

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia
de la Ciencia



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A
CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD EN LOS
JÓVENES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE
MADRID**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Petra Julia Carbajo García

Bajo la dirección de los Doctores:

Enrique Regidor Poyatos
Vicente Domínguez Rojas

Madrid, 2002

ISBN: 84-669-2093-5

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A CONDUCTAS
RELACIONADAS CON LA SALUD EN LOS JÓVENES DE LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**

TESIS DOCTORAL

PETRA JULIA CARBAJO GARCIA

DIRECTORES:

ENRIQUE REGIDOR POYATOS Y VICENTE DOMINGUEZ ROJAS

MADRID 2002

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera expresar mi estima y consideración más sincera hacia el Profesor Dr Enrique Regidor Poyatos, por su dedicación. Creo que difícilmente la ejecución de este trabajo alcance la altura que merece su dirección.

Así mismo mi consideración y reconocimiento especial al Dr Vicente Domínguez Rojas, Catedrático del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, también director de este trabajo.

Gratitud a D. Felipe Vilas Herranz, Director General de Salud Pública y a D. Iñaki Galán del Servicio de Epidemiología, pertenecientes ambos a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, por su amabilidad al remitirme la documentación y las bases de datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil (SIVFRENT-J) de los años 1.996, 1.997 y 1.998, sin los cuales no hubiera sido posible este trabajo.

Gratitud también a D. Gregorio Barrio de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Justicia e Interior por facilitarme documentación relacionada con las Encuestas sobre drogas a la población escolar.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Factores de riesgo ligados al comportamiento	6
1.1.1. Consumo de tabaco	11
1.1.2. Consumo de alcohol	24
1.1.3. Consumo de otras drogas	32
1.1.4. Hábitos alimentarios	50
1.1.5. Realización de ejercicio físico	63
2. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	69
2.1. Objetivo general	72
2.2. Objetivos específicos	72
3. MATERIAL Y MÉTODO	73
3.1. Diseño del estudio	74
3.2. Fuente de datos, tamaño muestral y población	74
3.3. Cuestionario	78
3.4. Variables	80
3.4.1 Variables independientes	80
3.4.2. Variables dependientes	83
3.4.2.1. Consumo de tabaco	83
3.4.2.2. Consumo de alcohol	84

IV

3.4.2.3. Consumo de otras drogas	85
3.4.2.4. Hábitos alimentarios	86
3.4.2.5. Realización de ejercicio físico	90
3.5. Método estadístico	92
3.5.1. Estudio descriptivo	92
3.5.2. Cálculo de las medidas de asociación	93
4. RESULTADOS	101
4.1. Distribución de la muestra	102
4.2. Tasa de no respuesta a las variables de estudio	103
4.3. Prevalencia de los factores de riesgo	103
4.4. Prevalencia de los factores de riesgo según las variables independientes	105
4.4.1. Consumo de tabaco	105
4.4.2. Consumo de alcohol	107
4.4.3. Consumo de otras drogas	109
4.4.4. Hábitos alimentarios	114
4.4.5. Realización de ejercicio físico	118
4.5. Resultados del análisis de regresión logística	119
4.5.1. Consumo de tabaco	119
4.5.2. Consumo de alcohol	122
4.5.3. Consumo de otras drogas	124

4.5.4. Hábitos alimentarios	131
4.5.5. Realización de ejercicio físico	138
TABLAS	140
FIGURAS	181
5. DISCUSIÓN	212
5.1. Discusión de la metodología	213
5.1.1. Diseño del estudio	213
5.1.2. Población	214
5.1.3. Cuestionario	216
5.1.4. Variables	217
5.1.5. Método estadístico	224
5.2. Discusión de los resultados	224
6. CONCLUSIONES	295
7. BIBLIOGRAFÍA	298
ANEXO	345

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los adolescentes forman aproximadamente una quinta parte de la población del mundo con una edad entre 10 y 19 años, y más de las cuatro quintas partes de ese total se hallan en los países en desarrollo. Los cambios en las condiciones de vida provocan cambios en el comportamiento, y los países han reconocido que el comportamiento formado en el segundo decenio de la vida tiene consecuencias duraderas para la salud individual y pública. Entre los problemas de salud, asociados con tipos concretos de comportamiento, figuran las consecuencias de la actividad sexual sin protección, que aumenta el riesgo de embarazos, partos precoces y no deseados, de abortos peligrosos y de infecciones de transmisión sexual, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; los problemas asociados al uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias que reducen la capacidad de juicio y aumentan el riesgo de cáncer, de enfermedades cardiovasculares y de enfermedades respiratorias; los traumatismos accidentales y violentos; los problemas de salud asociados a la sobrealimentación y a la desnutrición y los problemas relacionados con la higiene bucodental, así como las enfermedades endémicas. Un número cada vez mayor de países está destinando, a través de distintos sectores, recursos a la salud y al desarrollo de los adolescentes, para prevenir sus problemas sanitarios y proporcionarles atención y tratamiento (1). Estos hábitos de vida poco saludables se han relacionado con las principales causas de mortalidad y con las principales enfermedades crónicas que afectan a la población.

En España, las causas principales de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio, como son la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, el cáncer, otras enfermedades crónicas como son la diabetes mellitus y la cirrosis hepática, los accidentes, las causas externas de traumatismos y envenenamientos, los accidentes de tráfico, el suicidio y el SIDA. En 1992, el 40% de todas las muertes fueron debidas a enfermedades del aparato circulatorio. En cuanto a la mortalidad por cáncer, España presenta tasas bajas de mortalidad

con respecto a otros países, sin embargo la mortalidad en la Unión Europea descendió desde 1975 a 1995 un 3%, mientras que en España, en ese período, aumentó un 6%. Con respecto a la mortalidad por accidentes y causas externas, hay que destacar la mortalidad por accidentes de tráfico, que es la causa principal de mortalidad prematura antes de los 35 años, siendo España uno de los países con mayor tasa de mortalidad con un 17%, superior a la media de la Unión Europea (2).

En la Comunidad de Madrid, las causas principales de muerte son los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio y las causas externas (3). En los jóvenes la mayor parte de la mortalidad es violenta, sobre todo por accidentes de vehículos a motor, homicidio y suicidio. Las neoplasias y las enfermedades cardiovasculares son las siguientes causas de muerte (4).

Todas estas causas de muerte tienen en común factores de riesgo ligados a los hábitos y al comportamiento, muchos de ellos relacionados y tienen como característica principal su inicio en la juventud. Este grupo de población es más vulnerable a los efectos nocivos de muchas influencias (cierta publicidad perversa, entorno de amigos poco favorable a las buenas costumbres, figuras familiares que representando papeles fundamentales a imitar refuerzan actitudes negativas con respecto a factores de riesgo para la salud como son el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, alimentación inadecuada y escaso ejercicio físico) y sobre todo, una educación inadecuada por parte de la familia y la escuela (5).

Por ello, en este grupo de población es idóneo la valoración de los factores de riesgo que pueden estar ya presentes para su corrección, para potenciar y promover una auténtica acción formativa y preventiva dirigida a la salud, de forma individualizada y por grupos de riesgo, en la que deben colaborar la familia y los colegios (6 - 8) a quien también preocupa la situación por

el incremento del consumo de tabaco y alcohol en el propio centro (9), con las consiguientes repercusiones académicas negativas y de convivencia, además de las sanitarias. Si bien ya se incluyen en la programación curricular temas transversales de educación para la salud, hasta ahora no ha sido eficaz el resultado (10 - 12).

La carencia de datos comparables sobre el consumo de tabaco y otras características de estilos de vida en los jóvenes europeos, debido a la diferente metodología utilizada en los estudios de algunos países, motivó la creación de un proyecto de cooperación científica internacional en el ámbito de la promoción de la salud, para recoger información de forma homogénea sobre los estilos de vida que tienen relación con la salud en muestras representativas de alumnos de once, trece y quince años (13).

El primer estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud, basado en ese proyecto, fue realizado en 1983-84 por Finlandia, Noruega, Reino Unido y Austria (Health Behaviour School-age Children o HBSC). Posteriormente en 1985-86 se realizó el segundo estudio en el que participaron un mayor número de países europeos y Canadá (14).

En Estados Unidos, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, realiza cada dos años una encuesta a escolares sobre conductas de riesgo (Youth Risk Behavior Survey), en una muestra representativa nacional, estatal y local a escolares con edades entre 12 y 21 años, formando parte del Youth Risk Behavior Surveillance System, que monitoriza la prevalencia de los principales conductas de riesgo para la salud de los jóvenes, completando la encuesta de salud nacional (National Health Interview Survey) (15).

En España, desde 1986 se lleva a cabo periódicamente, cada cuatro años, el estudio

sobre conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud, formando parte del Estudio europeo sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (ECERS), organizado por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (16). Este estudio es el primero que se realiza con muestra representativa de escolares de todo el país para recoger información sobre conductas relacionadas con la salud. Después de la encuesta de 1986, se han realizado dos más, una en 1990 y la otra en 1994, ésta última incluyó además a jóvenes de 17 y 18 años (14, 16, 17).

Desde 1994, el Plan Nacional sobre Drogas realiza otra encuesta, de ámbito estatal, con una metodología parecida, en la que recoge información sobre el consumo de drogas entre los escolares de 14 a 18 años (18). Posteriormente se han realizado dos más, en 1996 (19) y en 1998 (20).

En el ámbito local, merecen destacar dos series de estudios realizados en Barcelona por Comín y otros (21) y en Mallorca por Calafat y otros (22), respectivamente, sobre factores de riesgos ligados al estilo de vida en escolares (FRISC), que por su periodicidad han permitido seguir la evolución de estas conductas de riesgo en sus ámbitos geográficos respectivos. El estudio de Barcelona se inició en 1986 con el objeto de conocer el nivel de ejercicio, el consumo de tabaco y de alcohol y su relación con factores predisponentes en estudiantes de EGB, posteriormente en 1990, se realizó otro similar en Lérida por Comín y otros (23).

Otros estudios de ámbito local son el Estudio Brigantium sobre factores de riesgo cardiovascular en la niñez y adolescencia en un área rural gallega por Castro - Beiras y otros en 1993 (24), el estudio de factores de riesgo cardiovascular en los escolares de la ciudad de Cuenca, que muestra cifras altas de colesterol y tensión arterial con respecto al resto de España

realizado por Martínez y otros en 1996 (25).

Hay que destacar un estudio reciente en el Municipio de Madrid sobre el consumo de drogas y factores asociados en el que se incluye encuesta a escolares de Educación Secundaria, entre 14 y 18 años. En él se pone de manifiesto la situación actual de los hábitos de salud de los jóvenes de Madrid por Navarro y Gómez (26).

1.1. FACTORES DE RIESGO LIGADOS AL COMPORTAMIENTO

La promoción de la salud fue definida en la Conferencia Internacional de Ottawa en 1986 (27) como el proceso de capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla, potenciando aquellos factores que sostienen estilos de vida saludable y reducir aquellos otros que generan enfermedad, combinando medidas políticas de muy diversa índole con medidas educativas y organizativas dirigidas a los individuos y a las comunidades.

El estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo. Un estilo de vida puede calificarse de saludable si genera o mantiene la salud, es decir, si ayuda a añadir años a la vida y vida a los años y hace menos probable la aparición de enfermedades e incapacidades. Tanto las conductas que implican un riesgo para la salud, como las que la favorecen no suelen estar aisladas. Los factores que determinan el estilo de vida y que tienen interacción entre sí son las características individuales genéticas o adquiridas (personalidad, intereses, educación recibida, etc.), las características del entorno social en que se desenvuelve el individuo (vivienda,

familia, amigos, vecinos, ambiente laboral o escolar y otros grupos organizados voluntariamente), factores macrosociales (el sistema socioeconómico, la cultura, el sistema educativo, la influencia de los grupos económicos y otros grupos de presión, los medios de comunicación, las instituciones oficiales, etc.) que a su vez influyen en los anteriores y el medio físico geográfico (1, 28).

La adolescencia no es tan sólo la ampliación de la infancia. Cuando el niño se hace adolescente, se producen importantes cambios físicos y psicológicos. La pubertad modifica de manera especial el sistema reproductor, el sistema de respuesta sexual y la manera en que los jóvenes se perciben a sí mismos y a los demás. El cuerpo crece, aumenta su resistencia y se producen en él cambios que agudizan las diferencias entre los sexos (29); la capacidad para el pensamiento abstracto y la empatía pasan a primer término; y surgen nuevas relaciones sociales entre los jóvenes, así como entre los jóvenes y adultos dentro y fuera de la familia. Esas nuevas posibilidades de desarrollo dan origen a un nuevo comportamiento, que varía no sólo en razón del sexo y el nivel de madurez física, psicológica y social del individuo, sino también del entorno social, cultural, político, físico y económico en el que vive el adolescente. Los estilos de vida de los jóvenes por lo general suponen comportamientos con más riesgos que los de otros grupos de la población, el hábito de fumar, el abuso del alcohol y de las drogas y la falta de respeto a las reglas, son ejemplos de comportamientos que a menudo ponen en peligro la salud de los jóvenes. El comportamiento arriesgado es un ingrediente natural del crecimiento, y a pesar de que puede constituir un peligro para su salud, hace que el joven se sienta adulto (1, 30).

La OMS ha puesto de manifiesto que los traumatismos involuntarios son la principal causa de defunción entre jóvenes, en especial accidentes de tráfico en el caso de los varones; que el suicidio entre los jóvenes aumenta y es una causa destacada de fallecimiento, en especial entre

adolescentes varones; que la violencia interpersonal está aumentando entre los jóvenes, con mayor número de víctimas entre las mujeres y que la desnutrición y sobrealimentación en los jóvenes son problemas cada vez más graves en los países en desarrollo y en los industrializados (1).

La mejora del nivel de vida y las nuevas tecnologías en muchas sociedades ofrecen muchas posibilidades para el desarrollo de los jóvenes, pero también se dan cambios que aumentan los riesgos para su salud, a menudo por la influencia que tienen sobre el comportamiento. En los últimos años se ha avanzado en el estudio de las relaciones entre diferentes conductas de salud con la intención de diseñar estrategias de intervención más efectivas, como ponen de manifiesto algunos estudios de factores de riesgo en jóvenes como el de Kitange y otros en 1993 (31), los realizados en Estados Unidos por Lowry y otros en 1996 (32) y el Centers for Disease Control and Prevention (15), así como el estudio PBDAY realizado por Sternby y otros en 1999 (33).

Las conductas de riesgo en los estudiantes de secundaria se relacionan intensamente entre sí (34), tanto en los chicos como en las chicas y son más frecuentes en los que tienen más edad, en los que disponen de más dinero semanalmente y en los que estudian formación profesional (16, 17, 35, 36). En los países desarrollados, el tabaco suele ser la primera sustancia adictiva con la que los jóvenes se ponen en contacto y desde aquí progresan en el uso de otras sustancias, y se inicia frecuentemente en la adolescencia (15, 37 - 39). En los más jóvenes, el consumo de tabaco y alcohol es mayor en niños que en niñas y al aumentar la edad las diferencias desaparecen, aumentando la proporción de fumadores y bebedores (17, 23, 40 - 42). Entre las conductas de riesgo relacionadas con los accidentes de tráfico y muertes violentas, se encuentra el consumo de alcohol por los jóvenes (15, 43). El tabaco y alcohol no son considerados como drogas por los

jóvenes (23, 44 - 46), mostrando una actitud favorable hacia su consumo e indiferencia hacia las campañas antitabaco (36, 47 - 50) y estas sustancias suelen preceder al consumo de las drogas ilegales (36, 41, 51).

El uso de drogas ilícitas se extiende cada vez más, con tendencia a pautas de consumo más arriesgadas y, en general, el consumo de alcohol y de drogas se relaciona con la actividad sexual (15, 36). El cannabis es la sustancia adictiva más frecuentemente consumida después del tabaco y el alcohol (15, 17, 36, 52); el porcentaje de consumidores de las drogas ilegales, aumenta con la edad y es mayor en los chicos que en las chicas, excepto en el caso de los tranquilizantes, siendo mayor su consumo por las chicas, observando una tendencia hacia la homogeneización del consumo entre los sexos (15, 17, 52). El uso de sustancias nocivas aumenta el riesgo de cáncer, de enfermedades cardiovasculares y de enfermedades respiratorias en años posteriores de la vida como han puesto de manifiesto numerosos estudios (4, 33, 53 - 66).

Un hallazgo constante en la literatura es que los individuos pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos presentan mayor mortalidad, mayor número de problemas de salud, estilos de vida menos saludables y esperanza de vida menor que los pertenecientes a estratos socioeconómicos altos (67 - 94).

Los indicadores socioeconómicos más utilizados para medir la clase social, actualmente son la ocupación, nivel de ingresos y la educación (85), como también han propuesto el Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (95). De todos ellos, el nivel de estudios es el mejor indicador, pues permite incluir a mayor número de personas en el estudio y además muestra una importante

asociación con los ingresos y con la clase social; el nivel de estudios es el criterio más importante de cualificación en el entorno laboral. La ocupación excluye a un gran porcentaje de mujeres que no tienen actividad laboral y a los hombres que están parados, jubilados o incapacitados. El nivel de ingresos no se suele incluir en los estudios, pues presenta una tasa de respuesta muy baja. El autopercepción social, es decir la percepción subjetiva de la clase social que tiene una persona, también permite determinar, en las encuestas de salud, el nivel socioeconómico como han concluido Fernández y otros (96). La consideración del género y de las variables que tienen que ver con él, en las encuestas de salud, está fuera de toda duda (97) para determinar las desigualdades en salud de la población.

Relacionada con la clase social y el nivel socioeconómico hay que considerar también la talla como indicador de salud positiva que tiene la ventaja, frente a los indicadores de salud negativa, de referirse a toda o a una parte importante de la población (68). La altura se suele utilizar como una medida del estado nutricional, del grado de desarrollo y crecimiento de una persona que además está influido por factores genéticos, factores del lugar de nacimiento, de las condiciones de vida durante la niñez y la adolescencia y del nivel socioeconómico que tiene la persona, medido por el nivel de estudios, por los ingresos o por la ocupación del individuo o del entorno familiar, si son jóvenes, como se ha podido comprobar con algunos estudios (98 - 102), observando diferencias en la altura de los individuos pertenecientes a clases sociales distintas, de forma que los más altos habían tenido mejores condiciones de vida o se encontraban en las clases sociales altas, mientras que los de estatura menor habían tenido peores condiciones en su infancia o se encontraban en las clases sociales más bajas.

También se han apreciado diferencias en la altura en distintos grupos de edad, según el año de nacimiento; de tal forma que, en España concretamente, según los datos recogidos en las

encuestas nacionales de salud, como la de 1987 (103), los grupos más jóvenes presentaban mayor talla y los grupos de mayor edad menor talla, disminuyendo progresivamente la talla a medida que aumentaba la edad, tanto en hombres como en mujeres. España presenta una talla media inferior en cualquier grupo de edad, tanto en hombres como en mujeres, a la de otros países desarrollados (68). Otros estudios realizados en otros países como Inglaterra y Escocia por Gulliford y otros (104), en Polonia por Bielicki y Szklarska (105), en China por Li y otros (106), en Portugal por Padez y Johnston (107) y en Latino América por Bogin y Keep (108), ponen de manifiesto diferencias en la altura de unas generaciones a otras, influidas por las condiciones favorables o desfavorables del país en cada momento y demuestran como cambios en las condiciones políticas, sociales y económicas están asociados a incrementos y decrecimientos de la estatura media de la población.

En España las investigaciones en jóvenes sobre la relación entre características sociodemográficas y factores de riesgo relacionados con la salud, son incompletas, muy escasas en el ámbito nacional, realizados de forma dispersa en las Comunidades Autónomas y algunas carecen de ellos, lo que no permite la comparación de los resultados para tomar medidas que disminuyan las desigualdades en salud (69, 109, 110) y sólo valoran algunos factores de riesgo de forma independiente.

1.1.1. CONSUMO DE TABACO

El tabaco fue introducido en Europa tras el descubrimiento de América. El consumo de tabaco, en un principio, fue elitista y minoritario. Se extendió progresivamente por Europa

hasta el siglo XIX, momento en que los procedimientos industriales permitieron la fabricación de cigarrillos manufacturados y proliferaron las industrias de fabricación de cigarrillos en varios países, lo que originó el incremento del hábito tabáquico en la población de los países occidentales. Desde este momento se empieza a pensar en el papel causal que podría estar desempeñando el tabaquismo en diversas enfermedades (111).

Los primeros estudios epidemiológicos que confirman esta sospecha comienzan a realizarse alrededor de los años 50 en Inglaterra por Doll y Hill (53, 54) y en Estados Unidos en 1948 comienza el estudio de Framingham (112). En 1962 se publica el primer informe del Royal College of Physicians of London (113) y en 1964 se publica el primer informe del Surgeon General de Estados Unidos (114), en todos ellos se pone de manifiesto la importancia del tabaquismo en el desarrollo de diversas enfermedades y en la mortalidad de todos aquellos que fumaban. En el informe del Surgeon General de Estados Unidos de 1979 (115) sobre tabaco y mortalidad general se concluye que existe una probada relación dosis- respuesta entre tabaquismo y el aumento de la mortalidad, medida por la edad en que se comienza a fumar, número de años de consumo de cigarrillos e intensidad de la inhalación, avalado por estudios clínicos, experimentales, anatomopatológicos y epidemiológicos.

Los datos de grandes estudios prospectivos de poblaciones de varios países muestran que los varones fumadores tiene una tasa de mortalidad global un 70% mayor que los no fumadores. Las cardiopatías coronarias y el cáncer de pulmón son las principales causas de esta mortalidad. Hay que añadir otras consecuencias del tabaquismo como son un mayor porcentaje de incapacidad debido a enfermedades crónicas y un mayor absentismo laboral que en los no fumadores; se ha definido al tabaquismo como la gran epidemia del siglo XX (115, 116).

Desde entonces se han realizado gran cantidad de estudios en diversos países como el de Peto y otros en 1992 (117), el de Banegas y otros en 1993 (118), el de Doll en 1994 (55), el de González y otros en 1997 (119) y el de Gupta y Mehta en la India (64), todos ellos coinciden en afirmar que el tabaquismo es la principal causa de enfermedad, incapacidad y muerte prematura evitable en muchos países (120).

El tabaquismo surgió asociado al desarrollo, la industrialización y la influencia de los valores materiales predominantes en la sociedad de consumo; afecta a una parte importante de la población y ocasiona tres millones de muertes al año, con una tendencia ligeramente decreciente (3%) en el conjunto de la Unión Europea desde 1988 a 1995 en la mortalidad por cáncer de pulmón. En España, a pesar de tener una mortalidad menor por este tipo de cáncer, se ha producido un incremento del 19% en la mortalidad por cáncer de pulmón, tras 15 años de exposición, desde 1940 hasta 1988 (58) y de 11% desde 1988 a 1995 (2). En 1999 el tabaco ocasionó 4 millones de muertes en el mundo y se estima que para el año 2020 la mortalidad atribuible al tabaco superará los 8 millones anuales (121).

La mortalidad de las mujeres fumadoras es algo menor que la de los varones que fuman, pero está aumentando, como lo demuestran los últimos estudios de prevalencia de consumo de tabaco en mujeres (122, 123). Por todo ello, el tabaquismo constituye hoy día uno de los mayores problemas de salud pública, en los países desarrollados, que puede ser prevenido.

Se considera adicción tabáquica o tabaquismo el consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarrillos, en forma que supone un riesgo para la salud a medio o largo plazo (124).

El humo del tabaco de los cigarrillos es un aerosol heterogéneo producido por la combustión incompleta de la hoja del tabaco, en el que se han identificado más de 4.000 sustancias. Algunas son farmacológicamente activas, otras son antigénicas, citotóxicas, irritantes, mutágenas y carcinogénicas (125).

La nicotina es el principal ingrediente psicoactivo del tabaco, contenido en la fracción alcalina de la fase de partículas del humo del tabaco que es rápidamente absorbida y alcanza concentraciones significativas en el sistema nervioso central en pocos segundos, es una droga adictiva con efecto estimulante originando un estado de alerta, por otra parte disminuye los reflejos medulares y estimula la liberación de hormona antidiurética; sobre el aparato cardiovascular produce bradicardia, vasoconstricción periférica, aumento de la presión arterial, de la frecuencia y contractilidad cardíaca y del consumo de oxígeno del miocardio. Otros efectos que produce la nicotina es un descenso de los niveles plasmáticos de insulina, pudiendo agravar una diabetes, la inhibición de la síntesis de prostaciclina en tejidos vasculares y modificación de muchos parámetros bioquímicos como la fosfatasa ácida y alcalina (126).

En la fase de partículas destacan otras sustancias, con efecto carcinógeno, como el alquitrán, agregado de partículas después de eliminar la nicotina y la humedad, formada principalmente por los hidrocarburos aromáticos polinucleares, siendo el benzopireno la principal sustancia y las aminas aromáticas. Otras sustancias carcinógenas, irritantes y aceleradoras tumorales son el fenol, el cresol, benzopireno, indol, carbazol, catecol, oligometales como níquel y arsénico. En la fase gaseosa destacan sustancias tóxicas, irritantes y carcinógenas como el monóxido de carbono, ácido cianhídrico, acetaldehído, acroleína, amoníaco, formaldehído, óxidos de nitrógeno, hidracina, cloruro de vinilo y nitrosaminas, derivadas de la nicotina. Los efectos nocivos biológicos de estas sustancias son los

responsables de las consecuencias adversas del tabaquismo, y además hay que tener en cuenta la susceptibilidad individual mediada genéticamente, la exposición ambiental y profesional, el uso de medicamentos, enfermedades coexistentes y otros factores de riesgo (125).

Las enfermedades más importantes debidas al tabaquismo y que producen mortalidad y morbilidad excesiva son las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas (61), el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (54, 55). Las enfermedades cardiovasculares asociadas al tabaquismo son la cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares, la arteriosclerosis obliterante y la tromboangitis obliterante. El tabaco, tanto sólo, como asociado a otros dos factores de riesgo principales para las enfermedades cardiovasculares, como son la hipertensión y la hipercolesteronemia, originan y agravan estos procesos (33).

El cáncer de pulmón es la principal localización de cáncer originado por el tabaquismo (53, 58). El tabaquismo también es responsable de otros tipos de cáncer como son el de laringe, boca, vejiga y esófago en hombres y mujeres. Contribuye como factor de riesgo al desarrollo de cáncer de riñón, hígado y páncreas. Se ha asociado también, con cáncer de estómago, de cervix uterino y con leucemia mielocítica (63, 127).

El tabaquismo es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y se ha asociado con una mayor incidencia de infecciones respiratorias y muertes por neumonía y gripe (128). Se originan complicaciones respiratorias postoperatorias y neumotórax espontáneo, más frecuentemente, en los fumadores. La estomatitis crónica y la laringitis crónica se producen más frecuentemente en los fumadores que en los no fumadores. Entre los trastornos gastrointestinales asociados al tabaquismo se encuentran la enfermedad ulcerosa gástrica y duodenal. También se ha descrito mayor riesgo de pérdida de audición en los fumadores y

expuestos al humo del tabaco que los no fumadores (62) y síntomas depresivos en adolescentes (129, 130).

Aunque el consumo de tabaco tiene las mismas repercusiones para la salud en los hombres que en las mujeres, éstas últimas presentan además otras consecuencias negativas del consumo de tabaco derivados de los procesos que tienen que ver con la función ovárica y la secreción estrogénica, produciendo un efecto antiestrogénico que tiene como principal consecuencia negativa la aparición precoz y la evolución acelerada de la osteoporosis (127). Además de las repercusiones en la gestación. Durante el embarazo el tabaquismo puede afectar seriamente al feto, por alteración de la circulación uteroplacentaria, produciendo un aumento de riesgo de aborto espontáneo, muerte del feto, síndrome de muerte súbita del lactante, bajo peso al nacer y menor crecimiento físico a largo plazo (126, 131).

A todos estos trastornos hay que añadir el riesgo para la salud provocado por el hábito tabáquico en otras personas, fenómeno conocido como fumar pasivo (66, 132 - 134), especialmente en los niños, más vulnerables a enfermedades en la infancia originadas por el tabaco, como infecciones respiratorias agudas, otitis medias agudas y predisposición a padecer asma en años posteriores (65, 135, 136); también se ha relacionado con trastornos del crecimiento en los primeros años de la vida (131, 137).

A pesar de esta elevada morbilidad y mortalidad, cada año un número considerable de niños y adolescentes comienzan a fumar (39, 138), la mayoría de los fumadores consolidados, tienen gran dificultad para abandonar el hábito, dependiendo fundamentalmente de la edad en que comenzaron a fumar, la dependencia a la nicotina y del nivel de estudios alcanzado. Los que comenzaron a fumar antes de los 13 años tienen más dificultad en abandonar el hábito y a

medida que aumenta la edad de inicio, mayor probabilidad tienen de dejar de fumar, los que han alcanzado menor nivel de estudios tienen más dificultad en abandonar el hábito en algunos países (37, 139), aunque en España esta última asociación de abandono del hábito tabáquico con el nivel de estudios no ha sido demostrada (42).

El Comité Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, en 1987 adoptó un Plan de Acción contra el tabaquismo en el que se establecieron una serie de indicadores que sirvieran para evaluar las estrategias y programas preventivos, así como de comparación entre países. Entre los indicadores se encuentran los que permiten medir el predominio del tabaquismo en diferentes grupos de población, teniendo en cuenta el sexo, edad, nivel socioeconómico y ámbito geográfico. Esto ha permitido determinar que en la Unión Europea, el consumo de cigarrillos por persona y año ha venido descendiendo desde 1976 hasta 1997, si embargo en España la tendencia es ascendente, con un incremento importante en los últimos 20 años. El consumo de cigarrillos por persona y año en España es alto comparado con el resto de países de la Unión Europea, con un 34% de fumadores, ocupando junto al Reino Unido, Irlanda y Bélgica una posición intermedia. Francia, Grecia y Holanda presentan una prevalencia de fumadores superiores al 40%, Portugal y Suecia 24% (2).

En 1998 surgió la iniciativa por la Asociación Estadounidense de Lucha contra el Cáncer en colaboración con la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de crear una base de datos sobre las características de los países en relación con la lucha antitabáquica, en la que participaron 191 Estados Miembros de la OMS, dos Estados Miembros Asociados, dos provincias de China y tres territorios ocupados, para crear un sistema mundial de información para vigilar regularmente el comercio, el cultivo y la industria de ese producto, así como la prevalencia del hábito de fumar, la mortalidad asociada y los recursos

nacionales para la lucha antitabáquica (140).

En 1999 los Estados Miembros de la OMS, se reunieron para adoptar el primer tratado, con una perspectiva internacional, que fue el Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica (141, 142). La información recogida puso de manifiesto que, en el ámbito mundial, los hombres tenían una probabilidad de fumar cuatro veces mayor que las mujeres en 1998 y la prevalencia más alta de tabaquismo masculino se registró en la Región del Pacífico Occidental. Las diferencias de prevalencia de tabaquismo por sexos eran menores en la Región de las Américas y la Región de Europa y mayores en la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental. El consumo per capita de cigarrillos fue más bajo en los países con un índice de desarrollo humano menor y el consumo fue más alto en los países con mayor índice de desarrollo humano (140).

La Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS), desarrollada por la Iniciativa "Liberarse del tabaco" de la OMS y por la Oficina de Tabaco y Salud de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, analiza la evolución del consumo de tabaco entre los jóvenes de 13 a 15 años de edad, en países del todo el mundo, usando una metodología común y un cuestionario básico y tiene como objetivo aumentar la capacidad de los países para diseñar, aplicar y evaluar programas de prevención y control del tabaquismo. Los resultados de la encuesta de 1999, llevadas a cabo en 12 países, puso de manifiesto que la prevalencia del consumo habitual de tabaco osciló entre un 33% y un 10%, que la mayoría de los fumadores actuales desean dejar de fumar, pero son pocos los que lo han intentado, que en la mayoría de los países la mayor parte de los jóvenes han visto anuncios de cigarrillos en los medios de comunicación y han sido informados en la escuela sobre los peligros del hábito de fumar. Así como también ha puesto de manifiesto que la exposición al

humo del tabaco ambiental era muy elevada en todos los países (143).

En Estados Unidos, Youth Tobacco Surveillance y Evaluation System incluye encuestas de base escolar de ámbito internacional, nacional y estatal. La encuesta nacional (National Youth Tobacco Survey) en 1999 fue representativa de 50 estados y en la encuesta estatal (State Youth Tobacco Surveys) de 1998 participaron tres estados, en 1999 participaron trece y en el 2000 participaron 26 estados (144). Estas encuestas representan una fuente importante para controlar y evaluar programas de control del consumo de tabaco de base estatal en los jóvenes.

El resultado de estas encuestas detectó porcentajes de uso habitual de tabaco de 12,8% en los más jóvenes y 34,8% en los de mayor edad, en la encuesta nacional de 1999. El consumo fue mayor en los hombres que en las mujeres. Los estudiantes que fumaban diariamente presentaron prevalencias de 4,6% los hombres y 3,9 las mujeres, en los más jóvenes y 20,2% los hombres y 19,9% las mujeres, en los de mayor edad. El consumo excesivo de 6 cigarrillos o más el día que fumaron presentó porcentajes de 18,4% en los hombres y 12,3% en las mujeres, en el grupo más joven y 32,7% en los hombres y 25,2% en las mujeres en el grupo de más edad. En la encuesta estatal de 1998 y 1999, la prevalencia de consumo de tabaco en los estados osciló entre 13,8% y 30,6% en los más jóvenes y 32,3% y 46,3% en los de mayor edad. Además detectaron un descenso importante en el consumo de tabaco entre los datos del primer año y los últimos, en algunos estados.

El CDC analizó los cambios en el consumo de cigarrillos en los estudiantes en Estados Unidos desde 1991 a 1999 a través de la encuesta sobre conductas de riesgo en jóvenes (Youth Risk Behavior Survey), que se realiza cada dos años en Estados Unidos de forma representativa

nacional, estatal y local (38). En este estudio detectaron mayor consumo en los hombres que en las mujeres, mayor cuanto más edad tenían los estudiantes. El consumo aumentó desde 1991 a 1999, aunque en el último año se detectó cierta tendencia al descenso y a la estabilización, lo cual sugiere que en los próximos años el consumo pueda descender de forma más considerable. Los porcentajes obtenidos fueron 27,6% en los hombres y 27,3% en las mujeres en 1991, 29,8% en los hombres y 31,2% en las mujeres en 1993, 35,4% y 34,3% respectivamente en 1995, 37,7% y 34,7% respectivamente en 1997 y 34,7% en los hombres y 34,9% en las mujeres en 1999.

En España tras evaluar los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 1987, de 1993 y la de 1997 (2), se puede observar que la tasa de varones de edad entre 16 y 24 años fumadores habituales en 1987 fue de 22,6 %, en 1993 de 18,3% y en 1997 de 14,1%, en las mujeres en este mismo grupo de edad la tasa en 1987 fue de 11,2%, en 1993 de 9,8% y en 1997 de 10,0%. En la Comunidad de Madrid la tasa ajustada por edad, en población de 16 y más años, fue de 28,7% en 1987 y de 25,3 en 1993 en varones. En las mujeres, la tasa fue de 9,3 % en 1987 y de 10,4% en 1993. Se aprecia un descenso en el hábito tabáquico, aunque en la Comunidad de Madrid se aprecia un aumento del consumo en las mujeres, tendencia observada en otras comunidades autónomas (39). En cuanto al nivel de estudios la tasa ajustada por edad de fumadores, en los varones fue mayor en los que no tenían estudios que en los que tenían estudios superiores, tanto en 1987 como en 1993 y en 1997; sin embargo en el grupo de mujeres, la tasa fue mayor en las que tenían estudios superiores que en las que no tenían estudios, tanto en 1987 como en 1993 y en 1997 (2, 4).

En el estudio de Mendoza en escolares desde 1986 -1990 (16), las tasas de fumadores con un consumo regular en España, fueron en 1986 de 6% en los chicos y de 5% en las chicas

en muestras de 11 a 15 años, aumentando estas cifras a medida que se incrementaba la edad, a los quince años la tasa era de 13%. Las diferencias en las tasas, entre los once países restantes que participaron en el proyecto, se hicieron más patentes a medida que aumentaba la edad de los escolares. A los 11 años la proporción de fumadores diarios de cigarrillos es muy reducida y casi idéntica en todos los países, oscilando las tasas entre 0% y 2%. A los 15 años los países mostraron gran heterogeneidad entre sí. En Finlandia los chicos de 15 años presentaron una tasa de 35% y las chicas de 27%. En Hungría la tasa para los chicos de 15 años fue de 25%. En Suiza fue de 12% y en Israel de 10% para los chicos. Las chicas presentaron una tasa de 7% en Escocia, Noruega y Hungría.

En el estudio de 1990 de Mendoza, se recoge información de los escolares de 6º y 8º de EGB como en los estudios anteriores y además de escolares de 2º de BUP y FP-I. Las tasas de fumadores diarios en los chicos fueron muy bajas hasta los 13 años. A los 14 años y 15 años la tasa fue de 10%, a los 16 años la tasa fue de 20% y en el grupo de edad de 17 a 18 años fue superior a 30%. En las chicas, a los 14 años la tasa fue de 3%, a los 15 años fue de 16%, a los 17 y 18 años la proporción de chicas que fumaban diariamente fue superior a la de los chicos con una tasa de 38%. Con estos resultados llegaron a la conclusión de que el inicio del incremento del consumo diario de tabaco se da más tardíamente en las chicas que en los chicos y que una vez producido el mayor incremento con la edad la tasa de consumo es mayor en las chicas que en los chicos. Los alumnos de FP fuman un promedio mayor de cigarrillos diarios que los de BUP teniendo en cuenta la edad, aunque la proporción de fumadores sea similar en ambos cursos.

En cuanto a las diferencias en las tasas de consumo, según el nivel profesional y la situación laboral de los padres, en 1986 encuentran que los hijos de padres no cualificados

fumaban en mayor proporción que los hijos de los titulados superiores y los hijos de los que estaban parados o trabajaban ocasionalmente fumaban más que los de padres con empleo fijo. Sin embargo en 1990, no encuentran diferencias en las tasas según estas variables socioeconómicas. España ocupaba en 1986 una posición intermedio-alta en el contexto europeo en cuanto al consumo de tabaco por parte de los escolares. Al igual que en los otros países europeos estudiados, se observa un fuerte incremento entre los once y los quince años, tanto en haber experimentado con el tabaco como en consumirlo regularmente. El final de la infancia y el inicio de la adolescencia son en la actualidad períodos críticos en lo que se refiere a la adopción de esta drogodependencia.

En la última “Encuesta sobre drogas a la población escolar” con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, realizada en 1998 por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (20), presenta una proporción de 21,6% de escolares que fuman diariamente. La evolución seguida por el consumo de tabaco desde 1994 hasta la fecha actual es ligeramente decreciente, con una moderación en el número de cigarrillos consumidos, siendo 7,7 la media de cigarrillos al día. La prevalencia en el consumo de tabaco entre los escolares es superior en las chicas que en los chicos. El 39,8% de las chicas ha fumado alguna vez frente al 28,8% de los chicos. En el último mes lo han hecho el 33,3% de las chicas y el 22,7% de los chicos. La edad aparece asociada al consumo de tabaco, aumentando la prevalencia a medida que lo hace la edad. La edad media de inicio se sitúa en los 13,1 años y en los 14,4 años para el consumo diario no existiendo diferencias entre los sexos en la edad de inicio (145).

El estudio llevado a cabo en el Municipio de Madrid en 1997, en escolares de enseñanza secundaria por Navarro y Gómez en 1998 (26), pone de manifiesto la prevalencia de consumidores habituales de tabaco en población escolar, con edades comprendidas entre los 13

y 19 años, siendo la tasa en hombres de 19,7% y en mujeres de 31,7%, apreciándose un mayor consumo en los de más edad. En el grupo de 13 - 14 años, la tasa fue de 7,3% y en el grupo de 19 años la tasa fue de 52%. En cuanto al nivel educativo de los padres la mayor prevalencia de tabaquismo (29,0%), la presentaron los escolares cuyos padres tenían menor nivel de estudios y la menor (23,6%), los que tenían mayor nivel de estudios. En cuanto a la ocupación, los escolares cuyos padres trabajaban tenían menor prevalencia 25,4% y los que tenían padres jubilados o pensionistas los que mayor prevalencia de tabaquismo 35,5%. Y presentaron mayor prevalencia los estudiantes de FP-I con un porcentaje de 69,6% y los que habían repetido dos o más cursos.

En España, como en otros países, los estudios de prevalencia de tabaquismo en adultos (40, 60, 146, 147) y en jóvenes (17, 23, 38, 51, 52, 143, 148 - 150), ponen de manifiesto la situación del consumo de tabaco en los últimos años, mostrando una tendencia decreciente en la prevalencia de fumadores, aunque ha aumentado la proporción de mujeres fumadoras (39); mayor prevalencia de consumo de tabaco en los adolescentes, a medida que aumentaba la edad (36, 41); la prevalencia de fumadores presentó mayor proporción en los niveles socioeconómicos más bajos, sobre todo en los hombres (42); el hábito de fumar regularmente en los adolescentes se asoció directamente a la presencia de tabaco en el entorno familiar y social e inversamente con el nivel de educación de los padres (34, 48 - 50, 65, 138, 151, 152).

Dejar de fumar tiene enormes ventajas físicas, psicológicas y económicas a corto y largo plazo. El Surgeon General de los Estados Unidos resumió las principales ventajas para la salud que proporciona el abandono del hábito tabáquico, tanto para hombres como para mujeres de cualquier edad, tanto con patología como sin ella. Entre estas ventajas hay que destacar el aumento de la esperanza de vida para los que dejaron de fumar, la reducción del riesgo de

padecer cáncer relacionado con el tabaco, la reducción de infarto de miocardio, de enfermedad cerebrovascular y de enfermedad obstructiva crónica (153, 154).

1.1.2. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol está muy arraigado en los patrones culturales vigentes en nuestra sociedad. Ello se debe a que el alcohol es una sustancia que viene siendo elaborada y consumida desde hace miles de años. El alcohol se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales dando lugar a una bebida que contiene entre el 14 % y 15 % de alcohol. Con la destilación se obtienen mayores concentraciones. Es soluble tanto en un medio lipídico como acuoso, esto le permite atravesar fácilmente las membranas de las paredes del estómago y ser rápidamente absorbido y distribuido por el sistema circulatorio a los tejidos. El alcohol de bebida, alcohol etílico o etanol, pertenece a la familia farmacológica de depresores del sistema nervioso central. En concentraciones bajas, sus efectos iniciales sobre la conducta son estimulantes, reducen la tensión y puede ser utilizado como herramienta para enfrentarse a situaciones sociales (155).

El alcohol en nuestra sociedad actual cumple muchas funciones: psicotrópica, terapéutica, alimentaria, como fuente de calorías para el esfuerzo laboral, como mecanismo de cohesión, integración y estructuración cultural, como mecanismo de control social, como instrumento de identificación y diferenciación cultural y/o social, como mecanismo de transgresiones estructurales, de adaptación en situaciones de cambio, de solución al tiempo vacío social y/o individual y como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad (156, 157).

El consumo habitual de alcohol, ocasiona en un gran número de personas graves problemas físicos, familiares, psicológicos, psiquiátricos y sociales (43). La ingesta de cantidades pequeñas de alcohol se manifiesta por locuacidad, agresividad, hiperactividad y disminución de la capacidad de autocontrol. Si la ingesta es mayor, se produce un estado de embriaguez en el que se acentúan los signos anteriormente mencionados y aparecen variaciones en el estado de ánimo, pasando de la euforia a la agresividad y la depresión. En este estado la capacidad de atención está disminuida y existe tendencia al sueño, pudiendo ocasionar estupor y coma si el consumo aumenta hasta originar la muerte por paro respiratorio. Los síntomas están relacionados con los niveles de alcoholemia, que son proporcionales a la cantidad de alcohol ingerido. A partir de los 100 mg/ 100 ml se produce la embriaguez, a partir de los 300 - 400 mg/100 ml se inicia el coma y a partir de los 500 mg/100 ml se produce la muerte (155, 158).

El consumo crónico de alcohol en cantidades relativamente elevadas es responsable del desarrollo de lesiones hepáticas, como la cirrosis hepática, alteraciones del tracto intestinal, como la gastritis y la úlcera péptica, en el páncreas produce pancreatitis, en el sistema nervioso produce la encefalopatía de Wernicke, la psicosis de Korsakov, el delirium tremens y a nivel periférico la polineuritis alcohólica, miocardiopatía y cardiopatía isquémica, complicaciones hematológicas, trastornos endocrinos y musculares, hiperuricemia, osteopenia, cáncer de cavidad oral, lengua, faringe, laringe, esófago, carcinoma hepatocelular e hipertensión (159 - 161). Y es el responsable de la muerte de muchas personas al año en España, tanto por las lesiones directas, anteriormente mencionadas, como por accidentes de tráfico y laborales. Además de estar implicado en el 50% de los homicidios y ser un factor determinante en muchos casos de malos tratos a la pareja y a los hijos (2).

Aunque la mortalidad por ciertas enfermedades relacionadas con el alcohol ha

disminuido desde 1980 a 1990, pasando de 33,6 personas fallecidas por 100.000 habitantes (58 hombres y 14 mujeres por 100.000) a 31 fallecidos por 100.000 (54 hombres y 12 mujeres por 100.000) (162). Según datos de la estadística de "Defunciones según causa de muerte" del Instituto Nacional de Estadística, en 1995 el 3,5% de los fallecimientos totales fueron debidos al alcohol, siendo las patologías hepáticas las más frecuentes. España figura como el 8º país según mortalidad por cirrosis, con 21 muertes por 100.000 habitantes al año (163).

Esta tendencia hacia la disminución de la mortalidad por ciertas enfermedades relacionadas con el alcohol, según datos de los indicadores de salud de la 4º evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos, también se ha observado; así como ha continuado descendiendo, en los años siguientes hasta 1995, de tal forma que las tasas ajustadas por 100.000 habitantes fueron, en 1995, de 47 en los hombres y 10 en las mujeres (2).

El consumo de vino se ha relacionado significativamente con la mortalidad por cardiopatía isquémica, de forma que cantidades moderadas en el consumo de vino se asocia negativamente con la mortalidad y cantidades elevadas se asocia positivamente con mayor mortalidad por cardiopatía isquémica (164 - 167).

En el ámbito laboral, el consumo abusivo de alcohol ocasiona accidentes, absentismo, menos rendimiento, problemática en el grupo de trabajo, cargas sociales, inadecuación, inadaptación, mortalidad y suicidio en trabajadores. Dentro de la problemática psiquiátrica y psicológica, destaca el hecho de ser la familia quien sufre directamente las consecuencias del abuso del alcohol a través de relaciones conflictivas de pareja, agresividad en las relaciones familiares y las posibles repercusiones en los hijos (168).

El término alcoholismo se utiliza referido a aquellas personas dependientes del alcohol o que tienen graves dificultades y problemas debido al consumo abusivo del mismo y es considerado como un trastorno progresivo y está definido por el sistema diagnóstico CIE-10 de la OMS en Europa y el sistema DSM-IV de la Asociación de Psiquiatría Americana (124, 169). El consumo de bebidas alcohólicas se inicia en la adolescencia y progresa lentamente, llegando a constituirse en un problema hacia la mitad o al final de los veinte años. Para llegar a ser un adicto se requiere un patrón de gran bebedor y muy reiterativo, y esto se desarrolla de un modo característico durante unos años. Otros comienzan a serlo a una edad avanzada, sin haber tenido previamente problemas de abuso o dependencia del alcohol, dándose más este fenómeno en mujeres que en varones mayores, cuando en edades tempranas es a la inversa. La exposición crónica al alcohol produce dependencia física. El alcoholismo se da más frecuentemente en el varón, la mujer con problemas de alcohol comienza a beber más tardíamente, apreciándose en los últimos años un cambio en los patrones de bebida tradicionales hacia el modelo de bebida anglosajón, en los más jóvenes, bebiendo el fin de semana cantidades muy importantes de alcohol hasta llegar a la embriaguez, lo que está produciendo también un cambio en el tipo de bebedores y en la solicitud de los recursos asistenciales (170).

El consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes tiene una serie de características especiales ya que es poco frecuente, muy irregular y se ingiere en cantidades importantes, como han puesto de manifiesto varios estudios realizados en España en escolares y adolescente (35, 171 -174), por lo que tiene una gran repercusión sobre todo en la mortalidad por accidentes con vehículos a motor, que es la primera causa de muerte en los jóvenes, otro hecho importante es la frecuente asociación con otras conductas de riesgo como son el consumo de tabaco y drogas (17, 23, 36, 52, 175).

A pesar de la gravedad del problema, y del surgimiento de nuevas formas de consumo, en los últimos 30 años, en España, como en los países tradicionalmente productores de vino, Francia, Italia, Portugal y Grecia, se ha producido globalmente un descenso en la cantidad de alcohol puro per cápita en todos estos países, aunque España sigue siendo uno de los países a la cabeza mundial del consumo de alcohol y con mayor número de personas dependientes del alcohol (176, 177). En España en 1996 el consumo de alcohol absoluto por persona y año fue de 9,3 litros. La prevalencia de bebedores excesivos en varones de 16 a 24 en 1987 fue de 5,9%, mientras que en 1997 fue de 1,9, en las mujeres la prevalencia de bebedoras excesivas fue de 1,1% y 0,0 % en los respectivos años. Teniendo en cuenta el nivel de estudios la prevalencia de bebedor excesivo fue mayor en los varones de nivel más bajo 6,4% en 1997, mientras que en las mujeres la prevalencia mayor fue en el nivel de estudios medio y superior (2).

El segundo informe del Observatorio Español sobre Drogas presenta los datos sobre consumo de alcohol, conocidos a través de los distintos indicadores que recoge el Observatorio español, así como los resultados de estudios e investigaciones realizados e impulsados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Entre otros temas, analiza con detenimiento diferentes aspectos relacionados con el consumo de alcohol en España a partir de la Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas realizada en 1997, motivado por la elevada prevalencia del consumo de alcohol, junto con el papel que esta sustancia representa entre los adolescentes y jóvenes como droga de inicio, unido al impacto social y sanitario derivado de su consumo. (178).

Siguiendo la evolución en el período 1995 - 97, las tendencias básicas fueron: un aumento en el número de consumidores, pero con unas pautas de consumo menos problemáticas; la persistencia de distintos patrones de consumo de alcohol para jóvenes y

adultos, mientras éstos últimos consumen alcohol de forma regular diariamente, los jóvenes, en su mayoría, lo hacen de forma elevada durante el fin de semana. A pesar del consumo masivo de alcohol que realiza un amplio sector de la juventud, los mayores problemas derivados del abuso de esta sustancia afectan a la población adulta, concentrándose los porcentajes de bebedores de gran riesgo entre los grupos de edades de 29 a 48 años con un 6,2% y de 49 a 65 años con un porcentaje de 5,9%.

Los adultos consumen alcohol, sobre todo vino y cerveza, de forma regular a lo largo de la semana, mientras que los jóvenes presentan un reducido porcentaje de consumo de alcohol los días laborables, pero aumentan su ingesta durante el fin de semana, sobre todo cerveza y combinados, utilizando el alcohol como mediador del ocio y de las relaciones sociales, provocando graves efectos sociales y sanitarios. El grupo de edad donde mayores consumos se registran en días laborables es el de 36 a 48 años con un porcentaje de 50,9% frente a un 12,5% en el grupo de 15 a 18 años que es el de menor consumo. En el fin de semana se invierten los hábitos y son los jóvenes quienes beben con mayor frecuencia que los adultos. El 70,4% de los jóvenes de 15 a 28 años consume algún tipo de bebida alcohólica en el fin de semana frente al 65,4% de adultos. Si bien los dos grupos, adultos y jóvenes, aumentan las frecuencias del consumo de alcohol en el fin de semana.

Otras tendencias que destacan son que desde los comienzos de la década de los cincuenta viene produciéndose una reducción progresiva en la edad de inicio al consumo de alcohol que ha pasado de una media de 16,8 años en la edad de inicio del consumo de alcohol, en la población de entre 15 y 65 años, a la media de 13,6 años de edad, en la población entre 14 y 18 años de edad, en las últimas generaciones.

Otro hecho que se está produciendo es una importante incorporación de mujeres jóvenes al consumo de alcohol, existiendo una equivalencia en las tasas de consumo de alcohol en ambos sexos, entre los 15 y los 18 años. En este grupo de edad, un 73,6% de mujeres ha consumido alcohol en el último año y un 41,9% en el último mes, frente a los porcentajes en los varones de 72,5% y 47,3% respectivamente.

Cuando se tiene en cuenta el consumo de alcohol en el último mes, la frecuencia de consumo de los adultos es más del doble que la de los jóvenes. Mientras los jóvenes consumieron una media de 6,6 días a lo largo del último mes, la frecuencia de los adultos llega hasta los 13,7 días. La frecuencia en el número de días en que se ha ingerido alcohol se relaciona directa y linealmente con la edad.

Los hombres beben por término medio casi el doble de días que las mujeres, 13,6 días frente a 7,7 días respectivamente. El número de consumiciones ingeridas, entre los que consumieron alcohol en el último mes, fue de 4,2 por término medio. Los varones beben una media de 4,7 consumiciones frente a 3,4 consumidas por las mujeres. Los adultos beben 4,2 consumiciones por término medio frente a las 4 consumidas por los jóvenes.

En la Encuesta a escolares sobre drogas de 1998, ponen de manifiesto que los chicos beben mayor cantidad de alcohol que las chicas, aunque éstas lo hacen con mayor frecuencia. La cantidad media de alcohol consumida por los escolares es de 12,2 cc en los días laborables y de 186,8 cc en el fin de semana, (227,6 cc los chicos y 150,6 cc las chicas). El porcentaje de chicos que han consumido alcohol alguna vez fue de 83,3% y en las chicas fue de 85,1%. En el último mes los porcentajes de consumo de alcohol fueron 64,7% y 66,9% respectivamente. El 23,6 % se ha emborrachado alguna vez en los últimos 30 días (145).

La encuesta a escolares de secundaria en el Municipio de Madrid en 1997 (26) presenta un 2,4 % de escolares que beben a diario, un 39,5 % lo hacen de una a tres veces por semana y un 28,2% lo hacen de forma ocasional. La edad media de inicio en hombres es de 12,61 años y en las mujeres de 13,16 años. El consumo abusivo es mayor en los grupos de más edad 7,0%, y en las mujeres 5,2%, en los que los padres tenían estudios superiores 6,4% y en los que pertenecían a las clases sociales más bajas 12,8%. El menor consumo abusivo se observó en los escolares cuyos padres trabajaban 3,7%. En cuanto a los que se emborracharon en los últimos doce meses, el porcentaje mayor fue en los hombres 10,2%, en el grupo de más edad 12,0%, en los estudiantes de FP-I 13,5%, los que habían repetido dos o más cursos 15,9% y los que pertenecían a la clase media alta y alta.

En el inicio del uso del alcohol hay tres tipos de influencias directas importantes: la influencia de la familia y de los pares, la influencia de modelos y el desarrollo de experiencias relacionadas con el alcohol (179). La influencia de la familia es clara al ser una droga permitida socialmente; es en el seno familiar donde, habitualmente, los niños se inician en el consumo del alcohol (5) y cada sociedad tiene unos peculiares usos sancionados acerca de en qué momento se empieza a beber y cómo se puede beber de un modo social. Una parte de este modo social de beber, en nuestra actual sociedad, va a conducir a un beber abusivo (35).

En un segundo momento son los pares o grupos de iguales los que van a tener más importancia que la familia en el proceso de socialización y de aprendizaje de las normas sociales (174). Ambos, la familia y el grupo de iguales, van creando en el niño o adolescente actitudes, costumbres, ideas y valores hacia el alcohol que lo van a marcar de modo importante para su futuro consumo de alcohol (171, 172, 173). La influencia de los modelos tiene gran

relevancia en nuestra sociedad, ya que los medios de comunicación de masas sugieren modelos deseables y modelos indeseables. Finalmente, la persona aprende cómo actuar con el alcohol, junto a los factores anteriores, con sus experiencias directas con el alcohol (168).

1.1.3. CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Las drogas de consumo ilícito, de las que se suele abusar más, se pueden agrupar en varias categorías: opiáceos, psicoestimulantes, psicodpresores, alucinógenos, cannabis y sustancias volátiles. Esta clasificación fue sugerida por la OMS en 1975 y es similar a la actual de la CIE-10. (124).

Los opiáceos incluyen el opio y sus derivados, tales como la morfina, heroína y codeína (180). El opio es una sustancia oscura y gomosa extraída del jugo de las vainas verdes de las semillas de la amapola del opio. El opio se toma normalmente por vía oral o esnifada, se calienta y se inhala el vapor. La morfina, el principal ingrediente activo del opio, se extrae en forma de un polvo blanco y amargo sin olor. Cada grano de opio contiene cerca de una décima parte de morfina. La morfina se usa en medicina para aliviar el dolor extremo por sus efectos depresores en el sistema nervioso central. Se puede esnifar, pero el polvo, generalmente, se mezcla con agua y se inyecta bajo la piel con una aguja hipodérmica, para que el efecto sea máximo, se inyecta directamente en la vena.

La heroína se produce a partir de la morfina por un simple proceso químico. También es un polvo blanco y sin olor. Si se usan agujas o ingredientes sucios, puede ocasionar

infecciones, tales como el SIDA o la hepatitis, una de las principales causas de muerte entre los adictos. La heroína es el opiáceo más usado, siendo más adictivo que la morfina. Las dosis de la calle se diluyen con lactosa para extraer todos sus beneficios. La heroína también se diluye con quinina, de sabor amargo para que los adictos no puedan juzgar sobre la concentración de heroína saboreando la mezcla. La quinina pura inyectada en cantidad suficiente puede que sea la principal causa de las muertes atribuidas a sobredosis de heroína. Los adictos, a menudo, mueren también al inyectarse la heroína bajo la influencia del alcohol o los barbitúricos, porque esta combinación de drogas tiene un doble efecto depresivo.

La codeína también es un derivado de la morfina. Usado a menudo para aliviar dolencias leves, tiene las mismas propiedades analgésicas que otros narcóticos, aunque más suaves. Los opiáceos sintéticos, meperidina y metadona fueron creados como sustitutivos químicos de los opiáceos naturales y son usados en medicina como analgésicos. Son adictivos y su uso médico está restringido.

La morfina y otros agonistas opioides del tipo de la morfina, además de la analgesia, produce depresión respiratoria, miosis, disminución de la motilidad gastrointestinal, sensación de bienestar o euforia, bradicardia, hipotensión, vasodilatación y enrojecimiento cutáneo, a dosis terapéuticas. La intoxicación aguda por sobredosis clínica, accidental en adictos, por sensibilidad al opiáceo o intencionada, cursa con una primera fase de excitación con actividad sensorial exaltada, inquietud, agitación y posteriormente, con una fase de depresión, dependiendo de la dosis y la sustancia, con somnolencia, convulsiones, miosis, broncoconstricción, depresión respiratoria, edema agudo de pulmón, bradicardia, hipotensión, arritmias, hipotermia, anuria y coma profundo.

Las consecuencias del consumo de morfina y heroína son graves. Son las drogas más adictivas físicamente. Los consumidores desarrollan pronto tolerancia y dependencia física y psíquica, de forma que tienen que ir aumentando gradualmente la dosis. Como la dependencia llega a ser total y la heroína es cara, llegando los adictos a gastar varios miles de pesetas al día, muchos consumidores se convierten en delincuentes o se prostituyen para pagarse el hábito. Sin la droga, empiezan a aparecer síntomas de abstinencia. Los primeros síntomas son lagrimeo, moqueo, bostezos, sudoración, dilatación de las pupilas y piloerección. En las 24 horas siguientes, el adicto sufre dolores y contracturas musculares, dolores óseos, espasmos musculares violentos, taquicardia, temblores, ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotriz, anorexia e insomnio. En una fase más tardía aparecen calambres musculares, espasmos intestinales, vómitos, diarrea y fiebre. Las funciones corporales tales como la respiración, presión sanguínea, temperatura y metabolismo, que antes estaban deprimidas, ahora se vuelven hiperactivas. Estos síntomas disminuyen gradualmente a lo largo de un período de una semana o más.

Las mujeres que tienen hijos siendo adictas, dan a luz niños que son adictos y que presentan síndrome de abstinencia. La adicción puede tener además otros efectos, como la pérdida del apetito por la comida, lo que conduce a una pérdida de peso extrema y desnutrición severa. Descuidan su salud, sufren fatiga crónica y están en una condición general debilitada. El interés y la actividad sexual disminuyen; muchos matrimonios acaban en separación o divorcio. Los adictos son propensos a los accidentes, pueden caerse con frecuencia, se ahogan o incluso se prenden fuego si se quedan dormidos mientras están fumando. Pierden la fuerza de voluntad para llevar a cabo las funciones diarias y prestan poca atención a su apariencia.

Dentro del grupo de psicoestimulantes se encuentra la cocaína (coca, nieve o polvo)

principal alcaloide que se extrae de las hojas de la planta de la coca suramericana y aparece como un polvo blanco inodoro y esponjoso (181). Aunque se absorbe por todas las vías, no es efectiva si se toma de forma oral, así que los consumidores la esnifan o se la inyectan por vía intravenosa en sangre, alcanzando rápidamente altas concentraciones plasmáticas y atraviesa la barrera hematoencefálica, encontrándose niveles de cocaína en el cerebro en pocos segundos.

La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central que a dosis moderadas produce elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa y alteraciones de la percepción, con pseudoalucinaciones táctiles, auditivas y visuales. La intoxicación aguda se caracteriza por manifestaciones de hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica que afecta a todos los aparatos y sistemas. En el aparato cardiovascular puede producir arritmias, hipertensión, infarto de miocardio, espasmo cerebrovascular, hemorragia cerebral, vasoconstricción periférica, coagulación intravascular diseminada, rotura y disección aórtica y paro cardíaco. En las vías respiratorias altas puede producir perforación del tabique nasal, quemaduras en la laringe y en la tráquea, en los pulmones puede producir taquipnea, inflamación, edema agudo de pulmón y parada respiratoria. A nivel digestivo produce anorexia, náuseas, vómitos y diarrea. Además produce hipertermia que puede llegar a ser letal, sudoración y acidosis láctica.

La dosis mortal de cocaína, en inyección endovenosa única, es de 1 gramo aproximadamente. La dependencia psicológica y física son graves; el síndrome de abstinencia se caracteriza por una depresión profunda, labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad, trastornos de la coordinación, taquicardia, vértigo, diarrea, hipersomnio, astenia, bulimia y disforia. Aunque es cara, se consume mucho entre los jóvenes, así como entre otros grupos con

mayores recursos económicos.

El crack, es una forma de cocaína base que se obtiene añadiendo amoníaco a una solución acuosa de clorhidrato de cocaína en presencia de bicarbonato sódico, se inhala o se fuma mezclada con tabaco o marihuana produciendo efectos inmediatos, intensos y muy fugaces. El crack es tan potente y produce una dependencia psicológica tan esclavizante, que sus consumidores desarrollan la necesidad de la droga muy pronto y es uno de los hábitos dentro de la drogadicción más difíciles de erradicar. La necesidad puede ser tan urgente, que los consumidores recurren al robo, al engaño y a la violencia para conseguir la droga. Las consecuencias del consumo en la salud pueden ser graves, porque la droga tiene efectos destructivos en los neurotransmisores cerebrales y actúa como un estimulante excesivo del corazón y otros órganos.

Las anfetaminas, junto con otros psicoestimulantes como la metanfetamina, efedrina y catina, producen poderosas acciones estimulantes sobre el sistema nervioso central y a nivel periférico acciones simpaticomiméticas de acción indirecta (182). Se usan en medicina para tratar la obesidad, la depresión leve, la fatiga y otras situaciones. Estas drogas, normalmente, se ingieren por vía oral en forma de tabletas o cápsulas. Como son estimulantes, aumentan el estado de alerta, elevan el ánimo y producen una sensación de bienestar. Las dosis altas pueden producir un aumento temporal de la presión sanguínea, palpitaciones, dolor de cabeza, mareos, sudor, diarrea, palidez y dilatación de las pupilas, complicaciones vasomotoras, agitación, aprensión o delirios.

Los consumidores habituales de anfetaminas no desarrollan dependencia física, pero sí sufren pronto una necesidad psicológica intensa de continuar tomando la droga y necesitan

dosís más altas conforme el consumo es mayor, ya que produce cada vez respuestas menores, por un progresivo vaciamiento de los neurotransmisores adrenérgicos y dopaminérgicos, pudiendo llegar al vaciamiento completo. Cuando se deja de consumir la droga, se sufre depresión mental y fatiga, de forma que la dependencia psíquica se desarrolla pronto. Los suicidios son frecuentes durante los períodos de depresión profunda tras la retirada de la droga. El abuso puede producir manifestaciones cardiovasculares como cefaleas, rubor, hipertensión, arritmias, angina y colapso circulatorio, alteraciones en el aparato digestivo con anorexia, náuseas, vómitos, diarreas y dolores abdominales, además de una psicosis anfetamínica. El cuadro puede terminar con convulsiones, coma y hemorragias cerebrales.

En el grupo de los psicodpresores están las benzodiazepinas (tranquilizantes) y los barbitúricos que disminuyen la actividad del sistema nervioso central, produciendo normalmente sedación, ansiólisis, hipnosis, efectos anticonvulsivantes, miorelajación y sueño (183). Algunas de estas drogas son de corta duración como el triazolam, midazolam, los efectos se producen antes y desaparecen también antes, otros son de acción intermedia como ketazolam, lorazepam, flunitrazepam y otros son de larga duración como el diazepam, clordiazepósido. Los barbitúricos se recetan a menudo en medicina para el insomnio y la ansiedad. Cuando se toman bajo prescripción médica, en dosis pequeñas, la dependencia es ligera, hay más probabilidad de adicción con los de corta duración. Los barbitúricos más utilizados como drogas son los de acción intermedia o prolongada como el pentobarbital, secobarbital, fenobarbital.

Todos los barbitúricos son peligrosos, si se abusa de ellos, porque generan una adicción total: dependencia física y psicológica; las dosis se van aumentando conforme se genera tolerancia y la sobredosis puede ocasionar la muerte. Los consumidores de barbitúricos

muestran problemas de articulación de la palabra, tambaleos al andar y reacciones lentas. Pasan fácilmente del llanto a la risa, son emocionalmente inestables y, con frecuencia, se muestran irritables y hostiles. Son propensos a tropezar con las cosas, a tirar objetos y a menudo se hacen heridas o quemaduras de cigarrillo. Cuando el consumidor es físicamente dependiente, se pueden desarrollar síntomas de abstinencia graves en 24 horas. Se produce un aumento del nerviosismo, dolores de cabeza, espasmos musculares, debilidad, insomnio, náuseas, descenso repentino de la presión sanguínea, pueden desarrollar delirios, alucinaciones y las convulsiones pueden ser fatales. Cuando los barbitúricos se toman en combinación con alcohol o heroína, el efecto sedante se multiplica y puede acabar en coma o muerte.

Los alucinógenos o drogas psicodélicas, incluyen una amplia gama de sustancias naturales y sintéticas, que actúan en el sistema nervioso central alterando la percepción y el estado de conciencia (184). La droga psicodélica más conocida es el LSD (ácido lisérgico dietilamida), una droga sintética que se prepara en el laboratorio. Otros alucinógenos son el peyote y la mescalina, (derivados del cactus peyote), psilocibina, psilocina (derivada de una especie de setas), bufotenida, ibogaína, el ácido iboténico, el muscimol, el DMT (dimetil triptamina) y el DET o dietilriptamina.

El LSD es una droga muy potente. Una dosis de tan sólo 50 a 200 microgramos puede hacer que una persona sufra alucinaciones de 8 a 16 horas. Las alucinaciones y otras reacciones psicóticas pueden ocurrir a veces días o meses después de la última dosis, lo que indica un posible daño cerebral. Los consumidores desarrollan dependencia psicológica pero no física. Principalmente produce alteraciones de funciones psicológicas, como la percepción, el umbral emocional, el pensamiento y a nivel físico produce acciones de carácter simpático y anticolinérgico.

En general, estas drogas tienen resultados imprevisibles al ingerirlos, produciendo distorsión del color, sonido, tiempo y velocidad, cierta distorsión de los sentidos en la que los colores se oyen y los sonidos se ven. Algunas personas experimentan malos viajes que son muy aterradores y se caracterizan por el pánico, el terror y la psicosis. Los consumidores pueden inclinarse hacia el suicidio, la violencia o el asesinato. Una alteración llamativa que se produce en los consumidores crónicos de alucinógenos es el síndrome de flashback, que es un trastorno perceptivo persistente en el que se producen reexperimentaciones.

El cannabis, se extrae a partir de la planta del mismo nombre. Las preparaciones más utilizadas son la resina o aceite de Cannabis. La Marihuana es la preparación seca y triturada de flores, hojas y tallos de pequeño tamaño. El hachís es un exudado resinoso que se presenta en forma de pastillas para su consumo en forma de cigarrillos. El principal ingrediente activo del cannabis es el THC-delta 9, cuyo contenido varía según la variedad y de la parte de la planta utilizada. Hay poco THC en el tallo, las raíces o las semillas; las flores y las hojas tienen más. Esta variabilidad en el contenido de TCH hace difícil la determinación de los efectos físicos y psicológicos del consumo de cannabis (185).

La tolerancia al cannabis, una repuesta disminuida a la misma dosis de droga repetida, se ha establecido de forma clara. La dependencia física, mostrada a través de síntomas de abstinencia, no ocurre en los consumidores habituales que ingieren dosis pequeñas o débiles. Sin embargo, pueden aparecer síntomas de abstinencia al interrumpir una administración crónica de dosis altas de TCH. Estos síntomas incluyen irritabilidad, disminución del apetito, trastornos del sueño, sudoración, temblores, vómitos y diarrea. La dependencia psicológica puede generarse a lo largo de un período de tiempo y puede hacer que sea difícil romper el

hábito para los consumidores habituales. El aumento en el ritmo cardiaco y el enrojecimiento de los ojos son los efectos fisiológicos de la marihuana de los que se ha informado de forma más consistente. El aumento en el ritmo cardiaco está estrechamente relacionado con la dosis (186).

El humo contiene alquitranes e irritantes mucho más fuertes que los cigarrillos ordinarios; un cigarrillo de cannabis equivale a fumar cuatro cigarrillos de tabaco, así que un gran consumo durante un período largo de tiempo puede dañar los pulmones. El alquitrán de la marihuana produce tumores cuando se aplica a la piel de los animales de laboratorio. Tras la exposición al humo de la marihuana, se ha visto que el sistema de defensa de los pulmones contra las invasiones bacterianas se debilita. Produce deterioro de la memoria y de la concentración, interfiere en una gran variedad de tareas intelectuales, de forma que dificulta el aprendizaje escolar de los estudiantes consumidores. A dosis bajas produce conducta depresiva que se convierte en excitada tras estímulos mínimos, ocasionando episodios de agresividad. La marihuana también altera el sentido del tiempo y el espacio, debilita la visión y retrasa el tiempo de reacción y también debilita el rendimiento. El consumo crónico se ha asociado con niveles reducidos de la hormona masculina, testosterona, en la corriente sanguínea, lo que a su vez reduce la potencia y el deseo sexual y disminuye la cantidad de espermatozoides y la movilidad. Se asocia también con posibles interferencias en la fertilidad de las mujeres. Los efectos a largo plazo del consumo crónico de cannabis en la conducta se conocen sólo de forma parcial y dependen del nivel y la duración del consumo, pudiendo llegar a producir incluso psicosis (186).

Por otra parte, se reconocen algunos usos positivos y terapéuticos a la marihuana, como son la utilidad para tratar el glaucoma al reducir la presión interna del ojo; el alivio de síntomas, náuseas y vómitos en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia; su uso en aerosol en el

tratamiento de pacientes asmáticos, por el efecto dilatador del TCH en los bronquios (187).

Las drogas de diseño se agrupan en feniletilaminas que son derivadas de las anfetaminas, los opiáceos derivados de fentanilo y meperidina, las arilhexilaminas como la fenciclidina y derivados de metacualona y otros. La más importante droga de diseño es la MDMA (3,4-metilendioxi metanfetamina) más conocido como éxtasis, por lo extendido de su consumo. Fue introducida en España a mediados de los años ochenta, importada de Estados Unidos (188). Relacionada estructuralmente con la sustancia estimulante psicomotora anfetamina y la sustancia alucinógena mescalina, comparte propiedades de ambos compuestos. La intoxicación aguda produce efectos adversos cuya intensidad depende de la dosis, como son hipertensión arterial, arritmias cardíacas, asistolia, colapso cardiovascular, coagulación intravascular diseminada, rabdomiólisis, insuficiencia renal aguda, cuadros de espasticidad muscular, convulsiones, manifestaciones de hepatotoxicidad e hipertermia. Produce cuadros de hepatitis crónica de gravedad variable. Dosis elevadas pueden producir la muerte por fibrilación ventricular o hemorragias intracraneales. Puede producir trastornos psiquiátricos como psicosis paranoide, depresión, crisis de angustia, flashback y alucinaciones (189).

En cuanto a los inhalantes o solventes, son un grupo de productos químicos que se caracterizan por ser gases o líquidos volátiles de una alta liposolubilidad, lo que posibilita su rápida absorción desde el pulmón y su penetración en el sistema nervioso central, donde producen una depresión difusa e inespecífica y llamativos efectos psicotrópicos (190). Se encuentran en la composición de muchos productos comerciales que suelen tener bajo coste por lo que son los niños y adolescentes, sobre todo varones, los que mayormente abusan de los disolventes, con una media de edad de 13 años. Los gases disolventes del quitaesmalte, pegamento plástico, gasolina, líquidos de limpieza, disolvente para la pintura y otros

hidrocarburos son esnifados a veces para producir una intoxicación. El deterioro de la orientación, la memoria, las funciones intelectuales y el juicio son frecuentes, junto con la visión borrosa, los zumbidos en los oídos, los problemas de articulación, dolor de cabeza, mareo, pupilas dilatadas y el tambaleo, seguido de somnolencia, letargo e incluso inconsciencia. Al recuperarse el individuo, normalmente, no recuerda lo que ocurrió durante el período de intoxicación.

El abuso crónico de inhalantes produce una disfunción multifocal y progresiva del sistema nervioso central, con atrofia difusa, presentando ataxia y disartria, deterioro intelectual, alteraciones de la conducta y afectación motora y sensorial. También producen lesiones cutáneas y alteraciones musculares, originando miopatías con pérdida importante de masa muscular. Las muertes accidentales durante la intoxicación provocada por esnifar pegamento incluyen la asfixia por la bolsa de plástico en la cabeza, usada para concentrar los gases de la inhalación, y las caídas de lugares elevados. Si se esnifa pegamento con una base de tolueno, se pueden producir daños en los riñones, hígado, corazón, sangre y sistema nervioso (190).

La gran mayoría de los adolescentes consumen drogas por primera vez por curiosidad, otros empiezan como una forma de rebelión, protesta y como expresión de insatisfacción con las normas y valores tradicionales (191). Este grupo incluye los activistas y rebeldes cuyos estilos de vida incluyen la implicación en drogas. Otros prueban las drogas por diversión o placer sensual. Los consumidores buscan una experiencia excitante. Los adolescentes están creciendo en una cultura orientada a la diversión que resalta la necesidad y el valor de pasarlo bien. La búsqueda y exploración del sexo de forma menos inhibida y más placentera (192). Otro motivo para probar las drogas es la presión social para ser como los amigos o para formar parte del grupo social (36, 51, 52). El consumo de drogas suele ser mayor en zonas urbanas que en

las rurales (193).

“La Encuesta sobre Drogas a la población escolar”, enmarcada dentro del Programa de Encuestas Nacionales que desarrolla la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se realiza desde 1994 cada dos años, a estudiantes de centros públicos y privados de Enseñanza Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años (18 - 20). Estas encuestas permiten conocer la situación actual, de los consumos de las diferentes drogas, entre los estudiantes españoles y las principales tendencias en relación con los datos de encuestas precedentes. Además es un instrumento esencial para la evaluación de los programas de prevención del uso de drogas que se vienen promoviendo en el medio familiar y escolar, permitiendo la adecuación y reorientación de los mismos en función de la información disponible.

Hay que destacar dos hechos que desde hace una década vienen condicionando los consumos de drogas entre los jóvenes españoles que son la mayor precocidad en el inicio al consumo de las distintas drogas y el consumo creciente por las mujeres (145). Estos dos factores condicionan el aumento del consumo en población escolar, como ha puesto de manifiesto la última encuesta escolar sobre drogas de 1998. Además encuentran que un porcentaje relativamente alto de escolares ha tenido contacto con las distintas drogas, sobretodo, con el alcohol, el tabaco y el cannabis, principalmente de forma experimental o de forma ocasional, asociado a momentos de ocio y diversión, aunque se aprecia una reducción en cuanto a la continuidad en los consumos de aquellos que los hicieron de forma ocasional en 1996. Aunque la evolución de los consumos desde 1994, no es uniforme para todas las drogas, en general se observa una situación estacionaria, aunque desciende de forma llamativa el consumo ocasional y habitual de éxtasis, alucinógenos, speed y anfetaminas ha porcentajes

similares a los de 1994.

Aumenta el porcentaje de consumidores de cocaína, derivados del cannabis y volátiles, fundamentalmente como resultado de su expansión entre los escolares más jóvenes. Aumenta ligeramente el consumo de tranquilizantes entre los escolares, sobre todo por los varones, puesto que entre las chicas se mantiene estable.

El cannabis es, después del alcohol y el tabaco, la droga más consumida por los escolares, presentando porcentajes altos de consumo, tanto de forma experimental como de forma habitual, el 28,5% lo han probado y el 17,2% lo ha consumido en el último mes, como muestra la tabla 1.1. Es la droga que mayor incremento de prevalencia ha presentado desde 1996, aunque el aumento en el consumo de cannabis en el período 1996-1998 es inferior al del período 1994 - 1996. El incremento fue mayor en los escolares más jóvenes, con un aumento de 2,1 veces entre los escolares de 14 años frente a las 1,2 veces que aumentó en los últimos doce meses entre los de 18 años. La edad media de inicio al consumo de cannabis son los 14,8 años, aunque el 11,2% de los escolares de 14 años ha consumido cannabis en el último año, presentando los hombres mayor consumo que las mujeres.

En cuanto al consumo de psicoestimulantes, se produce un descenso del consumo de éxtasis y anfetaminas y un destacado incremento del consumo de cocaína. El consumo de éxtasis creció de forma espectacular en el período 1994-1996, sin embargo en 1998 el porcentaje de consumidores ha descendido a cifras inferiores a las de 1994, como puede verse en la tabla 1.2. el consumo es mayor en los hombres y aumenta a medida que se incrementa la edad. A los 14 años un 1,5% de escolares ha probado el éxtasis frente al 9,1% que lo ha hecho a los 18 años. El consumo de speed o anfetaminas ha descendido, aunque no tanto como lo ha

hecho el éxtasis. El consumo es superior en varones y en los de 16 años y más, aunque estos han reducido su consumo desde 1996 a 1998 y los de 14 y 15 años han aumentado su consumo.

El consumo de cocaína ha crecido de forma significativa con respecto a 1996. Un 4,8% de los escolares la ha probado y el 4,1% la ha consumido en el último año. Entre 1994 y 1998 el porcentaje de escolares que consumió cocaína en los últimos 12 meses aumentó 2,4 veces. Aunque el aumento de consumo de cocaína afecta tanto a hombres como a mujeres y a todos los grupos de edad, el aumento del consumo, en los últimos 12 meses, entre los escolares de 14 años fue de 2,8 veces, de 2,8 veces entre los de 16 años y de 1,8 veces entre los de 18 años. Siendo mayor el consumo entre los hombres y a medida que aumenta la edad, de tal forma que a mayor edad, más alta es la prevalencia de consumo. No existe diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de inicio del consumo de cocaína, con una edad media de 15,5 años. A los 14 años el 1,9% ha experimentado con la cocaína y a los 18 años el 11,4%.

En cuanto al consumo de alucinógeno, la prevalencia ha disminuido con respecto a 1996, en todos los grupos de edad y en ambos sexos, excepto en el grupo de 14 años en el que el consumo crece, con una prevalencia del 2%.

El consumo de tranquilizantes ha crecido ligeramente con respecto a 1996. Un 6,4% lo ha hecho sin prescripción médica, siendo significativamente mayor el consumo entre las chicas que entre los chicos. Aunque el consumo aumenta con la edad, a los 14 años, un 4,2 % de los escolares la ha consumido alguna vez.

El policonsumo es el patrón más frecuente de consumo de drogas entre los escolares, de forma que el consumo de tabaco es mayor entre los escolares que han consumido cocaína

alguna vez, así como los que beben de forma abusiva. Los consumidores de cocaína, se han emborrachado 3,2 veces frente a los no consumidores que lo han hecho 1,1 veces. Casi todos los consumidores de cocaína consumen derivados del cannabis y la mitad de éstos consumen también alucinógenos, speed o anfetamina y éxtasis. El 13,7% de los que consumen cocaína consumen heroína. Dos de cada diez consumen sustancias volátiles o tranquilizantes.

Dos hechos que detecta esta encuesta, son la elevada disponibilidad percibida que tienen los escolares de las sustancias ilícitas, aunque aparentemente tienen circuitos de distribución poco accesibles, y que los medios de comunicación son la mayor fuente de información recibida por los escolares (145).

En la “Encuesta a Escolares de Secundaria sobre Drogas en el Municipio de Madrid”, realizada en 1997 (26), detectan tendencias de consumo muy parecidas al resto de España, aunque para casi todas las sustancias los porcentajes son mayores, como puede verse en la tabla 1.3 y en la tabla 1.4. El cannabis es la droga más frecuentemente consumida con un porcentaje de 29,6%, superior al porcentaje en el ámbito nacional de 25,1%. La cocaína es la siguiente droga ilegal con prevalencia alta, superior al porcentaje nacional; un 8,7% la ha consumido en alguna ocasión. Las drogas de síntesis, los alucinógenos y las anfetaminas aunque han expandido su consumo en los últimos años, desde 1996 se aprecia un ligero descenso. La prevalencia de consumo de tranquilizantes también es alta sobre todo en los escolares de 17 y 18 años.

Esta encuesta destaca el hecho de tres modelos de policonsumo entre los escolares, uno de ellos estaría integrado básicamente por los estimulantes, como son las drogas de síntesis, anfetaminas y cocaína a las que se asocia los alucinógenos y en algunas ocasiones la heroína. El

segundo modelo es el formado por las drogas legales como el tabaco diario y el alcohol abusivo asociadas al cannabis y a la cocaína. El tercer modelo constituido principalmente por los psicofármacos, con los tranquilizantes, los hipnóticos y las sustancias volátiles asociados a las anfetaminas y a los alucinógenos.

En cuanto al nivel social de los escolares relacionados con el consumo de drogas, esta encuesta encuentra un menor consumo en los escolares cuyos padres trabajan, y mayor consumo en los escolares cuyos padres están parados, jubilados o han fallecido. En cuanto al nivel de estudios de los padres, presentan mayor consumo de cannabis 32,9%, anfetaminas 4,4% y drogas de síntesis 4,7% los escolares cuyos padres tienen menor nivel de estudios y los que más consumen inhalantes 2,9%, cocaína 8,8%, alucinógenos 6,4% y tranquilizantes 6,4%, los padres tienen mayor nivel de estudios. En cuanto a la clase social, los mayores consumidores de inhalantes 4,3%, cannabis 48,0%, anfetaminas 4,4%, cocaína 21,0% y tranquilizantes 10,9%, sus padres pertenecen a la clase social baja, la prevalencia mayor de consumidores de drogas de síntesis 4,1% y alucinógenos 6,2% se da en los escolares cuyos padres pertenecen a las clases más altas.

Tabla 1. 1. Prevalencia de consumo de drogas en España, entre los estudiantes de 14 - 18 años, en 1998

<u>Sustancias</u>	<u>Alguna vez</u>	<u>Últimos 12 meses</u>	<u>Últimos 30 días</u>
Alcohol	84,2	81,9	65,8
Tabaco	34,7	31,6	28,3
Cannabis	28,5	25,1	17,2
Tranquilizantes	6,4	4,7	2,4
Cocaína	4,8	4,1	2,4
Speed/anfetaminas	4,6	3,8	2,3
Éxtasis	3,5	2,5	1,6
Alucinógenos	5,4	4,1	2,2
Sustancias volátiles	4,1	2,7	1,8

Datos de la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar de 1998. Observatorio Español sobre Drogas, 2000. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Tabla 1. 2. Evolución de la prevalencia del consumo de drogas en España, en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de 14 -18 años, durante el período 1994 – 1998.

<u>Sustancia</u>	<u>1.994</u>		<u>1.996</u>		<u>1.998</u>	
	<u>Hombre</u>	<u>Mujer</u>	<u>Hombre</u>	<u>Mujer</u>	<u>Hombre</u>	<u>Mujer</u>
Cannabis	21,0	15,3	25,9	20,7	27,7	22,8
Tranquilizantes	3,0	5,5	3,1	5,6	3,6	5,6
Cocaína	2,2	1,2	3,3	2,0	5,1	3,1
Speed/anfetaminas	4,2	2,5	5,2	3,0	5,0	2,7
Éxtasis	3,9	2,2	4,6	3,2	3,1	2,0
Alucinógenos	5,2	2,9	6,5	4,2	5,2	3,1
Sustancias volátiles	2,4	1,2	2,5	1,7	3,5	2,0

Datos de las Encuestas sobre Drogas a Población Escolar de 1994, 1996 y 1998. Observatorio Español sobre Drogas, 2000. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Tabla 1. 3. Prevalencia del consumo de drogas, en el Municipio de Madrid, en escolares de secundaria en 1997

<u>Sustancias</u>	<u>Alguna vez</u>	<u>Últimos 12 meses</u>	<u>Últimos 30 días</u>
Alcohol	92,0	85,3	60,1
Cannabis	35,5	29,6	20,7
Tranquilizantes	8,7	5,2	2,7
Cocaína	8,7	5,9	2,4
Speed/anfetaminas	7,4	3,6	1,7
Éxtasis	8,5	3,3	1,3
Alucinógenos	9,6	4,8	2,4
Sustancias volátiles	6,9	2,9	2,0

Datos de la Encuesta sobre Drogas a Escolares de Secundaria en el Municipio de Madrid, en 1997.
Departamento del Plan Municipal Contra las Drogas. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

Tabla 1. 4. Prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses, en el Municipio de Madrid, en escolares de secundaria, según la edad y el sexo, en 1997.

	Cannabis	Tranquilizantes	Cocaína	Speed/anfetaminas	Éxtasis	Alucinógenos	Inhalantes
Hombre	29,1	3,5	5,4	1,6	2,3	4,2	3,1
Mujer	31,0	7,3	6,3	5,7	4,1	5,2	3,0
13 -14 años	9,3	5,2	0,0	1,0	1,1	1,0	5,2
15 - 16 años	22,8	4,9	2,5	3,5	2,5	5,9	2,5
17 - 18 años	40,6	6,0	5,2	5,8	3,9	3,8	3,2
19 y más años	56,3	4,3	25,0	4,3	7,2	7,1	1,4

Datos de la Encuesta sobre Drogas a Escolares de Secundaria en el Municipio de Madrid, en 1997.
Departamento del Plan Municipal Contra las Drogas. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

1.1.4. HÁBITOS ALIMENTARIOS

La alimentación es una actividad primaria y vital de la sociedad, tan antigua como la humanidad, a través del cual el individuo selecciona de la oferta de su entorno los alimentos que han de configurar su dieta y los prepara para su ingestión. La alimentación ha sido y será un fiel reflejo de su situación económica, de su estructura social y laboral y forma parte de su cultura y de sus tradiciones. El binomio alimentación- nutrición es una constante en la vida de un individuo y de una sociedad. Una alimentación adecuada asegura un buen estado nutricional. Puesto que la nutrición es un conjunto de procesos automáticos involuntarios y continuos (digestión, absorción y utilización), a través de los cuales el organismo aprovecha las sustancias contenidas en los alimentos, sólo se puede incidir sobre la alimentación. Los factores que determinan el comportamiento alimentario pueden ser internos, como los genéticos y fisiológicos, los factores externos físicos, como los geográficos, climatológicos y económicos y factores externos sociales, como son la religión, la tradición, la clase social, el nivel y tipo de educación (194).

La importancia de la alimentación en el nivel de salud de una población es fundamental. Se acepta que existe una relación entre la tendencia de consumo alimentario en los países desarrollados y el patrón de morbilidad y mortalidad de la población puesto de manifiesto en los programas de vigilancia nutricional continuada y en los numerosos estudios que se han llevado a cabo en los últimos años con el fin de determinar la relación entre dieta y enfermedades crónicas, tanto de experimentación animal como de ensayos clínicos, estudios epidemiológicos y estudios de correlación ecológica entre países. Al mismo tiempo, se ha puesto de manifiesto que la adecuación de la ingesta y la mejora de los estilos de vida son elementos clave en la prevención de estos procesos y en las estrategias de promoción de la salud (195). Algunos de

estos estudios son el Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta y Cáncer en la cohorte española (196) o el Estudio sobre Dieta y Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en España (197).

La cardiopatía coronaria y enfermedades cardiovasculares tienen parte de su base etiopatogénica en la alimentación (198). La relación entre los niveles de lípidos y la formación de la placa de ateroma es conocida desde hace tiempo. La relación positiva entre ingesta de grasas saturadas y cardiopatía coronaria se puso de manifiesto en el estudio de los Siete Países (199). El “ Multiple Risk Factor Intervention Trial” concluyó que los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria son los niveles elevados de colesterol sérico, la hipertensión arterial y el consumo de cigarrillos (200). Otros trabajos experimentales han demostrado que el consumo de las grasas saturadas contribuyen a elevar los niveles de LDL-colesterol aterogénico y además los sujetos fumadores presentan, con la misma alimentación, un perfil lipídico más desfavorable que los no fumadores, que puede ser mejorado con una dieta de tipo mediterráneo (201). Las poblaciones con una dieta rica en alimentos de origen vegetal y en fibra tienen menor incidencia de cardiopatía coronaria (202).

En España las tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular son relativamente bajas comparadas con las de otros países desarrollados, a pesar de que las concentraciones de colesterol total y las de colesterol transportado por lipoproteínas de baja densidad, tanto en mujeres como en hombres, presentan cifras tan altas como en las de los países industrializados, sin embargo las concentraciones de colesterol transportado por lipoproteínas de alta densidad también son altas, posiblemente explicado por el tipo de alimentación consumida en España, aunque este hecho no sea el único responsable de la diferencia en las tasas de mortalidad (203).

En los países desarrollados donde la mortalidad por cáncer representa el 25 % de las

defunciones, se estima que el 30 - 40 % de los tumores en los hombres y hasta el 60 % en las mujeres son atribuibles a la dieta (204). En países con niveles altos de tabaquismo o consumo de grasa de origen animal se ha observado que el consumo de pescado está inversamente asociado con el cáncer de pulmón en hombres (205).

La obesidad indica un exceso de grasa corporal y se asocia con un aumento considerable de la mortalidad, sobretodo cuando el índice de masa corporal es superior a 30 mg/kg de peso (206), pues implica un riesgo elevado de padecer hipertensión, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo II, accidentes vasculares cerebrales, trastornos gastrointestinales, insuficiencia venosa periférica y gonartrosis. Así mismo es mayor el riesgo de padecer cáncer de vesícula biliar y mama en mujeres posmenopáusicas, de cáncer de útero en la mujer a otras edades; en los hombres el riesgo mayor es para el cáncer de próstata y riñón en los obesos (207, 208). Además de las complicaciones médicas mencionadas, tiene otras implicaciones sociales, económicas y psicológicas, sobretodo cuando su aparición es precoz.

La obesidad es una de las patologías crónicas de mayor prevalencia en la sociedad industrializada, en la que la infancia desempeña un papel muy importante en la génesis y desarrollo de la enfermedad, se ha comprobado asociación entre la obesidad infantil y la obesidad en la edad adulta, estimándose que un 25% de los niños obesos, continuaran siendo obesos de adultos y un 50% de las niñas obesas en la adolescencia lo serán de adultas (209). En el origen de la obesidad intervienen factores genéticos, endocrinos (210) y factores externos como la alimentación inadecuada por desproporción entre energía ingerida y la consumida, así como una escasa actividad física, residencia en áreas urbanas densamente pobladas, pertenencia a clase social baja en países desarrollados y a clase alta en países no desarrollados, hijos de familias numerosas, hijos únicos y obesidad en los padres convivientes (211 - 216). Otros

problemas asociados a la alimentación son la caries dental y la osteoporosis.

La importancia de la alimentación en la salud de los niños y los adolescentes es todavía mayor que en los adultos, puesto que el hecho fisiológico que define al niño y al adolescente y lo diferencia del adulto es el crecimiento, existiendo tres periodos: el periodo de crecimiento rápido de la primera infancia, el de crecimiento estable de la edad preescolar y escolar y la fase de aceleración del crecimiento propia de la pubertad, que conllevan un aumento de la masa corporal y se acompaña de un proceso de remodelación morfológica y maduración funcional. Para que se realice con normalidad es necesario un aporte adicional de energía y nutrientes esenciales para la síntesis y aposición de nuevas moléculas, por lo que crecimiento y nutrición son dos procesos biológicos muy relacionados (217).

También se producen cambios importantes en la composición del organismo que afectan sobre todo a la proporción de los tejidos libres de grasa y de la grasa, observándose diferencias muy ostensibles entre uno y otro sexo. En los varones, el incremento de los tejidos no grasos, esqueleto y músculo principalmente, es mucho más importante. Por el contrario, las niñas acumulan mayor cantidad de grasa, lo que hace que los varones tengan una mayor proporción de tejidos libres de grasa y un menor porcentaje de tejido adiposo para una determinada talla que las chicas. Si se tiene en cuenta que los tejidos libres de grasa representan la parte metabólicamente activa y que algunos nutrientes como el nitrógeno, calcio y hierro se encuentran sobre todo en el compartimento no graso del organismo, las diferencias sexuales durante el brote de crecimiento puberal de la masa libre de grasa, van a tener una repercusión importante sobre los requerimientos nutritivos, en la adolescencia, muy superiores en los varones. La actividad física también influye decisivamente en los requerimientos nutritivos durante la adolescencia. Este exagerado anabolismo hace al adolescente muy sensible a las

restricciones energéticas y a las carencias en proteínas y en oligoelementos (218).

Por otra parte en este período se adquieren los hábitos dietéticos que van a mantenerse en la edad adulta (219 - 226) y la presencia de hábitos poco saludables como el consumo de ciertos alimentos de escaso valor nutritivo o un exceso de azúcares, pueden desplazar el consumo de nutrientes de alto valor biológico contenidos en verduras y hortalizas, influyendo en el desarrollo de un grupo de enfermedades relacionadas con la nutrición (209, 218).

Durante la adolescencia se dan una serie de circunstancias que favorecen la aparición de desequilibrios entre necesidades y aportes como son la mayor autonomía para elegir el tipo de alimentos, la influencia de determinados hábitos sociales y la tendencia a rechazar las normas tradicionales. Entre las formas no convencionales de alimentación se encuentran la irregularidad en el patrón de comidas, abuso de las comidas de preparación rápida, consumo de alcohol, dietas vegetarianas, otras dietas no convencionales. La aparición de trastornos relacionados con la conducta alimentaria como son la anorexia y la bulimia nerviosa, el síndrome de temor a la obesidad, la anorexia de los atletas, la polifagia y la obesidad (227). El aumento de los requerimientos por circunstancias especiales como el embarazo y actividades deportivas intensas.

La alimentación española está encuadrada entre lo que se considera genuinamente dieta mediterránea, caracterizada a grandes rasgos por un consumo de aceite de oliva y de semillas vegetales que constituyen el 95% de las grasas para cocinar, con gran riqueza en ácidos grasos esenciales. Gran consumo de frutas y hortalizas, de alimentos ricos en fibra alimentaria, vitaminas y sales minerales. Un consumo muy alto de pescado, el segundo después de Japón, que contribuye a la ingesta de proteínas animales, con escasa proporción de grasas saturadas.

Presenta un consumo alto de pan, legumbres, arroz y otros derivados de cereales.

La alimentación actual es resultado de la evolución lenta pero continua iniciada alrededor de la década de los sesenta, período en el que se han ido produciendo grandes cambios en las formas de vida de la población y en el desarrollo económico. Mientras que en los años sesenta la alimentación presentaba carencias nutricionales en algunos estratos de población, debido sobre todo a un escaso consumo de carne, a partir de 1.970 la dieta puede considerarse satisfactoria gracias a la evolución de las producciones y al mayor desarrollo de la avicultura intensiva. Se ha pasado de una alimentación basada fundamentalmente en cereales, legumbres, aceite de oliva, patatas, frutas, hortalizas y huevos a otra en la que ha disminuido la proporción de elementos hidrocarbonados, cereales y patatas, se ha duplicado el gasto en carne y ha aumentado el consumo de leche y derivados lácteos (228, 229).

El consumo de calorías por persona y día experimentó una tendencia ligeramente ascendente desde 1.975 a 1.996 tanto en la Unión Europea como en España. En la Unión Europea, el consumo medio de calorías, pasó de 3.181 en 1.975 a 3.392 en 1.996, mientras que en España se pasó de 2.990 a 3.295 en esos años, lo que significó un incremento del 6% y del 10 % en el número de calorías consumidas, respectivamente. El porcentaje de la energía consumida procedente de lípidos aumentó un 26% desde 1.975 a 1.996 en España (2). La proporción de gasto en alimentación del presupuesto de las familias ha pasado del 48,6% en 1.964, al 31,7% en 1.981, según datos de las Encuestas de Presupuestos Familiares realizadas por el Instituto Nacional de Estadística. (230).

En los últimos años hasta 1.997, se observa que las variaciones no superan el 2%. Se ha reducido el 1 % el gasto en carnes, frutas frescas y transformadas, azúcar y dulces. Se ha

incrementado el 1 % en pan, pastas, cereales, leche y derivados lácteos. Se observa que en un período corto de tiempo y en países como España de economía desarrollada, la evolución de la demanda de alimentos está bastante definida tanto cuantitativa como cualitativamente (231, 232).

El estudio de consumo realizado por el Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación (232), junto con los datos de porcentaje de gasto en alimentación proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, permite cuantificar la demanda de alimentos en el hogar y fuera de él en una muestra representativa española, mediante la información de los actos de compra y el autoconsumo. Estos datos representan la disponibilidad de alimentos al alcance del consumidor, lo que permite estimar la ingesta en nutrientes de la dieta, utilizando tablas de composición de alimentos. Si se compara dicha ingesta con unas recomendaciones dietéticas preestablecidas, se puede realizar una valoración de la alimentación en términos nutricionales. Las proporciones de aportación energética a la dieta de los nutrientes que caracterizan la dieta ideal se han establecido en los objetivos nutricionales para la población española entorno a 12-15 % de proteínas, 55-60 % de hidratos de carbono y 30-35 % de grasas (233).

La valoración de la alimentación de la población española, teniendo en cuenta los datos del consumo en el período 1.996 - 1.997 (232), pone de manifiesto un aporte calórico de 2.862 Kilocalorías que supera las recomendaciones dietéticas medias establecidas para la población española. Este exceso energético es consecuencia de una dieta con una alta proporción de alimentos de origen animal y aceites vegetales, de alto valor energético. En este estudio resalta la importante presencia de proteínas que duplica los valores medios recomendados, de las cuales el 62 % procede de alimentos de origen animal, una deficiencia de carbohidratos que aportan el 40,4 % de la energía a la dieta y un exceso de grasas con un 46,1 % de aportación

energética.

Si bien existe una marcada tendencia descendente de consumo, lo que representa la disminución, en un futuro, de todos los parámetros analizados hasta ahora. El contenido en fibra está por debajo de las recomendaciones, a pesar del importante consumo de frutas y hortalizas, como consecuencia de la pérdida del hábito de consumo de legumbres, pan, cereales y derivados; esto produce también una disminución de la ingesta de hidratos de carbono asimilables, por lo que se produce un desequilibrio a favor de las grasas y las proteínas.

La variabilidad de la dieta según la localización geográfica se traduce en diferencias en la disponibilidad de nutrientes y en el equilibrio entre ellos. El Noreste, Castilla-León y Noroeste superan el consumo medio en los hogares, presentando la alimentación más energética, mientras que en Canarias y Centro-Sur se realizan menores compras de alimentos. El resto de regiones se encuentran próximas a la media nacional. La disponibilidad más alta de proteínas corresponde a Castilla-León y la menor a Canarias, aunque también supera las recomendaciones dietéticas. En cuanto a los hidratos de carbono, los hogares del Noroeste, Norte y Castilla-León tienen la mayor disponibilidad de hidratos de carbono asimilables, mientras que las menores corresponden a Centro-Sur y Noreste. Los hogares del Norte, Noroeste y Castilla-León muestran una alimentación con mayor contenido en fibra, siendo ésta menor en los de Canarias.

El contenido en grasa de los alimentos disponibles para el consumo ofrece los mismos perfiles que el aporte energético. Castilla-León destaca por la ingesta de colesterol, seguida del Noroeste, debido al mayor consumo de productos de origen animal, Canarias destaca por una alimentación más baja en este nutriente. El balance energético de la alimentación está

desequilibrado a favor de las grasas y en detrimento de los hidratos de carbono. Destacan por su desequilibrio Norte y Castilla-León. Levante es la zona que presenta mejor relación entre hidratos de carbono y grasas (232).

En cuanto al nivel socioeconómico de la población, medido principalmente por el nivel de estudios, las clases sociales más bajas realizan un mayor consumo de alimentos, 10 % por encima de la media, con un gasto más elevado. Probablemente debido a que las personas que realizan mayor esfuerzo físico y por tanto necesitan una alimentación más energética, se concentran en los niveles socioeconómicos bajos. El nivel de estudios condiciona la estructura del gasto familiar, dedicando las familias con menor nivel de estudios, una mayor proporción del gasto en bienes de primera necesidad como la alimentación y la vivienda; siendo los alimentos, en muchos casos, de baja calidad, tanto higiénico-sanitaria como nutricional (232).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística de 1.980 - 1.981 (230), teniendo en cuenta el nivel socioeconómico basado en la categoría profesional, los obreros agrarios dedican un 40,7% del presupuesto general a alimentación, mientras que los directores y cuadros superiores no agrarios dedican el 19% y los empresarios no agrarios con asalariados y profesiones liberales el 22,8% del presupuesto.

Existen diferencias y similitudes de los hábitos alimentarios de España y otros países de la Unión Europea. Una primera diferenciación entre países es el porcentaje de ingresos que gastan en alimentación, presentando una relación inversa a los ingresos percibidos. La media europea está por debajo del 20%, los países del norte gastan el 16-18 % excepto Irlanda que se sitúa en torno al 25%, los países meridionales gastan más del 25-30 % y España el 23,5%. Estados Unidos en 1994 gastaba el 10,7% de sus ingresos en alimentación. Otro aspecto

importante de la alimentación es la frecuencia de consumo fuera del hogar que cada vez adquiere más importancia. En España el consumo fuera del hogar representa el 27%, mientras que en el Reino Unido es el 32%. En Estados Unidos el 53% del gasto alimentario total se realiza fuera del hogar.

La alimentación de casi todos los países comunitarios se caracteriza porque la energía y las proteínas proceden, en gran proporción, de alimentos de origen animal, y por tener un consumo decreciente en cuanto a cantidades ingeridas. Existen diferencias en la alimentación entre las regiones del norte y el sur de la Comunidad europea, debido a las diferencias en la climatología, en las producciones, en la estructuración socioeconómica de la familia y en la cultura. Las regiones del norte tienen una alimentación más energética, presentan un mayor consumo de carne y menor consumo de alimentos hidratos de carbono a excepción de patatas, sobre todo en el Reino Unido y Alemania; guisan frecuentemente con mantequilla, grasas animales y en menor proporción con aceites vegetales. Las regiones del sur presentan una alimentación menos energética, acorde con la climatología; el consumo de proteínas de origen animal es menor, sobre todo de la carne, que complementan con el consumo de legumbres, cereales y con mayor consumo de pescado fresco, sobre todo en España. El consumo de frutas y hortalizas frescas es mayor en los países del sur y las grasas de cocinar tradicionalmente empleadas son aceites vegetales y en mayor proporción aceite de oliva. El consumo de leche y derivados lácteos presenta peculiaridades según la importancia de las zonas de producción de vacuno, aunque en general en todos los países comunitarios ha alcanzado niveles satisfactorios. El consumo más alto de leche líquida lo presentan Irlanda, Dinamarca, Reino Unido y España. El consumo de queso tiene más importancia en las regiones del norte, en Francia y actualmente también en Grecia. La vid como cultivo típicamente mediterráneo, determina un mayor consumo de vino en esta zona sobre todo en Italia, Francia y España (234).

Algunos estudios recientes, además del estudio EPIC en 1.999 y el estudio DRECE en 1.999 realizados a toda la población española, que muestran resultados similares en cuanto a las tendencias sobre alimentación en la población española y apoyan los datos anteriores del MAPA y del INE, mediante encuestas nutricionales individuales, aunque con limitaciones en la metodología empleada en cuanto a tamaño muestral y zona geográfica, son la encuesta de nutrición de la Comunidad de Madrid en población adulta realizada por Aranceta y otros (235); la encuesta de nutrición de la Comunidad Autónoma del País Vasco EINUT-I realizada por Aranceta y otros, recoge información sobre el patrón de consumo alimentario en la población adulta del País Vasco (236); la evaluación de la población catalana del estado de nutrición, hábitos alimentarios y consumo de alimentos realizada por Serra y otros (237); el estudio de hábitos alimentarios de dos poblaciones de la provincia de Barcelona realizado por Ramón y otros (238), recoge amplia información sobre el consumo de energía y macronutrientes; el estudio longitudinal desde 1.983 a 1.993 en una población de Reus sobre consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional por Salas y otros (239, 240), donde además se evalúa su relación con el nivel socioeconómico y cultural (241, 242); el realizado en Murcia a toda la población de una zona de salud sobre el estado de nutrición por Martínez y otros (243).

El estudio de la prevalencia de obesidad en España también ayuda conocer el estado de nutrición de la población española junto con el estudio de otras variables (215, 244 - 246). En la encuesta realizada en 1.997 sobre una muestra representativa de la población de 15 y más años en los países de la Unión Europea, la prevalencia de población obesa en España, con un índice de masa corporal mayor o igual a $30 \text{ kg} / \text{m}^2$, en 1.997 fue de 11%, superando junto con Grecia, Alemania y Reino Unido la media europea de 10% de población obesa; Francia, Italia y Suecia son los países con menor porcentaje de población obesa, con un 7% (2).

Los datos disponibles sobre nutrición en la población en edad escolar en España en el período 1.984 - 1.994 presentan una gran heterogeneidad que limita su comparabilidad, suelen ser de carácter local y no tienen una continuidad en el tiempo, limitándose a períodos reducidos y la edad en los grupos de estudio varía de un trabajo a otro (247).

Algunos de estos estudios sobre alimentación y patrones de consumo, referidos a población escolar, mediante encuesta de frecuencia alimentaria son el de Jiménez y otros (226), en Almería, a escolares entre 4 y 14 años que presentan una dieta hiperproteica e hipergrasa, con poco consumo de verduras, con niveles de colesterol elevados, peso y talla superiores a la media y tendencia al sobrepeso. En Cantabria se realizó un estudio de consumo de alimentos a escolares adolescentes con edades entre 14 y 18 años, concluyendo que los escolares presentaron un patrón de consumo que no se ajustaba a las recomendaciones alimentarias españolas, siendo la leche, el pan, la fruta, las verduras y hortalizas los alimentos que en mayor proporción ingerían, sin embargo, el pescado, la carne, los huevos, los derivados lácteos y las legumbres los que menos consumían (225). Un estudio en un distrito de la isla de Gran Canaria a escolares de 2 a 8 años puso de manifiesto una adecuada alimentación de los niños, aunque algunos presentaban deficiencias en la ingesta de hierro y otros en calcio (221). Los realizados por Mendoza y otros (16), de ámbito nacional, formando parte del Estudio europeo sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud. El estudio a escolares de la Comunidad de Madrid (248). El realizado por Pérula y otros en una zona básica de salud de Córdoba (223). El realizado a escolares de 13 años del municipio de Zaragoza por Casado y otros (224). El estudio de una población infantil rural de Pego en Alicante, en niños hasta 17 años por Bernabeu y otros (249). El realizado en una población escolar de Mataró en Barcelona con edades entre 6 y 13 años por Ruano y Serra (222).

Otras investigaciones valoran el estado de nutrición de la población escolar mediante el estudio antropométrico, merecen citarse el realizado en Sevilla en dos poblaciones rurales por Barrigüete y otros (216), el de Zaragoza en adolescentes por Fleta y otros (250), el realizado en el Municipio de Madrid por Rey Calero y otros (251), el de Cádiz por Failde y otros (252), el de la provincia de León por Alvarez y otros (253), el de Valladolid por Alberola y otros (254). Otros valoran el nivel lipídico como el estudio de Fuenlabrada de Madrid por López y otros (255), el de la provincia de Cáceres por Prieto y otros (256, 257), el estudio PECNA de Navarra por Elcarte y otros (258), el estudio de Cuenca por Martínez y otros (259), el realizado en Madrid sobre la influencia del nivel socioeconómico en el patrón lipídico de niños y adolescentes por Arias y otros (260).

La modificación de los hábitos alimentarios producida por diversas causas, bien por la introducción comercial de nuevos productos, o por el incremento del poder adquisitivo, o por la mayor frecuencia de comidas fuera del hogar (bares, restaurantes, empresas y escuelas), está llevando a desequilibrios nutricionales en los países desarrollados. Hay que destacar un consumo excesivo de grasas y calorías, una disminución en la ingesta de alimentos hidratos de carbono y fibras, un elevado consumo de azúcares refinados y un déficit selectivo de algunas vitaminas y minerales, junto a una excesiva ingesta de alcohol. Paradójicamente, hoy día, un individuo perteneciente a una sociedad industrializada puede alimentarse de forma incorrecta y perjudicial para su salud, a pesar de encontrarse en un entorno de superproducción y abundancia, sobre todo si carece de criterios claros sobre alimentación equilibrada (234).

1.1.5. REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO

Los beneficios del ejercicio físico y del deporte, practicado adecuadamente, son de sobra conocidos (261, 262). Favorece el desarrollo físico, mejorando el sistema osteoarticular, aumenta la resistencia ósea, evitando la osteoporosis y mejora la elasticidad muscular y articular; contribuye al equilibrio metabólico del organismo, contrarrestando posibles efectos nocivos del sedentarismo o de una dieta mal equilibrada, como es la obesidad; mantiene el buen funcionamiento cardiovascular, activando la circulación sanguínea y reforzando el músculo cardíaco; como consecuencia consigue mejorar la forma física de la población y disminuye la incidencia global de las principales patologías crónicas de la sociedad industrializada, como la cardiopatía coronaria, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus no insulino dependiente y el cáncer de colon (263); así como una disminución de la mortalidad por todas las causas (264, 265).

El efecto de la actividad física actúa sobre la salud a varios niveles: en la prevención primaria, evitando la aparición de ciertas enfermedades como son la hipertensión, la cardiopatía coronaria, la osteoporosis, en la prevención secundaria formando parte del tratamiento precoz de algunas enfermedades, en la prevención terciaria, actuando sobre el tratamiento, la recuperación y la prevención de recaídas en ciertas patologías y por último actúa más allá de la prevención de la enfermedad y el restablecimiento de la salud, aumentando la calidad de vida por su efecto beneficioso sobre el rendimiento académico, el nivel de confianza en uno mismo, la sensación de bienestar, la eficacia en el trabajo, la satisfacción sexual y la capacidad intelectual (263).

La actividad física tiene una fuerte asociación inversa con la mortalidad sobre todo cardiovascular, tanto en hombres como en mujeres, y produce un significativo incremento de la esperanza de vida de forma independiente de otros factores de riesgo (266). La relación inversa del ejercicio físico con la obesidad también es fundamental, sobretodo en la prevención de enfermedades cardiovasculares potenciando, con su efecto beneficioso, la reducción de otros factores de riesgo (267). La actividad física produce un efecto protector de la mortalidad cardiovascular a través del incremento en las lipoproteínas de alta densidad (HDL) (268), y mediante la reducción de peso que también incrementa la cifra plasmática de HDL (269). El ejercicio físico regular produce efectos favorables sobre otros factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares (270), mejorando el perfil lipídico, disminuyendo la presión arterial (271) y previniendo la aparición de la diabetes no insulino dependiente y además produce un efecto favorable sobre otros factores, conocidos más recientemente, como son la disminución de la susceptibilidad de las LDL a la oxidación, mantiene el equilibrio hemostático disminuyendo la hipercoagulabilidad y aumentando la fibrinólisis, y mejora la función endotelial aumentando el diámetro de la luz arterial y su capacidad de dilatación; todos son factores directamente involucrados en el desarrollo y progresión de la arteriosclerosis (272). Este efecto beneficioso del ejercicio físico en personas sanas también se produce en las personas con alguna patología como la cardiopatía coronaria, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la hipertensión arterial, la enfermedad vascular periférica, la diabetes mellitus, la obesidad, la hiperlipemia, insuficiencia renal, patología osteoarticular, cáncer y trasplante de órganos (273).

Entre los objetivos del informe de un Comité de Expertos de la OMS, en la prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares, se encuentra el fomento del ejercicio físico de forma regular y eficaz como parte del modo de vida normal, y recomienda aumentar el nivel

de actividad física de forma que se hagan por lo menos tres veces por semana ejercicio activo como por ejemplo aeróbic y sostenido es decir, durante 20 minutos o más (198). El Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades junto con la Asociación Americana de Medicina del Deportes también han recomendado la realización de ejercicio físico de intensidad moderada durante 30 minutos o más, la mayoría y, preferiblemente, todos los días de la semana (274).

España presenta un 37% de población adulta que declara no realizar actividad física alguna en el tiempo libre de un día típico de la semana. Portugal es el país con mayor porcentaje de población inactiva con más de un 40%; Finlandia, Suecia, Irlanda, Austria y Holanda son los países con menor prevalencia de sedentarismo, con menos del 20% (4).

La cantidad de energía que se consume durante una actividad particular depende de la intensidad y la duración de la misma, así como de las características personales del deportista como sexo, edad, talla, estado de maduración y nivel de entrenamiento (275). Se clasifica el gasto o consumo de energía que surge de diferentes tipos de actividad física con base en la intensidad del esfuerzo. Se necesita más energía para iniciar una contracción muscular que para conservarla, razón por la cual los deportes que necesitan contracciones musculares repetitivas, como carrera, remo y natación, utilizan más energía que aquéllos en los que interviene, en mayor grado, la conservación de la contracción muscular como gimnasia y golf. Los sujetos con buena condición física utilizan más energía con menor frecuencia cardiaca. La captación de oxígeno guarda relación directa con la frecuencia cardíaca y por ello es posible medir también el gasto de energía de una persona que realiza una actividad, al medir la frecuencia cardiaca durante ésta (276).

El conocimiento del gasto energético de cada actividad física es importante para el mantenimiento del peso corporal. Debe haber un equilibrio entre la energía incorporada como alimento y la energía gastada como combustible para los procesos corporales y la actividad física. El consumo total de energía incluye la consumida en reposo, durante la actividad física y a consecuencia de la termogénesis. Estos componentes se afectan por diversas variables como son la edad, el sexo, la talla y composición corporales, factores genéticos, ingesta calórica, estado fisiológico, crecimiento, embarazo, lactancia, procesos patológicos coexistentes y la temperatura ambiente. El consumo de energía en reposo es el mayor componente del gasto energético total, cuando la actividad física no es muy alta. Representa la energía consumida por una persona en reposo, en condiciones de neutralidad térmica (277, 278).

Desde los primeros momentos de la vida, la actividad física, espontánea en todos los niños, constituye un juego, una práctica de bienestar, una fuente de placer y un campo de experiencias para la adquisición de hábitos positivos. Contribuye al normal desarrollo, al conocimiento del propio cuerpo y de sus posibilidades y a prepararlo de cara al futuro. Posteriormente, esta actividad podrá ser dirigida y reglamentada en forma de deporte para practicarlo, de manera individual o conjunta, en escuelas o centros deportivos y orientarse con fines profesionales o eminentemente lúdicos.

Se ha observado un incremento en la realización de ejercicio físico y en el número de horas dedicado al mismo, en un estudio longitudinal en niños y niñas con una edad media de 6 años al inicio del estudio y una edad media de 12 años al final del mismo (279).

A partir de la pubertad, los jóvenes pueden inclinarse por otras apetencias que no sean el deporte, observándose un descenso de la práctica deportiva al aumentar la edad (280). La figura

de los padres protectores a los que era agradable satisfacer deja paso a una rebeldía natural que les lleva a querer disponer de sus propios actos. También en estos momentos, la influencia de los amigos es trascendental, los escolares se agrupan según afinidades y maneras de ser. Aquellos a los cuales les gusta el deporte, se conocen con facilidad y organizan sus actividades en función de él; el ejercicio físico fomenta hábitos saludables, sobre todo durante los años de la adolescencia, que les hará mantener el interés para practicar deporte durante el resto de la vida (281, 282), llenando horas de ocio, en contraposición a otras ofertas lúdicas de más riesgo o actividades nocivas, como el consumo de alcohol y drogas.

El ejercicio físico puede ser una herramienta importante para el tratamiento de algunos problemas de psicomotricidad y en la rehabilitación e integración de minusválidos o drogodependientes; es una posible vía para canalizar la agresividad o reducir el estrés (263). Contribuye a transmitir valores como el esfuerzo, el afán de superación, el respeto a las normas y a incrementar la autoestima. En los deportes de equipo, que en edad escolar son los más recomendable, existe la posibilidad de favorecer la integración en el grupo de los niños o jóvenes peor dotados, más sobreprotegidos o afectados por otros problemas, como conductas alimentarias alteradas (283), ayudando de esta manera a mejorar su vida de relación, comunicación y autoimagen. Pero además de contribuir a la interrelación y a la formación de nuevas amistades, demuestra las ventajas del trabajo en equipo y enaltece valores como la solidaridad y la responsabilidad compartida, con la disminución de estrés que esto suele conllevar (284).

Se han realizado algunos estudios en escolares sobre la prevalencia de actividad física y la relación con otras variables que tienen que ver con estilos de vida (285), el hábito alimentario (283) y algunos han estudiado también su relación con el nivel socioeconómico

(16, 279, 280), aunque son estudios con bastantes limitaciones en cuanto a variables recogidas y la amplitud del ámbito geográfico. En general, estos estudios encuentran que la práctica de ejercicio físico está influido por el género y el nivel socioeconómico, de manera que los hombres y los grupos con mayor nivel realizan más frecuentemente ejercicio y lo hacen durante más horas que las mujeres y los grupos de nivel más bajo.

Se observa un progresivo abandono y desinterés por el ejercicio conforme se hacen más mayores, que se hace evidente, sobre todo, con el acceso a la enseñanza media (16) y, posteriormente, se consolida en la edad adulta como lo demuestran los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1.997 sobre inactividad física (286). El porcentaje de inactividad física en tiempo libre, en el grupo de edad de 16 a 24 años, fue de 22,3% en los hombres y de 42,8% en las mujeres; mientras que en el grupo de edad de 45 a 64 años los porcentajes fueron de 47,1% en los hombres y 52,9% en las mujeres, aumentando dichos porcentajes con la edad.

En cuanto al nivel socioeconómico, datos de esta misma encuesta ponen de manifiesto que la tasa ajustada por edad de inactividad física en el tiempo libre es mayor en los hombres y mujeres sin estudios, 58,6 y 68,2 respectivamente, que en los hombres y mujeres con estudios superiores, 27,2 y 36,2 respectivamente. Mientras que la tasa ajustada por edad de inactividad física en el trabajo fue mayor en los hombres y mujeres con estudios superiores, 61,4 y 44,8 respectivamente, que en los que no tenían estudios, 9,5 en los hombres y 15,3 en las mujeres.

2. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El diseño del estudio se enmarca dentro de los Planes de Salud de la Comunidad de Madrid y las Estrategias de Salud Pública respondiendo a los objetivos del Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (287), de estimar los problemas y necesidades de salud de la población, para orientar las estrategias de intervención, para el establecimiento de prioridades y para la toma de decisiones en planificación sanitaria, así como para la evaluación de programas sanitarios, sobre todo cuando se dispone de series periódicas de datos.

El análisis de la situación de salud en los jóvenes pretende ser un medio para identificar las necesidades de salud más importantes y conocer las desigualdades existentes. El interés por atender las necesidades de salud de los adolescentes, prevenir sus problemas sanitarios y proporcionarles atención y tratamiento es cada vez mayor. La salud y el desarrollo de los adolescentes requieren estrategias y programas de promoción de la salud que deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos (1).

La información disponible acerca de los hábitos de salud de los jóvenes, elaborada con diferente metodología y por instituciones diversas, está disgregada dificultando la comparabilidad de los resultados, la observación y análisis de la evolución en el tiempo.

Se han realizado últimamente algunos estudios en escolares en diversas comunidades, mencionados anteriormente, en los que determinan la prevalencia de factores de riesgo, aunque con bastantes limitaciones en cuanto a las variables recogidas y a la metodología empleada.

Si bien han detectado una evolución favorable en los adultos, con el descenso del consumo abusivo de alcohol, tabaquismo y drogas ilegales, sin embargo en los jóvenes observan un progresivo incremento del uso del alcohol y del tabaco. Detectando un alto porcentaje de escolares que abusa del alcohol los fines de semana, una reducción de la edad de inicio y una creciente igualación en los hábitos de consumo entre los sexos, especialmente por el incremento de consumo de tabaco y alcohol de las mujeres adolescentes. También detectan un incremento del número de escolares que nunca han probado el alcohol.

El estudio de la situación epidemiológica en los jóvenes, en cuanto a hábitos de salud, en una ciudad como Madrid, la más poblada del Estado, que junto con otras grandes ciudades, actúa como referencia de nuevos usos y patrones de consumo, es fundamental y de una gran relevancia para determinar la prevalencia y la evolución de los factores de riesgo y permitir la comparación con estudios similares, basados en encuestas a escolares adolescentes, de otras comunidades, así como la comparación con los estudios llevados a cabo fuera de España.

2.1. OBJETIVO GENERAL

Se pretende conocer la situación actual de los factores de riesgo para la salud relacionados con la conducta de los escolares de Educación Secundaria de la Comunidad de Madrid y determinar la relación entre la presencia de los factores de riesgo y diversas características sociodemográficas.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la prevalencia de factores de riesgo para la salud como son el tabaquismo, el consumo de alcohol, el consumo de otras drogas, la inactividad física y la alimentación inadecuada en los escolares de Educación Secundaria de la Comunidad de Madrid.

Determinar la asociación entre la presencia de esos factores de riesgo y diversas variables sociodemográficas, el curso escolar, la talla y el año de encuesta, en los escolares de Educación Secundaria de la Comunidad de Madrid.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio es descriptivo transversal y está diseñado desde la estrategia de vigilancia en salud pública, mediante SIVFRENT-J (Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población juvenil), completando a SIVFRENT-A dirigido a población adulta y SIVFRENT-S sistema de análisis de fuentes de información secundaria, realizados por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (288 - 291).

SIVFRENT monitoriza de forma anual siete factores de riesgo: consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, actividad física, alimentación, relaciones sexuales, accidentes y seguridad vial.

Los factores son estimados mediante el método de encuesta seriada de salud, aplicado en los centros escolares y coordinado con la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia.

La población objeto del estudio es la de los escolares de la Comunidad de Madrid en los cursos 2º de BUP, 4º de ESO y 2º de FP-1.

3.2. FUENTE DE DATOS, TAMAÑO MUESTRAL Y POBLACIÓN

La fuente de datos utilizada es la proporcionada por SIVFRENT-J, que realizó la selección muestral a partir del censo de centros escolares facilitado por la Dirección Provincial

del Ministerio de Educación y Cultura.

La muestra es de conglomerados bietápica con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los centros escolares, y las de segunda, por las aulas.

Los criterios de estratificación han sido tres: la zona geográfica (Madrid y los municipios), la titularidad de los centros escolares (público y privado) y el curso escolar (2º BUP, 4º ESO y 2º FP-1).

La asignación muestral ha sido proporcional en cada estrato al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados en dichos cursos.

La selección de las unidades de primera etapa se ha realizado con probabilidad proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados. La selección de las unidades de segunda etapa ha sido constante, haciendo un muestreo de dos aulas por centro escolar.

Todo esto aseguró una buena diversificación y representatividad de la muestra.

El tamaño muestral ha sido de 6.893 entrevistas. En 1996 se recogieron 1.799 entrevistas, en 1997 se recogieron 2.602 entrevistas y en 1998 se recogieron 2.492 entrevistas, de las cuales 4.059 se realizaron en centros públicos y 2.834 entrevistas en centros privados.

Al tamaño muestral por año le corresponde un error de muestreo absoluto de un 2,4 % para 1996 y de un 1,9 % para 1997 y 1998, bajo el supuesto de muestreo aleatorio simple, para

una prevalencia del 50 % y un nivel de confianza del 95%.

En 1997 y en 1998 se incrementó el número de centros escolares participantes y el de personas entrevistadas con objeto de aumentar la precisión de las estimaciones.

En 1996 el número de centros escolares participantes fue de 33 y el número de aulas de 64; de los 36 centros seleccionados, tres no participaron lo que supone una tasa de respuesta del 91,7%. Un 8% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta, tres abandonaron durante el desarrollo de la misma y 11 se eliminaron durante el control de inconsistencias; la tasa de respuesta fue de 91,3%. La tasa global de respuesta fue de 83,7%.

En 1997 el número de centros escolares participantes fue de 52 y el número de aulas de 96; cuatro de los 56 centros seleccionados decidieron no colaborar en el estudio, lo que supone una tasa de respuesta de centros escolares del 92,9%. Un 10,4% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta, uno abandonó durante la realización de la misma y cuatro se eliminaron durante el control de inconsistencias, la tasa de respuesta de estudiantes fue del 89,5%. La tasa global de respuesta fue del 83,1%.

En 1998 el número de centros escolares participantes fue de 50 y el número de aulas de 96; sólo dos de los 52 centros seleccionados decidieron no colaborar en el estudio, lo que supone una tasa de participación de centros escolares del 96,2%. Un 11,4% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la misma y 7 se eliminaron durante el control de inconsistencias; la tasa de respuesta de estudiantes fue del 88,3%. La tasa global de respuesta fue del 84,9%.

En la definición de población de referencia intervienen dos variables estrechamente relacionadas que son la edad y el tipo de enseñanza. Por lo que respecta a la edad no existe un criterio uniforme en la definición de los límites inferior y superior en la mayoría de los estudios revisados. La conclusión que se obtiene es que los límites de edad vienen determinados por el marco en el que se decide recoger la información y no a la inversa. Es decir, sería el tipo de enseñanza que se pretende abarcar el que determinaría el grupo de edad.

La población objeto del estudio está formada por los alumnos entrevistados durante los años 1996, 1997 y 1998, seleccionados de la población escolar de referencia matriculados en los cursos 2º de BUP, 4º de ESO y 2º de FPI de la Comunidad de Madrid, con edades de 15, 16, 17 y más años.

A pesar de que inicialmente se diseñó el estudio para seleccionar a los alumnos de 15 y 16 años, posteriormente para este estudio se ha decidido seleccionar también a todos los demás, aunque éstos últimos no sean representativos del conjunto de jóvenes de ese grupo de mayor edad que probablemente estén matriculados en otros cursos superiores. La presencia de jóvenes de mayor edad en estos cursos posiblemente se deba al hecho de que, por diversas circunstancias, son alumnos que han repetido uno o más cursos.

Los datos de diversos trabajos, entre ellos los de Mendoza y otros (16, 17), el de Ariza y Nebot (35), el de Moncada y Pérez (52), el de Valero y Sáenz (175), el de Díez y otros (36), el de Agudo y otros (65), el de Breslau y Peterson (37), las encuestas a escolares sobre drogas realizadas por el Plan Nacional sobre drogas del Ministerio de Justicia e Interior (18 – 20) y la encuesta realizada en Estados Unidos en 1995 sobre factores de riesgo en jóvenes por el CDC (15), ponen de manifiesto la existencia de mayor prevalencia de factores de riesgo para la salud

en los grupos de mayor edad y en los alumnos matriculados en los cursos de formación profesional.

Seleccionar sólo a los de 15 y 16 años, no considerando a los de mayor edad, podría sesgar la información subestimando la prevalencia de factores de riesgo para la salud, presentes en el grupo de jóvenes de mayor edad. A esto hay que añadir que circunstancias como la repetición de cursos, el bajo rendimiento escolar y el absentismo también se ha asociado significativamente a mayor prevalencia de conductas de riesgo (41,49, 280), sobre todo las que tienen que ver con el consumo de drogas (18, 193, 292), por lo que los datos referentes a factores de riesgo en este grupo de mayor edad pueden estar sobrestimados con respecto a la población general de la misma edad.

Por lo tanto, todas estas consideraciones deben ser tenidas en cuenta en la interpretación de los resultados obtenidos y en la extrapolación de estos datos a la población general de ese grupo de edad.

3.3. CUESTIONARIO

Se utilizó un cuestionario en cuya elaboración han participado expertos en diversas áreas de la salud y la educación y se ha establecido un modelo de referencia basado en varias encuestas de salud (18, 21, 235, 248, 293, 294).

El modelo de cuestionario utilizado en las encuestas se adjunta en el anexo. Es el

cuestionario SIVFRENT-J de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

El cuestionario está estructurado en los siguientes apartados: demografía, peso, talla, ejercicio físico, alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, accidentes y seguridad vial, información sobre temas de salud.

La técnica de entrevista fue la de cuestionario autoadministrado en aula, cuya duración media de cumplimentación fue de 35 minutos.

En cada aula un técnico explicó los detalles del cuestionario y resuelto las dudas que se presentaron. La cumplimentación del cuestionario se realizó sin la presencia del profesor.

El método de cuestionario autocumplimentado en población escolar está indicado por varias razones: Al ser realizado en el aula del colegio no existe una identificación con su domicilio, ni la posible inhibición ante la presencia de sus padres. Aunque la cumplimentación es personal e individual, al tener lugar de forma colectiva con otros alumnos, les da más impresión de anonimato y estimula la participación en algo que están haciendo otros compañeros. La aplicación a población escolarizada garantiza que no se produzca ningún caso de incapacidad o analfabetismo, ni dificultad en el manejo de textos o impresos.

El período de realización de las entrevistas se desarrolló durante la segunda quincena de Abril de 1996, segunda quincena de Abril de 1997 y segunda quincena de Abril de 1998.

3.4. VARIABLES

A continuación se describen las variables que han sido objeto del estudio y análisis, si bien el número de variables del cuestionario fue mayor, se han considerado sólo aquellas que pueden dar respuesta a los objetivos específicos del estudio.

3.4.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

Se describen en este apartado las variables sociodemográficas y socioeconómicas estudiadas.

Sexo, variable dicotómica con las categorías: hombre y mujer.

Esta variable ha permitido estudiar separadamente, tanto en hombres como en mujeres, los datos recogidos.

Edad, variable indirecta calculada a partir de las variables del cuestionario, día, mes y año de nacimiento. Esta variable se ha recodificado en otra variable con tres grupos de tamaño similar, en el primer grupo se han incluido a los jóvenes de 15 años, en el segundo grupo a los de 16 años y en el tercero a los de 17 años y a los que tenían más edad.

Curso escolar, variable con tres categorías: 2º de BUP, 4º de ESO y 2º de FPI, correspondientes a los cursos encuestados donde se encontraban los jóvenes de edades entre 15

años y 17 años, en un momento en el que algunos centros no tenían implantado totalmente el sistema actual de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la LOGSE (295, 296).

Estudios del cabeza de familia, es una variable recodificada en cuatro categorías a partir de los datos de la variable nivel de estudios del padre o de la madre, si aquél hubiera fallecido:

- Sin estudios, incluyó a quien no tenía estudios o tenía estudios primarios sin terminar.
- Básicos, incluyó a los que tenían estudios primarios terminados, certificado escolar o graduado escolar.
- Medios, incluyó a los que realizaron Formación Profesional o Bachiller Superior
- Superiores, incluyó a los que tenían estudios universitarios.

Ocupación del cabeza de familia, es una variable recodificada en dos categorías a partir de los datos de la situación laboral del padre o de la madre, si aquél hubiera fallecido:

- Trabaja.
- No trabaja, incluyó a los que trabajaban sólo en las tareas de casa, a los parados, a los jubilados y a los pensionistas.

Talla, es el resultado de recodificar la variable talla en centímetros, en otra con tres categorías. Se eligió como punto de corte el percentil 33 y el percentil 66 en cada género. Para ello se han separado por sexo a los jóvenes, a continuación se han incluido en el primer grupo a los varones que medían entre 120 centímetros, la menor talla presentada por los hombres en el estudio, y 172 centímetros y a las mujeres que medían entre 142 centímetros, la menor talla

presentada por las mujeres en el estudio, y 162 centímetros; en el segundo grupo se han incluido a los varones que medían entre 173 centímetros y 178 centímetros y a las mujeres que medían entre 163 centímetros y 167 centímetros; en el tercer grupo se incluyeron a los varones que medían 179 centímetros o más y a las mujeres que medían 168 centímetros o más.

A pesar de que la talla es una medida autodeclarada por los jóvenes, la fiabilidad es alta. Aunque, a veces, se produce una sobreestimación que afecta, principalmente, a las mujeres y a los de más edad, se han encontrado correlaciones superiores a 0,9 entre la talla medida y la talla autodeclarada (68).

Por otra parte, la decisión de incluir la talla como variable independiente se debe al hecho de que es una variable que se asocia a las circunstancias socioeconómicas en la etapa temprana de la vida, como han puesto de manifiesto diversos trabajos como el de Padez y Johnston en Portugal (107), encontrando asociación estadísticamente significativa entre la altura de jóvenes de 18 años y el nivel de estudios de los padres sobre todo, así como también con el lugar geográfico de residencia. La altura en adultos representa el producto final de la continua interacción entre factores genéticos y ambientales (297).

Factores socioeconómicos como la clase social, ingresos, nivel de estudios de los padres, higiene y enfermedades en edades jóvenes, son decisivos en la influencia de la talla adulta (102). Por todo ello se ha encontrado que la talla puede ser un buen indicador del nivel socioeconómico de los jóvenes, que tiene que ver con su entorno familiar y geográfico y podría ser útil para predecir posibles enfermedades crónicas y mortalidad en la edad adulta (98, 298, 299).

Año de encuesta, variable con tres categorías correspondientes a los tres años de las encuestas incluidas en el estudio, 1996, 1997 y 1998.

3.4.2. VARIABLES DEPENDIENTES

Se han elaborado las variables dependientes de forma que todas son dicotómicas, lo cual ha facilitado, posteriormente, el estudio y análisis de las variables.

3.4.2.1. CONSUMO DE TABACO

Fumador, variable con las categorías: fumador y no fumador. En el primer grupo se han incluido a los jóvenes que fumaban diariamente y a los que fumaban alguna vez a la semana, aunque no diariamente; en el segundo grupo se han incluido a los que no han fumado nunca, a los que fumaban esporádicamente menos de una vez por semana, a los que no fumaban en el momento de la encuesta, pero habían fumado antes.

Fumador excesivo, variable indirecta con las categorías: fumador excesivo o no. Esta variable ha sido calculada a partir de la variable "tipo de fumador" con tres categorías: Fumador de más de 10 cigarrillos diarios, fumador de menos de 10 cigarrillos diarios y los que no fuman ninguno. La categoría de fumador excesivo está formada por los jóvenes que fumaban más de 10 cigarrillos diarios y la segunda categoría por el resto.

3.4.2.2. CONSUMO DE ALCOHOL

Consumo total de alcohol semanal, variable indirecta, resultado de realizar dos pasos. En primer lugar, a partir de los datos sobre el tipo y cantidad de bebidas alcohólicas que declararon los jóvenes consumir habitualmente de lunes a viernes al mediodía y las consumidas el fin de semana, es decir, desde el viernes por la tarde al domingo por la noche, se han sumado las cantidades consumidas de cada tipo de bebida, para cada individuo y se han convertido a centímetros cúbicos de alcohol puro de acuerdo con la siguiente tabla de equivalencias:

Caña o botellín de cerveza -----	10 cc
Vaso de vino -----	12 cc
Vaso de sidra -----	10 cc
Vermouths, bitter y finos -----	12 cc
Copas de licores dulces -----	13 cc
Copas de licores solos (whisky, coñac, anís...) -----	18 cc
Combinados y cubatas -----	28 cc
Copas de cava o champán -----	12 cc

Posteriormente se han sumado todos los valores recodificados de todas las bebidas consumidas por cada joven, incluyendo el consumo entre semana y durante el fin de semana.

Bebedor, variable indirecta con dos categorías: bebedor y no bebedor. Esta variable ha sido calculada a partir de la variable "consumo total de alcohol semanal", en la categoría de no bebedor se clasificaron a los jóvenes cuyo consumo de alcohol fue igual a cero; en la categoría de bebedor se han incluido a los demás.

Bebedor de riesgo, variable indirecta dicotómica, calculada a partir de la variable "tipo de bebedor", ésta variable con tres categorías: no bebedor, bebedor moderado y bebedor de riesgo, ha sido calculada a partir de la variable "consumo total de alcohol semanal", siguiendo estos criterios, en la categoría de no bebedor se incluyó a los jóvenes cuyo consumo de alcohol fue igual a cero, en la de bebedor moderado se incluyó a los hombres cuyo consumo fue menor a 350 cc de alcohol a la semana y a las mujeres cuyo consumo fue menor de 210 cc de alcohol semanal, en la de bebedor de riesgo se incluyó a los hombres cuyo consumo fue igual o mayor a 350 cc de alcohol semanal y a las mujeres cuyo consumo fue igual o mayor a 210 cc de alcohol semanal.

3.4.2.3. CONSUMO DE OTRAS DROGAS

En el cuestionario se recogió información a cerca de la frecuencia de consumo de sustancias y drogas ilegales, agrupadas de la siguiente forma:

1. Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica.
2. Hachís, marihuana (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo).
3. Cocaína (coca, perico).
4. Heroína (caballo, polvo, jaco).
5. Speed o anfetaminas.
6. Éxtasis u otras drogas de diseño.
7. Alucinógenos (LSD, ácido, tripi, PCP).
8. Sustancias volátiles (colas, pegamento).

Para cada tipo de sustancia había cuatro posibles respuestas a cerca de la frecuencia de consumo: nunca, alguna vez en la vida, alguna vez en los últimos 12 meses y alguna vez en los últimos 30 días. A partir de estas variables correspondientes a cada tipo de sustancia, se crearon otras variables dicotómicas:

Tranquilizantes en los últimos 30 días.

Hachís, marihuana en los últimos 30 días.

Cocaína en los últimos 30 días.

Éxtasis, drogas de diseño en los últimos 30 días.

Alucinógenos en los últimos 30 días.

Anfetaminas en los últimos 30 días.

De tal forma que para cada variable del cuestionario se crearon dos categorías, en una categoría se clasificaron a los jóvenes que consumieron las sustancias consideradas en la variable en los últimos 30 días y en la otra categoría al resto de los jóvenes, incluidos en las otras categorías de la misma variable.

3.4.2.4. HÁBITOS ALIMENTARIOS

El Grupo de Expertos reunidos en Helsinki en 1988, por iniciativa de FAO/OMS, puso de manifiesto la disparidad de las recomendaciones dietéticas entre países y entre diferentes investigaciones. Las guías dietéticas, así como los objetivos nutricionales tienen como finalidad la adecuación de la ingesta dietética media de la población a las recomendaciones de los expertos para prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas y se expresan de

manera cualitativa como alimentos, raciones o tendencias más positivas para la salud.

La clasificación de alimentos propuesta por Salvador y otros (300) agrupa a los alimentos en seis categorías:

El grupo de la leche y derivados lácteos.

El grupo de cereales y féculas.

El grupo de las verduras y hortalizas.

El grupo de las frutas.

El grupo de las carnes, pescados, huevos y legumbres.

El grupo de las grasas.

Esta clasificación se basa en la producción y disponibilidad de nuestro entorno, en los hábitos y costumbres de la población, así como en las recomendaciones alimentarias y en la gran utilidad desde el punto de vista pedagógico en la educación alimentario-nutricional.

Para conseguir una alimentación equilibrada, se recomienda ingerir a diario alimentos de cada grupo en forma de raciones diarias. Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria para la población española (301), del grupo de la leche y derivados lácteos se aconseja ingerir de 2 a 4 raciones día. Del grupo de las carnes, pescados, huevos y legumbres se recomienda ingerir 2 raciones al día. Del grupo de alimentos hidratos de carbono y cereales se recomienda ingerir de 3 a 5 raciones al día. Del grupo de verduras y hortalizas se debería ingerir dos raciones diarias y de éstas, una ración debe ser cruda para garantizar el aporte de fibra. Y dos raciones de frutas. También se recomienda de 3 a 5 cucharadas soperas de aceite para cocinar y aliñar los alimentos.

La coordinación de las diferentes raciones de los grupos alimentarios, estando representados a diario cada grupo de alimentos y repartidos en las distintas comidas del día, aporta todos los elementos necesarios para una adecuada nutrición y configura una alimentación equilibrada (302).

En el cuestionario se recogió información a cerca de la frecuencia de consumo de diversos alimentos habituales incluidos en la comida de un día normal, agrupados en desayuno, media mañana, comida, merienda y cena. No se incluye una lista exhaustiva de alimentos, sino aquellos más representativos de cada uno de los grupos de alimentos y por tanto se estiman los hábitos de consumo en la ingesta de alimentos, expresados en raciones día.

Se considera una ración de alimentos a la cantidad habitual de éstos que suele consumirse. Teniendo en cuenta que no todas las personas comen la misma cantidad, se ha escogido una media determinada por las costumbres sociales y las encuestas alimentarias realizadas, aunque las porciones son flexibles en cuanto a las necesidades nutricionales de cada individuo.

Las posibles respuestas para cada alimento de acuerdo a la frecuencia de consumo eran: 1. rara vez o nunca, 2. 1 a 3 veces por mes, 3. 1 vez por semana, 4. 2 a 3 veces a la semana, 5. 4 a 5 veces por semana y 6. la mayoría de los días. Debían responder a todos los alimentos.

Para el cálculo de las variables de interés para valorar los factores de riesgo por una alimentación inadecuada, en primer lugar se ha recodificado el valor de la escala de frecuencia del cuestionario por otro de la siguiente manera:

Código del cuestionario	Valor recodificado
1	0,0
2	0,5
3	1,0
4	2,5
5	4,5
6	6,5

En segundo lugar se ha calculado la frecuencia de consumo, en raciones /día, para cada alimento, sumando los valores de las cinco comidas y dividiendo por 6,5. A continuación se han agrupado, sumando sus valores, en los cinco grupos más representativos que debe incluir una alimentación normal: Leche y derivados, frutas y zumos, verduras y hortalizas, alimentos hidrocarbonados y grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres.

Se han creado cinco variables dicotómicas correspondientes a los cinco grupos de alimentos:

Leche y derivados, en una categoría se incluyeron a los jóvenes que tenían un consumo inferior a dos raciones diarias de leche, queso o yogur y en la otra categoría al resto.

Frutas y zumos, en una categoría se incluyeron a los jóvenes que tenían un consumo inferior a dos raciones diarias de frutas o zumos y en la otra categoría al resto.

Verduras y hortalizas, en una categoría se incluyeron a los jóvenes que tenían un consumo inferior a dos raciones diarias de verduras, ensaladas y hortalizas y en la otra categoría

al resto.

Alimentos hidrocarbonados y cereales, se han creado dos variables a partir de los datos recogidos. Una de ellas está definida de forma que en una categoría se han incluido a los jóvenes que tenían un consumo inferior a tres raciones diarias de alimentos de este grupo y en la otra categoría al resto. La otra variable se ha definido de forma que en una categoría se han incluido a los jóvenes que tenían un consumo igual o superior a 8 raciones diarias de alimentos de este grupo y en la otra categoría al resto.

Grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres, se han creado dos variables a partir de los datos recogidos. Una de ellas está definida de forma que en una categoría se han incluido a los jóvenes que tenían un consumo inferior a dos raciones diarias de alimentos de este grupo y en la otra categoría al resto. La otra variable se ha definido de forma que en una categoría se han incluido a los jóvenes que tenían un consumo igual o superior a 7 raciones diarias de alimentos de este grupo y en la otra categoría al resto.

3.4.2.5. REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO

Total actividad física semanal, variable indirecta calculada a partir de las frecuencias de realización de ejercicio o deporte, declaradas por los jóvenes, en cada una de las variables del cuestionario correspondientes a cada tipo de ejercicio físico realizado habitualmente a lo largo de todo el día, tanto dentro como fuera del centro escolar, y durante toda la semana, los días laborables y el fin de semana. Para ello, en primer lugar, se han recodificado los valores de frecuencia de realización de cada deporte, del cuestionario, de

acuerdo a los siguientes valores:

Código del cuestionario	Valor recodificado
1	0,0
2	0,5
3	1,0
4	2,5
5	4,5
6	6,5

El código 1 del cuestionario correspondió a la frecuencia de realización del deporte " rara vez o nunca", el código 2 correspondió a "1-3 días por mes", el código 3 correspondió a "1 día a la semana", el código 4 a "2 -3 días a la semana", el código 5 a "4 -5 días a la semana", el código 6 a " la mayoría de los días".

Posteriormente, se sumaron todos los valores recodificados de cada deporte para cada individuo, resultando la variable total actividad física semanal.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, en la prevención del riesgo cardiovascular y que define como persona activa aquella que realiza una actividad moderada, intensa o muy intensa, al menos durante 20 minutos durante 3 veces por semana como mínimo (198), se ha definido como factor de riesgo, "la realización de ejercicio físico con una frecuencia inferior a tres veces por semana".

Teniendo en cuenta que las actividades recogidas en el cuestionario fueron todas de

intensidad moderada, intensa y muy intensa y no se recogió información del tiempo invertido en la realización de cada deporte, se han considerado a todas las actividades por igual y sólo se ha valorado la frecuencia de realización durante la semana.

Ejercicio físico a la semana, variable indirecta dicotómica, calculada a partir de la variable anterior "total actividad física semanal". En una categoría se incluyeron a los jóvenes que realizaron menos de tres veces ejercicio físico a la semana y en la otra categoría al resto de jóvenes.

3.5. MÉTODO ESTADÍSTICO

El procesamiento de los datos, los cálculos mencionados y el análisis estadístico de los resultados se han realizado mediante el paquete estadístico SPSS para Windows (303).

3.5.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Se ha realizado un estudio descriptivo, en un primer paso, para obtener la distribución de la muestra, para cada una de las variables objeto de estudio. Así, se han calculado las medidas de frecuencia para cada una de las categorías de las variables, para lo cual se estimó el porcentaje de respuesta en todas ellas, así como la tasa de "no-respuesta", realizando los cálculos para hombres y mujeres por separado.

Posteriormente, se estimó el porcentaje de individuos en cada categoría de las variables independientes que presentan la conducta de riesgo.

El margen de incertidumbre de las medidas se estimó mediante su intervalo de confianza al 95%, para lo cual se calculó el error estándar en cada una de las categorías de las variables. Para ello, se utilizó la fórmula del error estándar de una proporción para una distribución normal de una variable.

$$p * q / n$$

"P" es la tasa o el riesgo, "q " su complementario y "n" el número de escolares incluidos en el cálculo, para cada una de las categorías de las variables independientes, realizando el cálculo separadamente para hombres y mujeres.

A continuación, para evaluar la significación estadística de la tendencia en las distintas categorías de las variables, se realizaron cruces bivariantes entre las variables dependientes e independientes y se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

Se ha establecido un error alfa de 0,05 para una prueba bilateral de contraste de hipótesis.

3.5.2. CÁLCULO DE LAS MEDIDAS DE ASOCIACIÓN

El primer análisis de cruces bivariados o de tablas de contingencia muestra una serie de

variables con significación estadística, que podrían explicar las diferencias en la prevalencia de los diversos factores de riesgo en los distintos grupos de jóvenes, según las características sociodemográficas y socioeconómicas. Sin embargo, es preciso determinar hasta que punto el efecto o la influencia de una variable significativa en la presentación de un factor de riesgo se debe a esa variable o a su asociación con otras. Por tanto, el objetivo del siguiente análisis ha sido identificar que variables relativas a características sociodemográficas presentan asociación estadísticamente significativa con los factores de riesgo, independientemente de las demás, tanto en hombres como en mujeres.

Para ello, posteriormente al análisis bivariado, se utilizó un análisis multivariante que permitió determinar y aislar el efecto de las variables independientes. El análisis utilizado fue la regresión logística.

El análisis de regresión logística es una forma especial de regresión lineal múltiple, el modelo matemático que adopta la relación de las variables independientes con respecto a la variable dependiente es una ecuación o modelo exponencial de tipo sigmoideo, capaz de predecir el valor que tomará una variable dependiente en función de los valores que presenten las diversas variables independientes. Es utilizado frecuentemente para estudiar la relación entre un factor de riesgo, representado por una variable dependiente cualitativa dicotómica, y una serie de variables independientes, cuya medición puede ser cualitativa o cuantitativa, consideradas a priori como posibles variables explicativas de la ocurrencia de ese suceso o resultado. La forma sigmoidea a la que se obliga matemáticamente al modelo se acerca a la realidad biológica, ya que la influencia de un factor de riesgo sobre la probabilidad de una enfermedad se asemeja a la curva habitual de respuesta a diferentes dosis de un estímulo.

La variable dependiente únicamente puede tomar dos valores 1 y 0, presencia de un determinado resultado para el factor de riesgo, con una probabilidad P y ausencia de ese resultado con probabilidad $1 - P$, respectivamente.

Según este modelo, puede conocerse la probabilidad de la ocurrencia de un determinado resultado en un individuo, en función de su perfil de variables predictivas X_i , con unos determinados valores para esas variables.

Si sólo se considera una variable independiente, la ecuación que permite conocer esa probabilidad de presencia del factor de riesgo es:

$$P = \frac{e^{\alpha + \beta x}}{1 + e^{\alpha + \beta x}} \quad \text{ó también} \quad P = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta x)}}$$

Estas ecuaciones representan la curva de la distribución logística de probabilidad. Siendo α y β los coeficientes del modelo de regresión y "e" es la base de los logaritmos neperianos o naturales con valor 2,7183.

La odds es el cociente de la probabilidad de ocurrencia del resultado frente a la probabilidad de no ocurrencia.

$$\text{Odds} = \frac{P}{1 - P} = e^{\alpha + \beta x}$$

Tomando logaritmos neperianos o la transformación logit de P, la ecuación se convierte en una función similar a la de regresión lineal:

$$\text{Ln} (P/1-P) = \alpha + \beta X$$

Si existen más variables independientes predictivas en el modelo, se añaden términos al polinomio:

$$\text{Ln} (P/1-P) = \alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_i X_i$$

Esta generalización multivariante proporcionará el logit de la probabilidad de ocurrencia de un resultado en un individuo que presente un perfil X_1, \dots, X_i de variables independientes, cuando se hayan estimado los coeficientes de regresión, β_1, \dots, β_i .

Los coeficientes se calculan por el procedimiento de máxima verosimilitud, es decir, se suponen conocidos los coeficientes β_1, \dots, β_i , se aplica el modelo y se observa que probabilidad de ocurrencia del resultado de interés resultaría para cada uno de los individuos de la muestra. Planteando la condición de que tal verosimilitud ha de ser máxima, se pueden obtener los valores de los coeficientes β_1, \dots, β_i y por tanto la ecuación de regresión logística.

Los odds ratio pueden calcularse por la ecuación:

$\beta = \text{Ln OR}$, $\text{OR} = e^{\beta}$ es el aumento de probabilidad de presentar el factor de riesgo por cada unidad de cambio en la medida de la variable independiente.

β es el coeficiente del modelo de regresión logística y permite estimar OR, su significación y el intervalo de confianza.

El intervalo de confianza puede calcularse a partir de la fórmula.

$$\text{IC al 95 \%} = e^{\beta \pm (1,96 \cdot \text{ES})}$$

"ES" es el error estándar.

Con la ecuación final se observa que existe una relación exponencial entre los niveles o valores de las variables independientes y la presencia del factor de riesgo. Y que existe una relación multiplicativa de las variables independientes entre sí. El coeficiente asociado a cada una de las variables cuantifica la contribución de cada una de ellas al hecho de presentar o no el factor de riesgo, independientemente de las demás variables incluidas en el modelo.

$$\text{OR} = e^{\alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_i X_i} = e^{\alpha} \cdot e^{\beta_1 X_1} \cdot \dots \cdot e^{\beta_i X_i}$$

El análisis de regresión logística tiene, por tanto, dos aplicaciones fundamentales: por un lado, identificar qué variables tienen significación estadística en la presentación o no del factor de riesgo y cuantificar su posible influencia y, por otro, determinar como varía la probabilidad estimada en función de la variación de las variables explicativas (304, 305).

El presente estudio se limitó a la primera aplicación. Para lo cual, tras el análisis bivariado para determinar las variables que presentaban de forma individual una asociación significativa al factor de riesgo, se han incluido como variables independientes, en el análisis multivariante, aquellas que podrían ser explicativas.

Cada factor de riesgo está representado por una variable dependiente dicotómica con dos categorías, definidas anteriormente y a las que se han asignado el valor 1 para aquellos casos que cumplan la condición "presentación del factor de riesgo" y 0 para el resto de los casos.

Las variables independientes introducidas en el modelo son: la edad, el curso escolar, el nivel de estudios del cabeza de familia, la ocupación, la talla y el año de encuesta. Todas estas variables, aunque han sido codificadas numéricamente, no son variables cuantitativas. Por tanto, sus valores han de ser recodificados nuevamente a valores numéricos que correspondan a las categorías originales, mediante la creación de nuevas variables.

Para ello, cada variable independiente introducida en el análisis ha sido categorizada nuevamente, estableciendo una categoría de referencia, presumiblemente más favorable a la ausencia del factor de riesgo y las otras categorías se consideran que aumentan el riesgo

respecto a esa. Si la ordenación no fuera correcta las demás categorías podrían ser factores de protección. En la variable "edad" la categoría de referencia elegida ha sido la del grupo de *15 años de edad*. En la variable "curso escolar" la categoría ha sido *2º de BUP*. En la variable "nivel de estudios del cabeza de familia" ha sido *estudios superiores*. En la variable "ocupación del cabeza de familia" la categoría ha sido *trabaja*. En la variable "talla" la categoría elegida ha sido el grupo de *talla alta*. Y para "el año de encuesta" ha sido *1.996* la categoría elegida.

Con el establecimiento de estas categorías de referencia se han transformado, automáticamente, las variables independientes cualitativas en variables "dummy" que son cuantitativas. A partir de ahora las variables se refieren a categorías concretas de modo que las variables "dummy" son variables dicotómicas que toman el valor 1 cuando los individuos pertenecen a la categoría que representa la variable y el valor 0 en el resto de los casos, excepto para la categoría de referencia, que siempre es 0.

Esta transformación permite además, mediante los coeficientes de las nuevas variables, determinar no sólo la influencia de cada variable en la presentación del factor de riesgo, sino qué categorías están asociadas significativamente y el efecto de cada categoría con respecto a la categoría de referencia en la presencia del factor de riesgo.

Se ha realizado un análisis de regresión logística, con las variables independientes transformadas, para cada uno de los factores de riesgo estudiados, repitiendo el proceso para cada uno de ellos por separado, tanto en hombres como en mujeres.

De esta forma se determinan qué categorías pueden considerarse explicativas de la mayor prevalencia del factor de riesgo, cuando OR es mayor que 1, y qué categorías se asocian

favorablemente al factor de riesgo, determinando menor prevalencia, cuando OR es menor que

1. La significación estadística del análisis queda reflejada en los intervalos de confianza al 95%.

4. RESULTADOS

4.1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

La distribución de la muestra, según las variables independientes en hombres y en mujeres, es la presentada en la tabla 4.1. El total de estudiantes de Secundaria entrevistados fue de 6.893 de los cuales 3.417 fueron hombres y 3.455 fueron mujeres. En el grupo de hombres el 39,3% tenía 15 años, el 36,8% tenía 16 años y el 23,9% tenía 17 o más años; en el grupo de mujeres, el 44,7% tenía 15 años, el 36,9% tenía 16 años y el 18,3% tenía 17 o más años. En cuanto a los estudios cursados, el 50,3% de los hombres y el 57,5% realizaban 2º de BUP, el 31,3% de los hombres y el 33,0 de las mujeres cursaban 4º de ESO y el 18,5% de los hombres y el 9,5% de las mujeres realizaban 2º de FP-I. Con respecto al nivel de estudios del cabeza de familia, el 13,2% de los hombres y el 14,0% de las mujeres, sus padres no tenían estudios; el 34,0% de los hombres y el 35,9% de las mujeres, sus padres tenían estudios básicos; el 25,9% de los hombres y el 25,3% de las mujeres, sus padres tenían estudios medios y el 27,0% de los hombres y el 24,8% de las mujeres, sus padres tenían estudios superiores. La mayoría de los adultos responsables de los estudiantes trabajaban, así el 93,3%, en el grupo de hombres, el cabeza de familia trabajaba frente al 6,7 % que no lo hacía; en el grupo de mujeres, el 92,4% el cabeza de familia trabajaba frente al 7,6% que no lo hacía. En cuanto a la talla, la distribución de la muestra se ha hecho de forma que hubiera un porcentaje similar de jóvenes en los tres grupos, teniendo en cuenta el sexo. En la encuesta de 1.996 el total de hombres fue de 873 y el de mujeres fue de 915, en la encuesta de 1.997 se entrevistó a 1.225 hombres y a 1.370 mujeres y en 1.998 el total de hombres fue 1.319 y de 1.170 mujeres.

4.2. TASA DE NO-RESPUESTA A LAS VARIABLES DE ESTUDIO

La tasa de no-respuesta a las distintas variables de estudio, tanto independientes como dependientes se presenta en la tabla 4.2. Destacando la tasa de no-respuesta para la variable estudios del cabeza de familia, con un porcentaje de 15,0% para los hombres y un 14,1% para las mujeres y para las variables que se refieren a la alimentación, sobre todo el grupo de carnes con un porcentaje de 13,7% para los hombres y 11,0% para las mujeres. En el caso de la alimentación y el ejercicio físico, las tasas de no-respuesta corresponden a los casos que se descartaron si no había respuesta a la totalidad de las preguntas del cuestionario referentes a la frecuencia de consumo de cada uno de los alimentos, en las distintas comidas del día y a las preguntas que tienen que ver con la frecuencia con que se practican todos los tipos de deportes o ejercicios físicos presentados, respectivamente.

4.3. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO

La distribución de la muestra, según los distintos hábitos relacionados con la salud se presenta en la tabla 4.3 y en la tabla 4.4. En cuanto al consumo de tabaco, el 32,5% de los hombres y el 41,8% de las mujeres son fumadores; el 7,3% de los hombres y el 6,6% de las mujeres son fumadores de más de 10 cigarrillos al día. Con respecto al consumo de alcohol, el 73,4% de los hombres y el 73,2% de las mujeres son bebedores; el 15,7% de los hombres y el 13,0% de las mujeres son bebedores de riesgo.

En el consumo de drogas ilegales destacan el consumo de cannabis (hachís, marihuana) en

los últimos 30 días, con un porcentaje de 19,3% en los hombres y 13,2% en las mujeres. En los hombres la siguiente droga con mayor porcentaje de consumo en los últimos 30 días fueron los alucinógenos con un 2,7%, le siguió la cocaína con un 2,1%, el éxtasis con un 1,9%, las anfetaminas con 1,1% y por último los tranquilizantes con un 0,9%. En el grupo de mujeres, las drogas más consumidas en los últimos 30 días, a parte del cannabis, fueron los tranquilizantes con un 1,5%, le siguieron los alucinógenos con un 1,2%, la cocaína con un 0,6%, el éxtasis con un 0,5% y las anfetaminas con un 0,4%.

En cuanto a la alimentación, destacan las tasas de jóvenes que consumen menos de dos raciones al día de verduras y hortalizas siendo de 74,9% en los hombres y 59,5% en las mujeres, le sigue el consumo de frutas y zumos con un 35,5% en los hombres y un 30,7% en las mujeres que toman menos de 2 raciones diarias, a continuación el consumo de leche y derivados con un 16,8% de hombres y un 20,0% de mujeres que toman menos de dos raciones diarias. Con respecto al grupo de alimentos hidrocarbonados y cereales, 7,1% de los hombres y 16,7% de las mujeres toman menos de 3 raciones diarias y 23,3% de los hombres y 17,1% de las mujeres toman 8 o más raciones de este grupo de alimentos. Para el grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres los porcentajes presentados son 3,2% de hombres y 6,7 de mujeres con un consumo inferior a 2 raciones diarias y 27,4% de hombres y 19,5% de mujeres con un consumo de 7 o más raciones diarias de este grupo de alimentos.

Por lo que se refiere al ejercicio físico, el 5,4% de los hombres y el 13,1% de las mujeres realiza menos de tres veces a la semana ejercicio físico.

4.4. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO SEGÚN LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

4.4.1. Consumo de tabaco

Las tasas de fumadores según las variables independientes en hombres y en mujeres, junto con el intervalo de confianza al 95%, se presentan en la tabla 4.5, así como la significación estadística del test de tendencia Chi cuadrado, en los cruces bivariados. Destaca el mayor porcentaje de fumadores en los jóvenes de más edad, 50,5% de los hombres y 63,0% de las mujeres que tienen 17 años o más, fuman, disminuyendo el porcentaje a medida que disminuía la edad, como puede verse en la figura 4.1, siendo estadísticamente significativa la tendencia; se observa mayores porcentajes en las mujeres que en los hombres para todos los grupos de edad. Los estudiantes de 2º de FP-I presentaron los mayores porcentaje de fumadores 45,2% los hombres y 58,7% las mujeres y el porcentaje menor de fumadores lo presentaron los hombres que estudiaban 4º de ESO, con un 28,4% y las mujeres que estudiaban 2º de BUP con un 38,9%, con significación estadística, siendo en este caso también mayor el consumo en mujeres que en hombres, para cada curso, como puede verse en la figura 4.7.

Los estudiantes cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor porcentaje de fumadores, tanto en los hombres 36,0%, como las mujeres 47,6% y los estudiantes cuyos padres tenían estudios medios fueron los que menor porcentaje de fumadores presentaron 30,6% en el caso de los hombres y 39,4 en el caso de las mujeres, como puede observarse en la figura 4.13, siendo estadísticamente significativa la tendencia en el caso de las mujeres. Los estudiantes cuyos padres no trabajaban, presentaron mayor porcentaje de fumadores, 41,0% los hombres y

54,2% las mujeres con significación estadística, como puede verse en la figura 4.19. Los jóvenes más altos fueron los que mayor porcentaje de fumadores presentaron, 36,7% los hombres y 45,9% las mujeres, los más bajos los que menor porcentaje presentaron con significación estadística, como puede verse en la figura 4.25.

En cuanto al año de encuesta, se observan porcentajes similares en los tres años, aunque con un ligero descenso desde 1.996 a 1.998, sin significación estadística.

Las tasas de fumadores excesivos según las variables independientes en hombres y en mujeres, el intervalo de confianza al 95% y la significación estadística del test de tendencia Chi cuadrado, se presentan en la tabla 4.6. Los jóvenes de 17 y más años, presentaron la mayor tasa de fumadores excesivos, 16,2% los hombres y 15,7% las mujeres y los que menor tasa presentaron fueron los jóvenes de 15 años, 2,2% los hombres y 3,0% las mujeres, con significación estadística. Aunque en el grupo de más edad los hombres presentaron mayor tasa que las mujeres, en el grupo más joven, las mujeres presentaron mayor tasa que los hombres, como puede verse en la figura 4.1. Los estudiantes de 2º de FP-I presentaron mayor porcentaje de fumadores excesivos, 12,5% los hombres y 11,6% las mujeres y los de 2º de BUP los que menor tasa 5,8%, tanto en hombres como en mujeres, con significación estadística, como puede observarse en la figura 4.7.

En cuanto al nivel de estudios del adulto responsable no se detectó significación estadística con la variable fumador excesivo, la distribución de porcentajes puede verse en la figura 4.13. Sin embargo los estudiantes cuyos padres no trabajaban, presentaron mayor porcentaje de fumadores excesivos, 11,4% los hombres y 12,4% las mujeres, como puede observarse en la figura 4.19, con significación estadística. Los estudiantes más altos presentaron mayor

porcentaje de consumo excesivo 9,0% en el caso de los hombres y 6,8% en el caso de las mujeres, como puede verse en la figura 4.25, mientras que los estudiantes más bajos presentaron menor consumo excesivo, con significación estadística en el caso de los hombres.

Se detecta mayor porcentaje de consumidores excesivos en 1.997, aunque en 1.998 los porcentajes son menores que en 1.996, con significación estadística en el caso de los hombres.

4.4.2. Consumo de alcohol

Las tasas de bebedores según las variables independientes en hombres y en mujeres se presentan en la tabla 4.7. Los jóvenes de 17 y más años fueron los que mayor porcentaje de bebedores presentaron, 84,8% los hombres y 85,3% las mujeres y los que menor, los de 15 años, 63,3% los hombres y 67,1% las mujeres con significación estadística, como también puede verse en la figura 4.1. En cuanto al curso escolar, fueron los estudiantes de FP-I los que mayores tasas de bebedores presentaron, como se observa en la figura 4.7, 81,0% en el grupo de hombres y 81,8% en el grupo de mujeres y los que menor, 70,5% en el grupo de hombres y 71,6% en el grupo de mujeres, los de 2º de BUP, con significación estadística tanto en hombres como en mujeres.

Las tasas más altas de bebedores se dieron en los jóvenes cuyos padres no tenían estudios, como puede observarse en la figura 4.13, 78,8% en hombres y 78,3% en mujeres y las más bajas en los que los padres tenían estudios superiores 69,8% en hombres y 70,7% en mujeres, con significación estadística en ambos casos. En cuanto a la ocupación, las tasas de bebedores fueron similares, tanto en los estudiantes cuyos padres trabajaban como en los que no, en

mujeres y en hombres, sin significación estadística, como puede observarse en la figura 4.19. Con respecto a la talla, los más altos fueron los que mayor porcentaje de bebedores presentaron 77,8% en los hombres y 77,0% en las mujeres y los más bajos los que menor tasa 69,9% en los hombres y 70,1% en las mujeres, con significación estadística en hombres y en mujeres, puede observarse en la figura 4.25. En cuanto al año de encuesta, en 1.998 se observó mayor tasa de bebedores que en los años anteriores.

Las tasas de bebedores de riesgo, según las variables independientes en hombres y en mujeres, se presentan en la tabla 4.8. Se observaron mayor porcentaje de bebedores de riesgo en el grupo de más edad, figura 4.2 y en los estudiantes de 2º de FP-I, figura 4.8, con significación estadística en ambos casos. El 26,2% de los hombres de 17 o más años son bebedores de riesgo frente al 9,2% de los hombres de 15 años que lo son; en el grupo de mujeres las tasas de bebedoras de riesgo son 23,1% en las de 17 o más años y 9,7% en las de 15 años. Con respecto al curso, los hombres matriculados en 2º de FP-I presentaron una tasa de 26,7% frente al 19,1% en el caso de las mujeres del mismo curso y los hombres matriculados en 2º de BUP presentaron una tasa de 13,1% de bebedores de riesgo frente a 11,9% de las mujeres del mismo curso.

En cuanto al nivel de estudios del adulto responsable, las tasas mayores se observaron en los hombres cuyos padres tenían estudios básicos, 17,9% y en las mujeres cuyos padres no tenían estudios, 15,5%, sin significación estadística, figura 4.14. Los estudiantes cuyos padres no trabajaban, presentaron mayores tasas de bebedores de riesgo, 20,6% en los hombres y 14,6% en las mujeres, que los que trabajaban, aunque sólo fue significativa la tendencia en el caso de los hombres, figura 4.20. Los hombres más altos presentaron mayor tasa de bebedores de riesgo 18,5%, con significación estadística; en las mujeres la mayor tasa se presentó en el

grupo de talla media y alta 14,3%, también con significación estadística, figura 4.26. Se observó mayor consumo en 1.996 que en 1.998, sólo significativo en el caso de las mujeres.

4.4.3. Consumo de otras drogas

El consumo de drogas en los últimos 30 días anteriores a la encuesta, se presenta en distintas tablas, una para cada sustancia. En cada tabla se muestran las tasas de consumidores, según las variables independientes sociodemográficas, tanto en hombres como en mujeres, el intervalo de confianza al 95% y la significación estadística de los cruces bivariados.

Los datos del consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica se presentan en la tabla 4.9. El consumo fue mayor en el grupo de más edad 1,2% en los hombres y 3,1% en las mujeres frente a 0,9% en los hombres y 1,1% en las mujeres de 15 años, con significación estadística en el caso de las mujeres, figura 4.2. El porcentaje de consumidores fue mayor en los hombres matriculados en 2º de FP-I con una tasa de 1,5% que en los de 4º de ESO que presentaron la menor tasa 0,6%, en las mujeres la mayor tasa se observó en las matriculadas en 4º de ESO y en 2º de BUP, 1,6% en ambos casos, y la menor tasa, 0,9% en las matriculadas en 2º de FP-I, figura 4.8.

El mayor porcentaje de consumidores se observó en los jóvenes cuyos padres no tenían estudios, 1,3% en el grupo de hombres y 1,9% en el grupo de mujeres, figura 4.14, y en los que los padres no trabajaban, 1,3% en los hombres y 2,7% en las mujeres, figura 4.20.

Con respecto a la talla, los hombres de talla media fueron los que mayor porcentaje de

consumidores presentaron con una tasa de 1,3% y las mujeres más altas con una tasa de 1,8%, figura 4.26. Destaca mayor tasa de consumidores de tranquilizantes en el año 1.996 con respecto a los años siguientes, en el grupo de hombres con significación estadística.

El porcentaje de consumidores de hachís, presentado en la tabla 4.10, fue mayor en el grupo de más edad, 29,2% en los hombres y 19,8% en las mujeres, que en los de 15 años con significación estadística en ambos casos, figura 4.2. Los hombres matriculados en 2º de FP-I presentaron mayor porcentaje 24,5% que los de 2º de BUP 17,7%, con significación estadística. En el grupo de las mujeres fueron las de 4º de ESO las que presentaron menor porcentaje de consumidoras 12,0%, que las mujeres de 2º de FP-I 18,1%, con significación estadística, figura 4.8.

La mayor tasa de consumidores 21,2% se observó en los hombres cuyos padres no tenían estudios y en las mujeres 16,3% cuyos padres tenían estudios superiores, en este último caso con significación estadística, figura 4.14. En cuanto a la ocupación, las mayores tasas se observaron en los jóvenes cuyos padres no trabajaban, 20,9% en los hombres y 15,8% en las mujeres, figura 4.20. Tanto los hombres como las mujeres más altos fueron los que mayores tasas presentaron 22,5% y 16,7% respectivamente y con significación estadística, figura 4.26.

El porcentaje de consumidores de cocaína en los últimos 30 días fue mayor en el grupo de 17 o más años que en el de 15 años tanto en hombres como en mujeres y mayor en hombres que en mujeres de la misma edad, como puede verse en la tabla 4.11 y en la figura 4.3. Así los hombres de 17 o más años presentaron una tasa de consumidores de cocaína de 4,1% mientras que en el grupo de 15 años fue de 0,7% y en las mujeres de 17 o más años la tasa fue de 2,3% y en las jóvenes de 15 años presentaron una tasa de 0,1%. Tanto en hombres como en mujeres la

tendencia de consumidores de cocaína con respecto a la edad fue significativa.

Con respecto al curso realizado, el porcentaje de consumidores fue mayor en los jóvenes matriculados en 2° de FP-I, tanto en hombres como en mujeres, que en los matriculados en 4° de ESO, con significación estadística, como puede verse en la figura 4.9. Los hombres de 2° de FP-I presentaron una tasa de consumidores de cocaína de 3,9% y las jóvenes de 1,9%, mientras que en 4° de ESO en los hombres la tasa fue de 1,4% y en las mujeres de 0,4%.

El porcentaje de consumidores fue mayor en los jóvenes cuyos padres no tenían estudios, con una tasa en hombres de 2,9% y 1,0% en mujeres, figura 4.15, aunque no fue estadísticamente significativo; y mayor en los jóvenes cuyos padres no trabajaban con una tasa en hombres de 3,6% y 1,9% en mujeres, siendo significativa la tendencia en el caso de las mujeres, figura 4.21. Los hombres más altos presentaron mayor tasa de consumidores 2,5%, que los más bajos y en las mujeres fueron las de talla media las que mayor tasa presentaron 0,9%, figura 4.27.

El porcentaje de consumidores de éxtasis u otras drogas de diseño, en los últimos 30 días, el intervalo de confianza y la significación estadística se presenta en la tabla 4.12. La tasa de consumidores fue mayor en el grupo de más edad, 3,4% en los hombres y 1,7% en las mujeres, que en los más jóvenes, con significación estadística, figura 4.3. También fue mayor en los estudiantes de 2° de FP-I, 3,4% en los hombres, con significación estadística, y 0,9 en las mujeres, como puede verse en la figura 4.9.

Los hombres cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor tasa de consumidores 2,4%, mientras que en el caso de las mujeres la mayor tasa 0,6% la presentaron aquellas cuyos

padres tenían estudios superiores, figura 4.15. Aunque la tendencia no fue significativa. En cuanto a la ocupación del cabeza de familia, el mayor porcentaje de consumidores de éxtasis lo presentaron los hombres cuyos padres no trabajaban, 3,1%, como también puede verse en la figura 4.21. Los hombres más altos y las mujeres de talla media presentaron los mayores porcentajes de consumidores, 2,4% y 0,7% respectivamente mientras que los más bajos los que menor tasa, figura 4.27.

Con respecto al año de encuesta, destaca un mayor porcentaje de consumidores de éxtasis en 1.996, 2,7% en hombres y 0,9% en mujeres, con respecto a 1.998, 1,2% en hombres y 0,1% en mujeres, con significación estadística.

El porcentaje de consumidores de alucinógenos en los últimos 30 días, el intervalo de confianza y la significación estadística del test de tendencia se presenta en la tabla 4.13. La mayor tasa de consumidores la presentaron los de más edad, 4,8% en hombres y 2,2% en mujeres, que los más jóvenes, 1,1% en hombres y 0,7% en mujeres, con significación estadística, figura 4.3. Los hombres matriculados en 2º de FP-I presentaron mayor tasa 4,8% que los estudiantes de 4º de ESO que presentaron la menor tasa 1,8%, con significación estadística. En las mujeres las que mayor tasa presentaron, 2,2%, fueron las de 2º de FP-I y las que menor, 1,1%, las de 2º de BUP, aunque no fue estadísticamente significativa la tendencia, figura 4.9.

Los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor porcentaje de consumidores de alucinógenos, 4,8% en hombres con significación estadística y 1,5% en mujeres, figura 4.15. Los jóvenes cuyos padres no trabajaban también presentaron mayor tasa de consumidores, 5,4% en hombres con significación estadística y 1,9% en mujeres, figura 4.21.

Tanto los hombres como las mujeres de talla media presentaron mayor tasa, 3,4% y 1,7% respectivamente y los que menor tasa los más bajos, 2,0% los hombres y 0,9% las mujeres, figura 4.27.

Se observó mayor porcentaje de consumidores de alucinógenos en 1.996, 4,2% en hombres y 2,9% en mujeres que en 1.998, 1,8% en hombres y 0,4% en mujeres, con significación estadística.

Los porcentajes de consumidores de anfetaminas o speed en los últimos 30 días se presentan en la tabla 4.14. El mayor porcentaje de consumidores se observó en el grupo de más edad, 1,7% en los hombres y 1,2 % en las mujeres, con significación estadística en el caso de las mujeres, figura 4.4. Las mayores tasas, tanto en hombres como en mujeres, se observaron en los estudiantes de 2º de FP-I, 2,1% y 0,6% respectivamente y las menores en 4º de ESO, 0,7% en hombres y 0,1% en mujeres, figura 4.10. Sólo fue significativa la tendencia en el caso de los hombres.

Los hombres cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor tasa de consumidores 1,3%, que los que tenían padres con estudios superiores 0,9%, como puede observarse en la figura 4.16. Las mujeres cuyos padres tenían estudios superiores y básicos son las que mayores tasas presentaron 0,6% y las que tenían padres con estudios medios las que menor tasa 0,1%. En ningún caso fue significativa la tendencia. En cuanto a la ocupación del cabeza de familia las tasas fueron similares tanto en los jóvenes cuyos padres trabajaban como en los que no, como puede verse en la figura 4.22. Con respecto a la talla, los hombres presentaron mayores porcentajes de consumidores de anfetaminas que las mujeres para las tres categorías, como puede observarse en la figura 4.28

El porcentaje de consumidores de anfetaminas fue mayor en 1.996, 1,4% en hombres y 0,8% en mujeres, que en 1.998, con significación estadística en el caso de las mujeres.

4.4.4. Hábitos alimentarios

Con respecto a la alimentación, las tasas de consumo de los distintos alimentos se presentan en tablas separadas, una para cada grupo de alimentos, junto con el intervalo de confianza al 95% y la significación del test de tendencia.

El porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de leche, queso o yogur, se presenta en la tabla 4.15. Las mayores tasas las presentaron los jóvenes de más edad, 20,7% los hombres, con significación estadística, y 22,9% las mujeres, figura 4.4. Tanto los hombres como las mujeres estudiantes de 2º de FP-I presentaron mayores tasas, 22,4% y 23,8% respectivamente, con significación estadística en el caso de los hombres, figura 4.10.

Los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron mayores tasas, 21,1% los hombres y 22,5% las mujeres, que aquellos que tenían padres con estudios superiores que presentaron las menores tasas, 13,0% los hombres y 18,5% las mujeres, figura 4.16. Siendo estadísticamente significativa la tendencia en el caso de los hombres. Los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron mayores tasas, 17,0% los hombres y 24,7% las mujeres, figura 4.22. Los hombres de talla media y las mujeres más bajas fueron los que mayores porcentajes presentaron, 17,4% y 20,7% respectivamente, figura 4.28.

En el grupo de mujeres el porcentaje de jóvenes, con un consumo inferior a 2 raciones

diarias de este grupo de alimentos, fue mayor en 1.996 que en 1.998 con significación estadística.

El porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de frutas y zumos se presenta en la tabla 4.16. Los mayores porcentajes los presentaron los jóvenes de más edad con un 38,5% de hombres y un 33,5% de mujeres que consumen menos de 2 raciones diarias de este grupo de alimentos, bien frutas o zumos, figura 4.4. Los jóvenes que estudiaban 2º de FP-I presentaron mayores tasas, 41,1% los hombres y 36,9% las mujeres, que los que estudiaban 4º de ESO, con significación estadística tanto en hombres como en mujeres, figura 4.10.

En cuanto al nivel socioeconómico, los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron mayores porcentajes, 40,9% los hombres y 33,0% las mujeres, que los que tenían padres con estudios superiores que presentaron las tasas más bajas, con significación estadística en ambos casos, figura 4.16. Los jóvenes cuyos padres no trabajaban también presentaron mayores tasas, 43,0% los hombres con significación estadística y 34,6% las mujeres, figura 4.22. En cuanto a la talla, los jóvenes más bajos presentaron mayores porcentajes, 36,6% los hombres y 32,1% las mujeres, que los más altos, aunque no fue estadísticamente significativa la tendencia, figura 2.28.

El porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de verduras y hortalizas, el intervalo de confianza al 95% y la significación del test de tendencia de los cruces bivariados con las variables independientes relativas a características sociodemográficas y socioeconómicas se presentan en la tabla 4.17. El mayor porcentaje lo presentaron los hombres de 17 o más años con una tasa de 76,4% y las mujeres de 15 años con una tasa de 61,0%, figura 4.5. Las mayores tasas las presentaron los estudiantes de 2º de FP-I, con un 79,1% los hombres

con significación estadística y con un 64,2% las mujeres, figura 4.11.

Los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron los mayores porcentajes, 77,4% los hombres y 61,2% las mujeres, con significación estadística en el caso de las mujeres, figura 4.17. En cuanto a la ocupación del cabeza de familia, los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron los mayores porcentajes, 76,3% los hombres y 65,0% las mujeres y, este último, con significación estadística, figura 4.23. Los hombres de talla baja y las mujeres de talla baja y media presentaron los mayores porcentajes, 76,3% los hombres y 60,1% las mujeres, aunque no fueron estadísticamente significativos, figura 4.29.

El porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 3 raciones diarias de alimentos hidrocarbonados y cereales se presenta en la tabla 4.18, junto con el intervalo de confianza al 95% y la significación del test de tendencia. El mayor porcentaje lo presentaron los hombres de 17 o más años con una tasa de 9,5% con significación estadística y en el caso de las mujeres la mayor tasa 18,6% la presentaron las jóvenes de 17 o más años, figura 4.5. Los hombres de 2º de FP-I fueron los que mayor tasa presentaron 7,5% y las mujeres de 2º de BUP con una tasa de 17,5%, figura 4.11.

Los hombres cuyos padres no tenían estudios y las mujeres cuyos padres tenían estudios básicos presentaron las tasas más altas, 7,8% y 17,7% respectivamente, figura 4.17. Los hombres cuyos padres no trabajaban y las mujeres cuyos padres si trabajaban presentaron las mayores tasas, 9,2% y 16,8%, respectivamente, figura 4.23. Los hombres y mujeres más bajos fueron los que presentaron mayor tasa de consumidores de menos de 3 raciones diarias de verduras y hortalizas, 7,5% y 17,3% respectivamente, figura 4.29.

El porcentaje de jóvenes con un consumo de 8 o más raciones diarias de alimentos hidrocarbonados y cereales, junto con el intervalo de confianza y la significación del test de tendencia se presenta en la tabla 4.19. Destaca el mayor porcentaje 22,5%, en las mujeres de 17 o más años, con respecto a las más jóvenes que presentan la menor tasa 14,9%, con significación estadística, figura 4.5. Así como las tasas mayores en los estudiantes de 2º de FP-I, 28,4% en hombres y 22,7% en mujeres, con respecto a los estudiantes de 2º de BUP, 21,9% en hombres y 15,8% en mujeres, con significación estadística, figura 4.11.

Los hombres cuyos padres tenían estudios superiores presentaron mayor tasa, 25,2%, de consumidores de 8 o más raciones diarias de este grupo de alimentos; sin embargo las mujeres cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor tasa, 19,7%, con significación estadística en este último caso, figura 4.17. Los jóvenes cuyos padres no trabajaban también presentaron mayor tasa, 24,2% los hombres y 19,3% las mujeres, figura 4.23. En cuanto a la talla, los hombres más altos y las mujeres de talla media, presentaron mayores tasas, 25,2% y 19,4% respectivamente, figura 4.29.

El porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias del grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres, según las variables independientes, se presenta en la tabla 4.20, así como el intervalo de confianza y la significación del test de tendencia. Destaca el mayor porcentaje 9,3%, con significación estadística, en el grupo de mujeres de más edad, figura 4.6. En cuanto al curso, son los hombres estudiantes de 4º de ESO y las mujeres de 2º de FP-I los que mayores tasas presentaron, 3,8% y 7,0%, respectivamente, figura 4.12.

Los hombres cuyos padres tenían estudios medios y las mujeres cuyos padres tenían estudios superiores fueron los que mayor tasa presentaron, 4,4% y 8,3% en cada caso, figura

4.18. En cuanto a la ocupación del cabeza de familia, los hombres cuyos padres no trabajaban y las mujeres cuyos padres sí lo hacían, presentaron mayores tasas, 4,0% y 6,9% en cada situación, figura 4.24. Los hombres más bajos y las mujeres de talla media fueron los que mayor porcentaje de jóvenes que consumen menos de 2 raciones diarias de este grupo de alimentos presentaron, 3,7% y 7,1% respectivamente, aunque sin significación estadística, figura 4.30.

El porcentaje de jóvenes que consumen 7 o más raciones diarias del grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres, según las variables independientes, se presenta en la tabla 4.21. Los hombres de 16 años y las mujeres de 17 o más años son los que mayores porcentajes presentaron, 29,8% y 24,1%, en cada caso y con significación estadística, figura 4.6. Los estudiantes de 2º de FP-I, también presentaron mayores porcentajes y con significación estadística, 33,9% los hombres y 22,9% las mujeres, figura 4.12.

Los hombres cuyos padres tenían estudios básicos y las mujeres cuyos padres tenían estudios medios, presentaron mayores tasas, 29,6% y 20,4% respectivamente, figura 4.18. Los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron mayores tasas, 29,3% los hombres y 20,2% las mujeres, figura 4.24. Los hombres de talla media presentaron mayor tasa 30,0% con significación estadística y las mujeres de talla alta con una tasa de 19,7%, figura 4.30.

4.4.5. Realización de ejercicio físico

Los porcentajes de jóvenes que realizan ejercicio físico menos de 3 veces a la semana, según las variables independientes se presentan en la tabla 4.22, junto con el intervalo de confianza al 95% y la significación del test de tendencia. Los jóvenes que mayor tasa

presentaron fueron los del grupo de más edad, 7,6% los hombres y 16,7% las mujeres, con significación estadística, figura 4.6. Los estudiantes de 2º de FP-I presentaron las tasas mayores con respecto a las otras categorías de esta variable, 7,5% los hombres y 14,4% las mujeres, figura 4.12.

Los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron mayores tasas, 5,7% los hombres y 13,9% las mujeres, figura 4.18. Los hombres cuyos padres no trabajaban y las mujeres cuyos padres sí lo hacían presentaron mayores porcentajes, 6,4% y 13,1% respectivamente, figura 4.24. Los jóvenes más bajos, tanto hombres como mujeres, presentaron mayores porcentajes de jóvenes que realizan menos de 3 veces ejercicio físico a la semana, 5,7% y 14,5% en cada caso, figura 4.30.

4.5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Se presenta una tabla para cada factor de riesgo junto a las variables independientes que han sido introducidas en el análisis de regresión logística. En cada tabla se muestran los odds ratio y los intervalos de confianza al 95% de cada una de las categorías de las variables independientes, tanto en hombres como en mujeres, excepto para la categoría de referencia, cuyo OR es igual a 1.

4.5.1. Consumo de tabaco

En la tabla 4.23 se presentan el OR y el intervalo de confianza al 95% de las categorías de

las variables independientes sociodemográficas y socioeconómicas, tanto en hombres como en mujeres, resultantes del análisis de regresión logística al introducir la variable dependiente "fumador".

En esta tabla puede observarse que la magnitud de la asociación aumenta con la edad, siendo el OR mayor en los estudiantes de 17 o más años que en los más jóvenes; así, los hombres de 17 o más años tienen un OR de 3,32 con respecto a los de 15 años y los hombres de 16 años tienen un OR de 1,66 con respecto a la categoría de referencia; en el caso de las mujeres de 17 o más años tienen un OR de 3,24 con respecto a las de 15 años y las mujeres de 16 años tienen un OR de 1,55, presentando todos los OR de la variable edad significación estadística, tanto en hombres como en mujeres.

Con respecto al curso, el OR de ser fumador habitual fue mayor en los hombres y en las mujeres de 2º de FP-I con respecto a los estudiantes de 2º de BUP, siendo 1,41 y 1,57 respectivamente y presentando significación estadística. El OR de los hombres que realizaban 4º de ESO fue menor que la categoría de referencia con significación estadística y las mujeres que estudiaban 4º de ESO presentaron un OR mayor que la categoría de referencia, sin significación estadística, aunque menor que el OR de las estudiantes de 2º de FP-I.

Para el nivel de estudios del cabeza de familia no se observó significación estadística en ninguna de las categorías de la variable. El OR fue menor que la categoría de referencia en todos los casos excepto para las mujeres cuyos padres no tenían estudios, presentando un OR de 1,08.

La asociación de la ocupación del cabeza de familia a ser fumador fue significativa y

mayor en los que no trabajaban, así los hombres cuyos padres no trabajaban presentaron un OR de 1,39 y las mujeres de 1,41.

Los jóvenes más bajos presentaron un OR menor con significación estadística que los jóvenes de talla media y éstos a su vez menor que los de talla alta. El OR de los hombres de talla baja fue de 0,78 y el de las mujeres fue de 0,72.

En cuanto al consumo excesivo de tabaco, es decir, más de 10 cigarrillos diarios, el OR fue mayor a medida que aumentaba la edad, tanto en hombres como en mujeres, con significación estadística, como puede observarse en la tabla 4.24. Los hombres de 16 años presentaron un OR de 3,13 y las mujeres de 2,19, mientras que los hombres de 17 o más años presentaron un OR de 7,65 y las mujeres de la misma edad 5,98.

Los alumnos de 2º de FP-I presentaron un OR mayor, para el consumo excesivo de tabaco, que los de 2º de BUP, el OR en los hombres fue de 1,51 con significación estadística y en las mujeres fue de 1,25.

Todas las categorías de la variable estudios del cabeza de familia presentaron un OR menor que la categoría de referencia, el menor OR lo presentaron los jóvenes cuyos padres tenían estudios básicos, el OR en los hombres fue de 0,63 con significación estadística y en las mujeres fue de 0,70.

Los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron mayor OR que los jóvenes cuyos padres trabajaban, con significación estadística; así en los hombres el OR fue de 1,63 y en las mujeres fue de 1,72.

La talla no presentó asociación significativa al consumo excesivo de tabaco, no obstante el OR fue menor en los jóvenes de talla más baja, 0,72 en los hombres y 0,84 en las mujeres, que en los de talla más alta.

4.5.2. Consumo de alcohol

El resultado del análisis de regresión logística de la variable dependiente "bebedor" junto a las variables independientes, se presenta en la tabla 4.25.

La edad presentó asociación estadísticamente significativa, en cada una de sus categorías, a ser bebedor, tanto en hombres como en mujeres. El OR fue mayor en los jóvenes de más edad, decreciendo el valor de los OR con la edad. Los hombres de 17 o más años presentaron un OR de 2,97 y los hombres de 16 años un OR de 1,84 con respecto a los de 15 años; en el caso de las mujeres, las de 17 o más años presentaron un OR de 2,69 y las de 16 años un OR de 1,45 con respecto a la categoría de referencia.

Los alumnos de 2º de FP-I presentaron mayor OR que los alumnos de 2º de BUP con significación estadística tanto en los hombres como en las mujeres. El OR en los hombres de 2º de FP-I fue de 1,33 y en las mujeres fue de 1,41.

Con respecto a la variable "estudios del cabeza de familia", los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor OR que los jóvenes pertenecientes a la categoría de padres con estudios superiores, con significación estadística en hombres y en mujeres. Los hombres cuyos padres no tenían estudios presentaron un OR de 1,39 y las mujeres de 1,37.

En cuanto a la ocupación del cabeza de familia, los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron un valor de OR menor que los jóvenes cuyos padres sí trabajaban, aunque sin significación estadística. El OR en los hombres fue 0,93 y el de las mujeres 0,84.

Todas las categorías de la variable talla presentaron asociación estadísticamente significativa a ser bebedor, tanto en hombres como en mujeres. El valor de OR fue menor en los jóvenes de talla baja y media con respecto al valor del OR de los jóvenes de talla alta, aumentando el valor según aumentaba la talla, así los hombres de talla baja presentaron un OR de 0,73 y los de talla media un OR de 0,78; en el caso de las mujeres bajas el OR fue de 0,69 y en las de talla media de 0,81.

En cuanto al año de encuesta se aprecia un valor de OR mayor en el último año con respecto a 1.996, tanto en hombres como en mujeres, aunque sin significación estadística.

En la tabla 4.26 se pueden observar los valores de los OR y los intervalos de confianza de la variable "bebedor de riesgo" en función de las variables sociodemográficas y socioeconómicas.

La edad presentó asociación estadísticamente significativa, en todas sus categorías, a ser bebedor de riesgo, tanto en hombres como en mujeres. El valor de OR fue mayor en los jóvenes de más edad con respecto a los de 15 años, decreciendo su valor con la edad. Los hombres de 17 o más años presentaron un OR de 2,83 y los de 16 años presentaron un OR de 1,65; las mujeres de 17 o más años presentaron un OR de 2,66 y las de 16 años un OR de 1,27.

Los estudiantes de 2º de FP-I presentaron un valor de OR mayor que los estudiantes de 2º

de BUP, aunque sólo fue significativo en el caso de los hombres cuyo valor fue de 1,85.

Los estudios del cabeza de familia no presentaron asociación estadísticamente significativa a ser bebedor de riesgo. Los hombres cuyos padres tenían estudios básicos presentaron el OR mayor, con respecto a los que tenían padres con estudios superiores, cuyo valor fue de 1,10. En el caso de las mujeres el valor de OR mayor lo presentaron las mujeres cuyos padres tenían estudios medios cuyo valor fue de 1,13.

La ocupación del cabeza de familia tampoco presentó asociación estadísticamente significativa a ser bebedor, no obstante los hombres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor OR, con un valor de 1,28, que los jóvenes cuyos padres sí trabajaban. Sin embargo las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron un OR menor, con un valor de 0,94, que las mujeres cuyos padres sí trabajaban.

Tanto los hombres como las mujeres de talla baja presentaron un valor de OR menor que los de talla alta con asociación estadística significativa a ser bebedor de riesgo, siendo su valor de 0,64 en los hombres bajos y de 0,69 en las mujeres bajas.

4.5.3. Consumo de otras drogas

En la tabla 4.27 se presentan los valores de los OR e intervalos de confianza del análisis de regresión logística del consumo de tranquilizantes en los últimos 30 días en función de las variables independientes, tanto en hombres como en mujeres.

Los jóvenes de más edad presentaron un valor de OR más alto que los jóvenes de 15 años, aunque sólo fue estadísticamente significativa la asociación al consumo de tranquilizantes en los últimos días en el caso de las mujeres, con un valor de 3,26; el OR en los hombres de 17 o más años fue de 1,24.

El curso no presentó asociación estadísticamente significativa al consumo de tranquilizantes, no obstante los hombres que estudiaban 2º de FP-I presentaron un OR más alto que los estudiantes de 2º de BUP, con un valor de 1,55. Sin embargo, en el caso de las mujeres, las estudiantes de 4º de ESO y de 2º de FP-I presentaron valores más bajos que la categoría de referencia, siendo el menor de todos el de las estudiantes de 2º de FP-I, con un valor de 0,34.

La variable estudios del cabeza de familia no presentó asociación estadísticamente significativa, en ninguna de sus categorías, al consumo de tranquilizantes en los últimos días. Los hombres presentaron valores de OR inferiores a la categoría de referencia, siendo el menor de todos el OR de los jóvenes cuyos padres tenían estudios medios, con un valor de 0,44. En el caso de las mujeres, el valor más alto lo presentaron las mujeres cuyos padres no tenían estudios, con un valor de 1,20.

La ocupación del cabeza de familia, tampoco presentó asociación estadísticamente significativa, no obstante los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron mayor OR que los jóvenes cuyos padres sí lo hacían, siendo el valor en los hombres de 1,37 y en las mujeres de 1,65.

Los hombres de talla media presentaron el OR mayor con un valor de 2,25, con respecto a los hombres de talla alta. Las mujeres bajas y de talla media presentaron valores de OR menores

que la categoría de referencia, siendo el menor de todos el de las mujeres bajas con un valor de 0,77. Aunque no fueron significativos en ninguno de los casos.

En la tabla 4.28 se pueden observar los valores de los OR y los intervalos de confianza que permiten evaluar la magnitud y la significación de la asociación entre las diferentes categorías de las variables independientes y el consumo de hachís o marihuana en los últimos 30 días, tanto en hombres como en mujeres.

La asociación de la edad al consumo de hachís o marihuana fue estadísticamente significativa en todas las categorías. El valor del OR fue mayor en los jóvenes de más edad decreciendo el valor con la edad, con respecto a los de 15 años. El OR de los hombres de 17 o más años fue de 2,77 y el de los hombres de 16 años fue de 1,72; el OR de las mujeres de 17 o más años fue de 2,24 y el de las mujeres de 16 años fue de 1,41.

El curso no alcanzó significación estadística, no obstante los jóvenes de 2º de FP-I presentaron un valor de OR mayor, 1,20 los hombres y 1,37 las mujeres, que los jóvenes de 2º de BUP.

Todas las categorías de la variable "estudios del cabeza de familia", presentaron unos valores de OR inferiores a la categoría de referencia. Los hombres cuyos padres tenían estudios básicos presentaron el menor OR con respecto a los hombres cuyos padres tenían estudios superiores, con significación estadística; las mujeres cuyos padres no tenían estudios fueron las que menor OR presentaron, aunque sin significación estadística.

Los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor OR que los jóvenes cuyos

padres sí tenían estudios, aunque sin significación estadística. El OR en los hombres cuyos padres no tenían estudios fue de 1,09 y en las mujeres fue de 1,16.

Los jóvenes de talla más baja presentaron el menor valor de OR con respecto a los jóvenes de talla más alta, con significación estadística. El valor de OR en los hombres de talla baja fue de 0,76 y en las mujeres fue de 0,54.

Con respecto al consumo de cocaína en los últimos 30 días, en la tabla 4.29 se observan los valores de los OR y del intervalo de confianza de las categorías de las variables independientes, tanto en hombres como en mujeres.

Destaca el valor más alto en el caso de las mujeres de 17 o más años que fue de 29,92 con respecto a las de 15 años con significación estadística. El OR en los hombres de 17 o más años fue de 5,33 y en los de 16 años fue de 2,99, con significación estadística.

Los estudiantes de 2º de FP-I presentaron mayor OR que los jóvenes de 2º de BUP, el valor de OR en los hombres fue de 1,42 y en las mujeres fue de 1,34.

Los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron el valor de OR más alto con respecto a los jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores. En los hombres el valor de OR fue de 1,63 y en las mujeres fue de 1,33.

Aunque la ocupación del cabeza de familia no presentó significación estadística, tanto los hombres como las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron un valor de OR más alto que los jóvenes cuyos padres sí trabajaban; en los hombres fue de 1,65 y en las mujeres fue de

2,22.

Tanto los hombres de talla baja como los de talla media presentaron un valor de OR menor que los de talla alta, sin embargo las mujeres de talla media presentaron un valor mayor, 1,45, que los de talla alta. En el caso de los hombres el menor valor, 0,80, lo presentaron los jóvenes de talla media y en el caso de las mujeres las de talla baja, con un valor de 0,51.

El resultado del análisis de regresión logística de la variable dependiente consumo de éxtasis o drogas de diseño en los últimos 30 días se presenta en la tabla 4.30.

Se observa asociación estadísticamente significativa a todas las categorías de la variable edad. Presentando mayor valor de OR los jóvenes de edad más alta y decreciendo el valor con la edad. Así, los hombres de 17 o más años presentaron un valor de 3,38 y las mujeres de la misma edad un valor de 27,90, con respecto a los de 15 años. En los hombres de 16 años el OR fue de 2,23 y en las mujeres de 8,37.

Los hombres de 2° de FP-I presentaron mayor valor de OR que los hombres de 2° de BUP, con un valor de 1,74; sin embargo las mujeres de 4° de ESO fueron las que mayor valor de OR presentaron, 1,56, con respecto a las mujeres de 2° de BUP.

La variable estudios del cabeza de familia no presentó asociación estadísticamente significativa con el consumo de éxtasis, drogas de diseño en los últimos 30 días y los valores de los OR fueron menores a la categoría de referencia, jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores. El menor valor de OR, en el caso de los hombres, lo presentaron aquellos cuyos padres tenían estudios medios y en el caso de las mujeres fueron las jóvenes cuyos padres no

tenían estudios.

Los hombres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor OR que los hombres cuyos padres sí trabajaban, sin embargo las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron un valor de OR menor que las jóvenes cuyos padres sí trabajaban, aunque sin significación estadística, en ningún caso.

Los hombres de talla más baja presentaron el menor valor de OR con respecto a los de talla alta con significación estadística, 0,50. Las mujeres de talla media presentaron mayor valor de OR que las de talla alta, 1,49, aunque sin significación estadística.

El resultado del análisis de regresión logística para el consumo de alucinógenos en los últimos 30 días se presenta en la tabla 4.31.

El valor de los OR fue mayor en los jóvenes de más edad aumentando con la edad, con respecto a los jóvenes de 15 años. Así los hombres de 16 años presentaron un valor de 2,63 y los hombres de 17 o más años de 3,69 con significación estadística. En el caso de las mujeres, sólo el OR de las de 17 o más años presentó asociación estadísticamente significativa al consumo de alucinógenos, con un valor de 2,89.

Los estudiantes de 2º de FP-I presentaron mayor OR que los estudiantes de 2º de BUP, aunque sin significación estadística.

Los hombres cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor OR, 1,80 que los jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores; en el caso de las mujeres fueron aquellas cuyos padres

tenían estudios medios las que presentaron mayor OR aunque inferior a la categoría de referencia.

Tanto los hombres como las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor OR que los jóvenes cuyos padres trabajaban. El OR en los hombres fue de 1,85 y en las mujeres fue de 1,34.

Los jóvenes de talla media presentaron un OR mayor que los de talla alta, 1,17 los hombres y 1,76 las mujeres. Los jóvenes de talla baja presentaron menor OR que los de talla alta, 0,75 los hombres y 0,82 las mujeres. No alcanzó significación estadística en ningún caso.

En la tabla 4.32 se presenta el resultado del análisis de regresión logística para el consumo de anfetaminas en los últimos 30 días.

Los jóvenes de mayor edad presentaron el valor de OR más alto con respecto a los jóvenes de 15 años. El OR en los hombres de 17 o más años fue de 2,04 y en las mujeres fue de 5,80, aunque sólo alcanzó significación estadística en éste último caso.

El curso no presentó asociación estadísticamente significativa al consumo de anfetaminas en los últimos 30 días, a pesar de que los hombres de 2º de FP-I tuvieron un OR mayor que los estudiantes de 2º de BUP con un valor de 1,83.

Los hombres cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor OR, 1,21, que los hombres cuyos padres tenían estudios superiores. En el caso de las mujeres, todas las categorías de la variable “nivel de estudios del cabeza de familia”, presentaron valores de OR inferiores a

la categoría de referencia, siendo el menor de todos, el perteneciente a las mujeres cuyos padres tenían estudios medios.

En cuanto a la ocupación del cabeza de familia, los hombres cuyos padres no trabajaban presentaron un OR de 1,01 y las mujeres un valor de 0,82, sin significación estadística.

Los hombres de talla baja presentaron el menor OR, 0,47, con respecto a los hombres de talla alta. En el caso de las mujeres, el menor OR fue 0,41 y lo presentaron las de talla media.

4.5.4. Hábitos alimentarios

En la tabla 4.33, se presenta el resultado del análisis de regresión logística del consumo inferior a 2 raciones diarias de leche y derivados y las variables independientes, tanto en hombres como en mujeres.

Con respecto a la edad, sólo presentó asociación estadísticamente significativa, los hombres de 17 o más años, con un valor de OR de 1,37 con respecto a los de 15 años. Las mujeres del mismo grupo de edad presentaron un valor de 1,21.

Sólo los hombres de 2º de FP-I alcanzaron asociación estadísticamente significativa al consumo inferior a 2 raciones diarias de leche y derivados, con un valor de OR de 1,35, con respecto a los de 2º de BUP.

Los hombres cuyos padres no tenían estudios presentaron el OR mayor con significación

estadística, con un valor de 1,63 con respecto a los hombres cuyos padres tenían estudios superiores. Las mujeres cuyos padres no tenían estudios también presentaron mayor OR con un valor de 1,21, aunque sin significación estadística.

Las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor OR que las mujeres cuyos padres sí trabajaban, con un valor de 1,26; sin embargo los hombres cuyos padres no trabajaban presentaron menor valor de OR que la categoría de referencia, 0,89.

La talla no presentó significación estadística al consumo inferior a 2 raciones diarias de leche y derivados, destacan las mujeres de talla baja que presentaron un OR de 1,11 con respecto a las de talla alta.

En la tabla 4.34 se presentan los OR y los intervalos de confianza de las variables independientes, con respecto al consumo inferior a 2 raciones diarias de frutas y zumos, tanto en hombres como en mujeres.

La edad no presentó asociación estadísticamente significativa, no obstante los jóvenes de 17 o más años presentaron mayor OR, 1,18 los hombres y 1,03 las mujeres, que los jóvenes de 15 años.

En cuanto al curso, merece destacar a los estudiantes de 4º de ESO que presentaron valores de OR inferiores a los estudiantes de 2º de BUP, 0,81 los hombres y 0,83 las mujeres, con significación estadística; sin embargo los estudiantes de 2º de FP-I presentaron valores de 1,10 los hombres y 1,14 las mujeres, con respecto a los de 2º de BUP, aunque sin significación estadística.

Con respecto al nivel de estudios del cabeza de familia se observa que los valores de los OR aumentaban a medida que disminuía el nivel de estudios del cabeza de familia con respecto a los jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores, con significación estadística, excepto en los hombres cuyos padres tenían estudios medios. Así los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron mayores valores de OR, 1,56 los hombres y 1,55 las mujeres, los jóvenes cuyos padres tenían estudios básicos presentaron valores de 1,31 los hombres y 1,50 las mujeres y los jóvenes cuyos padres tenían estudios medios presentaron valores de 1,18 los hombres y 1,35 las mujeres.

La ocupación del cabeza de familia no presentó asociación estadísticamente significativa al consumo inferior a 2 raciones diarias de frutas y zumos, no obstante los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron valores de OR superiores a los jóvenes cuyos padres sí trabajaban, 1,26 los hombres y 1,14 las mujeres.

La talla tampoco presentó significación estadística, sin embargo se observó que los valores de OR aumentaban a medida que la talla disminuía, con respecto a los de talla alta, así los jóvenes de talla baja presentaron un OR de 1,10 los hombres y de 1,15 las mujeres, mientras que los de talla media presentaron valores de 1,04 los hombres y 1,07 las mujeres.

La tabla 4.35 presenta los valores de los OR e intervalos de confianza de las variables independientes con respecto al consumo inferior a 2 raciones diarias de verduras y hortalizas, tanto en hombres como en mujeres. Ninguna variable presentó significación estadística, excepto las mujeres en todas las categorías de la variable “nivel de estudios del cabeza de familia”.

Con respecto a la edad, los jóvenes de mayor edad presentaron valores de OR inferiores a los jóvenes de 15 años.

Los estudiantes de 2º de FP-I fueron los que presentaron valores de OR más altos y mayores que los jóvenes de 2º de BUP, 1,25 los hombres y 1,27 las mujeres.

Con respecto al nivel de estudios del cabeza de familia, cuanto menor nivel de estudios, mayores valores de OR presentaron los jóvenes con respecto a los jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores, excepto los hombres cuyos padres tenían estudios medios que presentaron menor valor, 0,86. Así los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron un valor de 1,14 los hombres y de 1,32 las mujeres, los jóvenes cuyos padres tenían estudios básicos presentaron un valor 1,03 los hombres y de 1,32 las mujeres; las mujeres cuyos padres tenían estudios básicos presentaron un valor de 1,23.

Los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron mayores valores de OR que los jóvenes cuyos padres sí trabajaban, 1,03 los hombres y 1,23 las mujeres.

Los jóvenes bajos presentaron mayor valor de OR, 1,05 los hombres y 1,08 las mujeres que los jóvenes altos.

En la tabla 4.36 se presenta la asociación entre el consumo inferior a 3 raciones diarias de alimentos hidrocarbonados y cereales y las variables independientes, tanto en hombres como en mujeres.

Los jóvenes de 17 o más años presentaron valores de OR superiores a los jóvenes de 15

años, 1,56 los hombres y 1,13 las mujeres, aunque sólo fue significativo en el caso de los hombres.

Los estudiantes de 4º de ESO y 2º de FP-I presentaron valores de OR inferiores a los de 2º de BUP, excepto en los hombres de 4º de ESO que fue superior, 1,03.

Los jóvenes cuyos padres tenían menor nivel de estudios presentaron mayores valores de OR, excepto las mujeres cuyos padres no tenían estudios que presentaron menor valor de OR, 0,89, que las mujeres cuyos padres tenían estudios superiores. Los hombres cuyos padres no tenían estudios presentaron un OR de 1,16.

Los hombres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor OR, 1,30 que los hombres cuyos padres sí trabajaban con significación estadística; sin embargo las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron menor OR, 0,93, que las mujeres cuyos padres sí trabajaban.

Los jóvenes de talla baja presentaron mayor OR que los de talla alta, 1,19 los hombres y 1,06 las mujeres.

En la tabla 4.37 se presenta la asociación entre el consumo igual o superior a 8 raciones diarias de alimentos hidratos de carbono y cereales y las variables independientes, tanto en hombres como en mujeres.

Los hombres cuanto más edad tenían menor valor de OR presentaron con respecto a los de 15 años, así los de 16 años presentaron un OR de 0,90 y los de 17 o más años, 0,88. Sin embargo, en las mujeres a mayor edad, mayor valor de OR presentaron con respecto a las de 15

años. Las mujeres de 16 años presentaron un OR de 1,17 y las de 17 o más años 1,51, éste último con significación estadística.

En cuanto al nivel de estudios del cabeza de familia, los hombres presentaron valores de OR inferiores a la categoría de referencia, siendo el valor menor el perteneciente a los hombres cuyos padres no tenían estudios, cuyo OR fue de 0,73. Sin embargo en las mujeres todos los valores de OR fueron superiores a la categoría de referencia, decreciendo a medida que aumentaba el nivel de estudios, de tal forma que las mujeres cuyos padres no tenían estudios presentaron un valor de OR de 1,30, las que tenían padres con estudios básicos un valor de 1,27 y las que tenían padres con estudios medios 1,09.

Los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron mayor OR que los jóvenes cuyos padres sí trabajaban, 1,02 los hombres y 1,04 las mujeres, aunque sin significación estadística.

Los jóvenes bajos presentaron menor OR que los jóvenes altos, 0,79 los hombres con significación estadística y 0,91 las mujeres.

En la tabla 4.38 se presenta la asociación entre el consumo inferior a 2 raciones diarias de alimentos del grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres y las variables independientes, tanto en hombres como en mujeres.

Los hombres de 17 o más años presentaron menor OR, 0,88, que los hombres de 15 años, sin embargo las mujeres de 17 o más años presentaron mayor OR 1,62 con significación estadística.

Los hombres de 4º de ESO presentaron el mayor OR 1,39, mientras que las mujeres de 4º de ESO y 2º de FP-I presentaron el menor, 0,92, con respecto a los jóvenes de 2º de BUP.

Los hombres cuyos padres tenían estudios medios presentaron el mayor OR, 1,56. Las mujeres presentaron, en todas las categorías de la variable “nivel de estudios del cabeza de familia”, valores de OR inferiores a la categoría de referencia.

En cuanto a la ocupación del cabeza de familia, los hombres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor OR, 1,36, que los hombres cuyos padres sí lo hacía, mientras que las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron menor valor de OR, 0,69, que la categoría de referencia.

Los hombres bajos presentaron mayor OR, 1,05 que los hombres altos, sin embargo las mujeres de talla media fueron las que mayor valor de OR, 1,28, presentaron.

En la tabla 4.39 se presenta la asociación entre el consumo igual o superior a 7 raciones diarias de alimentos del grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres y las variables independientes, tanto en hombres como en mujeres.

Los hombres de 16 años fueron los que mayor valor de OR presentaron, 1,25, con respecto a los de 15 años con significación estadística y en el caso de las mujeres fueron las de 17 o más años las que mayor valor presentaron, 1,41, también con significación estadística.

En cuanto al curso, los hombres que estudiaban 4º de ESO presentaron mayor valor de OR, 1,23, que los estudiantes de 2º de BUP, con significación estadística y los que estudiaban 2º de FP-I, 1,58, también con significación estadística. En el caso de las mujeres, fueron las

estudiantes de 4º de ESO las que mayor valor de OR presentaron, 1,32, con significación estadística.

La variable estudios del cabeza de familia no alcanzó significación estadística. Los hombres presentaron valores de OR inferiores a la categoría de referencia, siendo el menor de todos, 0,84, el perteneciente a los jóvenes cuyos padres no tenían estudios. Las mujeres que mayor OR presentaron fueron las que tenían padres con estudios medios, con un valor de 1,22.

Los hombres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor valor de OR, 1,06 que la categoría de referencia, sin embargo las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron menor valor de OR, 0,97.

Los hombres de talla baja presentaron menor de OR, 0,83, que los altos y los de talla media mayor valor, 1,10, que estos últimos. Las mujeres de talla baja y de talla media presentaron menores valores de OR que las altas, 0,93 y 0,99 respectivamente.

4.5.5. Realización de ejercicio físico

Los OR y los intervalos de confianza de la asociación entre las variables independientes y la realización de ejercicio físico menos de 3 veces por semana, tanto en hombres como en mujeres, se presentan en la tabla 4.40.

El mayor OR lo presentaron los jóvenes de 17 o más años, 1,98 los hombres con significación estadística y 1,32 las mujeres.

Los hombres de 2º de FP-I, presentaron mayor OR, 1,23 que los de 2º de BUP. Las mujeres de 4º de ESO y de 2º de FP-I presentaron un valor de OR de 0,97.

Los hombres cuyos padres tenían estudios medios presentaron el mayor OR, 1,23 y en el caso de las mujeres fueron aquellas cuyos padres no tenían estudios las que mayor OR presentaron, con un valor de 1,10.

Los hombres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor valor de OR, 1,13 que aquellos cuyos padres sí lo hacían, mientras que las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron menor valor, 0,92 que las mujeres cuyos padres sí lo hacían.

Los jóvenes de menor talla presentaron valores de OR mayores, disminuyendo a medida que la altura aumentaba. Así los hombres bajos presentaron un OR de 1,44 y los de talla media 1,34; en el caso de las mujeres las de talla baja presentaron un valor de 1,20 y las de talla media de 1,02.

TABLAS

Tabla 4.1. Distribución de la muestra según las variables independientes y el sexo.

	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
EDAD EN AÑOS				
15	1.288	39,3	1.497	44,7
16	1.205	36,8	1.237	36,9
> = 17	783	23,9	614	18,3
Total *	3.276	100,0	3.348	100,0
CURSO				
2º BUP	1.718	50,3	1.986	57,5
4º ESO	1.068	31,3	1.141	33,0
2º FP-I	631	18,5	328	9,5
Total *	3.417	100,0	3.455	100,0
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA				
Sin estudios	382	13,2	417	14,0
Básicos	986	34,0	1.065	35,9
Medios	751	25,9	750	25,3
Superiores	784	27,0	736	24,8
Total *	2.903	100,0	2.968	100,0
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA				
Trabaja	3.164	93,3	3.174	92,4
No trabaja	228	6,7	262	7,6
Total *	3.392	100,0	3.436	100,0
TALLA				
Baja	1.194	35,4	1.182	34,7
Media	1.054	31,3	1.139	33,4
Alta	1.123	33,3	1.085	31,9
Total *	3.371	100,0	3.406	100,0
AÑO DE LA ENCUESTA				
1.996	873	25,5	915	26,5
1.997	1.225	35,9	1.370	39,7
1.998	1.319	38,6	1.170	33,9
Total *	3.417	100,0	3.455	100,0

* En algunos casos figura un número menor de individuos por ausencia de respuesta a la variable independiente

Tabla 4. 2. Tasa de no respuesta a las variables de estudio, según el sexo.

	<u>HOMBRE</u>	<u>MUJER</u>
EDAD	4,1	3,1
CURSO	0,0	0,0
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA	15,0	14,1
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA	0,7	0,5
TALLA	1,3	1,4
AÑO DE ENCUESTA	0,0	0,0
FUMADOR	0,5	0,5
FUMADOR EXCESIVO	0,8	0,8
BEBEDOR	0,9	0,8
BEBEDOR DE RIESGO	0,9	0,8
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	1,3	0,8
CONSUMO DE HACHÍS	1,1	0,7
CONSUMO DE COCAÍNA	1,7	1,3
CONSUMO DE ÉXTASIS	2,0	1,1
CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	1,6	1,2
CONSUMO DE ANFETAMINAS	1,9	1,3
LECHE Y DERIVADOS	8,8	7,1
FRUTAS Y ZUMOS	9,4	8,9
VERDURAS Y HORTALIZAS	2,9	1,1
ALIMENTOS HIDROCARBONADOS Y CEREALES	9,9	7,5
GRUPO DE CARNES	13,7	11,0
EJERCICIO FÍSICO SEMANAL	9,1	7,4

Tabla 4. 3. Porcentaje de jóvenes con distintos hábitos relacionados con la salud, según el sexo.

	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
CONSUMO DE TABACO						
Fumador	32,5	30,9	34,1	41,8	40,2	43,4
Fumador excesivo (>10 cigarrillos)	7,3	6,4	8,2	6,6	5,8	7,4
CONSUMO DE ALCOHOL						
Bebedor	73,4	71,9	74,9	73,2	71,7	74,7
Bebedor de riesgo	15,7	14,5	16,9	13,0	11,9	14,1
CONSUMO DE OTRAS DROGAS						
<i>Durante los últimos 30 días</i>						
Tranquilizantes	0,9	0,6	1,2	1,5	1,1	1,9
Hachís, marihuana	19,3	18,0	20,6	13,2	12,1	14,3
Cocaína	2,1	1,6	2,6	0,6	0,3	0,9
Éxtasis, drogas de diseño	1,9	1,4	2,4	0,5	0,3	0,7
Alucinógenos	2,7	2,2	3,2	1,2	0,8	1,6
Anfetaminas	1,1	0,7	1,5	0,4	0,2	0,6

Tabla 4. 4. Porcentaje de jóvenes con distintos hábitos relacionados con la salud, según el sexo.

	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
ALIMENTACIÓN						
Leche y derivados						
< 2 raciones/día	16,8	15,5	18,1	20,0	18,6	21,4
Frutas y zumos						
< 2 raciones/día	35,5	33,8	37,2	30,7	29,1	32,3
Verduras y hortalizas						
< 2 raciones/día	74,9	73,4	76,4	59,5	57,9	61,1
Alimentos hidrocarbonados y cereales						
< 3 raciones/día	7,1	6,2	8,0	16,7	15,4	18,0
>= 8 raciones/día	23,3	21,8	24,8	17,1	15,8	18,4
Grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres						
< 2 raciones/día	3,2	2,6	3,8	6,7	5,8	7,6
>= 7 raciones/día	27,4	25,8	29,0	19,5	18,1	20,9
EJERCICIO FÍSICO						
< 3 veces a la semana	5,4	4,6	6,2	13,1	11,9	14,3

Tabla 4.5. Porcentaje de fumadores y el intervalo de confianza, según las variables independientes y el sexo.

	FUMADOR					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	21,9	19,6	24,2	32,1	29,7	34,5
16	32,4	29,8	35,0	42,9	40,1	45,7
> = 17	50,5	47,0	54,0	63,0	59,2	66,8
* p		< 0,0001			< 0,0001	
CURSO						
2º BUP	30,4	28,2	32,6	38,9	36,7	41,1
4º ESO	28,4	25,7	31,1	42,0	39,1	44,9
2º FP-I	45,2	41,3	49,1	58,7	53,3	64,1
* p		< 0,0001			< 0,0001	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	36,0	31,2	40,8	47,6	42,8	52,4
Básicos	32,3	29,4	35,2	42,8	39,8	45,8
Medios	30,6	27,3	33,9	39,4	35,9	42,9
Superiores	32,6	29,3	35,9	39,6	36,1	43,1
* p		0,337			0,025	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	31,8	30,2	33,4	40,8	39,1	42,5
No trabaja	41,0	34,6	47,4	54,2	48,1	60,3
* p		0,005			< 0,0001	
TALLA						
Baja	28,4	25,8	31,0	38,5	35,7	41,3
Media	32,7	29,9	35,5	41,4	38,5	44,3
Alta	36,7	33,9	39,5	45,9	42,9	48,9
* p		< 0,0001			0,002	
AÑO						
1.996	32,7	29,6	35,8	42,3	39,1	45,5
1.997	34,3	31,6	37,0	42,0	39,4	44,6
1.998	30,7	28,2	33,2	41,2	38,4	44,0
* p		0,161			0,870	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 6. Porcentaje de fumadores excesivos y el intervalo de confianza según las variables independientes y el sexo.

	FUMADOR EXCESIVO					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	2,2	1,4	3,0	3,0	2,1	3,9
16	6,7	5,3	8,1	6,3	4,9	7,7
> = 17	16,2	13,6	18,8	15,7	12,8	18,6
* p		< 0,0001			< 0,0001	
CURSO						
2º BUP	5,8	4,7	6,9	5,8	4,8	6,8
4º ESO	6,6	5,1	8,1	6,6	5,1	8,1
2º FP-I	12,5	9,9	15,1	11,6	8,1	15,1
* p		< 0,0001			< 0,0001	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	7,7	5,0	10,4	7,3	4,8	9,8
Básicos	6,8	5,2	8,4	6,4	4,9	7,9
Medios	7,5	5,6	9,4	6,0	4,3	7,7
Superiores	7,7	5,8	9,6	6,5	4,7	8,3
* p		0,898			0,875	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	6,9	6,0	7,8	6,1	5,3	6,9
No trabaja	11,4	7,3	15,5	12,4	8,4	16,4
* p		0,012			< 0,0001	
TALLA						
Baja	5,4	4,1	6,7	5,7	4,4	7,0
Media	7,5	5,9	9,1	7,5	6,0	9,0
Alta	9,0	7,3	10,7	6,8	5,3	8,3
* p		0,004			0,215	
AÑO						
1.996	7,0	5,3	8,7	6,7	5,1	8,3
1.997	8,9	7,3	10,5	7,4	6,0	8,8
1.998	6,0	4,7	7,3	5,6	4,3	6,9
* p		0,018			0,179	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 7. Porcentaje de bebedores según las variables independientes y el sexo.

	BEBEDOR					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	63,3	60,7	65,9	67,1	64,7	69,5
16	76,8	74,4	79,2	74,9	72,5	77,3
> = 17	84,8	82,3	87,3	85,3	82,5	88,1
* p		< 0,0001			< 0,0001	
CURSO						
2º BUP	70,5	68,3	72,7	71,6	69,6	73,6
4º ESO	73,5	70,8	76,2	73,6	71,0	76,2
2º FP-I	81,0	77,9	84,1	81,8	77,6	86,0
* p		< 0,0001			< 0,0001	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	78,8	74,7	82,9	78,3	74,3	82,3
Básicos	75,4	72,7	78,1	72,6	69,9	75,3
Medios	74,3	71,1	77,5	74,4	71,3	77,5
Superiores	69,8	66,6	73,0	70,7	67,4	74,0
* p		0,005			0,037	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	73,4	71,9	74,9	73,3	71,8	74,8
No trabaja	73,7	68,0	79,4	73,6	68,2	79,0
* p		0,928			0,913	
TALLA						
Baja	69,9	67,3	72,5	70,1	67,5	72,7
Media	72,9	70,2	75,6	73,0	70,4	75,6
Alta	77,8	75,4	80,3	77,0	74,5	79,5
* p		< 0,0001			0,001	
AÑO						
1.996	72,6	69,6	75,6	74,0	71,2	76,8
1.997	72,8	70,3	75,3	71,2	68,8	73,6
1.998	74,3	71,9	76,7	75,0	72,5	77,5
* p		0,606			0,086	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 8. Porcentaje de bebedores de riesgo según las variables independientes y el sexo.

	BEBEDOR DE RIESGO					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	9,2	7,6	10,8	9,7	8,2	11,2
16	15,5	13,4	17,6	12,2	10,4	14,0
> = 17	26,2	23,1	29,3	23,1	19,7	26,5
* p		< 0,0001			< 0,0001	
CURSO						
2º BUP	13,1	11,5	14,7	11,9	10,5	13,3
4º ESO	13,2	11,2	15,2	13,2	11,2	15,2
2º FP-I	26,7	23,2	30,2	19,1	14,8	23,4
* p		< 0,0001			0,002	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	17,0	13,2	20,8	15,5	12,0	19,0
Básicos	17,9	15,5	20,3	12,7	10,7	14,7
Medios	14,4	11,9	16,9	14,5	12,0	17,0
Superiores	13,9	11,5	16,3	12,2	9,8	14,6
* p		0,075			0,299	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	15,3	14,0	16,6	12,9	11,7	14,1
No trabaja	20,6	15,3	25,9	14,6	10,3	18,9
* p		0,031			0,452	
TALLA						
Baja	11,7	9,9	13,5	10,5	8,8	12,2
Media	16,9	14,6	19,2	14,3	12,3	16,3
Alta	18,5	16,2	20,8	14,3	12,2	16,4
* p		< 0,0001			0,006	
AÑO						
1.996	16,8	14,3	19,3	15,7	13,3	18,1
1.997	15,4	13,3	17,5	12,0	10,3	13,7
1.998	15,1	13,2	17,0	12,1	10,2	14,0
* p		0,523			0,018	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 9. Porcentaje de jóvenes consumidores de tranquilizantes en los últimos 30 días, según las variables independientes y el sexo.

	TRANQUILIZANTES ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	0,9	0,4	1,4	1,1	0,6	1,6
16	0,8	0,3	1,3	1,2	0,6	1,8
> = 17	1,2	0,4	2,0	3,1	1,7	4,5
* p		0,727			0,001	
CURSO						
2º BUP	0,9	0,4	1,4	1,6	1,1	2,1
4º ESO	0,6	0,1	1,1	1,6	0,9	2,3
2º FP-I	1,5	0,6	2,4	0,9	0,1	1,9
* p		0,183			0,651	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,3	0,1	2,5	1,9	0,6	3,2
Básicos	0,9	0,3	1,5	1,8	1,0	2,6
Medios	0,5	0,0	1,0	1,6	0,7	2,5
Superiores	1,2	0,4	2,0	1,5	0,6	2,4
* p		0,509			0,944	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	0,9	0,6	1,2	1,4	1,0	1,8
No trabaja	1,3	0,2	2,8	2,7	0,7	4,7
* p		0,471			0,113	
TALLA						
Baja	0,8	0,3	1,3	1,4	0,7	2,1
Media	1,3	0,6	2,0	1,5	0,8	2,2
Alta	0,6	0,1	1,1	1,8	1,0	2,6
* p		0,211			0,737	
AÑO						
1.996	1,8	0,9	2,7	1,7	0,9	2,5
1.997	0,5	0,1	0,9	1,3	0,7	1,9
1.998	0,8	0,3	1,3	1,6	0,9	2,3
* p		0,009			0,749	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 10. Porcentaje de jóvenes consumidores de hachís, marihuana, en los últimos 30 días.

	HACHÍS, MARIHUANA ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	12,4	10,6	14,2	10,0	8,5	11,5
16	19,7	17,4	22,0	13,6	11,7	15,5
> = 17	29,2	26,0	32,4	19,8	16,6	23,0
* p		< 0,0001			< 0,0001	
CURSO						
2º BUP	17,7	15,9	19,5	13,1	11,6	14,6
4º ESO	18,7	16,3	21,1	12,0	10,1	13,9
2º FP-I	24,5	21,1	27,9	18,1	13,9	22,3
* p		0,001			0,016	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	21,2	17,1	25,3	10,6	7,6	13,6
Básicos	17,7	15,3	20,1	12,4	10,4	14,4
Medios	19,0	16,2	21,8	13,5	11,1	16,0
Superiores	20,3	17,5	23,1	16,3	13,6	19,0
* p		0,397			0,027	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	19,0	17,6	20,4	13,0	11,8	14,2
No trabaja	20,9	15,6	26,2	15,8	11,4	20,2
* p		0,495			0,212	
TALLA						
Baja	16,3	14,2	18,4	9,6	7,9	11,3
Media	19,0	16,6	21,4	13,6	11,6	15,6
Alta	22,5	20,1	25,0	16,7	14,5	18,9
* p		0,001			< 0,0001	
AÑO						
1.996	17,1	14,6	19,6	15,1	12,8	17,4
1.997	21,3	19,0	23,6	12,0	10,3	13,7
1.998	18,8	16,7	20,9	13,1	11,2	15,0
* p		0,052			0,109	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 11. Porcentaje de jóvenes consumidores de cocaína, en los últimos 30 días.

	COCAÍNA ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	0,7	0,2	1,2	0,1	0,0	0,2
16	2,3	1,5	3,1	0,4	0,0	0,8
> = 17	4,1	2,7	5,5	2,3	1,1	3,5
* p		< 0,0001			< 0,0001	
CURSO						
2º BUP	1,8	1,2	2,4	0,6	0,3	0,9
4º ESO	1,4	0,7	2,1	0,4	0,0	0,8
2º FP-I	3,9	2,4	5,4	1,9	0,4	3,4
* p		0,002			0,009	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	2,9	1,2	4,6	1,0	0,0	2,0
Básicos	2,3	1,4	3,2	0,9	0,4	1,4
Medios	1,9	0,9	2,9	0,3	0,1	0,7
Superiores	1,4	0,6	2,2	0,4	0,1	0,9
* p		0,353			0,285	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	2,0	1,5	2,5	0,5	0,2	0,8
No trabaja	3,6	1,2	6,0	1,9	0,2	3,6
* p		0,105			0,005	
TALLA						
Baja	1,9	1,1	2,7	0,3	0,0	0,6
Media	1,9	1,1	2,7	0,9	0,4	1,4
Alta	2,5	1,6	3,4	0,7	0,2	1,2
* p		0,483			0,246	
AÑO						
1.996	2,4	1,4	3,4	0,8	0,2	1,4
1.997	1,7	1,0	2,4	0,6	0,2	1,0
1.998	2,3	1,5	3,1	0,5	0,1	0,9
* p		0,428			0,743	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 12. Porcentaje de jóvenes consumidores de éxtasis, en los últimos 30 días.

	ÉXTASIS ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	0,8	0,3	1,3	0,1	0,0	0,2
16	1,9	1,1	2,7	0,6	0,2	1,0
> = 17	3,4	2,1	4,7	1,7	0,7	2,7
* p		< 0,0001			< 0,0001	
CURSO						
2º BUP	1,5	0,9	2,1	0,5	0,2	0,8
4º ESO	1,4	0,7	2,1	0,5	0,1	0,9
2º FP-I	3,4	2,0	4,8	0,9	0,1	1,9
* p		0,006			0,566	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	2,4	0,8	4,0	0,5	0,2	1,2
Básicos	2,1	1,2	3,0	0,5	0,1	0,9
Medios	1,6	0,7	2,5	0,4	0,1	0,9
Superiores	1,8	0,9	2,7	0,6	0,1	1,1
* p		0,811			0,982	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,8	1,3	2,3	0,5	0,2	0,8
No trabaja	3,1	0,8	5,4	0,4	0,4	1,2
* p		0,148			0,741	
TALLA						
Baja	1,1	0,5	1,7	0,3	0,0	0,6
Media	2,1	1,2	3,0	0,7	0,2	1,2
Alta	2,4	1,5	3,3	0,6	0,1	1,1
* p		0,048			0,474	
AÑO						
1.996	2,7	1,6	3,8	0,9	0,3	1,5
1.997	1,9	1,1	2,7	0,7	0,3	1,1
1.998	1,2	0,6	1,8	0,1	0,1	0,3
* p		0,047			0,030	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.
 IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 13. Porcentaje de jóvenes consumidores de alucinógenos, en los últimos 30 días.

	ALUCINÓGENOS ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,1	0,5	1,7	0,7	0,3	1,1
16	3,1	2,1	4,1	1,3	0,7	1,9
> = 17	4,8	3,3	6,3	2,2	1,0	3,4
* p		< 0,0001			0,016	
CURSO						
2º BUP	2,5	1,8	3,2	1,1	0,6	1,6
4º ESO	1,8	1,0	2,6	1,2	0,6	1,8
2º FP-I	4,8	3,1	6,5	2,2	0,6	3,8
* p		0,001			0,249	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	4,8	2,6	7,0	1,5	0,3	2,7
Básicos	2,3	1,4	3,2	0,9	0,3	1,5
Medios	2,7	1,5	3,9	1,3	0,5	2,1
Superiores	2,1	1,1	3,1	1,2	0,4	2,0
* p		0,039			0,817	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	2,5	2,0	3,0	1,1	0,7	1,5
No trabaja	5,4	2,4	8,4	1,9	0,2	3,6
* p		0,011			0,268	
TALLA						
Baja	2,0	1,2	2,8	0,9	0,4	1,4
Media	3,4	2,3	4,5	1,7	0,9	2,5
Alta	3,0	2,0	4,0	1,0	0,4	1,6
* p		0,140			0,146	
AÑO						
1.996	4,2	2,8	5,6	2,9	1,8	4,0
1.997	2,7	1,8	3,6	0,7	0,2	1,2
1.998	1,8	1,1	2,5	0,4	0,0	0,8
* p		0,003			<0,0001	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.
IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 14. Porcentaje de jóvenes consumidores de anfetaminas, en los últimos 30 días.

	ANFETAMINAS ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	0,6	0,2	1,0	0,2	0,0	0,4
16	1,2	0,6	1,8	0,2	0,0	0,4
> = 17	1,7	0,8	2,6	1,2	0,3	2,1
* p		0,072			0,001	
CURSO						
2º BUP	1,0	0,5	1,5	0,5	0,2	0,8
4º ESO	0,7	0,2	1,2	0,1	0,1	0,3
2º FP-I	2,1	1,0	3,2	0,6	0,3	1,5
* p		0,021			0,172	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,3	0,1	2,5	0,2	0,3	0,7
Básicos	1,1	0,4	1,8	0,6	0,1	1,1
Medios	1,1	0,4	1,8	0,1	0,2	0,4
Superiores	0,9	0,2	1,6	0,6	0,1	1,1
* p		0,929			0,441	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,1	0,7	1,5	0,4	0,2	0,6
No trabaja	1,3	0,2	2,8	0,4	0,4	1,2
* p		0,742			0,924	
TALLA						
Baja	0,6	0,2	1,0	0,4	0,0	0,8
Media	1,4	0,7	2,1	0,2	0,1	0,5
Alta	1,4	0,7	2,1	0,5	0,1	0,9
* p		0,104			0,469	
AÑO						
1.996	1,4	0,6	2,2	0,8	0,2	1,4
1.997	1,0	0,4	1,6	0,4	0,1	0,7
1.998	1,0	0,5	1,5	0,0	0,0	0,0
* p		0,595			0,012	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 15. Porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de leche y derivados.

	LECHE Y DERIVADOS					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	14,5	12,5	16,5	18,9	16,9	20,9
16	16,8	14,6	19,0	20,0	17,7	22,3
> = 17	20,7	17,7	23,7	22,9	19,4	26,4
* p		0,002			0,127	
CURSO						
2º BUP	15,5	13,7	17,3	20,5	18,7	22,3
4º ESO	15,7	13,4	18,0	18,0	15,7	20,3
2º FP-I	22,4	18,9	25,9	23,8	19,0	28,6
* p		< 0,0001			0,062	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	21,1	16,8	25,4	22,5	18,3	26,7
Básicos	15,7	13,3	18,1	20,6	18,1	23,1
Medios	15,2	12,5	17,9	19,0	16,1	21,9
Superiores	13,0	10,5	15,5	18,5	15,6	21,4
* p		0,008			0,389	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	16,7	15,3	18,1	19,7	18,3	21,1
No trabaja	17,0	11,8	22,2	24,7	19,3	30,1
* p		0,911			0,061	
TALLA						
Baja	16,0	13,8	18,2	20,7	18,3	23,1
Media	17,4	15,0	19,8	20,1	17,7	22,5
Alta	16,6	14,3	18,9	19,0	16,6	21,4
* p		0,688			0,635	
AÑO						
1.996	17,3	14,7	19,9	23,0	20,2	25,8
1.997	17,3	15,0	19,6	20,0	17,8	22,2
1.998	16,0	13,9	18,1	17,7	15,4	20,0
* p		0,637			0,014	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 16. Porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de frutas y zumos.

	FRUTAS Y ZUMOS					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	33,4	30,7	36,1	31,0	28,6	33,5
16	35,7	32,9	38,5	29,1	26,5	31,7
> = 17	38,5	34,9	42,1	33,5	29,6	37,4
* p		0,077			0,178	
CURSO						
2º BUP	35,6	33,2	38,0	30,9	28,8	33,0
4º ESO	32,3	29,4	35,2	28,6	25,9	31,3
2º FP-I	41,1	37,0	45,2	36,9	31,4	42,4
* p		0,003			0,022	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	40,9	35,7	46,1	33,0	28,3	37,7
Básicos	35,9	32,8	39,0	31,7	28,8	34,6
Medios	33,3	29,7	36,9	29,2	25,8	32,6
Superiores	29,7	26,3	33,1	23,8	20,6	27,0
* p		0,002			0,002	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	35,1	33,4	36,8	30,3	28,6	32,0
No trabaja	43,0	36,1	49,9	34,6	28,5	40,7
* p		0,024			0,167	
TALLA						
Baja	36,6	33,7	39,5	32,1	29,3	34,9
Media	35,4	32,4	38,4	30,6	27,8	33,4
Alta	34,6	31,7	37,5	28,7	25,9	31,5
* p		0,626			0,253	
AÑO						
1.996	36,6	33,2	40,0	30,7	27,6	33,8
1.997	36,7	33,8	39,6	32,4	29,8	35,0
1.998	33,8	31,1	36,5	28,7	26,0	31,4
* p		0,263			0,145	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 17. Porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de verduras y hortalizas.

	VERDURAS Y HORTALIZAS					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	75,6	73,2	78,0	61,0	58,5	63,5
16	73,3	70,8	75,8	58,0	55,2	60,8
> = 17	76,4	73,4	79,4	59,8	55,9	63,7
* p		0,243			0,288	
CURSO						
2º BUP	74,6	72,5	76,7	58,0	55,8	60,2
4º ESO	72,8	70,1	75,5	60,6	57,7	63,5
2º FP-I	79,1	75,8	82,4	64,2	59,0	69,4
* p		0,017			0,070	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	77,4	73,1	81,7	61,2	56,5	65,9
Básicos	75,0	72,2	77,8	60,8	57,8	63,8
Medios	71,4	68,1	74,7	58,7	55,2	62,2
Superiores	74,3	71,2	77,4	53,3	49,7	56,9
* p		0,154			0,009	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	74,7	73,2	76,2	59,0	57,3	60,7
No trabaja	76,3	70,7	81,9	65,0	59,2	70,8
* p		0,596			0,059	
TALLA						
Baja	76,3	73,9	78,8	60,1	57,3	62,9
Media	73,4	70,7	76,1	60,1	57,2	63,0
Alta	75,0	72,4	77,6	57,7	54,7	60,7
* p		0,305			0,417	
AÑO						
1.996	74,2	71,3	77,1	59,3	56,1	62,5
1.997	76,4	74,0	78,8	58,6	56,0	61,2
1.998	73,9	71,5	76,3	60,6	57,8	63,4
* p		0,301			0,591	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 18. Porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 3 raciones diarias de alimentos hidrocarbonados y cereales.

	ALIMENTOS HIDROCARBONADOS Y CEREALES					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	6,5	5,1	7,9	17,4	15,4	19,4
16	6,6	5,1	8,1	15,1	13,0	17,2
> = 17	9,5	7,3	11,7	18,6	15,4	21,8
* p		0,030			0,134	
CURSO						
2º BUP	6,8	5,5	8,1	17,5	15,8	19,2
4º ESO	7,3	5,7	8,9	15,3	13,1	17,5
2º FP-I	7,5	5,3	9,7	16,3	12,1	20,5
* p		0,812			0,312	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	7,8	5,0	10,6	14,2	10,7	17,7
Básicos	7,3	5,6	9,0	17,7	15,3	20,1
Medios	5,7	4,0	7,4	16,2	13,5	18,9
Superiores	6,4	4,6	8,2	16,5	13,7	19,3
* p		0,508			0,458	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	7,0	6,1	7,9	16,8	15,4	18,2
No trabaja	9,2	5,3	13,1	15,5	10,9	20,1
* p		0,233			0,628	
TALLA						
Baja	7,5	5,9	9,1	17,3	15,1	19,5
Media	7,1	5,5	8,7	15,9	13,7	18,1
Alta	6,6	5,1	8,1	16,7	14,4	19,0
* p		0,751			0,682	
AÑO						
1.996	7,7	5,9	9,5	14,8	12,4	17,2
1.997	6,6	5,1	8,1	17,6	15,5	19,7
1.998	7,1	5,6	8,6	17,0	14,8	19,2
* p		0,691			0,222	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 19. Porcentaje de jóvenes con un consumo igual o superior a 8 raciones diarias de alimentos hidrocarbonados y cereales.

	ALIMENTOS HIDROCARBONADOS Y CEREALES					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	23,4	21,0	25,8	14,9	13,0	16,8
16	22,3	19,8	24,8	17,4	15,2	19,6
> = 17	23,4	20,2	26,6	22,5	19,0	26,0
* p		0,795			< 0,0001	
CURSO						
2º BUP	21,9	19,8	24,0	15,8	14,1	17,5
4º ESO	22,7	20,1	25,3	17,9	15,6	20,2
2º FP-I	28,4	24,7	32,1	22,7	18,0	27,4
* p		0,007			0,010	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	21,7	17,3	26,1	19,7	15,7	23,7
Básicos	24,1	21,3	26,9	19,0	16,6	21,4
Medios	23,3	20,1	26,5	16,0	13,3	18,7
Superiores	25,2	22,0	28,4	14,3	11,7	16,9
* p		0,611			0,035	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	23,2	21,7	24,7	16,9	15,5	18,3
No trabaja	24,2	18,4	30,0	19,3	14,3	24,3
* p		0,750			0,331	
TALLA						
Baja	21,3	18,9	23,7	15,5	13,4	17,6
Media	23,8	21,1	26,5	19,4	17,0	21,8
Alta	25,2	22,5	27,9	16,5	14,2	18,8
* p		0,099			0,048	
AÑO						
1.996	26,0	23,0	29,0	18,1	15,5	20,7
1.997	22,0	19,5	24,5	16,9	14,8	19,0
1.998	22,7	20,3	25,1	16,6	14,4	18,8
* p		0,100			0,649	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 20. Porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias del grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres.

	GRUPO DE CARNES, PESCADO, HUEVOS Y LEGUMBRES					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	3,3	2,3	4,3	6,6	5,3	7,9
16	3,3	2,2	4,4	5,7	4,3	7,1
> = 17	3,0	1,7	4,3	9,3	6,8	11,8
* p		0,937			0,023	
CURSO						
2º BUP	2,8	2,0	3,6	6,9	5,7	8,1
4º ESO	3,8	2,5	5,1	6,4	4,9	7,9
2º FP-I	3,1	1,6	4,6	7,0	4,0	10,0
* p		0,373			0,882	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	2,1	0,5	3,7	6,2	3,8	8,7
Básicos	3,6	2,3	4,9	6,3	4,8	7,8
Medios	4,4	2,8	6,0	7,0	5,1	8,9
Superiores	2,7	1,5	3,9	8,3	6,2	10,4
* p		0,176			0,447	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	3,2	2,6	3,8	6,9	6,0	7,8
No trabaja	4,0	1,3	6,7	4,9	2,1	7,7
* p		0,493			0,259	
TALLA						
Baja	3,7	2,5	4,9	7,0	5,5	8,5
Media	2,4	1,4	3,4	7,1	5,5	8,7
Alta	3,5	2,3	4,7	5,9	4,4	7,4
* p		0,248			0,487	
AÑO						
1.996	2,8	1,7	3,9	5,9	4,3	7,5
1.997	3,8	2,6	5,0	7,0	5,6	8,4
1.998	2,9	1,9	3,9	7,1	5,5	8,7
* p		0,326			0,510	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 21. Porcentaje de jóvenes con un consumo igual o superior a 7 raciones diarias del grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres.

	GRUPO DE CARNES, PESCADO, HUEVOS Y LEGUMBRES					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	24,2	21,7	26,7	17,6	15,6	19,6
16	29,8	27,0	32,6	19,4	17,1	21,7
> = 17	29,2	25,7	32,7	24,1	20,4	27,8
* p		0,008			0,006	
CURSO						
2º BUP	24,5	22,3	26,7	17,7	15,9	19,5
4º ESO	28,3	25,4	31,2	21,5	19,0	24,0
2º FP-I	33,9	29,9	37,9	22,9	18,0	27,8
* p		< 0,0001			0,016	
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	27,2	22,4	32,0	18,6	14,6	22,6
Básicos	29,6	26,5	32,7	19,6	17,1	22,1
Medios	27,4	24,0	30,8	20,4	17,4	23,4
Superiores	27,5	24,1	30,9	16,2	13,4	19,0
* p		0,731			0,232	
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	27,2	25,5	28,9	19,4	17,9	20,9
No trabaja	29,3	22,9	35,7	20,2	14,9	25,5
* p		0,525			0,771	
TALLA						
Baja	24,2	21,6	26,8	18,7	16,3	21,1
Media	30,0	27,1	32,9	19,6	17,2	22,0
Alta	28,0	25,1	30,9	19,7	17,2	22,2
* p		0,012			0,840	
AÑO						
1.996	29,3	26,1	32,5	20,8	18,0	23,6
1.997	26,0	23,3	28,7	20,2	17,9	22,5
1.998	27,3	24,7	29,9	17,6	15,3	19,9
* p		0,287			0,158	

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 22. Porcentaje de jóvenes que realizan ejercicio físico menos de tres veces a la semana.

	EJERCICIO FÍSICO SEMANAL					
	Hombre			Mujer		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	3,9	2,8	5,0	13,5	11,7	15,3
16	4,9	3,6	6,2	11,2	9,4	13,0
> = 17	7,6	5,6	9,6	16,7	13,6	19,8
* p	0,001			0,007		
CURSO						
2º BUP	5,1	4,0	6,2	12,7	11,2	14,2
4º ESO	4,7	3,4	6,0	13,5	11,4	15,6
2º FP-I	7,5	5,3	9,7	14,4	10,5	18,3
* p	0,046			0,638		
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	5,7	3,3	8,1	13,9	10,5	17,3
Básicos	5,4	3,9	6,9	12,7	10,6	14,8
Medios	5,4	3,7	7,1	12,5	10,1	15,0
Superiores	4,2	2,7	5,7	12,2	9,8	14,7
* p	0,665			0,871		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	5,2	4,4	6,0	13,1	11,9	14,3
No trabaja	6,4	3,0	9,8	12,7	8,5	16,9
* p	0,464			0,849		
TALLA						
Baja	5,7	4,3	7,1	14,5	12,4	16,6
Media	5,6	4,1	7,1	12,5	10,5	14,5
Alta	4,4	3,1	5,7	12,4	10,4	14,4
* p	0,345			0,257		
AÑO						
1.996	5,6	4,0	7,2	9,6	7,6	11,6
1.997	5,7	4,3	7,1	14,7	12,8	16,6
1.998	5,0	3,8	6,2	14,1	12,0	16,2
* p	0,753			0,002		

* Significación del estadístico Chi cuadrado de Pearson del test de tendencia.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. 23. Asociación entre ser fumador y las características sociodemográficas, según el sexo.

	FUMADOR					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,66	1,39	2,00	1,55	1,33	1,82
> = 17	3,32	2,71	4,07	3,24	2,64	3,98
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,82	0,68	0,98	1,07	0,91	1,27
2º FP-I	1,41	1,15	1,74	1,57	1,21	2,04
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	0,95	0,72	1,25	1,08	0,83	1,40
Básicos	0,84	0,67	1,04	0,94	0,77	1,16
Medios	0,82	0,66	1,03	0,90	0,73	1,12
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,39	1,04	1,85	1,41	1,08	1,84
TALLA						
Baja	0,78	0,65	0,93	0,72	0,60	0,85
Media	0,87	0,72	1,04	0,85	0,72	1,01
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	1,09	0,90	1,32	0,97	0,81	1,16
1.998	1,08	0,89	1,31	0,97	0,81	1,18

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 24. Asociación entre ser fumador excesivo y las características sociodemográficas.

	FUMADOR EXCESIVO					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	3,13	2,01	4,87	2,19	1,50	3,21
> = 17	7,65	4,94	11,84	5,98	4,05	8,82
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	1,02	0,73	1,43	1,10	0,79	1,53
2º FP-I	1,51	1,07	2,13	1,25	0,82	1,91
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	0,68	0,42	1,11	0,72	0,43	1,19
Básicos	0,63	0,43	0,93	0,70	0,46	1,05
Medios	0,79	0,53	1,17	0,77	0,50	1,18
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,63	1,03	2,56	1,72	1,13	2,61
TALLA						
Baja	0,72	0,52	1,01	0,84	0,59	1,20
Media	0,86	0,62	1,18	1,22	0,87	1,70
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	1,23	0,87	1,72	1,14	0,81	1,61
1.998	0,99	0,69	1,43	0,83	0,56	1,21

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 25. Asociación entre ser bebedor y las características sociodemográficas, según el sexo.

	<u>BEBEDOR</u>					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,84	1,54	2,20	1,45	1,23	1,72
> = 17	2,97	2,34	3,76	2,69	2,08	3,49
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	1,00	0,84	1,21	1,02	0,85	1,22
2º FP-I	1,33	1,04	1,69	1,41	1,03	1,94
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,39	1,02	1,88	1,37	1,02	1,85
Básicos	1,17	0,94	1,47	1,00	0,80	1,25
Medios	1,15	0,91	1,45	1,16	0,92	1,47
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	0,93	0,67	1,27	0,84	0,62	1,13
TALLA						
Baja	0,73	0,60	0,88	0,69	0,57	0,83
Media	0,78	0,64	0,95	0,81	0,67	0,99
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	1,02	0,84	1,25	0,85	0,70	1,04
1.998	1,20	0,98	1,47	1,08	0,88	1,34

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 26. Asociación entre ser bebedor de riesgo y las características sociodemográficas.

	<u>BEBEDOR DE RIESGO</u>					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,65	1,28	2,12	1,27	1,00	1,63
> = 17	2,83	2,17	3,68	2,66	2,03	3,49
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,90	0,71	1,14	1,16	0,91	1,47
2º FP-I	1,85	1,45	2,38	1,39	0,99	1,94
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	0,98	0,69	1,40	1,08	0,75	1,56
Básicos	1,10	0,83	1,45	0,88	0,65	1,19
Medios	0,91	0,68	1,23	1,13	0,83	1,55
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,28	0,90	1,82	0,94	0,65	1,36
TALLA						
Baja	0,64	0,50	0,81	0,69	0,53	0,89
Media	0,92	0,73	1,16	1,03	0,81	1,31
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,88	0,69	1,12	0,69	0,54	0,89
1.998	1,02	0,80	1,31	0,72	0,55	0,94

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 27. Asociación entre el consumo de tranquilizantes en los últimos 30 días y las variables independientes, según el sexo.

	TRANQUILIZANTES ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	0,90	0,37	2,16	1,16	0,57	2,37
> = 17	1,24	0,49	3,18	3,26	1,62	6,57
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,70	0,26	1,88	0,87	0,46	1,65
2º FP-I	1,55	0,63	3,80	0,34	0,10	1,17
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	0,90	0,28	2,90	1,20	0,46	3,16
Básicos	0,68	0,26	1,80	1,13	0,52	2,48
Medios	0,44	0,13	1,46	1,04	0,45	2,41
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,37	0,40	4,69	1,65	0,72	3,78
TALLA						
Baja	1,32	0,49	3,53	0,77	0,39	1,50
Media	2,25	0,90	5,65	0,86	0,44	1,68
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,27	0,11	0,72	0,84	0,42	1,71
1.998	0,50	0,22	1,15	1,05	0,51	2,17

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 28. Asociación entre el consumo de hachís, marihuana en los últimos 30 días y las variables independientes, según el sexo.

	HACHÍS, MARIHUANA ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,72	1,38	2,15	1,41	1,11	1,79
> = 17	2,77	2,18	3,53	2,24	1,70	2,96
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,98	0,79	1,21	0,99	0,77	1,26
2º FP-I	1,20	0,94	1,53	1,37	0,98	1,93
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	0,90	0,65	1,24	0,53	0,36	0,79
Básicos	0,74	0,57	0,95	0,65	0,49	0,87
Medios	0,83	0,64	1,08	0,77	0,57	1,04
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,09	0,77	1,53	1,16	0,81	1,67
TALLA						
Baja	0,76	0,61	0,94	0,54	0,42	0,70
Media	0,84	0,68	1,04	0,82	0,65	1,04
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	1,29	1,03	1,63	0,78	0,60	1,00
1.998	1,22	0,97	1,55	0,87	0,67	1,14

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 29. Asociación entre el consumo de cocaína en los últimos 30 días y las variables independientes, según el sexo.

	COCAÍNA ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	2,99	1,39	6,44	5,84	0,68	50,20
> = 17	5,33	2,45	11,62	29,92	3,78	236,69
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,61	0,32	1,17	0,51	0,15	1,74
2º FP-I	1,42	0,79	2,55	1,34	0,44	4,04
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,63	0,67	3,92	1,33	0,27	6,48
Básicos	1,28	0,60	2,74	1,29	0,33	5,12
Medios	1,20	0,53	2,69	0,52	0,08	3,19
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,65	0,77	3,56	2,22	0,77	6,38
TALLA						
Baja	0,87	0,49	1,55	0,51	0,15	1,76
Media	0,80	0,45	1,45	1,45	0,54	3,88
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,71	0,38	1,35	0,81	0,28	2,39
1.998	1,29	0,71	2,33	0,77	0,24	2,49

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 30. Asociación entre el consumo de éxtasis, drogas de diseño, en los últimos 30 días y las variables independientes, según el sexo.

	ÉXTASIS, DROGAS DE DISEÑO ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	2,23	1,05	4,74	8,37	1,02	68,37
> = 17	3,38	1,57	7,27	27,90	3,46	224,87
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,97	0,50	1,90	1,56	0,51	4,77
2º FP-I	1,74	0,92	3,27	1,27	0,32	5,12
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	0,99	0,41	2,39	0,52	0,09	3,03
Básicos	0,88	0,43	1,83	0,54	0,14	2,11
Medios	0,76	0,34	1,67	0,53	0,11	2,46
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,54	0,68	3,48	0,47	0,06	3,67
TALLA						
Baja	0,50	0,25	0,98	0,63	0,17	2,25
Media	0,89	0,50	1,58	1,49	0,50	4,37
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,68	0,37	1,23	0,74	0,27	2,01
1.998	0,51	0,26	0,99	0,09	0,01	0,73

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 31. Asociación entre el consumo de alucinógenos en los últimos 30 días y las variables independientes, según el sexo.

	ALUCINÓGENOS ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	2,63	1,40	4,92	1,76	0,79	3,93
> = 17	3,69	1,93	7,04	2,89	1,21	6,91
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,70	0,39	1,24	1,92	0,90	4,08
2º FP-I	1,36	0,81	2,27	2,31	0,90	5,91
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,80	0,88	3,68	0,78	0,26	2,32
Básicos	0,87	0,44	1,72	0,59	0,23	1,52
Medios	1,16	0,59	2,28	0,98	0,39	2,50
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,85	0,97	3,52	1,34	0,51	3,54
TALLA						
Baja	0,75	0,44	1,30	0,82	0,34	1,95
Media	1,17	0,71	1,91	1,76	0,83	3,77
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,64	0,39	1,05	0,22	0,10	0,46
1.998	0,51	0,29	0,88	0,12	0,04	0,33

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 32. Asociación entre el consumo de anfetaminas en los últimos 30 días y las variables independientes, según el sexo.

	ANFETAMINAS ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,65	0,68	3,98	0,72	0,12	4,33
> = 17	2,04	0,80	5,19	5,80	1,39	24,14
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,62	0,25	1,56	0,31	0,04	2,60
2º FP-I	1,83	0,83	4,05	0,87	0,17	4,51
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,21	0,36	4,03	0,35	0,04	3,46
Básicos	1,08	0,40	2,92	0,87	0,23	3,26
Medios	1,11	0,39	3,15	0,21	0,02	1,95
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,01	0,30	3,39	0,82	0,10	6,66
TALLA						
Baja	0,47	0,19	1,16	0,90	0,26	3,20
Media	1,11	0,54	2,29	0,41	0,08	2,14
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,73	0,32	1,65	0,57	0,17	1,90
1.998	0,86	0,38	1,95	0,00	0,00	0,00

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 33. Asociación entre el consumo inferior a 2 raciones diarias de leche y derivados y las variables independientes, según el sexo.

	<u>LECHE Y DERIVADOS</u>					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,15	0,91	1,44	1,06	0,87	1,29
> = 17	1,37	1,06	1,77	1,21	0,94	1,55
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,95	0,75	1,20	0,86	0,70	1,06
2º FP-I	1,35	1,04	1,75	1,09	0,80	1,48
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,63	1,15	2,32	1,21	0,88	1,67
Básicos	1,15	0,86	1,54	1,13	0,88	1,47
Medios	1,15	0,84	1,56	1,05	0,80	1,39
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	0,89	0,60	1,32	1,26	0,92	1,72
TALLA						
Baja	0,99	0,78	1,25	1,11	0,89	1,37
Media	1,08	0,85	1,37	1,06	0,85	1,32
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	1,02	0,80	1,30	0,84	0,68	1,04
1.998	1,00	0,78	1,28	0,76	0,60	0,96
independientes, según el sexo.						

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 34. Asociación entre el consumo inferior a 2 raciones diarias de frutas y zumos y las variables independientes, según el sexo.

	FRUTAS Y ZUMOS					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,10	0,92	1,31	0,88	0,74	1,05
> = 17	1,18	0,96	1,45	1,03	0,82	1,28
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,81	0,68	0,97	0,83	0,69	0,99
2º FP-I	1,10	0,89	1,36	1,14	0,87	1,51
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,56	1,19	2,06	1,55	1,15	2,07
Básicos	1,31	1,05	1,63	1,50	1,19	1,90
Medios	1,18	0,94	1,49	1,35	1,06	1,73
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,26	0,94	1,69	1,14	0,85	1,52
TALLA						
Baja	1,10	0,92	1,33	1,15	0,95	1,39
Media	1,04	0,86	1,25	1,07	0,88	1,29
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	1,05	0,87	1,28	1,08	1,89	1,31
1.998	0,98	0,80	1,18	0,96	0,78	1,18

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 35. Asociación entre el consumo inferior a 2 raciones diarias de verduras y hortalizas y las variables independientes, según el sexo.

	VERDURAS Y HORTALIZAS					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	0,88	0,73	1,06	0,86	0,74	1,01
> = 17	0,99	0,79	1,23	0,86	0,70	1,06
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,91	0,76	1,09	1,04	0,88	1,22
2º FP-I	1,25	0,99	1,59	1,27	0,98	1,65
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,14	0,84	1,54	1,32	1,02	1,71
Básicos	1,03	0,82	1,29	1,32	1,08	1,62
Medios	0,86	0,68	1,09	1,23	1,00	1,52
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,03	0,74	1,42	1,23	0,94	1,61
TALLA						
Baja	1,05	0,87	1,28	1,08	0,91	1,28
Media	0,91	0,75	1,11	1,08	0,91	1,28
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	1,16	0,94	1,42	0,94	0,79	1,12
1.998	1,04	0,85	1,27	1,04	0,87	1,26

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 36. Asociación entre el consumo inferior a 3 raciones diarias de alimentos hidrocarbonados y cereales y las variables independientes, según el sexo.

	<u>ALIMENTOS HIDROCARBONADOS Y CEREALES</u>					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,03	0,74	1,44	0,86	0,69	1,06
> = 17	1,56	1,08	2,24	1,13	0,87	1,48
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	1,03	0,74	1,43	0,80	0,64	1,00
2º FP-I	0,94	0,63	1,41	0,84	0,59	1,20
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,16	0,69	1,93	0,89	0,62	1,28
Básicos	1,08	0,72	1,62	1,15	0,87	1,50
Medios	0,85	0,55	1,34	1,01	0,75	1,35
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,30	1,79	2,15	0,93	0,64	1,34
TALLA						
Baja	1,19	0,85	1,68	1,06	0,84	1,33
Media	1,07	0,75	1,52	0,95	0,75	1,21
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,87	0,61	1,24	1,27	0,99	1,61
1.998	0,96	0,67	1,36	1,25	0,97	1,62

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 37. Asociación entre el consumo igual o superior a 8 raciones diarias de alimentos hidrocarbonados y cereales y las variables independientes, según el sexo.

	ALIMENTOS HIDROCARBONADOS Y CEREALES					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	0,90	0,73	1,09	1,17	0,95	1,45
> = 17	0,88	0,70	1,12	1,51	1,16	1,95
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	1,13	0,92	1,39	1,11	0,90	1,38
2º FP-I	1,55	1,22	1,97	1,32	0,96	1,82
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	0,73	0,53	1,00	1,30	0,92	1,83
Básicos	0,87	0,69	1,11	1,27	0,96	1,68
Medios	0,85	0,66	1,10	1,09	0,81	1,47
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,02	0,73	1,43	1,04	0,74	1,46
TALLA						
Baja	0,79	0,64	0,97	0,91	0,72	1,15
Media	0,92	0,75	1,14	1,21	0,96	1,52
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,78	0,63	0,97	0,89	0,70	1,12
1.998	0,82	0,66	1,02	0,89	0,69	1,14

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 38. Asociación entre el consumo inferior a 2 raciones diarias del grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres y las variables independientes, según el sexo.

	GRUPO DE CARNES, PESCADOS, HUEVOS Y LEGUMBRES					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,01	0,63	1,62	0,89	0,64	1,25
> = 17	0,88	0,49	1,58	1,62	1,10	2,38
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	1,39	0,86	2,24	0,92	0,66	1,29
2º FP-I	1,13	0,61	2,08	0,92	0,54	1,56
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	0,71	0,29	1,76	0,70	0,41	1,18
Básicos	1,25	0,67	2,32	0,71	0,48	1,07
Medios	1,56	0,84	2,88	0,81	0,53	1,23
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,36	0,64	2,87	0,69	0,37	1,30
TALLA						
Baja	1,05	0,65	1,70	1,23	0,86	1,76
Media	0,68	0,39	1,17	1,28	0,89	1,83
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	1,36	0,80	2,33	1,23	0,85	1,78
1.998	0,97	0,55	1,70	1,27	0,86	1,88

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 39. Asociación entre el consumo igual o superior a 7 raciones diarias del grupo de carnes, pescados, huevos y legumbres y las variables independientes, según el sexo.

	<u>GRUPO DE CARNES, PESCADOS, HUEVOS Y LEGUMBRES</u>					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,25	1,03	1,51	1,10	0,90	1,36
> = 17	1,12	0,89	1,40	1,41	1,09	1,82
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	1,23	1,01	1,50	1,32	1,07	1,63
2º FP-I	1,58	1,25	1,98	1,25	0,91	1,73
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	0,84	0,61	1,14	1,00	0,71	1,42
Básicos	0,97	0,76	1,22	1,10	0,84	1,45
Medios	0,91	0,71	1,16	1,22	0,92	1,62
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,06	0,77	1,47	0,97	0,69	1,37
TALLA						
Baja	0,83	0,67	1,02	0,93	0,74	1,16
Media	1,10	0,90	1,35	0,99	0,79	1,24
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,83	0,67	1,02	0,92	0,73	1,15
1.998	0,89	0,73	1,10	0,74	0,58	0,95

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 4. 40. Asociación entre la realización de ejercicio físico menos de 3 veces a la semana y las variables independientes, según el sexo.

	EJERCICIO FÍSICO SEMANAL					
	Hombre			Mujer		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD EN AÑOS						
15	1,00			1,00		
16	1,27	0,85	1,91	0,83	0,65	1,05
> = 17	1,98	1,28	3,04	1,32	0,99	1,75
CURSO						
2º BUP	1,00			1,00		
4º ESO	0,84	0,57	1,24	0,97	0,77	1,24
2º FP-I	1,23	0,81	1,87	0,97	0,67	1,42
ESTUDIOS DEL CABEZA DE FAMILIA						
Sin estudios	1,18	0,65	2,17	1,10	0,75	1,62
Básicos	1,15	0,70	1,87	0,99	0,72	1,35
Medios	1,23	0,74	2,04	0,98	0,71	1,35
Superiores	1,00			1,00		
OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA						
Trabaja	1,00			1,00		
No trabaja	1,13	0,62	2,05	0,92	0,62	1,37
TALLA						
Baja	1,44	0,96	2,15	1,20	0,93	1,55
Media	1,34	0,89	2,02	1,02	0,78	1,33
Alta	1,00			1,00		
AÑO						
1.996	1,00			1,00		
1.997	0,99	0,66	1,48	1,63	1,23	2,16
1.998	1,00	0,66	1,50	1,56	1,16	2,10

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

FIGURAS

Figura 4. 1. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la edad y el sexo.

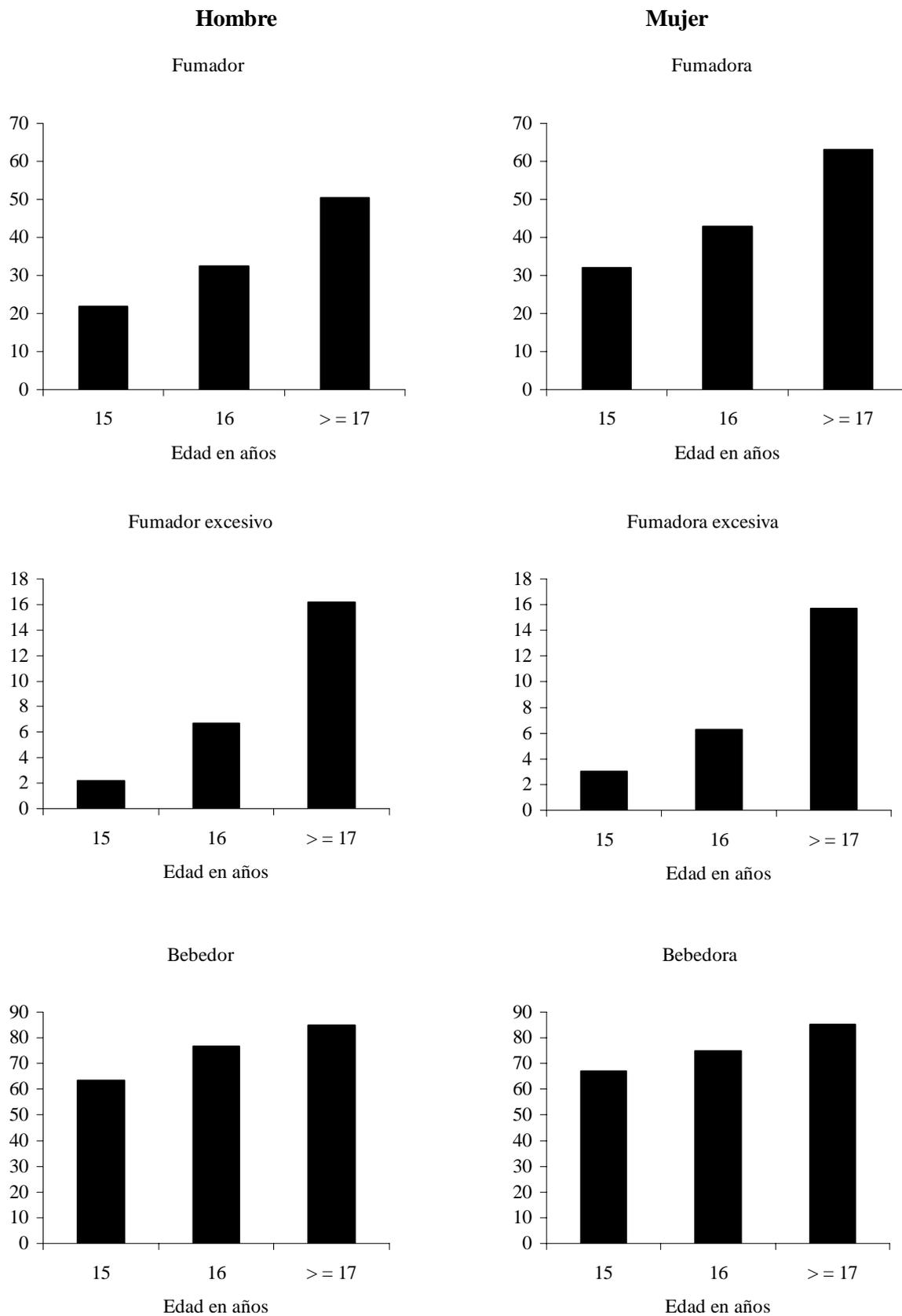


Figura 4. 2. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la edad y el sexo.

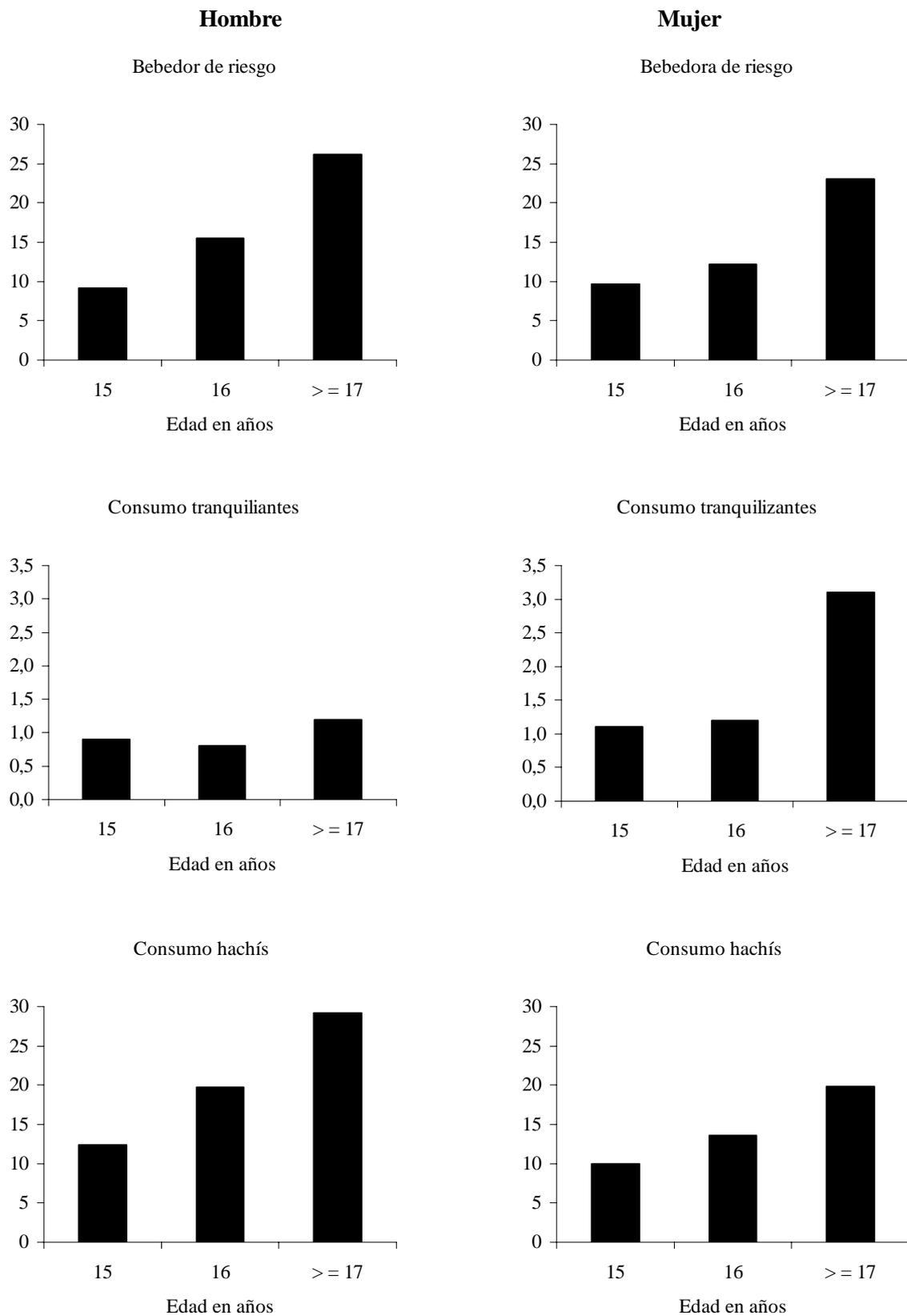


Figura 4. 3. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la edad y el sexo.

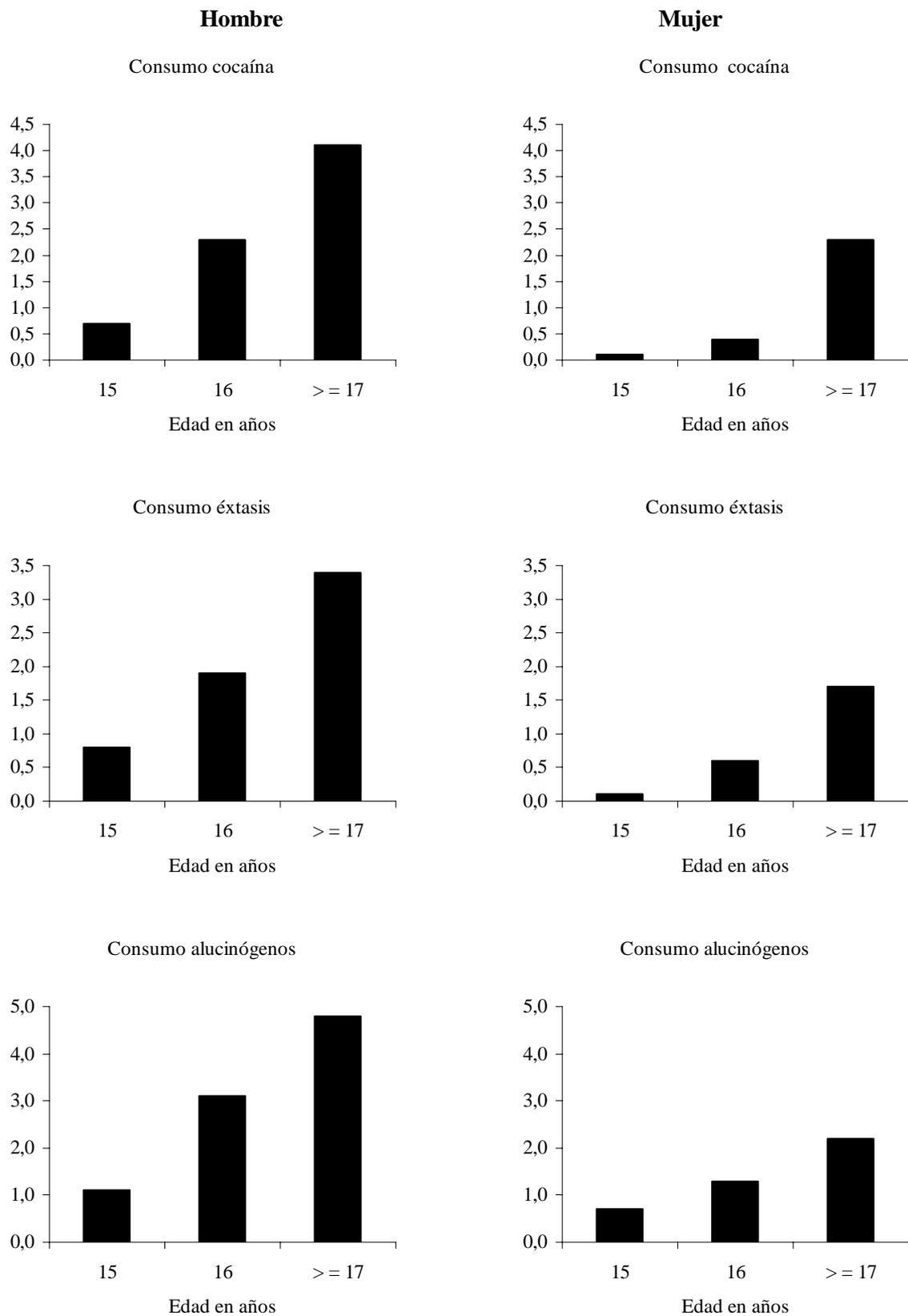


Figura 4. 4. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la edad y el sexo.

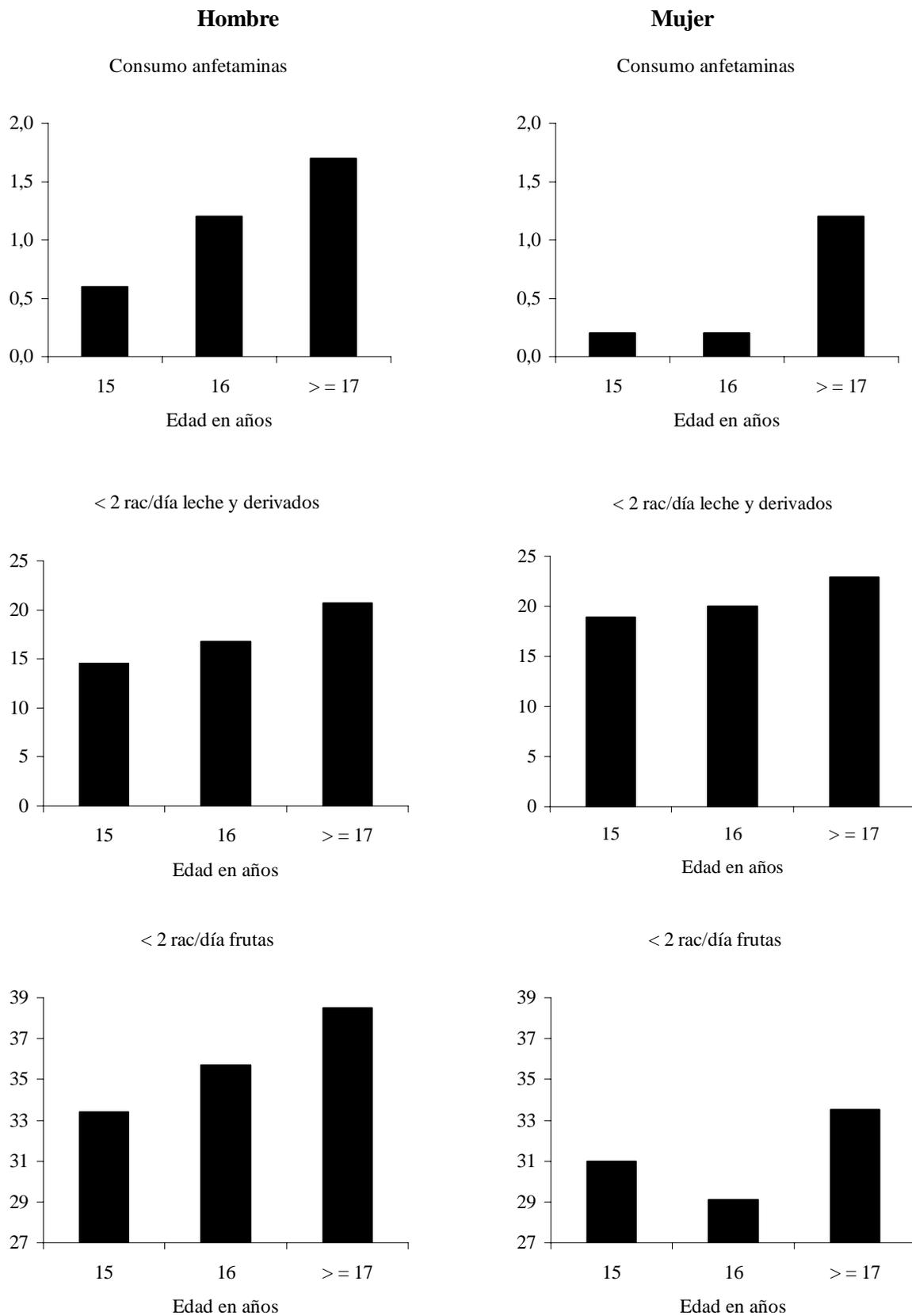


Figura 4. 5. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la edad y el sexo.

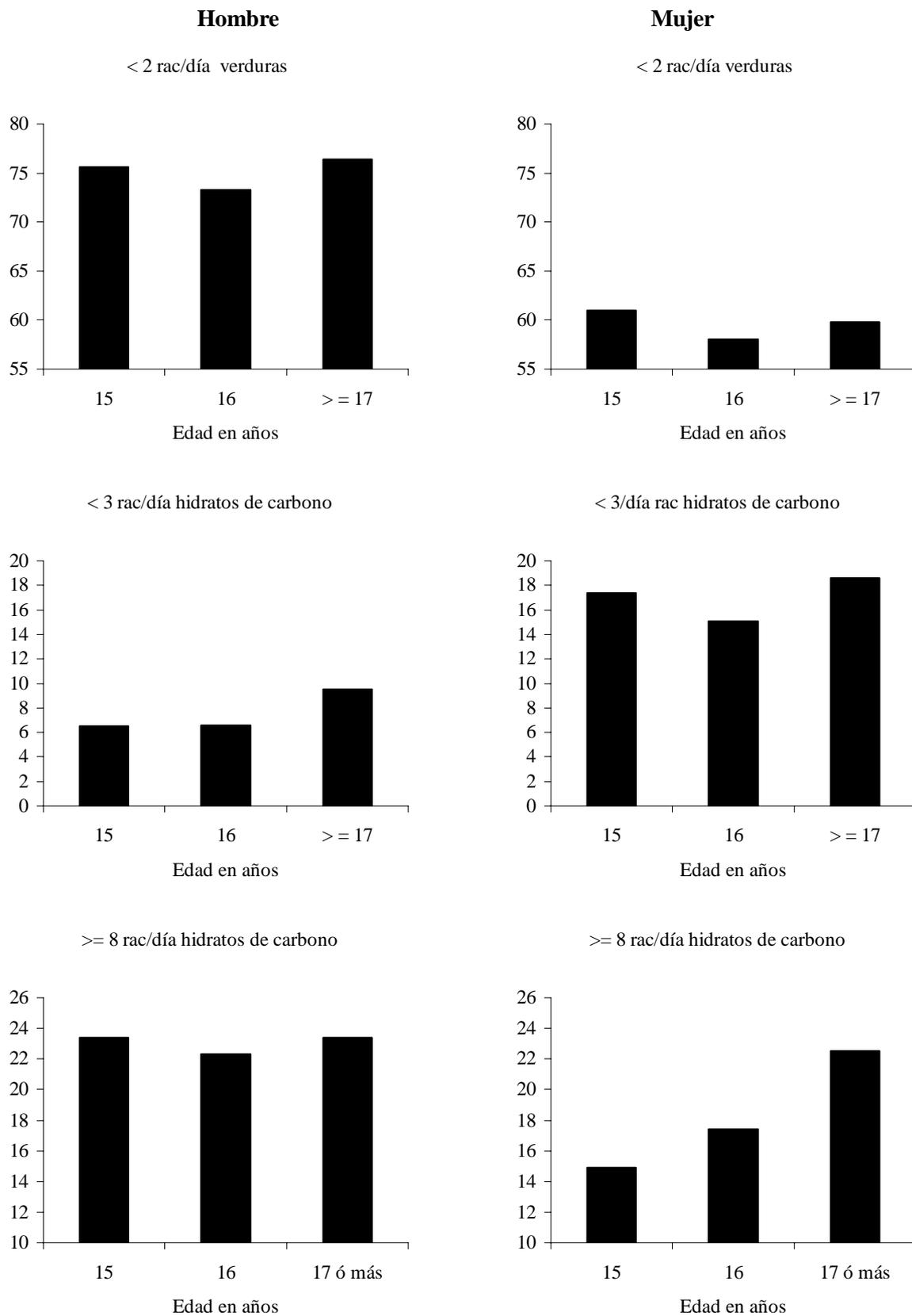


Figura 4. 6. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la edad y el sexo.

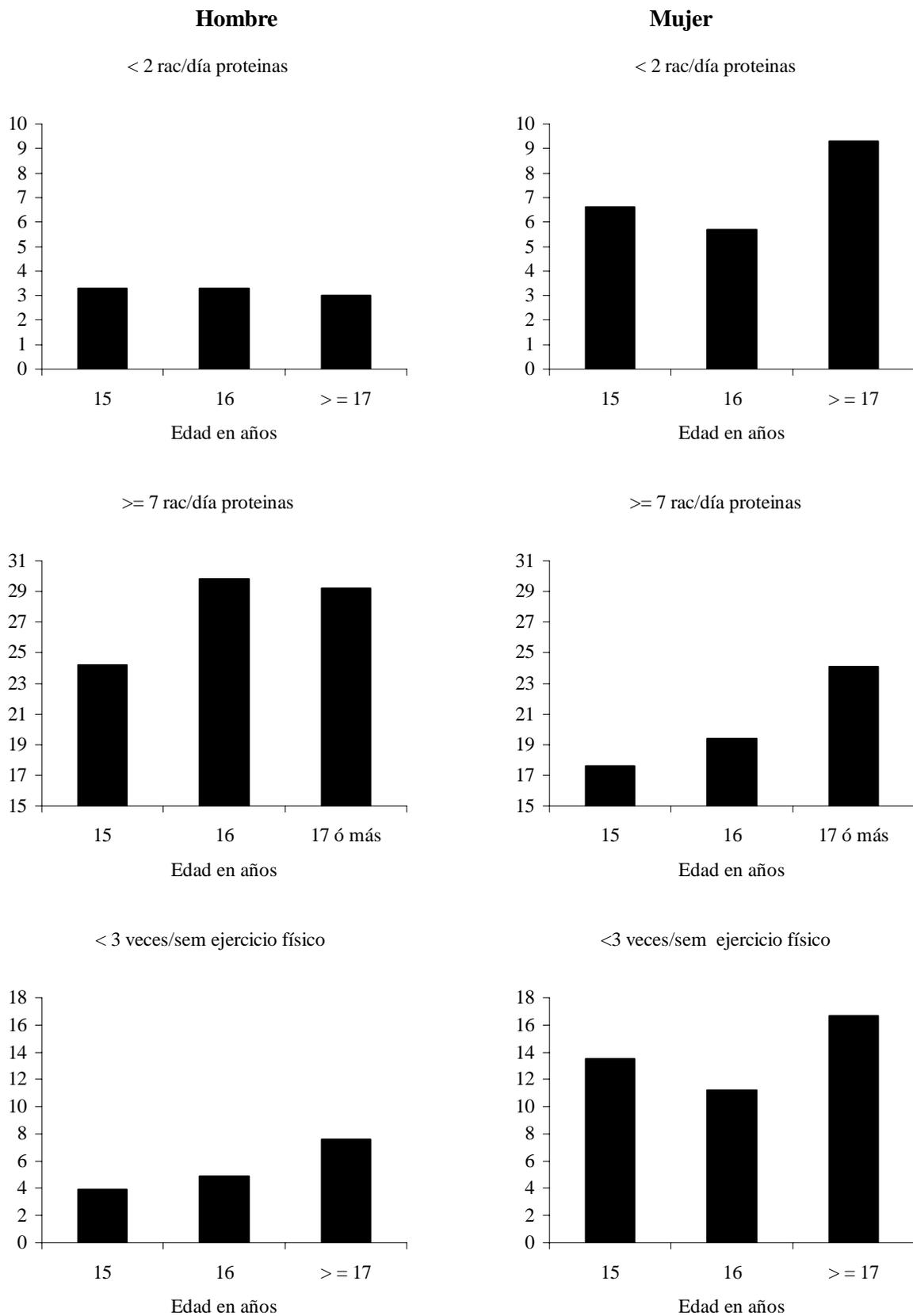


Figura 4. 7. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el curso y el sexo.

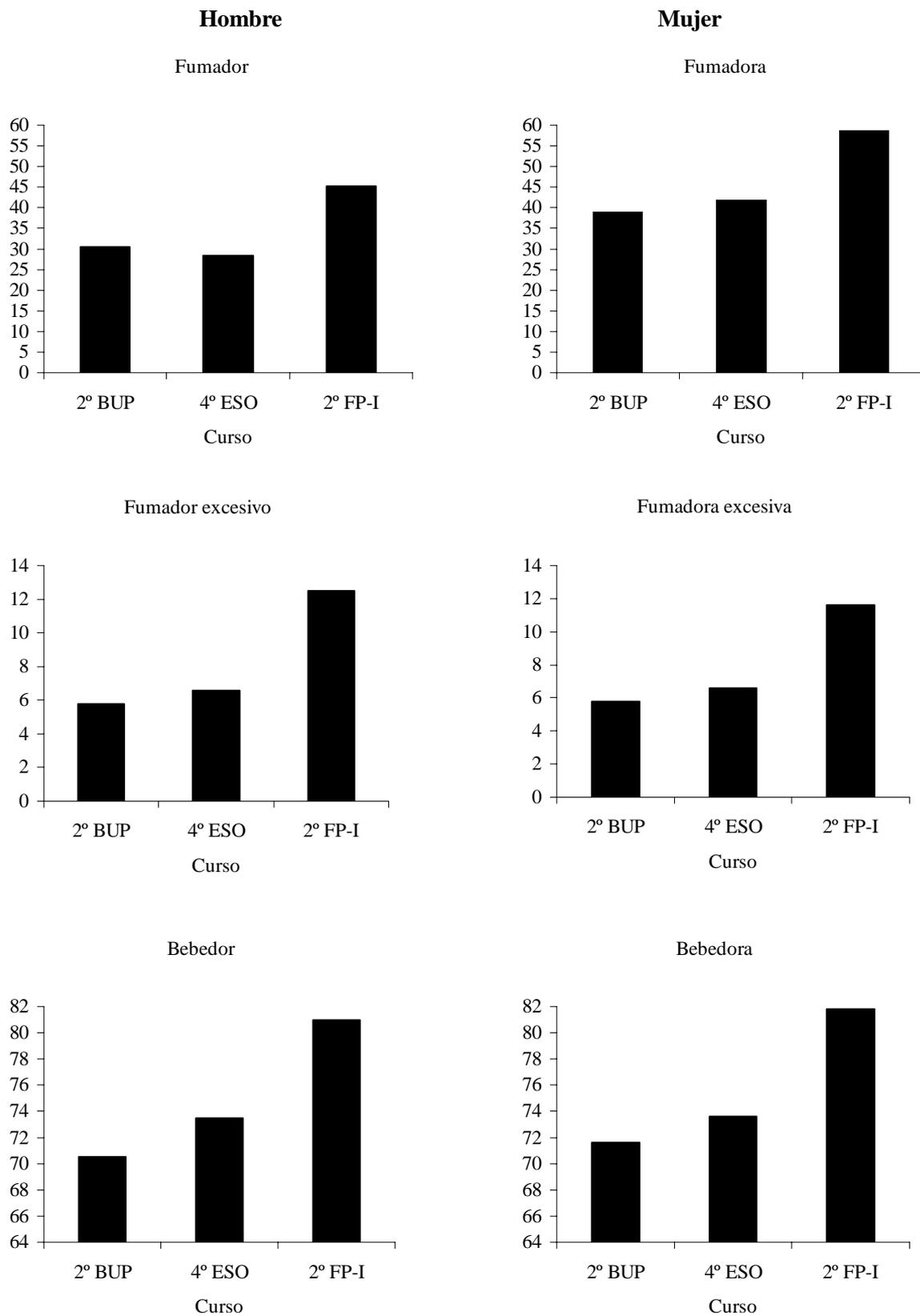


Figura 4. 8. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el curso y el sexo.

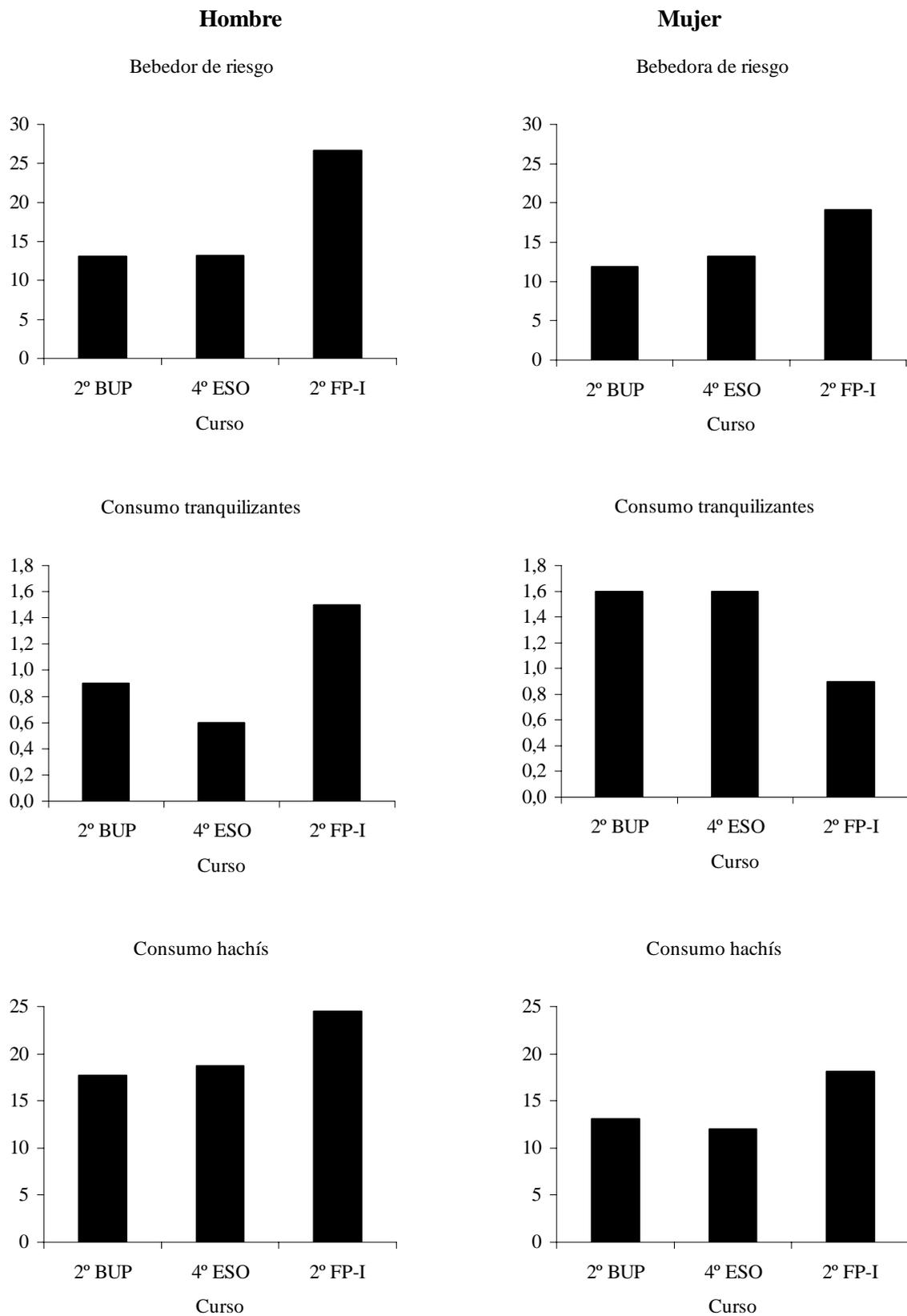


Figura 4. 9. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el curso y el sexo.

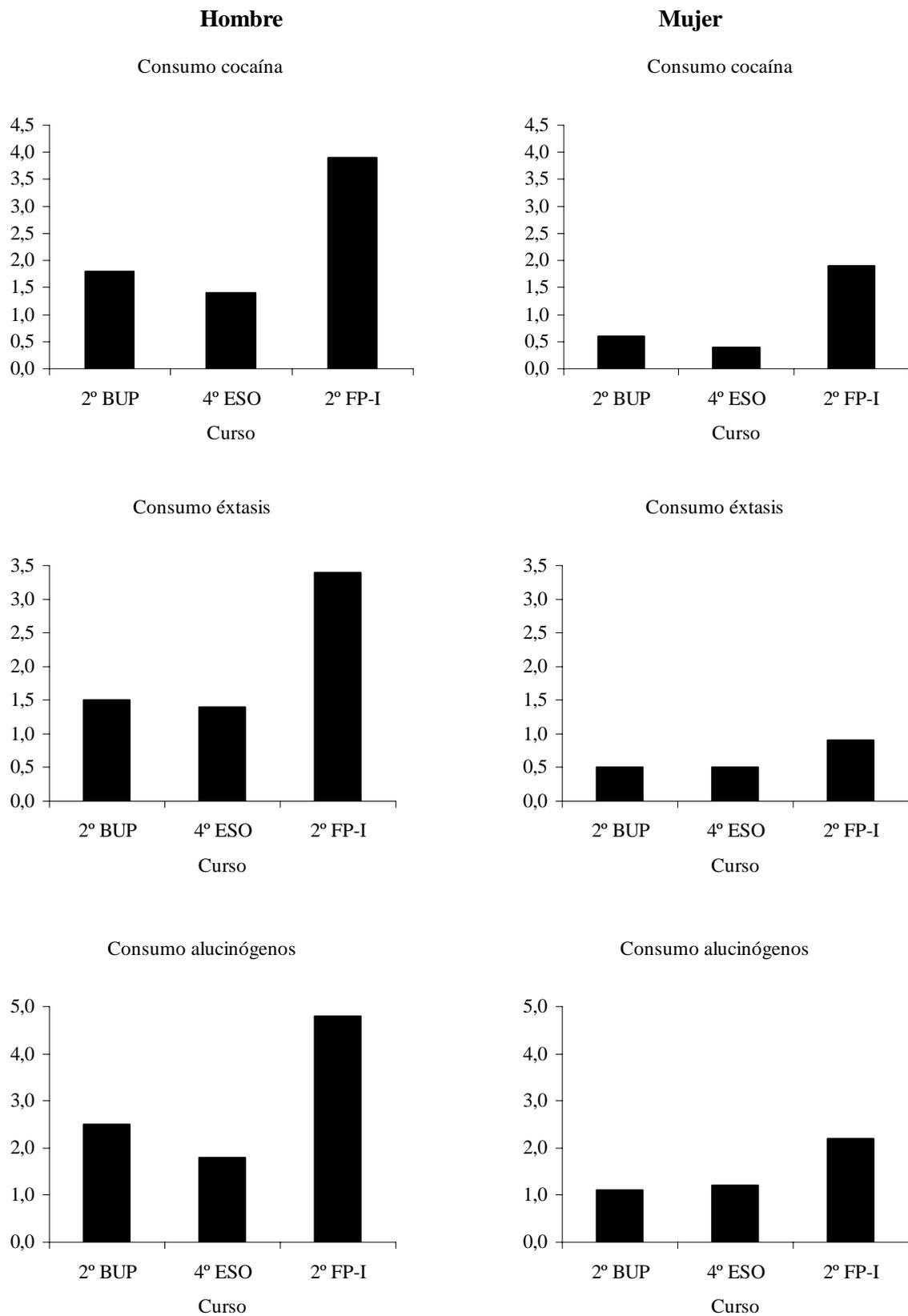


Figura 4. 10. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el curso y el sexo.

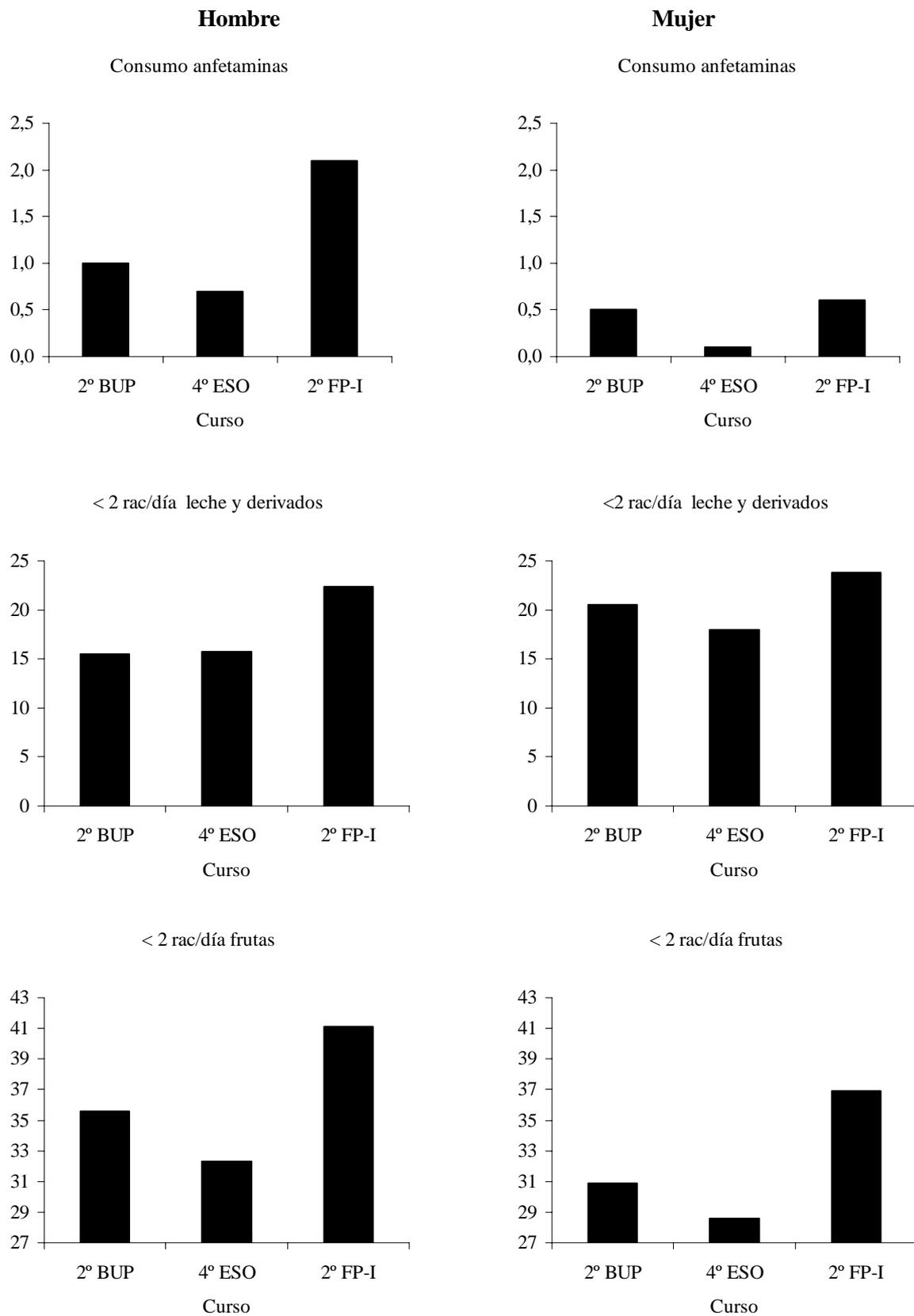


Figura 4. 11. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el curso y el sexo.

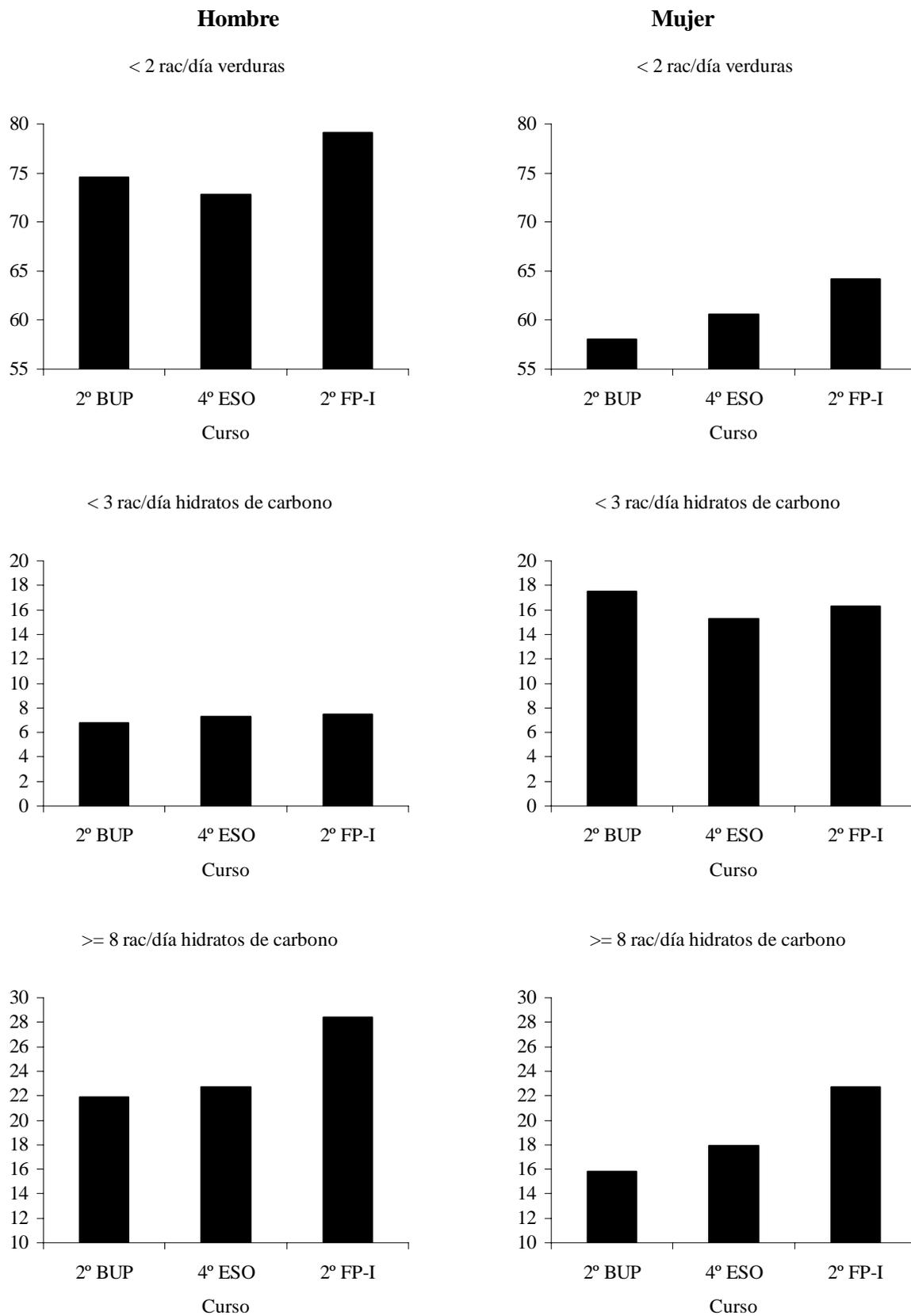


Figura 4. 12. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el curso y el sexo.

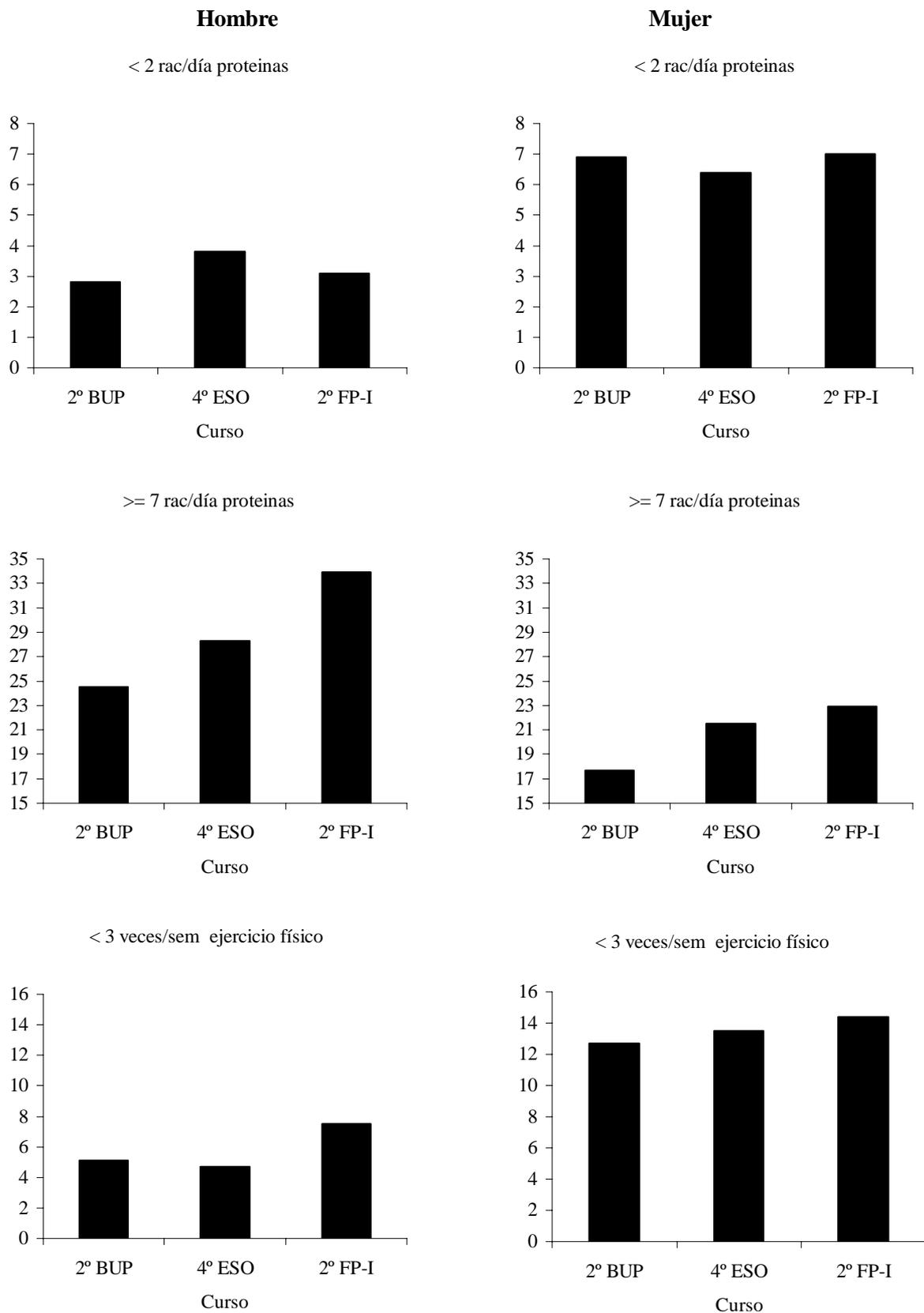


Figura 4. 13. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el nivel de estudios del adulto responsable y el sexo.

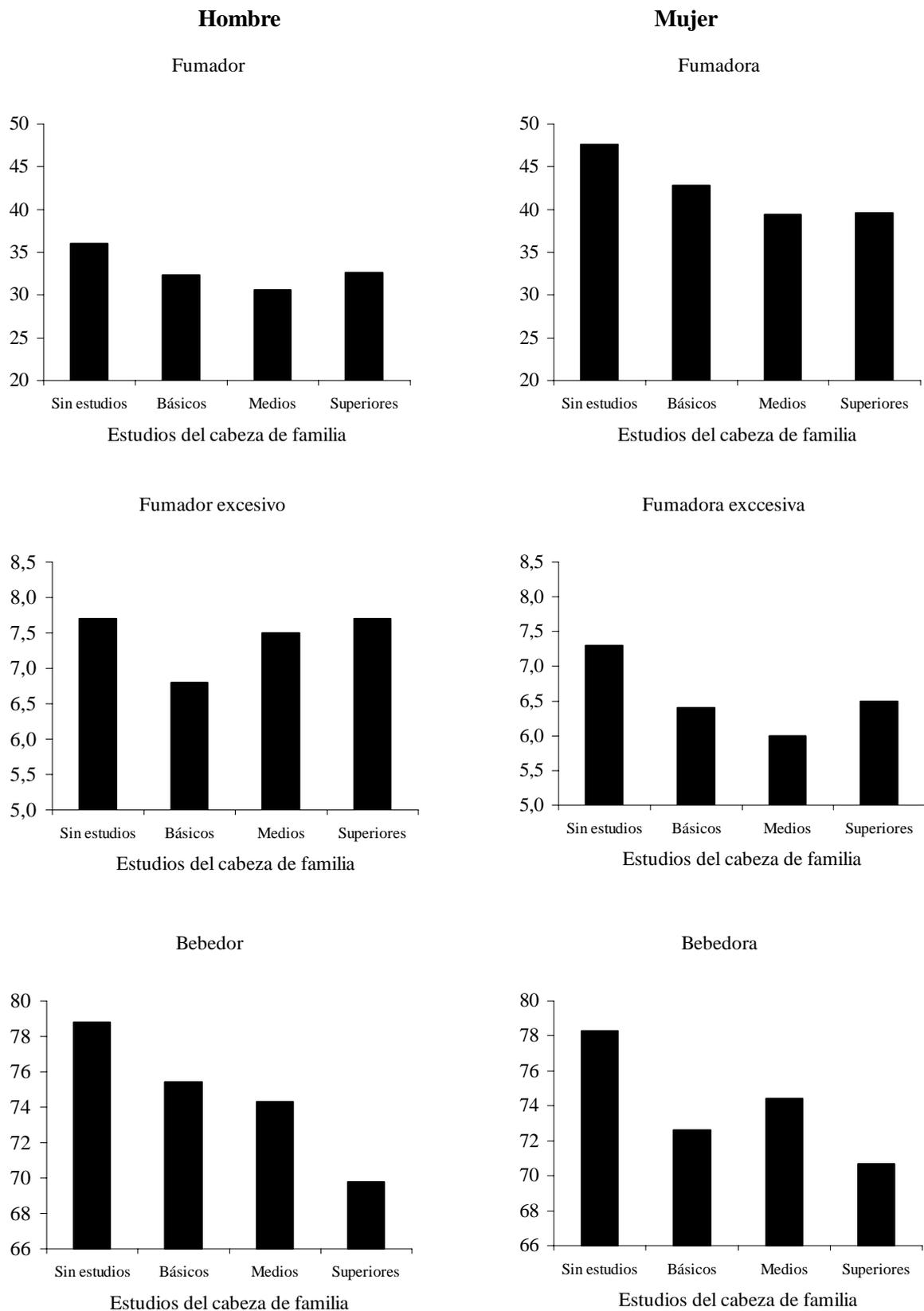


Figura 4. 14. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el nivel de estudios del adulto responsable y el sexo.

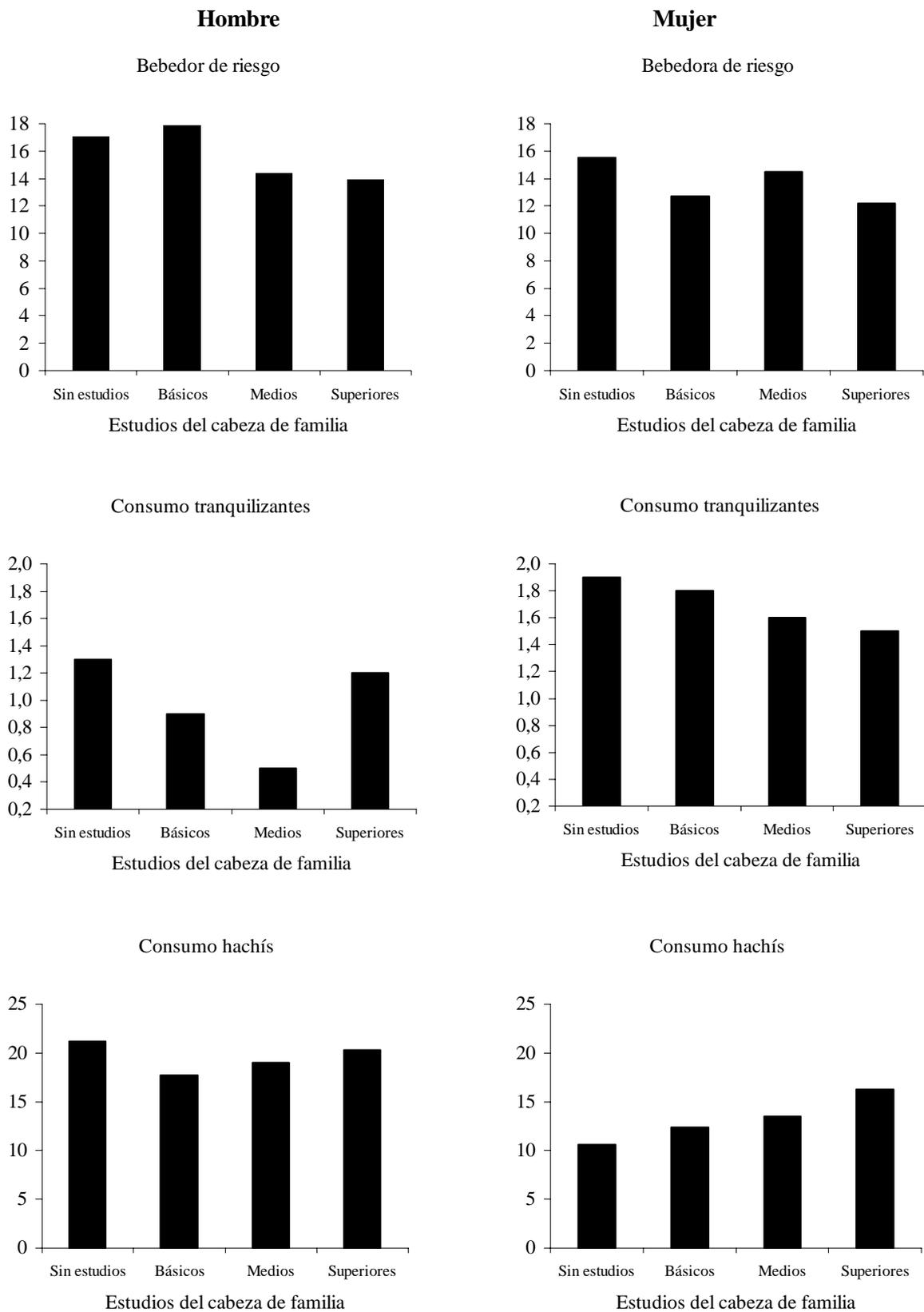


Figura 4. 15. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el nivel de estudios del adulto responsable y el sexo.

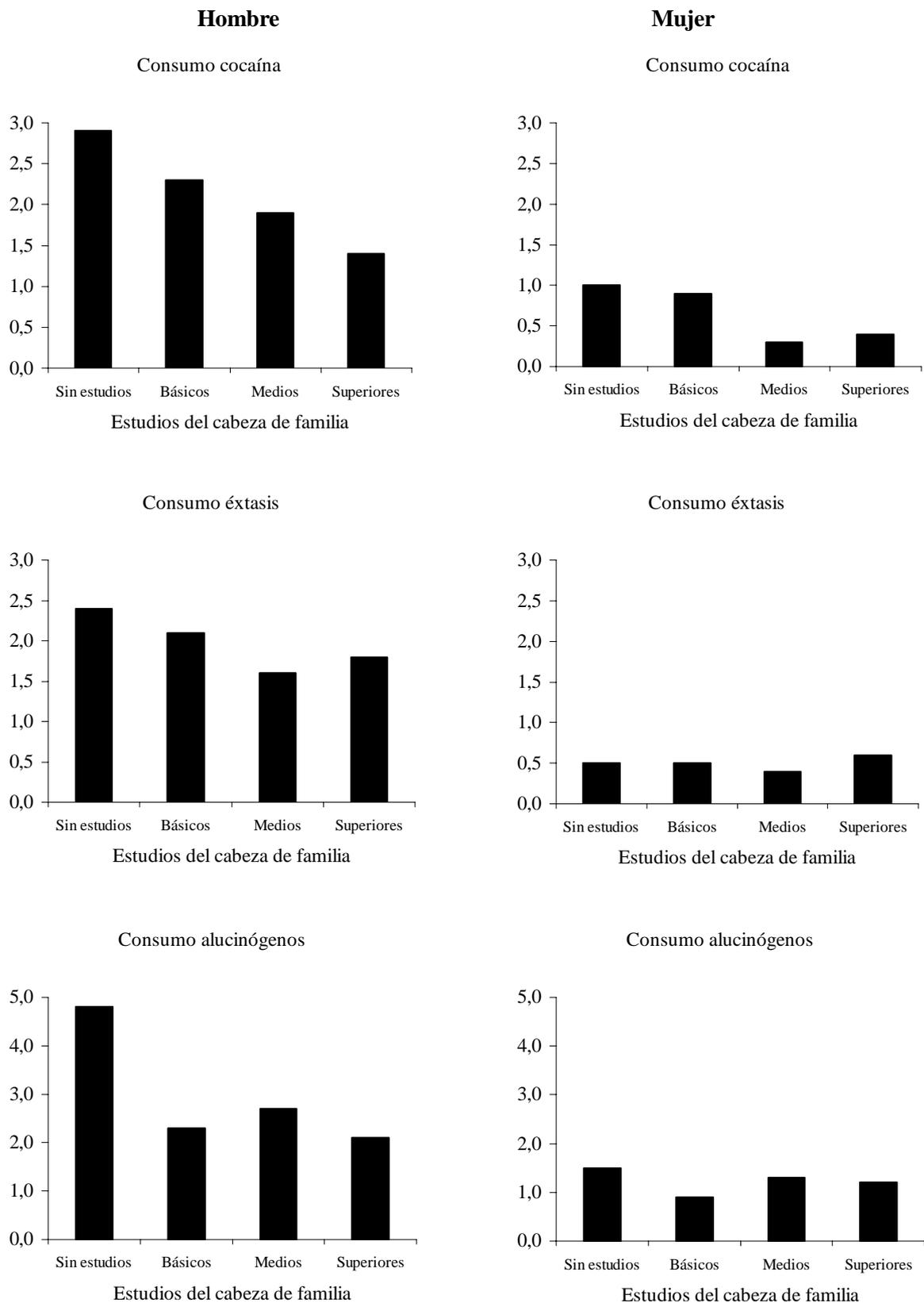


Figura 4. 16. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el nivel de estudios del adulto responsable y el sexo.

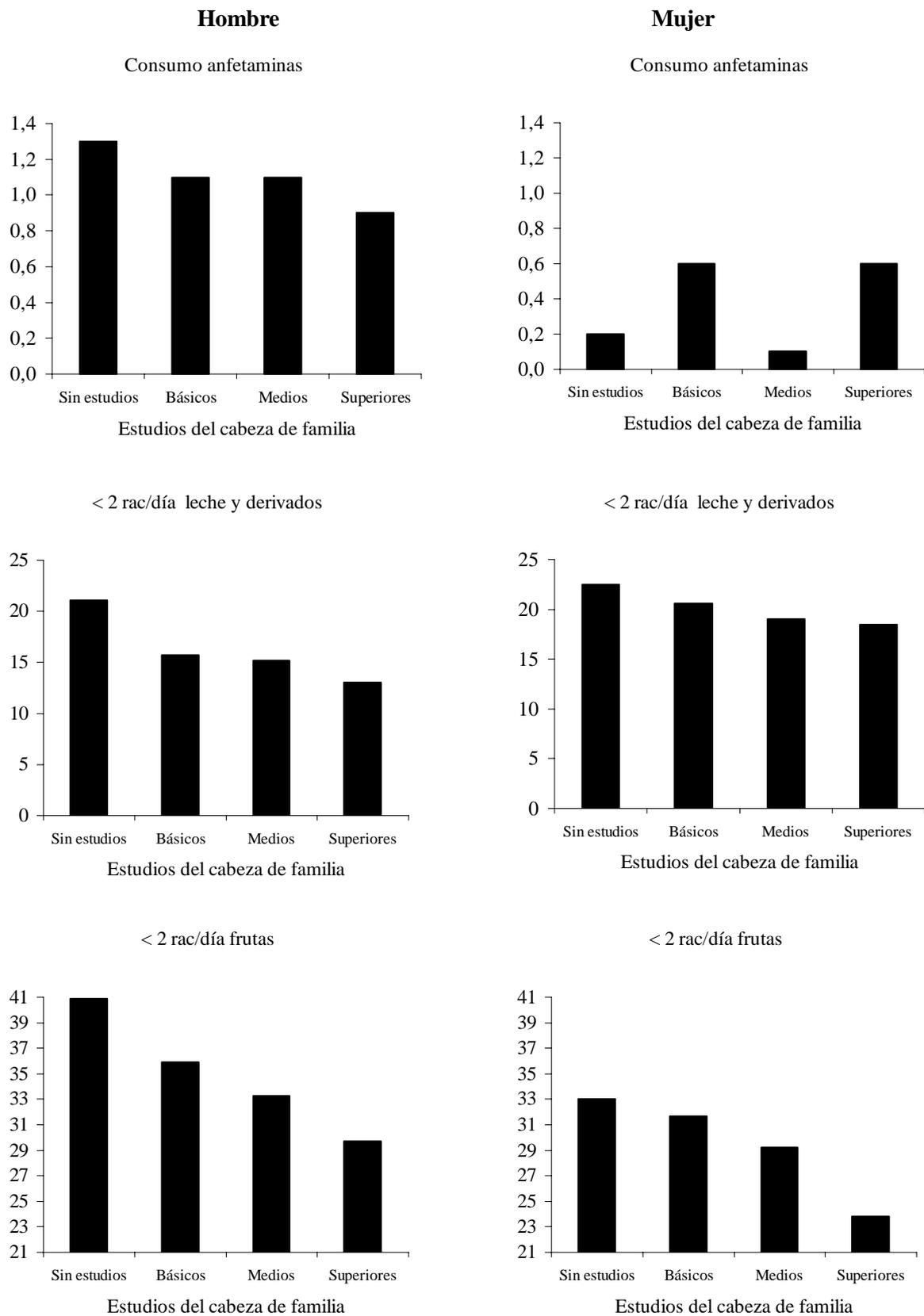


Figura 4. 17. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según el nivel de estudios del adulto responsable y el sexo.

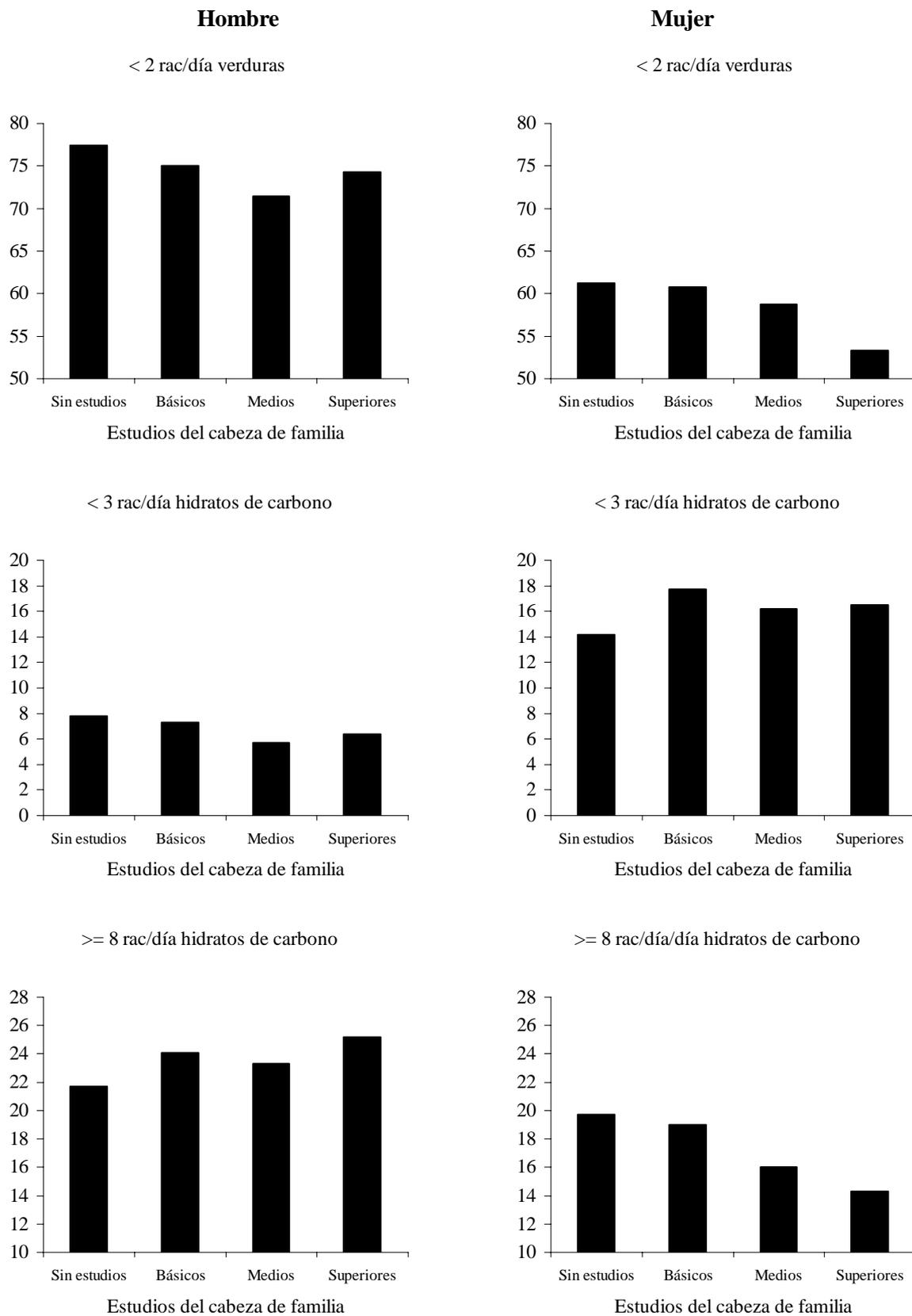


Figura 4. 19. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la ocupación del adulto responsable y el sexo.

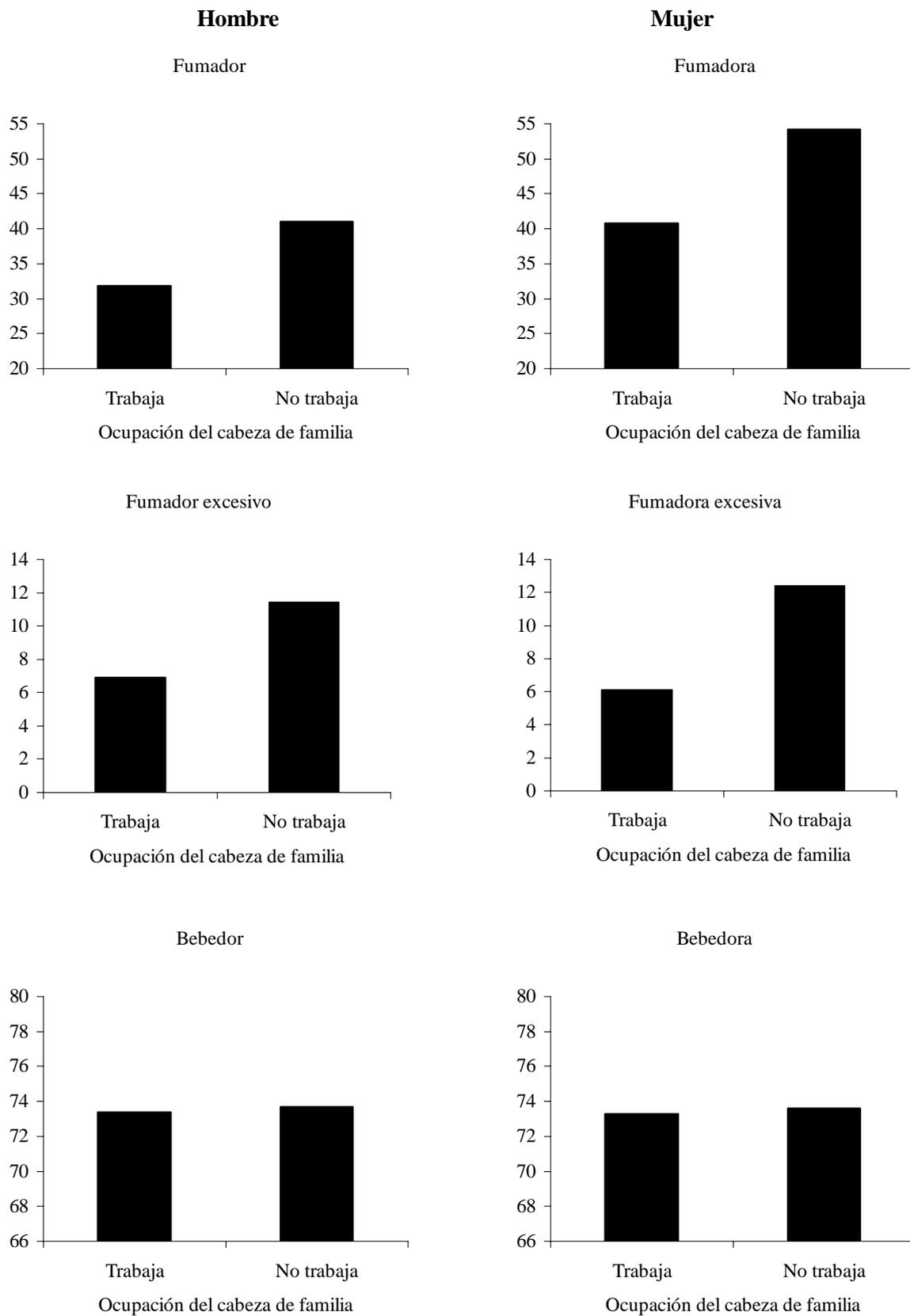


Figura 4. 20. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la ocupación del adulto responsable y el sexo.

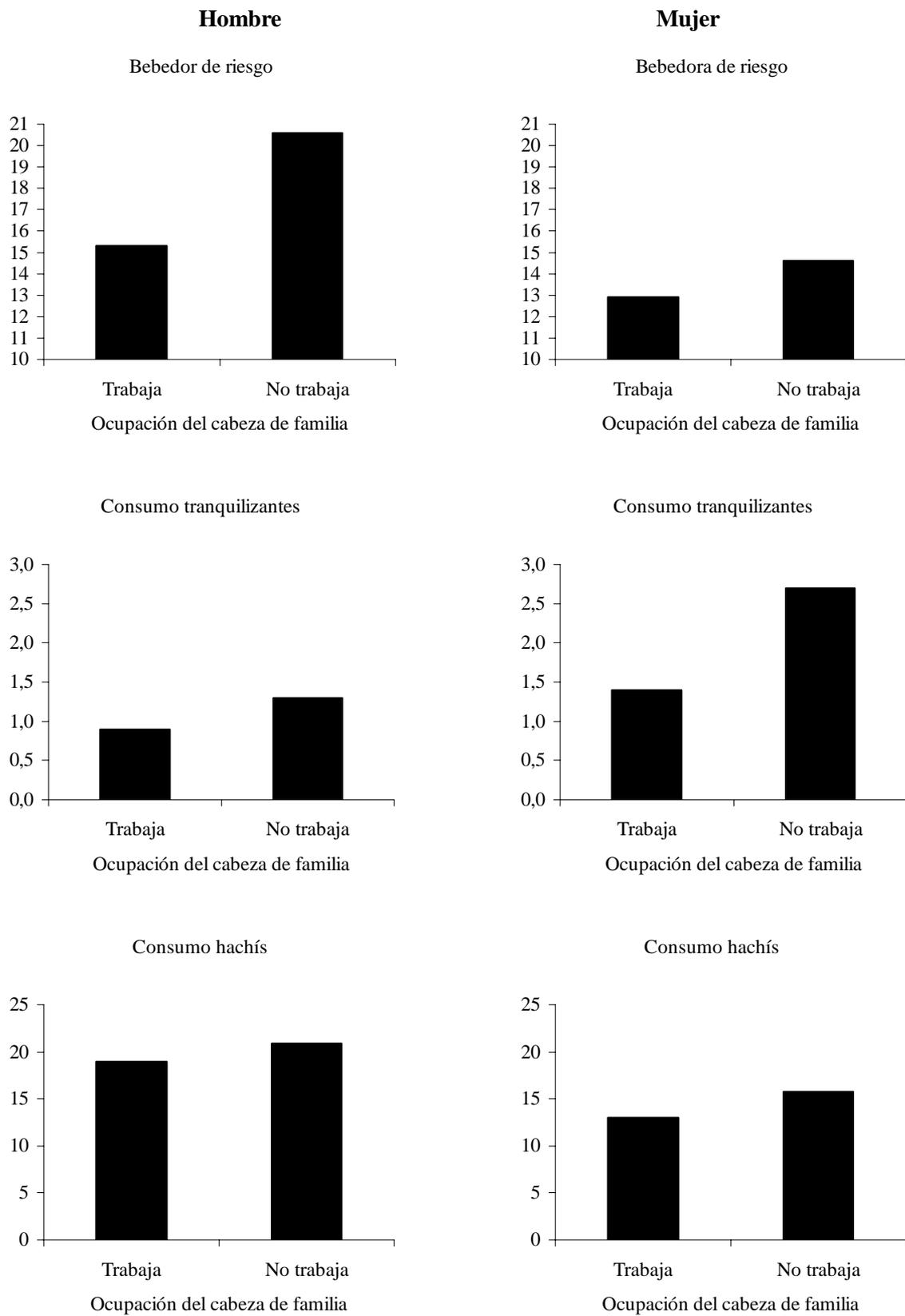


Figura 4. 21. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la ocupación del adulto responsable y el sexo.

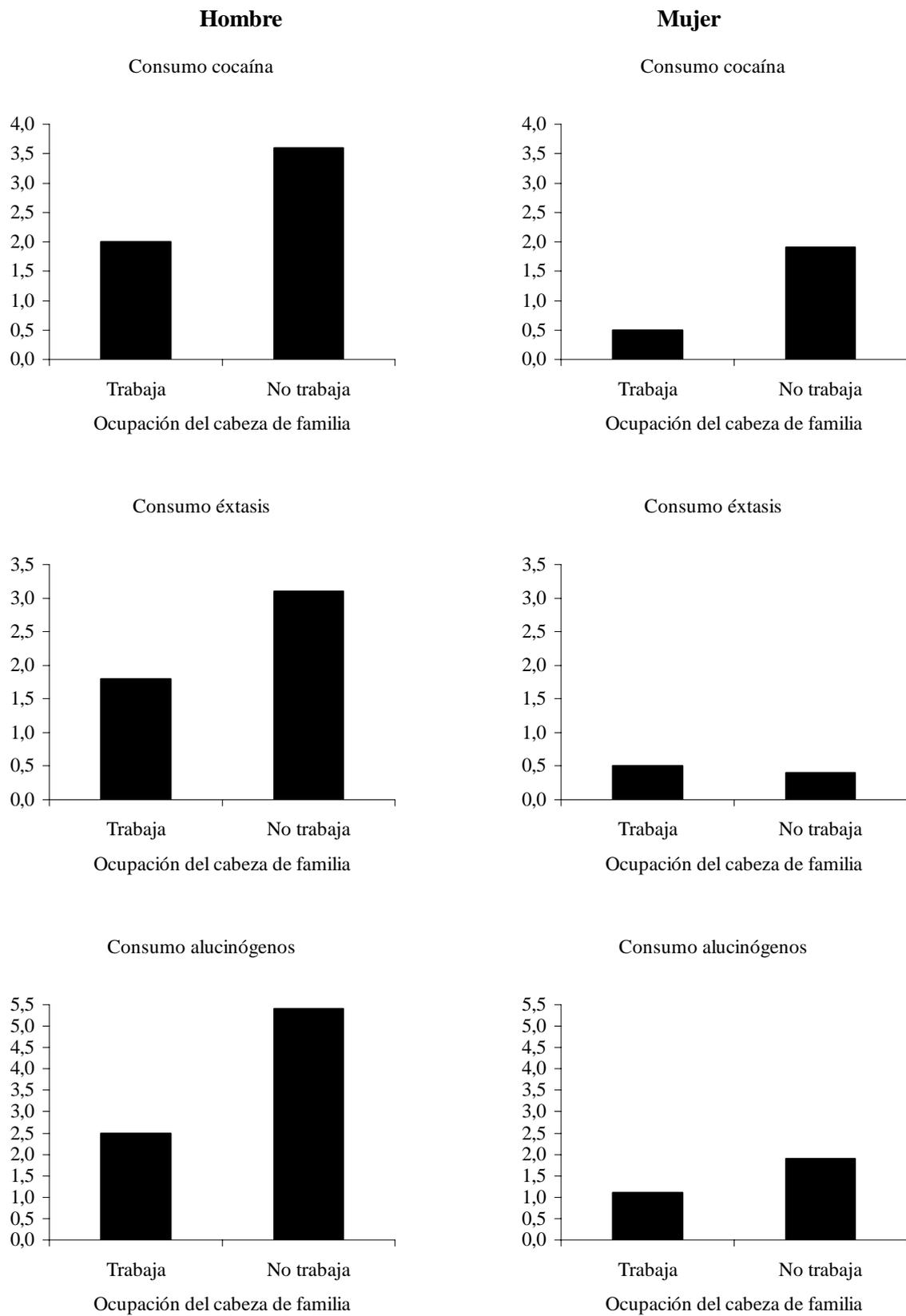


Figura 4. 22. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la ocupación del adulto responsable y el sexo.

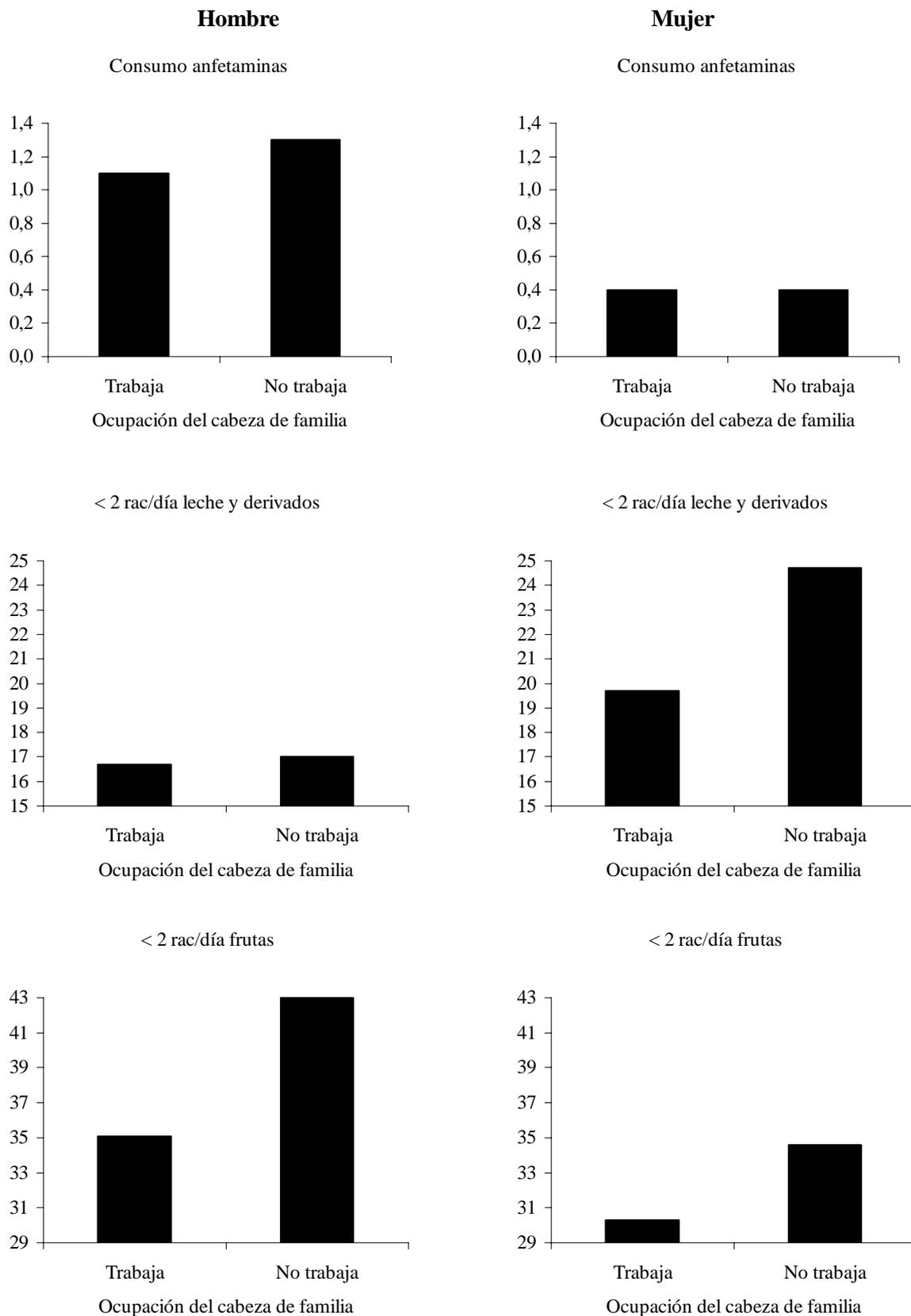


Figura 4. 23. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la ocupación del adulto responsable y el sexo.

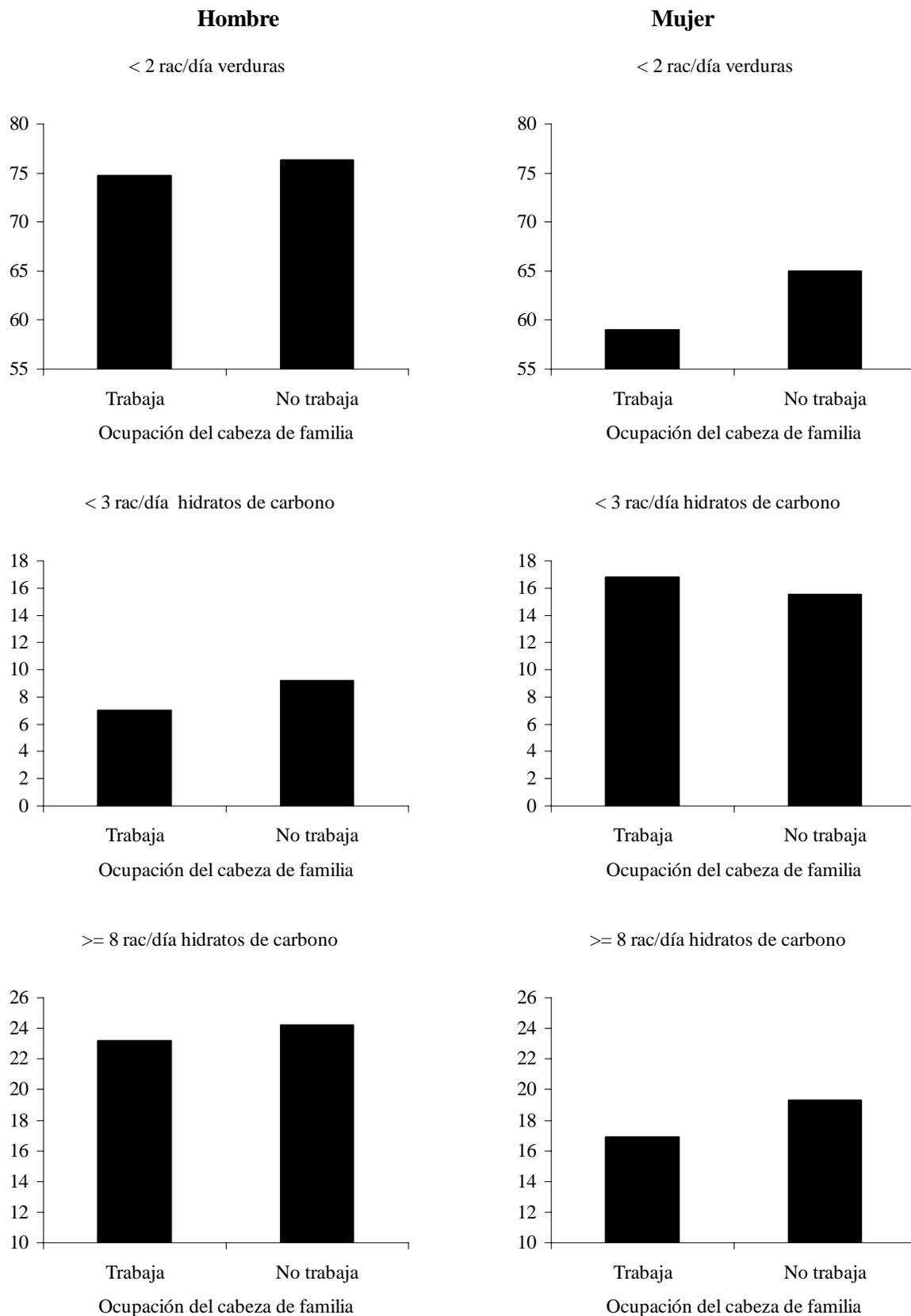


Figura 4. 24. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la ocupación del adulto responsable y el sexo.

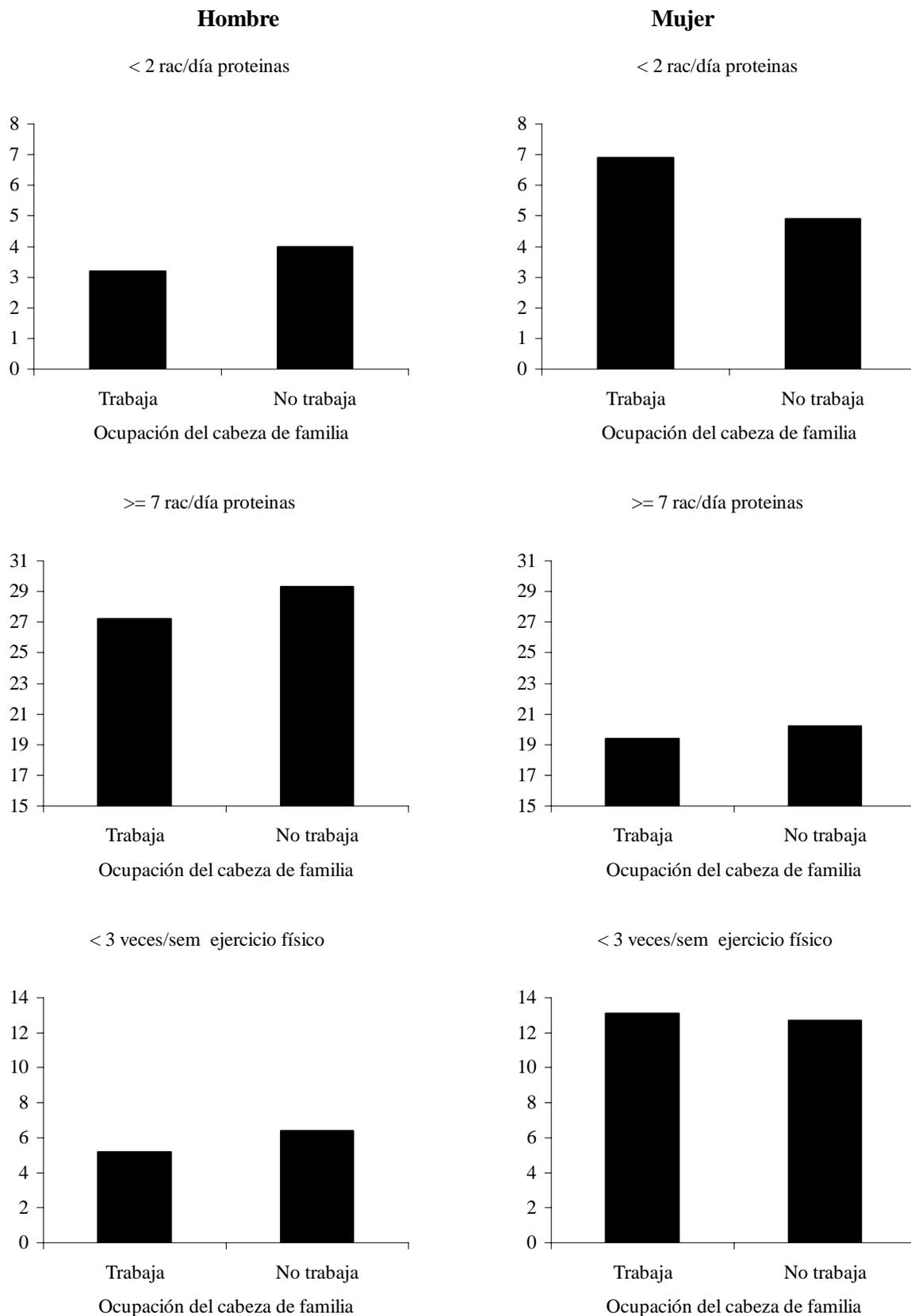


Figura 4. 25. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la talla y el sexo.

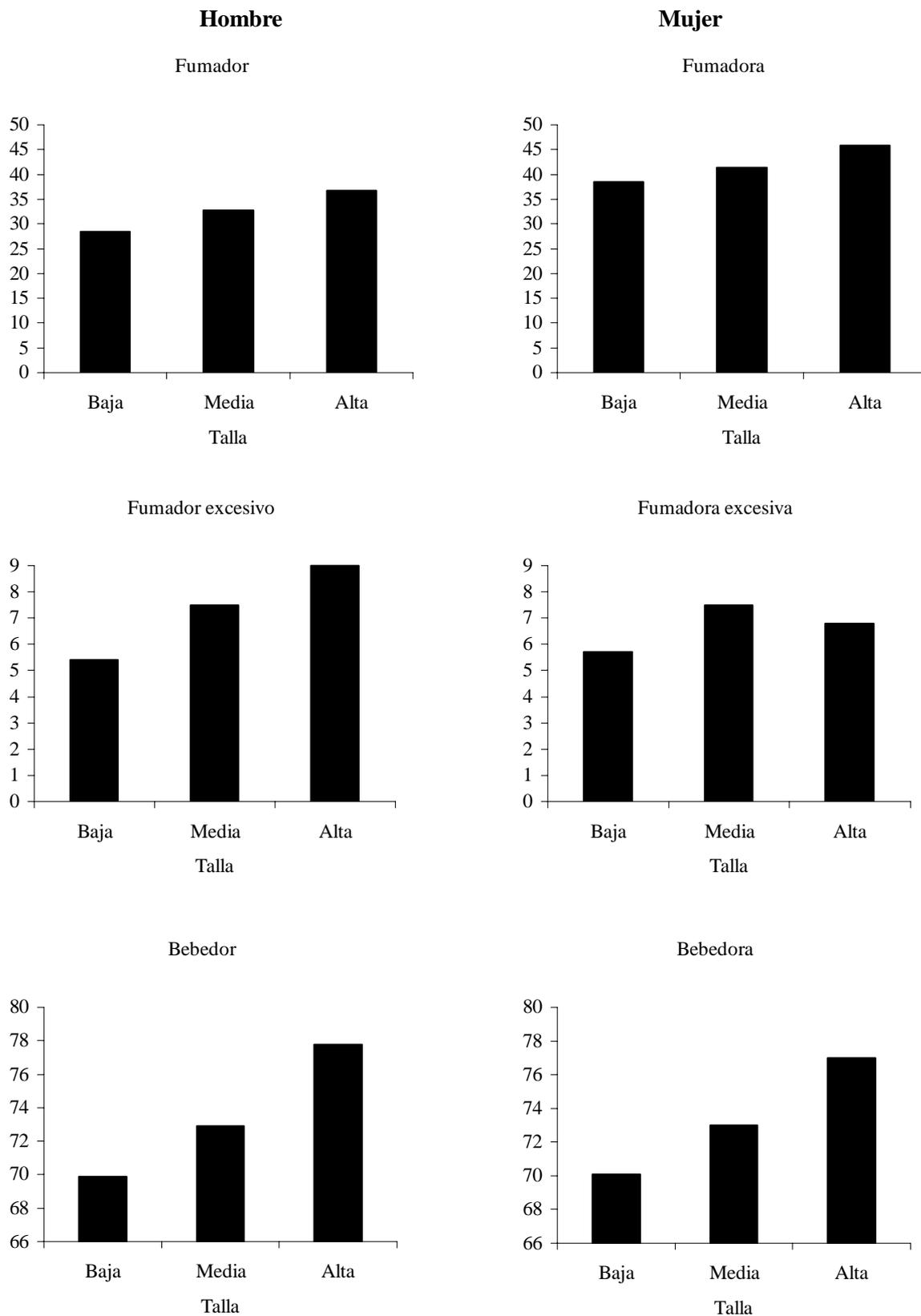


Figura 4. 26. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la talla y el sexo.

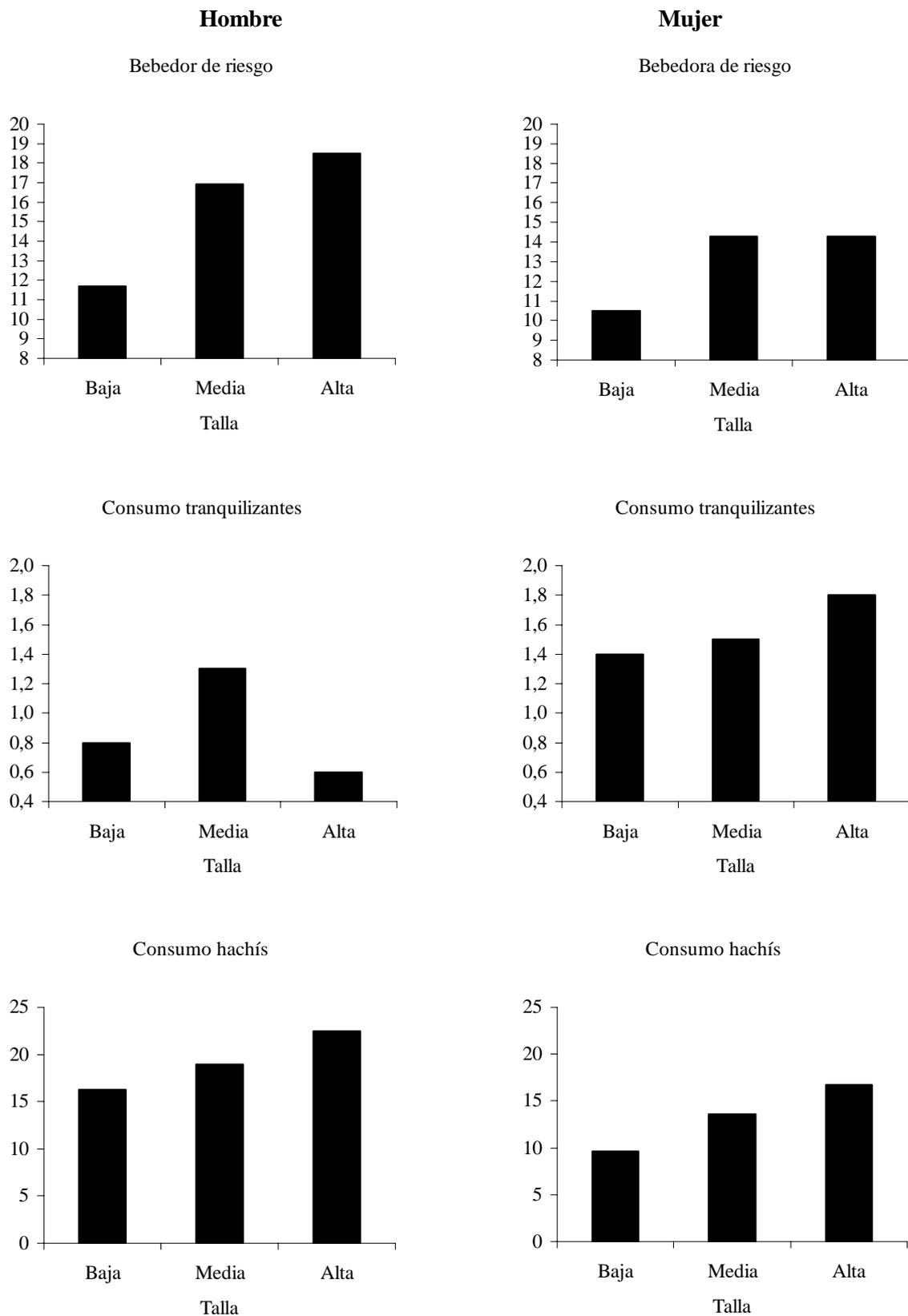


Figura 4. 27. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la talla y el sexo.

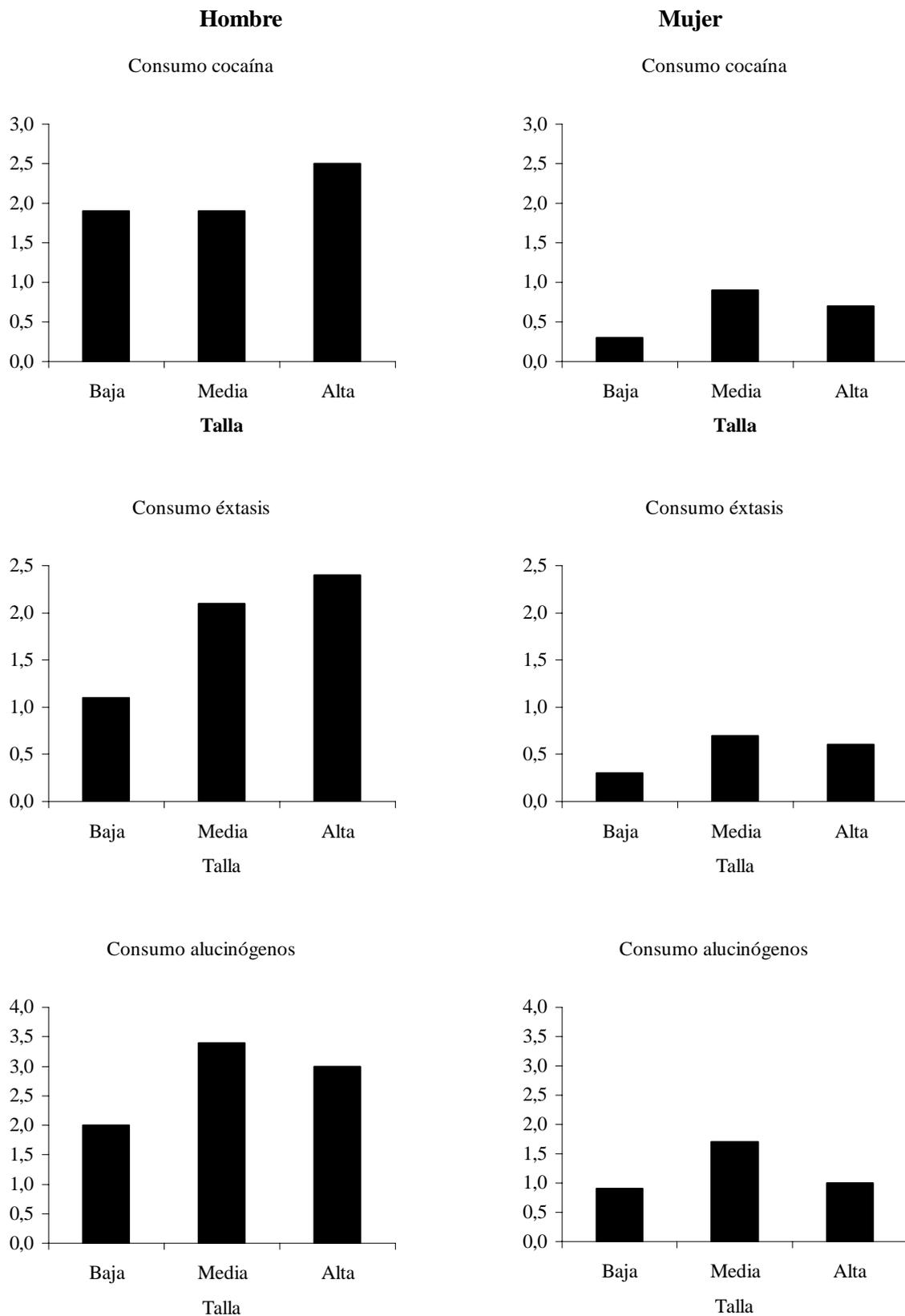


Figura 4. 28. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la talla y el sexo.

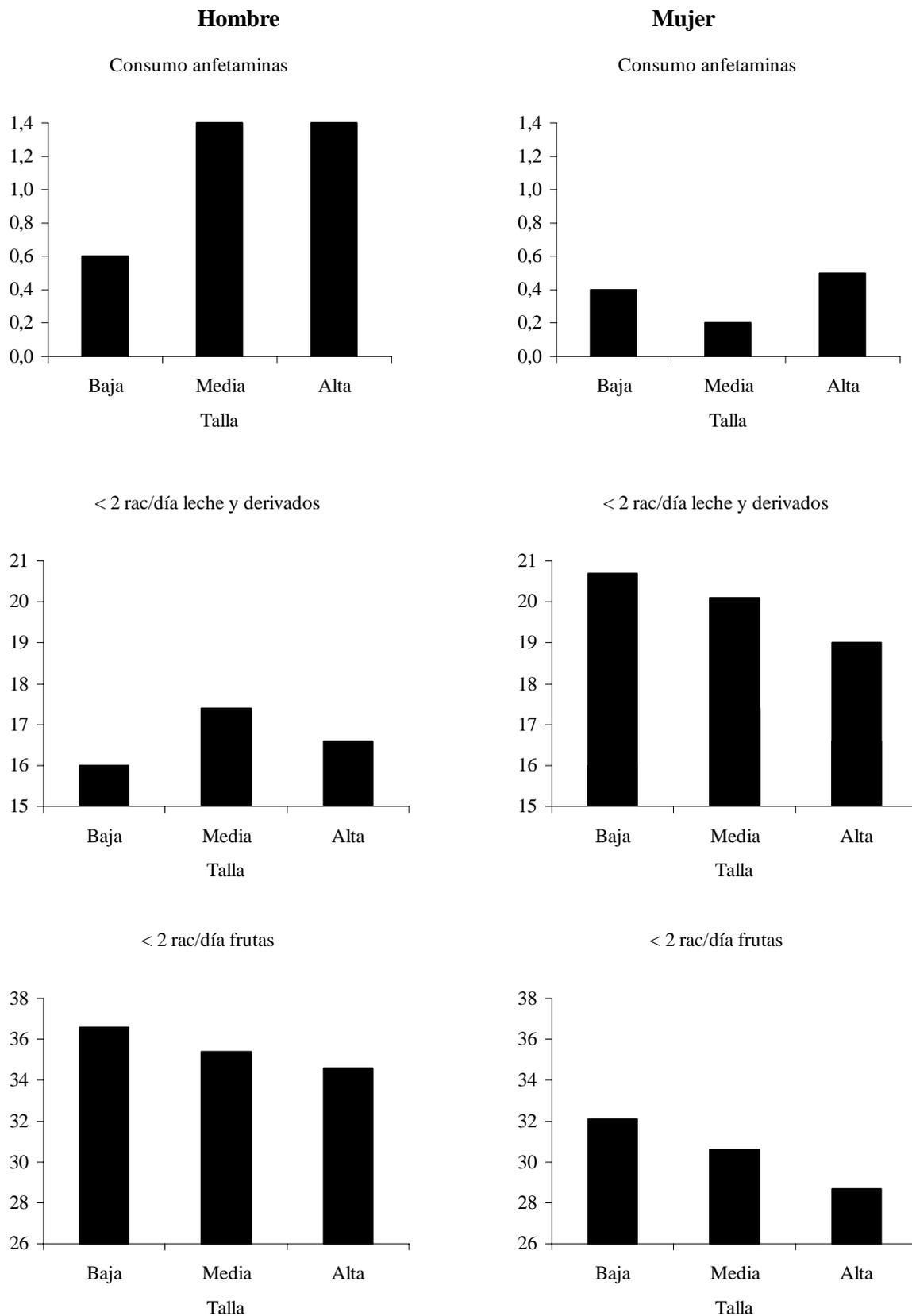


Figura 4. 29. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la talla y el sexo.

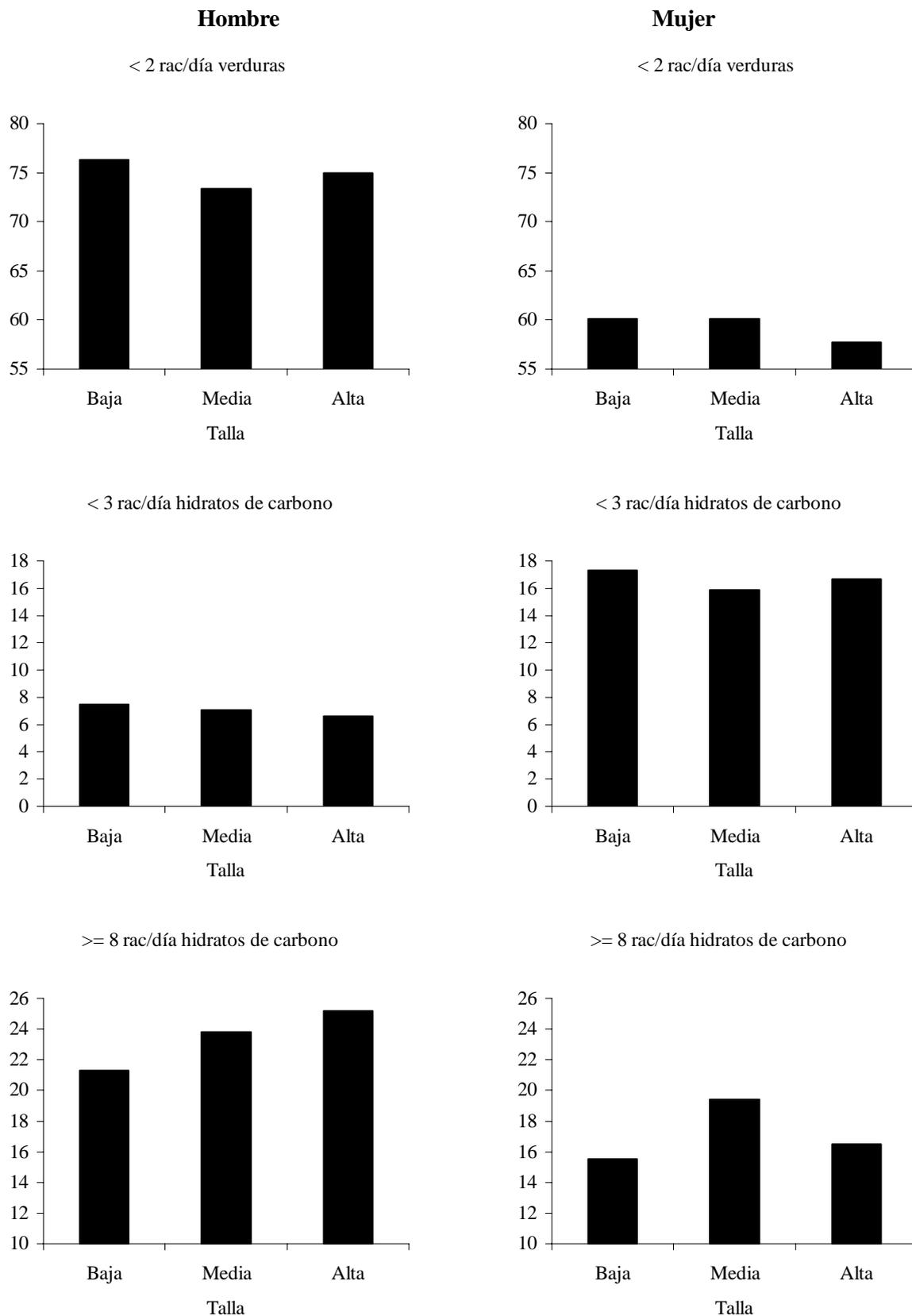
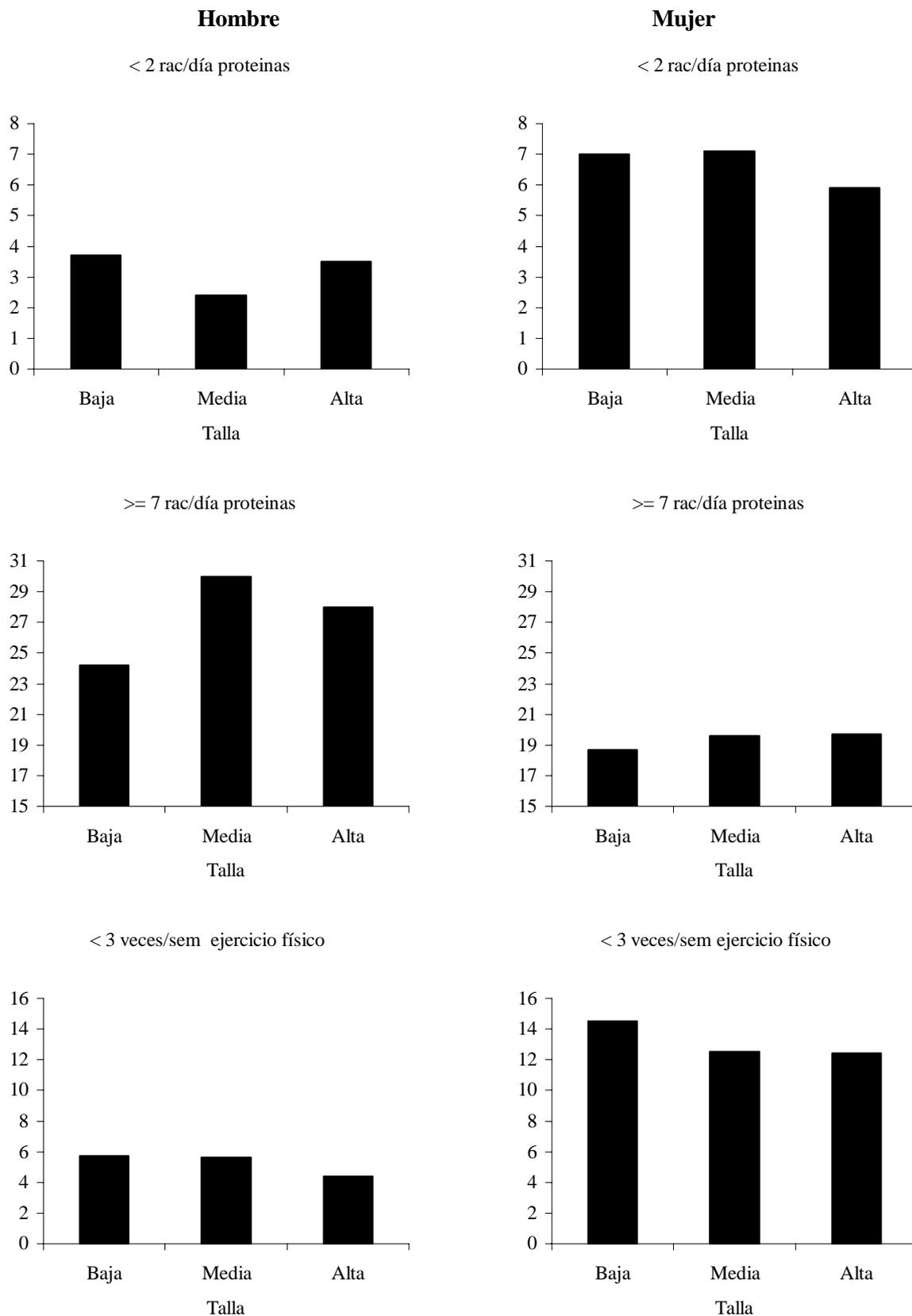


Figura 4. 30. Representación gráfica de la distribución de porcentajes de los factores de riesgo, según la talla y el sexo.



5. DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA

5.1.1. Diseño del estudio

Las encuestas de salud por entrevista o mediante cuestionario autoadministrado, tanto de ámbito local como nacional, constituyen un valioso instrumento de medida del estado de salud de la población. Permiten obtener información completa de gran cantidad de datos sobre la salud como morbilidad percibida, conductas y hábitos de vida relacionados con la salud, actitudes hacia la salud, uso y grado de satisfacción con los servicios sanitarios, tanto a población usuaria y no usuaria de los mismos. Además permiten relacionar las variables estudiadas entre sí, aproximándonos al conocimiento de los determinantes y de las desigualdades en salud y constituye el único medio de obtener algunos de los indicadores más relevantes propuestos para el seguimiento del progreso hacia el logro de los objetivos de la estrategia de Salud para Todos en el año 2000. Las encuestas permiten realizar estimaciones de las variables estudiadas a toda la población, según el diseño muestral y posibilitan efectuar comparaciones entre diferentes grupos sociales, ámbitos geográficos o temporales (2).

Las encuestas de salud constituyen un método relativamente sencillo y rápido de recogida de información sanitaria, aunque presentan limitaciones y dificultades metodológicas importantes. Como las referidas al diseño de la muestra para que sea representativa de la población o de ciertos subgrupos poblacionales, exigiendo la utilización de diseños muestrales complejos y un elevado tamaño muestral que permita hacer estimaciones poblacionales con un error muestral conocido y tolerable.

En el presente estudio para asegurar la representatividad de la muestra de la población

escolar de secundaria de la Comunidad de Madrid y una adecuada diversificación, el diseño muestral fue de conglomerados bietápica, teniendo en cuenta todos sus municipios, la titularidad de los centros escolares y el curso escolar y se eligieron a los alumnos con probabilidad proporcional al número de alumnos matriculados. Todo ello permitió una buena representatividad de la muestra.

5.1.2. Población

Tradicionalmente el acceso a población escolar significaba una oportunidad única para realizar intervenciones preventivas y de control de enfermedades, alcanzando las vacunaciones preventivas coberturas muy elevadas. En los últimos años se han reducido progresivamente los exámenes de salud, aunque permanecen en las edades más tempranas, en los que son de gran utilidad. Por lo que actualmente se vive una etapa de transición, en la que se discute el papel ha desempeñar por los agentes de salud y quién debe realizarlo, así como las estrategias más adecuadas de promoción de la salud en el ámbito escolar. Para lo cual las encuestas de salud en el ámbito escolar constituyen un método idóneo de observación del estado de salud y de sus determinantes en los escolares. Aunque los objetivos de la vigilancia epidemiológica pueden ser diversos, las encuestas periódicas sobre hábitos de vida suelen ser las más frecuentes. La elección de la población a estudiar debe corresponder a los objetivos del estudio (1,7).

Como ponen de manifiesto diversos trabajos en escolares ya mencionados, los primeros contactos y el inicio del consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol son precoces en los escolares. La mayoría de los hábitos saludables y las conductas de riesgo se establecen y consolidan en la edad infantil y sobre todo la adolescencia.

En el presente estudio, en un principio se pensó en elegir sólo a los jóvenes de 15 y 16 años, por ser las edades más frecuentes en las que ya pueden estar presentes las conductas de riesgo y además corresponden al último año de escolarización obligatoria, puesto que con la reforma del sistema educativo de la LOGSE de 1990 (295, 296), se ha ampliado la edad de la enseñanza obligatoria. Lo cual permite estudiar estas conductas en una etapa clave de experimentación y consolidación de actitudes. Para seleccionar a los jóvenes se hizo de forma proporcional al número de alumnos matriculados en 4º de ESO, 2º de BUP y 2º de FP-I, cursos en donde se encuentran con mayor frecuencia los jóvenes de estas edades.

Posteriormente a la recogida de la información se seleccionaron también a otros jóvenes con otras edades. La presencia de jóvenes de mayor edad en estos cursos posiblemente se deba al hecho de que, por diversas circunstancias, son alumnos que han repetido uno o más cursos, lo cual debe ser tenido en cuenta en la interpretación de los resultados obtenidos y en la extrapolación de esos datos a la población general de ese mismo grupo de edad. Como ya se comentó anteriormente, datos de diversos trabajos como el de Mendoza y otros (17, 52, 65), detectaron mayor prevalencia de conductas de riesgo en grupos de mayor edad, a lo que habría que añadir mayor prevalencia de conductas de riesgo en los estudiantes que habían repetido algún curso. Sobre todo aquellas conductas que tienen que ver con el consumo de sustancias adictivas (18, 193, 292). Todas estas circunstancias pueden dar como resultado una sobreestimación de la prevalencia de los factores de riesgo en este grupo de mayor edad con respecto a otros jóvenes de la población general de la misma edad. Así como una subestimación de las mismas si no consideramos este grupo de edad, con la trascendencia que tendría para su prevención.

5.1.3. Cuestionario

Otra limitación metodológica puede constituir la fiabilidad y la validez del cuestionario. En este caso el cuestionario ha sido realizado por expertos en diversas áreas de la salud y la educación. Ha sido validado previamente, estableciendo un modelo de referencia basado en varias encuestas de salud (18, 21, 235, 248, 293, 294).

El método de cuestionario autocumplimentado en población escolar tiene algunas ventajas, como la mayor participación de los alumnos al ser realizado de forma colectiva con otros alumnos y además al tener lugar en el aula del colegio, no existe una identificación con su domicilio, ni la posible inhibición ante la presencia de sus padres, la cumplimentación es personal, individual y anónima, lo cual ayuda a la veracidad en las respuestas.

La veracidad de las respuestas a preguntas sobre consumo de sustancias adictivas, así como del consumo de tabaco y alcohol, ha sido discutida ampliamente. Algunos autores como Barrueco y otros (150, 306), han estudiado la veracidad en las respuestas de los jóvenes a las encuestas sobre el consumo de tabaco realizadas en los centros escolares mediante la comparación con los resultados de otras pruebas de tipo analítico como la determinación de cotinina sérica y en la orina o del monóxido de carbono en el aire espirado, encontrando resultados satisfactorios de concordancia entre la prevalencia declarada y la obtenida mediante métodos analíticos.

La aplicación a población escolarizada garantiza que no se produzca ningún caso de incapacidad o analfabetismo, ni dificultad en el manejo de textos o impresos. Aunque, por otra parte, las conductas referidas por el entrevistado están condicionadas por aspectos

socioculturales y emocionales, así como por la diferente valoración y capacidad de comprensión de las preguntas utilizadas en el cuestionario, aunque un técnico explicó en el aula la forma de cumplimentación; otra limitación metodológica puede ser la distinta capacidad de rememoración de las variables exploradas en los períodos de referencia utilizados.

5.1.4. Variables

Sexo y edad

La inclusión del sexo y la edad, como variables independientes, es fundamental en cualquier estudio epidemiológico (97), por la trascendencia que tienen en la detección de conductas de riesgo, que como se ha podido comprobar en otros estudios, determinan diferente comportamiento con respecto a los hábitos que tienen que ver con la salud (75). Así se puede ver como unas conductas de riesgo son más prevalentes en los hombres y otras en las mujeres. La distribución de los jóvenes en grupos de edades también es importante para determinar en que edad se observa mayor riesgo para las distintas conductas de riesgos consideradas.

Curso escolar

Con respecto al curso escolar como se ha dicho anteriormente se eligieron aquellos en que se encuentran matriculados los jóvenes de 15 y 16 años. La elección de estos tres cursos se debe a que 2º de BUP corresponde al plan anterior de estudios (LGE, 1970) en aquellos colegios en que aún no habían actualizado totalmente el sistema educativo (LOGSE, 1990) y 4º de ESO es equivalente a 2º de BUP pero del sistema actual. El curso de 2º de FP-I corresponde al mismo

nivel de estudios que 4º de ESO y 2º de BUP pero del sistema antiguo en la rama de estudios profesionales que se iniciaban a los 14 años, después de la Educación General Básica. Diversos estudios, como también se ha dicho anteriormente, han puesto de manifiesto mayor prevalencia de conductas de riesgo en los estudiantes de Formación Profesional por lo que se ha decidido separar a los jóvenes en distintas categorías según el curso.

Nivel de estudios y ocupación del cabeza de familia

La consideración del nivel de estudios y la ocupación del cabeza de familia como medidas del nivel socioeconómico de los jóvenes, se debe a la corta edad de los mismos y al hecho de estar estudiando en cursos de educación obligatoria, que limitan a los jóvenes para disponer de medios propios en general, por lo que la consideración del nivel socioeconómico vendrá determinado por el de sus padres. La inclusión de medidas del nivel socioeconómico, como variables independientes, está fuera de toda duda para determinar y definir mejor aquellos grupos con mayor prevalencia de conductas de riesgo, como se ha puesto de manifiesto en diversos estudios (32, 34, 47, 70, 71, 73 - 75, 87, 92, 98, 148, 151, 152, 214, 215, 220, 241, 279, 307).

Se han propuesto diversas explicaciones para la asociación entre desigualdad social y salud. Una de ellas atribuye a la cultura y al comportamiento la causa de esta desigualdad. Las conductas individuales relacionadas con la salud que conllevan más riesgos, suelen ser más prevalentes en las personas con menor nivel socioeconómico. Otras explicaciones atribuyen la desigualdad al entorno social, las condiciones de vida y de trabajo de la gente y las presiones a consumir productos no saludables. Los grupos sociales más desaventajados están expuestos a un ambiente social menos saludable.

Los indicadores socioeconómicos más utilizados para medir la clase social son la ocupación, y la educación (85, 95). De todos ellos, el nivel de estudios es el mejor indicador, pues permite incluir a mayor número de personas en el estudio y además muestra una importante asociación con los ingresos y con la clase social.

Parece comprensible que las clases socioeconómicas altas y con mayor nivel de estudios tienen mayores recursos materiales, intelectuales o de relaciones personales para comprender y poner en práctica la información y los mensajes sobre promoción de la salud, y que las estrategias de información y educación para el control y reducción de algunas conductas nocivas para la salud no han sido tan efectivas en las clases más bajas. Puesto que en este estudio, la clase social de los jóvenes está determinada por la de sus padres, podría aplicarse a éstos las mismas consideraciones.

Talla

La talla también se ha incluido como medida del nivel socioeconómico de los jóvenes, pues puede ser un buen indicador del nivel socioeconómico de los jóvenes, que tiene que ver con su entorno familiar y geográfico (99,105, 107, 254, 308).

Se han creado tres grupos formados a partir de los datos de la talla de la muestra, correspondientes a los grupos formados a partir de los puntos de corte del percentil 33 y el 66. Hay que hacer la consideración de que los datos son autodeclarados, lo cual podría mostrar una sobreestimación de los datos, sobretodo en los jóvenes de más edad y en las mujeres aunque se han encontrado correlaciones entre la talla medida y la talla autodeclarada (68).

Año de encuesta

La inclusión de los datos de los tres años de encuesta se ha debido a que eran los tres primeros años disponibles desde que se creó el Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población juvenil, realizados en la Comunidad de Madrid por Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (289 – 291). Lo cual aumentó el tamaño muestral, disponiendo de mayor información acerca de las conductas de riesgo de los jóvenes.

Consumo de drogas

Las drogodependencias tanto las legales como son el alcohol y el tabaco, como las ilegales constituyen un problema de salud pública de gran importancia, por la prevalencia de consumo elevada en constante aumento y por las consecuencias tanto sanitarias como económicas para el propio individuo y para la sociedad, como ha puesto de manifiesto el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en su Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea (309). Por lo que constituye un problema prioritario.

Los métodos que se han utilizado para medir la prevalencia del abuso de drogas han sido diversos, tanto indirectos como son los datos del decomiso de drogas, detenciones por tráfico o tenencia de drogas y robos en farmacias, como directos entre los que destacan la mortalidad, demanda asistencial y las encuestas de consumo. Ambos tipos de indicadores permiten estimar los niveles y tendencias del consumo, de gran importancia para detectar los grupos de población de mayor riesgo, para la planificación de los programas de lucha contra las drogodependencias y para la evaluación de su efectividad (145).

Las encuestas de consumo son una fuente importante de información del consumo de drogas aunque limitadas a la población que representa la muestra y por lo general no recoge información de la población con mayor riesgo que pueden ser marginados sociales o delincuentes difíciles de detectar en las encuestas realizadas habitualmente en personas con hogar o en colegios. En el caso de las encuestas escolares, además se ha observado mayor asociación de consumo de drogas en los escolares con peor rendimiento escolar y en quien más se ausentaba de las clases, lo cual puede representar una subestimación de los consumos. Por otra parte es frecuente la ocultación del consumo de drogas ilegales en las respuestas de las preguntas del cuestionario.

En general, se puede considerar a las encuestas de consumo de drogas un buen método para proporcionar una estimación aproximada de la prevalencia de consumo de las distintas drogas, así como su repetición periódica la evaluación de la evolución seguida en los consumos, por los diferentes grupos de población encuestados y de la efectividad de las medidas preventivas y asistenciales, como han puesto de manifiesto las encuestas sobre drogas a escolares realizadas por el Plan Nacional sobre drogas del Ministerio de Justicia e Interior (18 - 20).

Se recogió información de la frecuencia de consumo, en distintos periodos, de las principales drogas ilegales que mayor prevalencia presentan en nuestra sociedad, de acuerdo a la metodología utilizada por otros estudios como las encuestas sobre drogas a población escolar, lo cual permite una mayor comparabilidad de los resultados.

Hábitos alimentarios

El conocimiento de la ingesta de energía y nutrientes en una población es de gran importancia para evaluar su estado nutricional y poder planificar programas de intervención de acuerdo con sus necesidades. La medición de la ingesta de alimentos en individuos y en poblaciones se realiza mediante diversos métodos o encuestas (243), que difieren en la forma de recoger la información y el período de tiempo que abarcan como el diario dietético, el recordatorio de 24 horas, el cuestionario de frecuencia semicuantitativo y la historia dietética. El método más adecuado para reflejar el consumo real de alimentos en una población depende de los objetivos de la medición (310).

Las encuestas alimentarias en niños y jóvenes españoles, en edad escolar, presentan un nivel alto de heterogeneidad que dificulta su comparabilidad, incluso si el análisis se limita a las encuestas que cumplen unos criterios de calidad predeterminados como han puesto de manifiesto Gorgojo y otros (247); en general, no siguen una continuidad en el tiempo que permita monitorizar la ingesta y los hábitos alimentarios en las muestras de escolares y, además, suelen ser de carácter local. Por lo que una alternativa realista para obtener datos fiables sería la promoción, desde las instituciones legítimas, de encuestas nutricionales periódicas con representatividad poblacional, realizadas con metodología estándar a lo largo del tiempo, que permitan la evaluación de las tendencias temporales de los hábitos dietéticos y que representen un punto de partida inicial para posibles intervenciones poblacionales, así como poder discriminar los patrones dietéticos diferentes en cada comunidad autónoma (247, 311).

En el presente estudio no se han valorado cuantitativamente las cantidades de energía y nutrientes de cada alimento seleccionado, aunque sí se ha calculado el número de raciones diarias de cada uno de ellos, pues el objetivo era conocer los hábitos dietéticos en la población escolar y detectar grupos de riesgo, según las variables socioeconómicas y demográficas, en

cuanto las raciones diarias no se ajustaban a los objetivos nutricionales de las guías dietéticas para la población española (301, 312), bien por un consumo inferior a las raciones diarias recomendadas o bien por exceso en algunos grupos de alimentos como los hidratos de carbono y las proteínas sobre todo de origen animal, que pueden conducir a desequilibrios nutricionales, desplazando el consumo de otros necesarios como las verduras, frutas o los lácteos, de gran importancia en esta edad, y porque podrían llevar, según la cantidad de raciones diarias consideradas en este estudio como punto de corte, a un exceso en el consumo de calorías que podrían desencadenar obesidad.

Realización de ejercicio físico

En cuanto al ejercicio físico, se ha tenido en cuenta la frecuencia de la práctica deportiva durante toda la semana, tanto los días lectivos como en el fin de semana. Contabilizando el número de veces a la semana que se realizaba cada deporte, sin considerar la cantidad de tiempo invertido, ni la intensidad. Estos últimos datos, de ser analizados habrían aportado mayor información. Puesto que el objetivo del estudio era conocer hábitos y conductas, principalmente las de riesgo, con este tipo de medición han quedado determinados. La mayoría de escolares realizan ejercicio físico dos veces a la semana obligatoriamente, como asignatura del curso escolar. Una frecuencia mayor implicaría la práctica de otros deportes fuera del horario escolar, probablemente aquellos a los que tengan gran afición y, por tanto, practicarán siempre que puedan (192, 284). En caso contrario, indicaría una situación de riesgo por la falta de interés hacia la práctica deportiva (263), limitando la realización de ejercicio físico, sólo a las exigencias académicas.

5.1.5. Método estadístico

El análisis de regresión logística ha permitido identificar que categorías de las variables sociodemográficas y socioeconómicas están asociadas realmente a cada uno de los factores de riesgo, favoreciendo su presentación independientemente de las demás, aislando el efecto, que las otras variables pudieran estar ejerciendo, tanto en hombres como en mujeres.

El odds ratio representa el número de veces que es más frecuente la proporción de individuos que presentan el factor de riesgo, en cada categoría de la variable independiente, con respecto a la categoría de referencia. Estos odds ratio permiten evaluar la magnitud de la asociación entre las diferentes categorías de las variables independientes y el factor de riesgo, valores de OR por encima de 1 implican mayor riesgo para la categoría a la que representan, valor igual a 1 significa ausencia de riesgo y valores inferiores al valor nulo, es decir, inferiores a 1, implicaría menor probabilidad de presentación del factor de riesgo del grupo de individuos perteneciente a esa categoría de la variable independiente, lo que supondría una condición protectora a la presentación de dicho factor. Los intervalos de confianza determinan la significación estadística. (304, 305).

5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos indican la presencia de conductas de riesgo para la salud en los estudiantes de secundaria de la Comunidad de Madrid y que algunas de estas conductas de riesgo son más frecuentes en determinados grupos de jóvenes.

La comparación de los resultados con los datos de otros estudios, es compleja por la diversidad en el diseño de las variables en esos estudios, para medir las diferentes conductas de riesgo. No obstante se han tenido en cuenta para comparar la prevalencia de las distintas conductas de riesgo con el presente trabajo y ver si también detectaron asociación estadística de dichas conductas con algunas de las variables sociodemográficas aquí estudiadas y si mostraron la misma tendencia.

Consumo de tabaco

El consumo de tabaco presentó mayor prevalencia de consumo en los jóvenes de más edad que en los más jóvenes, tanto en hombres como en mujeres. Después de realizar el análisis multivariante y ajustar por el resto de variables independientes, se confirmó la asociación de todas las categorías de la variable edad en años al hecho de ser fumador, detectado en el análisis bivariante, de forma que el riesgo de ser fumador fue mayor cuanto mayor era la edad de los jóvenes. Así, los hombres y mujeres de 17 o más años presentaron mayor prevalencia de ser fumador habitual que los de 15 años. Este hecho se ha constatado en la mayoría de los estudios consultados; también el consumo excesivo de tabaco, es decir, más de 10 cigarrillos al día, fue mayor en los jóvenes de 17 o más años.

A los 15 años el consumo es mayoritariamente experimental. Es la edad en la que algunos jóvenes prueban el tabaco, aunque muchos de los que consumen habitualmente a esta edad se iniciaron antes. En los más jóvenes el consumo de tabaco se realiza de forma esporádica y ocasional, ligada a la experimentación característica de la edad, a medida que aumenta la edad el consumo se realiza de forma más regular hasta convertirse en un consumo habitual,

aumentando la cantidad de cigarrillos fumados (16). Diversos modelos intentan explicar la adquisición del hábito del consumo de tabaco en los jóvenes. Las razones típicas para probar con los cigarrillos suelen ser la curiosidad, la búsqueda de sensaciones, la conformidad con los patrones del grupo de compañeros o amigos, la rebelión, el inconformismo y la identificación con los adultos (23, 51).

La experimentación comienza a edades muy tempranas 12 o 13 años, aunque el porcentaje de consumidores a estas edades no es alto, a medida que se incrementa la edad se van incorporando nuevos consumidores experimentales que van a consolidar el hábito, acumulando mayor porcentaje y por tanto, se produce un pico alto de jóvenes consumidores habituales a los 17 o más años.

Al principio, la primera vez que los jóvenes consumen tabaco, con los amigos y amigas, no les suele gustar, provocando reacciones desagradables, pero siguen probando porque los padres o los amigos fuman o porque socialmente ven que es un hábito propio de gente adulta, madura e interesante, quedando habituados sin apenas darse cuenta, incluso saboreando la sensación que les produce.

A medida que aumenta la edad los jóvenes salen más, sobre todo con el grupo de amigos, se van formando y consolidando los grupos y pandillas. La hora de volver a casa es más tardía cuanto más años tienen, aumentando las ocasiones de contacto con el tabaco y se incrementan las oportunidades de probarlo. A los más jóvenes que empezaron probando el tabaco como una forma de rebeldía y quedaron habituados por el efecto de la nicotina, ahora hay que añadir el estar a tono con el grupo, si el líder fuma, los demás probablemente fumen también. Según Mendoza la casi totalidad de los alumnos fumadores afirman hacerlo en mayor

medida de lo habitual cuando están en una fiesta, cuando se encuentran con los amigos y la mayoría también fuma más tabaco del que acostumbra. Los adolescentes españoles escolarizados parecen fumar más cuando se encuentran en situaciones de relación social fuera del contexto familiar, excepto en el caso de las reuniones familiares.

En los jóvenes de más edad, se ha consolidado el hábito de los que se iniciaron precozmente y además hay que añadir aquellos que se van incorporando a uso del tabaco a medida que aumenta la edad. A los 17 y más años el hábito está totalmente establecido. Por tanto la proporción de jóvenes consumidores habituales a los 15 años es menor que a edades mayores. No obstante, a partir de cierta edad, los jóvenes no se van a incorporar a la experimentación. Siendo a esta edad pocos los que prueban el tabaco y consolidan el hábito y algunos de los consumidores habituales abandonaran en los años posteriores.

De todas formas, puesto que el tabaco es una droga cuyo consumo produce problemas preferentemente a largo plazo y además está socialmente aceptado, son pocos los adolescentes, que consumiendo tabaco habitualmente, han intentado dejar de fumar alguna vez. Según la “Encuesta a escolares sobre Drogas” (18), la gran mayoría de los escolares, 83,7%, que fuman en la actualidad se han planteado dejar de fumar en alguna ocasión, aunque dicen haberlo intentado realmente menos de la mitad. Los adolescentes están más centrados en disfrutar el presente y no están muy dispuestos a renunciar por motivo de unos posibles problemas futuros, a algo supuestamente tan atractivo (16, 192).

Todo ello hace que al aumentar la edad la proporción de fumadores habituales aumente. Así como las cantidades fumadas por el poder adictivo de la nicotina. El humo inhalado de un cigarrillo, lleva nicotina concentrada al cerebro en segundos, por ello que sea tan adictiva. Cada

vez que el joven fuma realiza una acción autodestructiva importante, aunque aparentemente el tabaco relaja, facilita la concentración en el trabajo o en los estudios, o sea un instrumento de relación social, o reduzca el apetito y el gusto por la comida, con lo que no se gana peso, razón por la que muchos jóvenes se enganchan preocupados por su figura. En la mayoría de ocasiones, el consumo de tabaco crea un hábito que puede llenar carencias profundas en los jóvenes como ansiedades, inseguridades como las demás drogas. Los fumadores enganchados al tabaco se sienten obligados a fumar un número determinado de cigarrillos al día para mitigar la dependencia, si no sufren el síndrome de abstinencia.

La adicción generada por la propia sustancia es mayor cuanto más tiempo se lleve en contacto con ella, por lo que la dependencia que se produce es mayor. La Asociación Americana de Psiquiatría (314) advierte que la dependencia generada por la nicotina es alta, según refleja la tasa de fracasos entre fumadores que tratan de abandonar el tabaco: un 80% expresan el deseo de dejar de fumar, un 35% tratan de hacerlo cada año y sólo el 5% lo consiguen, produciendo tolerancia y un síndrome de abstinencia bien definido. Por lo que se considera a la nicotina como un fármaco potente productor de drogodependencia desde el punto de vista cuantitativo, a pesar de tener menor poder reforzador positivo que otras drogas, la nicotina es de mayor uso en la población general, influido por determinadas condiciones ambientales como mayor accesibilidad, menor esfuerzo para conseguirla, efectos farmacológicos excesivos y por factores sociales (34, 39, 151, 315). Esto explicaría al menos en parte que al aumentar la edad el consumo sea mayor, tanto en la proporción de fumadores habituales como en la cantidad de cigarrillos.

La tendencia observada en el presente estudio, con respecto a la edad del consumo habitual y excesivo de tabaco, guarda similitud con otro estudio realizado en un área urbana de Nancy en

Francia en escolares (34), aunque los porcentajes allí encontrados fueron inferiores. Así los hombres de 15 o menos años presentaron un 6,2% de consumo habitual y 1,3% de consumo excesivo, los de 16 y 17 años 24,2% de consumo habitual y 4,4 de consumo excesivo y los de 18 o más años 35,8% y 13,8% respectivamente. En el caso de las mujeres los porcentajes fueron a los 15 años 13,8% y 1,9%, a los 16 y 17 años 30,8% y 6,0% y a los 18 o más años 47,4% y 11,1%. No obstante la prevalencia fue mayor en Francia con 75% de jóvenes con edades entre 18 y 24 años que fumaban o fueron fumadores. Este porcentaje fue superior al del presente estudio. Inglaterra presentó en un trabajo en jóvenes de 15 a 16 años 36% de prevalencia, similar al presente trabajo (316).

En Estados Unidos, dos estudios sobre conductas de riesgo en jóvenes en muestra representativa nacional (15, 32), en escolares con edades entre 12 y 21 años, a partir de los datos de Youth Risk Behavior Surveillance System, implementado por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades y que monitoriza la prevalencia de los principales conductas de riesgo para la salud de los jóvenes, presentaron porcentajes inferiores de consumo habitual de tabaco, 19,5% en el de Kann y 19,6% en el estudio de Lowry, aunque también se observó que aumentaba el consumo con la edad en ambos estudios.

También encontraron mayor consumo de tabaco al aumentar la edad, las encuestas realizadas a jóvenes sobre conductas de riesgo “Youth Risk Behavior Survey”, llevadas a cabo en Estados Unidos desde 1991 a 1999, (38), así como las encuestas sobre el tabaco en jóvenes “Youth Tobacco Surveillance” (144).

En el estudio de Azevedo, en estudiantes de secundaria portugueses (41), encontraron mayor prevalencia de tabaquismo a medida que aumentaba la edad, a los 15 años la prevalencia

fue de 10,6% y a los 18 años fue de 23,5%.

En la “Encuesta sobre Drogas a población escolar” de 1998 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la prevalencia de consumo de tabaco fue menor, aunque coincidió con el presente estudio en la tendencia de mayor porcentaje de jóvenes fumadores a mayor edad y también mayor cantidad media consumida (145).

En el estudio sobre consumo de tabaco en escolares del Municipio de Madrid (26) se observó menores porcentajes, así el 19,7% de los hombres y el 31,7% de las mujeres fumaban diariamente. No obstante coincidió con el presente estudio en la distribución de porcentajes de consumo de tabaco, observando mayor prevalencia en las mujeres y en los jóvenes de mayor edad.

Según el estudio realizado por Mendoza, de ámbito nacional, formando parte del Estudio europeo sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud de la Oficina Regional para Europa de la OMS, para el desarrollo de la Estrategia regional de Salud para todos (16), existe un alto consumo de tabaco en los adolescentes escolarizados a partir del final de la EGB. El problema afecta por igual a ambos sexos. Tanto los datos de 1986 como los de 1990 muestran que el consumo de tabaco está fuertemente interrelacionado con el consumo de alcohol y con muy diversas conductas constituyentes de los estilos de vida de los escolares. También se observa un descenso muy significativo en la proporción de alumnado de ambos sexos que fuman, comparando los datos de ambos estudios.

El estudio de Mendoza de 1998 (17) puso de manifiesto que a partir de los 15 años, el consumo en ambos sexos, aumentaba en función de la edad, así a los 15 años el porcentaje de

fumadores diarios fue 14,8% en los hombres y de 18,6% en las mujeres, a los 17 años las cifras fueron de 24,1% y 28,8 respectivamente y a los 18 años, 26,9% y 37,4% para cada sexo. Estas cifras son inferiores a las del presente trabajo, aunque coincide en la tendencia con respecto a la edad y sexo.

El estudio de Díez, el de Espinàs y el de Ariza en Barcelona (36,42, 48), el de Serna en 6 comarcas de Lleida (149), el de Moncada y Agudo en Terrasa (52, 65), el de Pérula en Córdoba (49) y el de Henríquez en Gran Canaria (50), muestran en general porcentajes inferiores al presente trabajo, aunque coinciden en la tendencia observada de mayor prevalencia al aumentar la edad de los jóvenes y mayor consumo en las mujeres. En el de Agudo la prevalencia fue similar en los hombres y mujeres 16,6% y 16,1%; a los 15 años la prevalencia fue de 11,1% y a los 17 años fue de 27,9%.

En el estudio de Ariza, el 17,9% de los chicos y el 16,2% de las chicas de 15 años fumaban diariamente, a los 18 años el 36,1% y el 29,7% lo hacían respectivamente, detectando asociación estadísticamente significativa con la edad.

En el de Díez mostraron que los estudiantes de 15 y 16 años la prevalencia fue de 34,1% y a los 17 y 18 años la prevalencia fue de 46,2%.

En el estudio de Moncada el consumo fue también mayor en los jóvenes de más edad; a los 15 años los porcentajes fueron de 42,3% en las mujeres y de 32,8% en los hombres, sin embargo a los 17 años se igualaron los porcentajes, incluso fue ligeramente mayor en los hombres, así en el último mes los hombres presentaron un consumo de 42,9% y las mujeres de 39,7%.

El estudio de Valero y Sáenz en jóvenes estudiantes de Formación Profesional del medio rural, presentó porcentajes de fumadores habituales a los 15 y 16 años de 21,7%, a los 17 y 18 años fue de 23,8% y a los 19 y 20 años de 47,1% (175). Estas cifras también son inferiores a las del presente estudio.

En cuanto al curso, los estudiantes de 2º de FP-I presentaron mayor porcentaje que los estudiantes de 4º de ESO y que los de 2º de BUP, en el consumo habitual y excesivo de tabaco. Este hecho también se ha constatado en otros estudios en escolares acerca de conductas de riesgo. Entre ellos están los de Mendoza, Navarro, Ariza, Díez y las encuestas a escolares sobre consumo de drogas del Plan Nacional sobre drogas.

La mayor prevalencia de consumo de tabaco en formación profesional también se observó cuando se ajustó por todas las variables. Igualmente, Mendoza en su estudio de 1990 (16), cuando comparó la proporción de fumadores entre los alumnos de 2º de FP-I y 2º de BUP de la misma edad, observó cifras mayores en FP, encontrando que fumaban un promedio mayor de cigarrillos diarios, independientemente de las edades de los alumnos. Así mismo, en la encuesta de 1994, encontraron mayor prevalencia de consumo en Formación Profesional y mayor riesgo y mayor probabilidad de consumo cuanto más absentismo y menor rendimiento académico tenían los escolares, de forma significativa, concluyendo que estos indicadores explicaban la mayor probabilidad de consumo en este tipo de enseñanza.

En este sentido, el mayor consumo puede deberse en gran parte a la mayor edad de los estudiantes en estos cursos de formación profesional que por diversas circunstancias, dadas las características de este tipo de estudios, son jóvenes que no están motivados a continuar los

estudios, han repetido uno o varios cursos, presentan bajo rendimiento escolar y se ven dirigidos a estos cursos sin desearlo realmente; otros, por el contrario, desean iniciarse cuanto antes en el mundo laboral (317). Por tanto, a la mayor edad de estos jóvenes hay que añadir el bajo rendimiento escolar que suele asociarse al absentismo de clase, incrementando las horas de ocio, ya de por sí, más numerosas que en otro tipo de estudios, pues son enseñanzas principalmente prácticas y requieren menos horas de estudio en casa. La mayor disposición de tiempo libre predispone a que aumenten las oportunidades del consumo de tabaco.

Hay alumnos (12%) que antes de los 16 años manifiestan no tener ningún interés por la escuela y les gustaría abandonar el centro. La motivación es un proceso complejo en el que intervienen necesidades no satisfechas, estado interior de malestar psicológico debido a esa insatisfacción, oferta del entorno, de la sociedad, el mercado laboral, los centros de enseñanza, la familia, para satisfacer esas necesidades en el terreno de la formación profesional y cultural (318).

El bajo rendimiento académico y la opinión favorable sobre el tabaco, son factores de riesgo del tabaquismo que también se han encontrado en algunos estudios como en el de Pérula y otros en escolares de 6º y 8º de EGB de una zona de Córdoba (49), el de Villalbí y otros en escolares de 13 y 14 años de Barcelona (45), el de Azevedo y otros en estudiantes de secundaria portugueses (41) y el de Henríquez y otros en adolescentes de Gran Canaria (50).

En el estudio de Azevedo, encontraron asociación estadísticamente significativa del consumo de tabaco en los estudiantes de secundaria con el bajo rendimiento académico tanto para uno o dos fracasos escolares como para más de dos.

En el presente estudio, no se ha valorado la prevalencia de factores como el rendimiento académico, el consumo en el medio familiar y la información que tienen los jóvenes acerca de conductas de riesgo, aunque sí formaron parte del cuestionario. Sería interesante analizar en un futuro la prevalencia de estas variables y su asociación a las conductas de riesgo estudiadas en los escolares, pues podrían estar también interviniendo sobre ellas.

Otra posible explicación sería que los jóvenes estudiantes de 2º de FP-I, pertenecieran a familias cuyos padres tuvieran un nivel de estudios bajo, puesto que los jóvenes cuyos padres tenían menor nivel de estudios, presentaron mayor consumo de tabaco. Sin embargo, al ajustar por el resto de variables independientes en el análisis multivariante, el riesgo también fue mayor para los estudiantes de 2º de FP-I y para los jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores. Lo cual parece indicar que el nivel de estudios bajo de los padres no explique la mayor prevalencia.

En cuanto a las variables socioeconómicas, los mayores porcentajes de consumo de tabaco se observaron en los jóvenes cuyos padres no tenían estudios y en los jóvenes cuyos padres no trabajaban. El consumo excesivo presentó mayor prevalencia en las mujeres cuyos padres no tenían estudios y en el caso de los hombres no se observaron posibles diferencias según el nivel de estudios de los padres.

A pesar de que se observa mayor prevalencia tanto en el consumo habitual, como en el consumo excesivo en los jóvenes cuanto menor era el nivel de estudios del cabeza de familia, lo cuál podría llevar a pensar que el hecho de no tener estudios los padres, pudiera ser factor de riesgo para el consumo de tabaco de sus hijos. Sin embargo, en el análisis multivariante, al aislar el efecto de las demás variables, no se confirma esta situación, sino que son los jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores los que mayor riesgo tenían de ser fumadores, excepto

en las mujeres cuyos padres no tenían estudios en que el riesgo fue mayor para el consumo habitual de tabaco. Probablemente se produjo confusión de la variable nivel de estudios con la ocupación del cabeza de familia, puesto que los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron mayor prevalencia. No obstante, la asociación de la variable nivel de estudios de los padres al consumo de tabaco en los jóvenes, no es estadísticamente significativa y, en cualquier caso, lo que indica es una tendencia en la proporción de fumadores.

Para intentar dar explicación a esta situación, en un análisis bivariante de las variables independientes, se ha observado que entre los jóvenes cuyos padres no tenían estudios había mayor proporción de jóvenes de 17 o más años que en los otros grupos de jóvenes cuyos padres tenían otros niveles de estudios. Además se observó mayor porcentaje de jóvenes que estudiaban FP entre los jóvenes cuyos padres no tenían estudios y mayor proporción de jóvenes cuyos padres no trabajaban. Todo ello parece ser lo que contribuyó al mayor porcentaje de jóvenes consumidores habituales de tabaco cuyos padres no tenían estudios, proporcionando la idea equivocada de que un nivel bajo de estudios de los padres fuera factor de riesgo para el consumo de tabaco, cuando en realidad los factores de riesgo fueron la mayor edad de los jóvenes, el cursar estudios de formación profesional y que los padres no trabajasen.

A pesar de todo lo anterior, la ocupación ha demostrado diferencias socioeconómicas en el consumo de tabaco en los jóvenes, siendo más prevalente el consumo de tabaco en los jóvenes cuyos padres no trabajaban y, además, los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron también mayor prevalencia y mayor riesgo de consumo excesivo de tabaco, con significación estadística.

En el estudio de Navarro y Gómez (26), se observó mayor prevalencia en los jóvenes

cuyos padres no trabajaban y en los jóvenes de clase más baja.

En el estudio de Serna y otros (149), con respecto a las profesiones, presentaron mayor consumo los trabajadores de la industria, la construcción y los desempleados, éstos últimos presentaron el mayor porcentaje 45%.

En cuanto a la talla, como indicador socioeconómico, los jóvenes de talla alta fueron los que mayor prevalencia de consumo de tabaco presentaron y los que menor, los de talla baja. Esto podría explicarse por el hecho de que los jóvenes aún no hubieran completado el crecimiento físico y probablemente los más altos tuvieran más edad, por lo que la mayor prevalencia de consumo de tabaco en los más altos pueda explicarse por tener más edad, grupo que también presentó mayor prevalencia en esta conducta de riesgo.

En cuanto al consumo excesivo de tabaco los hombres más altos también presentaron mayor prevalencia. En el caso de las mujeres fueron las de talla media las que mayor prevalencia de consumo excesivo presentaron. Se observó mayor proporción de mujeres cuyos padres no trabajaban en el grupo de mujeres de talla media, que podría explicar su mayor prevalencia. Así como también se observó entre las mujeres, cuyos padres no tenían estudios, mayor proporción de mujeres de talla media, explicando la mayor prevalencia de consumo excesivo que inicialmente se observó en las jóvenes cuyos padres no tenían estudios.

No obstante, solamente los jóvenes de talla baja, tanto los hombres como las mujeres, mostraron asociación estadísticamente significativas a un menor consumo de tabaco habitual.

Lo cual lleva a pensar que el consumo del tabaco está ampliamente extendido entre los

jóvenes de dos grupos sociales, uno de nivel socioeconómico bajo constituido por aquellos jóvenes cuyos padres no trabajan y otro de nivel alto, cuyos padres tienen estudios superiores, además de los jóvenes que tienen más edad y los que estudian FP. Por lo que tanto factores de tipo económico como educativos van a tener importancia en el consumo de tabaco.

Mendoza en 1990 no encontró diferencias significativas en las proporciones de alumnos que fumaban según el nivel profesional de los padres o su situación laboral, aunque sí detectó que la proporción de fumadores fue directamente proporcional al dinero disponible a la semana.

Los jóvenes españoles disponen, en general, de una significativa cantidad de dinero para sus gastos personales, mayor cuanto más edad y mayor nivel de estudios. No obstante la clase social no es significativa de la disponibilidad económica, aunque los de clase media tienen menor cantidad, que es más restrictiva con la disponibilidad económica de los jóvenes (319).

Consumo de alcohol

El porcentaje de bebedores fue mayor en los grupos de más edad, tanto en hombres como en mujeres, así como la proporción de bebedores de riesgo también fue mayor a medida que aumentaba la edad, siendo mayor en los jóvenes de 17 o más años.

El alcohol es la droga que más escolares españoles han consumido alguna vez. Siendo la experimentación con el alcohol bastante precoz en nuestro país, aumentando la probabilidad de haber iniciado en el consumo de alcohol a medida que aumenta la edad (16).

El consumo de alcohol, al igual que el consumo de tabaco, forma parte del rito iniciático en el paso a la vida adulta de los adolescentes. Estas dos sustancias se comienzan a consumir en las primeras etapas de la adolescencia en un impulso de imitar a los mayores, en la necesidad de romper con las etapas adolescentes y marcar distancias con la etapa infantil, aumentando con la edad, generalmente favorecido por el consumo de los padres, tanto dentro del hogar como fuera de él y por el consumo de hermanos mayores y amigos (172 - 174, 320). En el estudio de Crespo y otros (44) observaron que, la iniciación y el consumo, iban ligados al ambiente y al entorno familiar y social, generalmente relacionado con otras conductas de riesgo.

Los lugares en que con mayor frecuencia probaron por primera vez el alcohol fuera de sus casas fueron los bares o pubs y las discotecas y con menor frecuencia la calle o la casa de amigos. Siendo las ocasiones que más frecuentemente motiva el primer contacto con el alcohol la salida de fin de semana y una reunión con los amigos. Esto parece manifestar una relación estrecha entre el inicio en el consumo de alcohol y el inicio en el salir. Se inician en el consumo de alcohol al iniciar la relación grupal y se pasa al hábito al tiempo que se habitúan a salir los fines de semana (318).

La inmensa mayoría de los jóvenes españoles ha tenido algún contacto con el alcohol en algún momento de su vida y un gran porcentaje consume alcohol con una cierta frecuencia, ya que una vez probado son pocos los que mantienen consumos esporádicos u ocasionales. Los jóvenes buscan en el alcohol una vía de comunicación e intercambio entre el grupo de iguales y un factor de diferenciación con el mundo adulto en la forma de beber. A todo esto hay que añadir la gran presión por parte de la industria alcoholera sobre los niños y adolescentes para que comiencen a beber y sigan haciéndolo (320).

Los jóvenes españoles han incorporado a sus formas de ocio el modelo anglosajón de consumo de alcohol, realizando un consumo abusivo durante el fin de semana que puede llevarles a sufrir accidentes o la muerte por coma etílico. El alcohol no se identifica en nuestra cultura con una sustancia peligrosa, siendo más barato y accesible que cualquier otra droga, siendo la sustancia psicoactiva más extendida en el mundo, la más aceptada y la más antigua conocida, provoca un estado de euforia en el que la realidad se distorsiona y sólo se tiene en cuenta vivir el momento presente lo mejor posible. Emborracharse desinhibe, provoca la risa fácil, hace creerse al joven superior y le lleva a pensar que controla todas las situaciones. Este hecho ha puesto de moda entre los más jóvenes comenzar la fiesta de fin de semana con bebidas alcohólicas en la calle o en casa de algún amigo. Aunque lo que se bebe depende de los gustos, tiene mucho que ver con la disponibilidad económica de los jóvenes y con la edad; puesto que a mayor edad, mayores oportunidades de entrar en los locales, pasando de los bares y tascas, a las discotecas, para terminar en los after hours y consumir alcohol (192).

Un elevado porcentaje de jóvenes que durante la semana estudian o trabajan y no prueban el alcohol, abusa de él durante el fin de semana, alternando este consumo en muchos casos con el consumo de otras drogas fuera del ámbito familiar, espacios o locales públicos, sólo por divertirse.

El consumo se mantiene a lo largo de los años, con variaciones en la cuantía de alcohol consumido y en la frecuencia de consumo, influido por factores ambientales e interpersonales que incluyen las actitudes culturales acerca de la bebida y los bebedores, la disponibilidad de acceso al alcohol, incluyendo el precio, las expectativas de los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo y el comportamiento, las experiencias personales adquiridas por el alcohol. A

medida que aumenta la edad aumenta la proporción de consumidores habituales, disminuyendo los abstemios y los que realizan consumos moderados. El consumo en las mujeres se ha igualado al de los hombres, sobre todo en los grupos de mayor edad.

Esta distribución de los porcentajes de bebedores con la edad también se ha puesto de manifiesto en otros estudios, al igual que ocurrió con el consumo de tabaco.

En Estados Unidos, el estudio sobre conductas de riesgo de ámbito nacional, en jóvenes entre 12 y 21 años (15), los estudiantes de 9º grado, que fueron los más jóvenes, presentaron un porcentaje de 74,2% los hombres y 70,2% las mujeres; los del último grado, los más mayores, presentaron 86,0% los hombres y 85,0% las mujeres. Considerando el porcentaje de consumidores en los distintos grupos de edad, se observa que el consumo fue mayor, con respecto al presente estudio, en los grupos más jóvenes; sin embargo, en los de mayor edad, los porcentajes fueron similares, tanto en hombres como en mujeres, a los del presente trabajo.

En el estudio de Challier y otros (34), el 40% consumió alcohol alguna vez, pero sólo el 5,5% y el 0,4% de ellos consumieron alcohol frecuentemente o a diario. El porcentaje de consumidores de alcohol, alguna vez, fue mayor a más edad, así en los jóvenes de 15 años y menos edad, fue de 26,6% en los chicos y de 22,6% en las chicas, a los 16 y 17 años el porcentaje fue de 60,6% y 45,9% respectivamente y a los 18 o más fue de 68,3% en los hombres y de 48,5% en las mujeres.

En el estudio de Mendoza y otros de 1994 (17), el 84% de los escolares manifestó haber probado uno o varios tipos de bebidas alcohólicas. El 21% consumió alcohol regularmente por lo menos una vez a la semana, siendo este tipo de consumo regular más frecuente entre los

chicos 24% que entre las chicas 19%. A los 11 años, un 3% de niños declararon beber regularmente y a los 18 años, el 46% de los jóvenes consumían bebidas alcohólicas regularmente. El 66% se había embriagado alguna vez. La prevalencia observada por Mendoza es menor que en el presente estudio, aunque también coincide en la tendencia que presenta el consumo con la edad y el sexo. Del conjunto de drogas estudiadas, el alcohol es la que presenta un consumo más generalizado entre los adolescentes españoles. La proporción de escolares que han consumido alcohol alguna vez en la vida fue similar en ambos sexos en los de más edad, creciendo el consumo con la edad.

En el estudio de Navarro y Gómez en el Municipio de Madrid (26), el porcentaje de escolares, que bebieron en el último mes, fue del 60,1%. Considerando como consumidor abusivo a los hombres que consumieron 75 ml o más al día y a las mujeres que consumía 50 ml o más al día, los porcentajes mayores de escolares bebedores abusivos, los presentaron las mujeres con un 5,2% frente a un 3,7% de hombres y los de más edad. Estos porcentajes son inferiores a los del presente trabajo, pero hay que tener en cuenta que se han incluido a mayor número de jóvenes como consumidores de riesgo, pues las cantidades aquí consideradas como límites del riesgo fueron de 50 ml al día en hombres y de 30 ml al día en las mujeres.

En el estudio de Moncada y Pérez en alumnos de enseñanza media de Terrassa en 1994 - 1995 (52), el 88% de los jóvenes había tomado alcohol alguna vez en la vida, el 60% había tomado alcohol en los últimos 30 días y el 32% había experimentado alguna intoxicación aguda con alcohol. A los 14 años, el 38% de los hombres y el 40% de las mujeres había consumido alcohol en el último mes, a los 15- 16 años los porcentajes fueron 55% y 59% respectivamente y a los 17 o más años, los porcentajes fueron de 73% y 69%. Estas cifras son inferiores a las detectadas en el presente estudio, aunque coincide en la tendencia observada con la edad y el

mayor consumo en las mujeres sobre todo a edades más jóvenes y la igualación de los porcentajes en el consumo de alcohol entre los hombres y las mujeres, en el grupo de mayor edad.

En el estudio de Díez y otros en Barcelona en 1996 a escolares de 4º de ESO, 2º de BUP y 2º de FP-I (36), un 31% consume alcohol semanalmente, el 87,6% de los chicos y el 88,4% de las chicas ha bebido alguna vez, mientras que el 35,2% de los chicos y el 29,0% de las chicas ha consumido alcohol a diario o semanalmente en el último mes. El porcentaje de consumidores es mayor a más edad, a los 15 y 16 años, el 38,7% consumió alcohol en el último mes y a los 17 y 18 años, lo hicieron el 56,5%.

Los estudiantes de 2º de FP-I presentaron mayor prevalencia de bebedores y de bebedores de riesgo que los estudiantes de los otros cursos de secundaria, así como mayor riesgo al ajustar por el resto de las variables sociodemográficas. Lo cual hace pensar que el consumo de alcohol en los estudiantes de formación profesional, al igual que ocurría con el consumo de tabaco, es independiente de la edad y de otras variables socioeconómicas, posiblemente las razones sean las mismas que para la otra conducta de riesgo. El bajo rendimiento académico, mayor absentismo, poca motivación por los estudios realizados, mayor disponibilidad de tiempo libre, predisponen al mayor consumo y a su vez los trastornos relacionados con el alcohol contribuyen al absentismo escolar y la disminución del rendimiento escolar. El alcohol dificulta la capacidad de concentración y de memoria y por tanto, puede afectar al aprendizaje escolar, provocando retrasos, indisciplina en clase o abandono de los estudios.

En el estudio de Navarro y Gómez en el Municipio de Madrid (26), los porcentajes mayores de escolares bebedores abusivos, los presentaron los estudiantes que habían repetido

dos o más cursos.

El estudio de Comín y otros en escolares realizado en Lérida en 1990 (23), probó que existe una estrecha relación entre hábitos, actitudes y personalidad y en concreto las actitudes favorables hacia el alcohol pueden reflejar una mayor predisposición a su consumo. Así como que existe una relación entre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas determinado por factores estrechamente relacionados que tienen que ver con las actitudes y la personalidad de los jóvenes, como puede ser la búsqueda de sensaciones, la búsqueda de emociones y la desinhibición.

En los jóvenes el consumo abusivo, sobre todo de fin de semana, no presenta las mismas características del adulto alcohólico, pues no ha desarrollado los procesos adictivos, sin embargo los efectos reforzantes asociados, adquieren en su conducta un protagonismo similar, sobre todo las dimensiones desinhibidora y euforizante dadas las circunstancias sociales en las que se da su consumo (320).

Para los jóvenes se produce un fenómeno de sustitución de las drogas ilegales por la droga legal por excelencia: el alcohol, alertados por las consecuencias de la heroína. El alcohol se consume por sus efectos psicoactivos más que como acompañamiento de las comidas. La ebriedad es la finalidad del consumo. La diferenciación entre los días de entre semana como tiempo de trabajo y estudio, de los fines de semana como tiempo libre y de ocio, produce que el alcohol sólo se consuma los fines de semana, alcanzando cantidades de consumo superiores en una sola ocasión a la realizada por un consumidor moderado a lo largo de toda la semana. De tal forma que la proporción de grandes bebedores ha ido aumentando no tanto porque se ingiera más veces más alcohol, sino porque se bebe menos veces, pero a la vez se realiza de forma

ininterrumpida en un periodo más largo (192).

Habitualmente se presenta junto al consumo de tabaco. Como han puesto de manifiesto algunos estudios:

En el estudio de Valero y Sáenz en estudiantes de Formación Profesional de un área rural de Salamanca (175), detectaron un consumo elevado de alcohol y tabaco. El 55,8% se consideraron bebedores ocasionales y un 26% bebedores habituales de fin de semana, siendo el porcentaje significativamente mayor en las mujeres, 31,2% que en los hombres, 6,3%. El consumo fue mayor a mayor edad. Así a los 15- 16 años el consumo ocasional fue de 47,8% y el habitual de fin de semana de 17,4% y a los 19 - 20 años los porcentajes fueron 70,8% y 23,5% respectivamente para los dos tipos de consumos. Los porcentajes fueron inferiores a los del presente trabajo, excepto el consumo habitual de fin de semana en los más jóvenes, que presentaron cifras más altas en el estudio de Valero, en comparación con el consumo excesivo.

En el estudio de Díez y otros (36), el consumo de alcohol se relaciona con el consumo de otras sustancias como el tabaco y la marihuana tanto en chicos como en chicas. El porcentaje de consumidores es mayor en los estudiantes de FP y en los que disponen de más dinero semanalmente. En los estudiantes de BUP y ESO el porcentaje fue de 30,3% y en FP fue de 35,2% para el consumo en el último mes.

En el estudio de Challier y otros (34), detectaron relación con el consumo de otras sustancias nocivas como el tabaco y las drogas ilegales, así como también la importancia del entorno familiar y la personalidad del joven en el consumo de estas sustancias.

El uso responsable del alcohol depende del conocimiento que tiene el joven de las consecuencias negativas del consumo del alcohol y muchas veces se recurre a su consumo como solución de problemas cotidianos (174). En el estudio de Castellana y Lladó en alumnos de secundaria con edades entre 14 y 20 años de Girona (51), el 89,7% de los jóvenes habían probado el alcohol y los jóvenes encuestados no consideraban al alcohol como una sustancia adictiva, ni que tuviera capacidad de modificar la conducta. La decisión última de beber o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra (35, 172, 175).

En cuanto a las características socioeconómicas la prevalencia de consumo de alcohol fue mayor entre los jóvenes cuyos padres no tenían estudios, tanto en el análisis bivariante como en el multivariante, lo cuál lleva a pensar que el nivel de estudios bajo de los padres es un factor de riesgo para el consumo de alcohol en sus hijos.

El consumo de alcohol en España, está muy extendido, propiciado por el ambiente social existente en relación con esta sustancia, ya que es uno de los principales países productores y consumidores de bebidas alcohólicas (2), a la vez que su uso se relaciona con la diversión y el ocio, especialmente entre los más jóvenes y, sobre todo, con el fin de semana y los amigos (321).

En la familia se inculcan unos valores, se enseñan unas actitudes y unos hábitos determinados, que se transmiten mejor a través de los hábitos y el estilo de vida de los padres que con discursos y amonestaciones. Los padres, consciente o inconscientemente, transmiten a los hijos su visión del mundo y esto incluye la relación con el propio cuerpo y la actitud de mayor o menor responsabilidad frente a la salud (319). El joven que se ha desarrollado en un

ambiente sano, donde se fomenta la preocupación por la salud, tenderá a evitar comportamientos y hábitos perjudiciales. Los padres se convierten en guías y consejeros capaces de ejercer autoridad cuando lo estiman necesario. Por lo cuál, los padres con nivel de estudios bajo, parecen más dispuestos a que sus hijos consuman alcohol, por lo menos de forma moderada; o no pueden evitarlo, quizás por tener menor control sobre las conductas de sus hijos. (322).

La situación para el consumo de alcohol de riesgo, con respecto al nivel de estudios de los padres es poco definitiva, pues se encuentran mayores proporciones de consumidores de riesgo tanto en los jóvenes cuyos padres no tienen estudios como en los que tienen estudios medios en el caso de las mujeres y en el caso de los hombres, presentaron mayor porcentaje los jóvenes cuyos padres tenían estudios básicos y superiores. El consumo de alcohol abusivo no parece tener que ver con el nivel de estudios de los padres. Probablemente el consumo excesivo, en los jóvenes, esté asociado a otras circunstancias que tienen más que ver con el grupo de amigos con el que se relaciona y las formas de diversión en el tiempo de ocio, principalmente en el fin de semana.

En el ocio y tiempo libre, sobre todo el de fin de semana, consideran los jóvenes que deben decidir por sí mismos sobre lo que tienen o no tienen que hacer en este tiempo y a qué lo van a dedicar. Es este espacio y tiempo en el que reclaman independencia y libertad para hacer lo que quieran una vez cumplido su papel con los estudios. Durante este tiempo se manifiestan las diferencias, la diversidad de prácticas, las actividades compartidas con el grupo de pares, la complicidad festiva y la reciprocidad clandestina (318). Por lo cuál habría que tener en cuenta cómo se ejerce el control paterno sobre la cantidad de tiempo libre y su uso; así como la relación con el nivel de estudios del cabeza de familia (319).

Para ello hay que considerar las formas de estilos educativos que pueden llevar a conductas de riesgo. Frente al modelo democrático o de apoyo, caracterizado por un clima familiar armonioso y distendido en el que prevalece el diálogo, la comunicación y la recompensa, más frecuente a medida que se asciende en la clase social de la familia. El modelo autoritario, basado en la coerción física y verbal, en la ausencia de diálogo, se produce un exceso de exigencias y de disciplina, favorecedor de un clima familiar tenso y conflictivo, más frecuente cuanto más jóvenes son los hijos, menor nivel de estudios y clase social más baja. El modelo permisivo, errático, sin método ni pautas coherentes de acción con los hijos y con un mensaje de impotencia y desbordamiento en la tarea educativa, caracterizado por la indiferencia de los padres ante el comportamiento de los hijos y la pasividad e indiferencia ante sus problemas. Este modelo se observa con mayor frecuencia en los padres que carecían de estudios y en la clase más baja trabajadora (319).

Por un lado, la educación rígida y autoritaria puede fomentar dos actitudes opuestas entre los hijos: la aceptación incondicional o la rebeldía sistemática. Los hijos que han crecido bajo un estilo demasiado autoritario pueden convertirse en personas sumisas, poco preparadas para tomar decisiones por su cuenta, o bien en rebeldes que buscan el enfrentamiento y rechazan toda muestra de autoridad. Esta rigidez no ofrece margen a la opinión ni al error, cuando es necesario que los hijos tengan la posibilidad de equivocarse y de aprender de sus errores.

El estilo de dejar hacer para que los hijos crezcan en un ambiente de máxima libertad y puedan tomar sus propias decisiones puede desorientar a los hijos por su falta de límites y porque les obliga a tomar decisiones para las que no están todavía preparados. Los adolescentes pueden sentirse desorientados si no se les indica un camino a seguir.

A pesar de que los jóvenes cuyos padres no trabajaban presentaron mayor porcentaje de bebedores que los jóvenes cuyos padres trabajaban, en el análisis bivariante, al ajustar por las otras variables independientes, la prevalencia fue mayor en los jóvenes cuyos padres trabajaban, lo cuál lleva a pensar que se produjo confusión de la variable con otras de mayor prevalencia para el consumo de alcohol. Posiblemente el nivel de estudios de los padres pueda explicar el mayor porcentaje en los jóvenes cuyos padres no trabajaban, pues se observó mayor proporción de padres sin estudios entre los padres que no trabajaban, que entre los que trabajaban. También podría estar influida por la mayor proporción de jóvenes que estudiaban formación profesional, así como la mayor edad entre los jóvenes cuyos padres no trabajaban.

En cuanto al consumo abusivo de alcohol fue mayor en los hombres cuyos padres no trabajaban al contrario de lo que ocurría con el consumo moderado. En cuanto a las mujeres, a pesar de que en el análisis bivariante fue mayor el consumo en las mujeres cuyos padres no trabajaban, al ajustar por el resto de variables sociodemográficas el consumo abusivo fue mayor en las mujeres cuyos padres trabajaban igual que para el consumo moderado, probablemente las razones del mayor porcentaje en las mujeres cuyos padres no trabajaban sean las mismas que en aquel caso, es decir mayor proporción de jóvenes cuyos padres no tenían estudios entre los que no trabajaban, más edad de las jóvenes cuyos padres no trabajaban y mayor proporción de jóvenes que estudiaban formación profesional. No obstante la ocupación no mostró significación estadística para el consumo de alcohol.

A pesar de que el consumo de alcohol moderado con respecto a la ocupación del cabeza de familia, parece tener que ver con mayor disponibilidad económica, que suele ser mayor cuanto más edad tienen los jóvenes. Sobre todo tiene que ver, como ya se ha dicho, con el modo

de ocupación del tiempo de ocio y su duración, especialmente con las salidas nocturnas y las formas de control paterno, puesto que son jóvenes menores de edad. Con respecto a la ocupación para el consumo excesivo, parece que fueron los hombres cuyos padres no trabajaban, los que tuvieron mayor permisividad para salir y menor control de la hora de vuelta casa, disponiendo de más tiempo libre e incrementando las oportunidades del consumo abusivo. En el caso de las mujeres fueron las que sus padres trabajaban las que disponían de mayor libertad para salir. Por otra parte se sabe que quienes más salen por la noche son quienes se encuentran mejor situados en la escala social, los que tienen más edad y cuentan con más dinero (192).

En cuanto a la talla, los jóvenes más altos, tanto hombres como mujeres, presentaron mayor prevalencia de consumo de alcohol en ambos análisis con significación estadística, lo cuál sería un indicador, junto al mayor consumo en los jóvenes cuyos padres trabajaban, de mayor prevalencia de bebedores moderados en el nivel socioeconómico alto.

Los hombres más altos presentaron mayor proporción de bebedores de riesgo. En el caso de las mujeres fueron las de talla media las que mayor consumo abusivo presentaron, aunque en un primer análisis fueron las más altas las que mayor consumo presentaron, probablemente se deba a la confusión con la variable edad, puesto que había mayor proporción de jóvenes de 17 o más años entre las jóvenes altas.

No obstante los jóvenes de talla baja presentaron menor prevalencia de bebedores y de consumo de alcohol de riesgo con significación estadística.

Con respecto a la altura, se observó la misma tendencia en el consumo, tanto moderado

como en el excesivo, de tabaco y alcohol. Es decir mayor proporción de consumidores habituales y excesivos de tabaco y alcohol en los más altos, excepto en el caso de las mujeres de talla media que presentaron mayor porcentaje de consumo excesivo de tabaco y alcohol, grupo que presentó mayor proporción de mujeres cuyos padres no trabajaban. Así como también se observó que fueron los jóvenes de talla baja los que menor consumo de tabaco y alcohol realizaban.

Consumo de otras drogas

Según la OMS, factores personales, familiares y sociales se van a mezclar entre sí en el consumo de drogas. Así entre las causas se encuentran la experimentación, la búsqueda de satisfacción inmediata, el intento de automedicación, la condición para ser aceptado, la rebelión contra lo establecido y la expresión de una conducta antisocial, el condicionamiento familiar y la presión sociocultural que va a depender de la sustancia consumida.

En el mantenimiento del consumo de drogas va a influir la asociación que hagan los jóvenes de las drogas con la diversión, con la evasión de la rutina o de los problemas, con la sensación de felicidad o para ir contra corriente de una sociedad que no les gusta, porque no van a encontrar otra forma de hacerlo sino es con la participación de las drogas (191).

Entre los factores personales pueden encontrarse una personalidad predispuesta, insatisfacción personal, falta de confianza en sí mismos, trastornos psíquicos previos; así como opiniones, percepciones y actitudes favorables al consumo de drogas. Entre los factores familiares, la existencia de una mala estructura familiar, un inadecuado reparto de papeles o de

autoridad, la ausencia de unas normas claras y eficaces, consumo de drogas en el medio familiar, va a crear grandes tensiones entre sus miembros, propiciando que la familia no ejerza la función protectora contra las drogas (34, 322). Factores sociales como la presión del entorno y el grupo de iguales, así como la marginación social, la pobreza, el paro, la jubilación, la enfermedad invalidante de los seres que les rodean, así como la proximidad y facilidad de acceso a las drogas, van a condicionar el consumo de drogas en los jóvenes.

Se ha considerado el consumo de las drogas, alguna vez en los últimos 30 días, por lo que no se ha valorado la adicción en cuanto a la frecuencia del consumo, ni las dosis.

Consumo de tranquilizantes

Los efectos buscados en estas drogas son calmar la ansiedad y la tensión nerviosa, la sensación de bienestar y una ligera euforia, la desinhibición emocional y el sueño. El sueño, para muchos consumidores de drogas, es un estado de bienestar por la evasión de todos los males, les hace estar lejos de todos los dolores y los problemas.

La automedicación, es la forma en que más frecuentemente se produce el consumo de tranquilizantes. Los jóvenes con cierto déficit funcional del sistema nervioso, experimentan una gran mejoría tras los primeros contactos con la droga, además de altamente gratificantes. Generalmente propiciado por el consumo de medicamentos de este tipo en el entorno familiar (323).

El consumo de tranquilizantes fue mayor en el grupo de más edad, sobre todo en el grupo de mujeres de 17 y más años quienes, además, mostraron asociación estadísticamente

significativas. Puesto que, una mayoría de jóvenes usan estos medicamentos en forma más o menos esporádica, a dosis moderadas y para disminuir molestias ocasionales de carácter leve. Sin embargo, cuando existe una base amplia de consumidores y una tendencia al uso extenso poco normalizado, ocurre un aumento del número de jóvenes que abusan de ellos, como producto principal o como acompañante de otras drogas, sobre todo a mayor edad.

En cuanto al curso, los hombres que realizaban formación profesional presentaron mayor proporción de consumidores de tranquilizantes, sin embargo en el caso de las mujeres fueron las que realizaban 2º de BUP las de mayor consumo y las que estudiaban formación profesional las que menor consumo presentaron, aunque sin significación estadística.

Las mujeres cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor consumo, sin embargo en el caso de los hombres, tras ajustar por las demás variables sociodemográficas, fueron los que tenían padres con estudios superiores los de mayor consumo; probablemente la mayor proporción de jóvenes cuyos padres no trabajaban en el grupo de jóvenes cuyos padres no tenían estudios, confundiera en el primer análisis.

Kandel, en su estudio encontró que el consumo que hacían los padres de tranquilizantes prescritos por el médico tendía a asociarse con el grado de experimentación de los niños con las drogas ilícitas, al usar estas sustancia psicotrópicas legalmente autorizadas, los padres pueden dar a entender a sus hijos que las drogas pueden servir para combatir sus síntomas psicológicos desagradables (324).

En cuanto a la talla de los jóvenes, desaparecen las diferencias socioeconómicas, pues se observa mayor consumo en los hombres de talla media y menor consumo en los de talla alta, en

el caso de las mujeres las de mayor consumo son las de talla alta y las que menor las de talla baja.

Hay que destacar el hecho de que para el consumo de tranquilizantes, las mujeres presentaron mayor proporción de consumidores con respecto a los hombres.

Hachís, marihuana

El consumo de hachís presentó mayor proporción de consumidores en los jóvenes de más edad, con significación estadística.

En los más jóvenes, la inmensa mayoría de los que prueban el cannabis, lo hacen para experimentar cosas nuevas y por la presión de los amigos. A diferencia de lo que sucede con el tabaco, en el que un alto porcentaje de los que fuman por primera vez inician el hábito y se convierten en fumadores de por vida, la gran parte de consumidores de cannabis no pasan a ser usuarios habituales de la droga. Las razones para el mantenimiento del consumo, en los más mayores, son el aumento de la sociabilidad producida por la droga y que les proporciona placer y diversión. Supone una alternativa barata e inocua al alcohol y otras drogas, intensificando la concentración y la capacidad de entendimiento y sobre todo, porque les gusta.

La importancia del cannabis radica en la percepción que tienen muchos jóvenes de que su consumo produce más ventajas que inconvenientes, contrariamente de lo que sucede con el tabaco. Si en muchos casos el consumo corresponde a una experimentación limitada en la frecuencia, sobretodo en los más jóvenes, en otros casos el consumo se realiza de forma habitual, ya no sólo por la frecuencia de consumo sino por la percepción que tengan de las

consecuencias del mismo, consolidando el hábito y en muchos casos se convertirán en consumidores de otras sustancias como la cocaína, éxtasis, etc, (325). Por lo que la proporción de consumidores es mayor en los jóvenes de más edad.

Muchos estudios han puesto de manifiesto que los jóvenes que consumen drogas de abuso se iniciaron con el alcohol y el tabaco, y posteriormente pasaron a la marihuana, ya que la tendencia es a experimentar con otras drogas ilegales (326). Se trata de una secuencia típica en la que, múltiples consumidores de drogas, se inician en el consumo de drogas de alta prevalencia, aunque un aumento en el consumo de marihuana no implicará un aumento del consumo de cocaína o de otras drogas. Por lo que se explica el mayor consumo en los estudiantes de formación profesional, puesto que también presentaron mayor prevalencia para el consumo de tabaco y alcohol

Los que tenían padres con estudios superiores, tanto los hombres como las mujeres, presentaron mayor consumo. Hay que destacar que en el análisis bivariante, los hombres cuyos padres no tenían estudios fueron los que mayor porcentaje de consumidores de hachís presentaron, probablemente se produjo confusión de la variable nivel de estudios del cabeza de familia con la variable ocupación de los padres, puesto que en los jóvenes cuyos padres no tenían estudios había mayor proporción de jóvenes cuyos padres no trabajaban y esta categoría de la variable presentó mayor prevalencia para el consumo de hachís. Posteriormente, el ajuste por el resto de variables independientes en el análisis multivariante, aisló el efecto de las demás variables sobre las categorías de la variable nivel de estudios del cabeza de familia, siendo los jóvenes cuyos padres tenían nivel de estudios superiores los que mayor consumo de hachís presentaron.

En estos momentos el cannabis se ha convertido en la droga ilícita más ampliamente consumida en occidente, ocupando el tercer puesto en la lista de las drogas recreativas, tras el alcohol y el tabaco. Las actitudes hacia estas drogas, la aceptación colectiva y las discrepancias de criterios, así como los resultados oscilantes que han ofrecido las investigaciones han favorecido que determinados padres de nivel socioeconómico alto tiendan a aceptar el consumo entre sus hijos.

El estudio de Kandel y otros (324) en 7611 estudiantes de edades comprendidas entre 13 y 18 años pertenecientes a 53 escuelas de secundaria de New York, encontró que del total, 995 reconocieron haber probado la marihuana, aunque no había indicios de que este hecho hubiera tenido un impacto significativo en su rendimiento académico o en sus relaciones familiares. Los jóvenes que consumían estas drogas vivían en ambientes sociales en los que percibían un amplio consumo de drogas. Kandel encontró que la conducta de los padres era un factor determinante en la actuación de los que toman drogas, ya que el consumo paterno de alcohol y tabaco era importante a la hora de establecer el grado de experimentación con estas drogas por parte de sus hijos.

Los padres que no trabajaban, como para otros consumos de drogas, también fueron un factor de riesgo para los consumidores de marihuana. El equilibrio psíquico de una persona y su integración social dependen sobre todo de las condiciones objetivas de vida en que se encuentra y del ambiente en que vive cada día. Es un hecho que cuando existen una serie de problemas y situaciones conflictivas como la falta de trabajo, que dificultan la realización personal y social, se producen en mayor proporción procesos de desequilibrio psíquico y desajuste social que favorecen el consumo de drogas. En estos casos, la huida de los problemas de la vida que le rodea, la búsqueda de la libertad y la experimentación de cosas nuevas a la vez que una actitud

de pasividad son las razones que llevan al joven a consumir marihuana.

Los jóvenes más altos también fueron los que mayor porcentaje de consumidores presentaron y los de talla baja los que menor, en esta última categoría con significación estadística. Lo cuál confirma el mayor consumo en los jóvenes cuyos padres pertenecían a un mayor nivel socioeconómico.

Además de los jóvenes de mayor edad y los estudiantes de formación profesional son los jóvenes de nivel socioeconómico alto, según nivel de estudios de los padres y la talla de los jóvenes y los jóvenes cuyos padres no trabajaban los de mayor prevalencia para el consumo de hachís.

Cocaína

Los efectos buscados en la cocaína son la euforia, la alerta, la sensación de energía y el triunfalismo y por escapar de problemas personales.

La cocaína es el hábito más caro de mantener, pues el efecto es rápido e intenso pero dura poco tiempo, por lo que tienen que consumirlo cada pocas horas para mantener sus efectos. Entre los jóvenes la forma de uso es a dosis bajas y con una frecuencia irregular, al ser una droga cara, se compran un gramo entre varios y se comparte. Los efectos de la droga se producen en pocos segundos de esnifada y duran unos 15 o 30 minutos, produciendo una sensación de grandiosidad, potencia y autoestima sobredimensionada lo cual influye en una dependencia psicológica posterior. Pasado este momento se produce una depresión equivalente que hace que los consumidores tiendan a repetir la dosis una y otra vez. Además de los problemas físicos y psíquicos la adicción a esta droga casi siempre interfiere en las actividades

sociales y económicas del joven, a menudo se alejan de familiares y amigos gastando grandes cantidades de dinero en el hábito.

El consumo de cocaína fue mayor en los jóvenes de más edad, puesto que a menor edad los jóvenes tienen mayor preocupación por los problemas familiares que les genera la droga y por el control paterno, que también es mayor. Al aumentar la edad, existe mayor despreocupación a cerca de lo que piensan los padres y además suelen tener mayor independencia. Además, al aumentar la edad el contacto con la droga es más frecuente por los efectos de la propia sustancia y por la asociación que hacen de las formas de diversión con la droga.

Por otra parte la mayor disponibilidad económica en los jóvenes de más edad también va a explicar el mayor consumo en esta edad, pues cuanto mayor es la cantidad de dinero disponible, más alta es la prevalencia de consumo de cocaína (145). A menor edad los jóvenes también tienen mayores dificultades para adquirir la droga y mayor preocupación por el gasto que les ocasiona.

En los estudiantes de formación profesional, el consumo también fue mayor. Los escolares, por estar en un período de formación, cuando consumen sustancias psicoactivas de forma habitual ven disminuido su rendimiento académico, no pueden sacar todo el partido a sus posibilidades intelectuales, disminuyendo su concentración, sacan peores notas y tienen que repetir curso e incluso abandonar los estudios.

La probabilidad de haber consumido cocaína alguna vez tiene una relación directa con el número de cursos repetidos, aumentando la prevalencia en los que han repetido algún curso, tres

veces por encima de quienes no han repetido nunca curso. Además los consumidores de cocaína presentan un número de ausencias a clase muy superior a los no consumidores según el Observatorio Español sobre drogas (145). Lo cuál explicaría que sean estos estudiantes los que mayor prevalencia de consumo de cocaína presenten.

Además estas drogas pueden originar cambios en la personalidad del joven, como son cambios bruscos de emociones, irritabilidad, reacciones desproporcionadas e inesperadas, pereza, desinterés por las aficiones de antes que también van a afectar al rendimiento escolar.

El uso precoz y frecuente de las drogas puede perturbar el proceso madurativo del adolescente, provocando serios déficits en sus posibilidades de desarrollo y adaptación.

En los jóvenes cuyos padres no tenían estudios y en los jóvenes cuyos padres no trabajaban, tanto en los hombres como en las mujeres, aunque sin significación estadística, el consumo fue mayor.

Parece que la cocaína es una droga consumida por la clase menos adinerada, en un intento de alejarse de la heroína, droga estigmatizada como la sustancia de los delincuentes y marginales. Hace unos años estaba de moda entre los ejecutivos como símbolo de éxito social, en los últimos años su consumo se ha disparado entre los jóvenes en sus salidas nocturnas de fin de semana. El consumo estaría motivado por una situación de malestar y frustración, así como unas relaciones familiares negativas, principalmente en las situaciones de paro y económicamente difíciles, ante la falta de expectativas de mejora.

En cuanto a la talla, los hombres más altos y las mujeres de talla media son los de mayor

consumo. Lo cuál indicaría un nivel socioeconómico alto en el consumo de cocaína de los jóvenes. Parece que el consumo de determinadas drogas, es un fenómeno de profunda raíz social; sobre todo las que tienen efectos más destructivos y marginadores, como la cocaína, los alucinógenos y la heroína. La existencia de determinadas situaciones personales y familiares negativas y muy especialmente la configuración de unas actitudes ante la vida y la sociedad egocéntricas e instrumentales, son los principales factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento del consumo de estas drogas.

Éxtasis, drogas sintéticas

En el triunfo del éxtasis ha sido crucial su vinculación con un nuevo movimiento juvenil que combina elementos musicales, indumentaria y lúdicos en forma de fiestas multitudinarias que se alargan durante días. La simbiosis entre una droga y un estado músico-festivo es un hecho reiterado en las oleadas de subculturas juveniles desde los años cincuenta como el rock psicodélico y el LSD en la década de los sesenta. El éxtasis ha aportado una novedad instrumental por sus efectos estimulantes y psicodélicos que concuerdan con la mayor intensidad y duración de la fiesta (327).

El hecho de que a mayor edad el horario de salidas nocturnas suele ser más amplio y hay una mayor disponibilidad económica, aumentando las ocasiones de contacto con las pastillas en los lugares festivos y la necesidad de aguantar las horas que pasan fuera de casa, parece explicar la mayor proporción de jóvenes que consumen éxtasis.

Los jóvenes que estudiaban formación profesional presentaron mayor porcentaje de consumidores de éxtasis y pastillas de diseño en el primer análisis, sin embargo en el análisis

multivariante las mujeres que estudiaban 4º de ESO fueron las que presentaron mayor prevalencia, además de los hombres que estudiaban formación profesional. Probablemente la confusión de la variable edad con el curso en el análisis bivariante, fue el responsable de los primeros hallazgos, puesto que los estudiantes de formación profesional presentaron mayor porcentaje de jóvenes de 17 o más años y estos a su vez presentaron también mayor prevalencia para el consumo de éxtasis.

Las razones por las que estos jóvenes probablemente consumen éxtasis son el hedonismo, el pasarlo bien, el escapar de una realidad problemática, no aburrirse, comunicarse mejor con los demás. Suelen ser vagamente disconformes, pesimistas y desencantados de un mundo que no le gusta, no comprende y cree que no puede cambiar. Por lo que su mayor interés es esperar el fin de semana para salir de fiesta, cuantas más horas mejor. En estas circunstancias el control paterno ejercido en cuanto al horario de salida y regreso es fundamental. Lo que lleva a pensar que es escaso en los hombres estudiantes de formación profesional y en las mujeres de 4º de ESO.

El consumo fue mayor en los jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores, tanto en hombres como en mujeres, aunque en el primer análisis bivariante los hombres cuyos padres no tenían estudios fueron los de mayor prevalencia. Probablemente la confusión con la variable ocupación del cabeza de familia invirtiera la tendencia, puesto que los jóvenes cuyos padres no trabajaban también presentaron mayor prevalencia para el consumo de éxtasis. No obstante el nivel de estudios del cabeza de familia no mostró diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la situación laboral fueron los hombres cuyos padres no trabajaban los de mayor prevalencia y en el caso de las mujeres las que tenían padres trabajando, en los dos

análisis, aunque sin significación estadística.

Las condiciones de vida en las que las relaciones familiares son negativas, principalmente si se unen a situación de paro, así como las situaciones económicas difíciles y la falta de expectativas de mejora tienen importancia en el consumo de drogas en estos jóvenes, cuyas motivaciones serían hedonistas y de huida de la realidad. A su vez el mayor consumo en las mujeres cuyos padres trabajan confirma el mayor consumo de los jóvenes que tienen mayor nivel socioeconómico.

Los hombres más altos y las mujeres de talla media fueron los que mayor prevalencia presentaron de consumo de éxtasis. Así como los jóvenes de talla baja fueron los que menor proporción de consumidores mostraron, tanto los hombres como las mujeres, aunque sólo fue significativo en el caso de los hombres.

La altura como indicador socioeconómico, en este caso alto, viene a confirmar los resultados obtenidos con la variable nivel de estudios del cabeza de familia, es decir mayor proporción de consumidores en el nivel socioeconómico alto. Por lo que las razones del mayor consumo, serían las mismas.

Alucinógenos

Quienes los consumen buscan la distorsión de la realidad, la alucinación. Los colores, los sonidos y los sentimientos se agudizan e intensifican. Su consumo ha pasado por diferentes etapas, estando más o menos de moda casi siempre en un contexto ideológico determinado, la psicodélica; aludiendo al efecto iluminador de la psique que se atribuye a estas sustancias. Los

alucinógenos son las drogas visionarias por excelencia y se consumen para escapar de problemas personales y por el gusto de hacer algo prohibido.

La mayoría de quienes han probado alguno de los alucinógenos por primera vez no les ha gustado lo que han visto y sentido bajo sus efectos. Además saben que llevan mezcladas sustancias diversas y peligrosas para quienes no las conoce, por lo que suele restringirse a grupos que están muy seguros del tipo de sensaciones que van a experimentar y desean explorar su mundo psíquico. Son jóvenes temerarios y entendidos en la materia. Aunque los efectos no siempre pasan cuando se eliminan los alucinógenos del cuerpo, apareciendo los flashbacks, que son la repetición de los efectos alucinatorios vividos tras el consumo y que causan ansiedad, pánico y confusión. Por todo ello, parece explicar el mayor consumo en los jóvenes del grupo de más edad.

Los estudiantes de formación profesional son jóvenes con peor rendimiento escolar, tienen mayor ociosidad, pasan más tiempo en la calle con el grupo de amigos. El barrio y los amigos van a favorecer el consumo de drogas. La droga está en la calle y los jóvenes se caracterizan por la curiosidad, por querer probarlo todo, sentir y establecer diferencias con los padres. El grupo ejerce presión pues para ellos es muy importante y harán cualquier cosa por preservarlo y agradarle.

Los hombres cuyos padres no tenían estudios y las mujeres cuyos padres tenían estudios superiores fueron los de mayor prevalencia, a pesar de que las mujeres cuyos padres no tenían estudios en el primer análisis fueron las que mayor porcentaje de consumo de alucinógenos presentaron.

Las crisis familiares, la falta de comunicación y la incapacidad de conservar relaciones familiares armoniosas por incomprensión y autoritarismo por parte de los padres, pueden originar rebelión de los hijos; así como un carácter desorganizado y anómalo de algunas familias pueden llevar a los jóvenes al consumo de este tipo de drogas.

Tanto los hombres como las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor consumo. Lo cual puede explicar el mayor consumo del primer análisis en las mujeres cuyos padres no tenían estudios.

Una situación económica desfavorable influye en el consumo de drogas mediante la creación de un medio ambiente marginador. Lo cuál llevaría a los jóvenes a escapar de los problemas, a experimentar y pasar el rato con este tipo de sustancias (323).

En cuanto a la talla, tanto los hombres como las mujeres de talla media, presentaron mayor prevalencia. Lo cuál es apoyado por el hecho de que los jóvenes de talla media fueron los que mayor porcentaje presentaron de padres que no trabajaban y que también tenían mayor prevalencia para el consumo de alucinógenos.

No obstante no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al curso y a las variables socioeconómicas, es decir, nivel de estudios y ocupación del cabeza de familia, así como la talla de los jóvenes.

Anfetaminas

El consumo fue mayor en los jóvenes de más edad, sobre todo en las mujeres de 17 y más

años quienes al igual que para el consumo de tranquilizantes mostraron asociación estadísticamente significativas.

Las anfetaminas junto con la cocaína son los estimulantes más potentes. Recetadas contra la obesidad por la disminución del apetito que producen, también son consumidas, por los jóvenes, para aumentar el rendimiento físico e intelectual y para mantenerse despiertos, más tiempo. El speed, que es anfetamina o metanfetamina en polvo para esnifar, fue el primero que adquirió una cierta popularidad en el entorno de las discotecas y que se introdujo con la pretensión de facilitar largas horas de diversión, sin cansancio y con una buena estimulación general. La popularización inicial de esta sustancia facilitó la introducción del éxtasis, que es una variante anfetamínica con otros efectos añadidos. Tanto el speed como el éxtasis son las sustancias más consumidas en el fin de semana, en las que las pastillas tienen un papel central en la forma de divertirse.

Los efectos que producen en los jóvenes van a depender de las expectativas que tengan sobre la droga, el entorno y de las mezclas con otras drogas. Aunque las dosis no son muy altas van a variar de unos tipos de pastillas a otras, y algunos jóvenes llegan a tener periodos de uso muy intensivo y descontrolado. Lo cuál está facilitado por el hecho de ser una droga fácil de adquirir y cómoda de utilizar. Además tiene un precio más bajo que otras drogas de efectos similares como la cocaína.

Por todo ello la frecuencia de las salidas nocturnas, la hora de regreso a casa en el fin de semana y el tipo de ocio practicado, son las situaciones que van a condicionar el mayor consumo y puesto que a mayor edad el horario suele ser más amplio y suelen salir más, sobre todo los que acuden preferentemente a discotecas y bares, también tienen un consumo mayor.

En el primer análisis, los jóvenes que estudiaban formación profesional presentaron mayor porcentaje de consumidores de anfetaminas, sin embargo en el análisis multivariante las mujeres que estudiaban 2º de BUP fueron las que presentaron mayor prevalencia, además de los hombres que estudiaban formación profesional. Seguramente, al igual que ocurrió para el consumo de éxtasis, se produjo confusión de la variable edad con el curso en el análisis bivariante, puesto que los jóvenes de 17 o más años presentaron también mayor prevalencia para el consumo de anfetaminas.

Por un lado estos jóvenes, a diferencia de otras drogas tienen probablemente motivaciones referentes a la adaptación y éxito social, persiguen una mayor adecuación a la normativa social y tener éxito en los roles sociales, estudiar mejor, facilitar el contacto social y la conversación, explicando el mayor consumo en las mujeres que estudian 2º de BUP. Por otro lado, por su asociación con otras drogas como el éxtasis, en las salidas de fin de semana, tienen mayor relación con la falta de interés por los estudios, con el absentismo escolar y el bajo rendimiento académico que suele ser más frecuentemente observado en los estudiantes de formación profesional.

En cuanto al nivel de estudios del cabeza de familia, los hombres cuyos padres no tenían estudios fueron los de mayor consumo, sin embargo en las mujeres fueron las que tenían padres con nivel más alto.

La situación laboral de los padres de los jóvenes de mayor consumo fue distinta para los hombres y las mujeres. En el primer caso, los hombres cuyos padres no trabajaban fueron los de mayor consumo y en el caso de las mujeres fueron las que tenían padres trabajando las que

mayor proporción de consumo presentaron.

Igualmente que para el nivel de estudios, tanto el hecho de trabajar los padres como de no hacerlo, va a tener relación con la forma de educación y la permisividad horaria.

Los hombres de talla media y las mujeres más altas presentaron mayor prevalencia. Indicando mayor consumo en los jóvenes de nivel socioeconómico alto. La mayor libertad horaria y la mayor disponibilidad económica necesaria para estar más horas fuera de casa consumiendo anfetaminas, probablemente junto a otras sustancias, parecen que sean las razones que justifiquen la mayor prevalencia en este grupo.

Aunque el consumo de anfetaminas presenta una distribución heterogénea, por la diversidad de grupos sociales que usan estas sustancias. Al igual que los tranquilizantes, al ser un medicamento legal, su uso está muy extendido. Así se encuentra el uso de estas drogas con la finalidad de aumentar el rendimiento intelectual o físico o disminuir la fatiga en determinadas estudiantes. Por otro lado se encuentra su uso bajo prescripción médica, generalmente para dietas de adelgazamiento. Y finalmente, los que las utilizan en el tiempo de ocio, para permanecer más horas despiertos y divertirse.

Se pueden distinguir dos patrones de consumo de anfetaminas, por un lado, el de los hombres cuyas características apuntarían a un nivel socioeconómico bajo compuesto por los jóvenes cuyos padres no tenían estudios, los hombres cuyos padres no trabajaban y los de talla media que fueron los de mayor prevalencia. Por otro lado, las mujeres que estudiaban 2º de BUP, aquellas cuyos padres tenían estudios superiores y trabajaban, así como las de talla alta también presentaron mayor consumo y corresponderían a un nivel socioeconómico alto.

No obstante, tampoco para el consumo de anfetaminas se encontraron diferencias estadísticamente significativas, excepto para la edad.

La tendencia observada de mayor consumo de drogas cuanto mayor fue la edad de los jóvenes, también se ha observado en otros estudios en escolares como el de Navarro y Gómez basado en la encuesta a escolares de secundaria sobre drogas en el municipio de Madrid en 1997; el de Moncada y otros en 1998, en alumnos de enseñanza media de Terrassa; el de Mendoza y otros en 1998, en escolares españoles; el de Díez y otros en 1998 en estudiantes de secundaria de Barcelona; el estudio sobre conductas de riesgo en jóvenes en Estados Unidos en 1995 por el CDC; el de Soyibo y Lee en 1999, en escolares de secundaria en Jamaica; en el de Challier y otros en escolares en un área urbana de Francia; así como las encuestas sobre drogas a población escolar de toda España llevadas a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en 1994, 1996, 1998 y 2000.

La mayor prevalencia del consumo de drogas en los estudiantes de formación profesional también ha sido puesta de manifiesto por los estudios de Navarro, Mendoza, Díez y las encuestas de la Delegación del Gobierno para El Plan Nacional sobre drogas.

El estudio de Navarro y Gómez, encontró mayor proporción de consumidores para todas las sustancias en los jóvenes cuyos padres no trabajaban. En cuanto al nivel de estudios del cabeza de familia, coincidió con el presente trabajo en la situación del consumo de tranquilizantes en los hombres, que fue mayor en jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores, en el consumo de alucinógenos en las mujeres que también fue mayor en los jóvenes cuyos padres tenían mayor nivel educativo y en el consumo de anfetaminas en los

hombres, que fue mayor en los que tenían padres con menor nivel de estudios.

Hábitos alimentarios

En los países industrializados se ha observado en las últimas décadas un aumento del nivel socioeconómico de la población, junto con la industrialización y comercialización de la cadena alimentaria, determinando cambios en el estilo de vida con respecto a los hábitos, usos y gustos alimentarios de grandes segmentos de la población. Los hábitos dietéticos se caracterizan por el exceso en el consumo de calorías debido al incremento de la disponibilidad de alimentos y al mismo tiempo la disminución del ejercicio físico y por frecuentes desequilibrios entre nutrientes. Porcentualmente el consumo de grasa está en aumento tanto la grasa saturada como la poliinsaturada y el consumo de grasa monoinsaturada decreciendo. El consumo de alimentos de origen animal está aumentando lo que lleva al incremento del colesterol y de grasas saturadas en la dieta. Las frutas y verduras se consumen enlatadas o previamente cocinadas en vez de frescas, lo que determina pérdida de vitaminas y ciertos minerales (328).

Los hábitos alimentarios se inician en la familia, donde tiene una gran importancia las tradiciones, creencias, conocimientos sobre alimentación y nutrición, recursos económicos disponibles, así como el tiempo, facilidades y conocimientos culinarios (220). El joven, a su vez, desarrolla sus propios gustos, preferencia y aversiones configurando su patrón de conducta dietética. A medida que aumenta su edad entra en contacto con otros medios sociales como el grupo de pares y la comunidad, que van a proponer modificaciones o refuerzos a sus hábitos alimentarios iniciales. El contexto sociocultural ejerce sobre el niño una presión indirecta y en

muchas ocasiones, inconsciente, pero con efectos definitivos en la formación de sus hábitos alimentarios (329).

Consumo de leche y derivados

La proporción de jóvenes con un consumo de leche y derivados inferior a 2 raciones diarias, fue mayor en los jóvenes de más edad, aunque solamente el grupo de los hombres de 17 y más años mostró diferencias estadísticamente significativas.

En la adolescencia, como ya se dijo anteriormente, tienen lugar una serie de circunstancias que favorecen la aparición de desequilibrios en la alimentación como son la mayor autonomía para elegir el tipo de alimentos, la influencia de determinados hábitos sociales y la tendencia a rechazar las normas tradicionales (218). Estas circunstancias son más acusadas a medida que aumenta la edad. La irregularidad en el patrón de comidas y el abuso de las comidas de preparación rápida, tienen que ver con la edad, pues a medida que los jóvenes son mayores salen más y realizan más comidas fuera del hogar familiar.

Además la realización de dietas especiales por temor a la obesidad y la aparición en algunos casos de trastornos en la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia, también son más frecuentes a mayor edad, con relación a la imagen corporal que tienen de sí mismos (227). Durante la adolescencia se producen importantes cambios en la composición corporal acompañados por la aparición de los caracteres secundarios. Además aparecen una serie de cambios en la maduración emocional y psicosocial del adolescente (217, 218). El adolescente tiene que aceptar sus cambios morfológicos, buscar un nuevo concepto de sí mismo y una nueva identidad, encontrar un significado a su existencia y desarrollar su autoafirmación por su necesidad de autonomía. Todos estos acontecimientos pueden influir desfavorablemente en la

conducta alimentaria del adolescente.

Los jóvenes que estudiaban formación profesional, tanto los hombres como las mujeres, también presentaron menor consumo de leche y derivados lácteos, siendo estadísticamente significativo sólo en el caso de los hombres.

Las dificultades en los estudios y el bajo rendimiento escolar son importantes porque se asocian en muchas ocasiones a otros trastornos y pueden favorecer la presentación de alteraciones de conducta alimentaria. Suelen presentar un retraso escolar de dos a cuatro años en relación con los jóvenes de su edad (16). El fracaso en los estudios determina una baja autoestima y favorece el contacto con grupos marginales y conducta antisocial. En esta etapa de reafirmación personal pueden aparecer conflictos psicológicos o distorsiones de la imagen corporal, utilizando el alimento como símbolo, ocasionando con frecuencia conductas alimentarias de riesgo (227).

Con cierta frecuencia se observa entre niños y adolescentes una utilización del alimento como expresión de rechazo social, oposición al orden establecido o identificación ante su grupo, independientemente de los valores que éste pueda tener para su buena nutrición y su salud (220).

Los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron mayor porcentaje. En cuanto a la situación laboral fueron los hombres cuyos padres trabajaban los que menor consumo de leche y derivados presentaron y en el caso de las mujeres fueron aquellas cuyos padres no trabajaban. A pesar de que en el primer análisis, tanto hombres como mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor prevalencia. Probablemente en el caso de los hombres se produjo confusión

con la variable nivel de estudios del cabeza de familia, que para el nivel más bajo presentó también mayor prevalencia, con significación estadística.

Los factores que básicamente influyen en la conducta alimentaria son la disponibilidad de alimentos, los recursos económicos y la capacidad de elección. Si bien en la disponibilidad de alimentos influye el modelo económico del país, los factores geográficos y climáticos, la infraestructura de transporte y comunicaciones, las políticas alimentarias y nutricionales; los factores que condicionan la elección de alimentos según la oferta disponible incluyen aspectos psicológicos y costumbristas, las tradiciones, la cultura, la religión, pero sobre todo la economía familiar, factores sociales, los medios de comunicación y la influencia de la publicidad (329).

La publicidad ha revolucionado los hábitos sociales, generando cambios importantes en los estilos de vida, en los hábitos alimentarios, en la práctica de deporte y utilización del tiempo de ocio. En el caso de los alimentos, se han promovido aquellos que por sus características proporcionan servicios añadidos, comodidad de uso y sabores especiales como precocinados, salsas, batidos, helados, refrescos, zumos preparados, dulces de origen industrial, etc, (328, 329). En general son alimentos que deben consumirse con moderación y que no son básicos (222). La falta de criterios claros a cerca de una buena alimentación, probablemente en los que tienen menor nivel educativo, va a facilitar la influencia de la publicidad de forma negativa.

La falta de poder adquisitivo puede constituir causa de mala alimentación en sectores sociales económicamente débiles y aunque, en general, las personas de posición social y económicamente superiores se encuentran mejor alimentadas, a veces se observan trastornos

nutricionales por una mala distribución del gasto en la alimentación. Las familias con menor nivel de estudios dedican mayor proporción del gasto familiar en alimentación, aunque con baja calidad nutricional según el MAPA (232).

En los problemas nutricionales subyace un importante problema educativo. La educación nutricional en el ámbito familiar es de gran importancia para el desarrollo de hábitos alimentarios saludables. La familia debe promover la adquisición de conocimientos, habilidades y hábitos relacionados con una alimentación equilibrada, que van a constituir normas para una conducta que debe perdurar en el joven. El desconocimiento de las consecuencias negativas que tiene para la salud, los hábitos insanos que practican, la actitud en relación con el hábito, los obstáculos para el cambio de conducta como la situación laboral y económica desfavorable y la falta de motivación o de habilidades para el cambio son factores que van a condicionar unos malos hábitos alimentarios en los jóvenes (220, 329).

La mayor proporción de hombres que realizaban menor consumo de leche y derivados cuyos padres trabajaban podría explicarse por el hecho de que los padres tuvieran menor nivel de estudios o por la situación de mayor tiempo fuera del hogar, con lo que tendrían menor control sobre los alimentos consumidos por sus hijos.

Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas según la talla, los hombres de talla media y las mujeres de talla baja fueron los que mayor porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de leche y derivados lácteos presentaron.

Consumo de frutas y zumos

Los jóvenes de más edad y los estudiantes de formación profesional presentaron menor consumo de frutas y zumos, aunque sin significación estadística; sin embargo los jóvenes estudiantes de 4º de ESO, tanto los hombres como las mujeres, fueron los que mostraron mayor consumo con significación estadística.

Las mismas circunstancias comentadas para el consumo de leche y derivados, tienen aquí el mismo valor. A medida que los jóvenes tienen más edad, realizan más comidas fuera del hogar, se produce irregularidad en el patrón de comidas y se consumen más alimentos preparados. Las frutas en este tipo de alimentación rápida fuera del hogar, tienen poco protagonismo. Por otro lado los jóvenes estudiantes de formación profesional, suelen presentar también menor consumo de otros grupos de alimentos, por lo que en general parece que no tienen una buena educación en hábitos alimentarios. Además presentan mayor prevalencia de otras conductas de riesgo que tienen relación con el mayor tiempo que pasan fuera del hogar y centros escolares, condicionando una alimentación irregular y desequilibrada.

El adolescente actual en los países desarrollados se encuentra frente a un mercado de bienes de consumo extenso y diversificado, sometido a un gran número de impactos publicitarios desde los diferentes medios de comunicación, que le proporcionan abundante información no siempre rigurosa, otras veces contradictoria y sensacionalista, creando necesidades inexistentes y generando el deseo de consumo de alimentos que muchas veces carecen de los nutrientes necesarios para una buena alimentación (218). Los medios tienen una gran capacidad de hacer llegar los mensajes a grandes masas de población de manera rápida, atractiva, eficaz y con gran calidad técnica. Así, cuando los jóvenes tienen que tomar decisiones en materia de selección de alimentos, la comodidad, el precio, la moda, el prestigio, la diversidad de sabores y presentaciones de los alimentos ejercen una gran fuerza en la decisión

final (329).

Los jóvenes cuyos padres no tenían estudios presentaron menor consumo de frutas y zumos, en ambos análisis con significación estadística, así como los jóvenes cuyos padres no trabajaban, aunque la ocupación no mostró diferencias significativas para el consumo de frutas y zumos.

A pesar de que la cultura en materia de alimentación, nutrición de los consumidores ha aumentado y de que existe una conciencia colectiva respecto a la relación directa de la dieta equilibrada y la salud así como de la necesidad de seguir determinadas pautas en la elección y combinación de alimento para prevenir algunas enfermedades crónicas (330), parece evidente que las personas con menor nivel de estudios siguen determinando peores hábitos alimentarios en los hijos. Los estudios poblacionales como los de Aranceta y otros, también han puesto de manifiesto que las personas con nivel cultural más elevado y que practican habitualmente ejercicio físico consumen mayores cantidades de frutas. Por el contrario, las personas que realizan mayores aportes de grasa total, ácidos grasos saturados y colesterol habitualmente realizan consumos de frutas inferiores (328).

Por otra parte el menor poder adquisitivo, por el hecho de no trabajar los padres también parece ser un condicionante del menor consumo de frutas y zumos, probablemente relacionado también con el menor nivel de estudios de los padres.

La alimentación es uno de los factores clave en el rendimiento y productividad, tanto físico como intelectual, de los individuos. Puesto que la capacidad de trabajo es directamente proporcional a la alimentación, quienes se alimentan mal encontrarán dificultades para elevar su

nivel de vida.

En cuanto a la talla, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el análisis multivariante, aunque fueron los jóvenes de talla baja los que menos zumos y frutas tomaban.

Las frutas son un grupo de alimentos especialmente interesante por su alto contenido en antioxidantes, agentes fitoquímicos y fibra dietética, sustancias relacionadas con una menor frecuencia de aparición de problemas de salud como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la diverticulosis, etc. Tienen una función parecida a las de las verduras y hortalizas, son alimentos reguladores, proporcionan vitaminas y sales minerales, aunque con mayor cantidad de hidratos de carbono, por lo que son más energéticos. Los hidratos de carbono son principalmente monosacáridos y disacáridos (fructosa y sacarosa), que son de fácil digestión y rápida absorción. El almidón, hidrato de carbono complejo, sólo se encuentra en el plátano poco maduro (300, 302). Probablemente estos jóvenes además de pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, consuman menores cantidades de otros alimentos de gran importancia para el crecimiento, que les va a condicionar su menor talla.

Consumo de verduras y hortalizas

En este caso son los más jóvenes, los de 15 años, tanto los hombres como las mujeres, los que menos verduras tomaban, aunque los hombres de 17 o más años presentaron mayor prevalencia en el análisis bivariante. Pudo deberse a la confusión de la variable edad con el curso, puesto que los que estudiaban formación profesional también presentaron menor consumo de verduras y hortalizas y el grupo de jóvenes con mayor edad presentó mayor porcentaje de estudiantes de formación profesional.

Las verduras y hortalizas no suelen ser los alimentos preferidos por los niños, de no haber una buena educación alimentaria desde muy pequeños, van a preferir otro tipo de alimentos, generalmente del grupo de hidratos de carbono. Se dejan llevar por la presentación, los sabores y la publicidad. Probablemente a medida que aumenta la edad de los jóvenes, son más conscientes de los beneficios de una buena alimentación y sea entonces cuando decidan tomar alimentos de este grupo.

Los jóvenes cuyos padres no tenían estudios, los que sus padres no trabajaban y los que tenían talla baja son los que menos verduras y hortalizas consumieron, aunque solamente el nivel de estudios del cabeza de familia, en el caso de las mujeres, mostró diferencias estadísticamente significativas.

Es evidente que para este grupo de alimentos, el nivel socioeconómico bajo medido tanto como nivel de estudios y ocupación del cabeza de familia, como por la talla de los jóvenes, presentó una significación consistente. Por lo que se deduce una deficiencia educativa muy importante en los padres con respecto a los conocimientos sobre los beneficios que proporcionan los alimentos de este grupo, como a pautas de consumo y que además no son de los de mayor precio.

El grupo de verduras y hortalizas incluye una amplia gama de alimentos, aportan nutrientes similares y son alimentos de bajo contenidos energético ya que casi un 80% de su composición es agua. Aportan vitaminas A y C y gran cantidad de fibra vegetal. Las verduras y hortalizas más verdes son más ricas en carotenos (300, 302). Como para el consumo de frutas el nivel socioeconómico bajo parece ser el determinante de la mala alimentación de estos jóvenes.

Consumo de hidratos de carbono

En cuanto al consumo inferior a 3 raciones diarios de alimentos hidrocarbonados y cereales fueron los jóvenes de más edad, los hombres que estudiaban 4º de ESO y las mujeres de 2º de BUP quienes presentaron mayores porcentajes, aunque sin significación estadística excepto para los hombres de 17 y más años. La variable edad pudo confundir a la variable curso, puesto que los hombres que estudiaban formación profesional presentaron en el primer análisis mayor prevalencia.

Los jóvenes a mayor edad, también están más preocupados por la figura y el temor a la obesidad, lo que les lleva en muchos casos a suprimir alimentos que ellos consideran les van a engordar. Esta preocupación se observa con mayor frecuencia en jóvenes de nivel socioeconómico más alto, por lo que no van a ser los estudiantes de formación profesional los que menor consumo de estos alimentos realicen.

El nivel de estudios de los padres de los jóvenes no mostró diferencias estadísticamente significativas, no obstante los hombres cuyos padres no tenían estudios y las mujeres cuyos padres tenían estudios básicos presentaron mayor porcentaje de jóvenes con un consumo inferior a 3 raciones diarias del grupo de alimentos hidrocarbonados.

Aunque se observó heterogeneidad en cuanto a la ocupación de los padres, puesto que tanto los hombres cuyos padres no trabajaban como las mujeres cuyos padres sí trabajaban, presentaron los mayores porcentajes, las diferencias fueron estadísticamente significativas. Esto va a condicionar la forma de alimentarse de los jóvenes, ya que está estrechamente ligada a la estructura organizativa y a la distribución de los papeles de los miembros que constituyen la

familia. Si los padres trabajan, probablemente se consumirán en mayor proporción alimentos preparados, y en algunos casos puede que las cantidades consumidas no sean las adecuadas.

Las pautas de conducta que rigen la vida de los jóvenes están fuertemente arraigadas en la tradición y siendo la familia el primer escenario de la convivencia social, toda transformación que en ella se produce tiene enorme trascendencia en el ejercicio de las funciones socializadoras y educativas que se derivan de ella provocando cambios y tendencias en las conductas de los jóvenes. Las consecuencias de la dinámica de la familia actual sobre el desarrollo de los individuos, las nuevas jerarquías de valores, el papel educativo que la familia está cumpliendo desde las nuevas perspectivas de la libertad y la tolerancia, afecta también a la forma de alimentarse (329).

No obstante un control paterno excesivo, la norma inflexible y la posición autoritaria, así como por otro lado la permisividad irresponsable y la pasividad por parte de los padres que renuncian a cualquier tipo de intervención, la ausencia de normas y códigos puede llevar a los jóvenes a una total indefensión por cuanto, al carecer del modelo de la conducta adecuada, tienen dificultades para encontrar el modelo deseable que les permita una integración en el ámbito social.

Los jóvenes de talla baja, tanto los hombres como las mujeres, fueron los que menos hidratos de carbono consumieron, aunque no se observaron diferencias significativas en el análisis multivariante en cuanto a la talla.

Los cereales constituyen una importante fuente de hidratos de carbono complejos (almidón) y de proteínas de origen vegetal. En este grupo se incluyen las harinas que se

obtienen de los cereales como son el trigo, arroz, maíz, cebada, etc. Así como los productos que se elaboran con éstas: pan, pastas alimenticias, galletas. Es un grupo principalmente energético. En este grupo se incluye también a la patata, otros tubérculos y raíces como son el boniato y batata. Son alimentos ricos en hidratos de carbono y con alto contenido en agua (70%). En el mundo occidental se recomienda que la energía total ingerida a lo largo del día debe proceder en un 50-60% de los hidratos de carbono, por lo que los alimentos de este grupo deben ser la base de la alimentación, así como las legumbres ricas en hidratos de carbono complejos, aunque estén incluidas en el grupo de carnes (300, 302, 313).

En cuanto al consumo de 8 raciones o más al día de alimentos del grupo de los hidratos de carbono, fueron los hombres más jóvenes y las mujeres de más edad los que mayores consumos presentaron, en este último grupo con significación estadística. Este resultado coincide con el hecho de que son también los más jóvenes quienes menos consumo de alimentos del grupo de las verduras y hortalizas realizaban.

Así como también los que estudiaban formación profesional presentaron mayor consumo, aunque sólo los hombres mostraron diferencias estadísticamente significativas. Seguramente el hecho de que las comidas que se realizan estos jóvenes de forma irregular y fuera de casa se componen principalmente de alimentos ricos en hidratos de carbono y con menor valor nutritivo.

Los hombres cuyos padres tenían estudios superiores y las mujeres cuyos padres no tenían estudios, así como los jóvenes cuyos padres no trabajaban también consumieron mayores cantidades de hidratos de carbono al día, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas en ningún caso.

El mayor consumo en los jóvenes cuyos padres tenían estudios superiores como indicador de nivel socioeconómico alto, viene a confirmar la tendencia observada de mayor consumo de alimentos energéticos y su relación con la obesidad en los países desarrollados. La abundancia de alimentos en algunos países y poblaciones de mayor nivel socioeconómico, junto al menor gasto energético por el tipo de vida más sedentaria, ha conducido al incremento de algunas enfermedades ligadas al consumo excesivo de azúcares. Actuando como factores de riesgo de enfermedades como la caries dental, la obesidad, la enfermedad cardiovascular y la diabetes. Por otra parte, los grupos de población con menor nivel de estudios y socioeconómico también realizan consumos mayores de pan y patatas, así como grasas (331).

En cuanto a la talla, fueron los hombres más altos y las mujeres de talla media los que mayores porcentajes presentaron, aunque sin significación estadística. Por otra parte, los jóvenes de talla baja fueron los que menor consumo de alimentos del grupo de hidratos de carbono realizaron, siendo significativo en el caso de los hombres.

También la talla parece apoyar la idea de mayor prevalencia de un consumo elevado de alimentos del grupo de los hidratos de carbono, por encima de las recomendaciones dietéticas, en los jóvenes con mejor nivel socioeconómico.

Consumo de alimentos del grupo de proteínas

El consumo inferior a 2 raciones diarias del grupo de carnes presentó mayor prevalencia en los hombres de 16 años, en las mujeres de más edad, en los hombres que estudiaban 4º de ESO, en las mujeres que estudiaban 2º de BUP, en los hombres cuyos padres tenían estudios medios y en las mujeres cuyos padres tenían estudios superiores. Los hombres cuyos padres no trabajaban

y las mujeres cuyos padres trabajaban también presentaron mayor porcentaje. En ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas excepto para las mujeres de 17 y más años.

La incorporación creciente de la mujer al trabajo fuera del hogar ha sido un factor acelerador de cambios importantes en los hábitos alimentarios de la población, acompañado de nuevos usos y costumbres en la organización de la alimentación familiar. A lo que hay que añadir la gran oferta alimentaria y variada, en la que adquieren cada vez mayor protagonismo los alimentos procesados y transformados en detrimento de los productos frescos sin elaborar.

Actualmente el consumo de carne viene determinado en gran parte por el precio y el aumento de ingresos de la población suele acompañarse de un mayor consumo de carne, uno de los alimentos más deseados por el hombre que cuando tiene acceso a ella, la consume en cantidades importantes, sin embargo, son las clases bajas económicamente, las que más alimentos cárnicos adquieren. Por otra parte, hay que tener en cuenta que los jóvenes realizan consumos inferiores de pescados y legumbres, que los adultos.

La talla tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas, siendo los hombres de talla baja y las mujeres de talla media los que presentaron menor consumo de alimentos de este grupo.

El consumo de 7 o más raciones diarias del grupo de carnes, fue mayor en los hombres de 16 años, en las mujeres de más edad, en los hombres que estudiaban formación profesional y las mujeres que estudiaban 4º de ESO, con significación estadística en todos los casos, a pesar de que las estudiantes de formación profesional presentaron mayor prevalencia en el primer análisis, probablemente por confusión con la variable edad.

En cuanto a las variables socioeconómicas, es decir, el nivel de estudios y la ocupación del cabeza de familia, así como la talla de los jóvenes, no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

No obstante, los hombres cuyos padres tenían estudios superiores y las mujeres cuyos padres tenían estudios medios, presentaron mayor consumo del grupo de carnes, aunque los hombres cuyos padres tenían estudios básicos en el primer análisis fueron los de mayor prevalencia, probablemente se produjo confusión con la variable talla, puesto que los hombres de talla media presentaron también mayor prevalencia y se observó que los hombres cuyos padres tenían estudios básicos presentaron mayor proporción de jóvenes con talla media.

Por otra parte, los hombres cuyos padres no trabajaban y las mujeres cuyos padres sí trabajaban, también presentaron mayor consumo. Las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor prevalencia para el consumo del grupo de carnes en el análisis bivariante, seguramente otras variables que también presentaron mayor prevalencia actuaron confundiendo, como la variable curso, puesto que las estudiantes de 4º de ESO presentaron mayor consumo del grupo de proteínas y a su vez las mujeres cuyos padres no trabajaban presentaron mayor proporción de estudiantes de 4º de ESO que las mujeres cuyos padres trabajaban.

Una ingesta moderada de carne y derivados es conveniente, por ser fuentes de proteínas de elevado valor biológico, de hierro, de cinc y de vitaminas del grupo B. Pero cuando es excesiva, como sucede en los países industrializados, se incrementan el gasto metabólico y el riesgo cardiovascular, por los aportes de grasas saturadas, colesterol y sodio. También se ha observado que el consumo de huevos es mayor en las personas que viven solas y las de nivel

socioeconómico bajo (331).

En cuanto a la talla, fueron los hombres de talla media y las mujeres de talla alta los que presentaron mayor prevalencia.

Las dietas hiperproteicas, aunque provocan un aumento inicial de la masa magra, y de la función inmunológica. Posteriormente pueden provocar toxicidad por un aumento de la excreción de calcio urinario, toxicidad por sobrecarga de aminoácidos que afectaría la función excretora del riñón, aunque no existen evidencias suficientes de que niveles muy altos o bajos de proteínas produzcan problemas de salud, siempre que se cubran correctamente las necesidades energéticas con un equilibrio entre las fuentes alimentarias animales y vegetales de proteínas (331).

En general los jóvenes que presentaron menor consumo de los principales grupos de alimentos fueron los que también presentaron menor talla. Lo cual como ya se ha comentado, además de ser un determinante de pertenencia a un nivel socioeconómico bajo y que va a condicionar una alimentación más deficitaria, a su vez ésta va a ser responsable de la menor talla.

La talla baja se ha observado es consecuencia de una mala alimentación mantenida durante muchos años. Los niños y jóvenes bien nutridos de diferentes orígenes étnicos difieren poco en su talla, alrededor del 3% y en su peso, el 6%. Sin embargo, los niños de nivel socioeconómico bajo, que viven en países desarrollados, presentan talla y peso menores del 12% y 30% respectivamente a los de nivel socioeconómico alto (217).

Las medidas físicas de un organismo son la consecuencia de factores genéticos y ambientales; de los cuales uno de los más importantes es la nutrición. Durante el desarrollo, un enlentecimiento del crecimiento es probablemente el primer cambio que ocurre en respuesta a un problema nutricional. Además del crecimiento en longitud, en la adolescencia se produce el incremento de masa corporal, que casi se duplica durante este periodo. Puesto que los requerimientos nutritivos están estrechamente relacionados con el aumento de masa, el pico máximo de las necesidades nutritivas coincidirá con el momento de la máxima velocidad de crecimiento. Esto conlleva una elevación de las necesidades proteicas, energéticas y de algunos micronutrientes que superan las de cualquier otra época de la vida (218). Por lo que unos hábitos inadecuados a estas edades van a influir en la estatura final de estos jóvenes.

La nutrición actúa sobre el crecimiento de una manera directa, mediante el efecto que el aporte de substratos energéticos y moléculas con funciones estructurales tiene sobre el metabolismo celular, e indirectamente a través del sistema endocrino, principalmente la insulina y el eje de la hormona del crecimiento. Dentro del ritmo de crecimiento característico de un determinado tejido existen variaciones sexuales muy importantes como sucede en el tejido adiposo, incluso el comportamiento frente a la ingestión de una misma dieta es diferente en el niño y en la niña. En general, el varón utiliza mejor los nutrientes, en cambio la niña tiene una mayor estabilidad genética frente a la deficiente nutrición y otras condiciones ambientales desfavorables (218).

Estos hechos confieren a la nutrición del adolescente una gran importancia. Por eso, al planificar la alimentación hay que hacerlo sabiendo que debe cumplir un triple objetivo (302, 332):

1. Cubrir las necesidades energéticas y plásticas para permitir un crecimiento y desarrollo normales. 2. Evitar carencias y desequilibrios entre los distintos nutrientes, debido al exagerado anabolismo el adolescente es muy sensible a las restricciones calóricas y a las carencias en proteínas, algunas vitaminas y oligoelementos. 3. Contribuir a prevenir una serie de enfermedades del adulto relacionadas con la nutrición.

La comparación de los resultados del presente trabajo con otros estudios sobre hábitos alimentarios, es de gran complejidad por la diversidad metodológica empleada en los diferentes estudios. Así mientras unos valoran la ingestión de energía y nutrientes, otros valoran alimentos por separado y otros sólo aquellos de mayor riesgo para la salud como serían bajo consumo de alimentos del grupo de las verduras y las frutas y un elevado consumo de alimentos con alto contenido en grasas.

El estudio de Barcelona sobre hábitos alimentarios de dos poblaciones (238) puso de manifiesto ingestas elevadas de hidratos de carbono y ácidos grasos monoinsaturados, aunque con un patrón de consumo mediterráneo. El consumo de pescado, frutas, verduras y hortalizas fue inferior al recomendado. Presentaron también un consumo elevado de azúcares, helados y alimentos y bebidas azucaradas, sobre todo los más jóvenes.

Los resultados obtenidos sobre los hábitos dietéticos según el nivel socioeconómico, coinciden con otros estudios fuera de España. Así un estudio en niños y jóvenes en Finlandia sobre los hábitos dietéticos y el nivel socioeconómico (214), encontró asociación de los hábitos dietéticos de los jóvenes con la ocupación y el nivel educativo de los padres, probablemente por una concienciación de los hábitos más saludables, mientras que los ingresos familiares tienen una influencia en la selección de la dieta, aunque no de los nutrientes contenidos en la dieta.

Otros estudios en Suecia e Inglaterra, también han demostrado que los jóvenes de las clases sociales más altas tienen mejor dieta y los niños de los grupos sociales bajos tenían dietas de peor calidad. El nivel educacional de la madre es un buen predictor de la calidad de la dieta de los hijos, cuando las madres tenían más alto nivel educativo, la densidad de nutrientes de la dieta de los hijos era más alta. Los niños de familias con nivel socioeconómico más alto consumían más frutas y menos productos con alto contenido en grasas que los niños de familias con bajo nivel socioeconómico.

En Estados Unidos, el estudio de Lowry R y otros (32) sobre factores de riesgo en adolescentes, encontraron que el 86,4% de las mujeres y el 84,4% de los hombres consumieron menos de 5 raciones de frutas y verduras el día anterior a la encuesta, el porcentaje fue mayor a mayor edad, y además el 29,1% de las mujeres y el 38,2% de los hombres consumieron más de 2 raciones de alimentos con alto contenido en grasa. En cuanto al nivel socioeconómico, los jóvenes cuyo adulto responsable tenía menor nivel de estudios presentaron porcentajes más altos en los hábitos alimentarios de riesgo que los jóvenes cuyos padres tenían mayor nivel de estudios.

Por otra parte, el estudio sobre conductas de riesgo en jóvenes en Estados Unidos de 1995 (15), puso de manifiesto que el 77,3% de las mujeres y el 67,4% de los hombres consumieron menos de 5 raciones de frutas y verduras el día anterior a la encuesta. El 28,4% de las mujeres y el 49,7% de los hombres consumieron más de 2 raciones de alimentos con alto contenido en grasas el día anterior a la encuesta.

En España los datos sobre la ingesta de energía y nutrientes procedentes del Estudio

Nacional de Nutrición y Alimentación realizado por el Departamento de Nutrición de la Universidad Complutense de Madrid a partir de los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares 1991 del Instituto Nacional de Estadística, recogidos en los indicadores de salud de 1999 (2), muestran mayor consumo de energía y nutrientes, como los lípidos, hidratos de carbono y proteínas, en los niveles socioeconómicos más bajos que en los altos, basado en el nivel educativo de la población encuestada.

Las clases sociales media y alta se han ampliado en la población en la última década realizando una dieta muy similar, desapareciendo prácticamente las diferencias alimentarias existentes entre las clases sociales alta y media, aunque observaron un pequeño grupo de clase social baja que representa el 9,7% de la población, que consume cantidades significativamente inferiores de energía y nutrientes. Parece corresponder a un grupo marginal, como ocurre en otros países donde un 10% de la población no está integrada socialmente y presentan un consumo menor de pescado, verduras, tubérculo o frutas (240).

Realización de ejercicio físico

Se observaron mayores porcentajes de inactividad física en las mujeres que en los hombres, para los mismos grupos de edad, y mayor cuanto más edad tenían los jóvenes, con significación estadística. Este resultado coincide con los de otros estudios. Además, cuando se ajustó por el resto de las variables independientes, en el análisis de regresión logística, fueron los jóvenes de más edad quienes mayor prevalencia de inactividad física presentaron, aunque sólo fue significativo estadísticamente para los hombres de 17 y más años.

Esta tendencia observada del incremento de jóvenes que realizaban menor ejercicio físico según aumentaba la edad, puede deberse a que a medida que los jóvenes se hacen mayores, sobre todo a partir de la pubertad, empiezan a salir más y a dedicar más tiempo al grupo de amigos y a la diversión, como ya se ha comentado anteriormente y, en algunos casos, se abandonan prácticas deportivas que se realizaban en el ambiente escolar o centros deportivos, sobre todo cuando el hábito del ejercicio físico no estaba totalmente consolidado; a lo que hay que añadir que, en muchas ocasiones, los amigos tampoco practican ningún deporte. Además, el mayor número de horas que tienen que dedicar los jóvenes al estudio a medida que realizan cursos superiores también parece explicar el mayor sedentarismo en los grupos de más edad, sino estaban habituados a la práctica de algún deporte.

No obstante la capacidad física está bastante desarrollada en los jóvenes, sin embargo hay que tener en cuenta las diferencias entre la capacidad física de varones y mujeres. A pesar de que éstas son más flexibles, en las chicas jóvenes además, como se observa en otros estudios, tienen mayor predisposición a la falta de realización de ejercicio físico.

Por eso, a pesar de que todos los beneficios del ejercicio físico pueden ser aplicables de forma general a cualquier edad, las recomendaciones sobre actividad física deben hacerse en función de la edad biológica, teniendo en cuenta las características fisiológicas, médicas y psicológicas, los objetivos prioritarios, las actividades recomendadas y las precauciones a tener en cuenta en cada grupo de edad (263). De lo contrario, los jóvenes perderán el interés por el deporte a medida que van creciendo y experimentando con otras situaciones que les aportan diversión y entretenimiento.

Los motivos que en general tienen los jóvenes para realizar algún deporte son estar sano, estar en forma, hacer nuevos amigos, divertirse y estar con los amigos. Es una etapa ideal para

el deporte de competición y para la adquisición de un estilo de vida físicamente activo, evitando la adquisición de hábitos perjudiciales como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Estudios como el de Perula y otros (16, 23, 279, 280), confirman la misma tendencia observada en el presente estudio con la edad y el género.

En cuanto al curso, fueron los hombres que estudiaban formación profesional y las mujeres que estudiaban 2º de BUP, los que menos ejercicio físico realizaron, aunque sin significación estadística. A pesar de que fueron los estudiantes de 2º de FP-I, tanto hombres como mujeres, los que mayor prevalencia de inactividad física presentaron en el primer análisis bivalente. Probablemente se produjo confusión de la variable curso con la edad, puesto que los estudiantes de formación profesional presentaron mayor proporción de jóvenes de más edad que los estudiantes de los otros cursos y a mayor edad se observó mayor prevalencia de inactividad física.

Según el estudio de Mendoza R 1994, los jóvenes de formación profesional creen, en mayor proporción que los estudiantes de los otros cursos, no disponer de instalaciones para la práctica deportiva. Así como también estos alumnos manifiestan tener menos satisfacción por las clases de educación física y un gran porcentaje afirma que no asiste a las clases de educación física del colegio y otros afirman no tener dichas clases. Además encuentran que los alumnos que tienen una opinión desfavorable o bien, están poco satisfechos con las clases de educación física, son los que con mayor frecuencia no realizan ningún deporte fuera del colegio.

La autovaloración de la aptitud deportiva es importante en la realización de ejercicio

físico. Según Mendoza, aquellos que menos ejercicio físico realizaban, eran los que en mayor proporción consideraban que su rendimiento físico estaba por debajo de la media.

Hay que tener en cuenta que muchos de estos jóvenes estudiantes de formación profesional podrían tener baja autoestima, por lo que podrían verse inferiores al resto de compañeros, sobre todo si sufrieron fracaso escolar o repitieron curso. Además los jóvenes estudiantes de formación profesional presentaron mayor proporción que los demás estudiantes para casi todas las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias, lo cuál no parece compatible con el interés por la practica de ejercicio físico. Generalmente, los compañeros con los que se van a relacionar, tendrán similares aficiones en cuanto al empleo del tiempo libre y de ocio.

No obstante, en el caso de las mujeres, fueron las estudiantes de 2º de BUP, las de mayor prevalencia. Aunque, en general, las mujeres tienen peor concepto de sí mismas, en cuanto a su aptitud deportiva, según Mendoza, y se sienten menos motivadas para practicar algún deporte, prefiriendo actividades poco agresivas y escasamente competitivas. Probablemente las estudiantes de 2º de BUP tengan mayor interés por los estudios, dedicando más tiempo a las tareas escolares para las que se sienten más capacitadas.

La actividad física de los padres, hermanos y amigos guardaba estrecha relación con la actividad deportiva del joven, según Mendoza. Puesto que entre los jóvenes que estudiaban formación profesional, en el presente trabajo, había mayor porcentaje de jóvenes cuyos padres tenían nivel de estudios bajo y siendo los padres con menor nivel de estudios los que menos ejercicio físico realizan, parece lógico concluir que la menor actividad física de los estudiantes de formación profesional se deba en gran parte al modelo percibido en sus

padres.

Con respecto al nivel de estudios del cabeza de familia fueron los jóvenes cuyos padres no tenían estudios los que mayor prevalencia de inactividad física presentaron. Cuando se realizó el análisis multivariante, se mantuvo la tendencia de mayor inactividad en los jóvenes cuyos padres tenían menor nivel de estudios con respecto a los que tenían padres con estudios superiores, siendo los hombres cuyos padres tenían estudios medios y las mujeres cuyos padres no tenían estudios los que mayor prevalencia de inactividad física presentaron, aunque en ningún caso fue significativa la tendencia.

La infancia es una etapa de especial importancia en la adquisición de conocimientos y actitudes positivas hacia la práctica de ejercicio físico y el comportamiento que perciben en su entorno, tanto de realización de prácticas deportivas, como opiniones favorables a su realización, es fundamental en su configuración. Un nivel de estudios bajo en los padres, parece determinar menor realización de ejercicio físico en los hijos, probablemente porque los padres no lo practiquen o desconozcan los beneficios que aporta para llevar una vida saludable y en cualquier caso no han sido capaces de generar en sus hijos, hábitos en la práctica deportiva.

Estos resultados coinciden con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 en cuanto a la tendencia de mayor inactividad física en el tiempo libre cuanto menor nivel de estudios tenían, lo cuál parece apoyar el hecho de que la menor actividad física en los padres tiene relación con la actividad física realizada por los hijos.

Estudios como el de Mendoza y otros (16) y el de Sánchez y otros (279), confirman la misma tendencia observada en el presente estudio con el nivel socioeconómico. Además en el estudio de Kuh y Cooper (281), se valoró la importancia de las circunstancias que rodean a los

adolescentes con respecto a la actividad física y que van a determinar que cuando sean adultos practiquen ejercicio físico. Encontrando evidencias de que el nivel socioeconómico de la familia de los adolescentes medido a través del nivel educativo y la clase social de los padres tenían gran importancia. Siendo los jóvenes cuyos padres tenían menor nivel de estudios los que menos ejercicio realizaban, así como también las mujeres realizaban menos ejercicio físico que los hombres.

El estudio de Perula LA (280), también puso de manifiesto que las circunstancias que rodean a los jóvenes como la práctica de ejercicio por parte de los padres y los valores asociados, son factores predictores del grado de ejercicio.

En los jóvenes, es imprescindible que todos los beneficios del ejercicio físico sean conocidos, valorados, promovidos e inculcados por padres, médicos, maestros, monitores, promotores y por toda persona relacionada con el deporte juvenil, entre los que debe haber comunicación y colaboración. Para realizar con plena satisfacción una práctica deportiva, es necesario reunir las condiciones adecuadas para cada tipo de actividad y por ello es imprescindible un estudio previo de las características físicas y de salud que incluya aspectos psicológicos y de personalidad de cada niño o joven, así como las motivaciones para realizarlo (332, 333). Si no se tienen en cuenta, no solamente impedirá sacar el mejor provecho de éste, sino que, en algunos casos, una actividad que tendría que ser eminentemente lúdica y formativa podría convertirse en un verdadero suplicio y en una fuente generadora de trastornos, tanto en el ámbito físico como psicológico.

Estos resultados sobre la inactividad física coinciden, en cuanto a la tendencia observada con respecto a la edad, sexo, nivel socioeconómico del adulto responsable, con otros estudios

en jóvenes en Estados Unidos como el realizado, en 1992, por Lowry y otros (32) y con el realizado en 1995 por Kann y otros (15).

En cuanto a la ocupación del cabeza de familia, en ambos análisis, los hombres cuyos padres no trabajaban y las mujeres cuyos padres sí trabajaban presentaron mayor prevalencia de inactividad física, aunque sin significación estadística. Mendoza R, en su estudio de 1994, también encontró diferencia socioeconómica en la realización de ejercicio físico, en cuanto a la ocupación del cabeza de familia, siendo los jóvenes cuyos padres estaban parados los que menos ejercicio físico realizaban.

Probablemente se produjo confusión de la variable ocupación del cabeza de familia con la variable nivel de estudios del cabeza de familia, puesto que se observó mayor proporción de jóvenes cuyos padres no tenían estudios entre los jóvenes cuyos padres no trabajaban y además las mujeres cuyos padres tenían nivel de estudios bajo presentó mayor prevalencia de inactividad física.

La mayor proporción de jóvenes cuyos padres no tenían estudios entre los jóvenes cuyos padres no trabajaban, puede explicar la mayor prevalencia de inactividad física en los hombres cuyos padres no trabajaban.

La mayor parte de la población de los países desarrollados, donde el estilo de vida urbano, la mecanización y la tecnología suelen determinar la reducción de los niveles de actividad física y la adopción de un estilo de vida sedentaria, a pesar de ser personas que trabajan; así como las personas que desarrollan una actividad profesional activa como agricultores, albañiles, etc, pueden tener un gasto energético notable al cabo del día y sin embargo no realizar ejercicio

físico recreativo, por lo no van a ser modelos favorecedores de la práctica de ejercicio físico en sus hijos. Es probable que entre los padres de las mujeres que presentaron mayor porcentaje de inactividad física, fueran trabajadores menos cualificados y carentes de hábitos en la práctica de ejercicio físico.

En cuanto a la talla tanto los hombres como las mujeres de talla baja presentaron mayor prevalencia de inactividad física que los jóvenes de talla alta, aunque tampoco fue significativa la tendencia.

Estos resultados tienen una doble implicación, por un lado la menor talla como medida del nivel socioeconómico bajo, viene a confirmar los hallazgos de menor realización de ejercicio físico cuanto menor es el nivel socioeconómico de las familias; y por otra parte la talla baja en los jóvenes que realizaban menos ejercicio físico es una consecuencia lógica, según los conocimientos disponibles a cerca de los beneficios del mismo para el desarrollo y salud de niños y jóvenes. En particular por los efectos directos sobre el sistema osteoarticular, la resistencia ósea y la elasticidad muscular y articular.

Por otro lado, la baja estatura y la masa corporal baja durante la adolescencia pueden ser factores determinantes de deficiencias funcionales simultáneas. La baja estatura en los adolescentes como resultado de una desnutrición crónica anterior, se asocia con una reducción de la masa corporal magra y deficiencias de la fuerza muscular y la capacidad de trabajo, que puede determinar la menor realización de ejercicio físico (297).

6. CONCLUSIONES

1. El consumo de tabaco en los jóvenes presentó una tendencia creciente con la edad, tanto en los hombres como en las mujeres. Los estudiantes de formación profesional y los jóvenes cuyos padres no trabajaban también presentaron mayor frecuencia de tabaquismo.
2. El consumo excesivo de tabaco, es decir, más de 10 cigarrillos diarios, también aumentó con la edad, tanto en los hombres como en las mujeres. Los hombres que estudiaban formación profesional presentaron la mayor frecuencia de consumo excesivo de tabaco. Los hombres y mujeres cuyos padres no tenían empleo también mostraron la mayor frecuencia de tabaquismo.
3. La proporción de jóvenes consumidores de alcohol aumentó a medida que la edad fue mayor, tanto en los hombres como en las mujeres. Los estudiantes de formación profesional y los jóvenes cuyos padres no tenían estudios también presentaron mayor proporción de bebedores.
4. La proporción de bebedores de riesgo fue mayor a medida que aumentaba la edad, tanto en los hombres como en las mujeres, así como también fueron los hombres que estudiaban formación profesional los de mayor consumo.
5. La proporción de jóvenes que consumieron drogas alguna vez en los últimos 30 días, fue mayor en los jóvenes de más edad, tanto en los hombres como en las mujeres, para el consumo de hachís, cocaína, éxtasis y alucinógenos. El consumo de tranquilizantes y anfetaminas sólo se asoció a la edad en mujeres.

6. La proporción de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de leche y derivados, fue mayor en el grupo de más edad, así como también presentaron menor consumo de productos lácteos los estudiantes de formación profesional y los jóvenes cuyos padres tenían menor nivel de estudios.
7. La proporción de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de frutas y zumos, así como la proporción de jóvenes con un consumo inferior a 2 raciones diarias de verduras y hortalizas, fue mayor en los jóvenes cuyos padres no tenían estudios.
8. La proporción de jóvenes con un consumo inferior a 3 raciones diarias de alimentos del grupo de los hidratos de carbono fue mayor en los hombres de más edad y en los hombres cuyos padres no trabajaban.
9. La proporción de jóvenes con un consumo igual o superior a 8 raciones diarias de los mismos alimentos fue mayor en las mujeres de 17 y más años, y en los hombres que estudiaban formación profesional. Las mujeres de 17 y más años también presentaron mayor proporción con un consumo inferior a 2 raciones diarias de alimentos del grupo de la carne.
10. La proporción de jóvenes que realizaban ejercicio físico menos de 3 veces a la semana fue mayor en los grupos de mayor edad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Informe de un Grupo de Estudios de la OMS / FNUAP / UNICEF sobre “Programación para la salud de los Adolescentes”. Ginebra: OMS Serie de Informes técnicos, 1999; 886.
2. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
3. Martínez de Aragón MV, Llacer A. Mortalidad en España y Comunidades Autónomas 1989-1992 en la Unión Europea. Instituto de Salud Carlos III. Centro nacional de epidemiología. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
4. Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
5. Pons J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. Rev Esp Salud Pública 1998; 72: 251 - 266.
6. Alonso C, Arbiza JM, Campos J et al. Prevención del consumo de alcohol y tabaco en la enseñanza secundaria obligatoria. Toledo: Consejería de Sanidad, 1991.
7. Organización Mundial de la Salud. Fomento de la salud a través de la escuela. Informe de un Comité de Expertos de la OMS en “Educación Sanitaria y Fomento de la Salud

- Integrales en las Escuelas". Ginebra: OMS Serie de Informes técnicos, 1997; 870.
8. Red europea de escuelas promotoras de salud. Promoción de la salud en los centros de educación secundaria de Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
 9. Ballestín M, Bosch N, Nebot M. Conocimiento y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros de enseñanza secundaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 589 - 593.
 10. Yus R. Temas transversales: hacia una nueva escuela. Barcelona: Editorial Graó, 1996.
 11. López ML, López T, Comas A et al. Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 343 - 353.
 12. Suelves JM, Romero R, Sánchez-Turet M. Prevención del abuso de drogas en la escuela secundaria tras la reforma educativa. Implantación de diversos programas en la ciudad de Barcelona. *Gac Sanit* 2000; 14 (2): 131 - 138.
 13. World Health Organization. Health behaviour in schoolchildren: a cross national survey: protocol. WHO. Regional office for Europe, 1985.
 14. Mendoza R, Sagrera MR. Los escolares y la salud. Ministerio de Educación y Ciencia. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
 15. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance-United

- States, 1995. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services. MMWR, 1996; 45 (SS-4).
16. Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conducta de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: CSIC, 1994.
17. Mendoza R, Batista JM, Sánchez M et al. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. Gac Sanit 1998; 12: 263 - 271.
18. Ministerio de Justicia e Interior. Encuesta sobre drogas a la población escolar 1994. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 1995.
19. Ministerio de Justicia e Interior. Encuesta sobre drogas a la población escolar 1996. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 1997.
20. Ministerio de Justicia e Interior. Encuesta sobre drogas a la población escolar 1998. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 1999.
21. Comín E, Nebot M, Villalbí JR. Factores de riesgo ligados al estilo de vida en la edad evolutiva. El proyecto FRISC de Barcelona. Ayuntamiento de Barcelona, 1990.
22. Calafat A, Amengual M, Mejías G et al. Consumo de drogas en enseñanza media. Comparación entre 1981 y 1988. Rev Esp Drogodependencias 1989; 14 (1): 9 - 28.
23. Comín E, Torrubia R, Mor J. Relación entre personalidad, actitudes y consumo de

- alcohol, tabaco y ejercicio en escolares. *Gac Sanit* 1998; 12: 255 - 262.
24. Castro-Beiras A, Muñiz L, Juane R et al. Estudio Brigantium. Factores de riesgo cardiovascular en la niñez y adolescencia en un área rural gallega. *Med Clin. (Barc)* 1993; 100: 481- 487.
 25. Martínez V, Salcedo F, Franquelo R et al. Factores de riesgo cardiovascular en escolares de la ciudad de Cuenca. *Aten Primaria* 1996; 17 (9): 549 - 554.
 26. Navarro J, Gómez E. Estudio del consumo de drogas y factores asociados en el Municipio de Madrid. Plan municipal contra la droga. Área de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid, 1998.
 27. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d' Ottawa pour la Promotion de la Santé. Ottawa: Association canadienne de santé publique, 1986.
 28. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la "Salud para Todos en el Año 2000". Ginebra: OMS Serie de Informes técnicos, 1986; 731.
 29. Round JM, Jones DA, Honour JW et al. Hormonal factors in the development of differences in strength between boys and girls during adolescence: a longitudinal study. *Annals of Human Biology* 1999; 26 (1): 49 - 62.
 30. Organización Mundial de la Salud. Necesidades de salud de los adolescentes. Informe de

- un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS Serie de Informes técnicos, 1977; 609.
31. Kitange HM, Swai AB, Masuki G et al. Coronary heart disease risk factors in sub-Saharan Africa: studies in Tanzanian adolescents. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47: 303 - 307.
 32. Lowry R, kann L, Collins JL et al. The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA* 1996; 276 (10): 792 - 797.
 33. Sternby NH, Fernández-Britto JE, Nordet P. Pathobiological determinants of atherosclerosis in youth. (PBDAY Study), 1986 - 1996. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77 (3): 250 - 257.
 34. Challier B, Chau N, Prédine R et al. Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol and illicit drug use in adolescents. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 33 - 42.
 35. Ariza C, Nebot M. Consumo de alcohol en escolares. *Med Clin* 1995; 105: 481 - 486.
 36. Díez E, Barniol J, Nebot M et al. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gac Sanit* 1998; 12: 272 - 280.
 37. Breslau N, Peterson E. Smoking Cessation in Young Adults: Age at Initiation of Cigarette Smoking and Other suspected Influences. *Am J Public Health* 1996; 86: 214 - 220.

38. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in Cigarette Smoking Among High School Students. United States, 1991 - 1999. Office on Smoking and Health and Div of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *MMWR* 2000; 49 (33): 755 - 758.
39. Borràs JM, Fernández E, Schiaffino A et al. Pattern of Smoking Initiation in Catalonia, Spain, From 1948 to 1992. *Am J Public Health* 2000; 90 (9): 1459 - 1462.
40. Santana JF, Salmons E, Santana Y et al. La evolución del hábito tabáquico en Canarias (España): 1978 - 1998. *Rev Esp de Drogodependencias* 1999; 24 (39): 284 - 290.
41. Azevedo A, Machado AP, Barros H. Smoking among Portuguese high-school students. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77 (6): 509 - 514.
42. Espinàs JA, Moreno V, Borràs JM et al. Determinantes sociodemográficos del hábito tabáquico y de su abandono en la población de Cornellà de Llobregat. *Gac Sanit* 1999; 13 (2): 126 - 134.
43. Casas J, López JP. Patrón de consumo juvenil de alcohol y problemas asociados. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 544 - 548.
44. Crespo J, Saéz A, Bosch J. Consumo de bebidas alcohólicas en la juventud madrileña. Madrid: UNICEF. Centro de documentación y estudios sociales "Infancia Española", 1995.

45. Villalbí JR, Vives R, Nebot M et al. El tabaco y los escolares: contexto, opiniones y comportamiento. *Med Clin* 1998; 110: 579 - 581.
46. Rainey J, Lammers JW. An Application of the Social Development Model to Tobacco Use Prevention. *Journal of Health Education* 2000; 31 (4): 189 - 195.
47. Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *BMJ* 1994; 309: 923 - 927.
48. Ariza C, Nebot M. Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria. *Gac Sanit* 1995; 9: 101 - 109.
49. Pérula LA, Ruiz R, Lora N et al. Consumo de tabaco entre la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit* 1998; 12: 249 - 253.
50. Henríquez P, Alonso JL, Beltrán R et al. Tabaquismo en Gran Canaria. Consumo y actitudes en adolescentes. *Gac Sanit* 2000; 14 (5): 338 - 345.
51. Castellana M, Lladó M. Adolescencia y juventud: prevención y percepción del riesgo al consumo. *Rev Esp de Drogodependencias* 1999; 24 (2): 118 - 130.
52. Moncada A, Pérez K. Consumo de tabaco, alcohol y drogas de uso no institucionalizado en los alumnos de enseñanza media de Terrassa. *Gac Sanit* 1998; 12: 241 - 247.

53. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. *BMJ* 1950; 739 - 748.
54. Doll R, Hill AB. Mortality in Relation to Smoking: Ten Years' Observations of British Doctors. *BMJ* 1964; 1: 1399 - 1410.
55. Doll R, Peto R, Wheatley K et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 901 - 911.
56. Doll R, Peto R, Hall E et al. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 911 - 918.
57. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994; 309: 937 - 939.
58. Rodríguez-Artalejo F, Hernández R, Graciani A et al. La contribución del tabaco y de otros hábitos de vida a la mortalidad por cáncer de pulmón en España de 1940 a 1988. *Gac Sanit* 1994; 8: 272 - 279.
59. González GJ, Vega MG. Estudio de la mortalidad atribuible al tabaquismo en Jalisco, México. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 509 - 518.
60. Alcántara PA, Aroca MD, Menárguez JF et al. El tabaco: factor de riesgo en una zona de salud. *Aten Primaria* 1995; 16 (1): 43 - 47.
61. Howard G, Wagenknecht LE, Burke GL et al. Cigarette Smoking and Progression of

- Atherosclerosis. ARIC Study. JAMA 1998; 279 (2): 119 - 124.
62. Cruickshanks KJ, Klein R, Klein B et al. Cigarette Smoking and Hearing Loss. The Epidemiology of Hearing Loss Study. JAMA 1998; 279 (21): 1715 - 1719.
63. To-Figueras J. Tabaco y cáncer: de la asociación epidemiológica a la evidencia molecular. Med Clin 1999; 112: 589 - 594.
64. Gupta PC, Mehta HC. Cohort study of all - cause mortality among tobacco users in Mumbai, India. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78 (7): 877 - 883.
65. Agudo A, Garrich T, Heras D et al. Hábito de fumar, exposición al tabaco y síntomas respiratorios en la población escolar de 14 - 15 años de Terrassa (Barcelona). Gac Sanit 2000; 14 (1): 23 - 30.
66. Hirayama T. Non - smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. BMJ 1981; 282: 183 - 185.
67. Regidor E, González J. Desigualdad social y mortalidad en España. Rev San Hig Pub 1989; 63: 107 - 116.
68. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
69. Regidor E, de Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL et al. Diferencias socioeconómicas en

- mortalidad en ocho provincias españolas. *Med Clin* 1996; 106: 285 - 289.
70. Winkleby MA, Fortmann SP, Barret DC. Social Class Disparities in Risk Factors for Disease: Eight-Year Prevalence Patterns by Level of Education. *Prev Med* 1990; 19: 1 - 12.
71. Shea S, Stein AD, Basch CE et al. Independent Associations of Educational Attainment and Ethnicity with Behavioral Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Am J Epidemiol* 1991; 134 (6): 567 - 582.
72. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991; 337: 1387 - 1393.
73. Moller L, Kristensen TS, Hollnagel H. Social Class and Cardiovascular Risk Factors in Danish Men. *Scand J Soc Med* 1991, 19 (2): 116 - 126.
74. Rahkonen O, Lahelma E. Gender, social class and illness among young people. *Soc Sci Med* 1992; 34 (6): 649 - 656.
75. Luoto R, Pekkanen J, Uutela A et al. Cardiovascular risks and socioeconomic status: differences between men and women in Finland. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 348 - 354.
76. Bartley M. Unemployment and ill health: Understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 333 - 337.

77. Pekkanen J, Tuomilehto J, Uutela A et al. Social class, health behaviour, and mortality among men and women in eastern Finland. *BMJ* 1995; 311: 589 - 593.
78. Nilsson PM, Mller L, Östergren PO. Social class and Cardiovascular Disease. *Scand J Soc Med* 1995; 23 (1): 3 - 8.
79. Gran B. Major Differences in Cardiovascular Risk Indicators by Educational Status. *Scand J Soc Med* 1995; 23 (1): 9 - 16.
80. Bennett S. Cardiovascular risk factors in Australia: trends in socioeconomic inequalities. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 363 - 372.
81. Bennett S. Socioeconomic Inequalities in Coronary Heart Disease and Stroke Mortality among Australian Men, 1979 - 1993. *Int J Epidemiol* 1996; 25 (2): 266 - 275.
82. Lang T, Ducimetière P, Arveiler D et al. Incidence, Case Fatality, Risk Factors of Acute Coronary Heart Disease and Occupational Categories in Men Aged 30- 59 in France. *Int J Epidemiol* 1997; 26 (1): 47 - 57.
83. Arias LC, Borrell C. Desigualdades en la mortalidad según la educación en la ciudad de Barcelona. *Med Clin* 1998; 110: 161 - 166.
84. Lantz PM, House JS, Lepkowski JM et al. Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality. *JAMA* 1998; 279 (21): 1703 - 1708.

85. Murray CJ, Gakidou EE, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure?. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77 (7): 537 - 543.
86. Wagstaff A. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (1): 19 - 29.
87. Yu Z, Nissinen A, Vartiainen E et al. Associations between socioeconomic status and cardiovascular risk factors in an urban population in China. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (11): 1296 - 1305.
88. Whitehead M. William Farr' s legacy to the study of inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (1): 86 - 87.
89. Gould EM, Chappel DB. Graveyard gleanings: socio-economic, geographical and gender inequalities in health at Tynemouth, UK, 1833 - 1853. *Journal of Public Health Medicine* 2000; 22 (3): 280 - 286.
90. Feachem RG. Poverty and inequity: a proper focus for the new century. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (1): 1 - 2.
91. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: What do we Know? What can we do?. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (1): 3 - 18.
92. Gakidou EE, Murray CJ, Frenk J. Defining and measuring health inequality: an approach

- based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (1): 42 - 53.
93. Setel P, Whiting D, Hemed Y et al. Educational status is related to mortality at the community level in three areas of Tanzania, 1992 - 1998. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 936 - 937.
94. Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G et al. An international comparison of cancer survival: relatively poor areas of Toronto, Ontario and three US metropolitan areas. *Journal of Public Health Medicine* 2000; 22 (3): 343 - 348.
95. Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J et al. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000; 25: 350 - 363.
96. Fernández E, Alonso RM, Quer A et al. El autopercepción social como indicador de posición socioeconómica. *Gac Sanit* 2000; 14 (3): 218 - 225.
97. Rohlf I, Borrell C, Anitua C et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000; 14 (2): 146 - 155.
98. Nyström AM. Childhood environment, intergenerational mobility, and adult health: evidence from Swedish data. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 71 - 74.
99. Cernerud L, Elfving J. Social Inequality in Height. *Scand J Soc Med* 1995; 23 (1): 23 - 27.

100. Cernerud L. Height and Social Morbidity. *Scand J Soc Med* 1995; 23 (1): 28 - 31.
101. Kirchengast S, Hartmann B. Maternal prepregnancy weight status and pregnancy weight gain as major determinants for newborn weight and size. *Annals of Human Biology* 1998; 25 (1): 17 - 28.
102. Meyer H, Selmer R. Income, educational level and body height. *Annals of Human Biology* 1999; 26 (3): 219 - 227.
103. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
104. Gulliford MC, Rona RJ, Chinn S. Trends in body mass index in young adults in England and Scotland from 1973 to 1988. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 187 - 190.
105. Bielicki T, Szklarska A. Secular trends in stature in Poland: national and social class-specific. *Annals of Human biology* 1999; 26 (3): 251 - 258.
106. Li H, Leung SSF, Lam PKW et al. Height and weight percentile curves of Beijing children and adolescents 0-18 years, 1995. *Annals of Human Biology* 1999; 26 (5): 457 - 471.
107. Padez C, Johnston F. Secular trends in male adult height 1904- 1996 in relation to place of residence and parent's educational level in Portugal. *Annals of Human Biology* 1999;

- 26 (3): 287 - 298.
108. Bogin B, Keep R. Eight thousand years of economic and political history in Latin America revealed by anthropometry. *Annals of Human Biology* 1999; 26 (4): 333 - 351.
109. Regidor E. Investigación y acción sobre las desigualdades en salud. *Med Clin* 1997; 108: 784 - 790.
110. Regidor E. Desigualdades sociales en salud en España. *Dimens Hum* 1998; 2 (1): 29 - 36.
111. Salleras L, Almaraz A. Tabaco y salud. En: Piédrola G, del Rey J, Domínguez M et al. *Medicina preventiva y salud pública* 9ª ed. Barcelona: Masson - Salvat, 1994; 1294 - 1313.
112. Dawber TR. *The Framingham Study: the epidemiology of atherosclerotic disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.
113. Royal College of Physicians. *Smoking and Health*. London: Pitman Medical Publishing, 1962.
114. Surgeon General. *Smoking and health. Report of de Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1964.
115. U.S. Departement of Health and Human Services. *Smoking and Health. A report of the*

- Surgeon General. Washington DC: Public Health Services Office of Smoking and Health, 1979; DHEW Publication (PHS) 79 - 50066.
116. Organización Mundial de la Salud. La lucha contra la epidemia del tabaquismo. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS Serie de Informes técnicos, 1979; 636.
117. Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268 - 1278.
118. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Martín JM et al. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 644 - 649.
119. González J, Villar F, Banegas JR et al. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978- 1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin* 1997; 109: 577 - 582.
120. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva: World Health Organization, 1997.
121. Murray C, López A. Alternative projections of mortality and disease- by cause 1990 - 2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498 - 1504.
122. Joossens L, Sasco A, Salvador T et al. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Rev*

- Esp Salud Pública 1999; 73: 3 - 11.
123. Ernster V, Kaufman N, Nichter M et al. Women and tobacco: moving from policy to action. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78 (7): 891 - 901.
124. OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
125. Benowitz N. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. N Eng J Med 1988; 319: 1318 - 1330.
126. Holbrook JN. Adicción a la nicotina. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD et al. Harrison. Principios de medicina interna 13 0 ed. Madrid: Mcgraw - Hill - Interamericana de España, 1994; 2808 - 2812.
127. Ladero JM. Tabaco y cáncer. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 353 - 360.
128. Álvarez-Sala JL, Fernández JM, Alvarez-Sala R. Tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 343 - 352.
129. Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ et al. Is Smoking Associated with Depression and Anxiety in Teenagers? Am J Public Health 1996; 86: 225 - 230.

130. Goodman E, Capitman J. Depressive Symptoms and Cigarette Smoking Among Teens. *Pediatrics* 2000; 106 (4): 748 - 755.
131. Organización Mundial de la Salud. Consecuencias del tabaco para la salud. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS Serie de Informes técnicos, 1974; 568.
132. Steenland K. Passive smoking and the risk of heart disease. *JAMA* 1992; 38: 113 - 117.
133. Wells AJ. Passive smoking as a cause of heart disease. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24: 546 - 554.
134. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease: mechanisms and risk. *JAMA* 1995; 273: 1047 - 1053.
135. Weitzman M, Gortmaker S, Walker DK et al. Maternal smoking and childhood asthma. *Pediatrics* 1990; 85: 505 - 511.
136. Sears MR. Epidemiology of childhood asthma. *Lancet* 1997; 350: 1015 - 1020.
137. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary smoking. . A report of the Surgeon General. Washington DC: DHHS, 1986; 87- 8398.
138. Díaz E, Villalbí JR, Nebot M et al. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio

- transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin* 1998; 110: 334 - 339.
139. Zhu BP, Giovino GA, Mowery PD et al. The relationship between cigarette smoking and education revisited: implications for categorizing persons' educational status. *Am J Public Health* 1996; 86: 1582 - 1589.
140. Corrao MA, Guindon GE, Cokkinides V et al. Building the evidence base for global tobacco control. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (7): 884 - 890.
141. Taylor AL, Bettcher DW. WHO Framework Convention on Tobacco Control: a global "good" for public health. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (7): 920 - 929.
142. Joossens L. From public health to international law: possible protocols for inclusion in the Framework Convention on Tobacco Control. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (7): 930 - 937.
143. Warren CW, Riley L, Asma S et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (7): 868 - 876.
144. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Tobacco Surveillance United States, 1998 -1999. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. *MMWR*, 2000; 49: SS - 10.

145. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 3. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior, 2000.
146. Stronks S, Mheen van HD, Looman C et al. Cultural, Material and Psychosocial Correlates of the socioeconomic Gradient in Smoking Behavior among Adults. *Preven Med* 1997; 26: 754 - 766.
147. Memon A, Moody PM, Sugathan TN et al. Epidemiology of smoking among Kuwaiti Adults: prevalence, characteristics, and attitudes. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (11): 1306 - 1315.
148. Escobedo LG y Peddicord JP. Smoking Prevalence in US Birth Cohorts: The Influence of Gender and Education. *Am J Public Health* 1996; 86 (2): 231 - 236.
149. Serna MC, Serra-Majem L, Miret M et al. Prevalencia de tabaquismo en 6 comarcas de Lleida. *Aten Primaria* 1997; 19 (5): 221 - 225.
150. Cabrera A, Almeida D, Pérez LI et al. Tabaquismo en adolescentes. Prevalencia estimada mediante declaración y cotinina sérica. *Gac Sanit* 1999; 13 (4): 270 - 274.
151. Glendinning A, Shucksmith J, Hendry L. Social class and adolescent smoking behaviour. *Soc Sci Med* 1994; 38 (10): 1449 - 1460.
152. Greenlund KJ, Liu K, Kiefe CL et al. Impact of Father's Education and Parental Smoking

- Status on Smoking Behavior in Young Adults. The CARDIA Study. *Am J Epidemiol* 1995; 142 (10): 1029 - 1033.
153. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Washington DC: DHHS, 1989; 89 - 8411.
154. U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Washington DC: DHHS, 1990; 90 - 8416.
155. Ladero JM. Farmacología del alcohol. Intoxicación aguda. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 233 - 248.
156. Rivas J. Alcohol. Bebidas alcohólicas. En: Hernández M, Sastre A. Tratado de nutrición. Madrid: Díaz de Santos, 1999; 431 - 449.
157. Martín M, Gerona JL, Lizasoain I. Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 283 - 316.
158. Aranceta J. Alcohol y nutrición. En: Serra LL, Aranceta J, Mataix J. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson, 1995; 208 - 212.

159. Ladero JM. Complicaciones orgánicas del abuso del alcohol. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 259 - 282.
160. Schuckit MA. Alcohol y alcoholismo. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD et al. Harrison. Principios de medicina interna 13ª ed. Madrid: McGraw - Hill - Interamericana de España, 1994; 2793 - 2799.
161. Bujanda L, Gutiérrez MA, Marimón JM. El vino a dosis moderadas: salud o enfermedad. Med Clin 1999; 112: 29 - 35.
162. Prada C, del Rio MC, Yañez J et al. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1981 - 1990. Gac Sanit 1996; 10: 161 - 168.
163. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte, 1998.
164. Estruch R. Efectos cardiovasculares del alcohol. Med Clin 1995; 105: 628 - 635.
165. Woodward M, Tunstall-Pedoe H. alcohol consumption, diet, coronary risk factors, and prevalent coronary heart disease in men and women in the Scottish heart health study. J Epidemiol Community Health 1995; 49: 354 - 362.
166. García C, Rodríguez-Artalejo F, Villar F et al. El consumo de vino y la mortalidad por cardiopatía isquémica en España. Med Clin 1998; 111: 142 - 144.

167. Farchi G, Fidanza F, Giampaoli S et al. Alcohol and survival in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 667 - 671.
168. Martín M, Lorenzo P. Fundamentos biopsicosociales en drogodependencias. Prevención y tratamiento. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación.* Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 21 - 46.
169. Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson, 1995.
170. Alonso-Fernández F. *Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico.* 3ª ed. Barcelona: Masson - Salvat Medicina, 1992.
171. Aubá J, Villalbí JR. Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia. *Aten Primaria* 1993; 11 (1): 26 - 30.
172. Salcedo F, Palacios ML, Rubio M et al. Consumo de alcohol en escolares: motivaciones y actitudes. *Aten Primaria* 1995; 15 (1): 8 - 14.
173. Arévalo JM, Masip GP, Abecia LC. Consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios. *Rev Esp de Drogodependencias* 1997; 22 (1): 25 - 34.
174. Pérula LA, Ruiz R, Fernández JA et al. Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 331 - 341.

175. Valero LF, Sáenz C. Consumo de tabaco y alcohol en jóvenes del medio rural. *Rev Esp de Drogodependencias* 1998; 23 (2): 139 - 148.
176. Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de consumo de alcohol en España. *Med Clin* 1995; 104: 544 - 550.
177. Rodríguez-Artalejo F, de Andrés B, Banegas JR et al. La disminución del consumo moderado de alcohol se ha asociado a un descenso de los bebedores excesivos en España en el período 1987 - 1993. *Med Clin* 1999; 113: 371 - 373.
178. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 2. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior, 1999.
179. Blázquez A, Rubio G. Adolescencia y alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J. *Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo*. Madrid: Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga, 2000; 337 - 344.
180. Moro MA, Leza JC. Opiáceos. Farmalología. Intoxicación aguda. Dependencia y síndrome de abstinencia. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 47 - 76.
181. Lizasoain I, Moro MA. Cocaína. Farmalología. Intoxicación aguda. Dependencia y síndrome de abstinencia. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I.

- Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 113 - 134.
182. Lizasoain I, Lorenzo P. Anfetaminas. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 149 - 156.
183. Moro MA, Lizasoain I. Benzodiazepinas y barbitúricos. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 317 - 327.
184. Lizasoain I, Moro MA, Martín M. Alucinógenos. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 215 - 225.
185. Iversen L. La farmacología del THC: el componente psicoactivo del cannabis. En: Marihuana. New York: Oxford University Press Inc, 2000; 51 - 107.
186. Leza JC. Cannabis. Farmacología y dependencia. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 191 - 213.
187. Iversen L. Usos médicos de la marihuana. En: Marihuana. New York: Oxford University Press Inc, 2000: 163 - 227.

188. Gamella JF, Alvarez A. Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997.
189. Lorenzo P, Bobes J, Colado MI. Drogas de diseño. MDMA (éxtasis) y otras feniletilaminas. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 157 - 183.
190. Vargas E, Terleira A. Sustancias volátiles. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 227 - 232.
191. Navarro J, Lorente S, Varo J, et al (EDIS). Motivaciones para el consumo de drogas. En: El consumo de drogas en España. Madrid: Cruz Roja Española, 1985; 161 - 176.
192. Laespada MT, Salazar L. Las actividades no formalizadas de los jóvenes. En: Elzo J, Orizo FA, González-Anleo J et al. Jóvenes españoles 99. Madrid: Fundación Santa María, 1999; 355 - 400.
193. Soyibo K, Lee MG. Use of illicit drugs among high-school students in Jamaica. Bulletin of the World Health Organization 1999; 77 (3): 258 - 262.
194. Fernández-Crehuet J, Pinedo A. Alimentación, nutrición y salud pública. En: Piédrola G, del Rey J, Domínguez M et al. Medicina preventiva y salud pública 9ª ed. Barcelona:

- Masson - Salvat, 1994; 1224 - 1236.
195. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS Serie de Informes técnicos, 1990: 797.
196. Grupo EPIC de España. El estudio prospectivo europeo sobre dieta, cáncer y salud (EPIC) en España. *Med Clin* 1994; 102: 781 - 785.
197. Gómez-Gerique JA, Gutiérrez-Fuentes JA, Montoya MT et al. Perfil lipídico de la población española: estudio DRECE (Dieta y Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en España). *Med Clin* 1999; 113: 730 - 735.
198. OMS. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares: nuevas esferas de investigación. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos, 1994; 841.
199. Keys A et al. The Seven Countries Study: 2.289 deaths in 14 years. *Prev Med* 1984; 13: 141 - 154.
200. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial: risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248: 1465 - 1477.
201. Sánchez E, Jansen S, Castro P et al. La dieta mediterránea mejora el perfil lipídico en los

- varones fumadores en comparación con la dieta recomendada por el Programa Americano de Colesterol (NCEP-I). *Med Clin* 1999; 112: 206 - 210.
202. Ness AR, Powles JW. Fruit and Vegetables, and Cardiovascular Disease: A review. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 1 - 13.
203. Grupo EPIC en España. Patrones de consumo y principales fuentes de ingestión de lípidos y ácidos grasos en la cohorte española del Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta y Cáncer (EPIC). *Med Clin* 1999; 112: 125 - 132.
204. Doll R, Peto R. *The causes of cancer*. Nueva York: Oxford University Press, 1981.
205. Zhang J, Temme E, Kesteloot H. Fish consumption is inversely associated with male lung cancer mortality in countries with high levels of cigarette smoking or animal fat consumption. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 615 - 621.
206. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Med Clin* 1996; 107: 782 - 787.
207. Klute R, Scubert A. Obesity in Europe. *Ann Intern Med* 1985; 103: 1033 - 1042.
208. Royal College of Physicians. Obesity. A report of The Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 1983; 17 (1): 5 - 65.

209. OMS. Prevención en la niñez y en la juventud de las enfermedades cardiovasculares del adulto. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos, 1990; 792.
210. Macho T, Martí A, Martínez A. Estudios genéticos de la obesidad en humanos. *Med Clin* 2000; 115: 103 - 110.
211. Burke GL, Jacobs DR, Sprafka JM et al. Obesity and Overweight in Young Adults: The CARDIA Study. *Prev Medicine* 1990; 19: 476 - 488.
212. Leigh JP, Fries JF, Hubert HB. Gender and race differences in the correlation between body mass and education in the 1971 - 1975. NHANES I. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 191 - 196.
213. Smith AM, Baghurst KI. Public health implications of dietary differences between social status and occupational category groups. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 409 - 416.
214. Laitinen S, Räsänen L, Viikari J et al. Diet of Finnish Children in Relation to the Family's Socio-Economic Status. *Scand J Soc Med* 1995; 23 (2): 88 - 94.
215. Gutiérrez-Fisac JL. Obesidad y nivel socioeconómico. *Med Clin* 1998; 110: 347 - 355.
216. Barrigüete MI, Ceballos M, Díaz MD et al. Prevalencia de obesidad infantil en dos poblaciones rurales. Estudio antropométrico. *Aten Primaria* 1999; 24 (10): 584 - 588.

217. Martí-Henneberg C. Nutrición en pediatría. En: Cruz Hernández M. Tratado de pediatría. Madrid: 1994; 639 - 654.
218. Hernández M. Alimentación y problemas nutricionales en la adolescencia. En: Hernández M, Sastre A. Tratado de nutrición. Madrid: Díaz de Santos, 1999; 837 - 854.
219. Rodríguez L, de Pablo R, Romero D et al. Investigación de patrones dietéticos de consumo en el programa de salud escolar. Aten Primaria 1992; 9 (3): 158 - 161.
220. Rodríguez L, Martínez E, Machín M et al. Influencia de los aspectos higiénicos - culturales del entorno familiar en los patrones dietéticos del niño escolar. Med Clin 1994; 102: 1 - 4.
221. Estévez MD, Doreste JL, Henríquez P et al. Hábitos alimentarios de la población infantil de un distrito en la isla de Gran Canaria. Aten Primaria 1994; 14 (10): 1141 - 1147.
222. Ruano I, Serra ME. Hábitos de vida en una población escolar de Mataró (Barcelona) asociados al número de veces diarias que se ve televisión y al consumo de azúcares. Rev Esp Salud Pública 1997; 71: 487 - 498.
223. Pérula LA, Herrera E, de Miguel MD et al. Hábitos alimentarios de los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. Rev Esp Salud Pública 1998; 72: 147 - 150.
224. Casado MR, Casado I, Díaz GJ. La alimentación de los escolares de trece años del

- municipio de Zaragoza. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 501 - 510.
225. Rufino PM, Muñoz P, Gómez E. Frecuencia de consumo de alimentos en los adolescentes escolarizados de Cantabria. Comparación con el documento de consenso Guías Alimentarias para la población española. Gac Sanit 1999; 13 (6): 449 - 455.
226. Jiménez CP, Rodríguez M, Ibáñez A et al. Estudio nutricional completo en escolares. Opiniones y actitudes. Aten Primaria 2000; 25: 89 - 95.
227. Morandé G. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia?. An Esp Pediatr 1998; 48: 229 - 232.
228. Villalbí JR, Maldonado R. La alimentación de la población en España desde la posguerra hasta los años ochenta: una revisión crítica de las encuestas de nutrición. Med Clin 1988; 90: 127 - 130.
229. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Graciani MA et al. El consumo de alimentos y nutrientes en España en el período 1940 -1988. Análisis de su consistencia con la dieta mediterránea. Med Clin 1996; 106: 161 - 168.
230. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares 1980 - 1981. Estudio sobre nutrición. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1985.
231. Varela G, Moreiras O, Carbajal A et al. Encuesta de presupuestos familiares 1990 -1991. Estudio nacional de nutrición y alimentación. Madrid: Instituto Nacional de Estadística,

- 1995.
232. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. La alimentación en España. Datos 1996 - 1997. Madrid: Dirección General de Alimentación, 1998.
233. Aranceta J. Objetivos nutricionales y guías dietéticas. En: Serra LL, Aranceta J, Mataix J. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson, 1995; 324 - 333.
234. Aranceta J. Evolución del consumo alimentario en España y en Europa. En: Hernández M, Sastre A. Tratado de nutrición. Madrid: Díaz de Santos, 1999; 1341 - 1354.
235. Aranceta J, Pérez C, Amela C et al. Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid. Documento Técnico de Salud Pública Nº 18. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1994.
236. Aranceta J, Pérez C, Eguileor I et al. Encuesta de Nutrición de la Comunidad Autónoma del País Vasco (EINUT-I). Alim Nutri Salud 1998; 5 (1): 7 - 14.
237. Serra LI, Ribas L, García R et al. Evaluación del estado nutricional de la población catalana 1992 - 1993. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social, 1996.
238. Ramón JM, Micaló T, Escolano L et al. Hábitos alimentarios de dos poblaciones de la provincia de Barcelona: consumo de energía y macronutrientes. Med Clin 1994; 103: 525 - 528.

239. Salas J, Font I, Canals J et al. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus: Energía y principios inmediatos. *Med Clin (Barc)* 1987; 88: 363 - 368.
240. Arija V, Salas J, Fernández-Ballart F et al. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus. Evolución de la ingestión de energía y nutrientes entre 1983 y 1993. *Med Clin* 1996; 106: 45 - 50.
241. Salas J, Font I, Canals J et al. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus: Consumo global por grupos de alimentos y su relación con el nivel de instrucción. *Med Clin (Barc)* 1985; 84: 339 - 343.
242. Arija V, Salas J, Fernández-Ballart F et al. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus. Evolución del consumo de alimentos, de su participación en la ingestión de energía y nutrientes y de su relación con el nivel socioeconómico y cultural entre 1983 y 1993. *Med Clin* 1996; 106: 174 - 179.
243. Martínez A, Brotons J, Gascón M et al. Aproximación al estado nutritivo mediante encuesta alimentaria en la zona de salud. *Aten Primaria* 1993; 11 (2): 81 - 83.
244. Ricart W, González-Huix F, Conde V et al. Valoración del estado de nutrición a través de la determinación de los parámetros antropométricos: nuevas tablas en la población laboral de Cataluña. *Med Clin* 1993; 100: 681 - 691.
245. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez C. Prevalencia de la obesidad en España. *Med*

- Clin 1994; 102: 10 - 13.
246. Alastrué A. Antropometría y obesidad. Med Clin 1994; 102: 16 - 19.
247. Gorgojo L, Guallar E, Martín-Moreno JM et al. Encuestas alimentarias en los niños españoles de edad escolar: análisis del período 1984 - 1994. Med Clin 1999; 112: 368 - 374.
248. Estudio CAENPE. Consumo de alimentos y estado nutricional de la población escolar de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
249. Bernabeu C, Cortés E y Moya M. Valoración del estado de nutrición de una población infantil rural de la Comunidad Valenciana: estudio de Pego. Aten Primaria 1995; 16 (10): 618 - 622.
250. Fleta J, Mur L, Rodríguez G et al. Incremento secular del tejido adiposo en adolescentes zaragozanos desde 1980 hasta 1995. Med Clin 1999; 113: 726 - 729.
251. Del Rey J, Gil A, Calle ME et al. Estudio epidemiológico del índice de masa corporal en una población escolar de Madrid. Rev Esp Hig Púb 1992; 66: 65 - 70.
252. Failde I, Zafra J, Novalbos JP et al. Perfil antropométrico y prevalencia de sobrepeso de los escolares de Ubrique, Cádiz. Rev Esp Salud Pública 1998; 72: 357 - 364.
253. Alvarez JC, Franch J, Alvarez F et al. La obesidad en la provincia de León. Distintos

- criterios, diferentes prevalencias. *Aten Primaria* 1992; 10 (9): 1013 - 1018.
254. Alberola S, Redondo D, Andrés JM et al. Estudio del crecimiento final en una población de adultos jóvenes. *An Esp Pediatr* 1993; 38 (3): 225 - 228.
255. López A, Plaza I, Muñoz M et al. Estudio de Fuenlabrada: Lípidos y lipoproteínas en niños y adolescentes. *An Esp Pediatr* 1989; 31: 342 - 349.
256. Prieto L, Arroyo J, Vadillo JM et al. Prevalencia de hiperlipidemia en niños y adolescentes de la provincia de Cáceres. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 343 - 355.
257. Prieto L, Mateos C, Galán A et al. Perfil lipídico en niños y adolescentes de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 1999; 23 (7): 404 - 410.
258. Elcarte R, Villa I, Sada J et al. Estudio de Navarra (PECNA). Prevalencia de Hiperlipemias en la población infanto-juvenil de Navarra. Variaciones según edad, sexo y Areas Sanitarias. *An Esp Pediatr* 1993; 38 (3): 205 - 212.
259. Martínez V, Lozano A, Salcedo F et al. Evolución de las concentraciones plasmáticas de lípidos y lipoproteínas en los escolares entre los años 1992 y 1996: estudio de Cuenca. *Med Clin* 1999; 113: 736 - 740.
260. Arias MA, Sánchez M, González A et al. Influencia del nivel socioeconómico en el patrón lipídico de niños y adolescentes. *Rev San Hig Púb* 1993; 67: 47 - 56.

261. Royal College of Physicians. Medical aspects of exercise: benefits and risks. London: Royal College of Physicians, 1991.
262. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
263. Santaularia A. Actividad física y salud. Beneficios de la práctica del ejercicio. Aten Primaria 1995; 15 (9): 574 - 579.
264. Blair SN, Kohl HW, Paffenbarger RS et al. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA 1989; 262: 2395 - 2401.
265. Kaplan GA, Strawbridge WJ, Cohen RD et al. Natural History of Leisure-time Physical Activity and Its Correlates: Associations with mortality from All Causes and Cardiovascular Disease Over 28 Years. Am J Epidemiol 1996; 144: 793 - 797.
266. Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez-Artalejo F. Relación entre obesidad, hábito tabáquico y actividad física en el tiempo libre en la población española de 20 a 64 años. Med Clin 1995; 104: 293 - 297.
267. Løchen ML, Rasmussen K. The Tromsø study: physical fitness, self reported physical activity, and their relationship to other coronary risk factors. J Epidemiol Community Health 1992; 26: 103 - 107.

268. Cowan GO. Influence of exercise on high-density lipoproteins. *Am J Cardiol* 1983; 52: 138 - 158.
269. Fernández J, Rubies J. Cambios favorables de las lipoproteínas de alta densidad y sus subfracciones inducidas por el ejercicio físico habitual en varones jóvenes. *M M* 1990; 46 (1): 5 - 12.
270. Tell GS, Vellar OD. Physical Fitness, Physical Activity, and Cardiovascular Disease Risk Factors in Adolescents: The Oslo Youth Study. *Prev Med* 1988; 17: 12 - 24.
271. Jenner DA, Vandongen R, Beilin LJ. Relationships between blood pressure and measures of dietary energy intake, physical fitness, and physical activity in Australian children aged 11-12 years. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 108 - 113.
272. Codina O, Elosua R, Marrugat J. Actividad física y arteriosclerosis. Efectos de la actividad física sobre la oxidación lipídica, la hemostasia y la función endotelial. *Med Clin* 1999; 112: 508 - 515.
273. Roure E, Saltó E, Serra LL et al. Ejercicio físico y enfermedad. *Aten Primaria* 1995; 15 (8): 520 - 525.
274. Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273: 402 - 407.

275. Rodríguez FA. Prescripción de ejercicio y actividad física en personas sanas. Principios generales. *Aten Primaria* 1995; 15 (3): 190 - 194.
276. Ainsworth BE, Haskell VI, Leon AS et al. Compendium of physical activities: classification of energy cost of human physical activities. *Med Sci Sports Exerc* 1993; 25: 71 - 80.
277. National Research Council. Recommended Dietary Allowances, Food and Nutrition Board. US. 100 ed. Washington DC: National Academy of Sciences, 1989.
278. Simal A. Balance energético. Cálculo de las necesidades energéticas. En: Hernández M, Sastre A. *Tratado de nutrición*. Madrid: Díaz de Santos, 1999; 589 - 600.
279. Sánchez M, Aranguren A, Cabello P et al. Estudio longitudinal de la práctica de ejercicio físico en niños. Influencia de la edad, el género y el nivel socioeconómico. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 25 - 27.
280. Pérula LA, Lluch C, Ruiz R et al. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 233 - 244.
281. Kuh DJ, Cooper C. Physical activity at 36 years: patterns and childhood predictors in a longitudinal study. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 114 - 119.

282. Wallace LS, Buckworth J, Kirby TE et al. Characteristics of Exercise Behavior among College Students: Application of Social Cognitive Theory to Predicting Stage of Change. *Prev Medicine* 2000; 31: 494 - 505.
283. Rodríguez A, Martínez JM, Novalbos JP et al. Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 81 - 87.
284. Casada JM. El deporte en la vida de los niños y adolescentes. En: Tomàs J. Valor educativo del juego y del deporte. Barcelona: Laertes Ediciones, 1999; 16 - 26.
285. Mensink GBM, Loose N, Oomen CM. Physical activity and its association with other lifestyle factors. *Eur J Epidemiol* 1997; 771 - 778.
286. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
287. Casado V, Sevilla F, Elola J. El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 265 - 274.
288. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996; 4 (12): 3 - 15.
289. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996; 4 (22):

- 3 - 16.
290. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997; 5 (8): 3 - 17.
291. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998; 5 (20): 3 - 21.
292. Kleber HD. Our current approach to drug abuse: progress, problems, proposals. N Engl J Med 1994; 330 (5): 361 - 365.
293. Kann L, Warren CH.W, Harris WA et al. Youth risk behavior Surveillance- United State, 1993. MMWR 1995; 44 (1): 1 - 57.
294. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
295. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 1/1990, de 3 octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. B.O. E. 4 de octubre, 1990.
296. Ministerio de Educación y Ciencia. Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo. Madrid: MEC, 1989.

297. Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS Serie de Informes técnicos, 1995; 854.
298. Waaler H. Height, weight and mortality. The Norwegian experience. *Acta Medica Scandinavica* 1984; 679: 1 - 56.
299. Barker DJP, Osmond C, Golding J. Height and mortality in the counties of England and Wales. *Annals of Human Biology* 1990; 17: 1 - 6.
300. Salvador G, Mataix J, Serra LL. Grupos de alimentos. En: Serra LL, Aranceta J, Mataix J. *Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson, 1995; 35 - 47.
301. Aranceta J. Objetivos nutricionales y guías dietéticas. Propuesta de la SENC para la población española. En: Aranceta J, Serra L, Mataix J. *Documento Consenso de Guías Alimentarias*. Barcelona: Editorial SG, 1995; 127 - 151.
302. Mataix J. Requerimientos nutricionales e ingestas recomendadas de nutrientes. En: Hernández M, Sastre A. *Tratado de nutrición*. Madrid: Díaz de Santos, 1999; 575 - 587.
303. Norusis MJ. *SPSS for Windows. Base System Users Guide. Release 6.0*. Chicago: SPSS Inc, 1993.
304. López MR. *El Modelo de la Regresión Logística. Utilización en el campo de la*

- epidemiología. Cuadernos de Bioestadística y sus aplicaciones informáticas 1994; 12: 118 - 132.
305. Carrasco JL. Estadística multivariante. En: El método Estadístico en la Investigación Médica. 6ª ed. Madrid: Editorial Ciencia 3, 1995; 341 - 382.
306. Barrueco M, Cordovilla R, Hernández-Mezquita MA et al. Veracidad en las respuestas de niños, adolescentes y jóvenes a las encuestas sobre el consumo de tabaco realizadas en los centros escolares. Med Clin 1999; 112: 251 - 254.
307. Reek J van, Adriaanse H. Cigarette smoking and cessation rates by level of education in five western countries. Int J Epidemiol 1988; 17: 99 - 103.
308. Meyer HE, Selmer R. Income, educational level and body height. Annals of Human Biology 1999; 26 (3): 219 - 227.
309. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea. Luxemburgo, 1999.
310. Serra Ll. Evaluación del consumo de alimentos en poblaciones. Encuestas alimentarias. En: Serra LL, Aranceta J, Mataix J. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson, 1995; 90 - 96.
311. Banegas JR, Villar F, Gil E et al. Directrices para la elaboración de estudios poblacionales de alimentación y nutrición. Reunión de consenso de expertos. Madrid: Dirección General

- de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
312. Serra LL, Aranceta J. Objetivos nutricionales para la población española. Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. En: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías Alimentarias para la población española. Madrid: IM&C, 2001; 345 - 351.
313. Aranceta J, Serra LL. Estructura general de las guías alimentarias para la población española. Decálogo para una dieta saludable. En: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías Alimentarias para la población española. Madrid: IM&C, 2001; 183 - 194.
314. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos relacionados con sustancias. En: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2000; 181 - 278.
315. DiFranza JR, Savageau JA, Aisquith BF. Youth Access to Tobacco: The Effects of Age, Gender, Vending Machine Locks, and "It's the Law" Programs. *Am J Public Health* 1996; 86: 221 - 224.
316. Miller PM, Plant M. Drinking, smoking, and illicit drug use among 15 and 16 years old in the United Kingdom. *Br Med J* 1996; 313: 394 - 397.
317. Anda-RF, Croft-JB, Felitti-VJ et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999; 282 (17): 1652 - 8.

318. González P. Relaciones sociales y espacios vivenciales. En: Elzo J, Orizo FA, González-Anleo J et al. Jóvenes españoles 99. Madrid: Fundación Santa María, 1999; 183 - 262.
319. González-Anleo J. Familia y escuela en la socialización de los jóvenes españoles. En: Elzo J, Orizo FA, González-Anleo J et al. Jóvenes españoles 99. Madrid: Fundación Santa María, 1999; 121 - 182.
320. Pons J, Berjano E. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1999.
321. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre el consumo juvenil de bebidas alcohólicas en la comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de sanidad y servicios sociales, 1998.
322. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC et al. Patterns of Alcohol and Drug Use in Adolescents Can Be Predicted by Parental Substance Use Disorders. *Pediatrics* 2000; 106 (4): 792 - 797.
323. Navarro J, Lorente S, Varo J, et al (EDIS). Factores de riesgo en el consumo de drogas. En: El consumo de drogas en España. Madrid: Cruz Roja Española, 1985; 177 - 204.
324. Kandel DB, Davies M. High school students who use crack and other drugs. *Arch Gen psychiatry* 1996; 53: 71 - 80.

325. Iversen L. El uso como droga recreativa del cannabis. En: Marihuana. New York: Oxford University Press Inc, 2000; 267 - 302.
326. WHO. Cannabis: a Health Perspective and Research Agenda. Geneva: Informe de la OMS, 1997.
327. Gamella JF, Alvarez A. Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles. Editorial Ariel SA, 1999.
328. Aranceta J. Situación actual de la alimentación en España. En: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías Alimentarias para la población española. Madrid: IM&C, 2001; 197 - 204.
329. López C. Influencia de la estructura social y familiar en el desarrollo de los hábitos alimentarios. En: Hernández M, Sastre A. Tratado de nutrición. Madrid: Díaz de Santos, 1999; 1355 - 1365.
330. Baghurst KI, Baghurst PA, Record SJ. Public perceptions of the role of dietary and other environmental factors in cancer causation or prevention. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 120 - 126.
331. Rodríguez F, Gutiérrez- Fisac JL. El estado de salud de la población española y su relación con la alimentación. En: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías Alimentarias para la población española. Madrid: IM&C, 2001; 205 - 210.

332. Martínez de Victoria E, Carazo E. Guías alimentarias para el colectivo de adolescentes. En: Aranceta J, Serra L, Mataix J. Documento Consenso de Guías Alimentarias. Barcelona: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, 1995; 301- 308.
333. Rodríguez FA. Prescripción de ejercicio y actividad física en personas sanas. Pérdida de peso, condición musculosequelética y edad. Aten Primaria 1995; 15 (6): 394 - 400.
334. Serra LI, de Cambra S, Saltó E et al. Consejo y prescripción de ejercicio físico. Med Clí (Barc) 1994; 102 Supl.1: 100 -108.

ANEXO

CUESTIONARIO SIVFRENT-J

Abril, 1.997



ABRIL, 1.997

C-9742



CUESTIONARIO NÚMERO

--	--	--	--

NO CUMPLIMENTAR

FECHA DE LA APLICACIÓN

DÍA

MES

--	--

--	--

CENTRO:

.....

--	--

TIPO:

.....

--

AULA:

.....

--

CURSO:

HORARIO:

- | | | | |
|------------------|---|--------------|---|
| - 2º B.U.P. | 1 | Mañana | 1 |
| - 4º E.S.O. | 2 | Tarde | 2 |
| - 2º F.P.I. | 3 | Noche | 3 |

¿HAY CAFETERÍA EN EL CENTRO ESCOLAR?

Si 1 No 2

MUNICIPIO:

.....

--	--	--

Estimado/a Participante:

Desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales estamos realizando una ENCUESTA en toda la Comunidad de Madrid, con objeto de conocer diversos aspectos relacionados con la salud en los jóvenes.

Algunas aulas de este Centro Escolar han resultado elegidas de forma aleatoria en una muestra de Centros Escolares de toda la Comunidad de Madrid. Tienes que conocer que, de acuerdo a procedimientos estadísticos, estás representando aproximadamente a 35 jóvenes de tu misma edad. Por este motivo tu participación, rellenando este cuestionario, es esencial en el desarrollo del estudio.

Este cuestionario NO es un examen ni un test. NO hay respuestas buenas ni malas. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que tu piensas o haces, marca aquello que más se aproxime. Sólo queremos conocer algunas de vuestras costumbres. Tus respuestas serán especialmente importantes para educadores y técnicos de salud, para ayudar a mejorar la planificación de actividades dirigidas a los jóvenes.

La información que nos des es completamente CONFIDENCIAL. No tienes que escribir tu nombre, y el cuestionario será introducido en un sobre que sólo será abierto por personas ajenas al Centro Escolar. Esto garantiza que nadie pueda identificar a la persona que ha rellenado el cuestionario.

Aparte de ser confidencial, tu colaboración en la encuesta es totalmente voluntaria. Si hay alguna pregunta que no puedes o no quieres contestar por alguna razón, déjala en blanco.

INSTRUCCIONES

Todas las preguntas tienen diversas opciones de respuesta. Deberás elegir SÓLO UNA, salvo que el enunciado de la pregunta diga expresamente que puedes seleccionar varias.

Cada opción tiene a su lado un pequeño círculo. El círculo correspondiente a la opción elegida deberás señalarlo con una marca de estas características . Si te confundes, tacha la opción equivocada de esta forma , y vuelve a marcar  la opción que tu creas conveniente.

Antes de rellenar el cuestionario escucha por favor atentamente las instrucciones sobre cómo hacerlo que te dará la persona que acaba de entregártelo.

SI TIENES CUALQUIER DUDA AL LEER O RELLENAR ALGUNA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO, DIRÍGETE A LA PERSONA PRESENTE EN EL AULA PARA SOLUCIONARLAS.

Recuerda que no hay opciones mejores ni peores, todas son igual de valiosas. Lo realmente importante es que contestes con sinceridad. Por ello te pedimos que no comentes las preguntas con tus compañeros de clase mientras rellenas el cuestionario.

Muchas gracias por tu colaboración

PARA CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO, LO ÚNICO QUE TIENES QUE HACER ES MARCAR EL CÍRCULO DE LA RESPUESTA QUE TÚ CONSIDERES ADECUADA. POR EJEMPLO:

¿CUÁNTAS TARDES A LA SEMANA SALES CON TUS AMIGOS/AS?

- | | |
|---|---|
| . Salgo menos de una vez por semana | 0 |
| . Una | 0 |
| . Dos | 0 |
| . Tres | 0 |
| . Cuatro/Cinco | 0 |
| . Seis/Siete | 0 |



SI SALES TRES TARDES A LA SEMANA, MARCARÁS EL CÍRCULO CORRESPONDIENTE A ESA RESPUESTA.

Si quieres corregir una respuesta, tacha completamente la primera respuesta y marca el círculo de la respuesta que proceda:

- | | |
|---|---|
| . Salgo menos de una vez por semana | 0 |
| . Una | 0 |
| . Dos | 0 |
| . Tres | 0 |
| . Cuatro/Cinco | 0 |
| . Seis/Siete | 0 |



EN EL CUESTIONARIO HAY ALGUNAS PREGUNTAS QUE TIENEN VARIAS COLUMNAS Y FILAS CON CÍRCULOS QUE REPRESENTAN DIFERENTES OPCIONES. ANTES DE QUE COMIENCÉS A RELLENAR EL CUESTIONARIO, LEE ATENTAMENTE EL EJEMPLO QUE TE PONEMOS A CONTINUACIÓN

UNA PREGUNTA DE ESTE TIPO SERÍA LA SIGUIENTE:

¿CON QUÉ FRECUENCIA SUELES DEDICAR TU TIEMPO LIBRE FUERA DEL CENTRO ESCOLAR A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Rara vez o nunca	Menos de una vez al mes	Al menos una vez al mes	Al menos una vez por semana	La mayoría de los días
. Ir al teatro/cine	0	0	0	0	0
. Ir de bares/pubs	0	0	0	0	0
. Hacer deporte	0	0	0	0	0
. Escuchar música	0	0	0	0	0
. Asistir a espectáculos deportivos	0	0	0	0	0

SUPONGAMOS QUE LA FRECUENCIA CON QUE SUELES REALIZAR ESAS ACTIVIDADES ES:
[ATENCIÓN: HAY QUE CONTESTAR A TODAS LAS FILAS]

- VAS AL TEATRO O AL CINE MENOS DE UNA VEZ AL MES.
 - VAS DE BARES O PUBS AL MENOS UNA VEZ AL MES.
 - HACES DEPORTE UNA VEZ POR SEMANA.
 - ESCUCHAS MÚSICA TODOS LOS DÍAS.
 - NO ASISTES NUNCA A ESPECTÁCULOS DEPORTIVOS.
-

PARA ESCRIBIR TUS RESPUESTAS A LA PREGUNTA HAZLO DE LA SIGUIENTE FORMA:

- Marca el círculo en la columna "*menos de una vez al mes*" para la fila correspondiente a "*Ir al teatro/cine*".
- Marca el círculo en la columna de "*Al menos una vez al mes*" para la fila correspondiente a "*Ir a bares/pubs*".
- Marca el círculo en la columna de "*Al menos una vez por semana*" para la fila correspondiente a "*Hacer deporte*".
- Marca el círculo en la columna de "*La mayoría de los días*" para la fila correspondiente a "*Escuchar música*".
- Marca el círculo en la columna de "*Rara vez o nunca*" para la fila correspondiente a "*Asistir a espectáculos deportivos*".

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Rara vez o nunca	Menos de una vez al mes	Al menos una vez al mes	Al menos una vez por semana	La mayoría de los días
. Ir al teatro/cine	0	X	0	0	0
. Ir de bares/pubs	0	0	X	0	0
. Hacer deporte	0	0	0	X	0
. Escuchar música	0	0	0	0	X
. Asistir a espectáculos deportivos	X	0	0	0	0

Después de los ejemplos, y para EMPEZAR EL CUESTIONARIO, te vamos a hacer algunas preguntas de carácter general.

A.1 ¿En qué día, mes y año naciste?

Nací el de de

(Día) (mes) (Año)

A.2 ¿Cuál es tu sexo?

. Hombre	..... 0	1
. Mujer	..... 0	2

A.3 Aproximadamente, ¿Cuánto pesas sin zapatos ni ropa?

Peso Kilos

A.4 Aproximadamente, ¿Cuánto mides sin zapatos? (Si tienes algún problema para señalar tu estatura consulta con el aplicador que está en el aula)

Mido Metro y centímetros

A.5 Comparando con tus compañeros de clase según tus resultados escolares, ¿en qué grupo de estudiante crees que estás?

. Entre los que sacan mejores notas	..... 0	1
. En el grupo medio-alto	..... 0	2
. En el grupo medio	..... 0	3
. En el grupo medio-bajo	..... 0	4
. Entre los que sacan peores notas	..... 0	5

A.6 ¿Con qué personas compartes la casa donde vives? (Marca todos los círculos correspondientes a las personas con las que compartes casa)

<input type="checkbox"/> Padre	0	1
<input type="checkbox"/> Madre	0	2
<input type="checkbox"/> Hermanos/Hermanas	0	3
<input type="checkbox"/> Otros familiares	0	4
<input type="checkbox"/> Pareja (marido/mujer, novio/a, compañero/a) ...	0	5
<input type="checkbox"/> Amigos/as	0	6
<input type="checkbox"/> Otras personas no especificadas anteriormente...	0	7
<input type="checkbox"/> Con nadie, vives sólo/a por tu cuenta	0	8

A.7 [SI NO VIVES SOLO/A]. ¿Cuántas personas sois, incluyéndote tú, en la casa donde vives?

Somos personas

A.8 ¿Cuál es la situación laboral de tu padre?

<input type="checkbox"/> Trabaja	0	1
<input type="checkbox"/> Trabaja sólo en las tareas de casa	0	2
<input type="checkbox"/> Parado	0	3
<input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionista	0	4
<input type="checkbox"/> Ha fallecido ya	0	5
<input type="checkbox"/> No lo sé	0	9

A.9 ¿Cuál es la situación laboral de tu madre?

<input type="checkbox"/> Trabaja	0	1
<input type="checkbox"/> Trabaja sólo en las tareas de casa	0	2
<input type="checkbox"/> Parada	0	3
<input type="checkbox"/> Jubilada/Pensionista	0	4
<input type="checkbox"/> Ha fallecido ya	0	5
<input type="checkbox"/> No lo sé	0	9

A.10 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que ha terminado tu padre?

. Sin estudios o estudios primarios sin terminar	0	1
. Estudios primarios terminados, certificado escolar o graduado escolar	0	2
. Formación Profesional o Bachillerato Superior	0	3
. Estudios universitarios	0	4
. No lo sé	0	5

A.11 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que ha terminado tu madre?

. Sin estudios o estudios primarios sin terminar	0	1
. Estudios primarios terminados, certificado escolar o graduado escolar	0	2
. Formación Profesional o Bachillerato Superior	0	3
. Estudios universitarios	0	4
. No lo sé	0	5

REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO

Las siguientes preguntas son acerca del ejercicio físico o deporte que sueles realizar habitualmente a lo largo de todo el día DENTRO Y FUERA del Centro Escolar, y durante toda la semana, es decir, los DÍAS LABORABLES Y EL FIN DE SEMANA.

P.1 A continuación hay una lista de ejercicios físicos. Debes leer atentamente cada uno de ellos y señalar con qué frecuencia los practicas. (ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODOS LOS EJERCICIOS FÍSICOS)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Rara vez o nunca	1-3 días por mes	1 día a la semana	2-3 días a la semana	4-5 días a la semana	La mayoría de los días
. Caminata	0	0	0	0	0	0
. Footing	0	0	0	0	0	0
. Bicicleta ritmo ligero	0	0	0	0	0	0
. Bicicleta ritmo intenso	0	0	0	0	0	0
. Natación	0	0	0	0	0	0
. Tenis	0	0	0	0	0	0
. Frontón	0	0	0	0	0	0
. Paddle	0	0	0	0	0	0
. Ping-pong	0	0	0	0	0	0
. Fútbol	0	0	0	0	0	0
. Baloncesto	0	0	0	0	0	0
. Balonmano	0	0	0	0	0	0
. Artes marciales	0	0	0	0	0	0
. Aerobic	0	0	0	0	0	0
. Pesas/gimnasia con aparatos ..	0	0	0	0	0	0
. Patinaje sobre ruedas	0	0	0	0	0	0
. Monopatín	0	0	0	0	0	0
. Montar a caballo/ Vela/Pesca ...	0	0	0	0	0	0
. Baile/Ballet ...	0	0	0	0	0	0
. Si realizas otros ejercicios físicos que no estén en la lista, escribe en- cima de las tres líneas que tienes a continuación y señala la frecuencia:						
1) _____	0	0	0	0	0	0
2) _____	0	0	0	0	0	0
3) _____	0	0	0	0	0	0

P.2 Para finalizar con esta sección sobre ejercicio físico, ¿Cuántas horas de gimnasia o deporte realizas A LA SEMANA como ASIGNATURA OBLIGATORIA EN EL CENTRO ESCOLAR?

. Ninguna	.....	0	0
. 1 hora	.....	0	1
. 2 horas	.....	0	2
. 3 horas	.....	0	3
. 4 horas	.....	0	4
. 5 o más horas	.....	0	5

ALIMENTACIÓN

Cambiando de tema, nos gustaría preguntarte ahora sobre el consumo de determinados alimentos. Para ello hemos confeccionado una lista para cada una de las cinco comidas del día: Desayuno, media mañana, comida, merienda y cena.

P.3

A continuación hay una lista de alimentos que se suelen tomar en el **DESAYUNO**. Debes señalar la frecuencia con la que consumes cada uno de ellos durante este momento del día. (ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODOS LOS ALIMENTOS)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Rara vez o nunca	1-3 veces por mes	1 a la semana	2-3 a la semana	4-5 a la semana	La mayoría de los días
. Leche (sola o con café, cacao, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Yogur	0	0	0	0	0	0
. Fruta	0	0	0	0	0	0
. Zumo de fruta	0	0	0	0	0	0
. Galletas/bollería/ pastelería	0	0	0	0	0	0
. Cereales (Corn Flakes, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Pan/pan tostado/ pan sandwich	0	0	0	0	0	0
. Queso	0	0	0	0	0	0
. Tortilla/huevos	0	0	0	0	0	0
. Embutidos (chori- zo, jamón, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Salchichas	0	0	0	0	0	0
. Mantequilla/ margarina	0	0	0	0	0	0
. Mermelada/ miel	0	0	0	0	0	0

P.4 A continuación hay una lista de alimentos que se suelen tomar a **MEDIA MAÑANA**. Debes señalar la frecuencia con la que consumes cada uno de ellos durante este momento del día. **(ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODOS LOS ALIMENTOS)**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Rara vez o nunca	1-3 veces por mes	1 a la semana	2-3 a la semana	4-5 a la semana	La mayoría de los días
. Leche (sola o con café, cacao, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Yogur	0	0	0	0	0	0
. Fruta	0	0	0	0	0	0
. Zumo de fruta	0	0	0	0	0	0
. Galletas/bollería/ pastelería	0	0	0	0	0	0
. Pan/pan tostado/ pan sandwich	0	0	0	0	0	0
. Queso	0	0	0	0	0	0
. Tortilla/ huevos	0	0	0	0	0	0
. Embutidos	0	0	0	0	0	0



P.5 A continuación hay una lista de alimentos que se suelen tomar durante la COMIDA. Debes señalar la frecuencia con la que consumes cada uno de ellos durante este momento del día. (ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODOS LOS ALIMENTOS)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Rara vez o nunca	1-3 veces por mes	1 a la semana	2-3 a la semana	4-5 a la semana	La mayoría de los días
. Pan/pan tostado/ pan sandwich ...	0	0	0	0	0	0
. Ensalada	0	0	0	0	0	0
. Verduras (acelgas, espinacas, repollo, judías verdes, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Legumbres (gar- banzos, lentejas, judías blancas- rojas, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Patatas guisadas	0	0	0	0	0	0
. Sopa	0	0	0	0	0	0
. Arroz	0	0	0	0	0	0
. Pasta (espaguetis, macarrones, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Tortilla/ huevos	0	0	0	0	0	0
. Filete de ternera/ cerdo/vaca	0	0	0	0	0	0
. Pollo	0	0	0	0	0	0
. Hamburguesa	0	0	0	0	0	0
. Otro tipo de carne	0	0	0	0	0	0
. Pescado	0	0	0	0	0	0
. Embutidos (chori- zo, jamón, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Salchichas	0	0	0	0	0	0
. Croquetas	0	0	0	0	0	0
. Pizza	0	0	0	0	0	0
. Fruta	0	0	0	0	0	0
. Zumo de fruta ...	0	0	0	0	0	0
. Leche (sola o con café, cacao, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Yogur	0	0	0	0	0	0
. Queso	0	0	0	0	0	0
. Galletas/bollería/ pastelería	0	0	0	0	0	0

P.6 A continuación hay una lista de alimentos que se suelen tomar durante la MERIENDA. Debes señalar la frecuencia con la que consumes cada uno de ellos durante este momento del día. (ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODOS LOS ALIMENTOS)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Rara vez o nunca	1-3 veces por mes	1 a la semana	2-3 a la semana	4-5 a la semana	La mayoría de los días
. Leche (sola o con café, cacao, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Yogur	0	0	0	0	0	0
. Fruta	0	0	0	0	0	0
. Zumo de fruta	0	0	0	0	0	0
. Galletas/bollería/ pastelería	0	0	0	0	0	0
. Pan/pan tostado/ pan sandwich	0	0	0	0	0	0
. Queso	0	0	0	0	0	0
. Tortilla/ huevos	0	0	0	0	0	0
. Embutidos (chori- zo, jamón, etc.).	0	0	0	0	0	0
. Salchichas	0	0	0	0	0	0
. Hamburguesas	0	0	0	0	0	0
. Pizza	0	0	0	0	0	0



P.7 A continuación hay una lista de alimentos que suelen tomarse durante la CENA. Debes señalar la frecuencia con que consumes cada uno de ellos durante este momento del día. (ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODOS LOS ALIMENTOS)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Rara vez o nunca	1-3 veces por mes	1 a la semana	2-3 a la semana	4-5 a la semana	La mayoría de los días
. Pan/pan tostado/ pan sandwich ...	0	0	0	0	0	0
. Ensalada	0	0	0	0	0	0
. Verduras (acelgas, espinacas, repollo, judías verdes, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Legumbres (gar- banzos, lentejas, judías blancas- rojas, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Patatas guisadas	0	0	0	0	0	0
. Sopa	0	0	0	0	0	0
. Arroz	0	0	0	0	0	0
. Pasta (espaguetis, macarrones, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Tortilla/ huevos	0	0	0	0	0	0
. Filete de ternera/ cerdo/vaca	0	0	0	0	0	0
. Pollo	0	0	0	0	0	0
. Hamburguesa	0	0	0	0	0	0
. Otro tipo de carne	0	0	0	0	0	0
. Pescado	0	0	0	0	0	0
. Embutidos (chori- zo, jamón, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Salchichas	0	0	0	0	0	0
. Croquetas	0	0	0	0	0	0
. Pizza	0	0	0	0	0	0
. Fruta	0	0	0	0	0	0
. Zumo de fruta	0	0	0	0	0	0
. Leche (sola o con café, cacao, etc.)	0	0	0	0	0	0
. Yogur	0	0	0	0	0	0
. Queso	0	0	0	0	0	0
. Galletas/bollería/ pastelería	0	0	0	0	0	0

P.8	Quando tomas leche, ¿qué tipo de leche sueles tomar?		
	. Entera	0	1
	. Semidesnatada	0	2
	. Desnatada	0	3
	. Alterno el consumo de entera/- semidesnatada/desnatada	0	4
	. No lo sé	0	9
P.9	¿Con qué frecuencia comes patatas fritas de bolsa, gusanitos, cortezas o similares?		
	. Rara vez o nunca	0	1
	. 1-3 días al mes	0	2
	. 1 día a la semana	0	3
	. 2-3 días a la semana	0	4
	. 4-5 días a la semana	0	5
	. La mayoría de los días	0	6
P.10	¿Dónde sueles realizar la comida los días que tienes clases?		
	. En el Centro Escolar	0	1
	. En mi casa o en casa de familiares	0	2
	. En un bar/restaurante/burger/etc.	0	3
	. En otro lugar	0	4
P.11	¿Has seguido EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES alguna dieta especial, o has realizado modificaciones en tu dieta habitual?		
	. No	0	1
	. Sí, por enfermedad	0	2
	. Sí, para adelgazar	0	3
	. Sí, para engordar	0	4
	. Sí, por otros motivos	0	5
P.12	¿Cómo te ves a tí mismo/a ...?		
	. Considero que estoy gordo/a	0	1
	. Considero que tengo exceso de peso	0	2
	. Considero que tengo un peso adecuado	0	3
	. Considero que estoy algo delgado/a	0	4
	. Considero que estoy muy delgado/a	0	5

CONSUMO DE TABACO

A continuación nos gustaría conocer algunas cuestiones acerca del consumo de tabaco

- P.13 ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor tu consumo de tabaco?
- | | | |
|--|---------|---|
| . No he fumado nunca | 0 | 1 |
| . Fumo menos de una vez a la semana | 0 | 2 |
| . Fumo alguna vez a la semana pero no diariamente | 0 | 3 |
| . Fumo diariamente | 0 | 4 |
| . No fumo pero he fumado antes diariamente | 0 | 5 |
| . No fumo aunque he fumado antes pero no diariamente | 0 | 6 |
- P.14 ¿Has fumado más de 100 cigarrillos en tu vida?
- | | | |
|------|---------|---|
| . Sí | 0 | 1 |
| . No | 0 | 2 |
- P.15 ¿Cuántos cigarrillos sueles fumar el día que consumes tabaco?. Si no fumas actualmente pero fumabas antes, ¿Cuántos cigarrillos fumabas el día que consumías tabaco?
- | | | |
|----------------------------------|---------|---|
| . No he fumado nunca | 0 | 1 |
| . 1 cigarrillo o caladas sueltas | 0 | 2 |
| . 2 a 5 cigarrillos | 0 | 3 |
| . 6 a 10 cigarrillos | 0 | 4 |
| . 11 a 20 cigarrillos | 0 | 5 |
| . Más de 1 paquete | 0 | 6 |
- P.16 ¿Qué edad tenías cuando empezaste a fumar caladas o cigarrillos por lo menos una vez a la semana?
- | | | |
|--|---------|---|
| . Nunca he fumado con una frecuencia de
por lo menos una vez por semana | 0 | 1 |
| . Menos de 10 años | 0 | 2 |
| . 11 ó 12 años | 0 | 3 |
| . 13 ó 14 años | 0 | 4 |
| . 15 ó 16 años | 0 | 5 |
| . Más de 16 años | 0 | 6 |
- P.17 Independientemente de que fumes ahora o no, ¿Te dejan fumar tus padres?
- | | | |
|-----------------|---------|---|
| . Sí | 0 | 1 |
| . Algunas veces | 0 | 2 |
| . No | 0 | 3 |
| . No lo sé | 0 | 4 |

P.18	Elige una frase respecto al consumo de tabaco de tu PADRE		
	. No fuma	0	1
	. Fuma pero no todos los días	0	2
	. Fuma todos o casi todos los días	0	3
	. Fumaba pero lo ha dejado	0	4
	. No puedo contestar	0	9

P.19	Elige una frase respecto al consumo de tabaco de tu MADRE		
	. No fuma	0	1
	. Fuma pero no todos los días	0	2
	. Fuma todos o casi todos los días	0	3
	. Fumaba pero lo ha dejado	0	4
	. No puedo contestar	0	9

CONSUMO DE ALCOHOL

Las próximas preguntas tratan del consumo de alcohol. Primero te haremos tres preguntas generales, y después entraremos más en detalle, separando el consumo del fin de semana del consumo en el resto de días de la semana, para diferentes tipos de bebidas.

P.20	Antes de entrar en más detalle, DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuántos días tomaste al menos una bebida que contuviera alcohol?		
	. Ningún día	0	1
	. 1 ó 2 días	0	2
	. 3 a 5 días	0	3
	. 6 a 9 días	0	4
	. 10 a 19 días	0	5
	. 20 a 29 días	0	6
	. Todos los días	0	7

P.21	En general, ¿Cuándo sueles consumir bebidas alcohólicas? (Puedes señalar más de una respuesta)		
	. No bebo nunca o rara vez	0	1
	. De lunes a jueves	0	2
	. Los viernes	0	3
	. Los sábados	0	4
	. Los domingos	0	5
	. Suele variar mucho	0	6
	. Sólo bebo en ocasiones especiales	0	7

P.22	¿A qué edad comenzaste a consumir bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana?		
	. Nunca he consumido alcohol con una frecuencia de por lo menos una vez por semana	0	1
	. Menos de 10 años	0	2
	. 11 ó 12 años	0	3
	. 13 ó 14 años	0	4
	. 15 ó 16 años	0	5
	. Más de 16 años	0	6

Las siguientes preguntas tratan sobre el tipo y cantidad de bebidas alcohólicas que suelen beberse habitualmente.

En primer lugar nos centraremos sólo en el período semanal que va desde EL LUNES HASTA EL VIERNES AL MEDIODÍA, lo que la gente suele llamar *días laborables* o *entre semana*. No contamos el viernes por la tarde o por la noche.

P.23a ¿Consumes alguna vez **cerveza** *entre semana*?

- (a) . Sí 0 \implies Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"
- (b) . No 0 ¿Cuántas cañas/botellines/latas de cerveza sueles beber *entre semana*? (Si bebes "litronas" o "minis" indica aproximadamente el número de cañas equivalentes)

Suelo beber cañas/botellines/latas

P.23b ¿Consumes alguna vez **vino** *entre semana*?

- (a) . Sí 0 \implies Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"
- (b) . No 0 ¿Cuántas copas o vasos de vino sueles beber *entre semana*? (Si bebes vino sólo, o mezclado, en botellas o en recipientes de diferente capacidad, indica aproximadamente el número de vasos o copas equivalentes)

Suelo beber vasos/copas

P.23c ¿Consumes alguna vez **sidra** *entre semana*?

- (a) . Sí 0 \implies Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"
- (b) . No 0 ¿Cuántos vasos de sidra sueles beber *entre semana*?

Suelo beber vasos

P.23d ¿Consumes alguna vez **vermouth/bitters/finos** *entre semana*?

- (a) . Sí 0 \implies Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"
- (b) . No 0 ¿Cuántos vermouths/bitters/finos sueles beber *entre semana*?

Suelo beber vermouths/bitters/finos

P.23e ¿Consumes alguna vez licores dulces (manzana, pera, pacharán) *entre semana*?

(a) Sí 0

(b) No 0



Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"

¿Cuántas copas de licores dulces (manzana, pera, pacharán) sueles beber *entre semana*?

Suelo beber copas

P.23f ¿Consumes alguna vez licor como whisky, coñac, anís, ron, etc. (sin combinar con refrescos u otras bebidas) *entre semana*?

(a) Sí 0

(b) No 0



Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"

¿Cuántas copas de licor como whisky, coñac, anís, ron, etc. (sin combinar con refrescos u otras bebidas) sueles beber *entre semana*?

Suelo beber copas (sin combinar con refrescos u otras bebidas)

P.23g ¿Consumes alguna vez combinados o cubatas *entre semana*?

(a) Sí 0

(b) No 0



Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"

¿Cuántos combinados o cubatas sueles beber *entre semana*? (si bebes en recipientes de diferente capacidad, indica aproximadamente el número de consumiciones equivalentes)

Suelo beber combinados/cubatas

P.23h ¿Consumes alguna vez cava o champán *entre semana*?

(a) Sí 0

(b) No 0



Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"

¿Cuántas copas de cava o champán sueles beber *entre semana*?

Suelo beber copas

Ahora nos centraremos sólo en el FIN DE SEMANA es decir, en el periodo que va desde EL VIERNES POR LA TARDE HASTA EL DOMINGO POR LA NOCHE.

P.24a ¿Consumes alguna vez **cerveza** *el fin de semana*?

- (a) . Sí 0 ⇒ Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"
 (b) . No 0 ¿Cuántas cañas/botellines/latas de cerveza sueles beber *el fin de semana*? (Si bebes "litronas" o "minis" indica aproximadamente el número de cañas equivalentes)
- Suelo beber cañas/botellines/latas

P.24b ¿Consumes alguna vez **vino** *el fin de semana*?

- (a) . Sí 0 ⇒ Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"
 (b) . No 0 ¿Cuántas copas o vasos de vino sueles beber *el fin de semana*? (Si bebes vino sólo, o mezclado, en botellas o en recipientes de diferente capacidad, indica aproximadamente el número de vasos o copas equivalentes)
- Suelo beber vasos/copas

P.24c ¿Consumes alguna vez **sidra** *el fin de semana*?

- (a) . Sí 0 ⇒ Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"
 (b) . No 0 ¿Cuántos vasos de sidra sueles beber *el fin de semana*?
- Suelo beber vasos

P.24d ¿Consumes alguna vez **vermouth/bitters/finos** *el fin de semana*?

- (a) . Sí 0 ⇒ Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"
 (b) . No 0 ¿Cuántos vermouths/bitters/finos sueles beber *el fin de semana*?
- Suelo beber vermouths/bitters/finos

P.24e ¿Consumes alguna vez licores dulces (manzana, pera, pacharán) *el fin de semana*?

a) . Sí 0

b) . No 0



Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"

¿Cuántas copas de licores dulces (manzana, pera, pacharán) sueles beber *el fin de semana*?

Suelo beber copas

P.24f ¿Consumes alguna vez licor como whisky, coñac, anís, ron, etc. (sin combinar con refrescos u otras bebidas) *el fin de semana*?

a) . Sí 0

b) . No 0



Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"

¿Cuántas copas de licor como whisky, coñac, anís, ron, etc. (sin combinar con refrescos u otras bebidas) sueles beber *el fin de semana*?

Suelo beber copas (sin combinar con refrescos u otras bebidas)

P.24g ¿Consumes alguna vez combinados o cubatas *el fin de semana*?

a) . Sí 0

b) . No 0



Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"

¿Cuántos combinados o cubatas sueles beber *el fin de semana*? (si bebes en recipientes de diferente capacidad, indica aproximadamente el número de consumiciones equivalentes)

Suelo beber combinados/cubatas

P.24h ¿Consumes alguna vez cava o champán *el fin de semana*?

a) . Sí 0

b) . No 0



Si has marcado el círculo correspondiente al "Sí"

¿Cuántas copas de cava o champán sueles beber *el fin de semana*?

Suelo beber copas

P.25 A continuación te vamos a proponer la realización de un ejercicio muy sencillo para poder preguntarte la cantidad de alcohol que has consumido en UNA MISMA OCASIÓN (por ejemplo: a lo largo de una misma noche). Para responder a esta cuestión tienes que utilizar las siguientes equivalencias:

- Cada caña de cerveza, vaso de vino, sidra, cava, champán, vermouth, bitter, fino, licores dulces (manzana, pera, pacharán), equivale a **1 UNIDAD DE ALCOHOL**.
- Cada cubata o copa de licor como whisky, coñac, anís, ron u otras bebidas alcohólicas de alta graduación, equivale a **2 UNIDADES DE ALCOHOL**.

Ejemplo: Si un día cualquiera, en una misma noche, alguien ha consumido 2 cervezas, 1 vino, y 1 whisky, en total esa persona ha consumido 5 unidades de alcohol en una misma ocasión. **SI NO HAS ENTENDIDO ESTE EJEMPLO, PREGUNTA A LA PERSONA QUE ESTÁ EN EL AULA.**

Siguiendo el procedimiento que se te acaba de explicar, en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿Cuántas veces tomaste 6 ó más unidades de alcohol en una misma ocasión?

. En los últimos 30 días, no he tomado 6 ó más unidades de alcohol en una misma ocasión	0		1
. 1 ó 2 veces	0		2
. 3 ó 4 veces	0		3
. 5 a 9 veces	0		4
. 10 a 14 veces	0		5
. 15 ó más veces	0		6

P.26 ¿Te has emborrachado alguna vez en los **ÚLTIMOS DOCE MESES**?

- | | | | | | | |
|-----|------|---|---|--|--|--|
| (a) | . Sí | 0 | | | | |
| (b) | . No | 0 | ⇒ | Si has marcado el círculo correspondiente al "No", vete a la pregunta número 28 (P.28) | | |

P.26a ¿Cuántas veces te has emborrachado en los **ÚLTIMOS DOCE MESES**?

. 1 ó 2 veces	0		1
. 3 ó 4 veces	0		2
. 5 a 9 veces	0		3
. 10 a 14 veces	0		4
. 15 ó más veces	0		5

P.27 ¿Te has emborrachado alguna vez en los **ÚLTIMOS TREINTA DÍAS**?

- | | | | | | | |
|-----|------|---|---|--|--|--|
| (a) | . Sí | 0 | | | | |
| (b) | . No | 0 | ⇒ | Si has marcado el círculo correspondiente al "No", vete a la pregunta número 28 (P.28) | | |

P.27a ¿Cuántas veces te has emborrachado en los **ÚLTIMOS TREINTA DÍAS**?

. 1 ó 2 veces	0		1
. 3 ó 4 veces	0		2
. 5 a 9 veces	0		3
. 10 a 14 veces	0		4
. 15 ó más veces	0		5

CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Esta sección trata algunas cuestiones sobre otro tipo de drogas. En la actualidad, a pesar de que se habla mucho de su consumo, tenemos muy poca información real.

Es muy importante que contestes con la máxima sinceridad. Recuerda que el cuestionario es absolutamente confidencial y por tanto nadie puede identificar a la persona que lo ha rellenado

P.28 Indícanos si has probado o usado y con qué frecuencia algunas de las siguientes sustancias (sólo una respuesta para cada sustancia). (ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODAS ELLAS)

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Nunca	Alguna vez en tu vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 30 días
. Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica	0	0	0	0
. Hashís, marihuana (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo)	0	0	0	0
. Cocaína (coca, perico)	0	0	0	0
. Heroína (caballo, polvo, jaco)	0	0	0	0
. Speed o anfetaminas ..	0	0	0	0
. Éxtasis u otras drogas de diseño	0	0	0	0
. Alucinógenos (LSD, ácido, tripi, PCP) ...	0	0	0	0
. Sustancias volátiles (colas, pegamento) ...	0	0	0	0

P.29 ¿Te han ofrecido alguna de las drogas de la lista anterior o bien alguna sustancia que, a pesar de no poder identificarla exactamente, estás convencido de que se trataba de una droga? (sólo una respuesta)

. Nunca	0	1
. Alguna vez en tu vida	0	2
. Alguna vez en los últimos 12 meses	0	3
. Alguna vez en los últimos 30 días	0	4

RELACIONES SEXUALES

Esta sección trata sobre algunas cuestiones relacionadas con el comportamiento sexual. Te rogamos nuevamente la máxima sinceridad en las respuestas.

- P.30 ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración?
- a) . Sí 0
 a) . No 0 \Longrightarrow Si has marcado el círculo correspondiente al "No", vete a la pregunta número 37 (P.37)
- P.31 ¿Qué edad tenías cuando tuviste por primera vez relaciones sexuales con penetración?
- | | | | | | |
|--------------------|-------|---|--|--|---|
| . Menos de 10 años | ..... | 0 | | | 1 |
| . 11 ó 12 años | ..... | 0 | | | 2 |
| . 13 ó 14 años | ..... | 0 | | | 3 |
| . 15 ó 16 años | ..... | 0 | | | 4 |
| . Más de 16 años | ..... | 0 | | | 5 |
- P.32 A lo largo de tu vida, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración?
- | | | | | | |
|--------------------|-------|---|--|--|---|
| . 1 persona | ..... | 0 | | | 1 |
| . 2 personas | ..... | 0 | | | 2 |
| . 3 personas | ..... | 0 | | | 3 |
| . 4 ó más personas | ..... | 0 | | | 4 |
- P.33 Durante los ÚLTIMOS 6 MESES, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración?
- | | | | | | |
|-----------------------|-------|---|--|--|---|
| . Con ninguna persona | ..... | 0 | | | 1 |
| . 1 persona | ..... | 0 | | | 2 |
| . 2 personas | ..... | 0 | | | 3 |
| . 3 personas | ..... | 0 | | | 4 |
| . 4 ó más personas | ..... | 0 | | | 5 |
- P.34 La última vez que has tenido relaciones sexuales con penetración, ¿usaste tú o tu pareja preservativo o condón?
- | | | | | | |
|--|------|-------|---|--|---|
| | . Sí | ..... | 0 | | 1 |
| | . No | ..... | 0 | | 2 |
- P.35 La última vez que has tenido relaciones sexuales con penetración, ¿qué métodos utilizaste tú o tu pareja para prevenir el embarazo? (marca todos los métodos que utilizaste)
- | | | | | | |
|-----------------------------|-------|---|--|--|---|
| . Ningún método | ..... | 0 | | | 1 |
| . Píldoras anticonceptivas | ..... | 0 | | | 2 |
| . Preservativo o condón | ..... | 0 | | | 3 |
| . Marcha atrás | ..... | 0 | | | 4 |
| . Ogino (cálculo de fechas) | ..... | 0 | | | 5 |
| . Otro método | ..... | 0 | | | 6 |
| . No lo sé con seguridad | ..... | 0 | | | 7 |
- P.36 ¿Cuántas veces te has quedado embarazada (si eres mujer), o se ha quedado embarazada tu pareja como consecuencia de una relación sexual contigo (si eres varón)?
- | | | | | | |
|--------------------------|-------|---|--|--|---|
| . Nunca | ..... | 0 | | | 1 |
| . Una vez | ..... | 0 | | | 2 |
| . Dos o más veces | ..... | 0 | | | 3 |
| . No lo sé con seguridad | ..... | 0 | | | 4 |

ACCIDENTABILIDAD Y SEGURIDAD VIAL

A continuación vamos a realizarte algunas preguntas relacionadas con los accidentes y la seguridad vial.

- P.37 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has tenido algún tipo de accidente, intoxicación o quemadura, cuyas heridas necesitaran tratamiento médico para curarlas?
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No | 0 | ⇒ | Si has marcado el círculo correspondiente | 1 |
| <input type="checkbox"/> 1 accidente | 0 | | al "No", vete a la pregunta número 39 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 2 accidentes | 0 | | (P.39) | 3 |
| <input type="checkbox"/> 3 o más accidentes | 0 | | | 4 |
- P.38 ¿Dónde ocurrió el último accidente?
- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> En casa o edificio de casa | 0 | | | 1 |
| <input type="checkbox"/> Centro de estudios | 0 | | | 2 |
| <input type="checkbox"/> Centro deportivo | 0 | | | 3 |
| <input type="checkbox"/> En coche | 0 | | | 4 |
| <input type="checkbox"/> En una moto | 0 | | | 5 |
| <input type="checkbox"/> Montando en bicicleta | 0 | | | 6 |
| <input type="checkbox"/> En la calle, en una zona recreativa o en un parque | 0 | | | 7 |
| <input type="checkbox"/> En otro lugar | 0 | | | 8 |
- P.39 En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuántas veces has montado en un vehículo (coche, moto u otros) donde el conductor estuviera bajo los efectos del alcohol?
- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna vez | 0 | | | 1 |
| <input type="checkbox"/> Una vez | 0 | | | 2 |
| <input type="checkbox"/> Dos veces | 0 | | | 3 |
| <input type="checkbox"/> Tres veces | 0 | | | 4 |
| <input type="checkbox"/> Cuatro veces | 0 | | | 5 |
| <input type="checkbox"/> Cinco o más veces | 0 | | | 6 |
- P.40 Con qué frecuencia has utilizado el cinturón de seguridad en el asiento delantero del coche por ciudad en los ÚLTIMOS 12 MESES?
- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No he viajado en el asiento delantero de un coche por ciudad en los últimos 12 meses | 0 | | | 1 |
| <input type="checkbox"/> Nunca | 0 | | | 2 |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | 0 | | | 3 |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces | 0 | | | 4 |
| <input type="checkbox"/> Siempre | 0 | | | 5 |

P.41	Con qué frecuencia has utilizado el cinturón de seguridad en el asiento delantero del coche por carretera en los ÚLTIMOS 12 MESES?		
	. No he viajado en el asiento delantero de un coche por carretera en los últimos 12 meses	0	1
	. Nunca	0	2
	. Algunas veces	0	3
	. La mayoría de las veces	0	4
	. Siempre	0	5
P.42	¿Con qué frecuencia has montado o conducido una moto o motocicleta en los ÚLTIMOS 12 MESES?		
	. Ninguna vez	0	1
	. 1-15 veces	0	2
	. 15-30 veces	0	3
	. Más de 30 veces	0	4
P.43	¿Con qué frecuencia has utilizado el casco en moto o motocicleta en los ÚLTIMOS 12 MESES?		
	. No he ido en moto en los últimos 12 meses	0	1
	. Nunca	0	2
	. Algunas veces	0	3
	. La mayoría de las veces	0	4
	. Siempre	0	5
P.44	¿Con qué frecuencia has montado en bicicleta en los ÚLTIMOS 12 MESES?		
	. Ninguna vez	0	1
	. 1-15 veces	0	2
	. 15-30 veces	0	3
	. Más de 30 veces	0	4
P.45	¿Con qué frecuencia has utilizado el casco en bicicleta durante los ÚLTIMOS 12 MESES?		
	. No he montado en bicicleta en los últimos 12 meses	0	1
	. Nunca	0	2
	. Algunas veces	0	3
	. La mayoría de las veces	0	4
	. Siempre	0	5

INFORMACIÓN

Finalmente nos gustaría conocer si has recibido información sobre algunos de los temas que hemos desarrollado a lo largo de este cuestionario.

P.46 ¿Has tenido durante este curso, o en los 2 últimos cursos escolares, alguna clase o reunión en la que se diera información o se haya discutido sobre alguno de los siguientes temas? (ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODOS LOS TEMAS)

	(1)	(2)	(3)	(4)
	No	Sí, por el profesor/a	Sí, por técnicos de fuera del centro escolar	Sí, por el profesorado y por técnicos de fuera del centro escolar
. Tabaco	0	0	0	0
. Alcohol	0	0	0	0
. Drogas ilegales	0	0	0	0
. Métodos anticonceptivos	0	0	0	0
. El Sida	0	0	0	0
. Las enfermedades de transmisión sexual ..	0	0	0	0
. Los accidentes	0	0	0	0

P.47 ¿Con qué frecuencia (muy a menudo, a menudo, ocasionalmente, o nunca), has recibido información de tus padres, o has hablado con ellos sobre cada uno de los siguientes temas? (ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODOS LOS TEMAS)

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
. Tabaco	0	0	0	0
. Alcohol	0	0	0	0
. Drogas ilegales	0	0	0	0
. Métodos anticonceptivos	0	0	0	0
. El Sida	0	0	0	0
. Las enfermedades de transmisión sexual ..	0	0	0	0
. Los accidentes	0	0	0	0

P.48 ¿Con qué frecuencia (muy a menudo, a menudo, ocasionalmente, o nunca), has recibido información de tus amigos, o has hablado con ellos sobre cada uno de los siguientes temas? (ACUÉRDATE DE CONTESTAR A TODOS LOS TEMAS)

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
. Drogas ilegales	0	0	0	0
. Métodos anticonceptivos	0	0	0	0
. El Sida	0	0	0	0
. Las enfermedades de transmisión sexual ..	0	0	0	0

P.49 Por último, nos gustaría conocer tu opinión sobre el cuestionario y su contenido. Señala en las líneas siguientes aquellas cuestiones que te hayan parecido más útiles y aquellas que pienses que tienen poca utilidad.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gracias por tu colaboración

Esperamos que hayas encontrado interesante el cuestionario

Por favor, espera a que vengan a recoger el cuestionario cumplimentado. Como podrás observar, se introducirá en un sobre con todos los demás de forma que quede garantizado el anonimato y la confidencialidad de tus respuestas.