

Rendimiento escolar y salud en adolescentes de Lloret de Mar (Girona)

Objetivo. Comparar el rendimiento escolar de adolescentes nativos e inmigrantes y estudiar los factores de salud asociados.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Centro de Atención Primaria de Lloret de Mar, Girona.

Participantes. Todos los adolescentes de 12-18 años escolarizados en el municipio de Lloret de Mar en 2004-2005.

Mediciones principales. En el cuestionario autoadministrado se incluyeron la dimensión de rendimiento académico de la versión española del instrumento Child Health and Illness Profile Adolescent-Edition (CHIP-AE)¹, la escala de nivel socioeconómico Family Affluence Scale (FAS)², el nivel de estrés psicológico mediante el Cuestionario de Salud General (GHQ-12)³, así como la percepción de apoyo social (Escala de Oslo)⁴, y escalas de discriminación y de rechazo social. El plan de análisis incluyó el cálculo de las medias, la desviación estándar y los porcentajes. Se construyeron modelos de regresión lineal múltiple para determinar la capacidad explicativa de las variables estudiadas.

Resultados. El número de respuestas fue de 1.246 (88,9%), de las cuales 226 (18,1%) procedían de inmigrantes. Obtuvieron mayores puntuaciones (tabla 1) de rendimiento escolar los adolescentes de 12-13 años, las chicas, aquellos cuyos padres tenían estudios universitarios, los de nivel socioeconómico elevado y los que tenían mayor apoyo social percibido ($p < 0,001$) compensados con sus pares en las categorías opuestas. También obtuvieron mejores puntuaciones los que tenían una menor puntuación en el GHQ y los que no declararon tener conductas de riesgo. El estatus migratorio no presentó ninguna asociación con el rendimiento. Los modelos de regresión lineal explicaron entre el

TABLA 1 Rendimiento académico global y según el estatus migratorio: puntuaciones medias según los grupos y correlaciones con factores sociales (discriminación y rechazo) (n = 1.246)

	Total	Nativos	Inmigrantes	p
	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	
Total	50,0 ± 10,0	49,9 ± 9,9	50,2 ± 9,9	NS
Chicas	50,2 ± 9,7	50,2 ± 9,7	50,3 ± 9,8	
12-13 ^a	54,6 ± 9,6 ^{b,c}	54,4 ± 9,7 ^{b,c}	55,5 ± 9,5 ^{b,c}	
14-15 ^b	47,0 ± 8,5 ^a	48,1 ± 8,5 ^a	46,5 ± 8,0 ^a	
16-18 ^c	48,0 ± 9,5 ^a	< 0,001	47,6 ± 9,3 ^a	< 0,001
Chicos	49,7 ± 10,2	49,6 ± 10,1	50,1 ± 9,9	
12-13 ^a	54,3 ± 10,6 ^{b,c}	54,1 ± 11,0 ^{b,c}	53,8 ± 6,9 ^{b,c}	
14-15 ^b	48,2 ± 8,3 ^a	47,8 ± 7,9	50,0 ± 10,0 ^a	
16-18 ^c	45,1 ± 9,2 ^a	< 0,001	45,0 ± 8,5	< 0,001
Nivel de estudios (familia)				
Hasta primarios ^a	47,8 ± 10,2 ^c	47,7 ± 10,1 ^c	49,6 ± 11,3	
Secundarios ^b	49,5 ± 9,4 ^c	49,6 ± 9,4 ^c	48,6 ± 9,5	
Universitarios ^c	51,3 ± 10,1 ^{a,b}	< 0,001	52,0 ± 10,2 ^{a,b}	< 0,001
Nivel socioeconómico				
Bajo ^a	47,4 ± 8,9 ^{b,c}	46,7 ± 8,3 ^{b,c}	48,1 ± 9,1	
Medio ^b	50,1 ± 9,9 ^{a,c}	49,9 ± 10,0 ^{a,c}	51,1 ± 9,6	
Elevado ^c	51,9 ± 10,3 ^{a,b}	< 0,001	51,9 ± 10,2 ^{a,b}	51,2 ± 11,4
Estrés psicológico				
0-2	51,2 ± 9,9	51,1 ± 9,9	51,2 ± 9,9	
≥ 3	47,7 ± 9,6	< 0,001	47,3 ± 9,5	< 0,001
Hábito tabáquico				
No fumador ^a	51,4 ± 9,8 ^{b,c}	51,4 ± 9,7 ^{b,c}	51,6 ± 10,0 ^c	
Fumador esporádico ^b	48,3 ± 9,5 ^{a,c}	48,2 ± 9,9 ^{a,c}	47,6 ± 8,2	
Fumador diario ^c	43,2 ± 8,1 ^{a,b}	42,6 ± 7,9 ^{a,b}	< 0,001	45,1 ± 8,0 ^a
> 5 copas en una fiesta				
No	51,6 ± 10,0	51,5 ± 10,7	52,1 ± 9,9	
Sí	46,3 ± 8,7	< 0,001	46,0 ± 8,6	< 0,001
Apoyo social				
Presencia	51,4 ± 10,2	51,6 ± 10,3	49,8 ± 9,7	
Falta	49,2 ± 9,7	< 0,001	48,8 ± 9,5	< 0,001
Correlación (Pearson) entre rendimiento académico y discriminación y rechazo social				
Percepción de discriminación	-0,01	NS	-0,005	NS
Rechazo social (<i>bullying</i>)	-0,02	NS	-0,03	NS
				0,02
				NS

DE: desviación estándar; NS: no significativo.

a,b,cSignificación estadística entre las diferentes categorías en las pruebas post hoc. Valores perdidos: rendimiento académico, 49 casos; sexo, 4 casos; edad, 45 casos; nivel de estudios, 20 casos; FAS (Family Affluence Scale), 40 casos; nacionalidad, 43 casos; GHQ, 57 casos; apoyo social, 46 casos; discriminación, 23 casos; rechazo social, 11 casos.

22,4 y el 24,7% de la varianza. Fueron factores asociados de forma diferencial para cada sexo, el estado de salud mental (chicos) y la falta de apoyo social (chicas).

Discusión y conclusiones. Starfield consideraba la salud como la «capacidad de participar plenamente en funciones y actividades físicas, sociales y psicosociales apropiadas a la edad»⁵. En los adolescentes de nuestro medio, la escolarización, y más específicamente el rendimiento escolar (RE), es una de las funciones más importantes. El fenómeno migratorio de los últi-

mos años ha supuesto la incorporación de un gran número de adolescentes inmigrantes en nuestras escuelas⁶. En 5 años (cursos 1998-1999 a 2003-2004) en la educación secundaria obligatoria (ESO) y el bachillerato, de 28.869 la cifra llegó a 123.686, lo que supone un incremento de 94.817 adolescentes (328%). En el presente estudio se elabora un perfil del adolescente con un buen rendimiento escolar basado en un buen estado de salud mental, la evitación de conductas de riesgo (tabaco y alcohol), el sexo femenino, la adolescencia temprana

Este estudio ha sido parcialmente financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación Cooperativa IRYSS G03/202) y por el fondo de Investigación Sanitaria (N.º PI0212206).

Palabras clave: Adolescente. Inmigración. Rendimiento escolar. Estado de salud mental.

(12-13 años) y un nivel socioeconómico medio o elevado, independientemente de su condición de inmigrante o nativo.

**Francisco Codina García^a,
Imma Morató^a, José M. Valderas^b
y Luis Rajmil^c**

^aCentre d'Atenció Primària de Lloret de Mar. Girona. España. ^bInstitut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona. España. ^cAgència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM). Barcelona. España.

1. Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Herdman M, Riley A, Starfield B. Validity of the Spanish Version of the Chile Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Med Care*. 2003;41:1153-63.
2. Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Educ Res*. 1997;12:385-97.
3. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9:139-45.
4. Meltzer H. Development of a common instrument for mental health. En: Nosikov Gudex, editores. *EUROHIS: developing common instruments for health surveys*. Amsterdam: IOS Press; 2003.
5. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:452-4.
6. Aguinaga J, Andreu J, Cachón L, Comas D, López A, Navarrete L. *Informe Juventud en España 2004*. Injuve (Instituto de la Juventud) Ministerio de Trabajo; 2005 [citado 28 Jun 2005]. Disponible en: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=1729623244&menuId=>