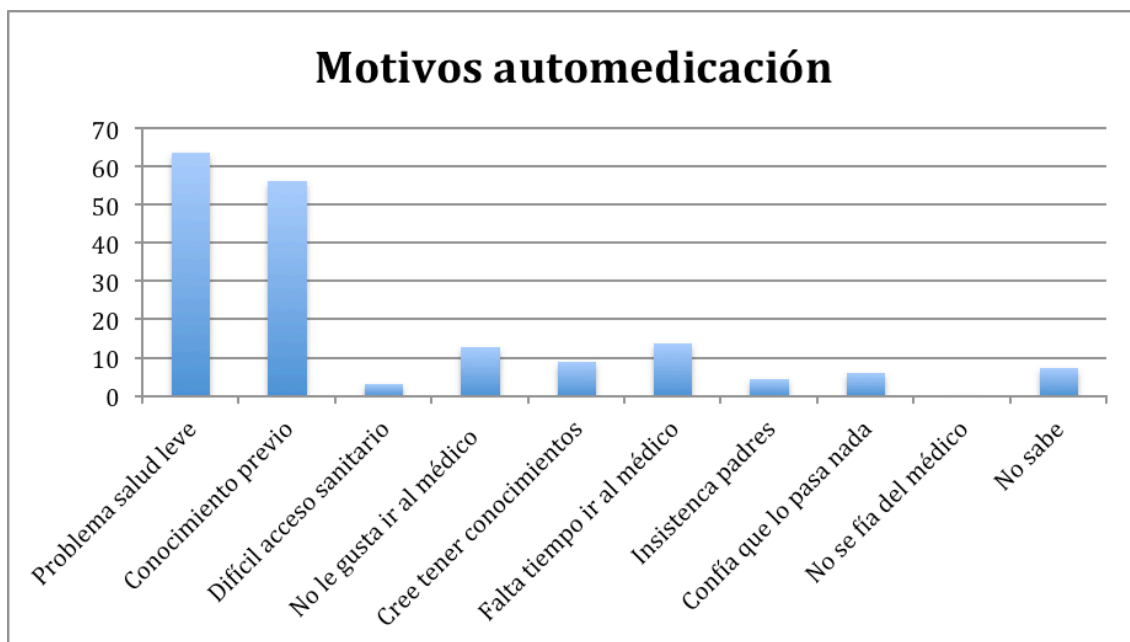


Figura 31 – Motivos por los que se automedican los estudiantes (%)

1.3.3. Actitud alumnado ante la automedicación

1.3.3.1. Cuando tomó medicamentos por propia iniciativa, su eficacia fue...

En relación con la automedicación, se le preguntó al alumnado estudiado la eficacia que habían tenido los medicamentos tomados por propia iniciativa. La mayoría contestaron que ésta fue buena, con un 75,1%, el 18,1% que la eficacia fue muy buena, mientras que un 6,4% afirmó que no tuvieron ninguna eficacia.

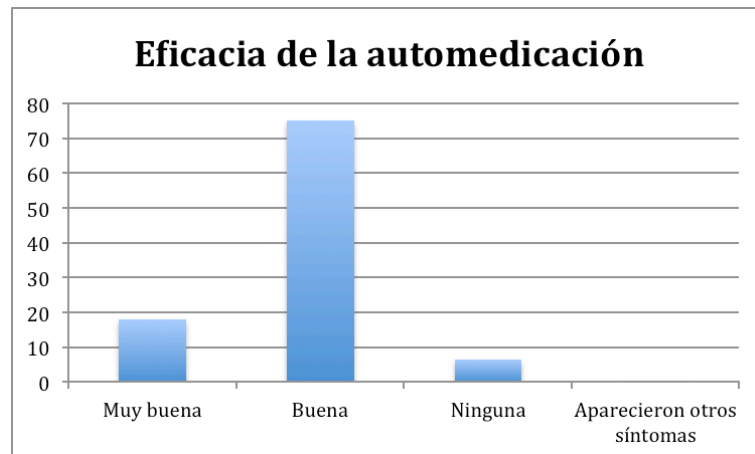


Figura 32 – Porcentaje eficacia automedicación

1.3.3.2. *Considera que consumir medicamentos sin control provoca riesgos para su salud.*

El porcentaje de alumnado que considera que consumir medicamentos sin el debido control médico puede provocar riesgos para su salud es del 91,6%; por el contrario, un 8,4% no considera que sea una práctica de riesgo.

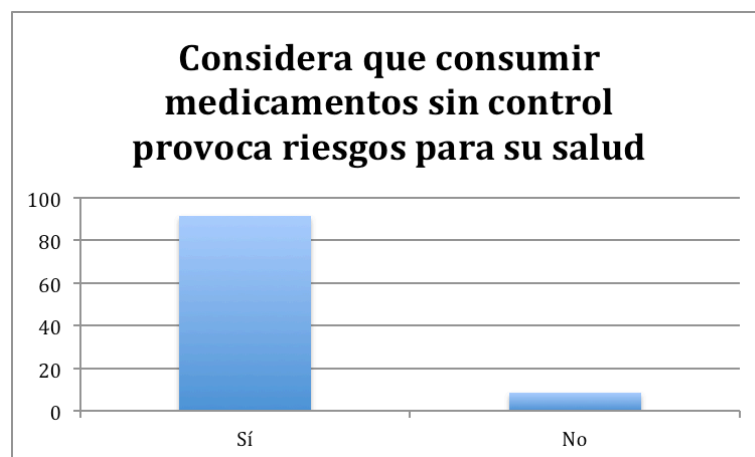


Figura 33 – Porcentaje de alumnado que considera que consumir medicamentos sin control provoca riesgos para su salud

1.3.3.3. *Se informa previamente en caso de automedicación.*

A la pregunta de si el alumnado se informa acerca de los posibles riesgos para la salud antes de automedicarse, un 94% afirma que lo hace previamente, mientras que el 6% no se informa.

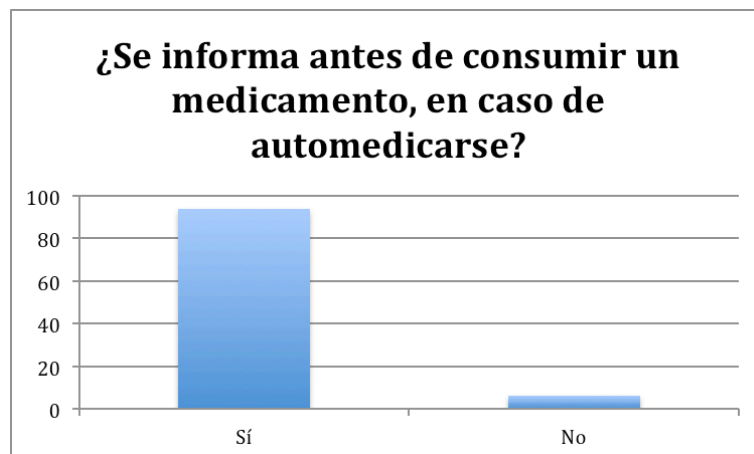


Figura 34 – Porcentaje de alumnado que se informa previamente antes de automedicarse

1.3.3.4. Conoce los riesgos de la automedicación.

Un 84,3% del alumnado encuestado afirma que conoce los riesgos de la automedicación para su salud, mientras que un 15,7% dice desconocerlos.

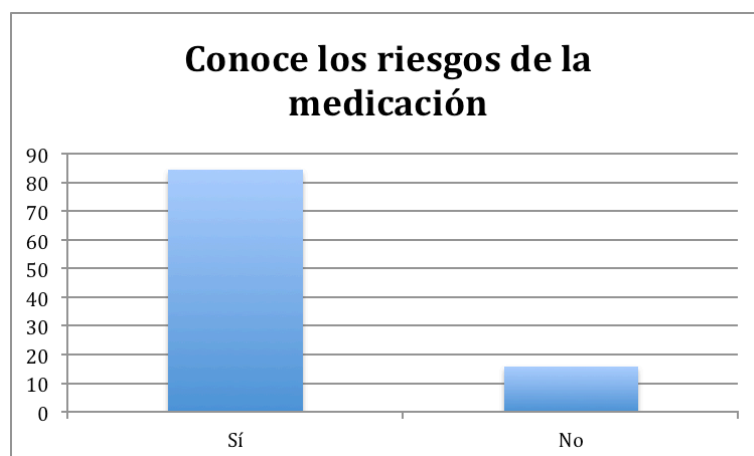


Figura 35 – Porcentaje de alumnado que conoce los riesgos de la automedicación

1.3.3.5. Aconseja la automedicación.

Si aconsejaban o no automedicarse a familiares o amigos, un 1,2% reconocían dicho hábito y lo hacían siempre, un 30,5% a veces, el 40,6% casi nunca, mientras que el 27,7% no tenía esa costumbre y no lo hacía nunca.

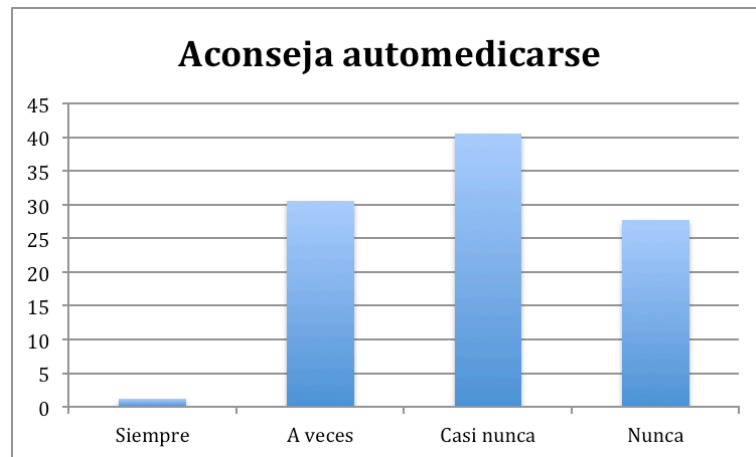


Figura 36 – Porcentaje de alumnado que aconseja automedicarse

1.3.3.6. Préstamo de medicinas.

Acercas de la frecuencia con la que los encuestados prestan medicinas, se obtuvieron los siguientes resultados: un 44,6% afirmó que no las prestaba nunca, un 33,7% no lo hacía casi nunca, mientras que un 22,9% lo hacía a veces.

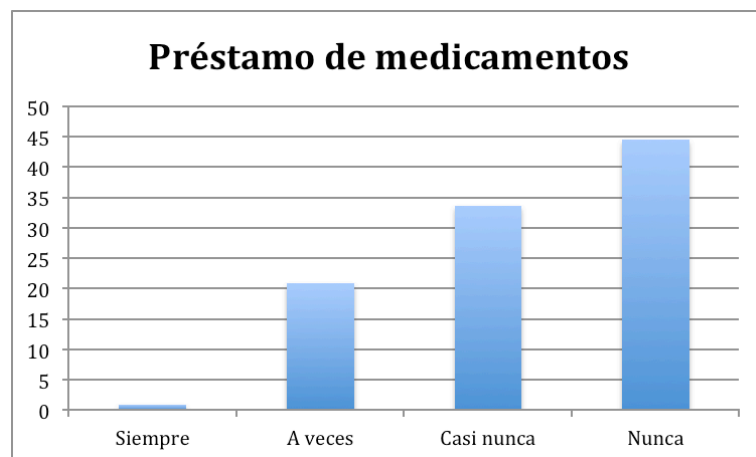


Figura 37 – Porcentaje de alumnado que presta de medicamentos

1.3.4. Efectos secundarios

1.3.4.1. Ha sufrido algún efecto secundario por la toma de fármacos

A la pregunta de si habían sufrido algún efecto secundario con la toma de algún fármaco, el 80,7% afirma que no los ha sufrido nunca. Un 19,3% afirma que los ha sufrido en alguna ocasión.

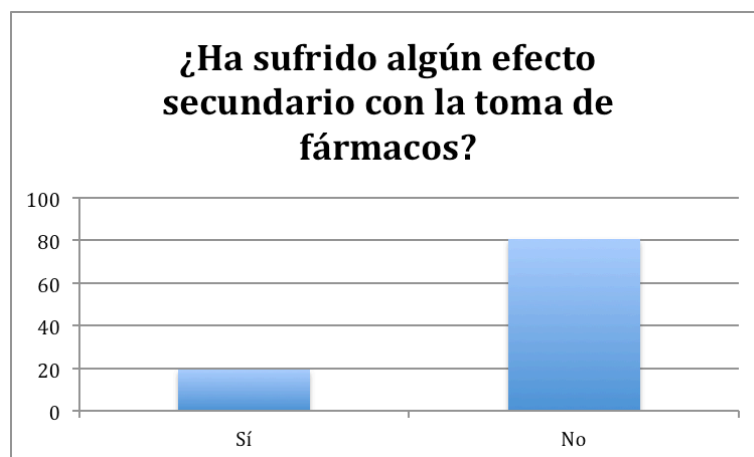


Figura 38 – Porcentaje de alumnado que ha sufrido efectos secundarios con la toma de fármacos

1.3.4.2. Acude a urgencias como consecuencia de un efecto secundario.

A la pregunta de si habían acudido a urgencias como consecuencia de un efecto secundario, el 95,6% afirma que no ha acudido nunca. Un 4,4% afirma que lo ha hecho en alguna ocasión.

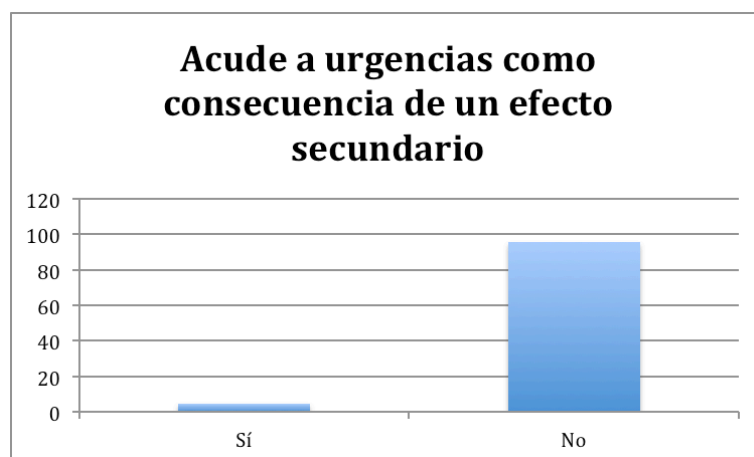


Figura 39 – Porcentaje de alumnado que acude a urgencias como consecuencia de un efecto secundario por automedicarse

1.3.4.3. Acude al médico de cabecera como consecuencia de un efecto secundario.

Un 92% del alumnado encuestado afirma que ha acudido al médico de cabecera como consecuencia de un efecto secundario, mientras que un 8% dice no haberlo hecho.

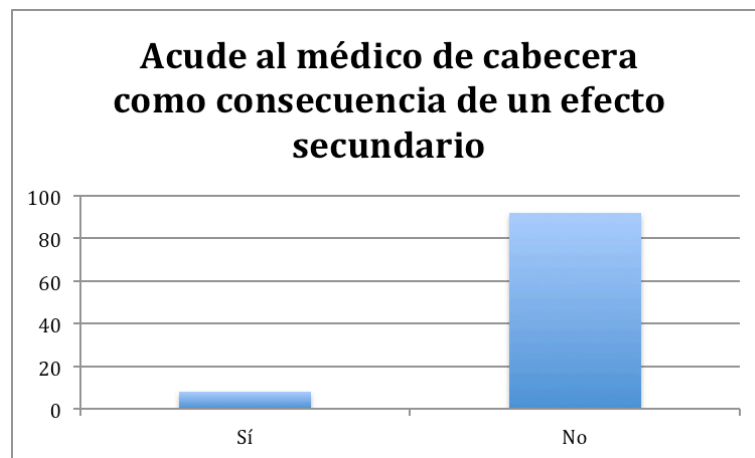


Figura 40 – Porcentaje de alumnado que acude al médico de cabecera como consecuencia de un efecto secundario

1.3.5. Nivel de conocimiento médico del alumnado

1.3.5.1. Concepto de automedicación

Un 57,4% del alumnado encuestado asocia el concepto de automedicación al consumo de medicamentos sin prescripción médica, un 15,3% lo relaciona con la ingesta de medicamentos por decisión del paciente. El 4,8% ha proporcionado respuestas incoherentes o no ha contestado y el mismo porcentaje afirma que automedicarse es tomar medicamentos sin receta.

El resto de respuesta ofrecidas no ofrecen porcentajes relevantes para la investigación.

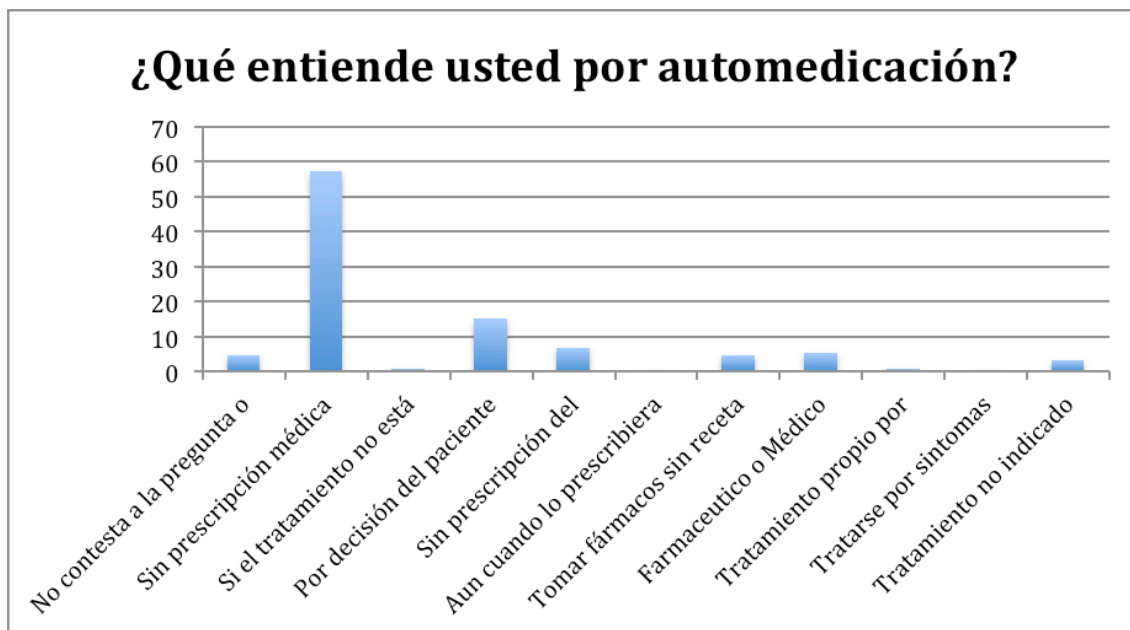


Figura 41 – Principales respuestas del alumnado acerca de lo que entendían por el concepto de automedicación en porcentaje.

1.3.5.2. Concepto de interacción medicamentosa

A la pregunta de qué entendían los estudiantes por interacción medicamentosa, un 29,3% afirma no saber a qué se refiere dicho concepto. Por el contrario, un 18,1% afirma que se produce cuando un fármaco afecta el efecto de otro, un 14,5% lo relaciona con los efectos secundarios y un 8,4% con la mezcla de medicamentos.

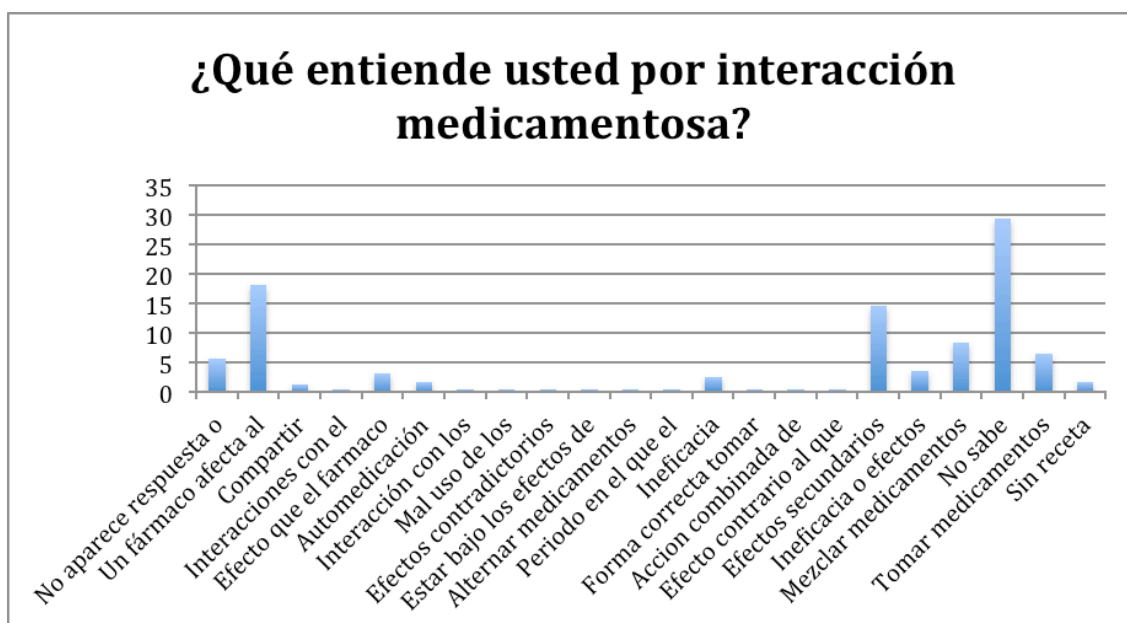


Figura 42 – Principales respuestas del alumnado acerca de lo que entendían por el concepto de interacción medicamentosa en porcentaje.

1.3.5.3. Concepto de efecto adverso

En relación con el concepto de efecto adverso, un 39,8% lo asocia con los efectos nocivos que puede tener un medicamento, el 14,5% con un efecto contrario al deseado al tomarlo, un 4,8% a un efecto no deseado y el mismo porcentaje a un empeoramiento en la enfermedad.

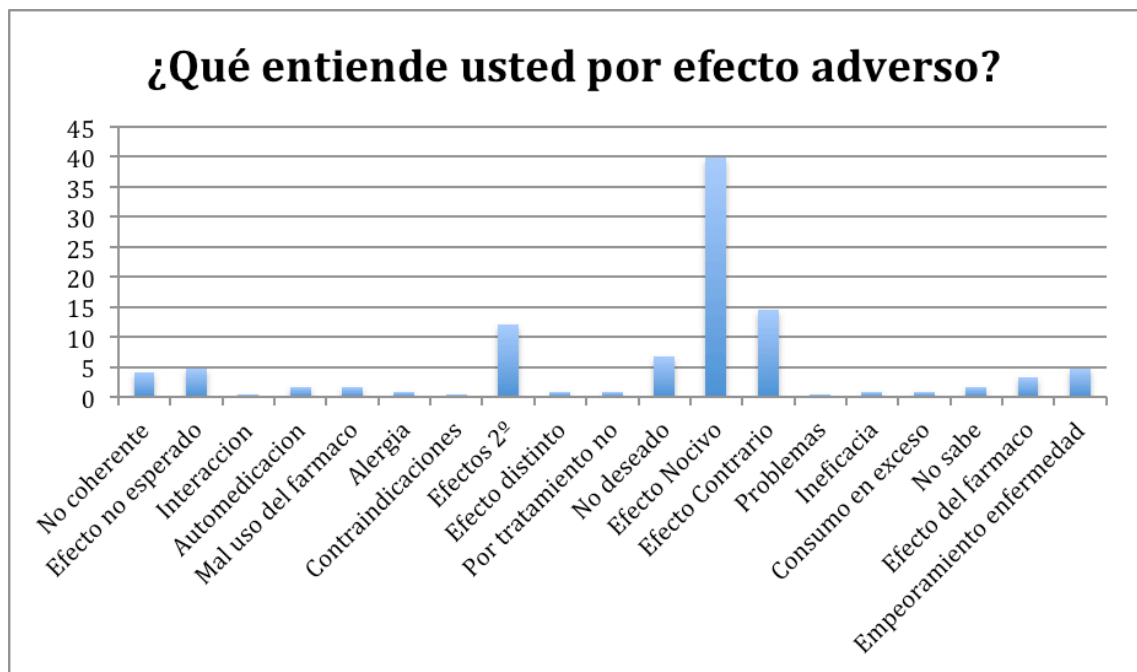


Figura 43 – Principales respuestas del alumnado acerca de lo que entendían por el concepto de efecto adverso en porcentaje.

2. ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

2.1. *Automedicación directa vs automedicación indirecta*

En este apartado hemos analizado los resultados obtenidos en relación con las preguntas directamente relacionadas con la automedicación y aquellas en las de una manera indirecta se cuestionaban aspectos relacionados con la misma.

A la pregunta sobre quién le prescribía los medicamentos, no se observan diferencias significativas en las respuestas dadas por los estudiantes antes y después de la intervención educativa; posteriormente se recodificó dicha variable a una dicotómica (médico – automedicación) obteniéndose resultados muy similares sin diferencias reseñables

Tampoco aparecen diferencias destacables en las respuestas a la pregunta de si habían empleado medicamentos por cuenta propia, antes y después de la acción formativa, en ambos casos los porcentajes de respuestas afirmativas se encuentran entorno al 75%.

En relación con la principal fuente de información de la que habían obtenido datos para tomar uno u otro medicamento, no existen datos obtenidos con diferencias reseñables, si bien podemos observar una tendencia creciente de alumnos que los tomaban por prescripción médica antes y después de la acción educativa, que pasa de un 50,6% a un 54,2%. En la misma línea, se observa como disminuye el porcentaje de estudiantes que los tomaban ya que *en una ocasión se los prescribió el médico y le fue bien*, que pasa del 29,7% antes a un 22,5% posterior. Si analizamos los datos, pero recodificando éstos en una variable dicotómica, los resultados siguen siendo muy similares a los comentados previamente. Partiendo de que no existe una diferencia significativa, si se observa una tendencia a una menor automedicación -del 48,6% se pasa al 43,8%- y a una mayor consulta al médico antes de tomar medicinas –del 50,6% pasamos a tener un 54,2%-.

2.2. Factores de riesgo automedicación

A continuación analizaremos los factores que influyen en unos mayores porcentajes de autoemdicación, destacando aquellos que muestran una significación destacable.

En primer lugar señalaremos como el *nivel de estudios del padre o de la madre* influye en los índices de automedicación, se observan diferencias significativas en función del nivel de estudios de éstos. Por ejemplo, en el caso de los padres, los porcentajes de los que han utilizado algún medicamento por cuenta propia, disminuyen conforme aumenta en nivel de estudios de éstos, tal y como puede observarse en la **Tabla 2**, donde obtuvimos una $p=0.003$ (ver **Tabla 3**) poniendo de manifiesto las diferencias significativas existentes en función de los estudios realizados.

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	
Nivel de estudios del padre	Sin estudios	Recuento	14	3	17
		% de Nivel de estudios del padre	82,4%	17,6%	100,0%
	Estudios primarios	Recuento	76	15	91
		% de Nivel de estudios del padre	83,5%	16,5%	100,0%
	Estudios secundarios o técnicos	Recuento	50	20	70
		% de Nivel de estudios del padre	71,4%	28,6%	100,0%
	Estudios universitarios	Recuento	41	30	71
		% de Nivel de estudios del padre	57,7%	42,3%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de Nivel de estudios del padre	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 2 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de los padres de los encuestados

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,216(a)	3	,003
Razón de verosimilitudes	14,202	3	,003
N de casos válidos	249		

Tabla 3 – Prueba chi-cuadrado

En un análisis posterior se recodificó la variable a una dicotómica (*estudios universitarios vs resto*) obteniéndose también unas diferencias significativas ($p=0.001$) entre aquellos padres de estudiantes con estudios universitarios y aquellos que no los tenían, el porcentaje de padres que afirman haber empleado uno o más medicamentos por cuenta propia, pasa del 57,7% en aquellos que poseen estudios universitarios al 78,7% en los que no los tienen (ver Tabla 4)

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	
Estudios Padre Dicotómico	Universitario	Recuento	41	30	71
		% de Estudios Padre Dicotómico	57,7%	42,3%	100,0%
	No Universitario	Recuento	140	38	178
		% de Estudios Padre Dicotómico	78,7%	21,3%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de Estudios Padre Dicotómico	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 4 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de los padres de los encuestados (universitarios vs no universitarios)

	Valor	gl.	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,174(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	10,145	1	,001		
Razón de verosimilitudes	10,668	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
N de casos válidos	249				

Tabla 5 – Prueba chi-cuadrado

Por último recodificamos la variable inicial a otra dicotómica, pero en esta ocasión para comprobar si existían diferencias significativas, entre aquellos padres que tenían algún tipo de estudio universitario o secundario y los que los tenían primarios o no tenían. En este caso los resultados siguen mostrando diferencias significativas ($P=0.001$), los porcentajes pasan del 64,5% que afirman automedicarse entre los que poseen estudios universitarios o secundarios al 83,3% que lo hacen del resto (ver Tabla 6 y Tabla 7).

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	
Estudios Padre Dicotómico2	Estudios Universitarios o Secundarios	Recuento	91	50	141
		% de Estudios Padre Dicotómico2	64,5%	35,5%	100,0%
	Estudios Primarios o Sin Estudios	Recuento	90	18	108
		% de Estudios Padre Dicotómico2	83,3%	16,7%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de Estudios Padre Dicotómico2	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 6 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de los padres de los encuestados (universitarios-secundarios vs primarios-no universitarios)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,882(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	9,956	1	,002		
Razón de verosimilitudes	11,290	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
N de casos válidos	249				

Tabla 7 – Prueba chi-cuadrado

Si nos centramos en el análisis del nivel de estudios de las madres de los alumnos encuestados, los datos mantienen la línea de lo obtenido con los padres. Existe una tendencia a que los niveles de auto medicación vayan disminuyendo conforme aumenta el nivel de estudios de las madres, desde un 83,3% de las que no poseen estudios, hasta el 60,4% de las que tienen estudios universitarios, tal y como podemos observar en la Tabla 1. Sin embargo, no podemos afirmar que la relación entre nivel de estudios y empleo de medicamentos por cuenta propia sea significativa, pues al realizar la prueba de la Chi-cuadrado (Tabla 9), obtenemos una $p=0,059 > 0,05$.

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	
Nivel de estudios de la madre	Sin estudios	Recuento	10	2	12
		% de Nivel de estudios de la madre	83,3%	16,7%	100,0%
	Estudios primarios	Recuento	79	20	99
		% de Nivel de estudios de la madre	79,8%	20,2%	100,0%
	Estudios secundarios o técnicos	Recuento	60	25	85
		% de Nivel de estudios de la madre	70,6%	29,4%	100,0%
	Estudios universitarios	Recuento	32	21	53
		% de Nivel de estudios de la madre	60,4%	39,6%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de Nivel de estudios de la madre	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 8 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de los madres de los encuestados

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,441 (a)	3	,059
Razón de verosimilitudes	7,378	3	,061
N de casos válidos	249		

Tabla 9 – Prueba chi-cuadrado

Posteriormente, se recodificó la variable a una dicotómica (*estudios universitarios vs resto*) obteniéndose en este caso diferencias significativas ($p=0.023$) entre aquellas madres de estudiantes con estudios universitarios y las que no los tenían, el porcentaje de maders que afirman haber utilizado uno o más medicamentos por cuenta propia, pasa del 60,4% en aquellos que poseen estudios universitarios al 76% en los que no los tienen (ver Tabla 10)

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	
Estudios Madre Dicotómico	Universitario	Recuento	32	21	53
		% de Estudios Madre Dicotómico	60,4%	39,6%	100,0%
	No Universitario	Recuento	149	47	196
		% de Estudios Madre Dicotómico	76,0%	24,0%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de Estudios Madre Dicotómico	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 10 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de las madres de los encuestados (universitarios vs no universitarios)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,143(b)	1	,023		
Corrección por continuidad(a)	4,385	1	,036		
Razón de verosimilitudes	4,878	1	,027		
Estadístico exacto de Fisher				,036	,020
N de casos válidos	249				

Tabla 11 – Prueba chi-cuadrado

En último lugar, volvimos a recodificar la variable inicial a una dicotómica, pero en esta ocasión para verificar si existían diferencias significativas, entre aquellas madres que tenían algún tipo de estudio universitario o secundario y las que los tenían primarios o no tenían. En este caso los resultados siguen mostrando diferencias significativas ($P=0.017$), los porcentajes pasan del 66,7% que afirman automedicarse entre los que poseen estudios universitarios o secundarios al 80,2% que lo hacen del resto, tal y como podemos comprobar en la Tabla 12 y la Tabla 13.

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	
Estudios Madre Dicotómico 2	Estudios Universitarios o Secundarios	Recuento	92	46	138
		% de Estudios Madre Dicotómico 2	66,7%	33,3%	100,0%
	Estudios Primarios o Sin Estudios	Recuento	89	22	111
		% de Estudios Madre Dicotómico 2	80,2%	19,8%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de Estudios Madre Dicotómico 2	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 12 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte de las madres de los encuestados (universitarios-secundarios vs primarios-no universitarios)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,659(b)	1	,017		
Corrección por continuidad(a)	4,999	1	,025		
Razón de verosimilitudes	5,772	1	,016		
Estadístico exacto de Fisher				,022	,012
N de casos válidos	249				

Tabla 13 – Prueba chi-cuadrado

Otra variable de riesgo que hemos analizado es si los padres y madres de los estudiantes se automedicaban, se ha observado que existe una relación estadísticamente significativa entre aquellos cuyos padres o madres se automedican y aquellos alumnos que también toman medicamentos por cuenta propia.

El porcentaje de alumnos que se automedican disminuye del 82,8%, para aquellos cuyos padres también se automedican, al 69,6% de aquellos cuyos padres no se automedican (ver Tabla 14). Al realizar la prueba de la chi-cuadrado, observamos que la relación es estadísticamente significativa, $p=0,049$, tal y como se observa en la Tabla 15.

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		
			Sí	No	Total
¿Se automedica frecuentemente su PADRE?	Sí	Recuento	48	10	58
		% de ¿Se automedica frecuentemente su PADRE?	82,8%	17,2%	100,0%
	No	Recuento	133	58	191
		% de ¿Se automedica frecuentemente su PADRE?	69,6%	30,4%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de ¿Se automedica frecuentemente su PADRE?	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 14 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte del alumnado en función de si se automedica frecuentemente su padre.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,861(b)	1	,049		
Corrección por continuidad(a)	3,228	1	,072		
Razón de verosimilitudes	4,134	1	,042		
Estadístico exacto de Fisher				,063	,033
N de casos válidos	249				

Tabla 15 – Prueba chi-cuadrado

Si realizamos el mismo estudio pero poniendo el foco en las madres de los estudiantes, los datos vuelven a ser estadísticamente significativos, existiendo por tanto relación entre los niveles de automedicación en los alumnos y los de sus madres. En esta ocasión al realizar la prueba de la chi-cuadrado, obtenemos una $p=0,001$ (ver Tabla 16 y Tabla 17).

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	
¿Se automedica frecuentemente su MADRE?	Sí	Recuento	64	12	76
		% de ¿Se automedica frecuentemente su MADRE?	84,2%	15,8%	100,0%
	No	Recuento	117	56	173
		% de ¿Se automedica frecuentemente su MADRE?	67,6%	32,4%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de ¿Se automedica frecuentemente su MADRE?	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 16 – Porcentajes de empleo de uno o más medicamentos por parte del alumnado en función de si se automedica frecuentemente su madre.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,312(b)	1	,007		
Corrección por continuidad(a)	6,501	1	,011		
Razón de verosimilitudes	7,835	1	,005		
Estadístico exacto de Fisher				,008	,004
N de casos válidos	249				

Tabla 17 – Prueba chi-cuadrado

Otro factor que hemos detectado que está asociado al consumo de medicamentos por cuenta propia es el aconsejar o no tomar medicamentos a personas del ámbito cercano al estudiante. Aquellos estudiantes que no se automedican, tienen una menor tendencia a aconsejar tomar medicamentos por cuenta propia. De hecho, podemos observar como el 100% de los alumnos que se automedican afirman aconsejar Siempre hacerlo, ese porcentaje va disminuyendo progresivamente, hasta el 58% de los alumnos que se automedican que manifiestan que Nunca han aconsejado la automedicación, como podemos extraer de los datos obtenidos en la Tabla 18. Además, la relación entre estas dos variables es estadísticamente significativa ($p=0,002$).

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	
¿Aconseja a cercanos usar medicamentos? Basal	Siempre	Recuento % de ¿Aconseja a cercanos usar medicamentos? Basal	3 100,0%	0 ,0%	3 100,0%
	A veces	Recuento % de ¿Aconseja a cercanos usar medicamentos? Basal	65 85,5%	11 14,5%	76 100,0%
	Casi nunca	Recuento % de ¿Aconseja a cercanos usar medicamentos? Basal	73 72,3%	28 27,7%	101 100,0%
	Nunca	Recuento % de ¿Aconseja a cercanos usar medicamentos? Basal	40 58,0%	29 42,0%	69 100,0%
Total		Recuento % de ¿Aconseja a cercanos usar medicamentos? Basal	181 72,7%	68 27,3%	249 100,0%

Tabla 18 – Relación entre automedicación y aconsejar o no automedicarse a conocidos.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,974(a)	3	,002
Razón de verosimilitudes N de casos válidos	15,998 249	3	,001

Tabla 19 – Prueba chi-cuadrado

Del mismo modo, hemos analizado si existía o no relación estadísticamente significativa entre los estudiantes que se automedicaban y la costumbre de prestar medicinas. Los datos obtenidos ponen de manifiesto que si existe dicha relación, tal y como podemos observar al realizar la prueba de la chi-cuadrado (Tabla 21), Del alumnado que se automedica, el 100% manifiesta prestar medicinas Siempre, el 82,7% lo hace A veces, el 78,6% Casi nunca, y un 63,1% dice no hacerlo Nunca, en la línea de lo comentado previamente.

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	
¿Presta medicamentos? Basal	Siempre	Recuento	2	0	2
		% de ¿Presta medicamentos? Basal	100,0%	,0%	100,0%
	A veces	Recuento	43	9	52
		% de ¿Presta medicamentos? Basal	82,7%	17,3%	100,0%
	Casi nunca	Recuento	66	18	84
		% de ¿Presta medicamentos? Basal	78,6%	21,4%	100,0%
	Nunca	Recuento	70	41	111
		% de ¿Presta medicamentos? Basal	63,1%	36,9%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de ¿Presta medicamentos? Basal	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 20 – Relación entre automedicación y prestar o medicamentos.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,018(a)	3	,018
Razón de verosimilitudes	10,564	3	,014
N de casos válidos	249		

Tabla 21 – Prueba chi-cuadrado

Si la variable la recodificamos a una dicotómica *–presta vs no presta–* los resultados que se obtienen siguen manifestando una relación estadísticamente significativa ($p=0,002$) y una disminución de la tasa de préstamos de medicamentos en aquellos que no se automedican.

Un aspecto que también resultó de interés en el análisis de los datos obtenidos, fue la creencia que tenían el alumnado acerca de la eficacia de la automedicación. La relación entre alumnos que se automedican y una mayor creencia en la eficacia de dichos hábitos ha resultado estadísticamente significativa ($p=0,018$), y los porcentajes de aquellos que consideran que la eficacia de esta práctica es Muy Buena, oscilan desde el 73,3% de aquellos que se automedican hasta el 26,7% de los que no lo hacen, esto datos se van invirtiendo conforme la creencia de la poca eficacia de estos hábitos aumenta, ver Tabla 22.

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	Sí
Considera que la eficacia de la medicación (empleada por su propia iniciativa) fue:	Muy buena	Recuento	33	12	45
		% de Considera que la eficacia de la medicación (empleada por su propia iniciativa) fue:	73,3%	26,7%	100,0%
	Buena	Recuento	141	46	187
		% de Considera que la eficacia de la medicación (empleada por su propia iniciativa) fue:	75,4%	24,6%	100,0%
	Ninguna	Recuento	7	9	16
		% de Considera que la eficacia de la medicación (empleada por su propia iniciativa) fue:	43,8%	56,3%	100,0%
	Aparecieron otros síntomas	Recuento	0	1	1
		% de Considera que la eficacia de la medicación (empleada por su propia iniciativa) fue:	,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de Considera que la eficacia de la medicación (empleada por su propia iniciativa) fue:	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 22 – Relación entre automedicación y eficacia de ésta.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,114(a)	3	,018
Razón de verosimilitudes	9,211	3	,027
N de casos válidos	249		

Tabla 23 – Prueba chi-cuadrado

De manera similar a lo ocurrido en otros casos, si recodificamos la variable a una dicotómica *–buena eficacia vs mala eficacia–* los datos se mantienen similares. Del alumnado que afirma que este hábito posee buena eficacia, un 75% se encuentra entre el alumnado que se automedica, mientras que el 25% manifiesta no automedicarse. Además, la relación existente sigue siendo estadísticamente significativa, ya que al realizar la prueba chi-cuadrado obtenemos una $p=0,003$.

Una de las variables en la que apareció una **diferencia casi significativa** fue en el género, observamos una mayor automedicación en la población femenina, pero sin llegar a ser estadísticamente significativa ($p=0,09$).

En la Tabla 24 podemos observar como el porcentaje de alumnas que manifiestan automedicarse es del 76%, frente al 65,9% de alumnos que lo afirman.

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	Sí
Sexo	Mujer	Recuento	127	40	167
		% de Sexo	76,0%	24,0%	100,0%
	Hombre	Recuento	54	28	82
		% de Sexo	65,9%	34,1%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de Sexo	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 24 – Relación entre género y automedicación.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,879(b)	1	,090		
Corrección por continuidad(a)	2,388	1	,122		
Razón de verosimilitudes	2,818	1	,093		
Estadístico exacto de Fisher				,098	,062
N de casos válidos	249				

Tabla 25 – Prueba chi-cuadrado

La creencia de si automedicarse tenía algún riesgo para la salud o no, ha sido otras de las variables que han mostrado unas diferencias mayores, sin llegar igualmente a ser significativas. Al realizar la prueba de la chi-cuadrado hemos obtenido una $p=0,056$, y entre los alumnos que afirman que

automedicarse posee riesgo para su salud, el 71,1% afirman automedicarse, frente al 28,9% que dice no tener dicho hábito. De los que sostienen que no existe riesgo en las prácticas de automedicación, un 90,5% dice automedicarse y un 9,5% afirma no hacerlo (véanse Tabla 26 y Tabla 27).

			¿Ha empleado uno o más medicamentos por cuenta propia? Basal		Total
			Sí	No	Sí
¿Cree usted que consumir medicamentos sin control médico tiene algún riesgo para su salud?	Sí	Recuento	162	66	228
		% de ¿Cree usted que consumir medicamentos sin control médico tiene algún riesgo para su salud?	71,1%	28,9%	100,0%
	No	Recuento	19	2	21
		% de ¿Cree usted que consumir medicamentos sin control médico tiene algún riesgo para su salud?	90,5%	9,5%	100,0%
Total		Recuento	181	68	249
		% de ¿Cree usted que consumir medicamentos sin control médico tiene algún riesgo para su salud?	72,7%	27,3%	100,0%

Tabla 26 – Relación entre creencias del riesgo de automedicarse y automedicación.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,654(b)	1	,056		
Corrección por continuidad(a)	2,742	1	,098		
Razón de verosimilitudes	4,408	1	,036		
Estadístico exacto de Fisher				,072	,041
N de casos válidos	249				

Tabla 27 – Prueba chi-cuadrado

También se analizaron otros factores como la edad, los hábitos en el consumo de alcohol y tabaco, si realizaban ejercicio físico o no, estado de salud en el que se encontraban, los ingresos de la unidad familiar, si conocían los riesgos que podría tener automedicarse y el haber sufrido o no efectos secundarios al automedicarse. En ninguna de estas variables analizadas se ha observado relación alguna con la automedicación, en los Anexos al presente trabajo podemos consultar todos los datos obtenidos.

2.3. Eficacia de la acción formativa desarrollada

En este apartado analizaremos los cambios provocados en diferentes conductas y hábitos que tenían los estudiantes y observaremos si éstos han evolucionado de manera significativa tras la puesta en práctica de la acción formativa desarrollada.

Una de los aspectos en los que hemos encontrado diferencias significativas ha sido la costumbre de recomendar el empleo de medicamentos a personas cercanas al estudiante. Para analizar esta variable recodificamos la misma en una dicotómica para interpretar de una manera más fiable los resultados obtenidos. Éstos nos muestran cómo el porcentaje de alumnos que tenía costumbre pasa del 79,4% antes de la

acción formativa, a un 65,5% tras la misma (Tabla 28), siendo dicha diferencia estadísticamente significativa al realizar la prueba de la chi-cuadrado, obteniéndose una $p=0,033$

			Aconseja Final Dicotómica		Total
			Si	No	
Aconseja Dicotómico	Si	Recuento	143	37	180
		% de Aconseja Dicotómico	79,4%	20,6%	100,0%
	No	Recuento	20	49	69
		% de Aconseja Dicotómico	29,0%	71,0%	100,0%
Total		Recuento	163	86	249
		% de Aconseja Dicotómico	65,5%	34,5%	100,0%

Tabla 28 – Tabla de contingencia aconseja empleo de medicamentos a cercanos (dicotómico).

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,033(a)
N de casos válidos	249	

Tabla 29 – Prueba chi-cuadrado

Del mismo modo, al analizar si el préstamo de medicamentos había disminuido tras la formación desarrollada hemos recodificado la variable a una dicotómica *-presta vs no presta-* pudiendo observar cómo el porcentaje de estudiantes que lo hacían pasa del 55,4% al 47% posterior. Esta disminución

es estadísticamente significativa como podemos observar en la Tabla 31 al obtener una $p=0,022$.

3.			Presta Final Dicotómico		Total
			Si	No	
Presta Dicotómico	Si	Recuento	89	49	138
		% de Presta Dicotómico	64,5%	35,5%	100,0%
	No	Recuento	28	83	111
		% de Presta Dicotómico	25,2%	74,8%	100,0%
Total		Recuento	117	132	249
		% de Presta Dicotómico	47,0%	53,0%	100,0%

Tabla 30 – Tabla de contingencia presta medicamentos a cercanos (dicotómico).

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,022(a)
N de casos válidos	249	

Tabla 31 – Prueba chi-cuadrado

Igualmente se analizaron otras variables como el hábito tabáquico, el consumo de alcohol, la práctica de ejercicio físico, el estado de salud, la visita al médico y los motivos que les hicieron acudir a consulta médica. Los resultados obtenidos no mostraron unas diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención educativa desarrollada.

2.4. Consumo de fármacos

En cuanto al consumo de fármacos, analizamos todos los principales grupos farmacológicos y sólo han aparecido diferencias significativas en el consumo de anticonceptivos, el porcentaje de utilización pasa del 29,7% al 6,8% tras la actividad educativa desarrollada. La prueba de la chi-cuadrado nos confirma con una $p=0,001$ la significatividad de la diferencia observada.

			Anticonceptivos		Total
			No	Sí	
Anticonceptivos	No	Recuento	206	6	212
		% de Anticonceptivos	97,2%	2,8%	100,0%
	Sí	Recuento	26	11	37
		% de Anticonceptivos	70,3%	29,7%	100,0%
Total	Recuento	232	17	249	
	% de Anticonceptivos	93,2%	6,8%	100,0%	

Tabla 32 – Tabla de contingencia empleo de anticonceptivos.

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,001 (a)
N de casos válidos	249	

Tabla 33 – Prueba chi-cuadrado

En el consumo de antibióticos se produce un descenso destacable, pero sin llegar ser estadísticamente significativo, el porcentaje disminuye del 16,9% al 11,2% en los últimos datos obtenidos. Sin embargo, en la Tabla 35 podemos

observar que la prueba de la chi-cuadrado nos ofrece una $p=0,054$, lo que hace que dicha diferencia no sea estadísticamente significativa.

Antibióticos	No	Recuento	191	16	207
		% de Antibióticos	92,3%	7,7%	100,0%
	Sí	Recuento	30	12	42
		% de Antibióticos	71,4%	28,6%	100,0%
Total		Recuento	221	28	249
		% de Antibióticos	88,8%	11,2%	100,0%

Tabla 34 – Tabla de contingencia empleo de antibióticos.

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,054(a)
N de casos válidos	249	

Tabla 35 – Prueba chi-cuadrado

En el análisis del resto de grupos farmacológicos no se han observado diferencias significativas ni destacables entre los dos momentos de obtención de datos.

2.5. Reconocimiento de fármacos

El reconocimiento de distintos grupos de fármacos ha sido uno de los aspectos que se analizaron antes y después de la acción formativa desarrollada. Para poder llevar a cabo un estudio más eficiente, se recodificó la variable a una dicotómica – *reconoce grupo de fármacos vs no reconoce grupo de fármacos* –, en este caso podemos afirmar que existen diferencias significativas al pasar de un porcentaje del 45,4% de estudiantes que si reconocían grupos farmacológicos al 59,4% tras la intervención educativa. Además, en el análisis de la chi-cuadrado obtenemos una $p=0,002$,

confirmando las diferencias estadísticamente significativas antes y después (véanse Tabla 37 y Tabla 38).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	113	45,4	45,4	45,4
	Antiinflamatorios no esteroídicos	87	34,9	34,9	80,3
	Antihistamínicos	4	1,6	1,6	81,9
	Analgésicos	18	7,2	7,2	89,2
	Ansiolíticos	7	2,8	2,8	92,0
	Estómago	9	3,6	3,6	95,6
	Antibióticos	11	4,4	4,4	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

Tabla 36 – Tabla porcentaje reconocimiento grupos farmacológicos antes de la intervención educativa.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	145	58,2	59,4	59,4
	Antiinflamatorios no esteroídicos	72	28,9	29,5	88,9
	Antihistamínicos	4	1,6	1,6	90,6
	Analgésicos	4	1,6	1,6	92,2
	Ansiolíticos	8	3,2	3,3	95,5
	Estómago	7	2,8	2,9	98,4
	Antibióticos	4	1,6	1,6	100,0
	Total	244	98,0	100,0	
Perdidos	Sistemas	5	2,0		
Total		249	100,0		

Tabla 37 – Tabla porcentaje reconocimiento grupos farmacológicos después de la intervención educativa.

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,002(a)
N de casos válidos	246	

Tabla 38 – Prueba chi-cuadrado

2.6. Cambios más relevantes producidos

2.6.1. Cambios en los motivos de automedicación

En cuanto a los cambios más relevantes producidos por la acción formativa en los motivos de automedicación de los estudiantes, podemos destacar que el porcentaje de los que se automedicaban debido a que no les gustaba ir a consulta médica, ha disminuido del 12,9% antes de la intervención educativa, hasta el 8% tras la misma. La prueba de la chi-cuadrado nos confirma con una $p=0,043$ la significatividad de la diferencia observada.

			No le gusta ir al médico		Total
			No	Sí	
No le gusta ir al médico	No	Recuento	208	9	217
		% de No le gusta ir al médico	95,9%	4,1%	100,0%
	Sí	Recuento	21	11	32
		% de No le gusta ir al médico	65,6%	34,4%	100,0%
Total		Recuento	229	20	249
		% de No le gusta ir al médico	92,0%	8,0%	100,0%

Tabla 39 – Tabla de contingencia cambios en los motivos de automedicación.

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,043(a)
N de casos válidos	249	

Tabla 40 – Prueba chi-cuadrado

Se ha observado igualmente que aumenta el número de estudiantes que No saben o No conestan, que aumenta desde el 7,2% inicial hasta el 14,5% tras la intervención educativa. Siendo esta aumento significativo, pues se obtiene una $p=0.001$.

			No sabe / no contesta		Total
			No	Sí	
No sabe / no contesta	No	Recuento	207	24	231
		% de No sabe / no contesta	89,6%	10,4%	100,0%
	Sí	Recuento	6	12	18
		% de No sabe / no contesta	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	213	36	249
		% de No sabe / no contesta	85,5%	14,5%	100,0%

Tabla 41 – Tabla de contingencia no saben o no conestan los motivos.

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,001 (a)
N de casos válidos	249	

Tabla 42 – Prueba chi-cuadrado

En el resto de motivaciones no se han observado cambios significativos a destacar.

2.6.2. Cambios en la opinión

La opinión de los encuestados ha cambiado tras la acción formativa en dos aspectos principalmente. El primero de ellos es la creencia acerca de la eficacia de la autoemdicación, que ha pasado de un 15,7% antes de la intervención a un 8% después de la misma. Esta disminución es significativa pues se obtiene una $p=0,05$.

			Eficacia AM Final Dicotómica		
			Buena	Mala	Total
Eficacia Automedicación Dicotómica	Buena	Recuento	210	22	232
		% de Eficacia Automedicación Dicotómica	90,5%	9,5%	100,0%
	Mala	Recuento	10	7	17
		% de Eficacia Automedicación Dicotómica	58,8%	41,2%	100,0%
Total	Recuento	220	29	249	
	% de Eficacia Automedicación Dicotómica	88,4%	11,6%	100,0%	

Tabla 43 – Tabla de contingencia cambio en la opinión sobre la eficacia de automedicarse.

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,050(a)
N de casos válidos	249	

Tabla 44 – Prueba chi-cuadrado

Del mismo modo, la opinión de los encuestados acerca del conocimiento que tienen sobre los riesgos que conlleva la automedicación ha disminuido, si antes de la intervención educativa creían conocerlos un 50,4%, éste porcentaje desciende hasta el 43,1% posteriormente, siendo esta diferencia significativa con una $p=0,03$.

			¿Conoce los riesgos de la medicación?		Total
			Sí	No	
¿Conoce los riesgos de la medicación?	Sí	Recuento	200	10	210
		% de ¿Conoce los riesgos de la medicación?	95,2%	4,8%	100,0%
	No	Recuento	29	10	39
		% de ¿Conoce los riesgos de la medicación?	74,4%	25,6%	100,0%
Total		Recuento	229	20	249
		% de ¿Conoce los riesgos de la medicación?	92,0%	8,0%	100,0%

Tabla 45 – Tabla de contingencia cambio en la opinión sobre los riesgos de automedicarse.

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,003(a)
N de casos válidos	249	

Tabla 46 – Prueba chi-cuadrado

No se han detectado diferencias reseñablñes en el resto de variables analizadas antes y después de la intervención.

2.6.3. Cambios en la actitud frente a los problemas de salud

En cuanto a los cambios provocados en la actitud de los encuestados frente a diferentes problemas de salud, no se observan diferencias significativas en las respuestas dadas por los estudiantes antes y después de la intervención educativa; posteriormente se recodificó dicha variable a una dicotómica (médico – automedicación) obteniéndose un aumento en aquellos que acuden al médico, que aumentó del 1,6% hasta 5,3%, diferencia que se puede considerar significativa al obtener una $p=0,022$.

			Cefalea Final Dicotomica 2		Total
			Medico	Automedicación	
Cefalea Dicotomica 2	Medico	Recuento	2	2	4
		% de Cefalea Dicotomica 2	50,0%	50,0%	100,0%
	Automedicación	Recuento	11	230	241
		% de Cefalea Dicotomica 2	4,6%	95,4%	100,0%
Total		Recuento	13	232	245
		% de Cefalea Dicotomica 2	5,3%	94,7%	100,0%

Tabla 47 – Tabla de contingencia cambio en la actitud frente al dolor de cabeza.

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,022(a)
N de casos válidos	245	

Tabla 48 – Prueba chi-cuadrado

Algo parecido ocurre con los estudiantes que ante la aparición de un cuadro febril acuden al médico, no se apreciaron diferencias reseñables en los datos obtenidos, pero al recodificar las variables a una dicotómica (médico – automedicación), se observa una disminución en el porcentaje de encuestados que acuden al médico, del 50,4% pasan al 43,1%.

			Fiebre Final Dicotomica 2		Total
			Medico	Automedicación	
Fiebre Dicotomica 2	Medico	Recuento	78	47	125
		% de Fiebre Dicotomica 2	62,4%	37,6%	100,0%
	Automedicación	Recuento	29	94	123
		% de Fiebre Dicotomica 2	23,6%	76,4%	100,0%
Total		Recuento	107	141	248
		% de Fiebre Dicotomica 2	43,1%	56,9%	100,0%

Tabla 49 – Tabla de contingencia cambio en la actitud frente a la aparición de fiebre.

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,050(a)
N de casos válidos	248	

Tabla 50 – Prueba chi-cuadrado

En el resto de problemas de salud como pueden ser los procsos gripales, problemas para dormir, dolores menstruales... no se han encontrado diferencias a destacar entre los datos obtenidos en los dos momentos de la recogida de infromación.

2.6.4. Cambios conceptuales

En este apartado no han aparecido diferencias a destacar entre lo que manifestaban los encuestados antes y después de la intervención educativa, no existe significación estadística entre lo que definían en un principio como automedicación o interacción medicamentosa. Y siguen definiendo con el

mismo acierto el concepto de efecto adverso antes de la acción formativa desarrollada.

IV. Conclusiones

1. ANÁLISIS SEGÚN LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez analizados los datos obtenidos en la investigación llevada a cabo y con el fin de obtener una mayor claridad en la descripción y un análisis más profundo, se han agrupado según los diferentes objetivos planteados en la investigación.

1.1. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES RELACIONADOS CON LOS HÁBITOS DE AUTOMEDICACIÓN

En este apartado nos centraremos en destacar aquellos aspectos relacionados con los hábitos de automedicación y los factores relacionados con ella en los estudiantes encuestados.

Entre los datos obtenidos y analizados en el capítulo anterior, podemos destacar la existencia de un mayor porcentaje de automedicación en aquellos alumnos cuyos padres o madres no poseen estudios, o sólo tienen estudios primarios, además dicha relación es estadísticamente significativa, por lo que el nivel de formación de los padres es un factor que influye en los niveles de autoedicación.

Del mismo modo, existe una relación estadísticamente significativa entre aquellos estudiantes que se automedican y los niveles de automedicación en sus madres y padres, pudiendo concluir por tanto que aquellos alumnos cuyos padres se automedican tienen mayor prevalencia a automedicarse.

Otros factores que hemos constatado que están relacionados íntimamente con los niveles de automedicación del alumnado, al existir una dependencia estadísticamente significativa, son aspectos como el préstamo de medicinas, el aconsejar su empleo o no, las creencias sobre la eficacia de la automedicación y sus riesgos sobre la salud.

1.2. HÁBITOS Y GRUPOS FARMACOLÓGICOS MÁS EMPLEADOS.

En relación con este objetivo podemos afirmar que, independientemente de la fuente de información que utilicemos (preguntas directas o indirectas), la frecuencia de automedicación del alumnado no disminuye tras la intervención educativa.

Del mismo modo, se observa que los porcentajes de automedicación basal varían considerablemente en función de la pregunta planteada al estudiante. En dicho sentido, si se responde a preguntas directas acerca de automedicación, los porcentajes ofrecen un 72,7% de respuestas positivas, por el contrario un 30% afirma tomar medicamentos no recomendados o prescritos por el médico y a la pregunta relacionada con la fuente de información a la que acudieron para tomar uno u otro medicamento, un 49% afirma no haber acudido al médico para ello.

1.3. INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE AUTOMEDICACIÓN Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.

La influencia de la acción formativa desarrollada en esta investigación ha sido uno de los aspectos centrales en nuestro estudio. Su eficacia podemos comprobarla, para comenzar, al analizar algunos de los hábitos que tenía el alumnado a la hora de recomendar o prestar algún tipo de medicamento. Estos porcentajes han disminuido de una manera significativa, el préstamo bajó del 55,4% al 47%, mientras que aconsejar tomar medicamentos sufrió un descenso desde el 72,3% al 65,5%.

Sin embargo, uno de los aspectos que no ha sufrido cambios relevantes tras la intervención educativa ha sido el consumo de fármacos; con los datos obtenidos podemos afirmar que únicamente en el empleo de anticonceptivos se ha observado un descenso estadísticamente significativo antes y después de la acción formativa, disminuyendo su empleo del 14.9% al 6.8%.

Del mismo modo, se observa una disminución en el consumo de antibióticos, sin llegar a ser estadísticamente significativo, pues la prueba de la chi-cuadrado nos ofrece una $p=0,054$.

En relación con el reconocimiento de grupos farmacológicos, se hizo necesario recodificar la variable a una dicotómica para poder analizar de una manera más eficiente si el alumnado reconocía los diferentes grupos de fármacos. Los resultados obtenidos mostraron que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,002$) entre los resultados obtenidos antes y después de la intervención educativa. El porcentaje de acierto en el reconocimiento de grupos farmacológicos aumenta tras el desarrollo de la acción formativa, pasando de un 45.4% a un 58.9% tras la misma.

Con respecto a las visitas al médico, la comparativa antes y después de la intervención educativa refleja un descenso de los estudiantes a los que no les gusta acudir al médico, del 12,9% al 8%, ($p=0,043$), pudiendo afirmar por tanto, que tras la acción educativa desarrollada ha aumentado la confianza de los encuestados hacia el médico. Del mismo modo ha aumentado el porcentaje de estudiantes que no saben o no contestan (del 7,2% al 14.5%) con una $p=0,001$. Esto puede deberse a una desmotivación de los que contestan la encuesta o a que realmente se incluyan en dichos porcentajes los que no se automedican o no toman medicación, algo que podríamos considerar positivamente tras la intervención.

Otra de los aspectos que ha sufrido cambios tras la intervención educativa es la opinión de los estudiantes acerca de los beneficios de la automedicación, esta ha disminuido tras la intervención educativa, del 15,7% al 8% ($p=0,05$) por lo que podemos afirmar que la misma tuvo incidencia en el

alumnado. Del mismo modo, el porcentaje de aquellos que creen conocer los riesgos de automedicarse ha disminuido en el post-test (del 50,4% al 43,1%, $p=0,003$), poniendo de manifiesto la eficacia de la actividad formativa, al tomar mayor conciencia los encuestados acerca de los problemas que puede provocar la automedicación.

Por el contrario, la actitud ante diferentes problemas de salud no ha cambiado en general en la mayoría de los estudiantes, a pesar de ello, la manera de actuar de éstos ha cambiado significativamente ante la cefalea y los procesos febriles, en donde el porcentaje de alumnado que acuden al médico aumenta significativamente tras la formación recibida.

Por último, destacamos que no se ha encontrado significación estadística en las definiciones aportadas por los estudiantes en los diferentes momentos de recogida de información, al preguntarles acerca de lo que entendían por automedicación, interacción medicamentosa o efecto adverso, las diferencias observados no han resultado significativas.

Para acabar, destacar que al no existir prácticamente actividades educativas relacionadas con la automedicación fomentadas por las instituciones educativas y/o sanitarias, consideramos necesario e importante planificar actividades formativas encaminadas a informar, motivar y fomentar la adopción y mantenimiento de prácticas y estilos de vida saludables respecto a la automedicación, consumiendo por tanto de una manera informada los medicamentos y las circunstancias en que se van a consumir de forma responsable.

V. Referencias

- Abanades, J; Prieto, A; Casado, V, & García, L. (1986) Programas de Salud. Valladolid: Consejería de Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
- Adjadj, A & Barut.C. (2008). Enfermeras en el ámbito educativo. En: I Congreso Nacional de Enfermería y salud escolar: La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. (31-33) Valencia: CECOVA
- Aggett PJ, Hasche F, Heine W, Hernell O, Koletzko B. (1994) Committee report: Childhood diet and prevention of coronary heart disease. J Pediatric Gastroenterology and Nutrition; 19:261-269
- Aguilar Cordero M.J.(2002) Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos. Madrid: Harcourt Brace
- AIBAR, C. & ARANAZ, J.M. (2007). Seguridad del paciente: cuaderno de bitácora. Academia Nacional de medicina. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. European Review of Social Psychology, 11, 1-33.

- Albertini, A., Tripodi, A., Fabbri, A., Mattioli, M., Cavrini, G., Cecchetti, R., et al (2007). Prevalence of obesity in 6- and 9- year-old children living in central-north Italy. analysis of determinants and indicators of risk of overweight. *Obesity Reviews*, 9, 4-10. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00414.x
- Albuquerque, M., Viana, R. M., & Teixeira, M. G. (2008). Beliefs and cultural values of the undernourished child's family. *Acta Paul Enferm*, 21(1), 101-106.
- ALONSO, M. & MIRON, J.A. (2003). Consumo de medicamentos por los jóvenes universitarios. *Aten Primaria*, 5(1): 25-32.
- Alonso, M. A., Alonso, M., Aparicio, A., Aparicio, M., Aranceta, J., Arroba, M. L, et al (2007). Manual práctico de nutrición en pediatría. Madrid: Ergon.
- ALOU, L., MAESTRE, J. R. & MORENO R. (2001). Consumo de antifúngicos de uso tópico en España. *Rev. Española Quimioterapia*. 14 (4): 340-344.
- Amat, M. A., Anuncibay, V., Soto, J., Alonso, N., Villalmanzo, A., & Lopera, S. (2006). Descriptive study about nutritious habits on breakfast and lunch of Viladecans (Barcelona) adolescents. *Nure Investigación.*, (23)
- Andersen, L. F., Bere, E., Kolbjornsen, N., & Klepp, K. (2004). Validity and reproducibility of self-reported intake of fruit and vegetable among 6th graders. *Eur J Clin Nutr*, 58, 771-777
- ARANAZ, J.M. et cols. (2006). Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo
- ARANAZ, J.M. & VITALLER, J. (2007). De la Gestión de los Riesgos a la Seguridad del Paciente. Editorial. *Rev de Calidad Asistencial* 22: 270-271.
- Aranceta Bartrina, J. (1999). Epidemiología nutricional. Estudios poblacionales de alimentación y nutrición. In M. Hernandez Rodriguez, & A. Sastre Gallego (Eds.), *Tratado de nutrición* (). Madrid: Diaz de Santos.
- Aranceta, J. (2001). *Nutrición comunitaria*. (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Aranceta, J., & Pérez, C. (1996). Consumo de alimentos y estado nutricional de la población escolar de Bilbao, guías alimentarias para la población escolar.

- Aranceta, J., & Perez, C. (2008). Evolución del niño y necesidades de alimentación. In *Psicología y nutrición*. Barcelona: Elsevier- Masson.
- Aranceta, J., Pérez Rodrigo, C., Serra Majem, L., & Delgado Rubio, A. (2004). Hábitos alimentarios de los alumnos usuarios de comedores escolares en España. *Estudio Dime Cómo Comes. Atención Primaria*, 33, 131-139.
- Aranceta, J., Perez, C., & Serra, L. (2004). Nutrición infantil y juvenil: Guía nutricional y recomendaciones aplicadas. In *Obesidad infantil y juvenil*. (). Barcelona: Elsevier.
- Aranceta, J., Pérez, C., & Serra, L. (2006). Diario como registro dietético. métodos de doble pesada. In *Nutrición y salud pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones*. (Masson Salvat. ed.). Madrid:
- Aranceta, J., Serra Majem, L.L, Ortega, R., Entrala, A., & Gil, A. (2002). Vitaminas en la alimentación de los españoles. Estudio eve. (Médica Panamericana)
- Aranceta, J., Serra, L., Pérez, F., & Mataix, J. (2001). Sociedad española de nutrición comunitaria. Guías alimentarias de la población española. Madrid: International marketing & communication.
- Argimón Pallás, J. M., & Grifell Martín, E. (2008). Análisis de la situación de salud. In A. Martín Zurro, & J. F. Cano Pérez (Eds.), *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. (6ª edición. ed.,). Madrid.: Elsevier.
- ARGIMON, J.M. & JIMENEZ, J. (1999). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (2ª ed) Barcelona; Harcourt.
- Arija, V., & Fernández, J. (2000). Métodos de valoración del consumo alimentario. en Salas Salvador, J., Bonada, A., Trallero, R. & Saló, M.E. In *Nutrición y dietética clínica*. (Salvador, J.; Bonada, A.; Trallero, R.; Saló, M.E. ed.,) Masson.
- Arnold, P. J. (1991): *Educación Física, movimiento y currículum*. Madrid: Morata.
- ARROYO, M. (1993): El proceso educativo y los procesos de desarrollo humano, en *Educadores*, vol. 35, núm. 166, abril-junio, Madrid.

- ARROYO, M. (1993): Intencionalidad y eficiencia en la noción de educación. Análisis fenomenológico-crítico, en *Educadores*, vol. 35, núm. 167, julio-septiembre, Madrid.
- Ashfield-Watt, P. A., Stewart, E. A., & Scheffer, J. A. (2009). A pilot study of the effect of providing daily free fruit to primary- school children in auckland, new zealand.12(05), 701.
- Ashton, J., & Seymour, J. (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.
- Atkinson, R., & Nitzke, S. (2009). School based programmes on obesity increase knowledge about nutrition but do not change eating habits by much.. *BMJ*, 323, 1027-1029.
- Aula SED (2011) Biblioteca de recursos de educación para el desarrollo from <http://www.educacionparaeldesarrollo.org/>
- Avila, J. A. (2009). La enfermera escolar.(Eras revista de opinión e información sanitaria), from. <http://www.opinionras.com/index.php?q=node/288>
- Ayudarte, M. L., Molina, A., Sánchez, M., Hernán, M., Martínez, J., & Luque, F. M. (2007). Revisión sistemática sobre la efectividad de la educación para la salud en la escuela. *Rev Paraninfo Digital*, 2
- Balding, J. (2003). Child and adolescent food and nutrition programs.American Dietetic Association, 103, 883-897.
- Ball, G., Lenk, J., Barbarich, B., Plotnikoff, R., Fishburne, G., Mackenzie, K., et al. (2008). Overweight children and adolescents referred for weight management: are they meeting lifestylebehaviour recommendations?. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism*, 33(5), 936-945. doi:10.1139/H08-088
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31, 143-164.
- Bandura, A., & Walters, R. (1990). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.

- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Psychology*, 63, 575-582.
- BAOS V. (2000). Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Información farmacéutica de la Seguridad Social*; 24(6), 147-152.
- BAOS, V. (2001). Los efectos adversos más frecuentes de los 20 principios activos mas consumidos en el SNS durante el año 2000. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 25(6): 161-168
- Baran, J. (2009). A meta- analytic review of obof obesity prevention inj the schools: 1997-2008. *Psychology in the Schools*, 46(8), 695-719. doi:10.1002/pits.20409
- Barrio I.M, Ayudarte M.L, Hernán M, Martínez J., Haro M, Simón P, & Sánchez M. (2008). Presencia de las actuales prioridades de salud infantil y adolescente en los libros de texto escolares. [Presence of current child and adolescent health priorities in school textbooks] *Gaceta Sanitaria*, 22(3)
- BARRIS, D., RODRIGUEZ, C, SALINAS, M. & ZARZUELO, C. (2001). Demanda de antibióticos orales sin receta médica en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*. 3 (6): 412-420.
- Baxter SD, Thompson WO.(2002) Accuracy by meal component of fourth-graders' school lunch recalls is less when obtained during a 24-hour recall than as a single meal. *Nutrition Research* 22:679-684.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del sida. *Act Comportamental*, 0(1), 33-50.
- BAYES, R. (1995): SIDA y Psicología. Barcelona: Martínez Roca.
- BELH, M. (1971): La educación como disciplina científica. Buenos Aires: Ateneo.
- Bencomo Rosales, M. N., Berríos Rivas, A. T., Ferrer, M. A., & Papale, J. F. (2009). Implicaciones de obesidad y sobrepeso en la salud de escolares y

- adolescentes de 7 a 14 años en la consulta del centro de educación nutricional. 5(4)(Biblioteca Lascasas.), 10 de Agosto del 2009.
- Bere, E., Veierod, M. B., Bjelland, M., & Klepp, K. (2006). Outcome and process evaluation of a norwegian school-randomized fruit and vegetable intervention: Fruits and vegetables make the marks (FVMM). *Health Educ Res*, 21, 258-267.
- Bere, E., Veierod, M., Skare, O., & Klepp, K. I. (2007). Free school fruit sustained effect three years later. (*Int J Behav Nutr Phys Act*), 4, 5.
- Berg, C. (2002). Influences on swedish schoolchildren's dietary selection: Focus on fat and fibre at breakfast. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 46(4), 194-196.
- Birch, L. L., & Marlin, D. W. (1982). Effects of exposure on two-year-old children's food preference., 353–360.
- BISQUERRA, R. (1992): Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo. Barcelona: CEAC.
- Blanchette, L., & Brug, J. (2005). Determinants of fruit and vegetable consumption among 6–12-year-old children and effective interventions to increase consumption.18(*The british Dietetic Asociation Ltd. J Hum Nutr Dietet*), 431-443.
- Block, G., Patterson, B., & Subar, A. (1992). Fruit, vegetables, and cancer prevention: A review of the epidemiological evidence. *Nutr. Cancer*, 18, 1–29.
- Bocquet, A., Bresson, J. L., Briend, A., Chouraqui, J. P., Darmaun, D., Dupont, C. et al (2003). La collation de 10 heures en milieu scolaire : un apport alimentaire inadapté et superflu. *Archives De Pediatrie*, 10, 945-947.
- Boillos, MC; Piccioni, EV; Borsotti, M; Barbero, L; Bauducco, D; Bravo,A; et al. (2006)Estado nutricional y consumo alimentario en escolares de una escuela pública, La Calera, Córdoba, Argentina, 2006 *Rev Salud Pública -Arg-2006 nov Edición especial(2):16*

- BRADLEY, N.A., POWER, A., HESSELGREAVES, H., MC MILLAN, F. & BOWIE, P. (2009). Safer pharmacy practice: a preliminary study of significant event analysis and peer feedback. *Int. J. Pharm. Pract.* 17(5): 283-91.
- Braet, C., Mervielde, I., & Vandereycken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: A controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 59–71.
- Brandt, S., Moss, A., Berg, S., & Wabitsch, M. (2010). School-based obesity prevention. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(2-3), 207-220. doi:10.1007/s00103-009-1017-z ER
- Breakfast consumption affects the adequacy of total daily intake in children. *J Am Diet Assoc*, 93, 886-891.
- BREZINKA (1975): *Conceptos básicos de la ciencia de la educación*. Barcelona: Herder.
- Brillant Savarin, J. A. (2001). *Fisiología del gusto 1825*. Barcelona: Ed optima.
- Brug, J., Oenema, A, & Campbell, M. (2003) Past, present, and future of computer-tailored nutrition education. *American Journal of Clinical Nutrition*, 77 (Suppl), 1028S–1034
- Brug, J., Yngve, A., & Klepp, K. (2005). The pro children study: Conceptualization, baseline results and intervention development of a european effort to promote fruit and vegetable consumption in schoolchildren.49(4)(*Annals of Nutrition & Metabolism*), 209-211. doi:10.1159/000087244
- Budd, G., & Volpe, S. (2006). School-based obesity prevention: Research, challenges, and recommendations.76(nº10), 485- 495. doi:doi:10.1111/j.1746-1561.2006.00149.x
- BURAK, L.J. (1999). Damico A. Effects of direct-to- consumer advertising of pharmaceutical products on college students. *Health Mark Q.* 17 (2): 19-29.
- BURAK, L.J. (2000). Damico A. College students´ use of widely advertised medications. *J Am Coll Health.* 49 (3): 118-21.

- Caballero B, Clay T, Davis SM, Ethelbah B, Rock BH, Lohman T, et al. (2003) Pathways Study Research Group. Pathways: a school-based, randomized controlled trial for the prevention of obesity in American Indian schoolchildren. *Am J Clin Nutr.* 78: 1030–1038
- Caballero, M. D., Martínez, M., Lazuen, M. A., & Urbano, G. (2008).
- Cabanes Domenech, A., Pérez-Gómez, B., Aragonés, N., Pollán, M. & López-Abente, G. (2009). Situación del cancer en españa 1975- 2006 , 2010, from <http://www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/Situ>
- CABRITA, J., FERREIRA, H., IGLESIAS, P. et al. (2004). Patterns and determinats of psychoactive drug use in Lisbon University students: a population-based study. *Pharm Wordl Sci.* 26 (2): 79-82.
- Camacho, O., Montero, M., Galán, N., & Soriano, F. J. (2005). Evaluación de hábitos alimetarios en escolares de 5º de ESO de tres municipios de Sevilla. *Hygia De Enfermería,* (61), 49-51.
- CAMPILLO-GRAU, M. (2002). Estudio epidemiológico del dolor de cabeza y su tratamiento en la población general de Cataluña. *Rev Neurol.* 34 (10): 901-908.
- Camps, V. (1993). Los valores de la educación moral y cívica. materiales para la reforma. Madrid: MEC.
- Cárdena, V. M., Villarreal, S., Lerma, R. E., Rizo, M. M., & Durán, M. R. (2007). Factores asociados a la obesidad en niños y adolescentes mexicanos. *Desarrollo Cientif Enferm.,* 15
- Caroli, M., & Lagravinese, D. (2002). Prevention of obesity. *Nutrition. Research,* 22(1-2), 221-226.
- Caruci, N., & Caruci, G. (2005). *Nutrición y salud.* Nashville USA: Ed. Caribe.
- Casado, M. R., Casado, I., & Díaz, G. (1999). La alimentación de los escolares de trece años del municipio de Zaragoza. *Rev Esp Salud Pública,* 73(4), 501-510.
- Casas, F. (1992). Las representaciones sociales de las necesidades de niños y niñas, y su calidad de vida. *Anuario De Psicología,* 52, 27-45.

- Castellanos, P. L. (1991). Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida.
- Castells, M. (2001). La era de la información. México, Distrito Federal: Siglo XXI Editores.
- Ceitlin J, Gómez T, editores. (1997) Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C
- Cejudo, A., Sánchez, M. J., Pérez, M., Fuente de la, C. M., & Marmolejo, A. M. (2008). Evaluación de una intervención educativa sobre alimentación en escolares de cinco años. *Paraninfo Digital*,
- Celorio, G. (1992). Reflexión sobre los valores. In *Hacia una escuela coeducadora.* (). Álava: Emaxunde.
- Centro Nacional de Epidemiología. Área de enfermedades Cardiovasculares. ISCIIL. (2002). Mortalidad y morbilidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares, 2010, from <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/mort2007.pdf>
- Chaure López, I., & Inarejos García, M. (2001). *Enfermería pediátrica.* Barcelona: Masson
- Chomitz, V., Collins, J., Kim, J., Kramer, E., & McGowman, R. (2003). Promoting healthy weight among children with a report card approach. *157*(Archives of pediatric and Adolescents Medicine. no. 8), 765-772.
- CHÜLLER, A. (1997): Prólogo en SERRANO GONZÁLEZ, M. I. Educación para la Salud en el siglo XXI. Comunicación y Salud. Madrid: Díaz de Santos.
- Clinical Nutrition*, 50, 30–39.
- COLOM, A. J. (1987): La educación como sistema. Barcelona: CEAC.
- COLOM, A. J. (1982): Teoría y meta- teoría de la educación. México: Trillas.
- Comas Arnau, D. (2004). Informe juventud de España Retrieved from www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos

- Comité de nutrición de la AEP. manual práctico de nutrición en pediatría. (2007). Madrid: Argon.
- CONDE, F. (1997): Escenarios de futuro del VIH/Sida. De la enfermedad "acontecimientos" a la cronicidad futura, en Revista Española de Salud Pública, febrero. COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1996): Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Condon EM, Crepinsek MK, Fox MK. School meals: Types of foods offered to and consumed by children at lunch and breakfast. J Am Diet Assoc. 2009;109(2 Suppl 1):S67-S78
- CONS, S.J., MC GHAN, W.F. & BOOTMAN, J.L. (1989). Self-care practices of college students. J. Am. Coll. Health. 37 (4): 170-3
- Consejería de Bienestar Social (1993) Plan sectorial de educación para la salud. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Bienestar Social.
- Consejería de Cultura y Bienestar social Junta de Castilla y León. (1990). Programa de educación para la salud en la escuela. Valladolid: J CyL.
- Constitution of the world health organization as adopted by the international health conference. (1946). WHO,
- Contento, I., Balch, G. I., Bronner, Y. L., Lytle, L. A., Maloney, S. K., White, S. L., . . . Swadener, S. S. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education, 297-418.
- Cook-Cottone, C., Casey, C. M., Feeley, T. H., & Baran, J. (2009). A meta-analytic review of obesity prevention in the schools: 1997-2008. Psychology in the Schools, 46(8), 695-719. doi:10.1002/pits.20409 ER
- Cullen, K.W., Baranowski, T. and Baranowski, J. 1998, Computer software design for children's recording of food intake. J Nutr Educ. 30, 405-409.

- Datar, A., Sturm, R., & Magnabosco, J. L. (2004). Childhood overweight and academic performance: A national study of kindergartners and first-graders. *Obesity Research*, 12, 58-68.
- Davó, M. C., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., & La Parra, D. (2008). Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gac Sanit*, 22, 58-64.
- de Bruijn, G. (2010). Understanding college students' fruit consumption. integrating habit strength in the theory of planned behaviour. *Appetite*, 54(1), 16-22. doi:10.1016/j.appet.2009.08.007
- DE BLAS, B., LAREDO, L.M. & VARGAS E. (2004). Interacciones de los fármacos más consumidos. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 28(1): 1-11.
- DEBESSE, M. (1955): Las etapas de la educación. Buenos Aires: Nova. DILTHEY (1971): Democracia y Educación. Buenos Aires: Losada.
- Decreto 2484/1967, De 21 De Septiembre, Por El Que Se Aprueba El Texto Del Código Alimentario Español. BOE De 17 De Octubre (1967).
- Delors, J. (1996). In Unesco (Ed.), *La educación encierra un tesoro. informe a la unesco de la comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana; París: Unesco.
- Devaney, B., & Stuart B. (1998). Eating breakfast: Effects of the school breakfast program. *Family Economics and Nutrition Review*, 11, 60-62 from: <http://www.usda.gov/cnpp/FENR/V11N4/fenrv11n4p60.PDF>.
- Developing an award program for children's settings to support healthy eating and physical activity and reduce the risk of overweight and obesity. *BMC Public Health*, 9(345) doi:10.1186/1471-2458-9-345
- Dever, G. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466.
- Dietz, W. H. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101, 518-525.

- Diversidad y alimentación hospitalaria. diseño de un cuestionario de valoración de la adaptación cultural. *Index De Enfermería Digital: Información Bibliográfica, Investigación y Humanidades*, 17(2)
- Do Nascimento D.M, Piquete R.J, Morais S.I, & Amado J.C. (2007). Obesidade nos adolescentes: Estudo da prevalência da obesidade e de factores associados em estudantes do ensino secundário de duas escolas de coimbra. *Rev. Referencia*, 50.
- Doak, C. M., Visscher, T. L. S., Renders, C. M., & Seidell, J. C. (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: A review of interventions and programmes. *7(Obesity Reviews)*, 111-136.
- Domel S, James W. Hardin, J.W. Royer JA, Caroline H. Guinn, C.H, & Smith AF (2008) Children's recalls from five dietary-reporting validation studies: Intrusions in correctly reported and misreported options in school breakfast reports *Appetite*. November; 51(3): 489–500.. doi: 10.1016/j.appet.2008.03.013.
- DONATI, P. P. (1975): *The End of Medicine*. Nueva York: J. Wiley. ESCÁMEZ, J. y ORTEGA, P. (1986): *La enseñanza de actitudes y valores*. Valencia: Nau Llibres.
- Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health promotion. models and values*. Oxford: University Press.
- Driskell, M. M., Dymont, S., Mauriello, L., Castle, P., & Shennan, K. (2008). Relationships among multiple behaviors for childhood and adolescent obesity prevention. *Preventive Medicine*, 46(3), 209-215. doi:10.1016/j.yjpm.2007.07.028 ER
- Educación para la salud. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.(2009) Retrieved, from <http://www.educacion.es/cide/jsp/plantilla.jsp?id=inn03>
- Effective elements of school health promotion across behavioral domains: A systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 9(182) doi:10.1186/1471-2458-9-182

- Encuesta nacional de salud. (2006) Retrieved from <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
- Engel G.L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*; 196:129–136
- Entreculturas (2011). Materiales educativos from: http://www.entreculturas.org/publicaciones/materiales_educativos
- Erben, R., Franzkowiak, P., & Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science and Medicine.*, 35(4), 359-365.
- Failde, I., Zafra, J., Novalbos, J. P., Costa, M., & Ruiz, E. (1998). Perfil antropométrico y prevalencia de sobrepeso de los escolares de Ubrique, Cádiz. *Rev Esp Salud Pública*, 72(4), 357-364.
- Falhman, M., Dake, J., Mccaughtry, N., & Martin, J. (2008). A pilot study to examine the effects of a nutrition intervention on nutrition knowledge, behaviors, and efficacy expectations in middle school children. *Journal of School Health*, 78(4), 216-222.
- Farreras, & C. Rozman (Eds.), *Medicina interna tomo I* (16th ed., pp. 1024-1067). Madrid: Elsevier.
- Farreras, P., & Rozman, C. (2008). *Medicina interna* (16th ed.). Madrid: Elsevier.
- Fernandez Ballaert, J., & Arijalva, V. (2000). Dieta en la prevención de la enfermedad. In J. Salas Salvado, A. Bonada, R. Trallero & M. E. Salo (Eds.), *Nutrición y dietética clínica* (pp. 35-45). Barcelona: Masson.
- FIGUEIRAS, A., CAAMAÑO, F. & GESTAL-OTERO, J.J. (2000). Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur. J. Epidemiol.* 16 (1): 19-26.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, USA: Addison- Wesley.
- Fisher JO, Birch LL.(1999) Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*. Jun;32(3):405-19

- Forneris, T., Fries, E., Meyer, A., Buzzard, M., Uguy, S., Ramakrishnan, R., et al (2010). Results of a rural school-based peer-led intervention for youth: Goals for health. *Journal of School Health*, 80(2)
- Franco, K. (2001). Optimizing nutritional health for children through school-based initiatives. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(8), 873-874.
- Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The bogalusa heart study. *Pediatrics*, 103, 1175–1182.
- Freedman, D. S., Khan, L. K., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (2001). Relationship of childhood overweight to coronary heart disease risk factors in adulthood: The bogalusa heart study. *Pediatrics*, 108, 712-718.
- Freedman, D. S., Srinivasan, S. R., Harsha, D. W., Webber, L. S., & Berenson, G. S. (1989). Relation of body fat patterning to lipid and lipoprotein concentrations in children and adolescents: The bogalusa heart study. *American Journal of*
- French, A., Story, M., Fulkerson, J., & Hannan, P. (2004). An environmental intervention to promote lower-fat food choices in secondary schools: Outcomes of the TACOS study . *Public Health.*, 94, 1507–1512.
- French, S. A., & Stables, G. (2003). Environmental interventions to promote vegetable and fruit consumption among youth in school settings. *Preventive Medicine*, 37(6), 593-610. doi:10.1016/j.ypped.2003.09.007
ER
- French, S. A., & Wechsler, H. (2004). School-based research and initiatives: Fruit and vegetable environment, policy, and pricing workshop. *Preventive Medicine*, 39, S101-S107. doi:10.1016/j.ypped.2003.10.007
- Fundación cinco al día, consumo de fruta y verdura. (2010), from http://www.5aldia.net/v_5aldia/apartados/pl_conten3columnas.asp?te=412
- Gallego (Eds.), *Tratado de nutrición* (pp. 115-124). Madrid: Ed Diaz de Santos.

- Galvez, V. (2009). La salud y sus determinantes. concepto de medicina preventiva y salud pública In P. Gil (Ed.), *Medicina preventiva y salud pública* (10 ed ed., pp. 3-14). Barcelona: Masson.
- García Fernández, M. C., & García Arias, M. T. (2002). Estudio de los hábitos alimentarios y de estilos de vida de los escolares de la provincia de León. León: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de León.
- García Fernández, M. C., & García Arias, M. T. (2003). Concepto de alimentación y nutrición. In M. T. García Arias, & M. C. García Fernández (Eds.), *Nutrición y dietética*. (pp. 21-26). León: Universidad de León.
- García García, I. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Rev. Esp. Salud Pública*, 72(Jul./Ago 4), 285-287.
- García, M. C., & García, M. T.(2003) Alimentación en la infancia y la adolescencia. *Nutrición y Dietética.*, León: Universidad de León.
- García, S., & Carrascosa, A. (2007). Niños en movimiento, un programa para el tratamiento de la obesidad infantil. *Med Clin (Barc)*, 129(16), 619-623.
- Gavidia Catalán, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Española De Salud Pública*, 75(nov.6), 505-516.
- Gerharz, E. W. (1997). Quality of life research in children: Fashion or future? *Dialogues in Pediatric Urology*, 20(11), 1-2.
- Gil, P. (2009). *Medicina preventiva y salud pública* (10 ed. ed.). Barcelona: Masson.
- Glanz, K., Marcus, F., & Rimer, B. K. (1997). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice*. New York, National Institute of Health.
- Godoy, A., Godoy, J. A., Nájera, A., Mengíbar, A., & Ruiz, E. M. (2008). ¡¡Sube al tren de la salud!! come sano para no quedar enano. *Index De Enfermería Digital: Información Bibliográfica, Investigación y Humanidades*, (3)
- Gómez García, C., Díaz Gómez, M., & Ruiz García, M. (2006). *Enfermería de la infancia y la adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

- GONZÁLEZ ÁLVAREZ, A. (1969): Filosofía de la educación. Buenos Aires: Troquel.
- González Lucini, F. (1993). Temas transversales y educación en valores. Madrid: Alauda Anaya.
- González Lucini, F. (2000). Temas transversales y áreas curriculares (hacer reforma). Madrid: Anaya.
- Gonzalez W, Jones S.J, & Frongillo E.A. (2008). Restricting snacks in U.S. elementary schools is associated with higher frequency of fruit and vegetable consumption. *The Journal of Nutrition*, , 142-144.
- GONZALEZ, J., RIPOLL, M.A. & PRIETO, J. (1998). Automedicación con antibióticos. *Med Clín*. 111 (5): 182-186.
- GONZALEZ, M., MENDIBIL, I., GUTIERREZ, I. & BLANCO, M.A. (2006) Automedicación con AINE por los usuarios de dos consultas de Atención Primaria. *Gaceta Médica de Bilbao*. 103 (2): 54-57.
- González, R. M., & De la Rosa, M. V. (2007). Los adolescentes que consumen comida rápida y no desayunan tienen más riesgo de ser obesos en la vida adulta. *Evid. Pediatr.*, 3(46)
- Graham, D., Appleton, S., Rush, E., McLennan, S., Reed, P., & Simmons, D. (2008). Increasing activity and improving nutrition through a schoolsbased programme: Projectenergize. 1. design, programme, randomisation and evaluation methodology. *Public Health Nutr*, 11(10), 1076–1084. doi:10.1017/S136898000700153X
- Grande Covian, F. (1988). Nutrición y salud. Madrid: Ediciones Temas de hoy.
- Grande, F. (1979). Dieta y arterioesclerosis. *Rev Clin Esp*, , 153-249.
- GRANTHAN, G., MCMILLAN, V., GASSNER, L.A. & WOODCOCK, P. (2006). Patient self-medication, a change in hospital practice. *J.Clin.Nurs*. 15 (8): 935.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). Health promotion planning an educational and ecological. (3ed ed.). Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Green, L. W. (2010). Green homepage. modelo precede precede from <http://www.lgreen.net/precede.htm>

- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: An educational and environmental (2nd ed.). Palo Alto: Mayfield Publishing Co.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2001). Health promotion planning: An educational and ecological. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- GUILLEN, P., FRANCES F., GIMENEZ, F. & SAINZ, C. (2010). Estudio sobre automedicación en población universitaria española. Rev Clin Med Fam. 3(2): 99-103.
- Haerens, L., Bourdeaudhuij, I., Maes, L., Vereecken, C., Brug, J., & Deforche, B. (2006). The effects of a middle-school healthy eating intervention on adolescents' fat and fruit intake and soft drinks consumption. Public Health Nutrition; 10, 443-449.
- HAHN, K.L. (2009). The roles of pharmacists in pain management. J. Pain Palliat Care Pharmacother. 23(4): 414-8.
- Hammersley, M., & Atkinson. P..(1994) Etnografía métodos de investigación. Barcelona: Paidós,
- HANNA, L.A. & HUGHES C.M. (2010). "First, do no harm": factors that influence pharmacists making decisions about over-the-counter medication: a qualitative study in Northern Ireland. Drug Saf. 1:33(3): 245-55.
- HAYNES, R.B., TAYLOR, D.W. & SACKETT, D.I. (Eds.) (1979). Compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Heather J. Walter, H.J., Albert Hofman, A., Vaughan, R.D., & Wynder E.L. (1988). Modification of Risk Factors for Coronary Heart Disease N Engl J Med; 318:1093-1100
- Heaven, P. C. L. (1996). Adolescents health: The role of individual differences. Londres: Routledge.
- Hegoa. (1995). La transversalidad en la reforma educativa.. Jornadas Sobre Transversalidad,
- HEIDEGGER, M. (1974): Ser y Tiempo. México: Fondo de Cultura Económica.

- HEMWALL, E.L. (2010). Increasing access to nonprescription medicines: a global public health challenge and opportunity. *Clin Pharmacol Ther.* 87(3): 267-9.
- HENDERSON, A. C., WOLLE, J., CORTESE, P.A. y MCINTSH, D. V. (1981): The future of the health education profession: implications and practice, *American J. Public Health*, vol.95, núm. 6, p. 555-559.
- Hendy, H. M., Williams, K. E., & Camise, T. S. (2005). "Kids choice" school lunch program increases children's fruit and vegetable acceptance. *Appetite*, 45(3), 250-263. doi:10.1016/j.appet.2005.07.006
- Henry, H., Reimer, K., Smith, C., & Reicks, M. (2006). Asociaciones de balance decisional, procesos de cambio, y la autoeficacia de las etapas de cambio de las frutas y hortalizas mayor ingesta entre bajos ingresos, afroamericanos madres .
- HERBART, J. F. (1935): *Pedagogía Fundamental derivada del fin de la Educación*. Madrid: Espasa Calpe.
- HERNÁN SAN MARTÍN, F. y VICENTE PASTOR (1988): *Salud Comunitaria. Teoría y Práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Hernán, M., Ramos, M., & Fernández, A. (2008). Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles.75(*Rev. Esp Salud Pública*), 491-504.
- Hernández Nieto, L. (2008). Enfermedades de los huesos.. In P.
- HERNANDEZ, B. & EIROS, J.M. (2001). Automedicación con antibióticos: una realidad vigente. *Centro de Salud*. 9 (6): 357-364.
- Hernández, M. (1993). *Alimentación infantil*. (2ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.
- Hernández, M., & Sastre Gallego, A. (1999). *Tratado de nutrición*. Madrid: Editorial Diaz de Santos.
- Hidalgo, M. I., & Güemes, M. (2007). Nutrición en la edad preescolar, escolar y adolescente.. *Pediatr Integral*, 11(4), 347-362.
- Hill, M. J., & Caygill, C. P. J. (1994). *Epidemiology of diet and cancer*. London: Elis Horwood Ltd.

- Hoelscher, D. A., Evans, A., Parcel, G. S., & Kelder, S. H. (2002). Designing effective nutrition interventions for adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), S52-S63.
- Hoelscher, D. M., Feldman, H. A., Johnson, C. C., Lytle, L. A., Osganian, S. K., Parcel, G. S., . . . Nader, P. R. (2004). School-based health education programs can be maintained over time: Results from the CATCH institutionalization study. *Preventive Medicine*, 38(5), 594-606. doi:10.1016/j.ypmed.2003.11.017 ER
- Honiset, T., Woolcock, S., Creina Porter, C., & Hughes, I. (2009). http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_annex_en.pdf
- HUBERT, R. (1977): *Tratado de Pedagogía General*. Buenos Aires: El Ateneo.
- I., J. (2008). "La escuela: Un escenario de desarrollo profesional". I Congreso Nacional De Enfermería y Salud Escolar., , p. 27-30.
- ILLICH, I. (1986): *Némesis médic.* México: Joaquín Martín-Planeta.
- Impulso de la educación para la salud en la escuela de Galicia. (2010) from http://www.xunta.es/galicia2004/es/15_07.htm
- INFORME DEL GRUPO ESCOCÉS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (1996): *La escuela saludable*. OMS.
- Instituto nacional de estadística. (2010). from <http://www.ine.es/>
- J., Brown, M., . . . Alcaraz, J. E. (2003). Environmental interventions for eating and physical activity - A randomized controlled trial in middle schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 209-217. doi:10.1016/S0749-3797(02)00646-3
- JAMES, H., HANDU, S.S., AL KHAJA, K.A., OTOOM, S. & SEQUEIRA, R.P. (2006) Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first-year medical students. *Med Princ Pract*. 15 (4): 270-5.
- Javanparast, S., Coveney, J., & Saikia, U. (2009). Exploring health stakeholders' perceptions on moving towards comprehensive primary health care to

- address childhood malnutrition in iran: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 9(36), 1-7. doi:10.1186/1472-6963-9-36
- Jeffrey, P. K., Catharyn, T. L., & Vivica, I. K. (2004). Committee on prevention of obesity in children and youth, food and nutrition board, institute of medicine, preventing childhood obesity: Health in the balance. Washington, D.C.:
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Murray, T., Xu, J., & Thun, M. (2007) Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 57, 43-66.
- Jiang, J., Xia, X., Greiner, T., Wu, G., Lian, G., & Rosenqvist, U. (2007). The effects of a 3-year obesity intervention in schoolchildren in beijing. *33(5)(Child: Care, Health, and Development)*, 641 – 646.
- Jorge Araujo, P. (2009). Hábitos alimenticios en los alumnos de educación secundaria y bachillerato del municipio de Gáldar
- Juan, I. (2008). Enfermera escolar en Francia. En , *La escuela: Un escenario de desarrollo profesional* (pp. 27-30)Valencia: CECOVA.
- Kafatos, A., Manios, Y., & Moschandreas, J. (2005). Health and nutrition education in primary schools of Crete: Follow-up changes in body mass index and overweight status. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 1090-1092.
- Kain, J., Uauy, R., Vio, F., Cerda, R., & Leyton, B. (2004). School- based obesity prevention in chilean primary school children: Methodology and evaluation of a controlled study. *International Journal of Obesity*, 28, 483-43.
- KANT, E. (1983): *La Pedagogía*. Madrid: Akal.
- KERSCHENSTEINER, G. (1940): *Teoría de la estructura de la educación*. Barcelona: Labor.
- Key, T. J., Schatzkin, A., Willett, W. C., Allen, N. E., Spencer, E. A., & Travis, R. C. (2004). Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutr*, 7, 187-200.
- Keys, A., Anderson, J.T. and Grande, F. (1959). Serum cholesterol in man: Diet, fat and intrinsic responsiveness. *Circulation*. 19: 201-214

- Kickbusch, I. (2003). Models for population health. the contribution of the world health organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93(3), 383-388.
- Kim Must, A., Fitzmaurice, G. M., Gillman, M. W., Chomitz, V., Kramer, E., McGowman, R., & Peterson, K. E. (2005). Incidence and remission rates of overweight among children aged 5 to 13 years in a district-wide school surveillance system. *95(American Journal of Public Health)*, 1588-1594.
- Klepp, K., Pérez-Rodrigo, C., De Bourdeaudhuij, I., Due, P., Elmadfa, I., & Haraldsdóttir, J. (2005). Promoting fruit and vegetable consumption among european schoolchildren: Rationale, conceptualization and design of the pro children project. *49(4)(Annals of Nutrition & Metabolism)*, 212-220. doi:10.1159/000087245
- Knai, C., Pomerleau, J., Lock, K., & McKee, M. (2006). Getting children to eat more fruit and vegetables: A systematic review. *Preventive Medicine*, 42(2), 85-95. doi:10.1016/j.ypmed.2005.11.012 ER
- KRIEKEMANS, A. (1973): *Pedagogía general*. Barcelona: Herder.
- Kristjansdottir, A. G., Thorsdottir, I., De Bourdeaudhuij, I., Due, P., Wind, M., & Klepp, K. (2006). Determinants of fruit and vegetable intake among 11-year-old schoolchildren in a country of traditionally low fruit and vegetable consumption. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 3, 41.
- LABING, C.E. JR., ZANTOW, K. & PETERSON, T.O. (2005). Factors affecting students' medicine-taking habits. *J Am Coll. Health*. 54 (3): 177-83.
- Larrañaga, I. J., Carballo, J. M., Rodríguez, M., & Fernández, J. A. (199). Necesidades nutricionales. In I. J. Larrañaga, J. M. Carballo, M. Rodríguez & J. A. Fernández (Eds.), *Dietética y dietoterapia* (pp. 56-61). Madrid: Mc Graw Hill.
- Latorre (Ed.), *Ciencias psicosociales aplicadas II* (). Madrid: Síntesis.
- Ley 1/1990 De 3 De Octubre, *Orgánica De Ordenación General Del Sistema Educativo*, Ministerio De Educación, (1990).

- Ley 14/1986, De 25 De Abril, General De Sanidad, (B.O.E. nº 102,29-IV-1986, (1986).
- LEY 29/20006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE núm 178 (27 julio 2006), 28122-28165
- Ley General De Sanidad. (1986).
- Ley Orgánica De Educación 2/2006. BOE nº 106 De 4 De Mayo De 2006, (2006).
- Lichtenstein, A., & Appel, L. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from the american heart association nutrition committee. American Heart Association Nutrition Committee, 114(Circulation), 82-96.
- Life styles and health. social science and medicine. (1986). WHO, 22(2), 117-124.
- Lissau, I. (2007). Prevention of overweight in the school arena. (ActaPaediatrica.), 9612-9618. doi:10.1111/j.1651 2227.2007.00164.x
- Loaiza, S., Taibo, M., Cornejo, A., & Atalah, E. (2009). Evolución del estado nutricional en una cohorte de escolares chilenos:¿Un cambio real o ficticio?. Rev Méd Chile, 137, 1449-1456.
- Loaiza, S., Taibo, M., Cornejo, A., & Atalah, E. (2009). Evolution of nutritional status in a cohort of school age children. Revista Medica De Chile, 137(11), 1449-1456.
- Lobato Martín, M. D., & Lobato Martín, M. N. (2006). La educación para la salud en la escuela. . Revista Digital Información y Educación, 27
- López Nomdedeu, C., García Cuadra, A., Migallón Lopezosa, P., Pérez Coello, A. M., Ruiz Jarillo, C., & Vázquez Martínez, C. (2000). Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y Ministerio del Interior.
- LÓPEZ-BARAJAS, E. (2000): Fundamentos de metodología científica. Madrid: UNED

- M., & Mann, J. I. (2007). APPLE project: 2-y findings of a community-based obesity prevention program in primary school-age children. 86(3)(*American Journal of Clinical Nutrition*), 735-742.
- Mahoney, J. L., Lord, H., & Carryl, E. (2005). Afterschool program participation and the development of child obesity and peer acceptance. *Applied Developmental Science*, 9(4), 202-215.
- Main M. (2008.). Enfermería escolar en escocia. en: I congreso nacional de enfermería y salud escolar: "La escuela: Un escenario de desarrollo profesional., p. 27-30.
- Mangunkusumo, R. T., Brug, J., de Koning, H. J., Lei, J., & Van der, R.H. (2007). School-based internet-tailored fruit and vegetable education combined with brief counselling increases children's awareness of intake levels.10(3)(*Public Health Nutrition*), 273-279.
- MARÍN IBAÑEZ, R. (1981): Los valores, fundamento de la educación. Madrid: Anaya
- Mariscal, M., Rivas, A., Velasco, J., Ortega, M., Caballero, A. M., & Olea, F. (2008). Evaluation of the mediterranean diet quality index (KIDMED) in children and adolescents in southern Spain. *Public Health Nutrition*: 12(9), 1408-1412. doi:10.1017/S1368980008004126
- Marques, F., Saez, S., & Guayta, R. (2004). Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Barcelona
- Martens, M. K., Van Assema, P., Paulussen, T. G. W. M., Breukelen, G., & Van Brug, J. (2008). Krachtvoer: Effect evaluation of a dutch healthful diet promotion curriculum for lower vocational schools.11(3)(*Public Health Nutrition.*), 271-278.
- Martin Zurro A, & Cano Pérez JF. (2008). Educación sanitaria. In M.
- MARTIN, M.T., TUSET, M., CODINA, C. & RIBAS, J. (2002). Importancia de la patología secundaria en medicamentos. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 26(5): 128-132.

- Martínez, C., & Martínez, L. (2007). Valoración del estado nutricional. In M. T. Muñoz, & L. Suarez (Eds.), *Manual práctico de nutrición en pediatría* (pp. 31-41). Madrid: Ergon.
- Martinez, J. A. (2001). *Fundamentos teórico prácticos de nutrición y dietética*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- MARTÍNEZ, M. (1987): *Dimensiones adaptativas y proyectivas de los sistemas*. Barcelona: CEAC.
- Mataix Verdú, F. J., & Alonso Franch, M. (2002). El niño preescolar y escolar. In F. J. Mataix Verdú (Ed.), *Nutrición y alimentación humana*. vol. II, situaciones fisiológicas y patológicas (). Madrid: Ergón.
- Mataix Verdú, F. J., & Aranceta Bartrina, J. (2002). Valoración del estado nutricional. In F. Mataix Verdú (Ed.), *Nutrición y alimentación humana*. vol. II, situaciones fisiológicas y patológicas Madrid: Ergón.
- Mataix Verdú, J., & Aranceta Bartrina, J. (2002). Nutrientes y alimentos. In F. J. Mataix Verdú (Ed.), *Nutrición y alimentación humana*. vol. I, nutrientes y alimentos Madrid: Ergón.
- Mataix Verdú, J., & Carazo Marfn, E. (1995). *Nutrición para educadores*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.A.
- Mataix, J. (2006). Requerimientos nutricionales e ingestas recomendadas. In *Nutrición y salud pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones*. (pp. 17-33). Madrid: MASSON SALVAT.
- MATARAZZO, J. D. (1980): Behaviorat health's challenge to academic scientific and professional psychology, en *Am psychol*, vol. 35, pp. 807-817.
- Maynard, M., Gunnel, D., Emmett, P., Frankel, S., & Davey Smith, G. (2003). Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: The boyd orr cohort. *Epidemiol. Community Health*, 57, 218–225.
- MC GIVNEV, M.S., MEYER, S.M., DUNCAN-HEWITT, W. et al. (2007). Medication therapy management: its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc.* 47: 620-628
- McGraw, S., Sellers, D., Stone, E., Resnicow, K., Kuester, S., Fridinger, F., & Wechsler, H. (2000). Measuring implementation of school programs and

- policies to promote healthy eating and physical activity among youth. *Preventive Medicine*, 31, 86-97.
- MCKNIGHT, A.G. & THOMASON, A.R. (2009). Pharmacists' advancing roles in drug and disease management: a review of states' legislation. *J Am Pharm Assoc.*, 49(4): 554-8.
- MEDINA RUBIO, R. et al. (1992): *Teoría de la educación*. Madrid: UNED.
- Menéndez, L. (1998). Estilos De vida, riesgos y construcción social. conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16, 36-67.
- Merino Godoy M.A. (2008). Descubriendo los hábitos alimenticios en la escuela multicultural a través de los debates infantiles. *Index De Enfermería: Información Bibliográfica, Investigación y Humanidades*, 3, 183.
- Merino, M. A. (2006). La promoción de la alimentación saludable en la infancia desde una perspectiva intercultural. *Index De Enfermería*, 55, 54-58.
- Merino, M. A. (2008). Health in the multicultural school. *NureInvestigación*, 32.
- Miguel Mariscal, M., Rivas, A., Velasco, J., Ortega, M., María de, A., & Olea, F. (2008). Evaluación de la calidad de la dieta mediterránea index (KIDMED) en niños y adolescentes en el sur de España.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2009) *Educación para la salud*. Retrieved, from <http://www.educacion.es/cide/jsp/plantilla.jsp?id=inn03>
- Ministerio de medio ambiente, medio rural y marino. análisis del consumo alimentario. Retrieved Mayo/30, 2010, from <http://www.mapa.es/es/alimentacion/pags/consumo/resumen.htm>
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1990): *Indicadores de salud*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005) *estrategia NAOS*. Retrieved, from <http://www.naos.aesan.msc.es>
- Modolo, M. A., & Sepilli, A. (1983). *Educazione sanitaria*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

- MOLINER, M. (1987): Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos.
- MORAGAS, J. (1963): Psicología del niño y del adolescente. Barcelona: Labor.
- Montoya, P., Torija, E., & Torres, A. (2003). Valoración de la alimentación y la antropometría de la población inmigrante infantil y su comparación con la población infantil española. *Pediatrka*, 23(1), 6-15.
- Moore, L., Moore, G. F., Tapper, K., Lynch, R., Desousa, C., Hale, J, et al (2007). Free breakfasts in schools: Design and conduct of a cluster randomised controlled trial of the primary school. *Public Health*, 7 doi:10.1186/1471-2458-7-258 ER
- Moreno Marimón, M. (1993). Los temas transversales, una enseñanza mirando hacia adelante, en busquets los temas transversales. claves de la educación integral. Madrid: Aula XXI, Santillana.
- Moreno, L. A., Mesana, M. I., Fleta, J., Ruiz, J. R., González-Gross, M. M., Sarría, A., et al (2005). Overweight, obesity and body fat composition in spanish adolescents. *Ann Nutr Metab*, 49, 71-76.
- MORENO, M. (2008). Situación epidemiológica de la tuberculosis en el Área de Salud de Salamanca. Cumplimiento terapéutico y resultados del tratamiento. Salamanca.
- Muñoz de Lacalle, A. (1997). Los temas transversales en el currículo educativo actual. *Revista Complutense De Educación*, 2(8)
- Muñoz Paris, M. J., Muñoz París, A. M., Pérez Ruiz, I. M., Fernandez Sola, C., & Granero Molina, J. (2002). Alimentación en escolares, necesidad de programas de educación para la salud Nº 15 (*Revista de Enfermería*)
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Obesity and psychiatric disorder: Developmental trajectories. *Pediatrics*, 111, 851–859.
- NASSIF, R. (1980): Pedagogía General. Buenos Aires: Kapelusz.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2004). Overweight and obesity: Economic consequences from

[.http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/economic_consequences.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/economic_consequences.htm)

National Sleep Foundation. (2004). Sleep apnea. From <http://www.sleepfoundation.org/publications/sleepap.cfm#1>

National research council. NRC (1989) Recommended dietary allowances. In Food and nutrition board. (10^a ed.,). Washington Dc: National Academy Press.

Navia, B., & Ortega, R. M. (2000). Ingestas Recomendadas de energía y nutrientes. In Manual de nutrición clínica en atención primaria madrid. () Complutense.

NEBOT, M. & SPINOLA, A. (1989). Autocuidado y Educación Sanitaria en Atención Primaria. Aten Primaria, 6: 254- 60.

Nicklas, T. A., & Hayes, D. (2008). Position of the american dietetic association: Nutrition guidance for healthy children ages 2 to 11 years. J Am Diet Assoc, 108(6), 1038-44, 1046-7.

Nicklas, T. A., Bao, W., Webber, L. S., & Berenson, G. S. (1993).

Nieda, J. (1992). Educación para la salud. Cajas Rojas, Madrid: Ministerio de Educación

Nutbean, D. (1998). Health promotion glossary. WHO,

O'Dea, J. A. (2003). Why do kids eat healthful food? perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. Journal of the American Dietetic Association, 103(4), 497-501. doi:10.1053/jada.2003.50064 ER

O'Neill, M. (1980). La modification de comportements reliés à la santé. Revue De La Littérature Théorique. Union Med can, 109(may. n°5), 733–750.

O'Toole, T., Anderson, S., Miller, C., & Guthrie, J. (2007). Nutrition services and foods and beverages available at school: Results from the school health policies and programs study 2006.77(8)(Journal of School Health.), 500-521. doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00232.x

- OCDE. (2001). Organización para la cooperación y el desarrollo económicos. conocimientos y destrezas para la vida: Primeros resultados del proyecto pisa 2000: Resumen de resultados [Abstract].
- Olgoso, N., & Gallego, S. (2006). Nivel de conocimientos sobre Alimentación/Nutrición sana de los adolescentes malagueños de 1º de ESO. una enfermera en los colegios. *Enfermería Docente*, 85, 6-11.
- OMS (1996). Regional guidelines: Development of health-promoting schools: A framework for action. Regional Office for Europe,
- OMS (1999): Informe del Grupo Escocés de Educación para la Salud La escuela saludable.
- OMS. (1978). Declaración de alma-ata. From <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- OMS. (2006). Obesidad y sobrepeso., 2010 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- OMS. (2008). Consejo ejecutivo., 2010, from <http://www.who.int/governance/es/index.htm>
- OMS. (1983). Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud. informe de un comité de expertos. serie de informes técnicos. (Nº 690 ed.). Ginebra:
- OMS. (1986a). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Retrieved from <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- OMS. (1986b). Health promotion. A discussion document on the concepts and principles.
- OMS. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. Serie De Informes Técnicos, (nº 916)
- OMS. (2005a). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/B CHP_es.pdf

- OMS. (2005b). Comisión de los determinantes sociales en la salud from http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.htm
- OMS/FNUAP/UNICEF. (1999). Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Serie De Informes Técnicos, (nº886)
- Orden Ministerial De 24 De Noviembre De 1992, Por La Que Se regulan Los Comedores Escolares En Los Centros Docentes Públicos Dependientes Del Ministerio De Educación y Ciencia Que Imparten Enseñanzas En Los Niveles Obligatorios y/o De Educación Infantil.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (1986) Uso Racional de los medicamentos. Crónica nº40. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACION MUNDIAL SALUD (OMS). (2002) Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. OMS: Ginebra.
- Ortega, R. M., Requejo, A. M., Lopez-Sobaler, A. M., Quintas, M. E., Andres, P., & Redondo, M. R. (1998). Differences in the breakfast habits of overweight/obese and normal weight school children. *Jnt J Vitam Nutr Res*, (68), 125-132.
- Ortiz, R. V. (2001). Obesidad y diabetes tipo 2 en el niño. una nueva epidemia. *Revista De Endocrinología y Nutrición*, 9(Abril-Junio nº2), 103-106.
- ORUETA R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patología crónica. *Informe Sistema Nacionalde Salud*, 29(2): 40-48.
- Overby, N. C., & Andersen, L. F. (2002). Ungkost-2000: Landsomfattende Kostholdsundersokelse Blant Elever i 4.Og 8.Klasse i Norge,
- Overby, N. C., & Andersen, L. F. (2002). Ungkost-2000: Landsomfattende Kostholdsundersokelse Blant Elever i 4.Og 8.Klasse i Norge,
- Overweight and obesity: Economic consequences.. (2004). Washington: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion,
- Paidós 84. (1985). Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. proyecto universitario. Madrid: Jomagar.

- Palacios, J., Marchesi, A., & y Coll, C. (1999). Desarrollo psicológico y educación, I. Madrid: Alianza Editorial.
- Paradis G, Levesque L, Macaulay AC. (2005). Impact of a prevention of diabetes on body size, physical activity and diet among Kanien'kehá: ka (Mohawk) children 6 to 11: 8-year results from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. PEDIATRICS Vol. 115 No. 2 February,. 333-339 (doi:10.1542/peds.2004-0745)
- Pastor, Y. .: B., I., & García-Merita, M. L. (1999). Estilo de vida y salud.Valencia.: Albatros Educación.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & Garcia-Merita, M. I. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. Revista De Psicología De La Salud, 10(1), 15-52.
- Pedron Giner, M., & Hernández Rodríguez, M. (1993). Alimentación del niño preescolar y escolar. In M. Hernández Rodríguez (Ed.), Alimentación infantil. (2ª ed. ed.,). Madrid: Diaz de Santo.
- Pérez Escobar, M; de la Fuente Rodríguez, C; Sánchez Cordero, M. J; Marmolejo Torrejón, A; Hernanz Mínguez, C; Cejudo López, A. (2008) Evaluación de índice de Masa Corporal (IMC), alimentación y actividad física en escolares de 5 años y sus padres Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. from: <<http://www.index-f.com/para/n3/o012.php>>
- Pérez Rivera, F. J. (2007). "Seguimiento en los centros de salud, programas de salud, educación para la salud del niño, lactante, preescolar y escolar" "Fundamentos De Enfermería Del Niño y Adolescente",
- Pérez Rivera, F. J. (2008). "Bases para un proyecto de educación para la salud en la sociedad del conocimiento" Educación y Sociedad Del Conocimiento, (Octubre)
- Pérez Rivera, F. J., & Mitre Vallejo, M. T. (1996). "Educación para la salud en el colegio de San Andrés del Rabanedo, tres años de experiencia en la escuela" In Niños y enfermeras una atención sin fronteras . Toledo: Asociación Española de Enfermería de la Infancia.
- Pérez Rivera, F. J., Balbuena Martínez, Y., Blanco Valcárcel, A., García López, S., & Martínez de Celis, L. (1998). Evaluación cuantitativa del proyecto de

- educación para la salud de San Andrés del Rabanedo, cinco años después. IV Jornadas Gallegas De Enfermería Pediátrica,
- Pérez Rivera, F. J., Fernández Martínez, E., Castro González, M. P., & Vega Fernández, A. M. (1999). Educación para la salud en la escuela. III Congreso Nacional De Enfermería De La Infancia, IX Jornadas De Enfermería De La Infancia Santiago De Compostela,
- Pérez Rivera, F. J., Fernández Martínez, E., García López, S., Martínez de Celis, L., Castro González, M. P., & Vega Fernández, A. (2000a). Educación para la salud en el colegio de Trobajo del camino (león) una experiencia didáctica. Congreso Internacional De Enfermería De La Infancia,
- Pérez Rivera, F. J., Fernández Martínez, E., García López, S., Martínez de Celis, L., Vega Fernández, A., & Castro González, M. P. (2000b). Evaluación de un programa de educación para la salud en la escuela. III Congreso Internacional De Enfermería De La Infancia,
- Pérez Rivera, F. J., Mitre Vallejo, M. T., Díez de León, J., González Masif, A., & Gómez, C. (1996). Educación para la salud en el colegio de San Andrés del Rabanedo, reflexiones sobre la evaluación Jornadas Asturianas De Enfermería Materno Infantil,
- Pérez, C., & Aranceta, J. (2001). School-based nutrition education: Lessons learned and new perspectives. *Publ Health Nutr*, 4(1), 131-139.
- Perez, R. C., Aranceta, J., Brug, H., Wind, M., Hildonen, C., & Klepp, K. I. (2004). School-based education strategies to promote fruit and vegetable consumption: The pro children project. *Arch Latinoam Nutr*, 54, 14-19.
- Perry, C., Bishop, D., Taylor, G., Murray, D., Warren, R., Dudovitz, et al.. (1998). Changing fruit and vegetable consumption among children: The 5-a-day power plus program in st. paul, minnesota. *American Journal of Public Health*, 88(4), 603-609.
- Pérola de Torres, L. Á., Herrera Morcillo, E., de Miguel Vázquez, M^a.D., & Lora Cerezo, N. (1998). Hábitos alimentarios de los escolares de una zona

- básica de salud de Córdoba. 72(2) (Rev Esp Salud Pública mar-abr), 147-150.
- Peters, L., Kok, G., Ten, G., Buijs, G., & Paulussen, T. (2009).
- Peterson, K., & Fox, M. (2007). Addressing the epidemic of childhood obesity through school-based interventions: What has been done and where do we go from here? 35(1) (Journal of Law, Medicine & Ethics), 113-130. doi:1111/j.1748-720X.2007.00116.x
- Piédrola Gil (2009). Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Elsevier España.
- PIEDROLA, G. (2003). Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª Edición. Barcelona; Ed. Massons.
- Plachta, S., Pust, S., Asbeck, I., Czerwinski, M., Langna, K., Fischer, C., et al (2007). Four-year follow-up of school-based intervention on overweight children: The KOPS study. OBESITY, 15(12), 3159- 3169.
- PLANCHARD, E. (1978): La Pedagogía contemporánea. Madrid: Rialp
- PEREA QUESADA, R. (1992): Educación para la Salud. Madrid: FUE/UNED.
- POLAINO-LORENTE, A. (1987): Educación para la Salud. Barcelona: Herder.
- Pollitt, E., & Matthews, R. (1998). Breakfast and cognition: An integrative summary. Am J Clin Nutr, 67, 804-813.
- Ponte Mittelbrunn, C. (2008). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Asociación Para La Defensa De La Sanidad Pública.,
- Powell, C. A., Walker, S. P., Chang, S. M., & Grantham-McGregor, S. M. (1998). Nutrition and education: A randomized trial of the effects of breakfast in rural primary school children. Am J Clin Nutr, 68, 873-879.
- Prieto Villapun, J. (1999). Proteínas. In M. Hernández Rodríguez, & A. Sastre Gallego (Eds.), Tratado de nutrición (pp. 101-114). Madrid: Ed Diaz de Santos.
- Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J. Consult. Clin. Psychol, 51, 390-395. Retrieved from <http://www.accesowok.fecyt.es/PAPIAS/newAuthSAU?AT>

TREQ=gpoa&PAIPOAREF=01ED003A-EB69-11DF-8F5C-6294F978B81F&PAIPOAURL=http%3A%2F%2Fwww.acc.esowok.fecyt.es%2FGPoA%2FPAPIPoA#bbib34

Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 134–150.

Puig Mójér, M. S., Benito, E., & Tur, J. A. (2001). Evaluación del consumo de alimentos en adolescentes escolarizados de palma de mallorca. 7(1-2)(*Revista Española de Nutrición Comunitaria*), 7-17.

Pyle, S., Sharkey, J., Yetter, G., Felix, E., Furlong, M., & Poston, W. Fighting (2006) an epidemic: The role of schools in reducing childhood obesity. *Psychology in the Schools*, 45(3), 361-376. doi:doi:10.1002/pits.20146

Radcliffe, B., Ogden, C., Welsh, J., Carroll, S., Coyne, T., & Craig, P. (2005). The queensland school breakfast project: A health promoting schools approach. *Nutrición y Dietética*, 62(1), 33-40.

Real Decreto 1030/2006 De 15 De Septiembre, Por El Que Se Establece La Cartera De Servicios Comunes Del Sistema Nacional De Salud, (2006).

REAL DECRETO 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE núm 180 (29 julio 1994); 24404-24410

Real Decreto BOE. 1513/2006, De 7 De Diciembre, Por El Que Se Establecen Las Enseñanzas Mínimas De La Educación Primaria,

REBAGLIATO, M., RUIZ, J. & ARRANZ, M. (1996). Metodología de investigación en Epidemiología. Madrid: Díaz de Santos.

Red aragonesa de proyectos de promoción de salud. Retrieved Julio/5, 2010, from http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SALUDPUBLICA/PROM_EPS/RAPPS

Reinaerts, E., Crutzen, R., Candel, M., De Vries, N. K., & De Nooije, J. (2008). Increasing fruit and vegetable intake among children: Comparing long-

- term effects of a free distribution and a multicomponent program. 23(6)(Health Education Research.), 987-996.
- Reinaerts, E., Noojier, J., & Vries, N. (2007). Fruit and vegetable distribution program versus a multicomponent program to increase fruit and vegetable consumption: Which should be recommended for implementation?. *Journal of School Health*, 77(10), 679-686.
- Requejo, A. M., & Ortega, R. M. (2000). Guías en alimentación: Consumo aconsejado de alimentos. In *Manual de nutrición clínica en atención primaria*. (pp. 15-38) Complutense.
- Resolución de la I conferencia de escuelas promotoras de salud de tesalónica-grecia. (1997). Retrieved Enero/23, 2009, from <http://www.mec.es/cide>
- Reynolds, K., Franklin, F., Binkley, D., Raczynski, J., Harrington, K., Kirk, K., & Person, S. (2000). Increasing the fruit and vegetable consumption of fourth-graders: results from the high 5 project. *Preventive Medicine*, 30, 309-319. doi:10.1006/pmed.1999.0630
- Richter, C. M., Rose, C., & Griesel, R. D. (1997). Cognitive and behavioural effects of a school breakfast. *S Afr Med J*, 87, 93-100.
- Rizo Baeza, M. M. (1998). Estudio etnográfico de los cambios alimentarios entre dos generaciones 2(4)(*Cul Cuid. jul-dic*), 26-33.
- Rizo Baeza, M. M., Infantes, M. J., & Justamante, E. (2002). Uniformidad en la cultura alimentaria entre población urbana y rural.50 (*Metas de enfermería*), 6-11.
- Robinson, Y., & Clarke, A. (1993). Assessment of school based breakfast programs in south australia. report of a study funded under the national health promotion program. adelaide. Health Development Foundation,
- Rocandío, A. M., Ansoategui, L., & Arroyo, M. (2000). Relación entre el desayuno y la obesidad en los escolares. *Rev.Clín Esp.*, 200, 420-423.
- Rocha, A., & Castro, C. S. (2007). Obesidade infantil: Que consequências? 2(5), 59-68.

- ROCHON, A. (1991): Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson.
- Rochon, A. (1991). Educación para la salud. guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson.
- ROCON, J. (1996): Panorámica mundial de la salud, en Documentos de un debate. Aprender para un futuro: Educación para la Salud. Madrid: Fundación Santi- llana.
- Rodríguez Marín, J. (1995). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades: Estilos de vida y salud. In Psicología social de la salud (). Madrid: Ed. Síntesis.
- Rodríguez, J. Y., & Garcia, J. A. (1995). Estilo de vida y salud.. In J. M.
- ROSEN, G. (1958): A history of public health. Nueva York: MD Publications.
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4)
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning and the health belief model. . Health Education,
- ROTHMAN, A. I, y BIRNE, N. (1981): Health education for children and adolescent, en Edu- cational research, vol. 51, pp. 85-100.
- Rotter. (1954). Social learning and clinical psychology.), Social Learning and Clinical Psychology,
- Rufino, J. F., & Jiménez, E. (2007). Obesidad infanto-juvenil: La amenaza de los niños rellenitos. Enfermería Docente, 8, 28-30.
- Rufino, P. M., Muñoz, P., & Gómez, E. (1999). Frecuencia de consumo de alimentos en los adolescentes escolarizados de cantabria. comparación con el documento de consenso guías alimentarias para la población española.13(6)(Gaceta Sanitaria), 449-455.
- Ruiz González, M. D., Martínez Barellas, M., & González Carrión, P. (2000). Enfermería del niño y adolescente.(Difusión avances de la Enfermería)

- RUTTER, P.M., WARREN, S. & Rutter J. (2009). Medicine-related questions handled by community pharmacists: an exploratory study. *Int.J. Pharm. Pract* 17(5): 313-5
- Ruxton, C. H., & Kirk, T. R. (1997). Breakfast: A review of associations with measures of dietary intake, physiology and biochemistry. *Br J Nutr*, 18, 199-213.
- SACYL (2009) Proyectos de promoción para la salud a realizar en centros docentes de Castilla y León. (2009). Retrieved, from http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/insitucion/tkContent?idContent=725989&locale=es_ES&textOnly=false
- SALLERAS SANMARTÍN, L. (1990): Educación sanitaria: principios, métodos, aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos.
- Salleras, L., Fuentes, M., Prat, A., & Garrido, P. (2009). Educación sanitaria, conceptos y métodos.(10th ed.). Barcelona: Masson.
- Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Conway, T. L., Elder, J. P., Prochaska, J.
- Salvador Llivina, T. & Suelves Joanxich, Josep M.ª(2009). Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo. Madrid: Ministerio de Educación.
- Salvador, T., Suelves, J. M., & Puigdollers, E. (2008). Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. guía para las administraciones educativas y sanitarias. Madrid: Ministerio de Educación- Ministerio de Sanidad y Política social
- Sampson, A. E., Dixit, S., Meyers, A. F., & Houser, R. The nutritional impact of breakfast consumption on the diets of inner-city african- american elementary school children. *J Natl Med Assoc*, 87, 195-202.
- San Martin, H. (1982). La crisis mundial de la salud. Madrid: Karpos.
- SANVISENS, A. (1984): Educación, Pedagogía, y ciencias de la educación. Barcelona: Barcanova.
- SARLET GERKEN, A. M. (1996): Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia: la transversalidad educativa. Barcelona: PPU.
- SARRAMONA, J. (1989): Fundamentos de educación. Barcelona: CEAC.

- Save The Children España (2005) Miradas del Sur: la participación infantil, un camino para lograr el Encuentro de Culturas from <http://www.savethechildren.es>
- Savige, G., MacFarlane, A. Ball, K., Worsley, A., & Crawford, D. (2007) Snacking behaviours of adolescents and their association with skipping meals International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 4:36.
- Schalock, R., & Verdugo, M. A. (2003). Calidad de vida. manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc. Enferm., 9(2), 9-21. doi:10.4067/S0717-95532003000200002
- Serra Majem, L. (2006). Nutrición y salud pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones. Madrid: MASSON SALVAT.
- Serra Majem, L. I., Ribas Barba, L., Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C., Saavedra Santana, P., & Peña Quintana, L. (2003). Obesidad infantil en España. resultados del estudio enKid (1998-2000). 121(19)(Medicina Clínica), 725-132.
- Serra, L. I., & Aranceta, J. (2002). Obesidad infantil y juvenil. estudio enKid. Barcelona: Masson.
- SERRANO GONZALEZ, M. I. (1990): Educación para la salud y participación comunitaria. Madrid: Díaz de Santos.
- SERRANO GONZÁLEZ, M. I. et al. (1997): Educación para la salud en el siglo XXI. Comunicación y salud. Madrid: Díaz de Santos.
- Serrano, M. I. (1990). La educación para la salud y participación comunitaria. Madrid: Díaz de Santos.
- Serrano, M. I. (1998). Educación para la salud del siglo XXI. comunicación y salud. Rev Esp Salud Pública, 72, 151-153.
- Shaikh, A. R., Yaroch, A. L., Nebeling, L., Yeh, M. C., & Resnicow, K. (2008). Psychosocial predictors of fruit and vegetable consumption in adults - A

- review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(6), 535-543. doi:10.1016/j.amepre.2007.12.028 ER
- Sharma, M. (2006). School-based interventions for childhood and adolescent obesity.7(3)(*Obesity Reviews*), 261-269. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00227.x
- Sharma, M. (2007). International school-based interventions for preventing obesity in children.8(2)(*Obesity Reviews*), 155-167. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00268.x
- Shaya, F., Flores, D., Gbarayor, C., & Wang, J. (2008). School-based obesity interventions: A literature review.78(4)(*Journal of School Health*), 189-196. doi:10.1111/j.1746-1561.2008.00285.x
- Shephard, R. (1997). *Aging physical activity and health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Siegrist J, Junge A (1989) Background material for the workshop on QALYs. Conceptual and methodological problems in research on quality of life in clinical medicine. *Soc Sci Med* 29:463-468
- Slusser, W. M., Cumberland, W. G., Browdy, B. L., Lange, L., Neumann, C. (2007). A school salad bar increases frequency of fruit and vegetable consumption among children living in low- income households. *Public Health Nutrition*. 10, (12): 1490-1496,
- Sobal, J., & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: A review of the liter. *Psychological Bulletin*, 105, 260–275.
- Sociedad española de nutrición comunitaria. (2006). From <http://www.nutricioncomunitaria.org/generica.jsp?tipo=docu &id=2>
- Sociedad Española de Oncología médica. (2010). *El cáncer en España*. From http://fecma.vinagrero.es/documentos/EL_CANCER_EN_ESPAÑA_2010.pdf
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE QUIMIOTERAPIA (2001). Evaluación del consumo de antibióticos en la atención primaria de salud. *Rev. Española Quimioterapia*. 14 (1): 69-74.

- Souames, M., Brun, P., & Losfeld, P. (2005). Surpoids et régime alimentaire chez l'adolescent : Étude dans les collèges du département des hauts-de-seine. *Archives De Pédiatrie*, 12, 1540-1543.
- St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: Possibilities and challenges. *Health Promotion International*, 16(2), 197-205.
- STASIO, M.J., CURRY, K., SUTTON-SKINNER, K.M. & GLASSMAN, D.M. (2008). Over-the-counter medication and herbal or dietary supplement use in college: dose frequency and relationship to self-reported distress. *J Am Coll Health*, 56 (5): 535-47.
- Stefani, D. (2005). Teoría de la acción razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar*, 5, 22-37. Retrieved from <http://www.revistaevaluar.com.ar/52.pdf>
- Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? (WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)), 10 de Febrero del 2009.
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2006). A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *132(5) (Psychological Bulletin)*, 667 – 691.
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105
- Suarez Garcia, A., Ramirez Tortosa, M. C., & Gil Hernández, A. (1999). Lípidos. In M. Hernández Rodríguez, & A. Sastre
- SUCHODOSLSKI, B. (1977): La educación humanística del hombre. Barcelona: Laia.
- SWEILEH, W.M., SAWALHA, A.F., ZYOUD, S.H., AL-JABI, S.W., SHAMSEH, F.F. & KHALAF, H.S. (2009). Epidemiological, clinical and pharmacological aspects of headache in a university undergraduate population in Palestine. *Cephalalgia*.

- SYME, L. (1991): La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante. *Anthropos*, núm. 118, 39-51.
- Tak, N. I., te Velde, S. J., & Brug, J. (2009). Long-term effects of the dutch schoolgruitem project – promoting fruit and vegetable consumption among primary-school children. *12(8) (Public Health Nutrition)*, 1213-1223.
- Taylor, R. W., McAule, K. A., Barbezat, W., Strong, A., Williams, S.
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma Ata revisited. *Perspectives in health magazine. The Magazine of the Pan American Health Organization*, 8(2)
- TEJEDOR, N., ZAFRA, E., SANCHEZ DEL VISO, Y., LOPEZ, A., ET AL. (1995). Trastornos comunes de Salud: autocuidado y automedicación. *Aten Primaria* 18, 13-18.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *AmJ Public Health*, 65, 1037-1045.
- The food guide pyramid. (1992). *Home and Garden Bulletin*, 19(252)
- Trilla, M. Planas y A. Espluga (Ed.), *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica (6ª ed. ed.,)*. Madrid: Mosby Doyma.
- Trilla, M., Planas, M., & Espluga A (2008). Educación sanitaria. In (Ed.), Martin Zurro A, & Cano Pérez JF *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica (6ª ed.)*. Madrid: Mosby Doyma.
- Tuuri, G., Zanovec, M., Silverman, L., Geaghan, J., Solmon, M., Holston, D., . . . Murphy, E. (2009). "Smart bodies" school wellness program increased children's knowledge of healthy nutrition practices and self-efficacy to consume fruit and vegetables. *Appetite*, 52(2), 445-451. doi:10.1016/j.appet.2008.12.007 ER
- UIPES (2000) Conferencia Regional de la UIPES en Japón Promotion & Education March 7: 93
- UNESCO (2006). *Cultura y Salud*. From <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001035/103546sb.pdf>

- UNESCO (2007). Recursos efectivos en salud escolar. iniciativa FRESH. Retrieved, from http://portal.unesco.org/education/es/ev.phpURL_ID=35157&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- UNICEF. (2009). Health education. Retrieved. From www.unicef.org/lifefskills/index_health_education.html &anno=2
- Unión europea. (1996). Decisión nº 645/96/CE del parlamento europeo y del consejo, de 29 de marzo de 1996, por la que se adopta un programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública. United States Department of Agriculture. (2008). Child nutrition
- Utter, J., Scragg, R., & Schaaf, D. Relationships between frequency of family meals. 2008, 5(50)
- Utter, J., Scragg, R., Schaaf, D., & Ni Mhurchu, C. (2008). Relationships between frequency of family meals, BMI and nutritional aspects of the home food environment among new zealand adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(50) doi:10.1186/1479-5868-5-50
- Valadez, I., Villaseñor, M., & Alfaro, N. (2004). Educación para la salud: La importancia del concepto. *Revista De Educación y Desarrollo*, , 43-48.
- Vaquero Puerta, J. L. (1986). *Salud pública*. Madrid.: Pirámide.
- Velasco, H. & Díaz de Rada, A. (2004) *La lógica de la investigación etnográfica, un modelo de trabajo para etnógrafos de ESCUELA*, 4ª ed, Madrid: Trotta.
- Velde, S., Brug, J., Wind, M., Hildonen, C., Bjelland, M., Perez- Rodrigo, C., & Klepp, K. I. (2008). Effects of a comprehensive fruit- and vegetable-promoting school-based intervention in three european countries: The pro children study. 99 (Br J Nutr:), 893-903.
- Verdugo, M. A., & Sabeh, E. N. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14(1), 86-91.

- Veugeliers, P., & Fitzgerald, A. (2005). Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: A multilevel comparison. 95(3) (American Journal of Public Health), 432-435. doi:10.2105/AJPH.2004.045898
- Vives, A. E. (2007). Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Psicología Científica.com* noviembre from <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-307-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.pdf>
- VON CUBER, F. (1981): La ciencia de la educación. Barcelona: CEAC. YOUNG, I., y WILLIAMS, T. (editores) (1989): The Healthy School. Edinburgo: Scottish Health Education Group.
- Wabitsch, M., Hauner, H., Heinze, E., Mucic, R., Bockmann, A., & Partho, W. (1994). Body-fat distribution and changes in the atherogenic risk-factor profile in obese adolescent girls during weight reduction. *American Journal of Clinical Nutrition*, 60, 54–60.
- Weber, K., Watson, I., & Zakeri, I. (2008). Improvements in middle school student dietary intake after implementation of the Texas public school nutrition policy. *American Journal of Public Health*, 98(1), 111-117.
- Weisburger, J. H. (1991). Nutritional approach to cancer prevention with emphasis on vitamins, antioxidants and carotenoids. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 226–237.
- Wells, L., & Nelson, M. (2005). The national school fruit scheme produces short-term but not longer-term increases in fruit consumption in primary school children. *Br J Nutr*, 93, 537-542.
- WETTON. (1990): Modificación de la percepción del tabaquismo por parte de los niños, en I.a Conferencia Europea de EpS de la Comunidad Europea (CE). Dublín.
- Whaley, L. F., & Wong, D. L. (1988). *Tratado de enfermería pediátrica*. (2ª ed.). Madrid:
- Whitaker RC, Wright JA, Finch AJ, Psaty BM. An environmental intervention to reduce dietary fat in school lunches. *Pediatrics* 1993; 91:1107–11.

- WHO (1993). European network of health promoting schools. A joint WHO-CE-CEC project. (World Health Organization Regional Office for Europe)
- WHO (1996) Declaración de yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI WHO.
- WHO (1998a) Informe sobre la salud en el Mundo 1998, la vida en el siglo XXI from <http://www.who.int/whr/1998/es/index.html>
- WHO (1998b): Healthy nutrition: An essential element of a health- promoting school. WHO global school health initiative. WHO information series on school health. (World Health Organization)
- WHO (2000). The world health report. health systems. WHO, Retrieved from
- WHO (2004).: Young People's health in context. health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. health policy for children and adolescents, no 4. the regional office for europe. (World Health Organization)
- WHO (2005a). Promoting fruit and vegetable consumption around the world. Retrieved Junio/15, 2010, from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/>
- WHO (2005b). Global strategy on diet, physical activity and health. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>
- WHO, (1987). Oral health surveys, basic methods 3 Ginebra: WHO
- WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization.
- Wiefferink, C. H., Peters, L., Hoekstra, F., Ten Dam, G., Buijs, G. J., & Paulussen, T. G. W. M. (2006). Clustering of health-related behaviors and their determinants: Possible consequences for school health interventions. *Prevention Science*, 7(2), 127-149. doi:10.1007/s11121-005-0021-2 ER
- Willians, T. (1989). Health education in the schools. Cambridge: Harper & Down.

- Winawer, S. J., St John, J., Bond, J. D., Hardcastle, O., Kronborg, B., Flehinger, D., . . . Blinov, J. (1990). Screening of average-risk individuals for colorectal cancer. WHO Collaborating Centre for the Prevention of Colorectal Cancer: Bull World Health Organ, 68,
- Wind, M., Bjelland, M., Pérez, C., Velde, J., Hildonen, C., Bere, E., et al (2008). Appreciation and implementation of a school-based intervention are associated with changes in fruit and vegetable intake in 10- to 13-year old schoolchildren—the pro children study. Health Education Research., 23(6), 997-1007.
- Winson, A. (2008). School food environments and the obesity issue: Content, structural determinants, and agency in canadian high schools. Agriculture and Human Values, 25(4), 499-511. doi:10.1007/s10460-008-9139-8 ER
- Wolf, A., Yngve, A., Elmadfa, I., & et al. (2005). Fruit and vegetables intake of mothers of 11-year-old children in nine european countries: The pro children cross-sectional survey.49 (Ann Nutr Metab), 246- 254.
- Wolfe, W. S., Campbell, C. C., Frongello, E. A., Hass, J. D., & Melnik, T. A. (1994). Overweight school children in new york state: Prevalence and characteristics. Am J Public Health, 84, 807-813.
- World Bank (1993). World development report 1993.
- World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. (2007). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: A global perspective.
- World development report 1993. (1993). World Bank,
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (WHO). (1986) Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication. World Health Organization (Regional Office for Europe) Copenhagen.
- Yus Ramos, R. (1994). Educar desde la transversalidad. Aula De Innovación Educativa 32, (noviembre)
- Yus Ramos, R. (1996). Temas transversales: Hacia una nueva escuela. Barcelona: Graó.

Zagalaz, M. L., Amador, L., Torres, G., & Cachón, J. (2009). Reflexiones sobre la salud y calidad de vida del profesorado. *ARTE Y MOVIMIENTO*, 1, Diciembre 2009.

Zametkin, A. J., Zoon, C. K., Klein, H. W., & Munson, S. M. (2004).

Zapata, L., Bryant, M., R., & Hefelfinger, J. (2008). Dietary and physical activity behaviors of middle school youth: The youth physical activity and nutrition survey. *Journal of School Health*, 78(1), 9-18.

Zaragoza, C., & Fernández-Novell, J. M. (2004). Sobrepeso, obesidad y hábitos alimenticios en estudiantes de enseñanza secundaria de los alrededores de Barcelona.10(1)(*Revista Española de Nutrición Comunitaria.*), 26-29.

ZARAGÜETA, J. (1981): *La ciencia de la Educación*. Barcelona: CEAC.

ZUBIRI, J. (1986): *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza.