

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

ESTILOS DE VIDA, HABITOS Y ASPECTOS PSICOSOCIALES

DE LOS ADOLESCENTES

**Estudio de la población de 10 a 19 años de
Pozuelo de Alarcón y Leganés.**

TESIS DOCTORAL

JOSE LUIS MONTON ALVAREZ

MADRID, 1992

Don Enrique Casado de Frías, Director del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

H A C E C O N S T A R :

*Que Don José Luis Montón Alvarez, ha realizado
bajo la Dirección del Profesor D. Angel Nogales
Espert el Trabajo titulado:*

**"ESTILOS DE VIDA, HABITOS Y ASPECTOS
PSICOSOCIALES DE LOS ADOLESCENTES.
Estudio de la población de 10 a 19 años
de Pozuelo de Alarcón y Leganés."**

Dicho estudio se encuentra terminado y reúne las condiciones adecuadas para ser defendido como Tesis Doctoral.

Y para que conste, a cuantos efectos sean oportunos, firmo el presente Certificado en Madrid, veintidós de septiembre de mil novecientos noventa y dos.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. L. Montón', written in a cursive style.

Don Angel Nogales Espert, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

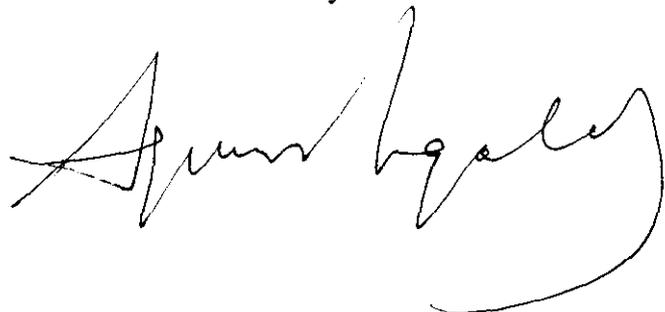
CERTIFICA:

*Que Don José Luis Montón Alvarez, ha realizado
bajo mi dirección y durante los últimos tres
años su Tesis Doctoral:*

**"ESTILO DE VIDA, HABITOS Y ASPECTOS
PSICOSOCIALES DE LOS ADOLESCENTES.
Estudio de la población de 10 a 19 años
de Pozuelo de Alarcón y Leganés".**

Dicho estudio se encuentra terminado y reúne las condiciones adecuadas para ser defendido como Tesis Doctoral.

Y para que conste, a cuantos efectos sean oportunos, firmo el presente Certificado en Madrid, veintidós de septiembre de mil novecientos noventa y dos.



Esta Tesis no hubiese sido posible sin la ayuda de unas determinadas personas.

En primer lugar, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento al Profesor Don Angel Nogales Espert, por su paciente tarea en enmendar mi trabajo, por su dirección y sus consejos, por no dejarme "tirar la toalla" en los momentos más bajos en mayo de 1991.

También al Profesor Don Francisco Labrador, Catedrático de Modificación de la Conducta de la Universidad de Somosaguas de Madrid, por sus "afectuosas críticas" en todo lo referente al Aprendizaje Vicario, por modificar mi conducta tan sabia y sutilmente.

A Sebastián Waliño, Psicólogo especialista en Estadística Aplicada. Profesor Asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Investigación Comercial y Marketing, por su ayuda en la planificación estadística del estudio.

Al Dr. Juan Carlos Abánades, por la supervisión del capítulo "Material y Métodos".

A Mariano Maqueda por adentrarme en la Antropología; por sus matices y consejos; por hacer posible esta tesis.

A mi adolescente preferida, María Adán, de Pozuelo de Alarcón, por ayudarme a pasar las encuestas en los Colegios e Institutos de esta localidad. Por dejarme ser su Pediatra durante sus años de adolescente. A Marisa García, Profesora de EGB en Leganés por su imprescindible ayuda.

A mi amigo Jesús Carrillo, por la supervisión del manuscrito y por dejarme su maravillosa impresora HEWLETT PACKARD LaserJet III.

A Paco, que supo poner en el momento adecuado la semilla de la presente tesis.

*A mis padres, por dejarme vivir
una adolescencia tan emocionante y
divertida.*

*A los adolescentes que más quiero:
Irene y Daniel, mis hijos. Porque son una
fuente inagotable de satisfacciones y
alegrías.*

*A Sonsóles, por su paciencia,
dedicación y cariño. Por dejarme entrar
en su vida.*

INDICE

I. INTRODUCCION.

1. ANTECEDENTES HISTORICOS	2
2. LOS AGENTES DEL CAMBIO	5
3. LA ADOLESCENCIA DEFINICION	13
4. EL MITO DE LA ADOLESCENCIA DEFINITIVA	15
5. MARCO SOCIAL DEL ADOLESCENTE	18
1. Factores de socialización	18
1.1 Factores familiares	20
1.2 Interacción barrio-adolescente: los amigos	23
1.3 Medios de comunicación social	24
2. El mundo del adolescente	27
3. El aprendizaje social y las drogas	28
a. Proceso inicial de atención	32
b. Proceso de retención	33
c. Proceso de experimentación	33
d. Consumo regular	34
6. HABITOS DE VIDA Y CONSUMO DE LOS ADOLESCENTES	35
1. Hábitos de vida	36
1.1 Actividad deportiva	37
1.2 Empleo del tiempo libre	38
1.3 Patrón de sueño	39

Indice.

1.4 Sexualidad	40
1.5 Estilo de vida y medios de comunicación	42
1.6 Hábitos dietéticos	45
2. Consumo de drogas	47
2.1 Marco de influencias	50
2.2 Tabaco	54
2.3 Alcohol	60
2.4 Drogas medicamento	63
2.5 Drogas no institucionalizadas	65
2.6 Inhalantes	68
2.7 Consumo múltiple	70

II. OBJETIVOS.

1. CLASIFICACION DE OBJETIVOS	72
1.1 Generales	72
1.2 Específicos	73

III. MATERIAL Y METODOS.

1. MUESTRA	75
1.1 Preparación del marco muestral	75
1.2 Cálculo del tamaño de la muestra	77
1.3 Selección de los encuestados	79
2. METODOS	81
2.1 Definición del método de encuesta	81
2.2 Fase cualitativa	81
2.3 Prueba piloto	81
2.4 Estudio de las variables	82
a. Variables independientes	82

b. Variables dependientes	83
2.4.1 Definición de las variables	84
1. Estilo de vida	84
a. Alimentación	84
b. Empleo del tiempo libre	85
c. Hábitos higiénicos	87
d. Signos indirectos de ansiedad	87
2. Consumo de drogas	88
a. Hábito tabáquico	88
b. Consumo de bebidas alcohólicas	89
c. Consumo de fármacos	90
d. Consumo de drogas ilegales	90
3. Tipo de relación con la asistencia médica	91
4. Relación entre iguales	91
5. Información sexual	92
6. Relación familia	92
7. Ambiente escolar	92
8. Clase social	93
2.5 DISEÑO DEFINITIVO DEL CUESTIONARIO	95
2.6 VALIDACION	95
2.7 FIABILIDAD	96
2.8 TRATAMIENTO DE LOS DATOS	96
2.9 REALIZACION DE LA ENCUESTA A LOS ALUMNOS	97

IV. RESULTADOS.

1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA	100
1.1 EDAD Y SEXO	100
1.2 MARCO FAMILIAR	101

	<i>Indice.</i>
1.3 CARACTERISTICAS DEL HOGAR	102
1.4 CARACTERISTICAS LABORALES DE LOS PADRES	104
1.5 HABITOS DIETETICOS	105
1.5.1 Alimentos consumidos habitualmente	105
1.5.2 Frecuencia de las comidas del día	106
1.6 ACTIVIDADES PRACTICADAS EN EL TIEMPO LIBRE	108
1.6.1 Actividades más habituales	108
1.6.1.1 Deporte y televisión	109
1.6.1.2 Frecuencia semanal de asistencia a bares, "pubs" o	
discotecas y salir con los amigos	111
1.6.1.3 Otras actividades menos frecuentes	112
1.7 GRADO DE SATISFACCION, HABITOS HIGIENICOS Y PREOCUPACION	
CORPORAL	113
1.8 PATRON DE SUEÑO	115
1.9 MANIFESTACIONES INDIRECTAS DE ANSIEDAD	116
1.10 CONSUMO DE DROGAS	117
1.10.1 Consumo de tabaco	117
1.10.2 Consumo de alcohol	122
1.10.3 Consumo de drogas ilegales	126
1.10.4 Consumo de fármacos	130
1.11 TIPO DE ASISTENCIA MEDICA UTILIZADA	132
1.12 RELACION CON LOS AMIGOS	133
1.13 SEXUALIDAD	134
1.14 MARCO FAMILIAR	135
1.15 MARCO ESCOLAR	135

2.RESULTADOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS	136
2.1 EL HABITO TABAQUICO EN RELACION A OTRAS VARIABLES	136
2.1.1 Alimentación	136
2.1.2 Deporte	136
2.1.3 Hábitos higiénicos	37
2.1.4 Salir con los amigos	138
2.1.5 Signos indirectos de ansiedad	138
2.1.6 Patología asociada	140
2.1.7 Influencia de la familia y los amigos en el consumo de Tabaco	140
2.1.8 Drogas ilegales	141
2.1.9 Grado de información sexual	142
2.1.10 Consumo de fármacos	143
2.1.11 Relaciones familiares	144
2.1.12 Escolarización.	144
2.1.13 Grado de satisfacción familiar sobre el encuestado	146
2.2 CONSUMO DE ALCOHOL EN RELACION A OTRAS VARIABLES	146
2.2.1 Alimentación	146
2.2.2 Deportes	147
2.2.3 Salir con los amigos	147
2.2.4 Grado de preocupación corporal	147
2.2.5 Signos indirectos de ansiedad	148
2.2.6 Influencia del fumar sobre el consumo de alcohol	149
2.2.7 Patología asociada	150
2.2.8 Drogas ilegales	150
2.2.9 Consumidores de alcohol y fármacos	151
2.2.10 Conocimiento sexual	152
2.2.11 Relaciones familiares	153

2.2.12 Escolarización	153
2.3 CONSUMO SIMULTANEO DE TABACO Y ALCOHOL EN RELACION	
A OTRAS VARIABLES	154
2.3.1 Consumo según el sexo	154
2.3.2 Alimentación	155
2.3.3 Deportes.....	156
2.3.4 Hábitos higiénicos	156
2.3.5 Salir con los amigos	156
2.3.6 Signos indirectos de ansiedad	156
2.3.7 Grado de conocimiento sobre alcohol y drogas	158
2.3.8 Frecuencia de embriagarse	159
2.3.9.Drogas medicamentos	159
2.3.10 Drogas ilegales	159
2.3.11 Relaciones familiares	161
2.3.12 Escolarización	162
2.3.13 Conocimiento sexual	163

V. COMENTARIOS.

1. COMENTARIOS DE LAS POBLACIONES ESTUDIADAS	165
2. COMENTARIOS A LA METODOLOGIA EMPLEADA	166
2.1 Elección de la muestra	166
2.2 Comentarios al cuestionario	167
3. COMENTARIOS SOCIO-ECONOMICOS	168
4. INFLUENCIA DE LA SITUACION FAMILIAR SOBRE LA SALUD	169
5. COMENTARIOS A LOS ESTILOS DE VIDA	171
5.1 Alimentación	171

5.2 Actividades practicadas en el tiempo libre	172
5.3 Grado de satisfacción, hábitos higiénicos y	
preocupación corporal	176
5.4 Patrón de sueño	177
5.5 Manifestaciones indirectas de ansiedad	178
5.6 Tipo de asistencia médica utilizada	178
6. COMENTARIOS AL CONSUMO DE DROGAS. COMPARACION DE RESULTADOS.	
6.1 Consumo de tabaco	180
6.1.1 Sexo	180
6.1.2 Grado de conocimiento del tabaco como droga	181
6.1.3 .Edad de inicio y frecuencia de consumo	181
6.1.4 Influencia socio-económica	182
6.1.5 Marco escolar	182
6.1.6 Influencia de la familia y los amigos sobre el consumo de tabaco	184
6.1.7 Tabaco y alcohol	185
6.1.8 Tabaco y otras drogas	185
6.2 Consumo de alcohol	186
6.2.1 Grado de conocimiento sobre el alcohol como droga	187
6.2.2 Edad de inicio y sexo	187
6.2.3 Influencia de la familia y los amigos	189
6.2.4 Donde y qué se bebe	189
6.2.5 Alcohol y escolarización	191
6.3 Drogas medicamentos	192
6.4 Drogas ilegales	193
6.4.1 Grado de conocimiento sobre que sustancias son drogas	194
6.4.2 Sexo y edad de inicio	194
6.4.3 Droga consumida más frecuentemente	196
6.4.4 Influencia económica	197

6.4.5 Lugar donde se consume droga	197
6.5 Consumo simultáneo de tabaco y alcohol respecto a otras variables	198
6.5.1 Consumo según el sexo	198
6.5.2 Alimentación	199
6.5.3 Deporte	199
6.5.4 Hábitos higiénicos y salir con los amigos	200
6.5.5 Signos indirectos de ansiedad	201
6.5.6 Conocimiento sobre drogas	201
6.5.7 Frecuencia de embriaguez	202
6.5.8 Drogas medicamento	202
6.5.9 Drogas ilegales	203
6.5.10 Marco familiar	204
6.5.11 Marco escolar	204
6.5.12 Sexualidad	205
VI. CONCLUSIONES	206
VII. RESUMEN	213
VIII. ANEXOS	219
VIII. BIBLIOGRAFIA	242

Indice.

RELACION DE CUADROS	X
RELACION DE TABLAS	XI
RELACION DE GRAFICOS	XV

RELACION DE CUADROS

<i>Cuadro 1. Características de la familia del drogadicto</i>	22
<i>Cuadro 2. Tipos de variables que intervienen en los procesos de atención</i>	32
<i>Cuadro 3. Efectos beneficiosos del ejercicio</i>	37
<i>Cuadro 4. Tipo de influencia que ejerce la televisión sobre el aprendizaje</i>	43
<i>Cuadro 5. Número de consumidores de droga en España</i>	47
<i>Cuadro 6. Factores influyentes sobre el consumo de droga</i>	50
<i>Cuadro 7. Edad media de inicio, sexo y edad de máximo consumo de algunas drogas legales e ilegales</i>	54
<i>Cuadro 8. Tipología del adolescente fumador</i>	59
<i>Cuadro 9. Características personales y psicológicas de los consumidores de drogas ilegales</i>	67
<i>Cuadro 10. Características de las sustancias inhalantes</i>	68
<i>Cuadro 11. Población adolescente de Pozuelo de Alarcón y Leganés</i>	78
<i>Cuadro 12. Número de alumnos teóricos encuestados por edad en cada localidad</i>	79
<i>Cuadro 13. Sistemática seguida en el muestreo aleatorio por conglomerados en cada Municipio.</i>	80

RELACION DE TABLAS

<i>Tabla I. Distribución de la muestra según localidad, sexo y edad</i>	100
<i>Tabla II. Características de la familia de los adolescentes encuestados</i>	
<i>en ambas localidades</i>	101
<i>Tabla III. Opinión de los encuestados sobre algunas de las</i>	
<i>relaciones intrafamiliares</i>	102
<i>Tabla IV. Características más importantes de los hogares de los</i>	
<i>adolescentes encuestados</i>	103
<i>Tabla V. Principales actividades profesionales del padre de los</i>	
<i>adolescentes encuestados</i>	104
<i>Tabla VI. Porcentaje de algunos alimentos que no se consumen nunca</i>	106
<i>Tabla VII. Adolescentes que ven la televisión o practican algún deporte</i>	
<i>los sábados y domingos</i>	111
<i>Tabla VIII. Asistencia a bares y salir con los amigos durante los sábados</i>	
<i>y los domingos</i>	112
<i>Tabla IX. Signos indirectos de ansiedad</i>	116
<i>Tabla X. Grado de reconocimiento de algunas sustancias como drogas</i>	126
<i>Tabla XI. Circunstancias en que se realizó el consumo de droga por primera vez</i>	128
<i>Tabla XII. Droga consumida por primera vez por localidad y sexo</i>	129
<i>Tabla XIII. Formas en que se consumió droga por primera vez</i>	129
<i>Tabla XIV. Consumo de fármacos en los tres últimos meses sin control</i>	
<i>médico</i>	130
<i>Tabla XV. Tipo de asistencia médica</i>	132

<i>Tabla XVI. Tipos de asistencia sanitaria que utilizan los adolescentes</i>	133
<i>Tabla XVII. Fuentes de información sexual de los adolescentes</i>	134
<i>Tabla XVIII. Algunos aspectos en relación con los estudios</i>	135
<i>Tabla XIX. Frecuencia semanal de la práctica deportiva y consumo de tabaco por los adolescentes</i>	137
<i>Tabla XX. Deportes practicados y hábito tabáquico</i>	138
<i>Tabla XXI. Relación del hábito Tabáquico y salir con los amigos e ir a bares</i>	139
<i>Tabla XXII. Signos indirectos de ansiedad en relación con el consumo de tabaco</i>	139
<i>Tabla XXIII. Consumo de tabaco entre familiares y amigos de los adolescentes y su relación con el hábito de fumar de los encuestados</i>	141
<i>Tabla XXIV. Algunos aspectos del mundo de la droga en relación con el consumo de tabaco</i>	141
<i>Tabla XXV. Sustancias que los adolescentes consideran drogas y hábito tabáquico de los encuestados</i>	143
<i>Tabla XXVI. Consumo de fármacos y su relación con el tabaco</i>	144
<i>Tabla XXVII. Consumo de tabaco y relaciones intrafamiliares de los adolescentes encuestados</i>	145
<i>Tabla XXVIII. Relación de los estudios con el consumo de tabaco</i>	145
<i>Tabla XXIX. Grado de satisfacción familiar y consumo de tabaco</i>	146
<i>Tabla XXX. Consumo de alcohol, asistencia a bares y salir con los amigos durante los sábados y domingos</i>	148

<i>Tabla XXXI. Signos indirectos de ansiedad en relación con el</i>	
<i>hábito de fumar</i>	149
<i>Tabla XXXII. Relación del ambiente fumador con el consumo de alcohol</i>	149
<i>Tabla XXXIII. Relación de los adolescentes bebedores con el mundo de la</i>	
<i>droga</i>	151
<i>Tabla XXXIV. Consumo de alcohol y grados de conocimiento para describir el</i>	
<i>aparato genital</i>	152
<i>Tabla XXXV. Opinión de los consumidores de alcohol sobre las relaciones</i>	
<i>con su familia</i>	153
<i>Tabla XXXVI. Consumo de alcohol y algunas circunstancias escolares</i>	154
<i>Tabla XXXVII. Frecuencia del desayuno y cena entre los adolescentes</i>	
<i>consumidores de tabaco y alcohol</i>	155
<i>Tabla XXXVIII. Frecuencia de salir con los amigos y visitar bares, "pubs"...,</i>	
<i>los sábados y domingos según el consumo de tabaco y alcohol</i>	157
<i>Tabla XXXIX. Manifestaciones indirectas de ansiedad entre los adolescentes</i>	
<i>que consumen simultáneamente tabaco y alcohol</i>	157
<i>Tabla XL. Consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes que han</i>	
<i>consumido droga</i>	160
<i>Tabla XLI. Relación entre el mundo de la droga y los adolescentes consumidores</i>	
<i>simultáneos de tabaco y alcohol</i>	161
<i>Tabla XLII. Relaciones con los padres y consumo simultáneo de tabaco y</i>	
<i>alcohol</i>	162
<i>Tabla XLIII. Circunstancias escolares en relación con el consumo de tabaco y alcohol</i>	163

<i>Tabla XLIV. Principales características de las localidades estudiadas</i>	166
<i>Tabla XLV. Consumo de tabaco y edad de inicio según diferentes estudios</i>	183
<i>Tabla XLVI. Hábitos menos favorables entre los fumadores</i>	186
<i>Tabla XLVII. Principales características de los adolescentes que consumen alcohol...</i>	191

RELACION DE GRAFICOS

Gráfico 1. <i>Persona, medio y estilo de vida</i>	7
Gráfico 2. <i>Ecosistema psicosocial del adolescente</i>	9
Gráfico 3. <i>Procesos que componen y dirigen el aprendizaje por observación</i>	31
Gráfico 4. <i>Frecuencia de consumo de algunos alimentos</i>	107
Gráfico 5. <i>Comparación de las diferentes modalidades deportivas más frecuentemente practicadas en cada localidad</i>	110
Gráfico 6. <i>Incidencia de los hábitos higiénicos en cada localidad</i>	114
Gráfico 7. <i>Grado de preocupación corporal de los adolescentes</i>	114
Gráfico 8. <i>Consumo por edad de las dos drogas legales más frecuente</i>	118
Gráfico 9. <i>Comparación de algunas drogas legales e ilegales consumidas por los adolescentes encuestados</i>	118
Gráfico 10. <i>Frecuencia del hábito tabáquico</i>	120
Gráfico 11. <i>Incidencia del consumo de tabaco en las poblaciones estudiadas</i>	120
Gráfico 12. <i>Algunas patologías relacionadas con el consumo de tabaco</i>	121
Gráfico 13. <i>Edad de inicio de la bebidas alcohólicas</i>	123
Gráfico 14. <i>Frecuencia del consumo de algunas drogas</i>	123
Gráfico 15. <i>Enfermedades asociadas al consumo de bebidas alcohólicas</i>	125
Gráfico 16. <i>Sustancias reconocidas por los adolescentes como drogas</i>	127
Gráfico 17. <i>Enfermedades relacionadas con el consumo de drogas</i>	131

I. INTRODUCCION

ANTECEDENTES HISTORICOS

La forma actual de entender la adolescencia es un fenómeno reciente. Como período evolutivo estuvo englobada en la infancia hasta el siglo XVIII. Durante la Antigüedad existía una división teórica de toda la infancia y adolescencia recordada por Isidoro de Sevilla: *infantia* hasta los 7 años, *pueritia* entre los 7 y los 14 años, *adolescencia* de 14 a 21 años, (en relación con un sistema basado en el número 7). También se distinguía entre *infans*, aquel que no sabe hablar, del *parvulus*.

A comienzos del siglo XIV, Dante recogiendo una idea de Avicena, define la primera edad y la adolescencia (desde el nacimiento hasta los 25 años cumplidos). El término adolescente empleado por Dante (hasta la edad de 25 años) se sitúa más allá del concepto actual del crecimiento, refiriéndose al estado de dependencias sociales y económicas que caracterizan a esta edad.

Incluso más tarde tampoco despertó un interés especial como una etapa diferente hasta el período 1900-1920, en el que se reconoce la existencia de cambios drásticos en la pubertad y se acepta el término adolescente, apareciendo el concepto de "juventud" como lo entendemos hoy en día y cuya definición social se determina por un proceso biológico de maduración.

Con el concepto de adolescencia como período diferenciado, llegó también el intento de comprensión de sus características. Sólo entonces es cuando la Medicina se plantea el estudio de este grupo de edad.

El desarrollo de la Medicina del Adolescente como disciplina a lo largo de este siglo, ha estado condicionado por los cambios relacionados con la mortalidad y morbilidad infantil.

La Medicina del Adolescente como especialidad médica tiene su origen a principios de los 50 cuando **Gallagher** estableció la primera clínica para adolescentes en el Boston Children's Hospital (EE.UU.).

En 1966, en la American Academy of Pediatrics (AAP) aparece el Committee on Youth. Y en el 68, se forma la Society for Adolescent Medicine. La AAP cambió el nombre por el de Committee on Adolescence en 1970 y en 1978 se creó la Section on Adolescent Health, para proporcionar un círculo de trabajo sobre los problemas de la adolescencia (McAnarney, 1988).

Francia fue pionera en Europa al crear a inicio de los 80 en el Hospital de Bizet (París) una Sección de Adolescentes.

En España la primera investigación sobre el consumo de drogas se realizó por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica en 1966 y versó sobre el alcohol.

No es hasta los años 70 cuando se realiza en nuestro país la primera encuesta sobre drogas ilegales en una población de 14 a 24 años, estudio que fue realizado por el equipo de CIDUR-EDIS.

De forma progresiva la investigación en este campo ha seguido avanzando, pero siendo realizada fundamentalmente por sociólogos y psicólogos.

Los pediatras hemos empezado a trabajar en este sentido en la última década. La creación en España de la **Sección de Adolescencia de la AEP** en 1988, ha ejercido una notable influencia y respaldo en la investigación sobre la vida de los adolescentes, como demuestra el aumento de la bibliografía en el área que nos ocupa en estos últimos años.

LOS AGENTES DEL CAMBIO

En la base de gran parte del pensamiento médico contemporáneo se encuentra un cambio radical en la morbilidad.

En la medida que las ciencias curativas han alcanzado un éxito creciente en el control de las eternas amenazas para la vida humana, el campo de la patología se ha modificado con la aparición de nuevas enfermedades y los interesados de la sanidad han mostrado una mayor impaciencia ante la gran cantidad de enfermedades evitables.

Estos cambios en los modos de enfermar han obligado a la Medicina a ampliar sus perspectivas.

En lugar de buscar una conexión entre una enfermedad y su causa específica, ha sido necesario encontrar denominadores comunes en la experiencia vital de las personas que enferman, que puedan diferenciar sus historias de otras no afectadas de esa enfermedad.

En general, el estudio del modo en que las enfermedades afectan a los grupos humanos y de la forma en que dichos grupos reaccionan ante la enfermedad suministra un campo fundamental para la aplicación del conocimiento y de las técnicas de investigación en la epidemiología social (Coe, 1984).

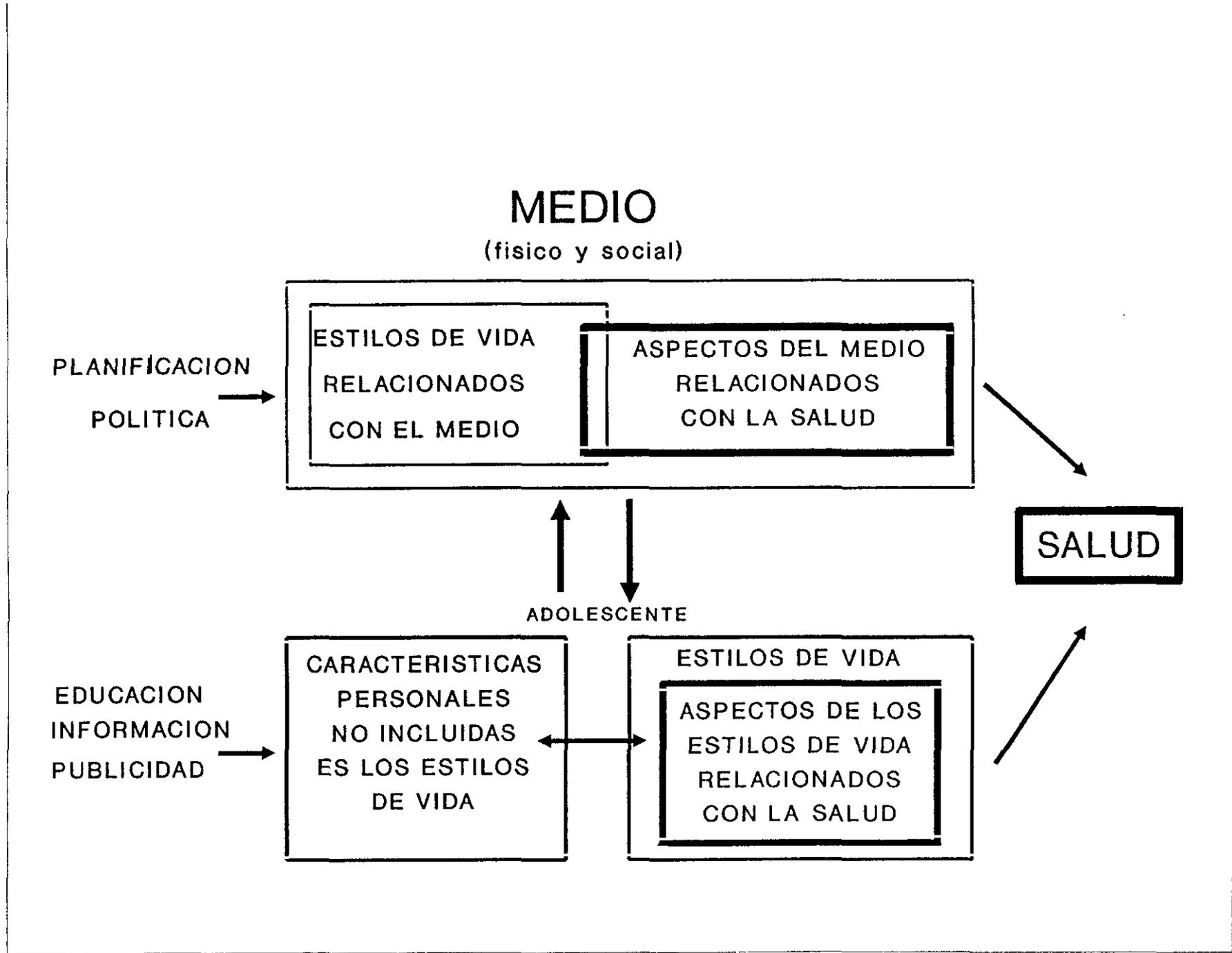
En la actualidad se pueden entender algunos problemas de salud como sociales y no sólo como individuales, de manera que para su solución se necesitan las llamadas "**Políticas de Salud**", que consisten en el apoyo que desde otros campos de la promoción de la salud recibe la Sanidad (Navarro, 1978; St.George, 1981; Ottawa, 1986).

A finales de la década de los 70 se empezó a gestar un nuevo concepto de Salud Pública basado en el hecho constatado durante la clínica de que existen un gran número de muertes prematuras y de incapacidades que son prevenibles (Ashton, 1990).

La Nueva Salud Pública, es un planteamiento que integra cambios ambientales , medidas preventivas personales y aspectos sociales de los problemas de salud que están causados por el estilo de vida. En este sentido, el "**ambiente**" se considera social y psicológico al igual que físico (San Martín y Pastor, 1988; Ashton, 1990), la relación entre estos factores queda reflejada en el gráfico 1.

Según esta nueva "filosofía" se intenta evitar el culpabilizar al paciente de su propia mala salud o de sus estilos de vida no saludables.

La Salud Pública así entendida, resulta ser una disciplina en cambio constante, por lo que su contenido y las diferentes áreas que comprende se amplían continuamente. En los últimos años se asiste a la aparición de un nuevo concepto que ha ido invadiendo el ámbito de la Asistencia Primaria, en lo que se refiere a Salud Pública: "**La promoción de la salud**" (OMS, 1984).



Los agentes del cambio.

Gráfico 1: Persona, medio y estilos de vida (Modificado de Aaro, 1986).

Podríamos definirlo como *"el proceso que capacita a los individuos y a la comunidad para aumentar su control sobre los determinantes de su salud y por tanto mejorarla. La salud es un concepto positivo centrado en los recursos sociales y personales, así como en las propias capacidades físicas"* (OMS, 1984; Ottawa, 1986).

Consecuentemente, las medidas preventivas deben ser generales, tendiendo a estimular a la gente a vivir más sanamente, dando un sentido más positivo a la salud , añadiendo *"años a la vida"* y *"vida a los años"* (OMS,1981).

El interés creciente de todos estos temas generó una revisión por parte de la OMS que quedó expresada en: **"La Estrategia Global de Salud para Todos en el año 2000"** (OMS, 1981).

Uno de los conceptos más novedosos de la "promoción de la salud", desarrollados por la OMS, proviene de la necesidad de la participación comunitaria en el análisis de los determinantes de salud. En ellos se hace un especial énfasis en dos aspectos: en un sentido, en los modos de vida saludables, que en cierto modo responsabilizan al sujeto de su buena o mala salud, pero también en la **creación de ambientes más favorecedores de la propia salud** (OMS, 1981).

En este documento citado, la OMS identifica como una de las metas principales (objetivos nº 13 y 17) para conseguir la salud para todos:

"La Promoción de estilos de vida dirigidos hacia la salud."

En este apartado se recomienda:

- El desarrollo de una **conciencia individual** sobre los riesgos para la salud y los cambios que se deberían realizar en la conducta de las personas para mejorarla. Estos cambios deberían realizarse en las primeras edades de la vida para obtener unos beneficios a largo plazo (Ashton, 1990).

- Un **enfoque multisectorial** , donde deben quedar implicados todos los organismos que puedan influir en la mejora de las condiciones sociales y económicas que guardan una relación directa con la elección de un estilo de vida determinado (OMS, 1978).

- La **disminución de estilos dañinos** para la salud mediante información y educación, aceptando que existen riesgos para la salud que generalmente son autoimpuestos, como el consumo de alcohol y tabaco, una nutrición desequilibrada o las enfermedades de transmisión sexual. Para esto resulta necesario un control y unas medidas eficaces (OMS, 1981).

En los últimos 50 años se ha venido asistiendo a unos cambios sociológicos profundos derivados de la progresiva industrialización y de los avances tecnológicos que han producido una transformación de la ideología social y de nuestra manera de pensar. Se ha visto afectada la pauta de alimentación habitual, los lactantes abandonaron la lactancia natural por la artificial, entre los adolescentes es habitual la alimentación conocida como "comidas rápidas" sobre todo a base de *hamburguesas* y *pizzas*, han aparecido cambios en el núcleo

familiar, la mujer se incorpora al trabajo y las relaciones sexuales cada vez son más frecuentes entre los adolescentes. El *marketing* y la *publicidad*, las diferentes manifestaciones de música moderna *rock*, *música bacalao*, *heavy*, *rockabilly*, *hip-hop*, la difusión del deporte, la generalización del consumo de tabaco y alcohol, la pornografía, los videojuegos y la televisión han impactado enormemente sobre nuestra sociedad cambiando nuestros hábitos, unas veces de forma positiva y otras negativamente.

Todos estos cambios sociales, han determinado un estilo de vida diferente , una nueva manera de vivir y de plantearse los momentos de ocio y nuevas pautas de comportamiento que se reflejan también en la conducta de los adolescentes.

Es evidente que el tipo de cambios que son necesarios en relación con la nutrición, el alcoholismo, la drogadicción y el tabaco, no dependen exclusivamente de elecciones individuales, sino que están influidos por las condiciones económicas, legislativas y culturales prevalentes.

La creación en España de la **Sección de Adolescencia**, ha servido para aumentar el interés no sólo de las tradicionales enfermedades y procesos que afectan a este grupo de edad, sino también para investigar un grupo de procesos que estaban pasando a ser identificados colectivamente como la "**nueva morbilidad**" (OMS,1986; Ashton, 1990).

Con este término, se incluye aquella patología que tiene su origen en causas sociales más que biológicas e incluyen situaciones como el abuso de medicamentos y sustancias

perjudiciales para la salud, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, problemas de salud mental como anorexia nerviosa o suicidio y comportamiento agresivo entre otras.

A pesar de que hace ya un siglo que **Virchow** declaró que "*la medicina es una ciencia social*", hasta hace unas décadas no se ha iniciado el estudio de los factores sociales y su relación con las enfermedades.

Desde el punto de vista social, dos son los aspectos que interesan en el presente trabajo. En primer lugar, las enfermedades no son ni uniformes ni azarosas en su incidencia, sino que se observa que son más o menos comunes entre los distintos grupos sociales. El estudio de estas distribuciones de la enfermedad, según el conocimiento acerca de la estructura social y de los diferentes modos de vida que se imponen a la gente, proporciona con frecuencia las claves acerca de la naturaleza y causas de la enfermedad.

En segundo lugar, las personas tienden a actuar y a vivir desde la perspectiva de su propia subcultura, lo que significa que el estilo de vida y el comportamiento social del individuo y su grupo puede influir en el desarrollo de pautas de conductas que guarden relación con algunas enfermedades (Coe, 1984).

Siguiendo las recomendaciones de la Sección de Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría, el presente trabajo intenta llegar a "comprender" el estilo de vida de los adolescentes en nuestra Comunidad, de forma que la consulta clínica se vea enriquecida

en una mayor comunicación con nuestros pacientes basada en un mejor conocimiento de su problemática.

En definitiva, se pretende estudiar al **adolescente como persona**, con sus posibles influencias familiares , sociales o culturales.

El estudio por parte de la Salud Pública de la nueva morbilidad ya comentada, ha inducido a la elaboración de la presente tesis, con el ánimo de conocer más y mejor la adolescencia.

Por ello ha sido el objetivo del presente trabajo el determinar los hábitos de vida de los adolescentes, así como el consumo de drogas legales e ilegales de dicha población e igualmente averiguar las posibles relaciones entre los hábitos de vida con el consumo de sustancias nocivas para la salud.

LA ADOLESCENCIA: DEFINICION.

Ante todo, cabe diferenciar dos términos a menudo usados indistintamente, pero que resultan claramente diferentes: **adolescencia** y **pubertad**.

La **adolescencia** abarca un período amplio y de límites imprecisos, que se inicia con los primeros cambios físicos (estirón prepuberal) y termina con el final del crecimiento.

La **pubertad**, es un período en la vida de la persona, que comienza con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando se adquiere plena capacidad reproductiva.

Etimológicamente, el término **adolescencia** proviene del latín *adulescere*, que significa crecer, y **adolescente**, proviene del participio presente *adulescens*. El participio pasivo del mismo verbo *adultus* señala que el desarrollo y crecimiento han acabado.

La **adolescencia** se refiere a un "proceso" más que a un "estado", con un inicio y final poco precisos (Sánchez Villares, 1988). Siguiendo las recomendaciones de los **Comites de Expertos de la OMS**, se define como *"la etapa de la vida que abarca entre los 10 y los 19 años, ambos sexos incluidos, que se inicia con los primeros cambios físicos y*

La adolescencia: Definición.

morfológicos que preceden a la aparición de los caracteres sexuales secundarios y concluye con el termino del crecimiento y desarrollo global” (OMS, 1977).

Concepto similar acepta la **American Academy of Pediatrics**: *“...el proceso físico-social que comienza entre los 10 y los 13 años de edad con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina alrededor de los 20 años, cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicosocial...”* (American Academy of Pediatrics.Council on Child and Adolescent Health, 1987-1988).

En estos límites queda incluida la pubertad, que se extiende de los 10 a los 14-15 años.

Lo característico de la adolescencia es que conlleva además de los cambios físicos y de desarrollo, unos procesos de maduración psicológicos y sociales.

Clásicamente se divide en tres períodos a la adolescencia: una primera etapa o "inicial" (entre 10-13 para la mujer, y 12-14 para el varón); una segunda etapa "intermedia" (13-16 años para la mujer y 14-17 para el varón); y una tercera "tardía"(16-18 años para la mujer, y 17-19 para el varón).

Ocasionalmente, se utiliza el término "juventud" para enmarcar el período pospuberal, entre 15-19 años y el que continúa hasta los 25 años.

EL MITO DE LA ADOLESCENCIA CONFLICTIVA

Nuestra herencia cultural arrastra una serie de mitos sobre la percepción de esta etapa de la vida como una fase conflictiva y de crisis. En realidad distintos medios sociales crean diferentes adolescencias.

Debido al mejor conocimiento que sobre otras culturas y civilizaciones tenemos en la actualidad, se reconoce que el estado del ciclo vital que en nuestra cultura occidental se llama "adolescencia" puede no ser reconocido como tal categoría diferenciada en otros lugares.

Margaret Mead fue de los primeros antropólogos en demostrar que en función del ambiente social la adolescencia puede vivirse como conflictiva o no (Mead M., 1928: Citado por Hoebel, en "Antropología y experiencia humana", 1985, pág. 8).

En diferentes culturas, sobre todo en las sociedades no tecnológicas es una etapa breve. El proceso de transición suele implicar formalizaciones rituales, en las que se exige al adolescente que realice diferentes tareas con cierto riesgo y dificultad que una vez superadas hacen que sea considerado por la sociedad como adulto.

Desde la perspectiva de la cultura occidental, se piensa que la adolescencia se debe en gran parte a que las sociedades industrializadas exigen una preparación más dilatada para asumir el rol del adulto. Dos cambios sociológicos han facilitado la prolongación de esta fase: la escolarización obligatoria y la prohibición de que trabajen los niños .

Diferentes trabajos de los últimos años han demostrado que la mayoría de los jóvenes viven esta edad con completa normalidad (Mardomingo, 1983 y 1984). Realidad constatada en casi toda la bibliografía revisada en la presente tesis, donde los adolescentes responden pasarlo bien o muy bien y tener pocos problemas en su vida diaria.

En la actualidad, ya no se conceptúa a la adolescencia como una etapa complicada y con problemas de adaptación.

La adolescencia ha dejado de ser necesariamente una edad inestable.

Se puede afirmar que la inadaptación del adolescente es una manifestación de que algo falla alrededor suyo, siendo vivido por él de manera conflictiva. En la mayoría de los adolescentes la escolarización ocupa casi todo su tiempo por lo que con relativa frecuencia se encuentra el fracaso escolar como una de las primeras manifestaciones de esa inadaptación (Hopkins, 1987).

Revisando las cifras del censo (Juventud, 1989), se descubre que en 1970 la juventud de la periferia de las grandes ciudades estudiaban tan sólo en un 15%; en la década de los 80 la mayoría (60-75%) de los adolescentes estudian y sólo una minoría trabaja. Además,

El mito de la adolescencia conflictiva.

un 30% de los jóvenes realizan un período escolar corto, siendo este grupo entre 12 y 17 años el que tiene menos posibilidades laborales futuras y el que tiene más riesgo de consumir tabaco, alcohol y otras drogas (CIS, 1986).

Por esto, en la presente tesis se estudian dos poblaciones con diferentes características socio-culturales para contrastar ambas subculturas.

MARCO SOCIAL DEL ADOLESCENTE

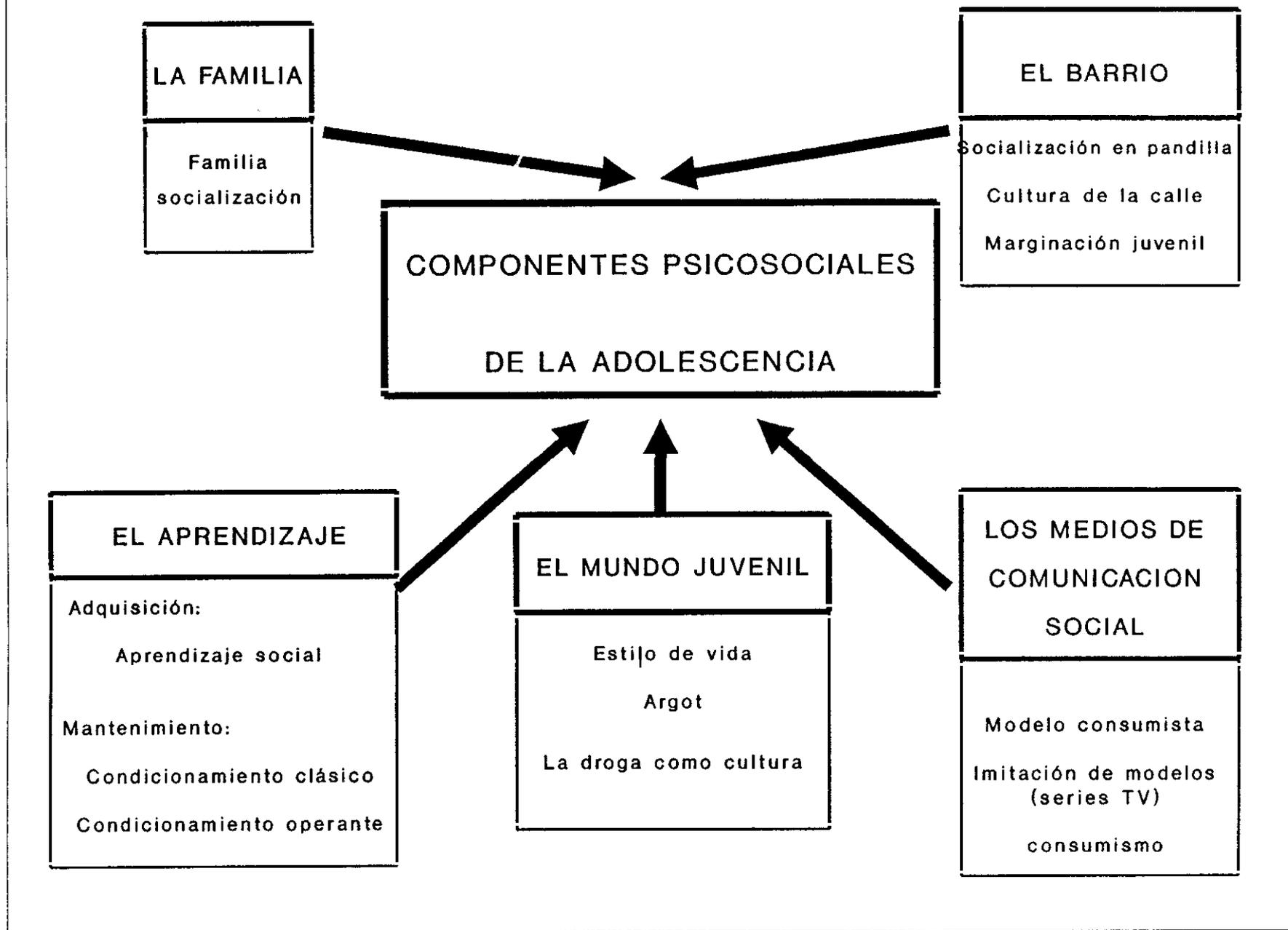
El hombre funciona como un "todo", por eso en la adolescencia conviene no separar determinados factores que influyen por igual: **biológico, psicológico y social.**

En realidad, se puede decir que el adolescente forma parte de un "ecosistema" en el que influyen decisivamente además de los factores antes citados, muchos otros, como el *marketing* y la publicidad, la música y la televisión etc.

Reagrupando estos componentes que interaccionan entre si en el mundo del adolescente pueden verse más resaltados los aspectos individuales, ambientales y sociales (Gráfico 2).

1. FACTORES DE SOCIALIZACION.

La socialización consiste en la aceptación de patrones de conducta, creencias y actitudes de los miembros de una sociedad.



Marco Social del Adolescente.

Gráfico 2: Ecosistema psicosocial del adolescente. (Modificado de García Alvarez, 1987).

Este proceso de socialización resulta fundamental en la adquisición y mantenimiento de las conductas, incluyéndose los patrones de conducta adictiva a sustancias nocivas para la salud.

Estas formas de conducta vienen determinadas por los agentes encargados de producir este tipo de enseñanzas: la familia, los amigos y los medios de comunicación de masas.

Como consecuencia final de este proceso en el desarrollo de la personalidad del adolescente, se adquiere la capacidad de autocontrol y la del control social.

1.1 FACTORES FAMILIARES.

Tradicionalmente, es en la familia donde se han enseñado "modelos" que permiten el desarrollo del niño (Ajuriaguerra, 1980; Bandura, 1982; Bowlby ,1985).

El proceso de socialización y aprendizaje que comienza en la familia resulta ser determinante en la adquisición de ciertas capacidades para tomar decisiones en cuanto a enfrentarse a problemas y resolverlos.

En los últimos años, diversos trabajos¹ han puesto de manifiesto la importancia del ambiente familiar así como la figura del padre y de la madre y la relación entre ellos y los hijos en la configuración de la personalidad de los niños.

¹. Un comentario a dichos trabajos puede encontrarse en: BOWLBY, La separación afectiva. Cap XXI. Paidós. Biblioteca de Psicología Profunda. México. 1985.

El modelo social que proporcionan los padres juega un papel determinante en el aprendizaje del consumo de drogas, tanto por la influencia directa que ejerce la familia sobre el desarrollo de la personalidad, como por el ambiente familiar que se crea sobre todo en torno al consumo de las drogas legales.

La influencia familiar es tan decisiva, que resulta ser un factor concluyente en el inicio del consumo y como se verá más adelante, a menor edad de inicio en el consumo, mayor resulta ser el riesgo de desarrollar pautas de abuso de sustancias.

Así por ejemplo, el aprendizaje de la ingesta de alcohol se adquiere dentro de la propia familia y generalmente antes de los 13 años (Blanco Aguilar, 1986; Alvira Martín, 1989; Calafat Far, 1989).

También el grado de autoestima se relaciona con el ambiente familiar, encontrando en la mayoría de los jóvenes involucrados en drogas duras una estructura de personalidad frágil, caracterizada principalmente por un nivel de autoestima bajo y signos elevados de depresión y apatía (Hopkins, 1987).

Aparecen actitudes autodespreciativas que explican la adopción de comportamientos agresivos, actos delictivos y abuso de drogas.

El prototipo de la familia del drogadicto queda reflejado en el cuadro 1.

Uno de los padres violento, ausente
El otro, muy ligado al hijo
Este último suele ser el del sexo contrario
Mala relación familiar
Hostilidad hacia el padre
Padre distante
Baja comunicación familiar

1. Características de la familia del drogadicto.

Entre los antecedentes familiares de drogadictos se ha encontrado el divorcio, muerte del padre, alcoholismo en un progenitor (64%) o en un familiar próximo (16%), y consumo de **heroína** o **cannabis** en otro miembro familiar (8%).

El menor de los hijos (36%) y los primogénitos (28%) parecen ser los más afectados dentro de la prole familiar (Castell Cuixart, 1985).

1.2 INTERACCION BARRIO-ADOLESCENTE: LOS AMIGOS.

Con la adolescencia, la importante influencia que ejercieron los padres en los primeros años de la vida, queda atrás; los amigos y el ambiente social ocupan en adelante el primer plano.

Cada contexto social tiene sus expectativas, sus estilos de vida, su estructura social diferenciada, el que un adolescente viva en uno u otro lugar determina en buena manera su personalidad y su futuro.

Se podría señalar que parte de la problemática de la adolescencia esta estrechamente unida a la historia de los barrios y sus territorios (Navarro,1978; Duran, 1983; EDIS, 1989).

La influencia de la "subcultura" del barrio sobre el adolescente es decisiva, ya que el grupo de iguales proporciona distintas funciones como son crear nuevas normas de conducta y también enseña los mecanismos necesarios para que se cumplan dichas normas.

Los amigos del grupo proporcionan información sobre las conductas que son apropiadas en diferentes situaciones ajenas a las enseñadas en la familia. En el barrio es donde los chicos y chicas aprenden los valores culturales de la calle y donde el grupo mantiene una serie de reglas respecto al consumo de drogas legales e ilegales que el miembro individual también adopta. En este sentido en la mayoría de los trabajos revisados los adolescentes que fuman, beben o consumen otra droga tienen amigos que también lo hacen.

El uso de drogas es socialmente inducido y socialmente controlado por el grupo de iguales (García Alvarez, 1987; Hopkins, 1987).

1.3 MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL.

La **cultura juvenil** esta marcada por los medios de comunicación: TV, radio, cine, discos, video..., que llenan una buena parte del tiempo libre.

Entre todos los medios de comunicación de masas, por su importancia destaca la televisión que junto con la publicidad constituyen uno de los impactos sociales más importantes de este siglo. Más de 20 millones de personas ven la televisión en nuestro país diariamente y por un espacio de tiempo que alcanza las tres horas.

Por la rapidez y su generalización la TV es el medio de información por excelencia, habiéndose convertido en la mayor fuente de información en nuestras vidas (Zuckerman, 1985).

La inmensa mayoría de la población accede al conocimiento del entorno a través de los medios de comunicación. Respecto al altísimo grado de influencia que determina la televisión, piénsese por ejemplo en la cantidad de modas y modismos en el hablar que determinan algunos anuncios y series juveniles sobre nuestra juventud.

El grado de influencia de la televisión guarda relación con la cantidad de tiempo que se pasa viéndola y del efecto acumulativo de lo que se ve (American Academy of Pediatrics. Committee on Communications, 1990).

En la actualidad, la publicidad ha pasado a ser otro importante medio de comunicación de masas. La influencia sobre el telespectador se sitúa a dos niveles: por un lado de tipo **conductual**, favoreciendo la adquisición del producto; por otro a nivel **cognitivo**, haciendo deseable un producto y reforzando una gama de modelos y valores. El mecanismo de aprendizaje por el que se influye sobre el consumidor es fundamentalmente por "asociación" e "imitación de modelos": a un objeto, persona o situación se le asocian determinados elementos de forma que aporten a los que vean el anuncio una imagen positiva. Curiosamente esta asociación no tiene por qué ser **manifiesta**, sino que suele ser **latente**.

En general, en las campañas publicitarias se elude evocar connotaciones negativas, como puede ser el utilizar el nombre genérico de una bebida alcohólica (vino, ron, ginebra). Por otro lado se intenta asociar ciertos tipos de bebidas a determinados grupos sociales: combinados y adolescentes; vino de consumo de mesa y clases populares; alto nivel social y whisky; de esta manera el alcohol se convierte en un diferenciador social.

La mayoría de los anuncios de tabaco y alcohol se asocian con vida al aire libre, salud, naturaleza, juventud, diversión, sexo, tranquilidad, elegancia, distinción, poder y clase social entre otros.

El principal peligro que produce la publicidad en lo referente a consumo de sustancias dañinas para la salud no es únicamente la compra directa de las mismas, sino la actitud "positiva" que genera hacia ellas, presentando imágenes de hombres y mujeres sanos, vigorosos, elegantes y prósperos incidiendo de forma indirecta sobre su compra y consumo (Singer, 1985; Cardenas García, 1986; Cardenas García, 1991; Elvira Jorba, 1986; Davis, 1987; Sebastiá Herranz, 1989). A esto se asocia la fuerte actitud tolerante que nuestra sociedad tiene ante alguna droga como el tabaco y sobre todo el alcohol; actitud transmitida fundamentalmente a través de la familia y de los amigos.

En un estudio realizado por **Sebastiá Herranz** (1989) los anuncios se asociaban con recompensas donde la satisfacción sexual y el prestigio social alcanzaban frecuencias del 23% y 13% respectivamente, alcanzándose el máximo en los anuncios de bebidas alcohólicas. Esta gratificación sexual alcanzada a través de las bebidas alcohólicas es fácil que sea aceptada entre algunos jóvenes debido a los fuertes impulsos sexuales que se desarrollan en esta edad.

Por otro lado, los chicos y chicas de un nivel socio-económico elevado de las sociedades occidentales desarrolladas disponen de una economía semejante a la de los adultos de los niveles socio-económicos más bajos, lo que les convierte en un mercado potencial dado su poder adquisitivo (Tojo, 1990), por lo que no es de extrañar que la industria dedique una especial atención a este grupo de edad.

Elvira Jorba (1986) ha comprobado que las marcas más conocidas entre la juventud son aquellas que patrocinaban eventos deportivos que se retransmitían a través de televisión.

2. EL MUNDO DEL ADOLESCENTE.

El mundo que rodea al adolescente se caracteriza por poseer una cultura propia, donde están implicados un estilo de vida, un argot específico de los jóvenes y el uso de diferentes tipos de drogas legales o ilegales.

Como **estilo de vida** se entiende el conjunto de creencias, valores y comportamientos, que presenta un grupo social de una forma más o menos homogénea en relación a un medio social (Fernández, González y Mayol: citado por García Alvarez, 1987, pág. 245).

El **estilo de vida** es una consecuencia de los estímulos que nos rodean de forma continuada (Ballabriga, 1990). Estos estímulos han variado de unas épocas a otras y están ligados a valores de ciertas situaciones culturales, sociales y económicas. Incluso en un mismo tiempo son diferentes de unas regiones a otras o entre una zona de una gran ciudad al otro extremo de la misma. En la actualidad el estilo de vida de los adolescentes guarda una relación directa con los medios de comunicación.

La influencia de estos últimos y la cultura de la calle ha creado un **argot específico** de la juventud, que en muchos casos ha sido importado del mundo de la droga y se caracteriza por la incrementación de sufijos (ata, ota: bocata, drogota), empleo de oraciones entrecortadas cargadas de matices subjetivos (enrollarse, montarse, estar en...), el uso de apodos y metáforas (camello, caballo, nieve, estar ciego, engancharse).

Por último, y referente al uso de drogas, varían de un adolescente a otro y de un momento a otro: se fuma ocasionalmente, más en grupos de amigos y se bebe sobre todo los fines de semana y también en el grupo de iguales. Sólo un pequeño porcentaje consume drogas ilegales, sobre todo ocasionalmente.

3. EL APRENDIZAJE SOCIAL Y LAS DROGAS.

Beber, fumar o consumir droga son un tipo de comportamiento y como tal se adquieren a través de procesos de aprendizaje en un intercambio continuo entre el individuo y su ambiente.

La adicción no es algo patológico o anormal sino un comportamiento social que se adquiere y desarrolla de modo natural.

Dentro del ámbito de la **Teoría del Aprendizaje** destacan los trabajos que sobre **Aprendizaje Social** realizaron Bandura y Walters en 1963 donde tiene una importancia fundamental y determinante la imitación de modelos (Luna Blanco, 1977; Bandura y Walters, 1980; Bandura, 1982).

La hipótesis fundamental del Aprendizaje Social establece que *"todo fenómeno de*

aprendizaje resulta de experiencias que se producen sobre una base vicaria² por medio de la observación de la conducta de otra persona y de las consecuencias que la conducta ha tenido para ella".

En resumen, la conducta que presentan los demás puede modificar mi conducta posterior. La teoría del aprendizaje social dice que las personas suelen elegir conductas cuyas consecuencias tienen un efecto recompensante inmediato y real en vez de escoger otras situaciones con efectos a largo plazo y poco gratificantes.

Esta teoría es aplicable al mundo de las drogas, donde el efecto es inmediato.

En la actualidad, se insiste mucho en el aprendizaje social respecto al consumo de drogas, donde la "imitación de modelos" (Costa, 1991) tiene mucho que ver junto con la publicidad.

El consumo de una sustancia (¿fumar?) puede ser el precio de admisión de un grupo social o pandilla, o utilizarse para disminuir los roces del contacto social.

Este proceso de aprendizaje es común para diferentes tipos de conductas, en especial para aquellas relacionadas con el consumo de drogas (legales o ilegales), una vez que se aprende una pauta comportamental, el individuo sólo tiene que sustituir una droga por otra.

2. Al aprendizaje vicario también se le conoce como: modelado, de imitación, aprendizaje observacional, de identificación o de facilitación social.

Conviene recordar que además de este aprendizaje social, los efectos farmacológicos de las drogas, determinan una buena parte de la dependencia (García de Jalón, 1980; Jaffe, 1985).

De lo anteriormente expuesto se desprende que existe una interacción entre tres variables para que una droga produzca dependencia:

- . el tipo de consumo y las propiedades de la droga,
- . la personalidad del consumidor, y
- . el medio socio-cultural donde se mueve la persona.

Desde un punto de vista teórico, en el aprendizaje vicario o por imitación de modelos se distinguen hasta cuatro procesos bien diferenciados (Bandura, 1982) que pueden ser aplicados en el aprendizaje de sustancias (Gráfico 3).

PROCESOS DEL APRENDIZAJE SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE OBSERVACIONAL

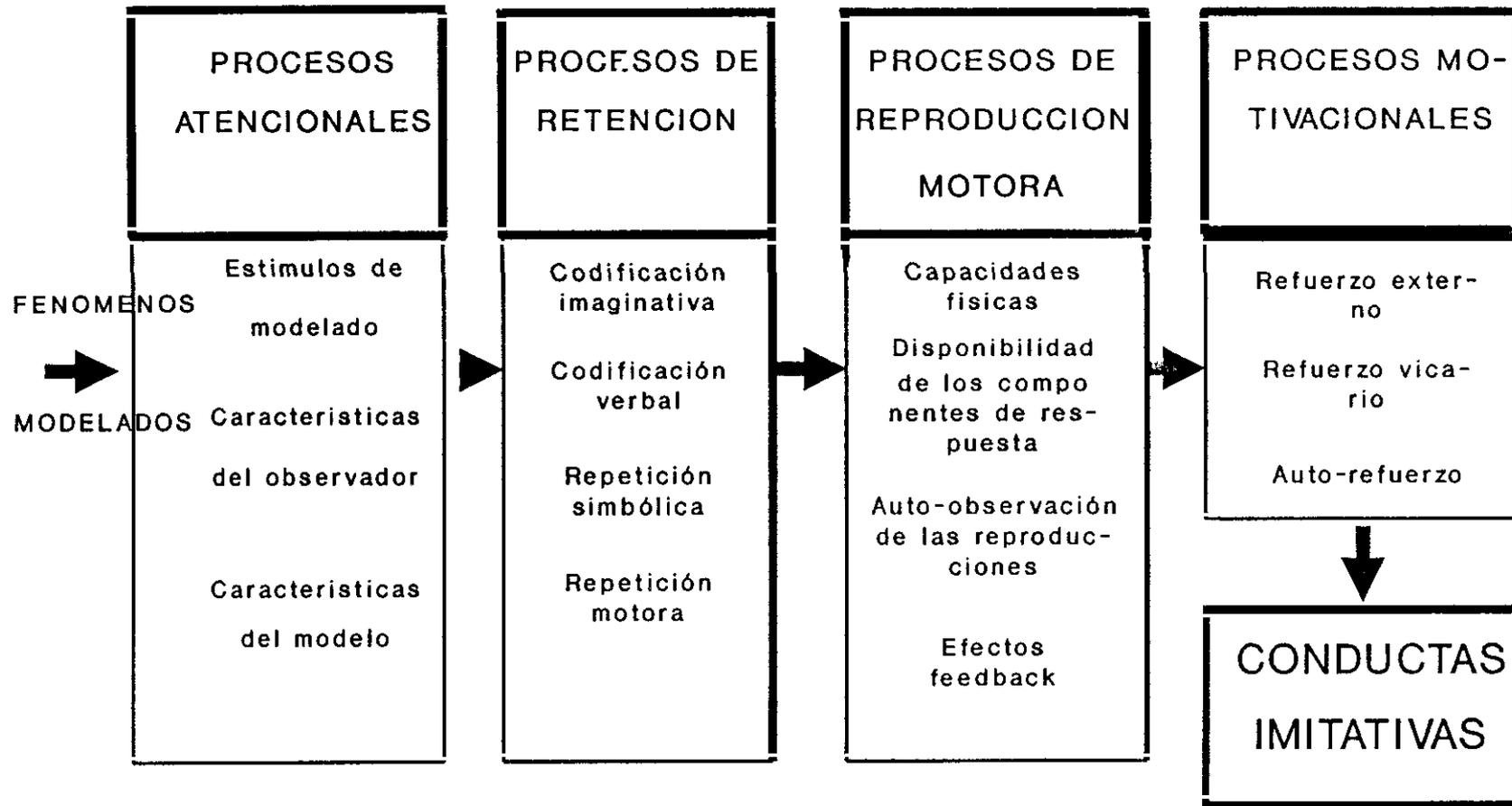


Gráfico 3: Procesos que componen y dirigen el aprendizaje por observación. (Modificado de Bandura, 1982).

A continuación se revisan brevemente estos procesos del aprendizaje:

a) Proceso inicial de atención.

Desde la visión del aprendizaje social una presentación continuada de estímulos no determina la adquisición de una conducta ya que el observador puede no prestarles atención.

La adquisición de una conducta imitativa está relacionada fundamentalmente con una serie de variables de "control de la atención" (cuadro 2), que determinan que estímulos se observan y cuales no.

Sexo
Edad
Prestigio social
Status socioeconómico
Poder social
Factores emocionales

2. Tipos de variables que intervienen en los procesos de atención.

En relación con el aprendizaje del consumo de drogas, el proceso de atención generalmente comienza en la adolescencia con el descubrimiento inicial y desarrollo de

ciertas actitudes favorables al consumo de dicha sustancia, al mismo tiempo que se procura una reafirmación de la personalidad.

Es seguro que en esta fase tiene una gran influencia la publicidad y los patrones y modelos de imitación hacia los adultos.

Así por ejemplo, el fumar y el beber alcohol se asocia en nuestra sociedad a éxito, posición social y marcada personalidad.

b) Proceso de retención.

Es una fase intermedia, donde parece asimilarse lo "aprendido" con anterioridad. El paso a la siguiente fase viene determinado por las características de la personalidad de la persona y el entorno en el que se mueve.

c) Proceso de experimentación o reproducción motora.

Es la fase siguiente y se produce generalmente en el contexto social en que se desenvuelve el adolescente: con sus amigos y en los sitios comunes de reunión. Se produce de 2 a 3 años desde que el adolescente inicia el consumo y es independiente de la cantidad diaria y del tipo de droga que se use. El mayor riesgo se produce en aquellos que se iniciaron en el consumo en edades tempranas de la vida.

d) Consumo regular.

Tras una fase de experimentación que varía según el tipo de droga el consumo se hace habitual. Así para el tabaco, esta fase es de 1-2 años. Este período es el más largo y en el caso del tabaco existe un grado diferente de dependencia nicótica que es el que define el grado de drogodependencia³.

La base para el consumo de una droga ilegal es "siempre" el consumo de una legal. Diferentes estudios confirman que este inicio se realiza fundamentalmente con el tabaco, seguido del abuso de alcohol y del fumar "porros" (cannabis).

Cuando se asocia tabaco y alcohol y se aumenta su consumo, el siguiente paso es consumir **marihuana** (EDIS, 1985; Juventud, 1988; Alvira, 1986). De aquí se pasa al consumo de **heroína y opio**, completando así el llamado fenómeno en "escalada". Las primeras son drogas de consumo social, se abusa de ellas fundamentalmente en grupo, con los amigos. De las últimas se abusa principalmente en solitario.

CASI EL 100% DE LOS QUE CONSUMEN UNA DROGA ILEGAL CONSUMEN ALCOHOL
(EDIS, 1985).

³La representación mental (imaginativa) y verbal son dos mecanismos que resultan determinantes en este tipo de aprendizaje. Parece ser que la mayor parte de los procesos cognitivos que regulan la conducta son ante todo verbales más que visuales.

HABITOS DE VIDA Y CONSUMO DE LOS ADOLESCENTES.

El nivel de salud se ha relacionado con los modos de vida de la población y con determinadas situaciones culturales, sociales y económicas (Navarro, 1978; Jaffre, 1981; Durán, 1983; OMS, 1986; Rodríguez, 1987; EDIS, 1989; CIS, 1990).

El aumento de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre nuestra población es alarmante. Diferentes encuestas realizadas entre escolares alertan sobre la precocidad de la iniciación en estos consumos. Así mismo, y cada vez más, se reconoce determinados factores relacionados tanto con la personalidad de los implicados como con su entorno.

Y así, se termina por encontrar una encrucijada donde se duda que fue primero, si los problemas personales y con el entorno ó el abuso de sustancias nocivas para la salud como origen de un tipo de comportamiento peculiar que acarrea problemas de personalidad.

En la revisión bibliográfica realizada, las citas en referencia a los adolescentes ha sido menor de lo esperado, sobre todo en lo que concierne a la población española y en muy pocos casos se encontró un estudio que abarcase la adolescencia propiamente dicha, sino determinados grupos de edades en escolares y generalmente de 15 años en adelante.

1. HABITOS DE VIDA.

El nivel de salud de la población guarda una relación directa con el estilo de vida ó modos de vida: nuestros hábitos dietéticos e higiénicos, el empleo del tiempo libre, la pauta de sueño, nuestras relaciones familiares y amistades son factores determinantes del comportamiento social y del consumismo.

Estos modos de vida están relacionados con el nivel socio-económico. El mayor poder adquisitivo implica un mayor y mejor acceso a los servicios, entre ellos los sanitarios (Duran, 1983; EDIS, 1989).

La OMS a través de su Oficina Regional para Europa, ha patrocinado varios estudios sobre los hábitos de salud en los escolares, habiendo sido realizados por vez primera en el curso escolar 1983-84 (Aaro, 1986).

Posteriormente la investigación ha continuado, realizándose en la actualidad a través de 18 países europeos, entre los que se encuentra España (Marklund, 1987; Mendoza, 1989; Mendoza, 1990), habiéndose ampliado a Canadá en el estudio del año 1990.

Se revisan aquellas variables más características de este grupo de población en relación a sus hábitos de vida, analizando sobre todo los trabajos realizados a nivel nacional y en población adolescente, por ser estos datos los que comparativamente pueden resultar de más interés a la hora de estudiar a los adolescentes de Leganés y Pozuelo de Alarcón.

1.1 ACTIVIDAD DEPORTIVA.

Es una opinión extendida y popular que el ejercicio físico constituye una actividad beneficiosa para la salud, ofreciendo también una excelente oportunidad para las relaciones sociales.

El realizar ejercicio de una forma continuada se ha asociado con diferentes efectos beneficiosos para el organismo (cuadro 3) (Simón, 1985-86; Serra Grima, 1987)

Perdida de peso
Reducción del estrés
Mejores hábitos dietéticos
Disminución del consumo de tabaco
Disminución del colesterol total
Aumento de la fracción HDL-colesterol

3. Algunos efectos beneficiosos del ejercicio físico.

En la bibliografía revisada la actividad deportiva fuera del colegio, no ha sido una práctica frecuente, casi el 50 % no suele hacer deporte de manera organizada (Mendoza, 1988) aumentando esta cifra en el medio rural (González, 1984; Mendoza, 1988), en el

Informe de la Juventud en España (1988) se reseña una clara correlación entre edad y práctica deportiva, así entre 15-16 años y en días laborables hacen algún deporte el 27%, bajando al 14% entre los 17-19 años y al 8% entre los 20-24 años. Se puede afirmar que la práctica deportiva es más frecuente en los primeros años de la adolescencia, siendo menor en el sexo femenino y disminuyendo con la edad. El nivel socio-económico parece tener una influencia casi constante, **Mendoza (1988)** encuentra que se practica más deporte en los hijos de técnicos (39%) que entre los de obreros (27%).

Zárraga (1988) manifiesta más práctica deportiva durante los días laborables y en el sexo masculino, datos que se confirman en casi todos los trabajos revisados (Bonet de Luna, 1988; Mendoza, 1988, 1990; EDIS, 1985).

1.2 EMPLEO DEL TIEMPO LIBRE.

El empleo del tiempo libre está mediatizado por la cultura en que se vive (Cone, 1977; Hoebel, 1985; Funes Arteaga, 1990a y b).

Según el grupo y nivel socio-económico los jóvenes tienen ciertas variaciones en sus *hobbies*. El ocio y como emplean el tiempo libre, resulta ser uno de los apartados más característicos de la juventud. Los adolescentes mejor integrados socialmente parcelan el tiempo de ocio. Tienen un tiempo especial para ellos y sus amigos, en este tiempo "hacen cosas", preferentemente estar con los amigos (91%), escuchar música (90%) y ver televisión

(88%), esta última aumenta si los encuestados pertenecen al medio rural (Juventud, 1977; Gonzáles, 1984).

1.3 PATRON DE SUEÑO.

Siendo la adolescencia una etapa del desarrollo en la que los cambios tanto físicos como psicológicos se producen constantemente, es fácil comprender que el descanso sea algo fundamental. Que no se realice correctamente puede interferir con la asistencia a clase, en la relación con la familia o con los amigos.

La alteración del patrón de sueño, es decir de "cuanto" y "cómo" se duerme, se ha relacionado con diversos trastornos psicológicos como **bulimia** (Lustick, 1985), **ansiedad** y **depresión** (Ajuriaguerra, 1980; Black, 1987; Wolfish, 1988;), **síndrome de hiperactividad** o como un **síntoma más de enfermedad crónica** (Wolfish, 1988).

Respecto al número de horas que duermen los adolescentes, encontramos poca variación de unos estudios a otros. Casi un tercio del día dedica la juventud española a dormir (Juventud, 1988). La sensación de cansancio matinal y el deseo de continuar durmiendo se encuentra en el 12% (Mendoza, 1988). En general, los adolescentes españoles se levantan entre las 8h. y las 8.30h, pero uno de cada diez duerme menos de 6h. los días laborables, cifra que aumenta si los padres están separados (EDIS, 1985; Bonet de Luna, 1988; Juventud, 1988). Las chicas duermen entre 15' y 20' más que los chicos.

La relación entre los padres y el ambiente familiar parece interferir sobre el número de horas de sueño y en la dificultad para dormir (Bonet de Luna, 1988).

1.4 SEXUALIDAD.

En los últimos años se encuentra una tendencia hacia una liberalización de las normas sexuales, realidad constatada por varios factores.

En primer lugar por un cambio en las actitudes hacia las cuestiones sexuales, en segundo lugar por un incremento de las relaciones prematrimoniales y finalmente por una participación más temprana en dichas actividades sexuales.

El equilibrio alcanzado entre actitudes sexuales personales y conducta sexual existente determinó su extensión a la adolescencia con un aumento de las relaciones prematrimoniales y un inicio de dichas relaciones más precoz que anteriores generaciones.

En Estados Unidos y Canadá el sexo femenino menor de 19 años aumentó su actividad sexual en la década de los 70 entre un 30% y un 50% (Hopkins, 1987; Wolfish, 1989).

En España Malo de Molina (1992), refiriéndose a una población entre 14 y 29 años a nivel nacional encuentra una media de edad de inicio para los primeros contactos de 13.4

años en el varón y de 14.4 años en la mujer. Para las relaciones sexuales completas el sexo masculino alcanza los 17.6 años y el femenino los 18.2 años de media.

Bonet de Luna (1988) en una población escolar de Madrid, encuentra que el 13.5% de los adolescentes encuestados han mantenido relaciones sexuales completas. En este grupo la edad de inicio fue entre 12 y 15 años en un 33% y entre 15 y 18 años el 58.4%.

La anticipación en la edad de inicio de las relaciones sexuales junto con la desinformación general que sobre este tema tienen los adolescentes ha traído un aumento de las enfermedades de transmisión sexual y de embarazos en este grupo de edad.

En la Maternidad La Paz, en Madrid, uno de cada 17 embarazos es de una adolescente, 61 de cada 1000 partos ocurre en mujeres menores de 20 años y uno de cada 22 abortos se dan en futuras madres adolescentes (Usandizaga, 1987). La incidencia de partos en adolescentes entre 1981 y 1986 fue del 5.15% (Hernández García, 1989).

Respecto a las fuentes de información que la sociedad utiliza para saber sobre sexualidad, **Malo de Molina (1992)** en el informe ya citado, comunica que a medida que los encuestados son mayores, decrece el porcentaje de aquellos que recibieron información proveniente de amigos, de la madre, de los profesores, de los hermanos o de libros, mientras que aumenta la cantidad de los que fueron informados por el padre o por experiencia personal.

En el mismo informe se declara que los padres dedican mayor atención en lo referente a educación sexual a los hijos del mismo sexo.

Diversos factores se han relacionado con el inicio precoz de relaciones sexuales, así como con las diferentes tipos de obtención de la información sobre sexualidad, los más comúnmente encontrados han sido la clase social, el nivel de educación y las creencias religiosas (Hopkins, 1987).

La televisión es otra fuente de información sexual, habiendo contribuido notablemente en el aprendizaje y generalización de los comportamientos sexuales de la sociedad (Malo de Molina, 1992).

1.5 ESTILO DE VIDA Y MEDIOS DE COMUNICACION.

Del poder que los medios de comunicación (sobre todo la televisión) ejerce sobre la juventud, es necesario resaltar dos aspectos: su posible influencia (favorable o no), con la posible patología que de ella se derive, y el efecto que la publicidad pueda producir sobre la población adolescente (American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. 1987-1988).

Hodge y Tripp (1988), Vesin (1989) y Castells Cuixart (1990) han estudiado el

comportamiento social en relación con la televisión, los factores positivos y adversos que su influencia ejerce pueden observarse en el cuadro 4.

POSITIVOS	NEGATIVOS
Mejora el grado de conocimiento	Exceso de publicidad
Favorece el aprendizaje social	Incita al consumismo
Estimula el lenguaje	Exceso de erotismo
Mejora el léxico	Demasiada violencia
	Disminuye la comunicación familiar

4. Tipo de influencia que ejerce la televisión sobre el aprendizaje.

En el informe **Juventud en España** (Juventud, 1988) los encuestados ven la televisión el 76%, dedicando su tiempo de ocio a estar con los amigos el 51%, y después en un menor porcentaje y orden decreciente: leer, escuchar música y oír la radio. Estos resultados contrastan claramente con el mismo estudio realizado diez años antes (Juventud, 1977), donde la televisión ocupaba el tercer lugar (88%), estando desplazada por estar con los amigos (91%) y oír música (90%) como los más frecuentes, cifras coincidentes con otros estudios de la época (Arana, 1980). Como se ve, los gustos de nuestros adolescentes han cambiado en la última década siguiendo la evolución del marco social.

La televisión puede representar una nueva forma de morbilidad (Singer, 1989; Strasburger, 1989; Tucker, 1991), a la que debemos estar atentos para poder prevenir los trastornos asociados.

Diferentes estudios han asociado la televisión con la conducta agresiva (Drabman, 1976; Feinbloom, 1976; González Mas, 1991), aumentando su influencia en caso de chicos inmaduros y cuando los padres no ejercen ningún tipo de control sobre las imágenes (Zuckerman, 1985; Gadow, 1989). Este aprendizaje de la agresividad parece explicarse por un efecto de estratificación mediante el cual se refuerzan actitudes con la exposición repetida (Feinbloom, 1976; Bandura, 1982).

En un estudio realizado por González Más (1991) se señala como una de las consecuencias del uso indiscriminado de este medio de comunicación, un empobrecimiento de la comunicación intrafamiliar de un 17%, mientras que en 1976 era del 6%. También se ha asociado a trastornos del sueño y del comportamiento, así como obesidad y epilepsia (Vesin, 1989; Tucker, 1991). Hodge y Tripp (1988) han desarrollado una perspectiva favorable de la televisión dada la influencia que ejerce sobre el aprendizaje del lenguaje.

Pero la televisión, junto con los vídeos musicales y la música de temas de rock ejercen una fuerte presión entre los adolescentes por su contenido publicitario sobre sexo, violencia, abuso de drogas, suicidios y conducta sexual (Strasburger, 1985; American Academy of Pediatrics. Committee on Communications, 1989; American Academy of Pediatrics. Committee on Communications, 1990).

1.6 HABITOS DIETETICOS.

Los hábitos alimenticios durante la infancia y adolescencia tienen una importancia fundamental, no sólo por el intento de mantener un buen estado nutritivo, sino por los efectos que estos hábitos pueden tener a lo largo de nuestra vida.

La arteriosclerosis, la obesidad, la hipertensión y la hiperlipidemia han sido de las enfermedades más relacionadas con los diferentes hábitos dietéticos (Cresanta, 1986; Dietz, 1986; Glueck, 1986; Freedman, 1987).

Se ha comprobado que las dietas altas en ácidos grasos saturados se asocian con valores de colesterol plasmático alto tanto en niños como en adolescentes (Kwiterovich, 1986), así como su correlación con el adulto (Laurer, 1988).

Entre los adolescentes han adquirido una popularidad creciente en los últimos años las hamburgueserías y tiendas de comidas rápidas. La problemática que plantean estos tipos de alimentación es de si los cambios en los hábitos dietéticos son compatibles con las necesidades que el adolescente tiene durante su desarrollo, pero también si suponen un riesgo para las enfermedades antes citadas y que guardan relación con el tipo de dieta (Ballabriga, 1990).

Recientemente, diferentes estudios relacionados con este tipo de comidas han puesto de manifiesto las transgresiones dietéticas en cuanto a la composición de estos alimentos así

como el contenido alarmante en grasas tanto de origen animal como derivadas del aceite usado para freír, exceso de iones (sal, iodo) o déficit de vitaminas y de hierro (Kessler, 1989; Massachusetts Medical Society. Committee on Nutrition, 1989; Arbesman, 1990). En consecuencia, podemos afirmar que el consumo de este tipo de comidas preparadas, cuando se hace reiterativo, puede suponer una limitación en las variedades de la dieta, con un bajo aporte nutritivo y la estandarización de la ración individual, lo que no permite tener en cuenta los requerimientos nutritivos individuales.

Diferentes tipos de dieta (Paidos'84; Dietz, 1986) pueden guardar relación con la obesidad, aunque la herencia parece tener también un papel importante, existen otros factores relacionados con ella, como un medio familiar que fomente la bulimia exagerada (Lustick, 1985) o la excesiva dedicación diaria a la televisión con la inactividad que acarrea y la frecuente ingesta de frutos secos y similares que se ingieren mientras se disfruta del programa preferido (Tucker, 1991).

Estos últimos factores, junto con el reconocimiento progresivo de que los problemas nutricionales más prevalentes en las sociedades occidentales se deben a un exceso de consumo y a desequilibrios en el aporte de la ración alimentaria más que a deficiencias en algunos nutrientes aislados (Hamosh, 1990), ha producido un interés creciente en racionalizar los hábitos dietéticos en la edad pediátrica en un intento de evitar aquellas enfermedades que a "priori" parecen guardar relación con estas transgresiones dietéticas. De aquí el interés que tiene el conocer los hábitos dietéticos de los adolescentes.

2. CONSUMO DE DROGAS.

El alcohol y el tabaco se consideran tan integrados en nuestra sociedad, que en pocas ocasiones son considerados como drogas (Prieto, 1987; Pere-Oriol Costa, 1988).

El consumo de drogas en nuestro país se ha extendido peligrosamente, como demuestra tanto los delitos por consumo como por tráfico y número de decomisos (Memoria de la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas, 1990, pág. 137).

En la Memoria del Plan Nacional Contra la Droga de 1988, se daban unas cifras alarmantes de consumidores (cuadro 5).

Alcohol: 1.900.000 a 2.300.000

Cocaína: 60.000 a 80.000

Heroína: 80.000 a 125.000

Anfetaminas: 350.000 a 500.000

Inhalantes: 18.000 a 21.000

Cannabis: 1.200.000 a 1.800.000

5. Número de consumidores de drogas en España. Memoria del Plan Nacional Contra la Droga. 1988.

En general, el aspecto social ha marcado de tal forma el problema, que cuando se habla de drogas nadie piensa en fármacos, sino en lo que conocemos en la actualidad como **"drogas de abuso"** (Laraña Rodríguez, 1986).

Se deben diferenciar las drogas admitidas socialmente: **alcohol, tabaco y café**, (también llamadas institucionalizadas o legales); de las no institucionalizadas: derivados del **cannabis, opiáceos, cocaína y drogas-medicamentos**.

Hay que recordar la importancia social y económica que en cada cultura adquiere este tipo de sustancias, de tal forma que son los determinantes para que sean consideradas legales o no (Jaffre, 1981).

Revisando distintos países con diferentes culturas, encontramos por ejemplo que el **opio** y derivados a pesar de ser la droga más reprobada socialmente, son consumidos en alguna región septentrional de **Tailandia**, donde se comercializa para el exterior y para uso interno familiar, siendo admitida completamente en la vida social del país.

También en las regiones andinas de **Perú, Colombia y Ecuador** el consumo de **"coca"** está institucionalizado entre la población.

En los países **árabes** el alcohol está prohibido por el Corán; sin embargo, el consumo de **hachís** es algo que impregna la vida y la cultura de los musulmanes.

En cualquier caso y en cualquier país, se trate de la droga que se trate, siempre hay una constante:

"Quienes consumen drogas según las pautas socialmente admitidas actúan según las expectativas de grupo; quienes no se atienen a estas normas acaban por ser excluidos del grupo".

De esta forma, cuando la droga esta "legalizada" e "integrada" socialmente, solamente se considera un problema en circunstancias extremas (como puede ser poner en peligro la propia salud o en caso de incapacidad para el trabajo, por ejemplo un alcohólico). Siguiendo a **Jaffre** (1981), el estudio del consumo de las drogas a través de las culturas hace considerar diferentes elementos en juego:

- . edad del consumidor,
- . forma de consumo de la droga, y
- . grado de aceptación cultural de un tipo de consumo.

Respecto a nuestro país, es curioso como en los estudios revisados, el tabaco y el alcohol sólo son tenidos como drogas en un pequeño porcentaje, alrededor de un 10% y un 12 % respectivamente, siendo cifras muy constantes en todos ellos (Zárraga, 1985; EDIS, 1985; Juventud, 1988).

2.1 MARCO DE INFLUENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS.

El **Comité de Expertos de la OMS en Drogas que causan Dependencia** en sus 13º y 15º informes (1964 y 1966) valoraba los aspectos sociológicos de la dependencia, haciendo especial relevancia en la distinción entre "uso" y "abuso", así como en los factores ambientales familiares y del entorno socio-cultural.

Desde entonces han sido múltiples los factores relacionados con el consumo de drogas (cuadro 6) como factores socio-familiares, ambientales y personales. (OMS, 1964; OMS, 1966; Carbonel Masiá, 1980; González Cajal, 1980; Navarro, 1985; Castells Cuixart, 1985; Blanco Aguilar, 1986; Donadeu Luengo, 1986; Arana, 1987; Goirena de Gandarias, 1988; González Hachero, 1990).

. SOCIO-FAMILIARES:

modelos y presión paternos
incomunicación, pasividad
sobrepotección, autoritarismo
divorcio de los padres
amistades

. AMBIENTALES:

publicidad, paro
accesibilidad de las drogas
ganancia económica fácil

. PERSONALES:

baja autoestima, timidez
habilidad para manejar estrés
evasión de vivencias conflictivas
fracaso escolar

6. Factores influyentes sobre el consumo de drogas.

En otros países diversos estudios demuestran influencias semejantes (Dembo, 1980; Gleaton, 1981; Nicholi, 1983; Wills, 1985; Aaro, 1986; Coombs, 1986; McCarthy, 1986; Marklud, 1987; Needle, 1988; Swadi, 1988; Smith, 1989; Davis Grimes, 1989).

El factor económico, en contra de lo que pudiera parecer no influye directamente en el consumo de drogas, pero sí lo hace de manera indirecta mediante la creación de un ambiente marginador, (vida callejera en los suburbios, mala ocupación del ocio y del tiempo libre, paro, delincuencia...). Los problemas económicos surgen después, una vez que se constituye el hábito.

El impacto que estos factores anteriores ejercen sobre el adolescente viene condicionado por los recursos personales que se adquirieron a lo largo del desarrollo y aprendizaje como persona, siendo estos recursos conocidos como **habilidades de afrontamiento**.

También se ha comprobado que "la puerta de entrada" que siguen los jóvenes en este hábito de abuso se inicia por el **tabaco**, y continúan después con **alcohol**; más tarde asocian los dos anteriores aumentando su consumo para terminar con **marihuana**, en un pequeño porcentaje pasan a consumir drogas duras (opiáceos y heroína).

Cuando una persona utiliza una droga es más probable que use después otra y pase al consumo múltiple (Ramón Cavero, 1980; Newcomb, 1986; EDIS, 1985). El uso de **cocaína y heroína** es raro cuando antes no se ha tomado **alcohol, tabaco y marihuana**.

En general, los adolescentes aceptan con más facilidad el uso y abuso de alcohol, tabaco y marihuana. (McDonald, 1987; Rogers, 1987; Schwartz, 1987; King, 1987; Bagnall, 1988).

La comparación de frecuencias para los distintos consumos de drogas, tanto a nivel nacional (EDIS, 1985; Elzo, 1986; CIS, 1986; Rioja, 1986; CIS, 1988; Martínez Rodríguez, 1989; Municipio de Madrid, 1989; Ayuntamiento de Madrid, 1990) como en otros países (Kandel, 1981; Newcomb, 1986; Needle, 1988) resulta muy semejante.

Cómo adquieren la droga para estas primeras experiencias varía principalmente con el tipo de droga. Los resultados obtenidos son casi constantes en todos los estudios, y se pueden dividir en dos grupos: el primero guarda una gran relación con el adolescente y su mundo (escolar y social); el segundo grupo se da sobre todo en mayores de 18 años e implica una red clandestina de drogadicción donde se roza la delincuencia:

. El tabaco y el alcohol guardan relación con festejos familiares o con amigos que suelen ser los proveedores iniciales.

. Los inhalantes se consumen fundamentalmente en el colegio y con los amigos en la calle.

. El cannabis tiene una influencia escolar, pero sobre todo es una droga que se adquiere y se consume a través de los "amigos".

. Las anfetaminas también guardan una relación de adquisición y consumo con los amigos del barrio.

. Los tranquilizantes y analgésicos guardan relación con el consumo de algún familiar en casa obtenido con receta médica.

. La coca y la heroína se obtienen fundamentalmente a través del mercado ilegal del tráfico de drogas, se busca al traficante en lugares determinados de barrios o bares. La incidencia de delincuencia en este grupo es manifiesta (Pérez Fernández, 1990).

En los últimos años se ha comprobado que el inicio de algunas drogas se efectúa durante la adolescencia, sobre todo en lo referente al tabaco y alcohol (cuadro 7) en comparación con otro tipo de abuso más típico del adulto.

Los indicadores de abuso posterior de otras sustancias suelen ser el fumar para el sexo femenino y el consumo de **marihuana** para los chicos, ambos en edades tempranas.

A pesar de la posible impresión catastrofista hasta aquí expuesta, en la mayoría de los trabajos revisados la población juvenil estudiada dice estar contenta y feliz, sin problemas importantes y con una perspectiva de futuro positiva. Solamente una minoría de los adolescentes reconoce tener problemas, sentimientos de inseguridad e insatisfacción.

Droga	Edad media de inicio	Sexo y edad de máximo consumo
Inhalantes	15.5	♂ 18-20
Alcohol	13	♂ 18-20
Tabaco	12	♂ 18-44
Cannabis	16.5	♂ 15-29
Alucinógenos	18.8	♂ 18-29
Heroína	19.5	♂ 18-29
Cocaína	20.6	♂ 18-29
Anfetaminas	23.5	♂ y ♀ 18-34
Analgésicos	32.3	♀ 35-49
Tranquilizantes	36.1	♀ 35-49
Hipnóticos	44.1	♀ 35-49

7. Edad media de inicio, sexo y edad de máximo consumo de algunas drogas legales e ilegales (en años). (Modificado de EDIS, 1985)

A continuación se revisan las drogas más frecuentemente consumidas en nuestro medio:

2.2 TABACO.

Diversos trabajos demuestran la influencia negativa que el fumar ejerce sobre la salud (Fielding, 1985a,b).

Hábitos de vida y consumo.

El fumar tabaco es el responsable directo de casi el 90% de todos los casos de cáncer de pulmón y de laringe, el 75% de las bronquitis crónicas y los enfisemas, así como del 25 % de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares.

En lo referente a la infancia y adolescencia, en los últimos años se han descrito diversas patologías asociadas al tabaco o al riesgo del fumador pasivo (American Academy of Pediatrics: Committee on Genetics and Environmental Hazards, 1982; American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Hazards, 1986; García Calvente, 1987), aunque los primeros avisos datan de 1974, cuando el **Comité de la Juventud de la Academia Americana de Pediatría** llamaba la atención sobre la escalada de consumo de tabaco y sus peligros entre los adolescentes americanos.

El nivel de consumo de tabaco en España es alto, ocupando el 6º lugar mundial, siendo el número de cigarrillos fumados de 2.658/año/habitante y de 7.28/día/habitante (Martínez Llamas, 1989).

El aprendizaje del tabaquismo se asocia a "modelos de consumo" aprendidos, al igual que sucede con otras drogas.

El tabaco es una droga por su capacidad para crear tolerancia, dependencia física y sobre todo psicológica.

Los efectos farmacológicos de la nicotina, quedan demostrados en el síndrome de privación en los que dejan de fumar (Jaffre, 1985; Costa, 1991).

La supresión del fumar en los adictos produce un cuadro característico por deprivación de la nicotina que se asemeja a la de drogas como la heroína, la cocaína y el alcohol. La única diferencia es que sus efectos son más sutiles y carece de formas de intoxicación socialmente molestas (The Lancet: Editorial, 1991).

Este cuadro de deprivación consiste en unas manifestaciones físicas como disminución de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, junto con trastornos psicológicos, tales como ansiedad, hostilidad, irritabilidad y agresividad (Jaffre, 1985; Martínez Llamas, 1989).

El consumo guarda una relación directa con la publicidad (Vaque Rafart, 1987; Montagut, 1991) de ahí que las compañías tabaqueras dirijan sus campañas publicitarias hacia los jóvenes utilizando los medios de comunicación impresos o hablados. Incluso en algunos casos patrocinando competiciones deportivas, o anuncios donde se asocia al tabaco con grandes aventuras al aire libre, o con el éxito social.¹

La publicidad es tan importante para la industria tabaquera, que sin el reclutamiento de nuevos adeptos, la industria del tabaco se hundiría en menos de diez años.

La OMS calcula que un 90% de los nuevos fumadores son adolescentes y que unos 5.000 chicos comienzan a fumar cada día en todo el mundo.

¹Valga como ejemplo la campaña de publicidad dirigida a jóvenes que desde 1988 la Reynolds Tobacco Company (EE UU) viene utilizando con el viejo camello Camel Joe como mascota juvenil para su propaganda, habiendo aumentado sus ventas en un 32.8% entre los menores de 18 años.

El inicio del consumo de tabaco se realiza cada vez con más antelación, realizándose en la actualidad entre 11 y 12 años, aunque en nuestro país hay autores como **Vilouta Bello** (1982) que estudiando la región de Negreira (Santiago de Compostela) encuentra que un 21 % de los escolares encuestados se inició antes de los 10 años.

Los varones aumentan el consumo entre 14-15 años, las chicas lo hacen más tarde, al comenzar a estudiar COU (Goirena de Gandarias, 1988; Bonet de Luna, 1988; Andalucía, 1989). El hábito de fumar se continúa en la población universitaria con una frecuencia del 70% entre fumadores ocasionales y habituales (Laporte Salas, 1980). En los últimos años, en algunos grupos de población las mujeres empiezan a consumir igual o más que los varones.

En cualquier caso, la evolución del consumo de tabaco en España sigue una línea semejante a la de otras naciones, encontrándose un inicio y una incidencia de consumo muy semejantes (Monismith, 1981; O'Rourke, 1983; Hap, 1985; McCarthy, 1986; Scott, 1986; Swadi, 1988).

Respecto a la influencia que ejerce el medio familiar y los amigos, los resultados encontrados difieren según los estudios.

En los distritos de Latina y Tetuán, de Madrid, el factor que aparentemente incrementa más la posibilidad de fumar es el de los amigos. Cuando todos los amigos fuman el 88% son fumadores, mientras cuando ningún amigo lo hace, sólo fuman el 10% (Ayuntamiento de Madrid, 1990).

En el mismo estudio, cuando fuman los profesores, el 51% de sus alumnos también lo hacen, mientras que cuando ningún profesor consume tabaco, sólo fuman el 14%.

Los hermanos y los padres siguen en orden de influencia. Cuando estos últimos fuman, aparecen como una influencia negativa, cuando fuman los padres, sólo fuman el 37% de los hijos aunque en otros estudios la máxima influencia es para los padres y hermanos seguida de los amigos y profesores (Vilouta Bello, 1982; EDIS, 1985; Almenara Barrios, 1990).

Cuando la relación entre hijos y padres no es buena, también aumenta la frecuencia de consumo entre los primeros.

La situación económica también se ha relacionado con el consumo de tabaco.

Se ha comprobado que los hijos de padres obreros y los de zonas rurales fuman más que los que son de familias con mejores ingresos económicos (Mendoza, 1988).

Cuando el consumo aumenta, se encuentra una mayor vulnerabilidad a la presión de grupo, menor cohesión familiar y escolar.

Todo ello permite delimitar la tipología del fumador adolescente (cuadro 8).

2.3 ALCOHOL.

En las dos últimas décadas se ha experimentado un cambio cualitativo importantísimo en el consumo de las bebidas alcohólicas. Tradicionalmente la producción era artesanal y fundamentalmente de vino, el consumo se realizaba en pequeñas cantidades, en las grandes solemnidades y se bebía alcohol con una graduación baja (de 10° a 13°). En la actualidad se consumen alcoholes de 30° y 45° de forma masiva, debido fundamentalmente al desarrollo de una industria económica potente con unos intereses financieros muy particulares.

Esto ha motivado que el alcohol haya pasado a ser un objeto más de consumo, implicando gravemente a los jóvenes. Dos causas parecen tener una influencia directa sobre este problema. Una de ellas proviene de que el alcohol continua sin ser considerado como una droga; la otra se basa en la creencia de que el aumento en el consumo de otras drogas ha hecho disminuir el consumo alcohólico.

Es la droga más extendida en España. Nuestro país es el tercero del mundo en consumo de alcohol puro, después de Francia y Luxemburgo, con 12 litros por persona y año. Se estima en más de 10.000 las muertes/año que de una u otra forma están relacionadas con el alcohol (Soler Puig, 1988).

El grado de prevalencia de alcoholismo varía de un país a otro y de una región a otra dentro de un mismo país. Incluso se puede afirmar que no se bebe la misma bebida ni en la

misma cantidad en los barrios más ricos económicamente que en los suburbios de las grandes poblaciones.

Los resultados de múltiples estudios demuestran que el alcohol es un factor importante como causa de problemas entre los adultos y adolescentes (OMS, 1982; McDonald, 1984; Robson, 1984; Werch, 1987; Dune, 1989; Gili, 1989a; Poyo Calvo, 1990; Santo-Domingo, 1990). También está implicado en las causas de muerte violenta en este grupo de población, dado que entre un 30 y 50% de los accidentes de tráfico guardan relación con la ingesta de alcohol desproporcionada (Parés, 1988; Soria, 1992). Esta proporción aumenta en los fines de semana (Alvira Martín, 1986): en la noche del sábado al domingo el 60% de los fallecidos por accidente de tráfico son menores de 25 años (el día más peligroso del año es la noche de Nochevieja; en la perteneciente a las últimas Navidades de 1991-1992, 17 de los 18 muertos eran menores de 25 años) (Espinosa, 1992).

El inicio de la ingesta de alcohol se ha ido realizando de una forma más temprana; en los últimos diez años se ha demostrado una reducción paulatina en la edad de inicio, algo que se comprueba en la mayoría de las encuestas revisadas. En la actualidad varía entre los 12 y 14 años, según diferentes provincias y autores, encontrando algunos (Alvira Martín, 1989; Calafat Far, 1989) que citan edades de inicio entre 9.6 y 11.4 años. En general, los chicos se inician en el consumo un año antes que las chicas, haciéndolo estas más como un acto social. En el caso de los que se iniciaron antes, el consumo aumenta también con la edad. (Bonet de Luna, 1988; Poyo Calvo, 1990).

Los estudios realizados por **Mendoza** (1988 y 1990) a nivel nacional confirman que más del 80% de los escolares de 6º y 8º de EGB (11 y 13 años) ha probado el alcohol, siendo mayor la proporción para los varones (85%), aumentando el porcentaje con la edad. Cifras que se confirman en otros trabajos con mínimos márgenes, aunque en algunos de ellos se alcanzan cifras del 96% (EDIS, 1981; Torres Hernández, 1985; Hinojal Fonseca, 1985; EDIS, 1985; CIS, 1986; Alonso Varea, 1986; Bonet Luna, 1988; Goiriena de Gandarias, 1988; Alvarez, 1989; Calafat Far, 1989; Ayuntamiento de Madrid, 1990).

La importancia de la edad en el inicio del consumo en el alcohol, ya ha sido puesta de relieve en la literatura internacional hace algunos años (Schuckit, 1983).

Alonso Varea (1986) encuentra en una población vinícola como Vilanova de Geltrú (Barcelona) que la bebida con la que se empieza a beber más tempranamente es el champán, (antes de los 10 años lo han probado el 61%). **Torres Hernández** (1985), en Valencia, publica porcentajes semejantes, pero para la cerveza. Mientras que los combinados, licores y carajillos suelen ser poco habituales entre los jóvenes, y cuando lo hacen es de forma esporádica.

Entre la población joven, el consumo de cerveza está en aumento, habiendo desplazado al vino a un segundo lugar (CIS, 1986; Elzo, 1986; Alvira Martín, 1986; Goiriena de Gandarias, 1988; Bonet de Luna, 1988); ya no se va de bares, sino que se compra la "litrona" y se bebe con los amigos sentados en cualquier lugar. En general, el abuso de alcohol es más acusado entre los hijos pertenecientes a familias con menor nivel

socio-económico y cuando existen situaciones de estrés familiar (divorcio, malas relaciones entre los padres o entre éstos y los hijos). Otros trabajos confirman datos semejantes (Zárraga, 1985; CIS, 1986; Mendoza, 1988; Mendoza, 1990).

En general, la frecuencia del consumo aumenta cuando los padres, hermanos o amigos beben (Goirena de Gandarias, 1988; Ayuntamiento de Madrid, 1990).

En los adolescentes, el consumo de bebidas alcohólicas va unido a diversión, ambiente festivo y vivencias de tipo eufórico (Cardenas García, 1986; Cardenas García, 1991). La mayoría de las actividades que practican los jóvenes son favorecedoras del consumo alcohólico: reuniones con los amigos, frecuentar pubs, bares o ir a discotecas, y así se comprueba en la mayoría de los estudios revisados.

2.4 DROGAS-MEDICAMENTO.

Los primeros estudios en población datan del Japón de la posguerra mundial, donde se encontró que un millón y medio de personas entre 13 y 30 años consumían anfetaminas. Con posterioridad se extendió su consumo a Estados Unidos , siendo las anfetaminas y los barbitúricos las más comunes.

Su consumo más extendido entre el sexo femenino adulto ha intentado ser explicado al ser considerado las drogas-medicamento como un sustituto del alcohol entre las mujeres,

debido a que está considerado socialmente el alcoholismo femenino.

Los antecedentes psiquiátricos personales, la sensación de infelicidad, frustración y desesperanza parecen estar entre los antecedentes que se encuentran entre los consumidores habituales, sobre todo los que abusan de los tranquilizantes (EDIS, 1985).

El consumo más difundido es el de los tranquilizantes, que entre los 12 y 20 años dicen haberlo tomado alguna vez entre el 5-13%.

Entre adultos, el consumo de hipnóticos es del 10% y el de anfetaminas varía entre 2.9% y 11%, según los estudios analizados (EDIS, 1985; Hinojal Fonseca, 1985; Bonet de Luna, 1988).

Probablemente existe un paralelismo entre consumo familiar y consumo en la población juvenil. Como con otras drogas, el aprendizaje de patrones de conducta en uno de los padres, junto con la disponibilidad que supone el tener el medicamento en casa "a mano" hace que su hábito entre la población adolescente esté en aumento.

El abuso de pastillas para "dormir" y para los "nervios" se ha encontrado aumentado entre familias con niveles económicos bajos, hijos de padres separados o cuando las relaciones entre los progenitores no eran buenas (Mendoza, 1988; Bonet de Luna, 1988).

2.5 DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS.

El aumento del consumo de drogas es un hecho constatado en otros países (Nicholi, 1983), como igualmente ha sucedido en los últimos años en nuestro país (Memoria Plan Nacional contra la Droga, 1990).

La droga no legalizada consumida con más frecuencia en nuestro medio es el **cannabis** o **marihuana**. En el estudio realizado por **EDIS** a nivel nacional (1985) se encuentra que entre los 15 y los 17 años la ha probado alguna vez el 47% de los encuestados, cifras elevadas que no se encuentran en otros trabajos.

Para **Hinojal Fonseca** (1985) en Asturias el 20% de los encuestados dice haberla probado alguna vez; **Torres Hernández** (1985) entre una población escolar (BUP y COU) de la zona de Valencia encuentra que un 27% consumió cannabis en algún momento; **Bonet de Luna** (1988) entre escolares madrileños cita un 28%.

Otros autores refieren cifras semejantes, siendo el consumo algo mayor para los varones en casi todos los estudios realizados (CIS, 1986; Rioja, 1986; CIS, 1988; Mendoza, 1988; Alvarez, 1989; Municipio de Madrid, 1989; Ayuntamiento de Madrid, 1990; Mendoza, 1990), la probabilidad de haberla consumido aumenta con la edad, en los fines de semana y con el consumo anterior de anfetaminas.

Entre uno y dos años después del inicio de consumo de **marihuana** (que suele ser la droga inicial), y siguiendo el modelo de aprendizaje ya comentado, se pasa a **cocaína** o **heroína** y con mayor frecuencia al policonsumo (Ramón Caveró, 1980; EDIS, 1985).

La edad de inicio para los heroínómanos es entre los 13-16 años (Pedrique Bárcena, 1987; Cancrini, 1988); su consumo entre adolescentes es relativamente bajo 0.7-1.4% entre 12 y 17 años (EDIS, 1985; Elzo, 1986; Bonet de Luna, 1988).

En los últimos años se ha contemplado cómo el uso de la heroína parece haberse estancado, incluso en algunas zonas ha disminuido. Sin embargo, de forma paulatina y ascendente el consumo de cocaína se hace más relevante no sólo entre la población general, sino también entre los adolescentes. (Memoria del Plan Nacional Contra las Drogas, 1990).

El uso de las llamadas drogas duras se asocia casi invariablemente con la delincuencia y la criminalidad (Mato Reboredo, 1980; Ruiz Fernández, 1985).

El abuso de este grupo de drogas conlleva un comportamiento más problemático tanto a nivel personal como social y familiar (Seva Díaz, 1980; Smith, 1989); algunas de ellas han tenido un aumento espectacular: del 9% (1975) al 17% (1986) de la población adolescente americana ha probado al menos una vez la cocaína.

Algunos de los rasgos psicosociales más importantes de los consumidores de este tipo de sustancias se recogen en el cuadro 9.

Inicio a los 14 años
Alteraciones del sueño
Conflicto familiar
Fracaso escolar
Delincuencia, robo
Vandalismo
Consumo de tabaco y alcohol

9. Características personales y psicosociales de los consumidores de drogas ilegales.

Los patrones de conducta resultan ser tan característicos que incluso se utilizan pruebas de *screening* para su detección (American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence, 1987-1988; American Academy of Pediatrics. Provisional Committee on Substance Abuse, 1990).

Parece ser que la propagación en el consumo de heroína dibuja una curva de tipo epidémico con un ascenso desde el inicio del consumo, un pico máximo y un descenso hasta alcanzar una estabilización en su consumo (Pedrique Bárcena, 1987).

2.6 INHALANTES.

Las sustancias a las que los chicos recurren para inhalar podrían resultar interminables de enumerar. Están excluidas de este grupo las drogas no volátiles, aunque se inhalen (cocaína, heroína) y el éter.

Las características generales de estos compuestos quedan reseñados en el cuadro 10.

Fácilmente accesibles

Fácilmente disimulables

Acción inmediata e intensa

Estado eufórico y flotante

Económicas

Efecto reversible.

10. Características de las sustancias inhalantes.

En cuanto a las drogas inhalantes, suelen ser las primeras sustancias psicótropas utilizadas por los niños y consumidas dentro de una actividad de grupo (McHugh, 1987; Richard, 1988).

En todos los casos, aunque la dependencia física suele ser mínima, la tolerancia y la dependencia psíquica convierten al inhalador en un verdadero toxicómano.

Se distinguen diferentes grupos de sustancias:

- . pegamentos y adhesivos (hidrocarburos aromáticos y acetona),
- . disolventes puros (quitamanchas, acetonas),
- . gases (cargas de mecheros con butano o propano),
- . gases propulsores (en forma líquida en los aerosoles),
- . carburantes (mezcla de hidrocarburos saturados y aromáticos).

A primera vista puede resultar engorroso relacionar los compuestos químicos con los productos de consumo casero habituales, aunque se encuentran en: colas, pegamentos, disolventes de pintura, combustibles, abrillantadores para el calzado, espuma para extintores de incendios y antitranspirantes, entre otros.

Parece ser que su consumo guarda bastante relación con patrones culturales de determinadas aéreas desfavorecidas socialmente. Se trata generalmente de chicos entre 12 y 15 años. En general, el consumo medio encontrado en los trabajos de campo ronda entre el 5 y el 7.5% a nivel nacional (EDIS, 1985), siendo cifras algo menores que las encontradas en otros países (10% en escolares americanos: McHugh, 1987). En el estudio realizado por el Ayuntamiento de Madrid (1990) se encuentra hasta un 17% entre escolares de 11-14 años, cifras muy superiores a la media nacional.

2.7 CONSUMO MULTIPLE.

En los últimos años, el interés en el estudio de las posibles asociaciones entre algunas drogas ha venido determinado por la simple observación clínica de los drogadictos.

Algunos trabajos asocian en poblaciones mayores de 18 años el número de cigarrillos/día y la frecuencia de consumo de alcohol y otras drogas (EDIS, 1985; Gili, 1989b), asociación también encontrada en chicos entre 8 y 14 años, donde el 65% de los que fumaban abusaban del alcohol de forma habitual (López Rois, 1985).

Otros estudios a nivel nacional también comprueban esta asociación entre los distintos tipos de drogas (EDIS, 1985; CIS, 1986).

Estos trabajos han comprobado que el uso de una droga es un predictor del uso de cualquiera de las otras.

Cuando disminuye el consumo de **tabaco** y **alcohol**, también lo hace el abuso de **cannabis** y con ello el riesgo de pasar a consumir cualquier otra droga ilegal.

II. OBJETIVOS

OBJETIVOS

Sólo se puede entender el consumo de drogas en los adolescentes, bajo el contexto de su sociedad y la subcultura en la que viven sus consumidores.

Lo esencial del presente trabajo, es el estudio de los diferentes estilos de vida de los adolescentes de dos municipios próximos a Madrid, pero de diferente estructura socio-demográfica y económico-cultural (Pozuelo de Alarcón y Leganés), comprobando aquellos hábitos y comportamientos que pudieran incidir en una promoción de la salud, tanto en el ámbito local, como en el resto de la Comunidad.

La hipótesis fundamental parte de la idea de que *"un estilo de vida determina unos estilos o hábitos de consumo"*.

De tal forma que el vivir en un determinado medio socio-económico define un estilo de vida y como consecuencia un hábito de salud.

1. CLASIFICACION DE LOS OBJETIVOS.

1.1 GENERALES.

Estudiar en los adolescentes de ambas poblaciones los siguientes aspectos:

- 1.1.1 Modo de vida y hábitos de salud.
- 1.1.2 Nivel del consumo de drogas.
- 1.1.3 Influencia de la publicidad sobre el consumo de tabaco y de alcohol.
- 1.1.4 Relación, si existe, entre el hábitat y los modos de vida de los adolescentes.

1.2 ESPECIFICOS.

- 1.2.1 Valorar la influencia del medio sobre el consumo de drogas.
- 1.2.2 Conocer los tipos de drogas consumidas.
- 1.2.3 **Cuantificación y cualificación** del consumo de : tabaco, alcohol, droga-
medicación (analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos), *cannabis*,
Cocaína, heroína.
- 1.2.4 Conocer los tipos de consumo múltiple de drogas.
- 1.2.5 Conocer las características personales y sociológicas de los consumidores.
- 1.2.6 Analizar los posibles factores relacionados con el consumo de drogas.

III. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

1. MUESTRA.

Básicamente el estudio consistió en analizar los hábitos de vida de la población escolar adolescente de Pozuelo de Alarcón y Leganés.

Para ello se utilizó un muestreo aleatorio por conglomerados.

El procedimiento básico consistió en las siguientes etapas:

1.1 PREPARACION DEL MARCO MUESTRAL.

Contando con la colaboración de los Ayuntamientos de ambas localidades, se obtuvo el listado de los Colegios e Institutos públicos de ambos Municipios. De manera aleatoria se escogieron cuatro Colegios de EGB y un Instituto de cada localidad.

Se excluyó la enseñanza privada, porque en la localidad de Pozuelo de Alarcón, existen numerosos colegios de nivel económico elevado en los que una mayoría de la población estudiantil no habita en esta localidad, sino en Madrid u otros municipios de la Comunidad.

Una vez elegido el Colegio, se realizó una entrevista personal con el Director del mismo donde se explicó el tipo de estudio a realizar así como su finalidad y contenido.

Material y métodos.

Se enseñó el cuestionario para su lectura y para su comentario con el resto de los profesores, en caso de aceptar se le daban las instrucciones a seguir a la hora de repartirlos y ser contestados por los alumnos, de igual forma se insistió en la importancia del anonimato de las encuestas.

En Pozuelo de Alarcón ningún Director se negó a la participación, pero en tres Colegios fue necesario contar con la aprobación de la **Asociación de Padres de Alumnos (APA)**, a las que se envió una hoja explicativa del estudio que se intentaba realizar y del contenido de las preguntas de la prueba.

Después de varias reuniones de **APAs** durante el curso escolar 1990-91, el Colegio de EGB Infanta Elena decidió no participar, siendo sustituido por otro.

Los cuestionarios fueron entregados a finales de abril y recogidos a finales del curso escolar.

Los colegios públicos de esta localidad que participaron fueron:

C. Las Acacias.

C. Asunción de Nuestra Señora.

C. Divino Maestro.

C. Pinar Prado de Torrejón.

Instituto Nacional de Bachillerato nº1, Gerardo Diego.

En Leganés, todos los cuestionarios se entregaron a primeros de mayo de 1991, aquellos que correspondían al ciclo de EGB, se recogieron a finales del curso escolar, en junio.

Los correspondientes a BUP y COU por problemas de coincidencia con exámenes en el propio centro se pasaron en octubre y primera quincena de noviembre de 1991. Los centros públicos que participaron fueron:

C. Miguel Hernández.

C. Pérez Galdos.

C. Pío Baroja.

C. Victor Pradera.

Instituto Nacional de Bachillerato nº 4.

1.2 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

En este estudio, la Población Universo no coincide con el Universo de Trabajo, siendo en cualquier caso una población finita la población adolescente comprendida entre 10 y 18 años, (población menor de 100.000 habitantes); la relación por municipio, sexo y edad se expone en el cuadro 11.

Edad	♂	♀	Totales	Localidad
10-14 años	2.130	1.939	4.069	Pozuelo
	11.232	10.281	21.513	Leganés
15-18 años	2.007	1.913	3.920	Pozuelo
	8.027	7.762	15.789	Leganés
Totales	23.396	21.895	45.291	Ambos

11. Población adolescente de Pozuelo y Leganés. (Anuario estadístico. Volumen II, 1987. Municipios de la Comunidad de Madrid).

La investigación se realizó con una muestra de 720 individuos, lo que significa aceptar como máximo una cota de error de +3.3% para los datos globales y con un nivel de confianza del 95,5% para el caso mas desfavorable de $p=q=50\%$, según la fórmula

$$e = \sqrt{\frac{N-n}{n(N-1)}}$$

$$n = \frac{N}{1+e^2 (N-1)}$$

donde: e= cota de error.

n= tamaño de la muestra.

N= población universo.

1.3 SELECCION DE LOS ENCUESTADOS.

De los 720 cuestionarios se repartieron 360 para cada Municipio y de estos se distribuyeron 180 para cada sexo, repartiéndose a razón de 20 casos por año de edad (de 10 a 18 años).

El reparto teórico definitivo por Municipio quedó como demuestra el cuadro 12.

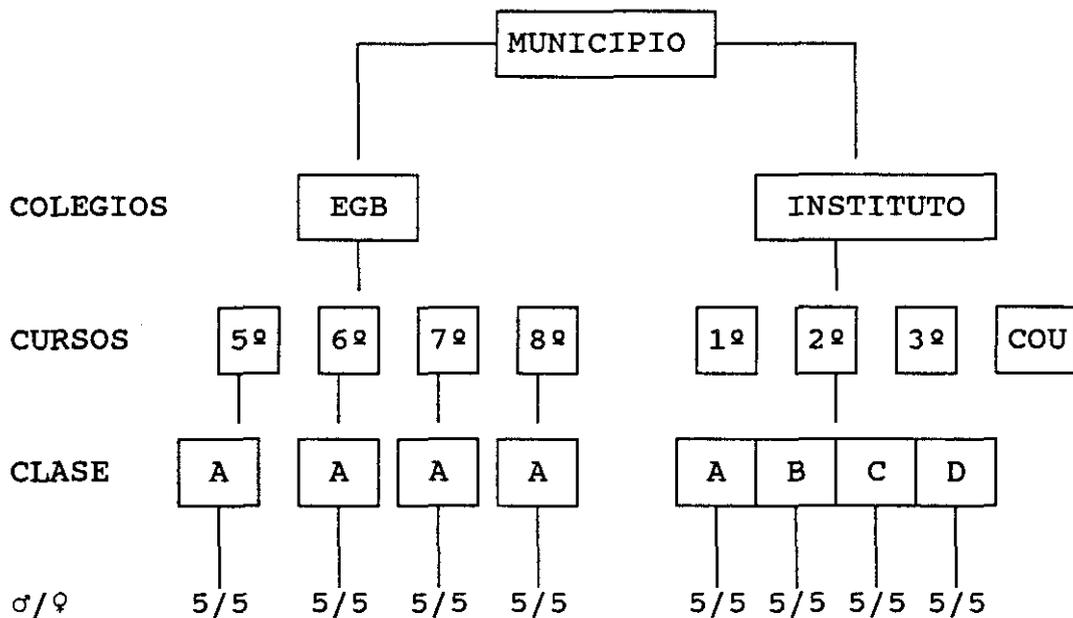
Edad/años	♂	♀
10	20	20
11	20	20
12	20	20
13	20	20
14	20	20
15	20	20
16	20	20
17	20	20
18	20	20
Total	180	180

12. Número de alumnos teóricos encuestados por edad en cada localidad.

La unidad básica fundamental donde se realizó el estudio fue la clase, partiendo de la idea de que el curso escolar agrupa a los alumnos por edades muy parejas.

Se escogieron cuatro Colegios y un Instituto de cada localidad. En cada Colegio de EGB, se eligió una clase por curso y dentro de ella se escogieron a los 5 chicos y 5 chicas que les correspondía participar en el estudio, siempre que ellos no se negasen.

En los Institutos se escogieron cuatro clases por curso repartiendo un mínimo de 10 cuestionarios por clase: 5 chicos y 5 chicas (cuadro13).



13. Sistemática seguida en el muestreo aleatorio por conglomerados en cada Municipio.

La selección de los alumnos se hizo siguiendo el orden de una lista de números aleatorios y comenzando por el primero por orden de lista.

2. METODOS.

2.1 DEFINICION DEL METODO DE ENCUESTA.

El instrumento de medida básica fue un cuestionario semi-estructurado. Para su diseño se utilizaron las recomendaciones de la OMS (Smart, 1980; Rootman, 1985) y su composición definitiva se basó en varias fases:

2.2 FASE CUALITATIVA.

Esta fase consistió en realizar unas "entrevistas en profundidad" a diferentes profesionales (pediatras, psiquiatras infantiles, maestros...), donde se recogió su opinión sobre la problemática del mundo de los adolescentes.

Esta fase concluyó con una "reunión de grupo con adolescentes" con la intención de conocer de forma directa su opinión.

2.3 PRUEBA PILOTO.

De la planificación anterior se obtuvo un precuestionario (Anexo I) que fue pasado en dos Colegios Públicos de Pozuelo de Alarcón y que se usó como prueba exploratoria, con ello se intentó comprobar varios objetivos como: el grado de comprensión del lenguaje utilizado, señalar aquellas áreas estudiadas en las entrevistas y detectar los posibles defectos

en el texto de las preguntas y respuestas.

Se encuestaron un total de 50 alumnos.

2.4 ESTUDIO DE LAS VARIABLES.

Con los datos conseguidos de las entrevistas y reuniones, así como del resultado de la prueba piloto y cotejándolos con la diferente bibliografía revisada se formaron varios grupos temáticos sobre la problemática del mundo del adolescente y su relevancia que configuraron la base sobre la que se construyó el cuestionario que se realizó a los adolescentes.

Las características de los adolescentes que se pretendieron medir en el cuestionario definitivo dieron lugar a una selección de variables y posteriormente a su definición.

a) Variables Independientes.

I. Localidad: Pozuelo y Leganés.

II. Sexo: varón y hembra

III. Edad: La edad básica agrupada según los diferentes períodos de la adolescencia:

- . entre 10 y 13 años
- . entre 14 y 16 años, y
- . de 16 a 19 años.

IV. Situación legal de los padres.

- . casados.
- . separados.
- . viudos.
- . solteros.

b) Variables Dependientes.

- I. datos de filiación personal: colegio y clase,
- II. factores socio-familiares: numero de miembros de la familia, edades, relación entre los padres y hermanos, grado de comunicación familiar, amistades y relación con los amigos.
- III. factores económico-culturales: signos externos de riqueza, trabajo de los padres, proyectos para el futuro del encuestado.
- IV. hábitos de salud: higiene, sueño deporte, alimentación, hobbies en general.
- V. consumos inadaptados: tabaco, alcohol uso de medicinas sin prescripción facultativa, drogas en general, grado de influencia familiar, social y publicitaria.
- VI. sexualidad: se exploró exclusivamente con preguntas de conocimiento general sobre el tema.
- VII. signos indirectos de ansiedad: preguntas sobre la ansiedad -angustia del encuestado.
- VIII. grado de implantación de la sanidad local, su influencia sanitaria, tipo de visitas al médico.

2.4.1 DEFINICION DE LAS VARIABLES.

1. *Estilo de vida.*

Como **estilo de vida** se entiende el conjunto de creencias, valores y comportamientos, que presenta un grupo social de una forma más o menos homogénea en relación a un medio social. (Fernández, González y Mayol: citado por García y Graña, 1987, pág. 245) .

El estilo de vida viene definido por una serie de comportamientos en relación con la alimentación, el aseo y la limpieza corporal, la ocupación del tiempo libre y el ocio, consumo de drogas legales e ilegales, pero también mediante nuestra relación con la familia, los amigos o el medio escolar.

a). Alimentación.

Dada la dificultad para poder cuantificar exactamente cada alimento de los que constituyen la ración ideal para cada grupo de edad durante la adolescencia y teniendo en cuenta la elevada variedad que en cuanto a la dieta puede existir (gustos individuales y familiares) y sobre todo la posible dificultad que este tipo de preguntas traería a los más jóvenes, se optó por cuantificar exclusivamente los grupos de alimentos más comunes y el número de veces de consumo por día o a la semana.

Los alimentos que se analizaron fueron:

- . productos lácteos
- . carne
- . pescado
- . huevos
- . verduras
- . fruta
- . dulces
- . hamburguesas
- . vino y cerveza
- . y café.

Se consideró como un signo de hábito dietético más saludable:

- . el consumo de derivados lácteos y frutas cuando se producía diariamente,
- . cuando nunca o casi nunca se consumía vino o cerveza,
- . desayunar y cenar diariamente,
- . tomar otro alimento durante el desayuno, además de la leche.

b). Empleo del tiempo libre.

El análisis de como emplean el tiempo libre los adolescentes permite conocer la estructura de su vida cotidiana.

Se consideran exclusivamente las prácticas culturales que desarrollan los jóvenes en su tiempo libre y se llamará formas culturales de ocio, quedando al margen otras prácticas culturales que no se consideren ocio.

Hay que considerar que con el término "prácticas culturales" quedan englobadas "todas" las formas de ocio, aunque popularmente su uso esté restringido a ciertas manifestaciones culturales.

La distribución general de actividades de ocio que se ha utilizado por categorías concretas ha sido:

. Específicos:

- .. ver televisión o el video,
- .. oír la radio,
- .. leer,
- .. practicar algún deporte,
- .. realizar algún pasatiempo (pintar, manualidades).

. Inespecíficos:

- .. estar con los amigos,
- .. salir de paseo,
- .. ir a bares, "pubs".

Se cuantificó cada tipo de actividad según el número de días que se realizaba.

La práctica deportiva fue considerada como tal cuando se realizaba fuera del horario escolar. Se definió como "adolescente deportista" cuando este practicaba algún tipo de deporte un mínimo de tres días a la semana.

c). Hábitos higiénicos.

En cuanto a las medidas de aseo personal: ducha y limpieza dental, se valoraron como hábitos más saludables:

- . la ducha diaria, y
- . la limpieza dental más de una vez al día.

d). Signos indirectos de tensión emocional.

Ante la imposibilidad de introducir un test completo de screening sobre trastornos psicológicos se optó por realizar unas preguntas cuyas respuestas reflejasen el nivel de ansiedad de los adolescentes estudiados. Aunque a priori se sabía que lo medido era simplemente un dato indirecto de dicha manifestación.

De las seis preguntas realizadas en el cuestionario, se consideró con bajo contenido de ansiedad las respuestas negativas en la 37, 38, 40, 41 y 42; así como una respuesta afirmativa en la pregunta 39.

2. Consumo de drogas legales e ilegales.

a). Hábito tabáquico.

Se exploró este tipo de consumo en el encuestado, su familia y amigos. Se consideró como hábito de salud negativo el simple acto de fumar independiente de su frecuencia, aunque se valoró como muy negativo cuando la frecuencia era de casi todos los días o a diario. Se consideró como un signo predictivo del hábito tabáquico la edad en que se fumó el primer cigarrillo cuando fue anterior a los diez años y el conocer mayor número de marcas comerciales.

En relación al consumo de tabaco los adolescentes fueron clasificados en diferentes categorías:

- . no fumador: nunca ha fumado o lo ha probado pero no fuma actualmente,
- . fumador del fin de semana: consumo sólo en sábado y domingo,
- . fumador: cuando consume casi todos los días o a diario.

Aquellos que eran fumadores se clasificaron según el número de cigarrillos consumidos por día:

- . menos de 5 cig/día.
- . entre 5 y 10 cig/día.
- . entre 11 y 20 cig/día.
- . más de 20 cig/día.

b). Consumo de bebidas alcohólicas.

En el presente trabajo importa más *qué* se consume y *donde*, que *cuanto* se bebe (para lo que se debería cuantificar la ingesta en grados de alcohol).

Se analizó la ingesta de:

- . vino,
- . cerveza,
- . anís, coñac y licores,
- . whisky, ginebra y "cubatas",
- . se dejó como respuesta abierta "otras", para cuantificar aquellas otras bebidas

menos frecuentes.

En relación a la frecuencia con la que beben han sido clasificados en cinco categorías:

- . **no bebedor:** nunca bebe.
- . **bebedor excepcional:** bebe alguna vez al año.
- . **bebedor moderado:** consume 2-3 veces al mes.
- . **bebedor elevado:** consumo 1-2 veces\semana como mínimo.
- . **bebedor excesivo:** consume alcohol a diario.

Se consideró también si el consumo se realizaba dentro o fuera de casa.

Se valoró como signo negativo:

- . los que consumían más de dos veces a la semana,

- . los que se habían embriagado más de tres veces anteriormente con independencia de la edad, y
- . los que se iniciaron antes de los 10 años.

Se investigó la influencia publicitaria y el grado de conocimiento sobre las complicaciones derivadas del alcohol.

c). Consumo de fármacos.

Respecto al consumo de fármacos sin prescripción facultativa, se investigó su consumo en los tres meses anteriores a responder el cuestionario, cuantificando de uno a cinco o más veces en los tipos de fármacos que a priori parecen ser los más consumidos en otras encuestas. Se consideró un mal hábito de salud el consumo sin conocimiento familiar y en número mayor a tres veces.

d). Consumo de drogas ilegales.

Se analizó el tipo de droga ilegal más consumido entre los adolescentes, indagando además:

- . la vía de obtención más habitual (quien se la dio),
- . la forma en que se consumió, (fumando, inhalando, pinchada, o de otra forma), y

- . el grado de conocimientos sobre aquellas enfermedades relacionadas con las drogas.

3. Tipo de relación con la asistencia médica.

El especialista médico al que se consulta viene definido por el tipo de asistencia al que se pertenece (Seguridad Social, Entidades Privadas ...).

Se clasificaron como profesionales a quienes reclamar asistencia:

- . médico general,
- . médico de familia,
- . pediatra, y
- . especialista en adolescentes.

4. Relación entre iguales.

Los amigos son los que marcan el tipo de actividades que realizan los adolescentes. La relación entre ellos se considera fundamental para el desarrollo de la personalidad del joven. Los iguales son los amigos más próximos, es decir la pandilla.

Se valoró como relación social positiva y estable si las respuestas a las preguntas 88 a 93 fueron afirmativas y cuando fue negativa en la pregunta 94.

5. Información sexual.

Se valoró el grado de información sexual en general y la forma de obtener información (quien o quienes son las personas con las que más se habla sobre este tema).

6. Relación familiar.

Se definió a la familia como al grupo de individuos que viven en la misma vivienda. Se cuantificó el número de hermanos y el lugar que ocupaba el entrevistado, así como el tipo de relación entre los padres (casados, separados o viudos).

Se conceptuó como un ambiente familiar favorable para el desarrollo de la personalidad de los adolescentes cuando se obtuvieron respuestas afirmativas en la preguntas 106 a 108 y de la 110 a la 112, junto con una negativa en la pregunta 109.

7. Ambiente escolar.

Se analizó tanto la evolución de los estudios como el interés por continuar en ellos.

Se consideró una buena integración escolar cuando se daban las tres condiciones siguientes:

- . cuando no se repitió curso,
- . ni quedaron asignaturas pendientes para el año siguiente, y
- . se pensaba seguir estudiando en el futuro.

8. Clase social.

La clase social constituye una de las variables epidemiológicas más importantes por su estrecha relación con la enfermedad.

Se ha definido como el término descriptivo para establecer la posición de una persona en la sociedad, la cual puede expresarse usando criterios como ingresos, nivel cultural, ocupación y barrio de residencia (Sáenz, 1987).

La variable estudios guarda relación con las características familiares y con el grado profesional que se tiene; el tipo de vivienda lo es del barrio o zona donde se vive; para los hábitos de salud y estado de salud la variable más adecuada para investigar son los ingresos (Sáez, 1987).

En el presente trabajo los ingresos son de difícil registro dado que parte de los encuestados son menores de edad y es probable su desconocimiento sobre los ingresos familiares, por lo que se prefirió no usarlo de forma directa, sino mediante signos indirectos de poder económico que vienen definidos fundamentalmente por la profesión del padre (Sáez, 1987).

Se incluyó el número de teléfonos y de televisores en domicilio particular, por ser extraordinariamente significativo del nivel económico de las poblaciones, pues existe una evidente correlación entre la densidad telefónica y el grado de desarrollo (Anuario del Mercado Español de Banesto, 1987 y 1989).

Se consideraron datos de fuerte poder económico:

- . vivir en un chalet,
- . poseer una segunda vivienda,
- . tener tres o más televisores,
- . tener tres o más teléfonos,
- . poseer dos o más coches para uso familiar,
- . y tener el encuestado una moto para uso.

La ocupación o trabajo de los padres se agruparon según las cinco categorías siguientes:

- I. Empresarios, directivos y profesiones liberales.
- II. Empleados y vendedores.
- III. Trabajadores cualificados: capataces, trabajadores cualificados de la construcción, la industria y los servicios.
- IV. Trabajadores no cualificados de la construcción, la industria y de los servicios.
- V. Trabajadores agrícolas.

2.5 DISEÑO DEFINITIVO DEL CUESTIONARIO.

Tras las correcciones y modificaciones derivadas de la prueba exploratoria se obtuvo un cuestionario ya definitivo que fue preparado para la comprensión por los más jóvenes, de forma que no hubiese dudas en su interpretación. Así mismo, debido a su extensión (131 preguntas), se utilizó para su diseño un tamaño de letra mayor del habitual en los textos escolares. El espaciado entre líneas y preguntas fue también minuciosamente observado con el fin de facilitar su lectura y evitar en lo posible el cansancio a los más pequeños. El cuestionario completo a tamaño original figura en el anexo II.

2.6 VALIDACION.

Para la validación del instrumento de medida, se procedió a pasar a 40 familias pertenecientes a Pozuelo de Alarcón, otros tantos cuestionarios, repartiendo dos para cada una de ellas, con la intención de que fuesen contestados uno por un hijo adolescente y otro por la madre, como condición se exigió que el hijo no conociese que la madre contestaba paralelamente. Se utilizó el cuestionario hasta la pregunta 52 utilizando el mismo formato, características y maquetado que el definitivo.

Un indicador de medida de validez interna sería la semejanza entre los cuestionarios de madre e hijo: a mayor paralelismo en las respuestas de ambas poblaciones, mayor validez interna se concede al cuestionario.

La proporción de respuestas coincidentes entre la madre y el hijo ha sido del 77%, con lo que se puede hablar de una validez interna aceptable.

2.7 FIABILIDAD.

Dado que los indicadores de fiabilidad son para escalas continuas, se ha tomado como indicador de fiabilidad la consistencia interna entre las respuestas dadas a preguntas parecidas del cuestionario. De esta forma se obtiene un indicador similar al método de dos mitades utilizado en escalas cualitativas continuas.

En el presente trabajo se cotejaron las respuestas de las preguntas sobre ingesta de leche (números 5 y 20).

En la pregunta número 5 respondieron que toman leche el 97.1%, y en la número 20 respondieron que desayunan con leche el 84.3%.

El indicador calculado ha sido la proporción de respuestas coincidentes a partir de la razón entre los dos porcentajes. Dicho índice ha sido del 0.87, es decir, un 87% de coincidencia entre las dos preguntas.

Teniendo en cuenta que en la pregunta número 20 se restringía el consumo al desayuno mientras que en la número 5 se preguntaba el consumo sin restricción temporal, se considera que la fiabilidad del cuestionario es aceptable.

2.8 TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

Con los datos obtenidos se procedió a una revisión individualizada de los cuestionarios para su depuración y codificación, seguida de la grabación y tabulación de los mismos mediante paquete estadístico informatizado (STAR), realizando primeramente un cálculo de frecuencias para cada respuesta.

La prueba utilizada para calcular las significaciones entre segmentos de población respecto al total de la muestra ha sido la prueba de Chi².

Toda significación estadística señalada en las tablas de resultados con un asterisco responden a un nivel de confianza del 95%, es decir, con una $p < 0.05$.

Se utilizaron como cabeceras de datos ambas localidades, el sexo, la edad (que fue agrupada en 10-13; 14-16 y mas de 16 años) y la situación familiar de los padres (casados, separados y huérfanos).

Con posterioridad y según los resultados encontrados se procedió a realizar un nuevo cruce de variables usando como cabecera de datos el ser consumidor de tabaco, alcohol y otras drogas.

2.9 REALIZACION DE LA ENCUESTA A LOS ALUMNOS.

Se utilizaron las horas libres de clase para la contestación de las preguntas de forma que no se interrumpiese el horario escolar. Los cuestionarios eran repartidos por el profesor de la clase, que se encargaba de dar las explicaciones que previamente se dieron por escrito al director para que todos los encuestados tuviesen las mismas normas y que consistieron fundamentalmente en:

Material y métodos.

- . una breve explicación de lo que consistía el estudio y de la composición del cuestionario,
- . se resaltaba el anonimato de la prueba, asegurando que tanto el Colegio como los padres no tendrían acceso a los mismos,
- . se daban unas normas para la contestación de los cuadros,

Finalmente los cuestionarios eran recogidos e introducidos en un sobre que se cerraba.

IV. RESULTADOS

RESULTADOS

1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA.

1.1 EDAD Y SEXO.

Se encuestaron un total de 735 alumnos, correspondiendo a Pozuelo 361 y a Leganés 374 en cifras absolutas.

La distribución¹ según la localidad, sexo y edad se exponen en la tabla I.

Edad	Pozuelo	Leganés	♂	♀	Total
10	20	39	30	29	59
11	43	40	39	44	83
12	53	40	45	48	93
13	42	42	42	42	84
14	32	44	42	34	76
15	53	42	42	53	95
16	43	43	40	46	86
17	41	42	39	44	85
18	34	42	43	33	76
Total	361	374	362	373	735

Tabla I. Distribución de la muestra según localidad, sexo y edad.

¹ En el presente trabajo, cuando se habla de "diferencias" entre los resultados pertenecientes a un grupo al ser comparado con otro (por ejemplo, al comparar los datos referentes de Pozuelo con los de Leganés, debe entenderse que se trata siempre de diferencias estadísticamente significativas, con un $p < 0.05$ al aplicar la prueba del X^2 .

La distribución por sexos resultó ser bastante homogénea, 49.3% y 50.7% del total, para chicos y chicas respectivamente.

1.2. MARCO FAMILIAR.

La familia a la que pertenecen los encuestados corresponde al modelo compuesto fundamentalmente por padres al inicio de la década de los cuarenta con dos hijos, las características de esta familia-tipo están señaladas en la tabla II.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %
Edad del padre: 41-45 a.	34.3	30.5*	38*
Edad de la madre: 41-45 a.	30.3	28.5	32.9
Padres casados	92.5	89.2*	95.7*
Número de hermanos: 2	40.4	36.8	43.9
Totales absolutos	735	361	374

Tabla II. Características de la familia de los adolescentes encuestados en ambas localidades (*= $p < 0.05$).

En general, la opinión que los encuestados tienen sobre su familia es favorable. Los resultados más significativos sobre el entorno familiar que rodea a los adolescentes esta reflejado en la tabla III.

1.3 CARACTERISTICAS DEL HOGAR.

Pozuelo de Alarcón y Leganés son dos poblaciones de diferentes características socio-económicas, lo que determina que en este apartado se encuentren tal vez las mayores diferencias.

	Total %	10-13 años %	14-16 años %	> 16 años %
"Mis padres son amigos míos"	85.4	92.2*	86.4	70.4*
"Hablo con mis padres de mis problemas"	73.7	83.1*	71.6	58.5*
"Mis padres me quieren mucho"	95.8	98.7*	95.7	89.9*
Totales absolutos	735	319	257	159

Tabla III. Opinión de los encuestados sobre algunas de las relaciones intrafamiliares. (= $p < 0.05$).*

Las más importantes han sido reseñadas en la tabla IV.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %
- TIPO DE VIVIENDA:			
piso.	68.8	39.1*	97.6*
chalet adosado	23.4	47.1*	0.5
chalet único	7.2	13.6*	1.1
- N° DE TV:			
2...	44.9	39.3*	50.3*
3...	27.5	31.3*	23.8*
4...	5.6	10*	1.3
- N° DE TELEFONOS:			
2....	36.9	36.3	37.4
3....	15.2	24.4*	6.4*
4 ó +	7.4	12.2*	2.9*
- N° DE AUTOMOVILES:			
1...	51.3	33.2*	68.7*
2...	33.2	48.2*	18.7*
3...	6	9.1*	2.9*
Totales absolutos	735	361	374

Tabla IV. Características más importantes de los hogares de los adolescentes encuestados. (* = $p < 0.05$).

1.4 CARACTERISTICAS LABORALES DE LOS PADRES DE LOS ENCUESTADOS.

La situación laboral del padre es de activo en un 94.3% global, sin diferencias entre ambas poblaciones.

Las profesiones encontradas entre los padres de los adolescentes estudiados difieren notablemente según se trate de una u otra localidad.

Los resultados respecto a las diferentes profesiones del padre (tabla V) marcan de forma notable distintos ambientes.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %
Directivos	7.9	8.9*	3.2*
Mandos superiores	15.6	28.3*	3.5*
Altos funcionarios	3.3	5*	1.6*
Obreros especializados	39.3	22.7*	55.3*
Vendedores/dependientes	4.2	2.2*	6.1*
Totales absolutos	735	361	374

Tabla V. Principales actividades profesionales del padre de los adolescentes encuestados. (= $p < 0.05$).*

Resultados.

La situación laboral del padre es de activo en un 94.3% global, sin diferencias entre ambas poblaciones.

Respecto a las madres de los encuestados, están en activo en un 44.2% del total. Las madres de Pozuelo trabajan fuera del hogar en un 56% de los casos ($p < 0.05$), a diferencia de las de Leganés que lo hacen en casa en un 59.9% ($p < 0.05$).

Los resultados sobre la profesión de la madre fueron poco esclarecedores, dado que el 55% del total no contestaba o no sabía; por localidades, Leganés se situaba por encima de la media con un 67.9% ($p < 0.05$) y Pozuelo por debajo con un 41.6% ($p < 0.05$).

1.5. HABITOS DIETETICOS.

1.5.1 ALIMENTOS CONSUMIDOS HABITUALMENTE.

El tipo de alimentación seguida por los adolescentes encuestados no difiere en ambas localidades ni por sexo.

Algunos adolescentes adquieren conductas especiales eliminando de su dieta algunos tipos de alimentos, como indica la tabla VI.

	Totales %	10-13 a. %	14-16 a. %	> 16 a. %
Pescado	9.4	11.3	7.8	8.2
Huevos	6.3	8.8*	3.5*	5.7
Verduras	14	20.4*	10.1*	7.5*
Dulces	17.6	14.7	18.7	21.4
Totales absolutos	735	319	257	159

Tabla VI. Porcentaje de algunos alimentos que no se consumen nunca (= $p < 0.05$).*

Los alimentos que constituyen la dieta diaria de los encuestados están reseñados en el gráfico 4.

1.5.2 FRECUENCIA DE LAS COMIDAS DEL DIA.

El 90% de todos los adolescentes desayuna, sin existir diferencias entre ambas localidades. Los varones lo hacen con más frecuencia (80.4%) que las mujeres (72.7%), disminuyendo los porcentajes con la edad.

La leche es el principal componente del desayuno en un 84.3% sin diferencias entre ambas poblaciones ni grupos de edad.

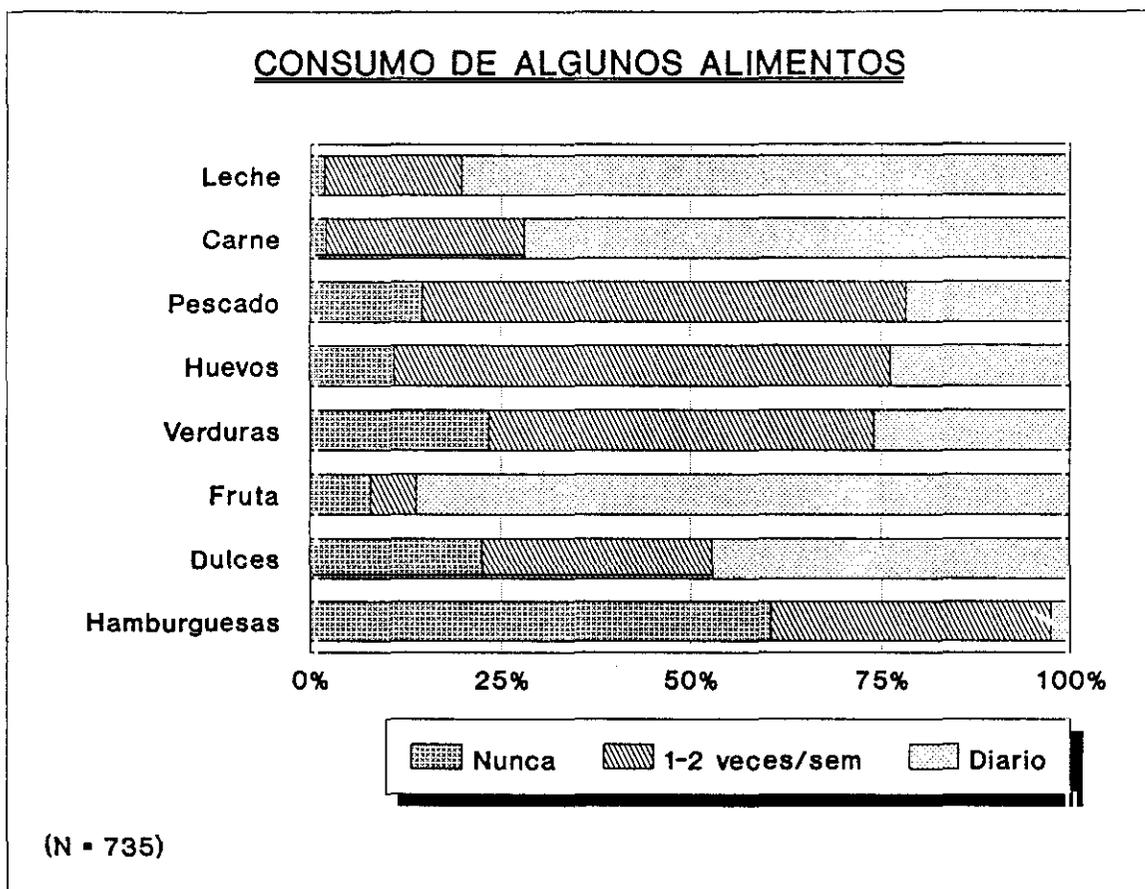


Gráfico 4: Frecuencia de consumo de algunos alimentos.

Resultados.

El café es consumido por el 25.6% ($p < 0.05$) de los mayores mientras que los pequeños toman "cola-caó" en un 52.4% ($p < 0.05$).

Las tostadas junto con los productos de pastelería son los productos más consumidos.

La comida del mediodía, resulta ser la más importante del día, siendo consumida casi por el 100% de ambas poblaciones.

Respecto a la merienda, son los de menor edad con un 37.6% ($p < 0.05$) los que la realizan con más asiduidad, decreciendo en los años sucesivos al 20.8% ($p < 0.05$).

La cena decrece en porcentajes, aunque globalmente también es mayoritaria (81%).

1.6 ACTIVIDADES PRACTICADAS EN EL TIEMPO LIBRE.

1.6.1 ACTIVIDADES MÁS HABITUALES.

El tiempo de ocio, los adolescentes lo ocupan preferentemente en actividades deportivas y en ver la televisión. El salir con los amigos resulta ser una ocupación de los fines de semana. Las características de estos apartados se analizan a continuación.

1.6.1.1 Deporte y Televisión.

La actividad deportiva adquiere una importancia especial los fines de semana, siendo el sábado con un 49.5% el día que se practica más, seguido del domingo con un 27.9% del total. Por localidades es significativo que en Pozuelo los adolescentes son más deportistas que en Leganés.

Sólo realizan deporte cinco días a la semana, el 18.6% del total de los adolescentes estudiados. De los que practican algún tipo de deporte los fines de semana, el 57.4% de los que lo hacen en sábado viven en Pozuelo ($p < 0.05$), en el caso del domingo las cifras ascienden al 63.9% ($p < 0.05$) de los que viven en esta localidad. Los que viven en Leganés presentan unas frecuencias inferiores para ambos días, correspondiendo a un 41.4% y un 19.8% respectivamente, siendo también significativo ($p < 0.05$).

Por sexo, son los chicos (25.1%) los más deportistas, frente a las adolescentes (12.3%), siendo resultados significativos ($p < 0.05$). El sexo femenino nunca practica deporte en un 19.8% ($p < 0.05$) del total, mientras que esta circunstancia sólo sucede en el 7.7% de los varones ($p < 0.05$). Por grupos de edad, la práctica deportiva es más frecuente entre los más pequeños, disminuyendo claramente con la edad.

El gráfico 5 refleja la frecuencia de la practica deportiva y su comparación por localidad. Los deportes más practicados globalmente resultan ser el fútbol (39.2%), el baloncesto (35%) y el tenis (24.4%).

Respecto a la televisión, la ven 5 días a la semana el 66% del total. Por localidad, en Leganés se ve más televisión (74.9%) que en Pozuelo (56.8%), siendo resultados significativos ($p < 0.05$).

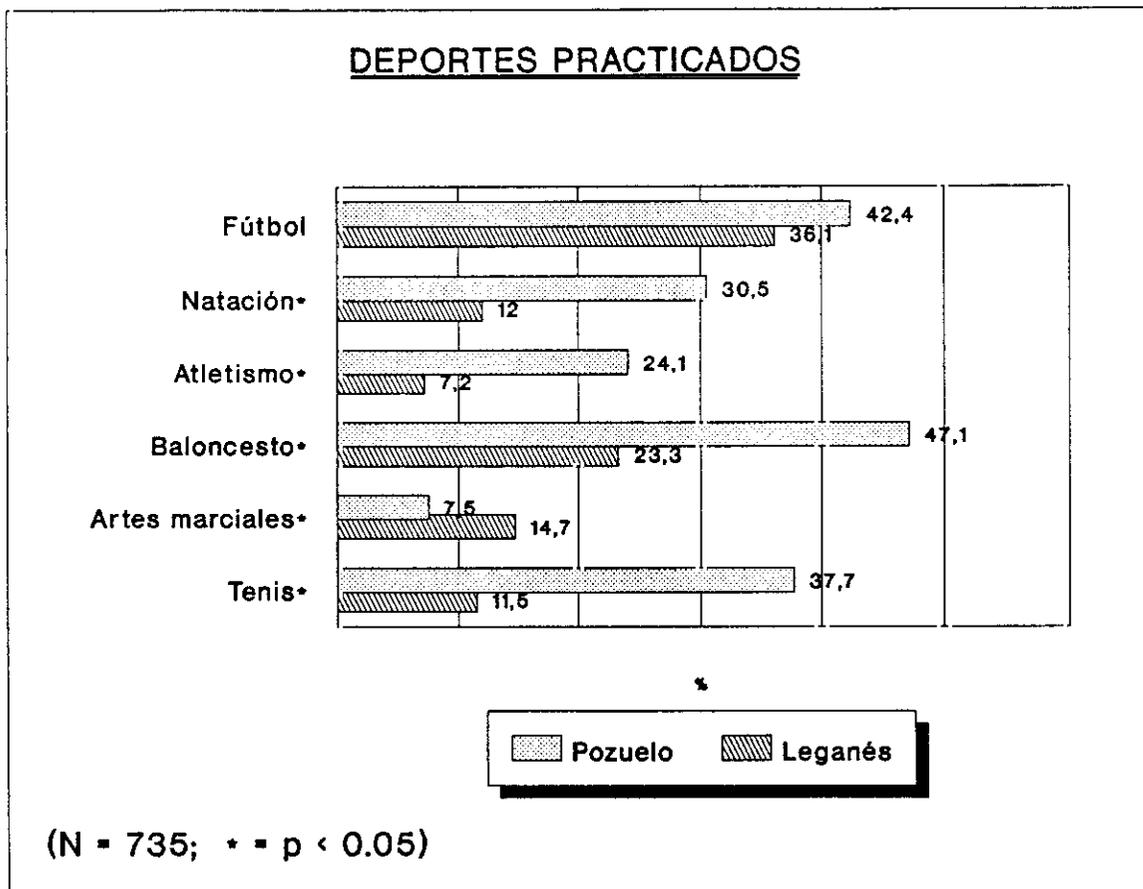


Gráfico 5: Comparación de las diferentes modalidades deportivas más frecuentemente practicadas en cada localidad.

Los resultados para estos apartados están reflejados en la tabla VII.

	Total %	♂ %	♀ %
- VEN LA TV: sábado	62.3	69.6*	55.2*
domingo	61.6	67.4*	56*
- PRACTICAN DEPORTES: sábado	49.5	60.2*	39.1*
domingo	27.9	38.1*	18*
Totales absolutos	735	362	373

Tabla VII. Adolescentes que ven la televisión o practican algún deporte los sábados y domingos. (= $p < 0.05$).*

1.6.1.2 Frecuencia semanal de asistencia a bares, "pubs" o discotecas y salir con los amigos.

La asistencia a bares y "pubs" es una actividad preferente de los mayores de 14 años, de forma que los más pequeños no van nunca en un 60.8% ($p < 0.05$).

El salir con los amigos es común para todas las edades, aunque son los mayores los que más lo hacen, sobre todo el sábado. Los resultados de estos tipos de actividades se reseñan en la tabla VIII.

	Total	Pozuelo	Leganés	10-13 años	14-16 años	> 16 años
	%	%	%	%	%	%
IR A BARES:						
sábado	41.2	39.9	42.2	18.5*	50.2	72*
domingo	27.8	13.9*	41.2*	18.5*	29.6	43*
IR CON AMIGOS:						
sábado	72.2	70.1	74.3	62.4*	78.6*	81*
domingo	60.3	50.4*	69.8*	56.4	63	63
Totales absolutos	735	361	374	319	257	159

Tabla VIII. Asistencia a bares y salir con los amigos durante los sábados y los domingos (= $p < 0.05$).*

1.6.1.3 Otras actividades menos frecuentes.

La lectura es un hábito que dicen tener la mayoría de los encuestados. Un 32.5% de ellos responden que lo realiza al menos 5 días a la semana, no existiendo ninguna diferencia por localidad ni por sexo en este grupo.

En Pozuelo dicen leer los domingos el 31.6% ($p < 0.05$) frente al 19.8% ($p < 0.05$) de Leganés. Los sábados suelen hacerlo el 30% de los hijos que viven con ambos padres a diferencia del 68.8% ($p < 0.05$) de los que son huérfanos.

Resultados.

Las actividades de tipo artístico son realizadas fundamentalmente por los más pequeños. El 37.7% del total responde no realizar este tipo de actividad nunca.

1.7 GRADO DE SATISFACCION, HABITOS HIGIENICOS Y PREOCUPACION CORPORAL.

La inmensa mayoría de los adolescentes estudiados (95%) tiene una vivencia positiva de su tiempo libre. Unicamente un 2.2% del total se aburre en los momentos de ocio.

No existen diferencias por localidades, sexo, edad, ni situación legal de los padres.

Un tercio se ducha diariamente, siendo una medida higiénica más extendida en la población de Pozuelo ($p < 0.05$).

La limpieza dental diaria también resulta más practicada en la localidad de Pozuelo. Tanto en la ducha como con la limpieza dental existe una importante tendencia a generalizar su uso con la edad.

El 45.7% de los encuestados cree no tener caries.

La frecuencia de los diferentes hábitos higiénicos en cada localidad, quedan reseñados en el gráfico 6.

Al 32% de los adolescentes estudiados no les preocupa nada su cuerpo y de estos la mitad son menores de 13 años, viviendo en Pozuelo el 61.7% de ellos. Los problemas físicos que preocupan más a este grupo de edad están reflejados en el gráfico 7.

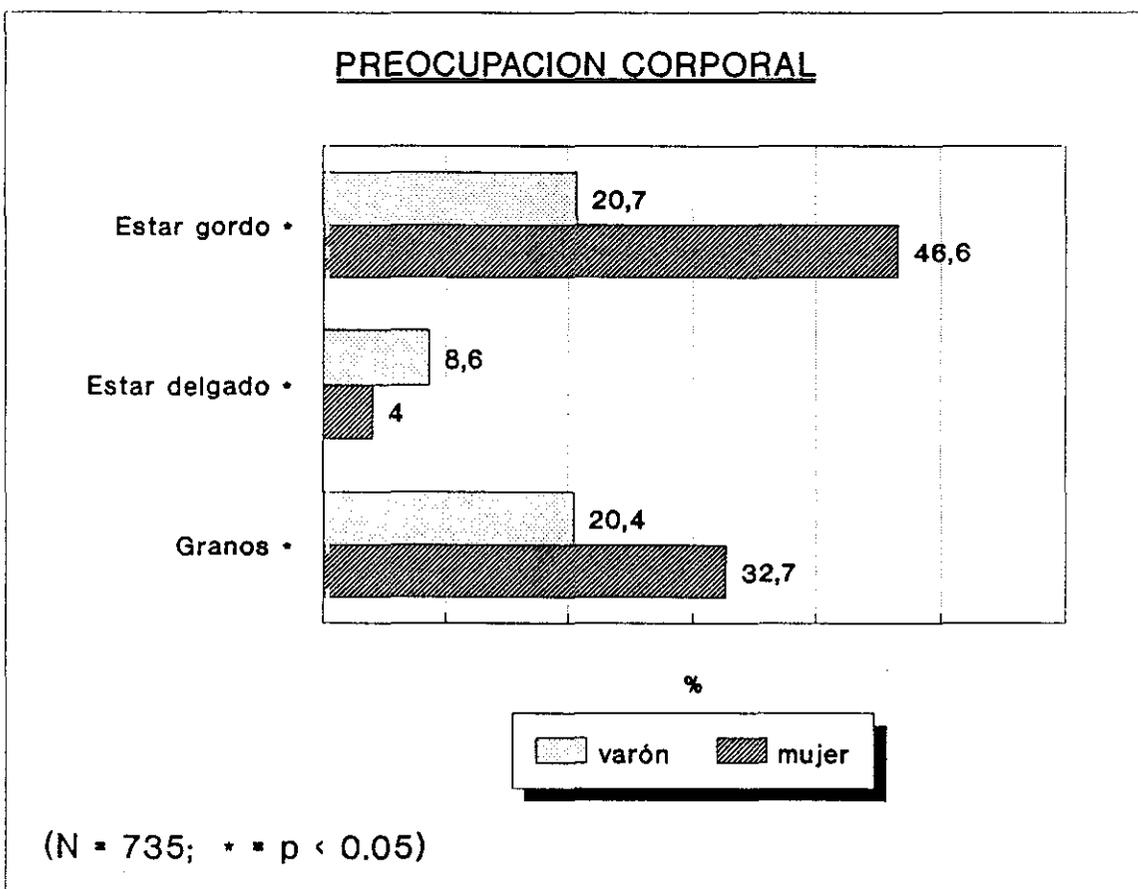
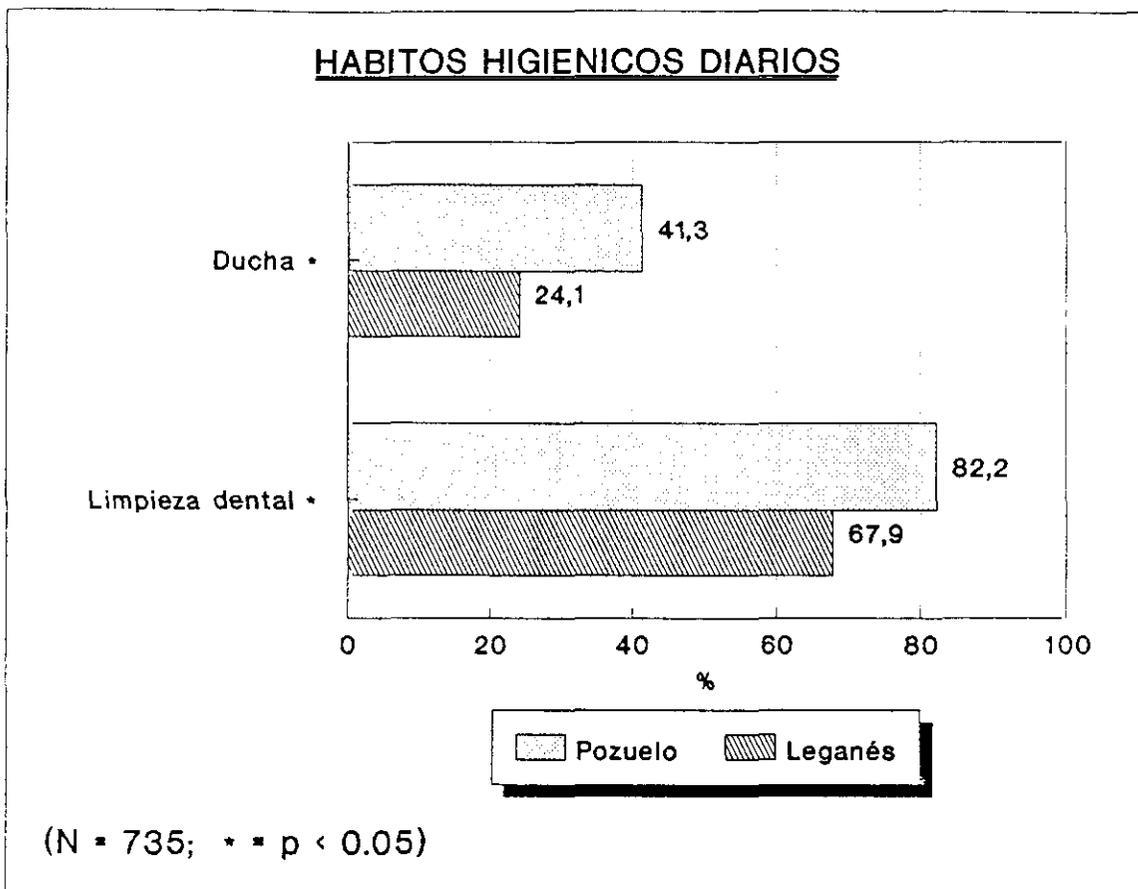


Gráfico 6: Incidencia de los hábitos higiénicos en cada localidad.
 Gráfico 7: Grado de preocupación corporal de los adolescentes.

Entre las diversas maneras de cuidar el cuerpo los adolescentes eligen en primer lugar la higiene y el aseo (65.7%), el deporte ocupa el segundo lugar (57.6%), seguido de una alimentación adecuada (52.8%) y del descanso (31.2%). Este orden de preferencia se mantiene en ambas localidades por separado, aunque Pozuelo sobrepasa la media comentada mientras que Leganés siempre está por debajo de ella, siendo resultados significativos ($p < 0.05$).

1.8 PATRON DE SUEÑO.

La hora de acostarse entre la población estudiada se produce con más frecuencia entre las 22h. y las 23h. Los adolescentes de Leganés se acuestan en esta hora en el 46.8% ($p < 0.05$) mientras que en Pozuelo el horario más frecuente resulta ser entre las 23h. y las 24h. donde lo hacen el 37.4%. Las chicas suelen irse a dormir antes que los chicos. Y como es comprensible los más mayores se acuestan también más tarde.

Durante los fines de semana, se retrasa la hora de acostarse en todas las edades, no existiendo diferencias entre ambas poblaciones.

En cuanto a la hora de levantarse, a diario el 56.6% lo hace entre las 7h. y las 8h. de la mañana. Para este grupo más madrugador, no existe diferencias por localidad ni sexo y el 50.5% de ellos tienen entre 14 y 16 años.

Durante el fin de semana, la hora de levantarse más habitual es entre las 10 y las 11 horas, no habiendo diferencias entre ambas poblaciones. Las chicas suelen dormir más que los chicos.

1.9 MANIFESTACIONES INDIRECTAS DE ANSIEDAD.

La mayoría de los encuestados reconoce despertarse con sueño. También casi todos suelen carecer de pesadillas, duermen de un tirón toda la noche y generalmente no les supone un esfuerzo especial el dormirse.

Los resultados más importantes son expuestos en la tabla IX.

	Total %	♂ %	♀ %	10-13 años %	14-16 años %	> 16 años %
"Me despierto con sueño"	76.2	72.9*	79.4*	64.3*	84.4*	86.8*
"Tengo pesadillas"	10.2	6.1*	14.2*	12.9*	8.2	8.2
"Duermo de un tirón"	73.9	74.9	72.9	68.3*	78.6*	77.4
"Estoy con frecuencia agobiado"	28.2	20.7*	35.4*	17.2*	33.1*	42.1*
"He estado nervioso"	50.6	43.9*	57.1*	42.6*	57.2*	56
Totales absolutos	735	362	373	319	257	159

Tabla IX. Signos indirectos de ansiedad (*= $p < 0.05$).

1.10 CONSUMO DE DROGAS.

Se debe desglosar dos apartados delimitados claramente: las drogas legales y las ilegales. Los resultados del consumo de las drogas legalizadas según la edad están representados en el gráfico 8; y la comparación de su consumo con otras drogas en el gráfico 9.

El alcohol y el tabaco resultan ser las drogas consumidas socialmente con más frecuencia.

1.10.1 CONSUMO DE TABACO.

Del total de la muestra dicen fumar habitualmente el 13.6%. En Leganés se fuma más (17.1%) que en Pozuelo (10%); existiendo un aumento de consumidores al ir aumentando la edad.

Por sexo fuman el 63% de las mujeres ($p < 0.05$) y el 37% de los varones ($p < 0.05$).

Llama la atención el que el 6% (19 casos) de los más pequeños ya lo consume ($p < 0.05$).

Entre los que dicen fumar (100 casos), el 64% de ellos viven en Leganés, pertenecen al sexo femenino el 63% y el 55% son mayores de 16 años.

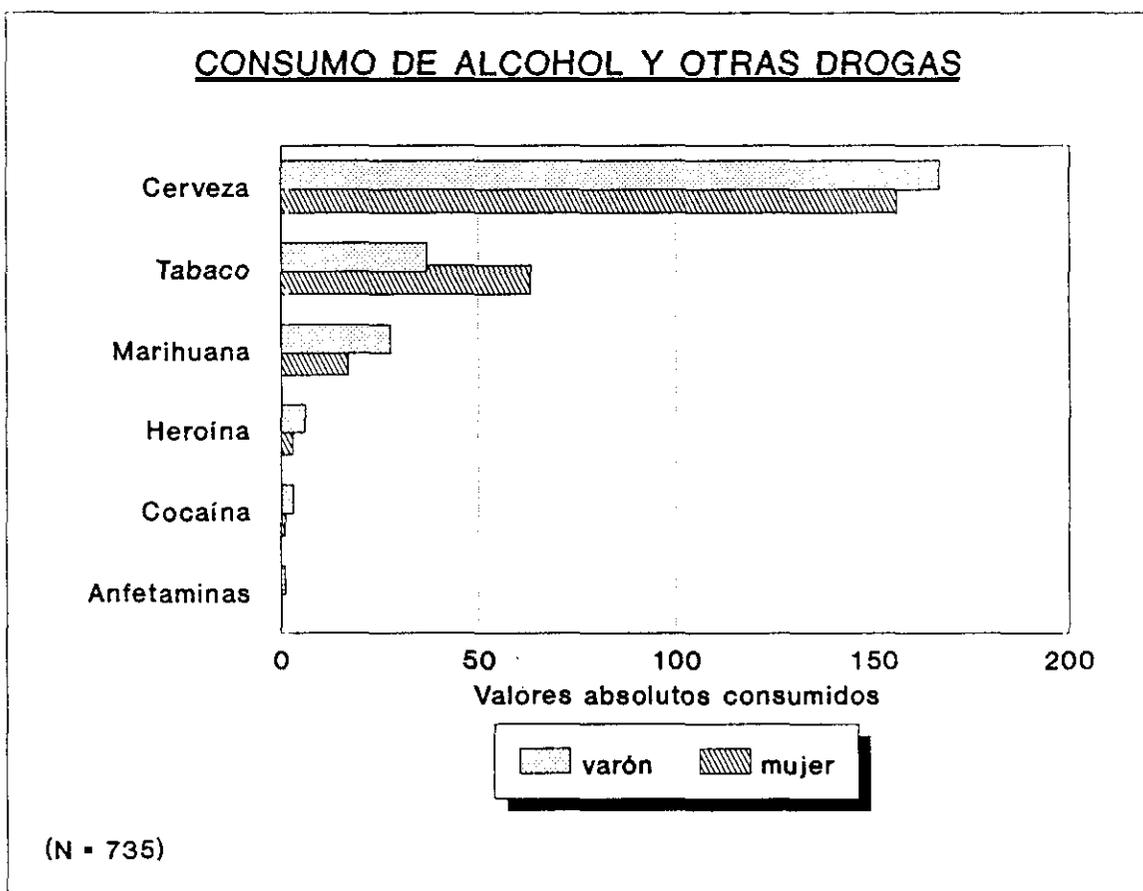
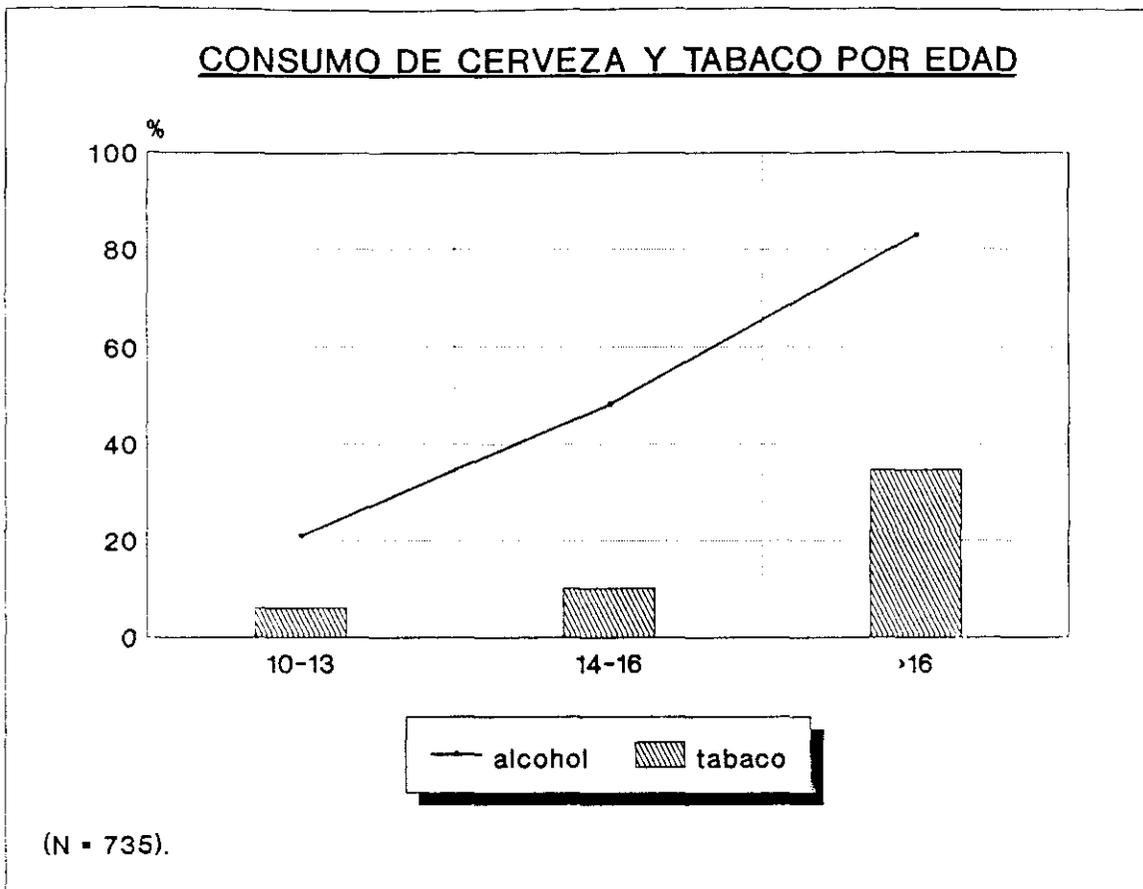


Gráfico 8: Consumo por edad de las dos drogas legales más frecuentes.

Gráfico 9: Comparación de algunas drogas legales e ilegales consumidas por los adolescentes encuestados.

Resultados.

Curiosamente el 64.1% de las madres divorciadas fuman, mientras las casadas sólo lo consumen en un 27.4%, cifras también significativas ($p < 0.05$).

Los padres prohíben fumar a sus hijos en un 55% del total, con mayor tendencia a hacerlo con las hijas y con los de menor edad (77.4%, $p < 0.05$).

La frecuencia con la que fuman los 100 adolescentes que lo hacen habitualmente queda reflejada en el gráfico 10.

La forma de obtención del primer cigarrillo resulta ser mayoritariamente a través de un amigo (70.1%), aunque aparentemente la influencia máxima sobre el consumo de tabaco parece estar determinada por el padre, estos resultados están reseñados en el gráfico 11.

La edad más frecuente a la que se empieza a fumar es a los 14 años (28.4%), seguida de la edad de 13 años (13.4%). En la localidad de Leganés inician antes el consumo. Globalmente antes de los diez años fuman el 11.9% de esta localidad, frente al 4% de Pozuelo. También son los varones los que comienzan antes que las mujeres. Por grupos de edad, es curioso constatar como los más jóvenes (55.6%) comenzaron antes de los 10 años, mientras que los mayores de 16 años lo hicieron entre 15 y 16 años.

En general, el conocimiento correcto de las enfermedades producidas por el tabaco aumenta con la edad. También son las adolescentes las que identifican con mayor acierto la **relación tabaco y cáncer**. En el gráfico 12, están expuestos los resultados sobre el grado de conocimiento que los encuestados poseen sobre la patología relacionada con el tabaco.

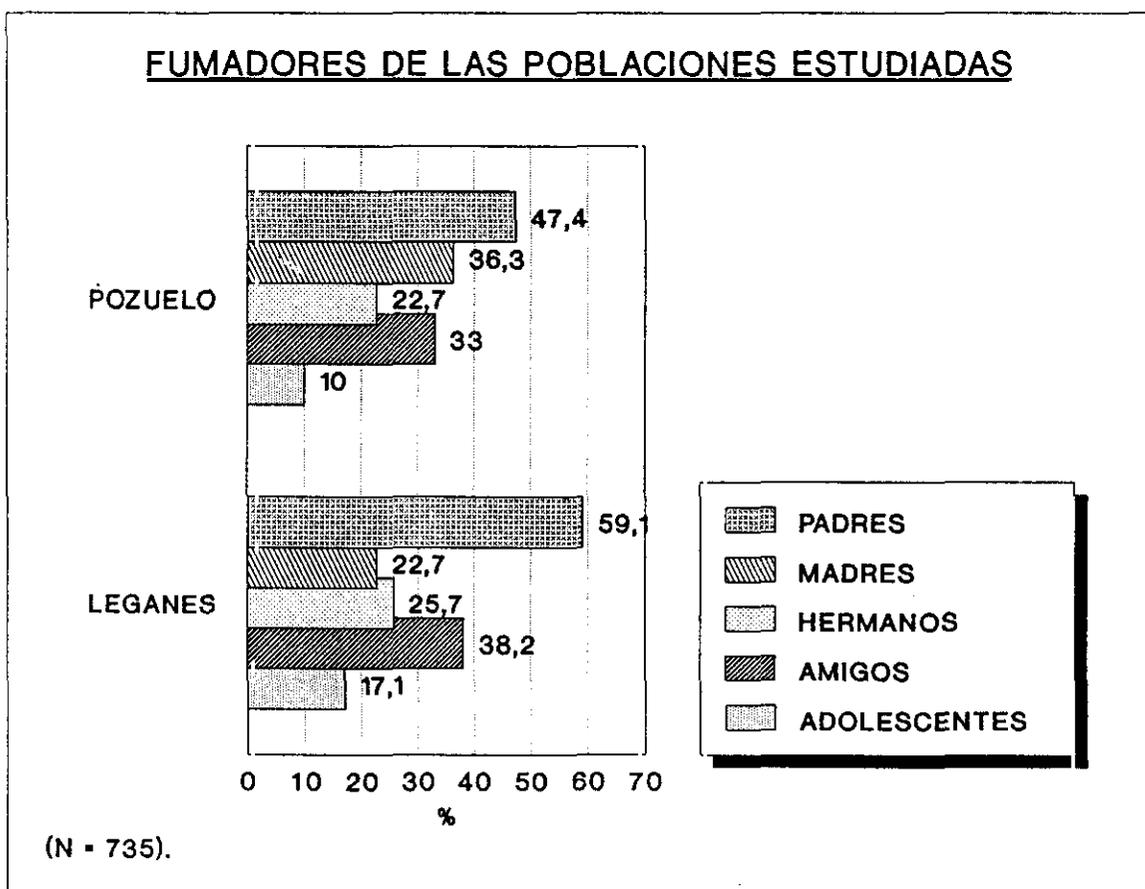
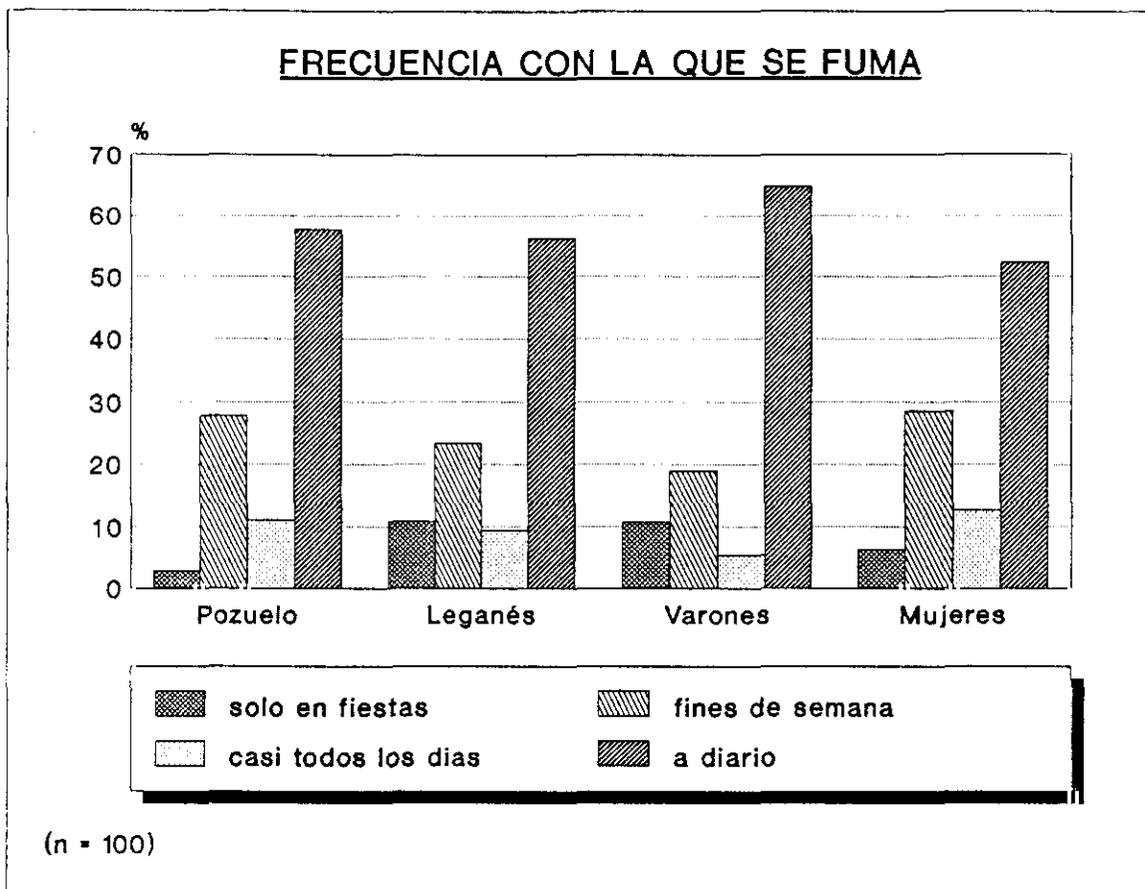


Gráfico 10: Frecuencia del hábito tabaquico.

Gráfico 11: Incidencia del consumo de tabaco en las poblaciones estudiadas.

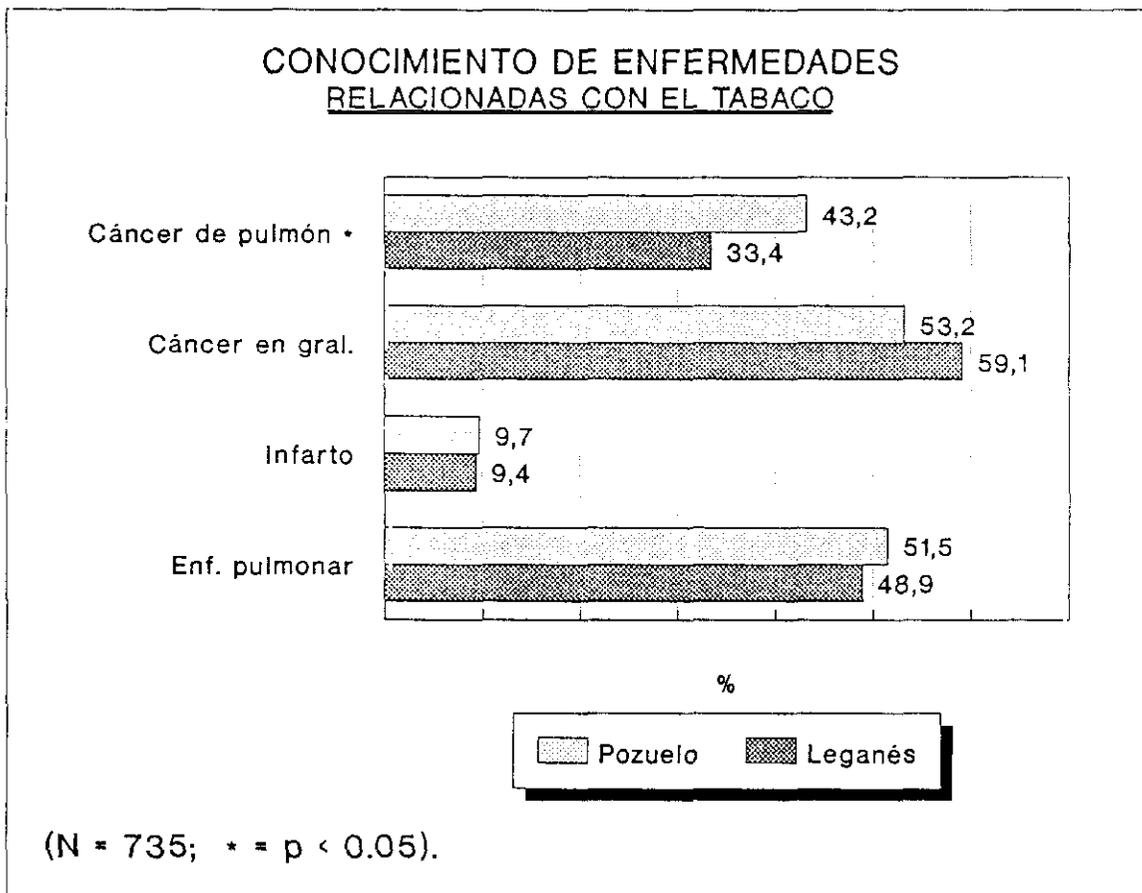


Gráfico 12: Algunas patologías relacionadas con el consumo de tabaco por los adolescentes.

1.10.2 CONSUMO DE ALCOHOL.

No existen marcadas diferencias por sexos en cuanto al consumo, dado que prueban el alcohol el 48.4% de los varones y el 51.6% de las mujeres.

El 54% (397 casos) de los encuestados consideran que beben alcohol de forma habitual.

La bebida alcohólica más popular entre los adolescentes estudiados en ambas localidades y ambos sexos resulta ser el **whisky** (83.8%, $p < 0.05$), seguida de la **cerveza** (72.8%), el **vino** (65.2%) y el **ron** (62%); después el **anís**, **aguardiente**, **orujo**, **ginebra**, y **coñac**. En general, las chicas reconocen más tipos de bebidas alcohólicas que los chicos.

El grado de conocimiento que se tiene sobre los tipos de bebidas alcohólicas y el número de marcas comerciales de las mismas aumenta con la edad.

La edad en la que se inicia el consumo de bebidas alcohólicas está representada en el gráfico 13.

La frecuencia general del consumo de las diferentes bebidas alcohólicas está reseñada en el gráfico 14.

En cuanto al consumo familiar, la **cerveza** ocupa el primer lugar, tomándola el padre en un 71.3%, la madre en un 44.4% y los hermanos en un 27.1%. Los amigos de los encuestados la consumen en un 44.2%. También resulta ser la bebida más frecuente entre los adolescentes de ambas poblaciones (43.9%).

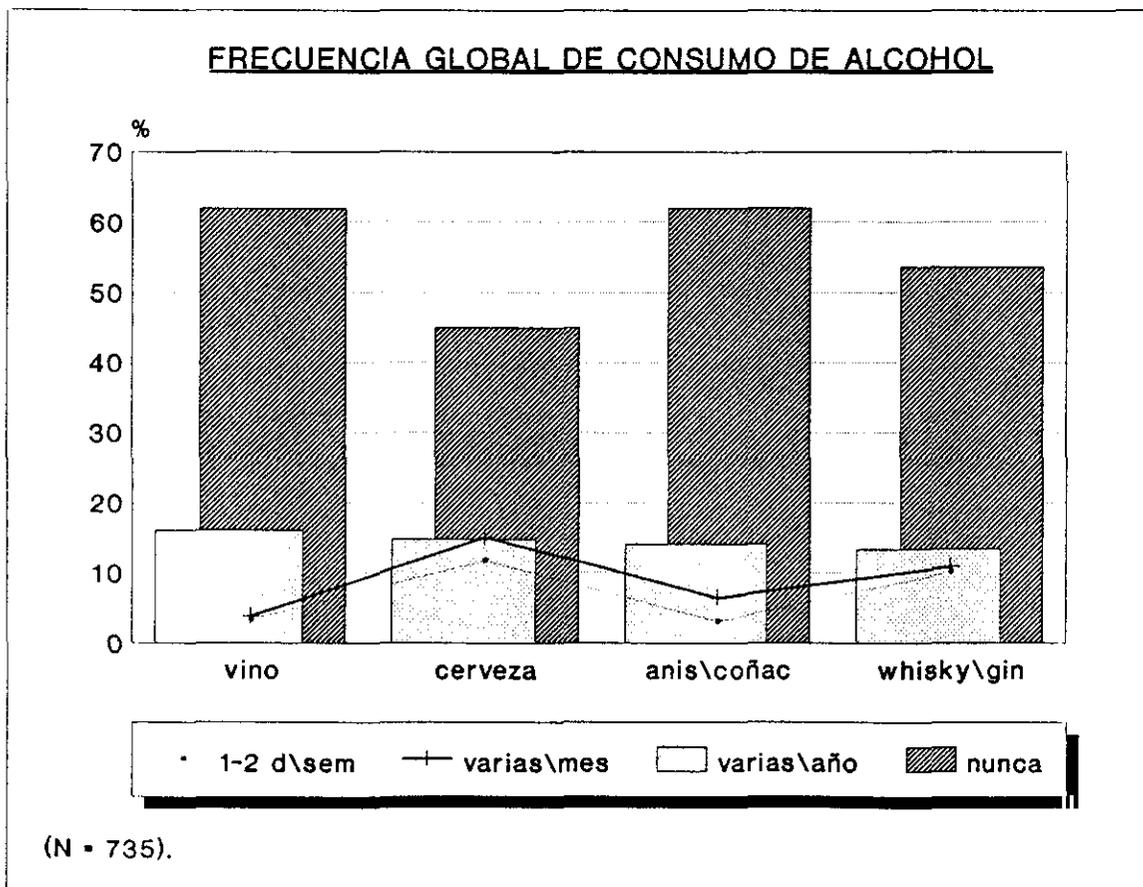
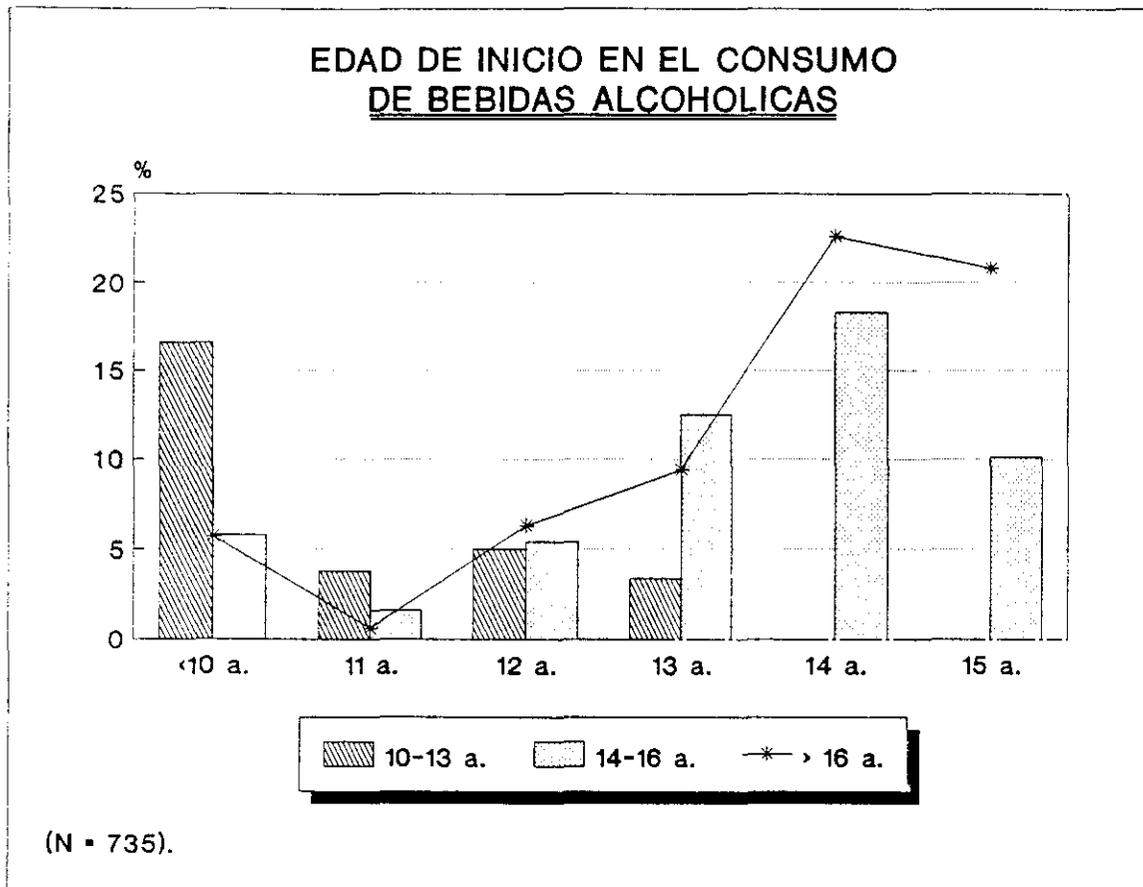


Gráfico 13: Como puede observarse, el inicio en el consumo de bebidas alcohólicas se realiza cada vez con más antelación, siendo los más jóvenes los que comenzaron antes su consumo.

Gráfico 14: Frecuencia de consumo de algunas de las bebidas alcohólicas analizadas.

Resultados.

Analizando el grupo que bebe alcohol más de un día a la semana, el vino resulta ser de consumo preferente en domicilio particular (82.1%) y en concreto durante las comidas (71.8%) siendo consumido en Leganés en el propio hogar en un 92% y en las comidas en un 84%. Los varones son los que beben más.

Respecto al consumo de cerveza, se realiza preferentemente fuera de casa (96.5%), no existiendo diferencias entre ambas localidades por sexo, ni situación legal de los padres. Sí resulta significativo el aumento del consumo con la edad ($p < 0.05$).

El 17.8% de los encuestados dice haberse embriagado tres o más veces. Siendo más frecuente en Leganés ($p < 0.05$). Existiendo una clara tendencia a aumentar con la edad.

El lugar donde los encuestados comienzan a beber es en el propio domicilio familiar (18.8%), no existiendo diferencias por municipio, sexo ni grupos de edad.

El grado de conocimiento que sobre las enfermedades relacionadas con el alcohol tienen los adolescentes encuestados está representado en el gráfico 15.

En el apartado "**otras bebidas**" del cuestionario, las respuestas han sido principalmente refrescos y colas, bebidas consumidas por los más pequeños. En este tipo de consumo existe una tendencia a ser consumidas por los hijos de padres separados y huérfanos, aunque sin ser significativo.

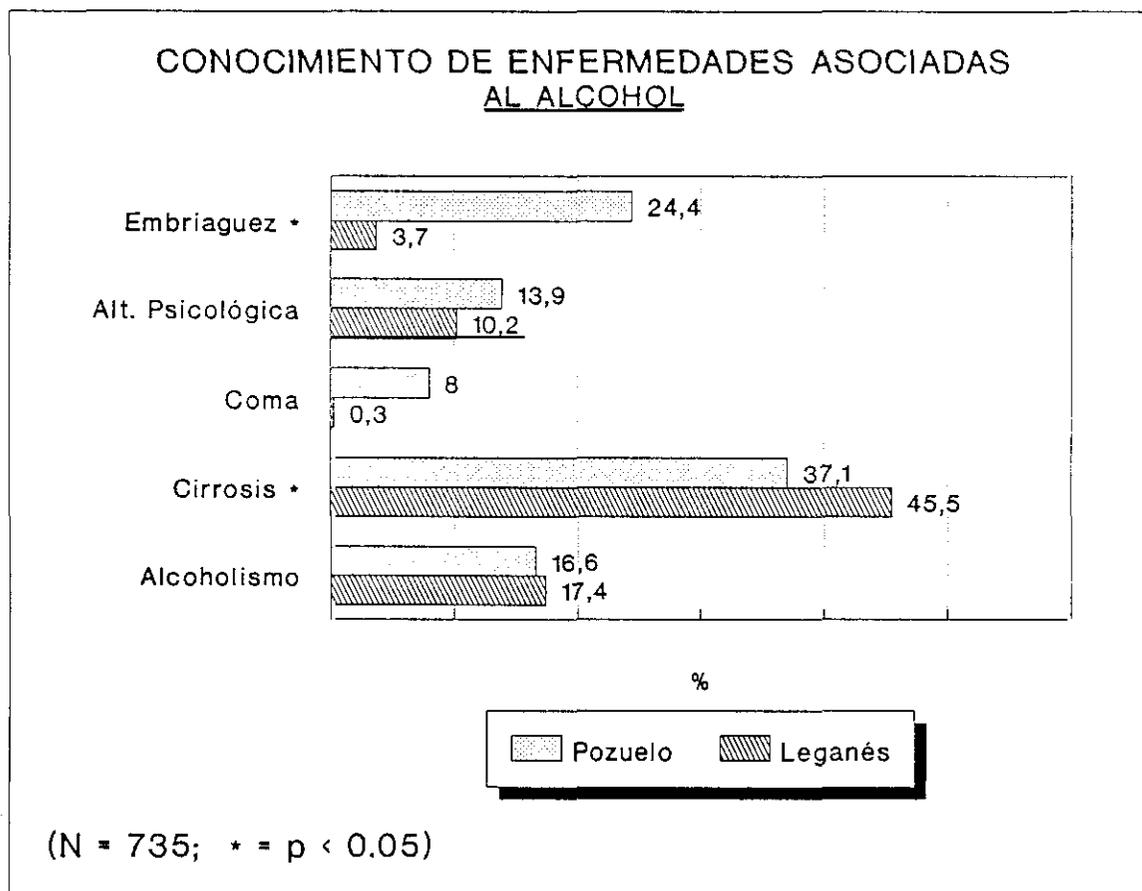


Gráfico 15: Algunas enfermedades que asocian los adolescentes a la ingesta de alcohol.

1.10.3 CONSUMO DE DROGAS ILEGALES.

El grado de conocimiento general sobre que sustancias son consideradas como "droga", por los encuestados está reseñado en el gráfico 16.

Las diferencias en cuanto al reconocimiento de algunas drogas varían según se trate de una u otra localidad, las más importantes están reseñadas en la tabla X.

	Totales %	Pozuelo %	Leganés %
Anfetaminas	21.1	25.2*	17.1*
Acido-LSD	22	26.6*	17.6*
Opio	10.9	16.1*	5.9*
Cafeína	7.2	10.5*	4*
Totales absolutos	735	361	374

Tabla X. Grado de reconocimiento de algunas sustancias como drogas (= $p < 0.05$).*

Al 20.7% del total de los adolescentes estudiados les han ofrecido droga alguna vez. Curiosamente el porcentaje resulta ser idéntico para ambas poblaciones y sexo. Cuando los padres están separados al 35.9% de sus hijos le han ofrecido droga, en comparación con el 19.6% de los hijos casados, siendo resultados significativos ($p < 0.05$).

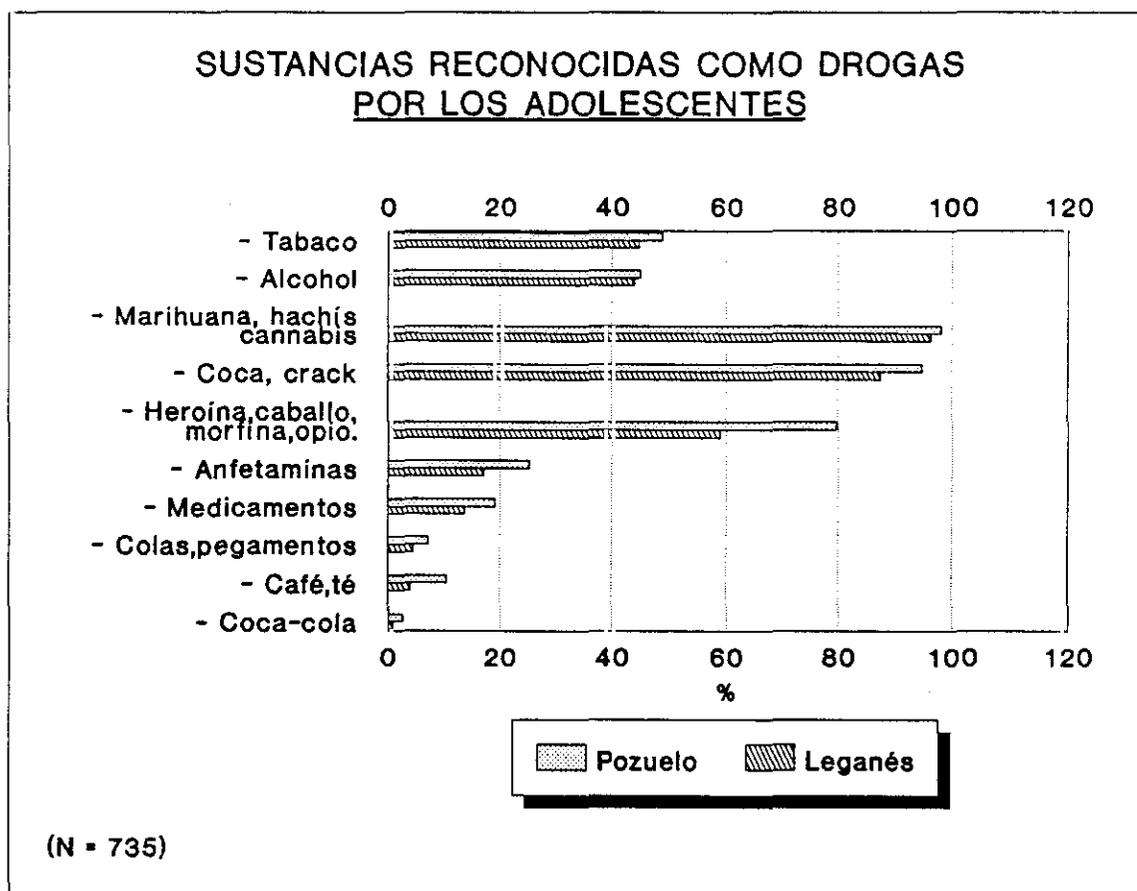


Gráfico 16: La valoración como droga que los adolescentes poseen de algunas sustancias, sobre todo las admitidas socialmente y los fármacos, resulta más baja de lo deseable, como demuestra el gráfico.

Resultados.

En 19 casos (2,6%) hay un antecedente de consumo de drogas familiar. En 114 casos (15.5%) tienen algún amigo que consume droga, cifras que aumentan con la edad.

La edad en la que los adolescentes se inician en el consumo de drogas no resultó significativa, siendo la edad más frecuentemente encontrada la de los 15 años.

El lugar o la situación social donde se consumió droga la primera vez queda reflejada en la tabla XI.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %	♂ %	♀ %
Con los amigos	74	70	76.7	75	72.2
En una fiesta	18	25	13.3	18.8	16.7
En un "pub", bar...	4	-	6.7	6.3	-
Totales absolutos	50	20	30	32	18

Tabla XI. Circunstancias en que se realizó el consumo de droga por primera vez.

La sustancia con la que se inician en la drogadicción resulta ser mayoritariamente la **marihuana**, los resultados comparativos con otras drogas y por localidad y sexo se señalan en la tabla XII.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %	♂ %	♀ %
Marihuana, hachís	90	95	86.7	87.5	94.4
Heroína, "caballo"	18	30	10	18.6	16.7
Coca	8	10	6.7	9.4	5.5
Totales absolutos	50	20	30	32	18

Tabla XII. Droga consumida por primera vez por localidad y sexo.

La forma en que se tomó la droga la primera vez que se consumió esta expresada en la tabla XIII.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %	♂ %	♀ %
Fumando	86	85	86.7	78.1	100
Inhalando	8	10	6.7	12.5	-
Pinchada	8	10	6.7	12.5	-
Totales absolutos	50	20	30	32	18

Tabla XIII. Formas en que se consumió droga por primera vez.

Resultados.

El 65% dice conocer alguna enfermedad en relación con la droga. La patología reconocida por los adolescentes como asociada al consumo de drogas está representada en el gráfico 17.

1.10.4 CONSUMO DE FARMACOS.

El 63.3% de los encuestados responde no haber tomado ningún fármaco en los últimos tres meses.

Los resultados de la medicación que toman los adolescentes sin consultar a su médico están en la tabla XIV.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %	♂ %	♀ %
Analgésicos	31	33.2	28.9	21*	40.8*
Tranquilizantes	1.5	1.7	1.3	0.8	2.1
Ninguna	63.3	60.7	65.8	74*	52.8*
Totales absolutos	735	361	374	362	373

Tabla XIV. Consumo de fármacos en los tres últimos meses sin control médico (*= $p < 0.05$).

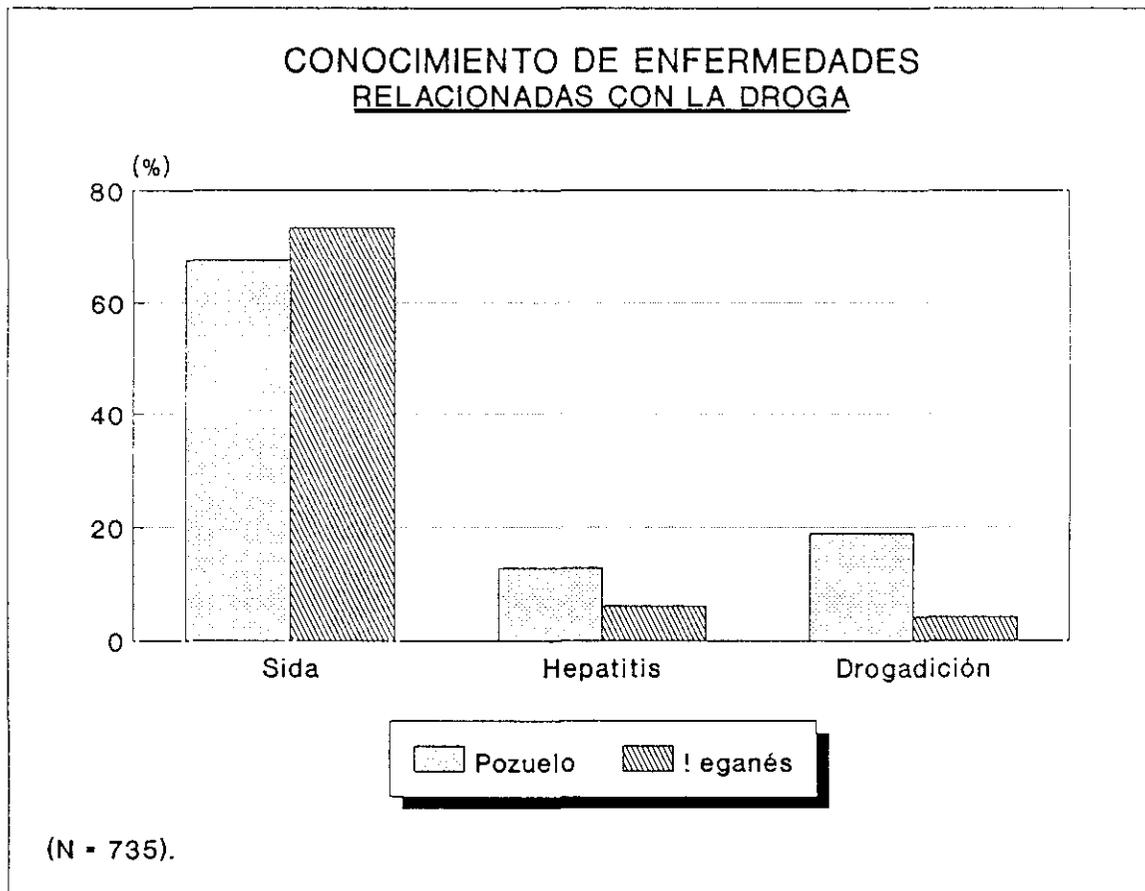


Gráfico 17: Los conocimientos que los adolescentes poseen sobre las enfermedades que pueden adquirirse con el uso indiscriminado de drogas duras, se limita casi al SIDA, seguramente por la importante publicidad que rodea a esta enfermedad.

Resultados.

De los que dicen haberlas tomado en los últimos tres meses (270 casos), las chicas tienen algún familiar que también las consume en un 68.3%.

1.11 TIPO DE ASISTENCIA MEDICA UTILIZADA.

El tipo de especialidad médica que utilizan los encuestados difiere según la zona de residencia, los resultados se exponen en la tabla XV.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %
Médico General	70.1	60.7*	79.1*
Médico de Familia	24.2	34.6*	14.2*
Pediatra	5.2	5.5	4.8
Especialista en adolescentes	1.8	1.7	1.9
Totales absolutos	735	361	374

Tabla XV. Tipo de asistencia médica (*= $p < 0.05$).

La visita médica también es diferente por localidades, donde se evidencia la tendencia económica, como queda reflejado en la tabla XVI.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %
Ambulatorio	77.1	65.1*	88.8*
Domicilio particular	5.7	9.1*	2.4*
Consulta privada	19.9	27.7*	12.3*
Totales absolutos	735	361	374

Tabla XVI. Tipos de asistencia sanitaria que utilizan los adolescentes (= $p < 0.05$).*

1.12. RELACION CON LOS AMIGOS.

La mayoría de los encuestados (88.8%) reconoce tener muchos amigos y casi el mismo porcentaje (87.9%) los tiene íntimos.

A uno de cada cuatro no le es fácil hacer amigos, aunque el 90.6% dice que sus amigos le ayudarían si tuviese problemas.

Casi la mitad reconoce que entre los amigos no se piensa en general de la misma manera, aunque sólo el 18.2% "se enfadan" con frecuencia. En este último grupo el 52.2% son menores de 13 años.

1.13 SEXUALIDAD.

Tres cuartas partes de los encuestados consideran que la información sexual que han recibido es suficiente. Hay una discreta tendencia a estar más satisfecho con dicha información en Pozuelo (73.1%) y entre los chicos (73.8%). Por grupos de edad, entre 14 y 16 años se alcanza el máximo de conformidad pero luego desciende y los mayores opinan en un 32.7% que la información es insuficiente.

La mayoría (86%) sabe describir el aparato genital masculino y femenino. No existen diferencias por localidades. Existe una mayor tendencia a saber describir mejor el propio sexo. La fuente de información de los adolescentes encuestados sobre sexualidad queda reseñado en la tabla XVII.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %	♂ %	♀ %
Madre	24.9	27.4	22.5	18.5*	31.1*
Padre	9.1	10.2	8	12.8*	5.9*
Ambos	19	22.2*	16*	20.7	17.4
Amigos	75.5	72*	78.9*	78.7	72.4
Novio-a	13.5	14.4	12.6	16.6*	10.5*
Médico	1.6	2.5	0.8	1.4	1.9
Profesor	11.6	15*	8.3*	9.9	13.1
Totales absolutos	735	361	374	362	373

Tabla XVII. Fuentes de información sexual de los adolescentes. (*= $p < 0.05$).

1.14 MARCO FAMILIAR.

El ambiente familiar donde viven los adolescentes encuestados, resulta ser bastante armónico en general, sin diferencias por localidad.

Los varones tienen cierta tendencia a ser más optimistas. En general esta tendencia optimista sobre la familia decrece con la edad.

1.15 MARCO ESCOLAR.

Las características de los escolares encuestados presenta los rasgos propios de los estudiantes de esta edad y los resultados son los que "a priori" cabría esperar. Los más relevantes encontrados en la encuesta vienen expresados en la tabla XVIII.

	Total %	Pozuelo %	Leganés %	♂ %	♀ %
Repiten curso	16.3	14.1	18.4	16.9	15.8
Asignaturas pendientes	22.6	18.8*	26.2*	25.4	19.8
Piensen ir a la Universidad	88	92.5*	83.7*	86.5	89.5
Les gusta estudiar	42	40.7	43.3	40.3	43.7
Totales absolutos	735	361	374	362	373

Tabla XVIII. Algunos aspectos en relación con los estudios (*= $p < 0.05$).

2. RESULTADOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS.

2.1. EL HABITO TABAQUICO EN RELACION A OTRAS VARIABLES.

2.1.1 TABACO Y ALIMENTACION.

En general no parece existir variaciones en la alimentación según el consumo de tabaco.

Aunque el consumo de café está más extendido entre los fumadores, que dicen tomarlo a diario el 39% ($p < 0.059$) frente a los no consumidores, que sólo lo toman en un 19% ($p < 0.05$).

Existe una disminución del hábito del desayuno entre los consumidores de tabaco ($p < 0.05$).

2.1.2 TABACO Y DEPORTE.

La primera variable importante que se encuentra relacionada con el consumo de tabaco resulta ser el deporte.

Los resultados se exponen en la tabla XIX.

	Total %	Fuman %	No fuman %
Practican 5 días	18.6	6*	20.6*
Practican los sábados	49.5	32*	52.3*
Practican los domingos	27.9	18*	29.4*
Nunca hacen deporte	15.5	31*	13.1*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XIX. Frecuencia semanal de la práctica deportiva y consumo de tabaco por los adolescentes (*= $p < 0.05$).

Como se confirmó con anterioridad, el fumar determina una menor actividad deportiva pero también influye poderosamente sobre la elección del tipo de deporte que se elige (tabla XX).

2.1.3 TABACO Y HABITOS HIGIENICOS.

No se encontró relación entre los hábitos higiénicos, ni la preocupación corporal con el consumo de fumar. Sin embargo, los no fumadores dicen que cuidan su cuerpo haciendo más deporte (59.7%; $p < 0.05$) mientras que los fumadores sólo lo practican por este motivo en un 44% ($p < 0.05$).

	Total %	Fuman %	No fuman %
Fútbol	39.2	25*	41.4*
Natación	21.1	12*	22.5*
Atletismo	15.5	6*	17*
Baloncesto	35	24*	36.7*
Ninguno	15.5	31*	13.1*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XX. Deportes practicados y hábito tabaquico (= $p < 0.05$).*

2.1.4 TABACO Y SALIR CON LOS AMIGOS.

La vida social de los adolescentes encuestados respecto a salir con los amigos los sábados y domingos asistiendo a bares, "pubs" y discotecas guarda también relación con el hábito de fumar, como se demuestra en la tabla XXI.

2.1.5 TABACO Y SIGNOS INDIRECTOS DE ANSIEDAD.

Entre los consumidores de tabaco de forma habitual se encuentra un mayor porcentaje de signos indirectos de ansiedad que entre los no fumadores, como expresa la tabla XXII.

	Total %	Fuman %	No fuman %
IR A BARES:			
sábado	41.2	80*	35.1*
domingo	27.8	62*	22.4*
IR CON AMIGOS:			
sábados	72.2	79	71.2
domingos	60.3	79*	57.3*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XXI. Relación del hábito tabáquico y salir con los amigos e ir a bares (*= $p < 0.05$).

	Totales %	Fuma %	No fuma %
"Te despiertas con sueño"	76.2	86*	74.6*
"Estas agobiado y en tensión"	28.2	43*	25.8*
"Has estado nervioso"	50.6	67*	48*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XXII. Signos indirectos de ansiedad en relación con el consumo de tabaco (*= $p < 0.05$).

2.1.6 TABACO Y PATOLOGIA ASOCIADA.

Los fumadores demostraron tener un mayor grado de conocimiento sobre marcas comerciales de tabaco, siendo significativo ($p < 0.05$).

En cuanto a las enfermedades que se relacionan con el consumo de tabaco, los resultados son semejantes al comparar fumadores y no fumadores, aunque los primeros responden en un 76% ($p < 0.05$) el cáncer en general, frente al 53.1% ($p < 0.05$) de los no fumadores.

Los encuestados relacionaron correctamente con el fumar el cáncer de pulmón sólo en un 38.2%, sin diferencias según el consumo de tabaco.

2.1.7 INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LOS AMIGOS EN EL CONSUMO DE TABACO.

La influencia que ejerce la familia y los amigos sobre el hábito de fumar queda reflejado en la tabla XXIII.

Respecto a la relación con los amigos, únicamente resulta significativo el que entre los fumadores contestan que les resulta hacer amigos con más facilidad (84%; $p < 0.05$) que entre los no fumadores (72.1%; $p < 0.05$).

	Totales %	Fuman %	No fuman %
Padre	53.3	62	52
Madre	29.4	22	30.6
Hermanos	24.2	47*	20.6*
Amigos	35.6	88*	27.4*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XXIII. Consumo de tabaco entre familiares y amigos de los adolescentes y su relación con el hábito de fumar de los encuestados (*= $p < 0.05$).

2.1.8 TABACO Y DROGAS ILEGALES.

También existe una relación significativa entre el consumo de tabaco y el mundo de la droga, como demuestra la tabla XXIV.

	Totales %	Fuman %	No fuman %
"Te han ofrecido droga alguna vez"	20.7	58*	14.8*
"Algún amigo tuyo consume droga"	15.5	39*	11.8*
"Has consumido droga alguna vez"	6.8	29*	3.3*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XXIV. Algunos aspectos del mundo de la droga en relación con el consumo de tabaco (*= $p < 0.05$).

Existe una fuerte tendencia entre los fumadores a consumir droga con los amigos, mientras que los no fumadores lo hicieron en una fiesta.

Los que fuman conocen más enfermedades relacionadas con la droga (77%; $p < 0.05$) que los que no fuman (61.4%; $p < 0.05$).

Las más conocidas entre los no fumadores fueron: el **sida** (72.3%) y la **hepatitis** (10%), mientras que los fumadores contestaron **sida** en un 62.3% y **drogadicción** en un 18.2%.

Los adolescentes encuestados contestaron que la droga de inicio fue el **cannabis** (90%) y la vía de utilización fue fumando (86%).

No hubo diferencias según el hábito tabáquico.

Respecto al grado de conocimiento que los adolescentes fumadores dicen poseer sobre aquellas sustancias que creen son drogas los resultados se exponen en la tabla XXV.

2.1.9 TABACO Y GRADO DE INFORMACION SEXUAL.

El grado de información sexual los fumadores la consideran insuficiente en un 33% ($p < 0.05$), frente a los no fumadores que lo creen en un 20.3% ($p < 0.05$).

	Totales %	Fuman %	No fuman %
Tabaco	46.7	29*	49.4*
Marihuana	45.3	64*	42.4*
"Chocolate"/hachís	51.8	79*	47.6*
Heroína/"caballo"	52.5	73*	49.3*
Coca	71.6	83*	69.8*
Alcohol	44.4	27*	47.1*
Anfetaminas	21.1	30*	19.7*
Acido/LSD	22	40*	19.2*
Crack	19.5	37.7*	16.7
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XXV. Sustancias que los adolescentes consideran drogas y hábito tabáquico de los encuestados (*= $p < 0.05$).

De igual forma, los primeros dicen hablar más sobre este tema con los amigos 91%; ($p < 0.05$), mientras que los no fumadores lo hacen en un 73.1% ($p < 0.05$).

2.1.10 TABACO Y CONSUMO DE FARMACOS.

Se encontró relación entre el fumar y el consumo de medicación sin prescripción facultativa como se demuestra en la tabla XXVI.

	Total %	Fuma %	No fuma %
Analgésicos	31	46*	28.7*
Tranquilizantes	1.5	2	1.4
"Para estudiar"	1.4	3	1.1
Ninguno	63.3	48*	65.7*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XXVI. Consumo de fármacos y su relación con el tabaco (*= $p < 0.05$).

Se encontró un mayor consumo de fármacos entre los familiares de los adolescentes que fumaban (94.2%; $p < 0.05$) que en el grupo de los no fumadores (77.5%; $p < 0.05$).

2.1.11 TABACO Y RELACIONES FAMILIARES.

Se mantiene la opinión generalizada sobre un marco familiar positivo que se encontraba en los resultados generales, aunque existe una matización importante, y es que los fumadores tienen peor concepto sobre la familia, como se comprueba en la tabla XXVII.

2.1.12 TABACO Y ESCOLARIZACION.

El apartado de los estudios es otro área donde se encuentran diferencias en los consumidores de tabaco, los resultados se exponen en la tabla XXVIII.

	Total %	Fuman %	No fuman %
"Mis padres son amigos míos"	85.5	74*	87.2*
"Hablo con mis padres de mis problemas"	73.7	51*	77.3*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XXVII. Consumo de tabaco y relaciones intrafamiliares de los adolescentes encuestados (= $p < 0.05$).*

	Totales %	Fuman %	No fuman %
Repiten curso	16.3	40*	12.6*
Asignaturas pendientes	22.6	42*	19.5*
Les gusta estudiar	42	30*	43.9*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XXVIII. Relación de los estudios con el consumo de tabaco (= $p < 0.05$).*

2.1.13 TABACO Y GRADO DE SATISFACCION FAMILIAR SOBRE EL ENCUESTADO.

En opinión de los encuestados el grado de satisfacción familiar con respecto a ellos, varia con el consumo de tabaco por parte de los adolescentes, como se demuestra en la tabla XXIX.

	Totales %	Fuma %	No fuma %
"Mis padres están contentos conmigo"	85	69*	87.6*
Totales absolutos	735	100	635

Tabla XXIX. Grado de satisfacción familiar y consumo de tabaco (= $p < 0.05$).*

2.2 CONSUMO DE ALCOHOL EN RELACION A OTRAS VARIABLES.

2.2.1 ALCOHOL Y ALIMENTACION.

Respecto a la frecuencia con la que se realiza las comidas del día, parece existir una relación inversa de algunas de ellas con el hábito de beber alcohol, de forma que los que

Resultados.

toman bebidas alcohólicas desayunan (70%; $p < 0.05$), meriendan (21.9%; $p < 0.05$) y cenan (76.6%; $p < 0.05$) en menor proporción que cuando no se bebe, siendo en este caso los porcentajes del 84%, 36.1% y 87% respectivamente, siendo cifras significativas.

Los consumidores de café a diario son más frecuentes entre los que beben alcohol (29.5%) que cuando no se consume (14.5%), siendo significativo ($p < 0.05$).

2.2.2 ALCOHOL Y DEPORTE.

La actividad deportiva también está influenciada por el consumo de alcohol, de forma que los que dicen no realizar nunca deporte, consumen alcohol en el 18.4% ($p < 0.05$), frente al 12.1% ($p < 0.05$) de los que nunca beben.

2.2.3 ALCOHOL Y SALIR CON LOS AMIGOS.

Los adolescentes que dicen beber alcohol, salen más con los amigos y se reúnen en bares y "pubs" con más frecuencia como muestra la tabla XXX.

2.2.4 ALCOHOL Y GRADO DE PREOCUPACION CORPORAL.

Entre los que dicen tomar bebidas alcohólicas, la preocupación por su propio cuerpo es mayor que entre los que no beben, así encontramos que el estar gordo preocupa al 38.8%

	Totales %	Beben %	No beben %
IR A BARES:			
sábados	41.4	62.7*	16*
domingos	27.4	39.3*	14.2*
SALIR CON AMIGOS:			
sábados	72.2	77.1*	66.6*
domingos	60.3	66.2*	53.3*
Totales absolutos	735	397	338

Tabla XXX. Consumo de alcohol, asistencia a bares y salir con los amigos durante los sábados y domingos (*= $p < 0.05$).

($p < 0.05$) de los que beben alcohol y al 28.1% ($p < 0.05$) de los que no lo hacen; los granos en la piel al 32.8% ($p < 0.05$) de los primeros y al 20.4% ($p < 0.05$) de los segundos respectivamente.

2.2.5 ALCOHOL Y SIGNOS INDIRECTOS DE ANSIEDAD.

Los signos indirectos de ansiedad parecen estar más relacionados con el hábito de fumar como puede observarse en la tabla XXXI.

	Total %	Bebe %	No bebe %
"Me despierto con sueño"	76.2	84.1*	66.9*
"Estoy con frecuencia agobiado"	28.2	33.8*	21.6*
"He estado nervioso"	50.6	54.7*	45.9*
Totales absolutos	735	397	338

Tabla XXXI. Signos indirectos de ansiedad en relación con el hábito de beber alcohol (*= $p < 0.05$).

2.2.6 INFLUENCIA DEL FUMAR SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL.

El consumo de tabaco entre los hermanos y amigos también guarda relación entre los adolescentes que consumen alcohol, los resultados se encuentran en la tabla XXXII.

	Totales %	Beben %	No beben %
"Tus hermanos fuman"	24.2	31*	16.3*
"Tus amigos fuman"	35.5	52.9*	15.4*
"Tú fumas"	13.6	23.2*	2.4*
Totales absolutos	735	397	338

Tabla XXXII. Relación del ambiente fumador con el consumo de alcohol (*= $p < 0.05$).

2.2.7 ALCOHOL Y PATOLOGIA ASOCIADA.

También los adolescentes que dicen beber alcohol conocen más marcas de tabaco y de bebidas alcohólicas que los que no beben, siendo datos significativos ($p < 0.05$).

La enfermedad que los adolescentes relacionan con más frecuencia con el alcohol es la **cirrosis**, haciéndolo los bebedores en un 53.9% ($p < 0.05$) frente al 26.6% ($p < 0.05$) de los que dicen no beber. Respecto a la embriaguez, al 62.2% de los que beben les ha sucedido alguna vez ($p < 0.05$).

2.2.8 ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES.

También de forma significativa ($p < 0.05$), al igual que sucedía entre los fumadores, los que dicen beber alcohol conocen un mayor número de drogas que los que no beben.

Curiosamente estos últimos reconocen al tabaco y al alcohol como drogas con más frecuencia que los bebedores, siendo resultados significativas ($p < 0.05$).

La incidencia del mundo de las drogas ilegales entre los adolescentes bebedores de alcohol se refleja en la tabla XXXIII.

	Totales %	Beben %	No beben %
"Te han ofrecido droga alguna vez"	20.7	33.8*	5.3*
"Tus amigos consumen droga"	15.5	25.4*	3.8*
"Has consumido tú droga"	6.8	12.3*	3.3*
Totales absolutos	735	397	338

Tabla XXXIII. Relación de los adolescentes bebedores con el mundo de la droga (*= $p < 0.05$).

Sólo se encontró un caso de consumo de **cannabis** entre los no bebedores.

Los que beben dicen saber más enfermedades relacionadas con la droga ($p < 0.05$) que los que no consumen alcohol.

2.2.9 CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y FARMACOS.

Los que beben alcohol son los que resultan tomar más medicación contra el dolor (38.3%; $p < 0.05$) frente al 22.5% ($p < 0.05$) de los no bebedores.

También es en las familias de los que toman alcohol donde se encuentran más consumidores de medicación sin control médico ($p < 0.05$).

2.2.10 ALCOHOL Y CONOCIMIENTO SEXUAL.

La información sexual la consideran insuficiente los bebedores en un 26.4% ($p < 0.05$) frente al 16.9% ($p < 0.05$) de los que dicen no beber. También son aquellos los que suelen hablar más sobre este tema con los amigos (88.2%; $p < 0.05$) comparados con los que dicen no beber que lo hacen en un 60.7% ($p < 0.05$).

A pesar de su insatisfacción sobre los conocimientos recibidos sobre sexualidad, los que beben alcohol saben describir el aparato genital más y mejor, como demuestra la tabla XXXIV

	Totales %	Beben %	No beben %
"Sabes describir el aparato genital masculino"	86.8	91.7*	81.1*
"Sabes describir el aparato genital femenino"	86.1	91.9*	79.3*
Totales absolutos	735	397	338

Tabla XXXIV. Consumo de alcohol y grado de conocimiento para describir el aparato genital (*= $p < 0.05$).

2.2.11 ALCOHOL Y RELACIONES FAMILIARES.

Los adolescentes consumidores de bebidas alcohólicas creen mantener unas relaciones con sus padres peores que los que no beben, como puede observarse en la tabla XXXV.

	Totales %	Beben %	No beben %
"Mis padres son mis amigos"	85.4	80.1*	91.7*
"Mis padres están contentos conmigo"	85	78.3*	92.9*
"Hablo con mis padres de mis problemas"	73.7	64.5*	84.6*
Totales absolutos	735	397	338

Tabla XXXV. Opinión de los consumidores de alcohol sobre las relaciones con su familia (*= $p < 0.05$).

2.2.12 ALCOHOL Y ESCOLARIZACION.

El consumo de alcohol entre los adolescentes encuestados demostró guardar una estrecha relación con el área escolar, como demuestra la tabla XXXVI.

	Total %	Beben %	No beben %
Repiten curso	16.3	20.2*	11.8*
Asignaturas pendientes	22.6	30.5*	13.3*
Están contentos con sus profesores	72.5	63.5*	83.1*
Les gusta estudiar	42	35.5*	49.7*
Sus profesores están contentos con ellos	66.4	57.7*	76.6*
Sus padres están contentos con ellos	85	78.3*	92.9*
Totales absolutos	735	397	338

Tabla XXXVI. Consumo de alcohol y algunas circunstancias escolares (= $p < 0.05$).*

2.3. CONSUMO SIMULTANEO DE TABACO Y ALCOHOL EN RELACION A OTRAS VARIABLES.

2.3.1 TABACO Y ALCOHOL, SEGUN EL SEXO.

Se mantiene la diferencia a favor del sexo femenino, de forma que fuman y beben el 63% ($p < 0.05$) de ellas, mientras que los varones lo hacen en un 37% ($p < 0.05$).

Los varones que no consumen ninguna de las dos sustancias son el 50.6%; en el caso de consumir una sola el porcentaje es del 51.4%.

2.3.2 TABACO, ALCOHOL Y ALIMENTACION.

Existen diferencias respecto a la frecuencia de algunas comidas del día. Estas son realizadas en mayor número por aquellos que no fuman ni beben, en la tabla XXXVII, se exponen los resultados para el desayuno y la cena.

	Total %	Fuman y beben %	Ni fuman, ni beben %	Fuman o beben %
Desayunan	76.5	63*	85.2*	71.2*
Cenan	81.4	76.1	87.6*	76.4*
Totales absolutos	735	92	330	313

Tabla XXXVII. Frecuencia del desayuno y cena entre los adolescentes consumidores de tabaco y alcohol. (*= $p < 0.05$).

Los que no consumen ninguna de las dos sustancias, tampoco prueban el café en un 75.8% ($p < 0.05$), mientras que cuando sí las consumen, el consumo de café aumenta ($p < 0.05$).

2.3.3 TABACO, ALCOHOL Y DEPORTES.

Los que practican deporte con más frecuencia 5 días a la semana son los que no fuman ni beben (25.8%; $p < 0.05$), seguidos de los que fuman o beben (14.7%; $p < 0.05$) y finalmente los que fuman y beben en un 6.5% ($p < 0.05$).

2.3.4 TABACO, ALCOHOL Y HABITOS HIGIENICOS.

La ducha diaria es practicada con más asiduidad entre los que fuman y beben (46.7%; $p < 0.05$), mientras los que menos lo hacen son los que no consumen ninguna de las dos sustancias con un 27.9% ($p < 0.05$).

2.3.5 TABACO, ALCOHOL Y SALIR CON LOS AMIGOS.

La frecuencia con la que los encuestados salen los sábados y domingos, también varían según el consumo conjunto de tabaco y alcohol, los resultados se exponen en la tabla XXXVIII.

2.3.6 TABACO, ALCOHOL Y SIGNOS INDIRECTOS DE ANSIEDAD.

El consumo de tabaco y alcohol se relaciona con manifestaciones indirectas de ansiedad, pero estos signos se hacen más manifiestos entre los consumidores de ambas sustancias, como demuestra la tabla XXXIX.

	Totales %	Fuman y beben %	Ni fuman, ni beben %	O fuman o beben %
IR A BARES:				
sábado	41.2	82.6*	15.2*	56.5*
domingo	27.8	64.1	13.6*	31.9*
SALIR CON LOS AMIGOS:				
sábado	72.2	79.3	66.4*	76.4*
domingo	60.3	78.3*	52.4*	63.3
Totales absolutos	735	92	330	313

Tabla XXXVIII. Frecuencia de salir con los amigos y visitar bares, "pubs"... los sábados y domingos según el consumo de tabaco y alcohol (*= $p < 0.05$).

	Totales %	Fuman y beben %	Ni fuman ni beben %	O fuman o beben %
"Me despierto con sueño"	76.2	84.8	66.1*	84.3*
"Estoy con frecuencia agobiado"	28.2	42.4*	20.9*	31.6
"He estado nervioso"	50.6	67.4*	45.5*	51.1
Totales absolutos	735	92	330	313

Tabla XXXIX. Manifestaciones indirectas de ansiedad entre los adolescentes que consumen simultáneamente tabaco y alcohol (*= $p < 0.05$).

2.3.7 TABACO, ALCOHOL Y GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE AMBAS SUSTANCIAS.

Entre las familias que prohíben fumar a sus hijos, estos consumen ambas sustancias en un 42.4% y ninguna en el 66.1%, resultados significativos ($p < 0.05$).

También se encontró un mayor conocimiento entre los consumidores de tabaco y alcohol conjunto, sobre marcas comerciales de ambas sustancias. Este grupo también demostró estar mejor informado sobre los diferentes tipos de enfermedades relacionadas con dichos consumo. En todos los casos los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

Entre los consumidores de ambas sustancias el 79.3% asocia el cáncer en general al tabaco ($p < 0.05$), frente al 48.2% ($p < 0.05$) de los que no consumen ninguna.

La enfermedad que se asocia al consumo de alcohol con más frecuencia resulta ser la cirrosis, que la citan los consumidores de ambas sustancia en un 63% ($p < 0.05$), mientras que los que no las consumen la nombran en un 26.1% ($p < 0.05$).

Respecto a los diferentes tipos de bebidas que se consumen, los pertenecientes al grupo de consumo simultáneo, consumen en mayor proporción cualquiera de ellas que los que sólo fuman o beben, siendo también resultados significativos ($p < 0.05$).

2.3.8 TABACO, ALCOHOL Y FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ.

Haberse embriagado más de tres veces es una situación que ha afectado al 67.4% ($p < 0.05$) de los que consumen ambas sustancias, mientras que si sólo se consume una se descende hasta el 20.8%.

2.3.9 TABACO, ALCOHOL Y DROGAS-MEDICAMENTOS.

El 46.7% de los consumidores simultáneos de ambas sustancias han tomado algún analgésico en los últimos tres meses, frente al 35.8% de los que sólo toman una de ellas, y el 22.1% de los que no consumen ninguna, siendo resultados significativos.

2.3.10 TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES.

Los consumidores simultáneos de tabaco y alcohol son los que en mayor número citan nombres de drogas ilegales, contestando el cannabis (97%), la cocaína (84.8%) y la heroína (76%); mientras que los no consumidores de ninguna sustancia responden un 78%; 63% y 41.8% respectivamente, siendo resultados significativos ($p < 0.05$).

Curiosamente los que no consumen ni tabaco ni alcohol son los que responden con mayor frecuencia que estas dos sustancias son drogas, siendo esta diferencia significativa ($p < 0.05$).

Resultados.

De los que fuman y beben, el 51.7% ($p < 0.05$) se iniciaron a los 15 años de edad en el consumo de drogas, siendo la más frecuente el cannabis (90%); y los amigos (82.8%) el medio social con el que se consumió dicha droga con más frecuencia.

Los adolescentes que consumen ambas sustancias son los que con mayor frecuencia consumen droga, siendo resultados significativos ($p < 0.05$), como demuestra la tabla XL.

	Fuma %	No fuma %	Bebe %	No bebe %	Fuma y bebe %	Ni fuma ni bebe %	O fuma O bebe %
Ha tomado droga	29*	3.3*	12.3*	0.3*	31.5*	0.3	6.4
Total	100	635	397	338	92	330	313

Tabla XL. *Consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes que han consumido droga (*= $p < 0.05$).*

Los que fuman y beben dicen conocer más patología relacionada con la droga ($p < 0.05$) en relación con los no consumidores de ambas sustancias ($p < 0.05$), siendo el SIDA la patología más frecuentemente reconocida (un 60.8% para los consumidores simultáneos y un 74.6% para los que no consumen ninguna).

Resultados.

La hepatitis sólo la citan el 6.8% de los primeros y el 9.2% de los segundos.

La relación con el mundo de la droga entre los consumidores de ambas sustancias resulta ser muy marcado, como demuestra la tabla XLI.

	Total %	Fuman y beben %	Ni fuman ni beben %	O fuman o beben %
"Te han ofrecido droga"	20.7	60.9*	4.8*	25.6*
"Tus amigos toman droga"	15.5	42.4*	3.9*	19.8*
Totales absolutos	735	92	330	313

Tabla XLI Relación entre el mundo de la droga y los adolescentes consumidores simultáneos de tabaco y alcohol (*= $p < 0.05$).

2.3.11 TABACO, ALCOHOL Y RELACIONES FAMILIARES.

Se mantiene la opinión favorable y generalizada sobre las relaciones intrafamiliares, pero los consumidores de ambas sustancias demuestran opiniones dispares, como se observa en la tabla XLII.

	Totales %	Fuman y beben %	Ni fuman ni beben %	O fuman o beben %
"Mis padres son mis amigos"	85.4	71.7*	91.5*	83.1
"Mis padres están contentos conmigo"	85	67.4*	93*	81.4*
"Hablo con mis padres de mis problemas"	73.7	48.9*	84.4*	69.3*
Totales absolutos	735	92	330	313

Tabla XLII. Relaciones con los padres y consumo simultáneo de tabaco y alcohol (*= $p < 0.05$).

2.3.12 TABACO, ALCOHOL Y ESCOLARIZACION.

Como se demostró al principio de esta tesis, el área escolar es uno de los parámetros donde los adolescentes pueden manifestar sus tensiones emocionales. Aquí se comprueba además, su estrecha relación con el consumo de tabaco y alcohol.

La mala escolarización también se ve afectada en relación con el consumo de tabaco o alcohol, los datos están reseñados en la tabla XLIII.

	Totales %	Fuman y beben %	Ni fuman ni beben %	O fuman o beben %
Repiten curso	16.3	39.1*	10.9*	15.3
Asignaturas pendientes	22.6	41.3*	12.4*	27.8*
Les gusta estudiar	42	31.5*	50.6*	36.1*
Totales absolutos	735	92	330	313

Tabla XLIII. Circunstancias escolares en relación con el consumo de tabaco y alcohol (*= $p < 0.05$).

2.3.13 TABACO, ALCOHOL Y SEXUALIDAD.

Los consumidores de ambas sustancias, creen que han recibido insuficiente información sobre sexualidad (34.8%; $p < 0.05$), mientras que los no consumidores opinan igual en un porcentaje menor (17%; $p < 0.05$)

V. COMENTARIOS

COMENTARIOS

1. COMENTARIOS DE LAS POBLACIONES ESTUDIADAS.

Pozuelo de Alarcón y Leganés son dos poblaciones situadas en las proximidades de Madrid capital.

La localidad de Pozuelo de Alarcón se encuentra al oeste de la Comunidad, contacta directamente con el municipio de Madrid (Aravaca/Moncloa), por el que se mantiene unida a la capital y el resto de los municipios próximos a la Sierra de Madrid, como Majadahonda, Torreloaños o Las Rozas.

La construcción masiva de urbanizaciones, centros comerciales, la Universidad de Somosaguas y el Ente de RTVE han generando unos cambios irreversible que han trastocado el ambiente que la zona tenía tan solo hace diez años. En este sentido se podría decir que se trata de una ciudad joven que aún se encuentra en período de crecimiento y expansión.

Comparativamente, la localidad de Leganés está situada en el sur de la Comunidad de Madrid, junto a Fuenlabrada. Es de destacar en este área, la importancia de la industria (almacenaje, automoción y transformados metálicos), localizada en grandes polígonos de empresas de tamaño medio. La urbanización ha afectado al aspecto rural que al principio tenía la zona, convirtiéndola en una de las grandes ciudades dormitorio de Madrid.

Las características más importantes de ambas poblaciones (Mapa Sanitario, 1991a; Mapa Sanitario, 1991b; Banesto 1987; Banesto, 1989) pueden observarse en la tabla XLIV.

	POZUELO	LEGANES
Superficie/Km ²	42.6	43.2
Distancia a Madrid (Km)	12	12
Población de derecho (1991)	47.560	171.400
Densidad de población:(Habitantes/Km ²)		
1981	688	3.803
1986	833	3.892
1991	1.001	3.976
Menores de 16 años (%)	33.4	38.1
Número de tlf./100 hab.	67.8	32.5
Alumnos de EGB.	9.717	35.951

Tabla XLIV. Principales características de las localidades estudiadas.

2. COMENTARIOS A LA METODOLOGIA EMPLEADA.

2.1 ELECCION DE LA MUESTRA.

El método seguido para la elección de los adolescentes ha sido correcto estadísticamente, aunque debido al número elevado de la muestra y su distribución resultó complicado el contactar con los centros escolares, sobre todo por su dispersión.

2.2 COMENTARIOS AL CUESTIONARIO.

A pesar de lo poco conflictiva que resultó ser la encuesta en sí, debido al gran volumen de información que se recogió sería más fácil el parcelar el cuestionario y realizar encuestas por temas. En el estudio patrocinado por la OMS y realizado en nuestro país por **Mendoza** (1988 y 1990) participaba un equipo de profesionales que incluían distintas disciplinas (estadísticos, psicólogos, sociólogos) lo que facilita tanto la organización como la toma de decisiones.

En general las preguntas (incluyendo las referidas a la sexualidad y drogas) fueron bien aceptadas, sobre todo por el profesorado, probablemente por vivir de manera diferente la problemática de los adolescentes.

No se encontraron dificultades de comprensión ni de interpretación por los adolescentes. El tiempo medio de aplicación resultó estar entre 30 y 40 minutos. A pesar del elevado número de preguntas no hubo protestas, resultando excelente respecto a la comodidad, el tamaño de la letra y el espaciado interlineal para la comprensión de los más jóvenes.

Al recoger el material informativo revisado en la bibliografía, se comprueba como cada autor mide el consumo de sustancias con parámetros diferentes, lo que dificulta bastante las posibilidades comparativas, pudiendo únicamente realizarlas de forma general en algunos casos.

3. COMENTARIOS SOCIO-ECONOMICOS.

Como ya se ha reseñado en otros trabajos (Sáenz, 1987) ciertas variables como el "lugar donde se vive, tipo de vivienda, número de televisores, teléfonos y automóviles de uso familiar" vienen determinados por el nivel económico de la familia. En el presente estudio se confirma dicha hipótesis así como la estrecha relación de todas estas variables con la profesión del cabeza de familia, variable que es el principal determinante de los ingresos económicos de la familia.

Del presente estudio se desprende en relación a las variables anteriores que en Pozuelo de Alarcón el poder económico es mayor que en Leganés. Consecuentemente cuando se den resultados de una u otra localidad, se estarán señalando indirectamente las diferencias marcadas por el nivel económico.

Se confirma el nivel económico de cada población estudiada al comprobar el nivel de renta "per capita" de estas localidades, que resulta ser de 63.800 pesetas por persona y mes en Pozuelo de Alarcón; mientras que en Leganés desciende a 38.200 pesetas (la renta "per capita" en la Comunidad de Madrid tiene de media: 43.150 pesetas/persona/mes) (EDIS, 1989).

Los datos encontrados referentes a la profesión del padre difieren según se trate de una u otra localidad. En Pozuelo de Alarcón, existe un predominio de las profesiones liberales, altos funcionarios de la administración y directivos, mientras que en Leganés la

hegemonía corresponde a los obreros especializados, resultados que coinciden con otras publicaciones (Mapa Sanitario, 1991a y b; EDIS, 1989).

Los resultados respecto a la profesión de la madre fueron poco esclarecedores por el elevado desconocimiento que los adolescentes demuestran sobre dicha variable, sobre todo en la localidad de Leganés, donde el 67.9% ($p < 0.05$) dice desconocerlo, frente al 41.6% de Pozuelo ($p < 0.05$) que responden de la misma forma. Probablemente con preguntas cerradas se hubiese obtenido más información.

4. INFLUENCIA DE LA SITUACION FAMILIAR SOBRE LA SALUD.

Como quedó demostrado en la introducción, diferentes estudios (OMS, 1977; Bonet de Luna, 1988; EDIS, 1989) han comprobado la importancia que un medio familiar adverso ejerce sobre la salud en general y del adolescente en particular.

La vida familiar está definida por la compenetración entre los padres y de estos con los hijos, lo que determina lo que se conoce como "el ambiente familiar" que se vive en casa; en general es equiparable al grado de satisfacción que se confiesa se tiene en el hogar.

De los resultados obtenidos, se deduce que los pocos satisfechos son una minoría. También se desprende de estos datos que la armonía entre los progenitores es en general mayor que con los hijos.

En el presente trabajo no se encontraron diferencias significativas importantes entre los adolescentes pertenecientes a familias con padres casados, separados o huérfanos, a diferencia del trabajo de **Bonet de Luna (1988)**, que sí se asociaba a problemas en el patrón de sueño y a consumo de fármacos.

En general, la sensación que tienen los adolescentes encuestados del trato con sus padres y de la relación personal con ellos es favorable, aunque esta sensación se pierde con la edad, de forma que son los más mayores los que viven una relación más "despegada", probablemente debido a la mayor independencia de la vida familiar que conlleva la adolescencia y como consecuencia de ello una menor influencia de los padres, aumentando el predominio que ejercen los amigos y su mundo.

La opinión de los adolescentes estudiados sobre la relación con sus padres es muy buena, dato que también se encontró en otros trabajos similares (Bonet de Luna, 1988).

La situación legal de los padres tampoco se relacionó con los hábitos de consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales de forma significativa, aunque si se encontró una tendencia a fumar más entre los hijos de padres separados. Fue significativo ($p < 0.05$) el que los hijos de padres separados se iniciaron en el consumo de alcohol, antes de los 10 años en un 23.1%, frente al 9.9% de los hijos de padres casados.

En general, los adolescentes viven en su mayoría relajados y en un ambiente sin tensión.

5. COMENTARIOS A LOS ESTILOS DE VIDA.

5.1. ALIMENTACION.

Los alimentos más frecuentemente consumidos por los adolescentes estudiados resultan ser la fruta (68.5%) y los derivados lácteos (86%). En general los resultados son coincidentes con lo encontrado por los estudios patrocinados por la OMS en nuestro país y realizados por **Mendoza** (1988 y 1990) a nivel nacional, donde la fruta y los productos lácteos también eran los consumidos con más frecuencia (85% y 84%, respectivamente),

Las proteínas de la dieta en cuanto a su consumo diario, corresponden fundamentalmente a las cárnicas (34.7%) y en menor grado al pescado (13.8%), resultados menores a los estudios antes señalados, donde **Mendoza** (1990) a nivel nacional encuentra un 42% y un 20% respectivamente.

El consumo de dulces u otros alimentos azucarados resulta también algo más elevado en el estudio de **Mendoza**, con un 45% (1988 y 1990), en comparación con el 36.7% encontrado en la población estudiada.

De las cuatro comidas regulares del día (desayuno, comida, merienda y cena), tres cuartas partes de los encuestados realizan tres de ellas mayoritariamente.

Respecto a las frecuencias de algunas de las comidas del día, se confirman algunos resultados encontrados en la bibliografía. Como por ejemplo, la tendencia a disminuir con la edad la frecuencia del desayuno. Mendoza (1988) y Taracena (1989) encuentran que sólo desayuna el 81% y el 89% de las mujeres a los 15 años respectivamente; en el presente trabajo y para el mismo grupo de edad, no hay diferencias por el sexo, pero sin embargo sólo desayunan a diario el 34.2% de los adolescentes, sin encontrar relación con el nivel socio-económico.

La merienda se realiza con más frecuencia en edades tempranas (37.5%, $p < 0.05$) resultados confirmados también por el estudio auspiciado por la OMS (Mendoza, 1990)

No se encontraron diferencias en el hábito de cenar en ambas poblaciones, pero sí respecto al sexo, donde los varones la realizan en el 87.6% frente al 75% de las mujeres, siendo resultados significativos ($p < 0.05$).

5.2. ACTIVIDADES PRACTICADAS EN EL TIEMPO LIBRE.

La evolución de las actividades realizadas por los adolescentes en los últimos años resulta ser un aspecto fundamental en el cambio realizado en su modo de vida.

Las dos actividades practicadas por los adolescentes encuestados con más frecuencia son el deporte y el ver la televisión.

En la **Encuesta Nacional Juventud-77** (1977), la preferencia de los encuestados estaba en salir con los amigos a diario en un porcentaje del 91%, diez años después y como se demuestra en el trabajo presente y el de **Mendoza** (1990) los adolescentes han cambiado de actividad preferente, haciéndose peligrosamente sedentarios. En la actualidad el tiempo se ocupa principalmente en ver la televisión mientras que ir con los amigos se realiza fundamentalmente los sábados y los domingos. Los trabajos de **Mendoza** (1988 y 1990) reafirman también esta evolución hacia el sedentarismo.

En realidad, lo que se comprueba es que el tiempo libre se emplea en ver más horas de televisión, disminuyendo el tiempo dedicado a otras actividades como el estar con los amigos o hacer algún tipo de deporte.

El salir con los amigos e ir de bares o "pubs" que en los estudios de hace diez años eran la ocupación a diario más frecuente (71% en **Juventud-77**), disminuye de una manera clara, realizándolo a diario sólo el 15% de los encuestados, siendo en la presente tesis una ocupación preferente de los sábados y domingos.

La práctica deportiva es poco frecuente en días laborables (18.6%), aunque aumenta más los sábados (49.5%) y los domingos (27.9). Se encuentra la excepción en el País Vasco (Elzo, 1986) donde practicaban deporte asiduamente el 34% de los encuestados. En **Juventud-88** (1988), hacían deporte un día laborable cualquiera el 8.7%. Más actual, **Mendoza** (1990) a nivel nacional encuentra que los adolescentes estudiados realizan deporte diariamente en el 14% de los casos.

En Pozuelo de Alarcón, se encuentra un porcentaje del 22.7% que realizan deporte cinco días a la semana, mientras que en Leganés disminuye dicha práctica al 14.7%, siendo ambos resultados significativos ($p < 0.05$).

Como se comprueba por los diferentes estudios las cifras encontradas en lo referente al deporte son variables, sobre todo en función de las costumbres y hábitos deportivos de la zona donde se vive.

Es probable que esta extensión del deporte a la adolescencia este influenciada por el nuevo concepto que sobre "calidad de vida" nos invade con la publicidad, donde muchos de los productos que se intentan "vender" se relacionan con eventos deportivos y una vida al aire libre.

El deporte está más extendido entre los varones (el 25% de ellos lo practica cinco días a la semana, frente al 12.3% de las mujeres, resultados significativos; $p < 0.05$) manteniéndose ésta diferencia en todas las edades, resultados que también se encuentran en otros trabajos (Elzo, 1986; Juventud, 1988; Bonet de Luna, 1988; Mendoza, 1988; Mendoza, 1990).

El factor socio-económico influyó decisivamente, ya que el porcentaje de adolescentes que practican deporte es mayor cuando aumenta el poder adquisitivo (en Pozuelo un 22.7%) mientras que el menor nivel económico conlleva una menor frecuencia (en Leganés un 14.7%), resultados que son significativos ($p < 0.05$). Seguramente existe una clara relación

con el mayor número de instalaciones deportivas en esta localidad, dado que en las urbanizaciones y chalets es algo habitual; esta relación también se encuentra en otros estudios (Bonet de Luna, 1988; Juventud, 1988; Mendoza, 1990), donde la práctica deportiva habitual decrece con el menor poder económico.

En el presente estudio no se ha encontrado la disminución del hábito por la lectura, como se comprobó en **Juventud-88** (1988) (14.5%) al compararlo con el mismo trabajo de una década anterior (Juventud-77, 1977) donde se encontraba un 64% de este hábito entre los adolescentes.

En el segundo informe sobre la juventud reseñado (Juventud, 1988) las actividades de ocio más frecuentemente encontradas fueron: ver la televisión (76.2%), hablar con los amigos (51.5%), leer libros (14.5%) y escuchar música (10.9%).

La lectura es una costumbre arraigada entre los adolescentes de las dos localidades estudiadas, realizándola a diario un 32% de ellos (idéntico en ambos Municipios), resultados semejantes a los encontrados por **Elzo** (1986) en el País Vasco con un 29%.

El salir con los amigos se ha convertido en una costumbre de los sábados (41.2%) y del domingo (27.8%), aumentando ambos tipos de comportamiento con la edad.

5.3 GRADO DE SATISFACCION, HABITOS HIGIENICOS Y PREOCUPACION CORPORAL.

A pesar de la fama conflictiva que tiene la adolescencia, la inmensa mayoría de los encuestados se encuentra feliz a esta edad (95%) y sin problemas especiales; datos que se confirman en otros trabajos (Juventud-77, 1977; Mendoza, 1990).

Los hábitos higiénicos alcanzan un elevado porcentaje entre los adolescentes estudiados, sobre todo en lo referente a la limpieza dental diaria que resulta ser de un 74.9%, cifra próxima a la encontrada a nivel nacional en el estudio auspiciado por la OMS (Mendoza, 1990) que era de un 67%. Sí resulta coincidente el que el sexo femenino se los limpia más y que este hábito aumenta con la edad.

Respecto a cuales son los problemas que preocupan a los encuestados, un 33.9% responde que la obesidad, resultado elevado que no se encuentra en otros estudios semejantes. Siendo el dolor de cabeza (6%), el acné (3%) y el dolor abdominal (4%) las patologías por las que se consulta al médico en otros estudios (Mendoza, 1988; Taracena; 1989). Se debe tener en cuenta que la adolescencia es un período de baja morbilidad, por lo que es normal encontrar pequeños porcentajes de patologías.

Las diversas formas con las que los encuestados cuidan su cuerpo, demuestran una mayor sensibilidad en este apartado de los adolescentes de Pozuelo de Alarcón sobre los de

Leganés, puesto que son los de aquella localidad los que sobrepasan la media en todas las medidas adoptadas, siendo además resultados significativos ($p < 0.05$).

5.4 PATRON DE SUEÑO.

La jornada diaria comienza al levantarse por la mañana entre las 7 y las 8 horas, horario que siguen algo más de la mitad de los encuestados y tres cuartas partes de los mayores de 14 años. Este horario madrugador se explica por el horario escolar, ya que la entrada a los Institutos se realiza a las 8 horas de la mañana.

Es significativo estadísticamente ($p < 0.05$) que en Leganés se van antes a dormir (46.8%) que en Pozuelo (34.9%). Los horarios encontrados en **Juventud-88** (1988) y por **Mendoza** (1988) resultan estar en la misma franja horaria.

Durante los fines de semana, la hora de levantarse se encuentra entre las 10 y las 11 horas, horario que cumple un tercio de los encuestados. Sin duda, esto se relaciona con el cansancio matinal y el deseo de continuar durmiendo que un buen porcentaje reconoce tener a diario.

Coincidiendo con **Mendoza** (1988) y **Bonet de Luna** (1988), en general, el sexo femenino se acuesta más temprano y duerme más horas.

5.5 MANIFESTACIONES INDIRECTAS DE ANSIEDAD.

Respecto a los signos indirectos de ansiedad, no existe diferencia entre localidades, pero sí por sexo, siendo más frecuentes encontrarlos entre el sexo femenino, encontrando las mayores diferencias en: el tener pesadillas (14.2%), estar agobiada (35.4) y nerviosa (57.1%), siendo además significativas ($p < 0.05$). Los varones presentaban unos resultados inferiores: 6.1%; 20.7%; 43.9% respectivamente, siendo también significativos.

Se encuentra un aumento de los signos indirectos de ansiedad con la edad, excepto en tener pesadillas, guardando probablemente relación este resultado con la mayor exigencia ante los estudios y la responsabilidad que se adquiere al final de la adolescencia y la incertidumbre respecto al futuro, ya sea profesional o personal.

5.6 TIPO DE ASISTENCIA MEDICA UTILIZADA.

Mayoritariamente los adolescentes estudiados consultan al médico general (70.1%) cuando están enfermos. Estos resultados son mayores en Leganés (79.1%) que en Pozuelo (60.7%), siendo significativo ($p < 0.05$).

Al pediatra sólo van el 5.2% del total, sin variaciones en ambos núcleos de población.

El especialista en adolescentes es mínimamente consultado (1.8%).

El mayor nivel económico de Pozuelo determina también que la medicina privada se utilice más en esta localidad (27.7%) que en Leganés (12.3%), siendo valores significativos ($p < 0.05$).

El ambulatorio o centro de salud es utilizado fundamentalmente por la mayoría de los que viven en Leganés (88.8%), y en menor proporción por los de Pozuelo (65.1%).

6. COMENTARIOS AL CONSUMO DE DROGAS. COMPARACION DE RESULTADOS.

En este apartado es donde se hace más patente la falta de un criterio uniforme a la hora de planificar y realizar estudios en poblaciones adolescentes.

En primer lugar, en la mayoría de los trabajos consultados la población estudiada corresponde solamente a una parte de la adolescencia, correspondiendo generalmente a una población mayor de 18 años y en otros casos, de 14 años en adelante.

En segundo lugar, como ya se ha señalado con anterioridad, los conceptos de los que se parten en los estudios revisados en general y el patrón de medidas utilizadas en los mismos para cuantificar por ejemplo *cuánto, cómo y dónde se bebe* son diferentes por lo que se dificulta bastante las posibilidades comparativas.

Se han separado las dos sustancias claramente legales: **tabaco y alcohol**; de las drogas ilegales, en las que mayoritariamente ha sido el **cannabis** la sustancia encontrada.

6.1 CONSUMO DE TABACO.

Coincidiendo con la bibliografía revisada a nivel nacional, el presente estudio pone de manifiesto la importancia que tiene el ciclo superior de la EGB en el inicio del consumo de tabaco.

6.1.1 SEXO.

Asistimos en la última década a un cambio en los hábitos tabáquicos de la población general. Su consumo siempre estuvo ligado fundamentalmente al sexo masculino, pero la liberalización de las costumbres, sobre todo en el sexo femenino, han traído consigo un incremento de este hábito entre las mujeres, realidad social que se refleja también en un aumento del consumo por las adolescentes.

Estudios recientes han demostrado este aumento entre el sexo femenino, (Elzo, 1986; Bonet de Luna, 1988; Mendoza, 1988; Calafat Far, 1989; Almenara Barrios, 1990; Mendoza, 1990), existiendo en la actualidad una tendencia a sobrepasar a los varones, resultados también encontrados en la presente tesis, donde las mujeres dicen fumar en el 63% de los casos, frente al 37% de los varones, resultados significativos ($p < 0.05$).

6.1.2 GRADO DEL CONOCIMIENTO DEL TABACO COMO DROGA.

Ha sido curioso constatar como en la literatura revisada el tabaco es considerado como droga en un bajo porcentaje de casos (entre un 10% y un 15%), mientras que entre la población estudiada de Pozuelo y Leganés un 46% del total lo citan espontáneamente como droga, porcentaje de los más altos encontrados, seguramente este cambio de actitud se deba a la fuerte campaña publicitaria antitabaco que en los últimos años se realiza en nuestro país.

6.1.3 EDAD DE INICIO Y FRECUENCIA DE CONSUMO.

La edad en la que se comienza a fumar, así como la frecuencia de consumo han variado en los últimos años, encontrando una disminución tanto en el fumar como en la edad de iniciarse en este hábito.

Antes de los diez años, han comenzado el consumo de tabaco el 11.5% de los varones, frente al 7.3% de las adolescentes.

A los 13 años el 36% de las adolescentes ya fuman; frente a un 26% de los varones a esta edad.

En la población estudiada, la edad más frecuente en la que se comienza a fumar es a los 14 años (28.4%), correspondiendo a los varones un 34.6% y para las mujeres un 24. %.

Si bien para un porcentaje importante de los adolescentes españoles el primer contacto con el tabaco se realiza con anterioridad, como se comprueba en la tabla XLV.

La frecuencia encontrada en el consumo de tabaco ha sido dispar en los últimos años a nivel nacional (tabla XLV), probablemente debido a los múltiples factores que influyen sobre su consumo, ya sean personales, familiares o sociales.

6.1.4 INFLUENCIA SOCIO-ECONOMICA.

El menor nivel económico parece guardar una relación directa con el consumo, de tal forma que los adolescentes pertenecientes a la localidad de Leganés consumen más tabaco (17.1%), frente a los de Pozuelo (10%), siendo resultados significativos ($p < 0.05$); resultados también encontrados en otros estudios donde el menor poder adquisitivo se asociaba a mayor consumo, tanto a nivel local (López Rois, 1985; Elzo, 1986; Almenara Barrios, 1990) como nacional donde se encuentran cifras similares de un 21% (Mendoza, 1988; Mendoza, 1990).

6.1.5 TABACO Y MARCO ESCOLAR.

También se encontró asociación de los adolescentes fumadores con el bajo rendimiento escolar; de forma que han repetido curso el 40% y han tenido asignaturas pendientes de un curso para otro el 42% de los consumidores habituales de tabaco. Los

	Fuman %	Primer contacto %
Vilouta Bello, 1982 Santiago de Compostela (rural) n=788	17	21.7 < 10 a.
López Rois, 1985 Santiago de Compostela (capital) n=847	29	12 < 11 a.
Bonet de Luna, 1988 Madrid n=842	27.3	27 < 14 a.
Goirena de Gandarias, 1988 País Vasco n=1.434	25	35 < 12 a.
Almenara Barrios, 1990 Cádiz n=500	26	12 < 15 a.
Mendoza, 1990 Nacional n=4.393	21	14.5 < 11 a.
Martín Gracia, 1991 Lérida n=566	17	15 < 13 a.
Pozuelo, 1992 n=361	10	4 < 10 a.
Leganés, 1992 n=374	17.1	11.9 < 10 a.

Tabla XLV. Consumo de tabaco y edad de inicio.

porcentajes decrecen cuando no se fuma, encontrando un 12.6% y un 19.5% respectivamente para las dos variables comentadas con anterioridad, y siendo resultados significativos ($p < 0.05$). Conclusiones semejantes se encuentran en otros trabajos, como el de López Rois

(1985) con un 54.7% de deficit escolar. **Almenara Barrios** (1990), encuentra que repiten curso el 67.2% de los que fuman.

6.1.6 INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LOS AMIGOS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO.

Probablemente el descenso del hábito de fumar guarde relación con el concepto actual de una vida más sana, junto con unas posiciones familiares menos ambiguas, además de las campañas antitabaco a nivel nacional que determinan que el no fumar esté de moda.

Una educación menos preocupada en la salud de los hijos en cuanto a permitir el consumo de tabaco entre estos, puede resultar determinante ya que los adolescentes fuman menos cuando se lo prohíben sus padres ($p < 0.05$).

Se encuentra una fuerte asociación entre el fumar del encuestado y el que también lo hagan sus amigos (88%; $p < 0.05$), encontrándose menor grado de influencia con los hermanos (47%; $p < 0.05$) y el padre (62%); resultados que coinciden con otros autores, como **Goirena de Gandarias** (1988) que en el estudio realizado en el País Vasco, cita una influencia de los amigos de hasta un 60% para las mujeres y un 50% para los varones. Mientras que en el trabajo del **Ayuntamiento de Madrid** (1990), de los padres fumadores sólo el 37% de los hijos fuma, de los que tienen hermanos fumadores, el 50% también lo hacen, y en caso de que consuman tabaco los amigos, el 88% fuman.

6.1.7 TABACO Y ALCOHOL.

Se encontró una asociación significativa estadísticamente entre el consumo de ambas sustancias, de forma que los que fuman también consumen bebidas alcohólicas en un 92%, mientras que no lo hacen en sólo un 8%. Asociación también citadas en la bibliografía revisada, aunque con menores porcentajes: 38.5% (Ruiz Jiménez, 1990), 65.5% (López Rois, 1985), entre otros.

6.1.8 TABACO Y OTRAS DROGAS ILEGALES.

También se relacionó el consumo de tabaco en el presente estudio principalmente con el fumar **cannabis** ($p < 0.05$), resultados confirmados en otros trabajos (EDIS, 1985; Calafat Far, 1989).

Los hábitos de vida encontrados entre los fumadores que podrían considerarse poco favorables resultan ser numerosos, como se resume en la tabla XLVI.

Desayunan con menos frecuencia ($p < 0.05$).

Meriendan con menos frecuencia ($p < 0.05$).

Toman más café ($p < 0.05$)

Practican menos deporte ($p < 0.05$).

Frecuentes signos indirectos de ansiedad ($p < 0.05$)

Van más a bares, "pubs"...($p < 0.05$).

Mayor consumo de alcohol ($p < 0.05$).

Mayor acceso a la droga ($p < 0.05$).

Menor apoyo familiar ($p < 0.05$).

Fracaso escolar frecuente ($p < 0.05$).

Tabla XLVI. Hábitos menos favorables entre los fumadores.

6.2 CONSUMO DE ALCOHOL.

El alcohol sigue siendo en España la droga de la que con más frecuencia abusan los niños y adolescentes. Su consumo está tan extendido que más del 90% de los mismos han ingerido alcohol al menos una vez al terminar la escolarización.

Los porcentajes encontrados de consumo varían según los estudios: en Valencia **Torres Hernández** (1986) encuentra un 11%; **Bonet de Luna** (1988) en Madrid, publica un 2.9% de consumidores diarios y un 42.8% de alguna vez por semana; en el País Vasco, **Elzo** (1986) cita un 75% de consumidores habituales. A nivel nacional **Mendoza** (1990), encuentra un 21% que beben alcohol varias veces a la semana o a diario.

Los adolescentes de las poblaciones estudiadas consideran que consumen alcohol a diario o varias veces a la semana en un 54%.

Se comentan a continuación aquellas variantes más relevantes.

6.2.1 GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL ALCOHOL COMO DROGA.

El alcohol está tan generalizado socialmente entre la población que sólo está considerado como droga por el 44% de los encuestados, cifras elevadas si las comparamos con otros estudios realizados (Zárraga, 1985) que muestran porcentajes menores en torno al 10%-15%.

Probablemente las actuales campañas preventivas sobre alcohol y accidentes de tráfico guarden una relación con este peor concepto que sobre esta sustancia se tiene en la actualidad.

6.2.2 EDAD DE INICIO Y SEXO.

En los últimos años se encuentra una tendencia a iniciar el consumo en edades más tempranas, así como a disminuir el consumo de alcohol habitual, aumentando el consumo

ocasional y los sábados y domingos (EDIS, 1985; Elzo, 1986; Calafat Far, 1989; Mendoza, 1990), resultados que se confirman también en el trabajo presente.

Hace 15 años la edad media de iniciarse en el consumo de bebidas alcohólicas era los 17 años. **Alonso Varea** (1986), en Cataluña recoge un 61% de inicio antes de los 10 años, **Torres Hernández** (1986), cita los 13.5 años de edad promedio; **Bonet de Luna** (1988), encuentra que a los 14 años se ha iniciado un 70.3%; **Alvira Martín** (1989) y también **Calafat Far** (1989) encuentran una media de edad de inicio de entre 9.6 y 11.4 años.

En la población estudiada de Pozuelo de Alarcón un 11.1% había probado el alcohol antes de los diez años, mientras que en Leganés lo hicieron el 9.9%.

En este grupo de inicio tan precoz, el 51.9% son del sexo masculino y el 48.1% del sexo femenino. El 68.8% de ellos tienen entre 10 y 13 años.

Parece existir relación entre este inicio precoz y aquellos adolescentes que serán consumidores importantes en la edad adulta (Blanco Aguilar, 1986; Alvira Martín, 1989).

El sexo femenino suele tomar con menor frecuencia casi todos los tipos de bebidas alcohólicas analizados, aunque en cualquier caso el consumo aumenta con la edad y en ambos sexos, datos que coinciden con los encontrados en la literatura.

6.2.3 INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LOS AMIGOS EN EL CONSUMOS.

La actitud de los padres dentro de la familia parece guardar un papel determinante en el consumo de alcohol, pero sobre todo son los amigos los que refuerzan la pauta del papel aprendido en la familia (Cárdenas García, 1986), resultados también confirmados en esta tesis, donde se encuentra para la cerveza que el padre la bebe en un 71.3%, la madre en un 44.4%, y los amigos en un 44.2%.

La relación que se mantiene con los padres por parte de los encuestados es más favorable cuando no se bebe, de tal forma que éstos opinan que sus padres están satisfechos con ellos en un 92.9% ($p < 0.05$), frente al 78.3% ($p < 0.05$) de los que si consumen alcohol.

Resultados confirmados también por la bibliografía (Cardenas García, 1986; Goirena de Gandarias, 1988; Cardenas García, 1991).

6.2.4 DONDE Y QUE SE BEBE.

Los adolescentes aumentan el consumo de bebidas alcohólicas de forma progresiva con la edad, el inicio en el hogar es lo más frecuente, pero casi en el mismo porcentaje se iniciaron con los amigos. Para un grupo importante de ellos el aprendizaje puede venir a

través de los hábitos dietéticos en las comidas transformándose poco a poco en otras formas de consumo fuera del hogar, donde el ambiente social resulta decisivo.

Con mayor frecuencia el inicio en el consumo de alcohol se produce en el domicilio familiar (18.8%), donde se toma preferentemente vino (82.1%), sobre todo en las comidas.

Fuera de casa se bebe principalmente cerveza (96.5%), que resulta ser la bebida alcohólica más consumida; en menor frecuencia otros alcoholes de mayor graduación y finalmente el vino, siendo estos resultados semejantes los encontrados en otras publicaciones, analizando la cerveza encontramos: un 59% (Torres Hernández, 1986); un 89.4% (Alonso Varea, 1986); un 37% los laborables y un 91.8% los festivos (Bonet de Luna, 1988), y otros confirman lo mismo aunque sin especificar porcentajes (Mendoza, 1990).

Hasta hace unos años embriagarse era propio de los alcohólicos avanzados y ocasionalmente entre los adultos.

En la última década hemos asistido a un cambio en esta variable, **Mendoza** cita un 19% (1988) y un 30% (1990) en estas edades que se han embriagado.

En el presente trabajo, les ha sucedido al 34% de los varones, frente al 38% de las adolescentes. Resulta significativo ($p < 0.05$) que ha sido una situación más frecuente entre los más pequeños (82.8%) que entre los mayores (23.9%).

6.2.5 ALCOHOL Y ESCOLARIZACION.

El consumo de alcohol se ha relacionado con la deficiente escolarización: **Bonet de Luna** (1988) cita un 31% con problemas escolares, **Ruíz Jiménez** (1990) encuentra calificaciones regulares en el 44.2% y malas en el 11% de los que beben. Resultado constatado también en el presente trabajo, donde significativo estadísticamente ($p < 0.05$).

Las características de los hábitos de vida desfavorables encontrados entre los adolescentes que consumen alcohol también resultan numerosos, como se resumen en la tabla XLVII.

Desayunan con menos frecuencia ($p < 0.05$).

Uno de cada cuatro no cena ($p < 0.05$).

Consumen más café ($p < 0.05$).

Practican menos deporte ($p < 0.05$).

Van con más frecuencia a bares, "pub"...($p < 0.05$).

Signos indirectos de ansiedad más frecuencia ($p < 0.05$).

Consumen tabaco con más frecuencia ($p < 0.05$).

Mayor consumo de analgésicos ($p < 0.05$).

Menor apoyo familiar ($p < 0.05$).

Problemas escolares frecuentes ($p < 0.05$).

Tabla XLVII. Principales características de los adolescentes que consumen alcohol.

6.3 DROGAS MEDICAMENTOS.

Los fármacos encontrados en la bibliografía que resultan ser utilizados con más frecuencia, sin prescripción médica han sido principalmente tranquilizantes (13%), si bien son resultados pertenecientes a edades adultas y al sexo femenino (EDIS, 1985).

En este mismo estudio, se encuentra el consumo de los analgésicos en un 34.7%.

Bonet de Luna (1988) cita entre escolares madrileños el uso de analgésicos y sedantes; las anfetaminas las encuentra en un 2.9%. En otros estudios a nivel nacional (Mendoza, 1988), los fármacos más frecuentemente usados resultan ser las medicinas para el resfriado (31%) y para el dolor de cabeza (29%).

En la presente tesis el consumo de analgésicos sin control médico se produjo en un 31% del total de encuestados, siendo una costumbre más extendida entre el sexo femenino (40.8%) que entre los varones (21%), resultados que son significativos ($p < 0.05$). Entre el grupo de hembras consumidor, resulta ser más frecuente entre las más jóvenes (36.4%) que entre las mayores (25.4%).

El resto de medicación encontrada fue mínima por lo que resultan poco esclarecedores.

La influencia familiar es determinante, ya que el 84.7% ($p < 0.05$) de los que las toman reconocen que se consumen en el domicilio familiar.

Sin duda, el que muchos de estos fármacos puedan adquirirse en farmacias sin receta, puede dar la sensación al usuario de ser productos farmacéuticos poco peligrosos para la salud.

6.4 DROGAS ILEGALES.

Las drogas no se diferencian solamente por su química o por sus efectos sobre el cuerpo humano, sino también por las motivaciones por las que se recurre a ellas, la edad de inicio en el consumo y también por la edad y sexo de máximo consumo.

Las investigaciones realizadas a nivel nacional describen un cuadro de consumo de estas sustancias con unas determinadas características: una estabilización del consumo de heroína; mayor extensión de consumo entre la cocaína y las anfetaminas, aunque con menor repercusión social y un consumo de cannabis principalmente social y que afecta sobre todo a los adolescentes (Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, 1990; Memoria de la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas, 1990).

La importancia que ha adquirido el consumo de drogas ilegales en los últimos años, viene demostrado por el número de muertes relacionadas por este tipo de sustancias, que en España ha pasado de "93 en 1983" a "690 en 1990" (Memoria de la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas, 1990).

A continuación se revisan las principales variables en relación al consumo de drogas ilegales.

6.4.1 GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE QUE SUSTANCIAS SON DROGAS.

Respecto a la sustancia reconocida como droga con más frecuencia, se encuentra el **cannabis** (97.1%) que es nombrada por los encuestados con sus diferentes sinónimos (marihuana, hachís, "chocolate"), resultado que coincide con otros estudios. Le siguen la **heroína** (91.1%) y finalmente la **coca** (71.6%).

Todo ello confirma la amplia generalización de la cannabis en nuestro país entre los adolescentes, resultados confirmados también por otros estudios,

En general es en Pozuelo de Alarcón donde existe un mejor conocimiento sobre que sustancias son drogas, donde se valoran como drogas las anfetaminas (25.2%), la LSD (26.6%) y el opio (16.1%), mientras que en Leganés sólo se citan en un 17.1%; 17.6%; y 5.9% respectivamente. También es en esta localidad donde con mayor frecuencia se cita al café, cafeína y té como una droga más.

6.4.2 SEXO Y EDAD DE INICIO.

La importancia epidemiológica de este dato estriba en la necesidad de contar con él de cara a realizar programas de prevención.

Las drogas legales (tabaco y alcohol) resultan ser de iniciación precoz en nuestro medio, siendo el primer eslabón en el posible paso de unas drogas a otras.

Socialmente no se ha hecho patente una asociación comprobada en el consumo de drogas, y es que el uso precoz del tabaco y el alcohol pueden configurarse como factores de riesgo en muchos grupos sociales para el consumo posterior de otras drogas ilegales. Los conocimientos actuales sobre la epidemiología de las drogas, nos llevan a pensar que el uso precoz de cualquier droga conduce al exceso de consumo de la misma con el tiempo, así como a consumir posteriormente y en mayor medida otras drogas (EDIS, 1985).

Esta circunstancia es importante porque de la precocidad en el consumo de las drogas legales dependerá la fecha de comienzo en el consumo de las demás drogas.

Este inicio se produce en el presente estudio entre los 14 y los 15 años.

En el trabajo realizado por **EDIS** (1985), la edad medio de inicio para el **hachís** era de 17.5 años. En otros estudios revisados se han encontrado resultados variables en el inicio de consumo de este tipo de droga, **Bonet de Luna** (1988) cita que un 80% de los consumidores se iniciaron por encima de los 14 años; **Mendoza** (1990) encuentra a los 13 años el 12.7% de consumidores de cannabis.

En el presente trabajo, el 37.5% de los que consume droga en Pozuelo comienzan a los 15 años, mientras que en Leganés a los 14 años lo consumen el 27.8% de los que han probado esta droga.

Este inicio lo realizan antes las chicas, aunque son los varones los que consumen esta droga con más frecuencia entre los adolescentes encuestados. Otros autores encuentran resultados similares (Elzo, 1986; Torres Hernández, 1985; Bonet de Luna, 1988).

6.4.3 DROGA CONSUMIDA MAS FRECUENTEMENTE.

Entre las drogas ilegales la consumida con más frecuencia en nuestra sociedad es el **cannabis o marihuana**. De los adolescentes estudiados el 6.8% del total han consumido droga alguna vez, aunque al 20.7% les han ofrecido alguna de estas sustancias.

En la revisión bibliográfica realizada también es el **hachís** la droga más consumida a nivel nacional, aunque los porcentajes varían según los estudios de consumo. En el trabajo a nivel nacional realizado por **EDIS** (1985) se encontraba un 43.2% de consumidores ocasionales y un 8.6% de habituales; un estudio del **Centro de Investigaciones Sociológicas** (CIS, 1986) cita que el 15% de la población mayor de 15 años lo ha probado; **Elzo** (1986) en el País vasco encuentra un 33%; **Bonet de Luna** (1988) en adolescente del área de Madrid un 28%; **Calafat Far** (1989) en Baleares un 29%; y en el estudio de **Mendoza** (1990) auspiciado por la OMS a nivel nacional un 20%.

Sólo un pequeño número de consumidores de otras drogas se recogen en las encuestas sobre adolescentes, citando a **Bonet de Luna** (1988) se encuentra un 2.9% para las anfetaminas y el 0.7% para la heroína.

6.4.4 INFLUENCIA ECONOMICA EN EL CONSUMO.

Existe una pequeña tendencia a consumir algo más de droga en los niveles económicos menos favorecidos, como se demuestra al comprobar un mayor consumo en la localidad de Leganés, aunque son resultados no significativos.

Tampoco hay diferencias significativas en el consumo de **cannabis** en relación con el poder adquisitivo, ya que ha sido consumida por los adolescentes de ambas localidades sin diferencias.

Se encontró dos casos que habían probado la **cocaína** en cada localidad. Mientras que el consumo de **heroína** resultó ser de seis casos en Pozuelo y de tres en Leganés, que resultaron ser poca muestra para hacer cálculos estadísticos.

6.4.5 LUGAR DONDE SE CONSUME DROGA.

La mayoría de los que consumen droga lo hacen con sus amigos (74%) dato que se confirma en otras publicaciones (EDIS, 1985; Elzo, 1986; Bonet de Luna, 1988; Mendoza, 1990).

Mientras que en una fiesta sólo se consumió en el 18%. En este caso, es más frecuente que suceda en la localidad de Pozuelo (25%) que en Leganés (13.3%).

No hubo preferencias por sexos en cuanto al lugar del consumo, siendo resultados muy parecidos.

Sin duda este resultado está relacionado con el consumo más frecuente de **hachís**, que es la droga más utilizada.

6.5 CONSUMO SIMULTANEO DE TABACO Y ALCOHOL RESPECTO A OTRAS VARIABLES.

En la revisión bibliográfica realizada se encontraron pocos trabajos que intentasen relacionar el consumo de tabaco y alcohol con otras variables de la vida de los adolescentes (Elzo, 1986; Gili, 1989b; Ruiz Jiménez, 1990), aunque en todos ellos se demostró que el consumo de ambas sustancias se asocia.

Las variables relacionadas con mayor consumo de alcohol y tabaco en el presente trabajo se relatan a continuación.

6.5.1 TABACO, ALCOHOL Y CONSUMO POR SEXO

El consumo simultáneo de ambas sustancias sigue siendo más frecuente entre las adolescentes (63%; $p < 0.05$), cuando sólo se consume una sustancia los porcentajes son casi semejantes para los varones (51.4%) y las mujeres (48.6%)

6.5.2 TABACO, ALCOHOL Y ALIMENTACION.

Los resultados que se encontraban al comparar los hábitos alimenticios con el consumo de tabaco y alcohol individualmente resultan más llamativos cuando se relacionan con el consumo simultaneo.

Entre los adolescentes estudiados de Pozuelo y Leganés se encuentra que el desayuno y la cena las realizan con más frecuencia los que no consumen ninguna sustancia (85.2% y 87.6% respectivamente), siendo resultados significativos ($p < 0,05$); seguidos de los que consumen o tabaco o alcohol ($p < 0.05$) y finalmente los que menos las realizan que son los que fuman y beben de forma simultanea, que desayunan en el 63% y cenan en el 76.1%, siendo también significativos ($p < 0.05$).

Los máximos consumidores de café diario se encuentran también entre los que consumen ambas sustancias (39.2%), mientras que entre los que no consumen ni tabaco ni alcohol lo hacen en menor cuantía (13.9%), siendo resultados significativos.

6.5.3 TABACO, ALCOHOL Y DEPORTE.

Con la práctica deportiva se encuentra la misma asociación, de forma que el hacer deporte cinco días a la semana, es realizado por un mínimo de los que consumen ambas sustancias (6.5%; $p < 0.05$); mientras que los que no consumen ninguna los que más lo practican ($p < 0.05$).

Dado que los hábitos dietéticos y el deporte se gestan en la primera infancia, es lógico pensar que de alguna manera actúan "inmunizando" contra el consumo de tabaco y alcohol, algo reconocido por la OMS (1977) que concede una importancia especial a la práctica deportiva a esta edad.

6.5.4 TABACO, ALCOHOL, HABITOS HIGIENICOS Y SALIR CON LOS AMIGOS.

Curiosamente la higiene diaria la realizan con más frecuencia los consumidores de ambas sustancias (46.7%; $p < 0.05$) frente a los que no las consumen que son los que menos se duchan (27.9%; $p < 0.05$). Una posible explicación de esto la daba una adolescente encuestada, que lo explicaba diciendo que:

"...de esta forma huelo menos a alcohol y tabaco y así no me descubren en casa...".

También es entre los consumidores de ambas sustancias los que más salen con los amigos y frecuentan más asiduamente los bares y "pub", principalmente los sábados (82.6%) y los domingos (64.1%), siendo resultados significativos. Este tipo de conducta conlleva arreglarse, asearse y ponerse ropa de moda, algo que no hacen los que no salen de casa.

Este apartado era fácil de prever a "priori" y seguramente es en este ambiente donde el consumo de estas sustancias están más extendidas.

6.5.5 TABACO, ALCOHOL Y SIGNOS INDIRECTOS DE ANSIEDAD.

Los signos indirectos de ansiedad resultan ser también más frecuentes entre los consumidores comunes de ambas sustancias. Estos se despiertan con sueño en un 84.8% ($p < 0.05$), mientras que los no consumidores les sucede en un 66.1% ($p < 0.05$). Resultados semejantes suceden cuando se analiza la frecuencia de estar agobiado (42.4% frente a un 20.9%) o estar nervioso (67.4% y 45.5%, respectivamente), siendo también significativos.

6.5.6 TABACO, ALCOHOL Y CONOCIMIENTO SOBRE DROGAS.

Resulta significativo ($p < 0.05$) que los adolescentes cuyas familias les prohíben, no consumen ninguna sustancia en un 66.1% ($p < 0.05$), mientras que si sus familias resultan estar menos preocupadas por estos hábitos de consumo y tienen patrones de conducta más liberales, fuman y beben en un 55.4% ($p < 0.05$).

Aquellos adolescentes que consumen ambas sustancias conocen más marcas de tabaco y de bebidas alcohólicas que los que no fuman ni beben, siendo el hecho estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

También es en este grupo, los que reconocen mejor los trastornos y la patología relacionada con el tabaco y con el alcohol, siendo también significativo ($p < 0.05$). Respecto a la **cirrosis**, es relacionada con el excesivo consumo de alcohol en un 63% ($p < 0.05$) entre

los que consumen ambas sustancias, mientras que sólo lo hace un 26.1% ($p < 0.05$) de los que no consumen ninguna.

Cabe la duda de cuál es el factor primario, si una situación estresante lo que acarrea el consumo de tabaco o alcohol, que actuarán como relajantes; o por el contrario, es el abuso de estas sustancias de forma continuada y su síndrome de privación, lo que encontramos después como manifestaciones de ansiedad.

6.5.7 TABACO, ALCOHOL Y EMBRIAGUEZ.

Esta situación les ha ocurrido más de tres veces al 62% ($p < 0.05$) de los que fuman; al 32% ($p < 0.05$) de los que beben y al 67.4% ($p < 0.05$) de los que consumen simultáneamente ambas sustancias. Cuando no se consume ninguna sustancia de forma habitual la frecuencia encontrada resulta ser de 1.2%.

6.5.8 TABACO, ALCOHOL Y DROGAS-MEDICAMENTO.

Los que consumen medicación sin control sanitario con más frecuencia, resultan ser los consumidores de ambas sustancias (46.7%; $p < 0.05$), seguidos de los que fuman (46%; $p < 0.05$) y finalmente de los que beben (38%; $p < 0.05$).

Los que no consumen ninguna de las dos sustancias resultan ser también los que menos consumen fármacos (22.1%; $p < 0.05$).

En todos los apartados sobre comentarios de medicación consumida sin control médico, se obtiene la impresión de que muchas veces se utilizan los analgésicos no para aliviar una enfermedad dolorosa, sino situaciones de malestar inespecíficas que pueden estar en relación con estrés o ansiedad subyacentes.

6.5.9 TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES.

Este apartado del uso múltiple de drogas, se refiere al caso de consumo de más de dos sustancias a la vez. El interés por el estudio del consumo de agrupaciones de drogas estriba en la observación clínica de la frecuencia con que ocurre el abuso de más de una droga.

En algunos estudios a nivel nacional (EDIS, 1985) se encuentra un porcentaje del 30% de consumo de más de dos drogas; en el trabajo presente se encuentran cifras semejantes: han tomado droga el 29% de los que fuman ($p < 0.05$); el 12.3% de los que beben ($p < 0.05$) y el 31.5% de los que consumen las dos sustancias ($p < 0.05$).

El acceso a la droga resulta estar facilitado de alguna forma cuando se consumen previamente alcohol y tabaco; ya que en la presente tesis le han ofrecido droga con más frecuencia a los que consumen tabaco y alcohol (60.9%; $p < 0.05$), seguidos de los que sólo fuman o sólo beben (25.6%; $p < 0.05$) y finalmente a los que no las consumen (4.8%, $p < 0.05$).

Resultados semejantes han sido confirmados con anterioridad por diversos autores (EDIS, 1985; Elzo, 1986; Municipio de Madrid, 1989; Calafar Far, 1989; Costa, 1991).

6.5.10 TABACO, ALCOHOL Y RELACION CON LA FAMILIA.

Los adolescentes que no consumen ninguna de estas sustancias se sienten más queridos por sus padres, creen que son sus amigos (91.5%; $p < 0.05$) y piensan que pueden hablar con ellos en el caso de tener problemas (84.4%; $p < 0.05$) con más frecuencia que los que las consumen, que se encuentran en porcentajes inferiores (71.7% y 48.9%, respectivamente; $p < 0.05$)

6.5.11 TABACO, ALCOHOL Y SITUACION ESCOLAR.

En el área escolar se confirman la opinión de otros autores (López Rois, 1985; Elzo, 1986) en el sentido de que los consumidores de ambas sustancias resultan tener problemas en los estudios con mucha más frecuencia ($p < 0.05$), mientras que el porcentaje de fracaso

escolares disminuye a la mitad cuando no se consume ninguna de las dos sustancias analizadas.

6.5.12 ALCOHOL, TABACO Y SEXUALIDAD.

Aunque la mayoría de los encuestados considera suficiente la información sexual, es entre los que consumen ambas sustancias los que opinan que dicha información resulta insuficiente (34.8%; $p < 0.05$). También es en este grupo los que dicen hablar con más frecuencia sobre este tema con los amigos (91.3%; $p < 0.05$).

Con toda probabilidad estos resultados guardan relación con el hecho de que los adolescentes que consumen estas sustancias salen más con los amigos, lo que implica un mayor interés por los temas relacionados con el sexo opuesto.

Bonet de Luna (1988) también encuentra en su estudio una relación significativa entre los consumidores de estas sustancias y un aumento de las relaciones sexuales.

VI. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados expresados anteriormente, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los hábitos dietéticos de los adolescentes estudiados, destacan principalmente por su elevada frecuencia en el consumo diario de leche y derivados (86%) y fruta (68.5%). En el aspecto negativo, se debe reseñar la disminución en el consumo de verduras con la edad, siendo un alimento que toman sólo el 7.5% de los mayores de 16 años.

2. Los adolescentes ocupan el tiempo libre preferentemente en ver televisión, lo que realizan a diario el 56.8% de los pertenecientes a familias cuyo nivel socio-económico es más elevado, frente al 74.9% de los que tienen menores recursos económicos, siendo estos resultados significativos.

En el total de los adolescentes estudiados el deporte se practica principalmente los sábados (49.5%) y los domingos (27.9%). En ambos días la práctica deportiva se realiza con el doble de frecuencia en los ambientes más favorecidos económicamente.

3. Los hábitos higiénicos también guarda una relación significativa con el nivel socio-económico, siendo el hábito de ducharse a diario el doble de frecuente en los mayores niveles de renta. Esta diferencia también se encuentra en la higiene bucal diaria, con un 82.2% y 67.9%, según el mayor o menor nivel socio-económico respectivamente.

4. El sentimiento de preocupación corporal se encuentra más extendido entre el sexo femenino, especialmente en relación con el problema de la obesidad (46.6%), siendo significativo estadísticamente.

5. El grupo de variables que se analizaron como manifestaciones de ansiedad resultó ser más frecuente en el sexo femenino, aumentando con la edad, siendo ambos hechos significativos.

6. Las drogas legales consumidas por los adolescentes fueron el tabaco y el alcohol. Curiosamente ambas sustancias sólo eran reconocidas como drogas por el 46.7% y 44.4% de los encuestados, respectivamente.

7. El tabaco resultó ser consumido habitualmente por el 13.6% del total de los adolescentes, el 17.1% de los jóvenes de familias con menor renta y el 10% de los de mayor nivel socio-económico. También se encontró más extendido entre el sexo femenino (63%).

8. El inicio en el consumo de tabaco se realiza cada vez a edades más tempranas. En el grupo de 10 a 13 años, el 55.6% comenzó a fumar antes de los 10 años, mientras que los adolescentes mayores de 16 años iniciaron el consumo de tabaco a los 15 años de edad.

9. La droga legal que con mayor frecuencia prueban los adolescentes resultó ser el alcohol, consumiéndolo habitualmente el 54% del total de los encuestados. Al igual que ocurría con el tabaco, la edad de inicio de su consumo ha descendido en los últimos años. Un 16.6% de los menores de 13 años comenzaron a beber antes de los 10 años, mientras que los mayores de 16 años sólo lo hicieron a esa edad en un 5.7%.

10. En los adolescentes que consumen tabaco y alcohol, se encuentran algunas características que difieren de los no consumidores; estas peculiaridades aumentan sobre todo cuando el consumo es simultáneo.

Entre ellas destacan las siguientes:

- El 63% de los adolescentes que consumen ambas sustancias pertenecen al sexo femenino.

- La actividad deportiva a diario sólo la realiza el 6.5% de los consumidores simultáneos, frente al 25.8% de los no consumidores, siendo ambos resultados significativos.

- El 84.8% de los adolescentes que fuma y bebe, se despierta con sueño por las mañanas, frente al 66.1% de los no consumidores, siendo estos resultados significativos. Seguramente ello guarda relación con el hecho de que los consumidores simultáneos salen más con los amigos y frecuentan hasta cinco veces más los bares y "pubs", pernoctando más que los no consumidores.

- Entre los consumidores simultáneos, se toma sin control médico el doble de analgésicos (46.7%) que cuando no se fuma ni se bebe alcohol (22.1%), siendo estos resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones

- *En un 31.5%, los consumidores de ambas sustancias han probado una droga ilegal, mientras que esta circunstancia sólo se da en un 0.3% de los que no fuman ni beben.*

- *También el fracaso escolar resulta ser tres veces más frecuente entre los consumidores simultáneos, que entre los que no fuman ni beben.*

- *Los hábitos higiénicos son más frecuentes entre los que fuman y beben (46.7%) que entre los que no lo hacen (27.9%) Puede interpretarse este hecho como una actitud defensiva de los adolescentes para tratar de disimular, en lo posible, la huella de un reciente consumo.*

11. En cuanto a las drogas ilegales, impresiona comprobar su proximidad al mundo de los adolescentes, ya que al 20% del total le han ofrecido droga alguna vez, no habiendo encontrado diferencias entre los distintos niveles socio-económicos. La droga ilegal consumida con más frecuencia resultó ser el cannabis en un 90%.

El consumo de otras drogas ilegales fue menor. Se encontraron siete casos de consumo de heroína entre los de mayor nivel socio-económico y tres casos en los de menor renta.

No hubo relación del consumo de cocaína con el poder económico, encontrando únicamente cuatro adolescentes que la habían probado.

12. Queremos terminar diciendo que los jóvenes estudiados no parecen estar viviendo la adolescencia con tanto trauma como cabría esperar según lo encontrado en la literatura. Así el 95% de los adolescentes encuestados dicen pasarlo divertido o bastante bien; sólo un 2.2% contesta aburrirse habitualmente.

VII. RESUMEN

RESUMEN

Con el objeto de conocer mejor la morbilidad del adolescente, y aplicando los nuevos conceptos que sobre la promoción de los estilos de vida y la creación de ambientes más favorecedores de la propia salud que recomienda la OMS (1981), se procedió a estudiar una muestra de adolescentes de dos localidades próximas a Madrid.

Básicamente el estudio consistió en analizar los hábitos de vida de los adolescentes de Pozuelo de Alarcón y Leganés. Para ello se utilizó un muestreo aleatorio por conglomerados, escogiendo cuatro Colegios de EGB y un Instituto de cada localidad. Realizados los cálculos estadísticos necesarios, el tamaño de la muestra quedó en 720 individuos, lo que significaba aceptar como máximo una cota de error de $\pm 3.3\%$ para los datos globales y con un nivel de confianza del 95.5% para el caso más desfavorable de $p=q=50\%$.

El instrumento de medida básico fue un cuestionario semi-estructurado, al que se sometió a las correspondientes pruebas de validación y fiabilidad. Las áreas investigadas fueron las recomendadas por la OMS para el estudio de las poblaciones adolescentes.

Se encuestaron un total de 735 alumnos, correspondiendo 361 a Pozuelo y 374 a Leganés. Las características más importantes de esta población se resumen a continuación.

Se encontró una diferencia significativa ($p < 0.05$) en el área socio-económica, ya que los adolescentes de Pozuelo de Alarcón pertenecían a unas familias de estatus económico más

elevado que aquellos otros de la localidad de Leganés. Resultado que coincidía con el nivel de "renta per capita" de cada localidad (EDIS, 1989).

Entre los hábitos dietéticos encontrados, cabe destacar el amplio consumo diario de frutas (68.5%) y leche y derivados (86%). Entre la frecuencia con que se realizan algunas de las comidas del día, destaca por su importancia el desayuno, que es realizado por los varones en un 80.4%, mientras que las mujeres sólo lo hacen en un 72.7%. Estos porcentajes decrecen con la edad.

La actividad que con mayor frecuencia se realiza a diario fuera de las tareas escolares es ver la televisión (66%); la práctica del deporte adquiere su máxima frecuencia los sábados (49.%) y los domingos (27.9), siendo en Pozuelo donde los adolescentes son más deportistas ($p < 0.05$). También es durante los fines de semana donde el salir con los amigos e ir de bares, "pubs" o discotecas resulta más frecuente, siendo Leganés la localidad donde es más habitual esta circunstancia ($p < 0.05$).

La mayoría de los adolescentes estudiados se siente feliz (95%), sin existir diferencias por localidad, edad ni sexo.

Tanto los hábitos higiénicos corporales como dentales resultan estar más extendidos entre los alumnos de ambos sexos de Pozuelo de Alarcón, resultando significativo estadísticamente ($p < 0.05$).

Las manifestaciones indirectas de ansiedad se encuentran con más frecuencia entre el sexo femenino ($p < 0.05$), y casi todas ellas son mayores al final de la adolescencia ($p < 0.05$).

El tipo de especialista médico al que acuden los adolescentes encuestados cuando están enfermos es principalmente el Médico General (70.1%), seguido del Médico de Familia (24.2%) y del Pediatra (5.2%). Sólo el 1.8% reclama la ayuda de un especialista en adolescentes. En ambas localidades se utiliza el Ambulatorio o Centro de Salud para acudir al médico, pero es en Pozuelo de Alarcón donde se utiliza más la medicina privada.

Las personas con que se tratan los temas de sexualidad con más frecuencia son los amigos (75.5%), seguidos de la madre (24.9%).

Del total de los adolescentes analizados, dicen consumir tabaco de forma habitual el 13.6%. Este hábito está más extendido en Leganés (17.1%) que en Pozuelo (10%), siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$). De los que fuman, el 63% son mujeres y el 37% varones. El 6% (19 casos) de los menores de 13 años ya es consumidor habitual. Los amigos parecen ser un factor decisivo a la hora de decidirse a fumar ya que, entre los fumadores, sus amigos también lo son en un 88%.

El alcohol resulta ser la droga más extendida entre la población adolescente. El 54% (397 casos) dicen consumirlo habitualmente, siendo la bebida alcohólica que se toma con más frecuencia la cerveza (43.9%). El inicio en el consumo se realiza cada vez con mayor anterioridad, encontrando que más de un 15% de los menores de 13 años ya lo toman de manera habitual.

Cuando se analizan las características de los consumidores de tabaco y alcohol por separado, se encuentran algunas diferencias con los que no consumen ninguna de las dos sustancias. Aquellos que consumen una o ambas sustancias hacen menos deporte ($p < 0.05$); frecuentan bares y discotecas tres veces más ($p < 0.05$); presentan signos indirectos de ansiedad con más frecuencia ($p < 0.05$); consumen sin control sanitario casi el doble de analgésicos ($p < 0.05$); conocen mayor número de drogas ilegales, aunque curiosamente no consideran al tabaco y al alcohol como drogas ($p < 0.05$), y presentan mayor incidencia de fracaso escolar ($p < 0.05$).

En cualquier caso, si el consumo de tabaco y alcohol era simultáneo, las diferencias encontradas eran mayores que si sólo se consumía una sustancia.

En cuanto a las drogas ilegales, se encontraron 50 casos que las habían consumido, de ellos 30 casos eran de Leganés y 20 casos de Pozuelo. Al 20.7% de los adolescentes les han ofrecido droga alguna vez, sin diferencias por localidad, ni sexo. La edad más frecuente de inicio fueron los 15 años y en un 74% se realizó con los amigos.

La droga consumida con mayor frecuencia fue el cannabis (90%).

Se encontró una relación significativa ($p < 0.05$) entre el consumo de droga ilegal y el de tabaco y alcohol. Habían probado una droga ilegal el 12.3% de los que bebían alcohol, el 29% de los que fumaban y el 31.5% de los que consumían ambas sustancias.

Se confirma la hipótesis inicial de que los diferentes modos y estilos de vida están relacionados con el lugar dónde se vive y este a su vez con el nivel socio-económico de la familia.

*Como se desprende de los comentarios anteriores y en base a los nuevos conceptos sobre promoción en salud de la OMS, se debe realizar una **educación sanitaria** en la adolescencia como una medida importantísima encaminada a la **creación de ambientes más favorecedores de la propia salud**, única forma de conseguir que nuestros adolescentes adquieran los conocimientos necesarios para poder discernir que es lo que más les conviene a la hora de elegir sus estilos de vida.*

VIII. ANEXOS

(ANEXO I)

A fin de conocer mejor la problemática médico-social del adolescente, te rogamos rellenes este cuestionario. Las respuestas son completamente anónimas.

1. Edad: 10 a. 15 a.
11 a. 16 a.
12 a. 17 a.
13 a. 18 a.
14 a. 19 a. n.c.

2. Sexo.....v.......h.

3. ¿Cuántos hermanos tienes?:
1-2... 3-4 ... 4-5...
más... ninguno

4. ¿Que lugar ocupas entre ellos?:
1º... 2º... 3º...
4º... 5º... 6º...
más.. n.c..

5. Estudios de los padres

	padre ¹	madre ²
primarios incompletos... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
primarios completos..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bachiller superior..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COU-FP..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitario..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Trabajo de los padres
- | | |
|--|--------------------------|
| activo..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| parado..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jubilado..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| doméstico..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| estudiante..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Cuántos años tiene tu padre?....
y tu madre.....

8. La casa donde vives, tiene:
 número de dormitorios...[1]...[2]...[3]...[4]...[5-más]
 un dormitorio individual para ti....[]
 cuartos de baño:[1]...[2]...[más]
 teléfonos.....[1]...[2]...[más]
 plaza de garage[1]...[2]...[más]
 jardín.....[]

9. Respecto del tabaco

	si	no	no sé
tu padre fuma.....	[]	[]	[]
tu madre fuma.....	[]	[]	[]
tienes hermanos que fuman.....	[]	[]	[]
tienes amigos íntimos que fuman.....	[]	[]	[]
tus padres te prohíben fumar.....	[]	[]	[]
fumas.....	[]	[]	[]

10. Si fumas casi todos los días ¿Como conseguiste tu primer cigarrillo?

- me lo dio mi padre.....[]
- me lo dio mi madre.....[]
- me lo dio un hermano...[]
- me lo dio un amigo.....[]
- lo cogí de casa.....[]
- lo compre yo.....[]
- de otra forma.....[]
- no se\no contesta.....[]

11. Si fumas, dime los años que tenías cuando fumaste tu primer cigarrillo.....

12. Marca con una [x], la frecuencia con la que fumas:

- [] no he fumado nunca
- [] lo he probado, pero no fumo
- [] fumo solo en fiestas
- [] solo los fines de semana
- [] casi todos los días
- [] todos los días, pero menos de 5 cig.\día
- [] todos los días, entre 5 y 10 " "
- [] todos los días, entre 10 y 20 " "

13. Escribe las marcas de tabaco que recuerdes anunciadas por TV.....

14. Escribe todas las bebidas alcohólicas que conozcas

15. De las siguientes bebidas, marca con una [x], aquellas que tomen con frecuencia tu familia o amigos:

	vino	cerveza	anís coñac	whisky	gin,ron	otras
--	------	---------	---------------	--------	---------	-------

mi padre
mi madre
mis hermanos
mis amigos
yo bebo

16. Si tú bebes alguna de ellas, marca con una [x], la frecuencia con la que lo haces:

- solo los fines de semana
- solo en las fiestas
- solo en las comidas
- una vez a la semana
- varias veces a la semana
- una vez al mes
- nunca

17. Te has emborrachado alguna vez

- nunca
- menos de 3 veces
- más de 3 veces

18. Si has bebido o bebes habitualmente, ¿cuantos años tenías cuando tomaste tu primera copa?.....

19. ¿Donde estabas la primera vez que bebiste alcohol?

- en casa con mi familia
- en casa solo
- en una fiesta con amigos
- en una boda, o fiesta familiar
- un bar, pub, discoteca
- otros sitios
- ns\nc

20. ¿Crees que beber mucho alcohol (cerveza, vino, licores...) es una enfermedad?

- ...si
- ...no
- ...no sé

21. Escribe todos los nombres de aquellas sustancias que creas son drogas

22. Respecto de las sustancias conocidas popularmente como drogas, marca con una [x] la respuesta correcta para cada pregunta, (pues como el alcohol y el tabaco pueden ser drogas, ya contestaste antes):

- | | si | no | no sé |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| . te han ofrecido droga alguna vez..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| . alguien de tu familia se droga..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| . algún amigo tuyo se droga..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| . has tomado tu droga alguna vez..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Contesta a las siguientes preguntas solo si tomaste droga alguna vez, (si no la probaste pasa a la pregunta número 26):

23. ¿Donde estabas la primera vez que tomaste droga?

- . estaba solo.....
- . con los amigos.....
- . en una fiesta.....
- . en un pub, bar, discoteca..
- . otros.....

24. Como se llama la droga que probaste la primera vez.....
.....

25. La forma en que probaste la primera vez droga fue

- fumando
- inhalando, esnifando
- pinchada
- de otra forma

26. ¿Desayunas antes de ir al colegio? (marca con una [x] la respuesta correcta).

- si... no...

27. Si la respuesta fue que si, marca con una [x] aquellos alimentos que desayunes:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| leche... <input type="checkbox"/> | zumo..... <input type="checkbox"/> |
| café.... <input type="checkbox"/> | queso..... <input type="checkbox"/> |
| cacao... <input type="checkbox"/> | embutido.... <input type="checkbox"/> |
| bollos.. <input type="checkbox"/> | mantequilla.. <input type="checkbox"/> |
| tostadas <input type="checkbox"/> | mermelada... <input type="checkbox"/> |

28. Marca con una [x] aquellas actividades que realices según su frecuencia:

veces a la semana

0 1 2 3 4 5

- deporte
- ver TV-video
- leer
- ver el video
- pintar y manualidades
- ir a bares, pub. y de discoteca
- salir con los amigos

29. Si realizas algún deporte marca con una [x] cual o cuales:

- fútbol....[] baloncesto.....[]
- natación..[] artes marciales...[]
- atletismo.[] tenis.....[]
- otros.....[]
- (cuales.....)

30. Si tuviste algún accidente en el último año, el lugar donde se produjo fue:

- en casa.....[]
- en la calle.....[]
- en el colegio.....[]
- jugando[]
- practicando deporte...[]
- en otro sitio.....[]

31. Fundamentalmente, el accidente consistió en:

- un golpe.....[]
- una herida.....[]
- una fractura.....[]
- una quemadura.....[]
- una intoxicación.....[]

32. En relación con la sexualidad, ¿que temas te son de más interés?:

- sexualidad en general.....[]
- masturbación.....[]
- relaciones sexuales íntimas.....[]
- métodos anticonceptivos.....[]
- embarazo en la adolescencia.....[]
- aborto.....[]

33. La información sexual que has recibido, la consideras:

- suficiente.....[]
- insuficiente.....[]
- ninguna.....[]

34. ¿Con quien sueles hablar de sexualidad?:

- con mi madre.....[]
- con mi padre.....[]
- con ambos.....[]
- con mis amigos.....[]
- con mi novio-a.....[]
- con el médico.....[]
- con profesores.....[]
- con otras personas....[]

35. En relación con la sexualidad, ¿que temas te son de más interés?:

- sexualidad en general.....[]
- masturbación.....[]
- relaciones sexuales íntimas.....[]
- métodos anticonceptivos.....[]
- embarazo en la adolescencia.....[]
- aborto.....[]

36. ¿Has mantenido relaciones sexuales alguna vez?

- si [].....no []

37. Si en los últimos tres meses has tomado por tu cuenta (sin indicación de tu médico), alguna medicina de los grupos abajo indicados, tacha con una [x] el numero de veces que la tomaste

- | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|-----------|
| . contra el dolor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | más veces |
| . para abrir el apetito... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | más veces |
| . tranquilizantes..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | más veces |
| . para dormir..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | más veces |
| . para estudiar..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | más veces |
| . para adelgazar..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | más veces |
| . otras..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | más veces |

38. Las medicinas que tu has tomado, ¿las toma alguien en tu casa?

- [] ..sí
- [] ..no
- [] ..no sé.

Estamos realizando un estudio sobre los hábitos de vida de los chicos y chicas de esta localidad. Los datos de esta encuesta son anónimos, por lo que te pedimos la mayor sinceridad en las respuestas.

Tú mismo irás rellenando el cuestionario.

FILIACION

1. Colegio.....

2. Clase.....

3. Años de edad (marca tu edad con una x)

10	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	Más de 18	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>		
12	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>		

4. Sexo (marca lo correcto con una x)

chico

chica

De los siguientes alimentos marca con una (x) los que consumes según su frecuencia:

	3 veces al día	2 veces al día	1 vez al día	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Nunca o casi nunca
5. leche, yogourt, queso							
6. carne							
7. pescado							
8. huevos							
9. verduras							
10. fruta							
11. chocolate, dulce, pasteles							
12. café							
13. vino							
14. cerveza							
15. hamburguesas							

Señala con un la frecuencia con la que realizas las comidas del día:

	todos los días	casi siempre	alguna vez	nunca
16. desayuno				
17. comida				
18. merienda				
19. cena				

20. Si desayunas todos los días o casi siempre antes de ir al colegio, marca con una aquellos alimentos que tomas normalmente:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leche | <input type="checkbox"/> zumo |
| <input type="checkbox"/> café | <input type="checkbox"/> queso |
| <input type="checkbox"/> cacao | <input type="checkbox"/> embutido |
| <input type="checkbox"/> bollos | <input type="checkbox"/> mantequilla |
| <input type="checkbox"/> tostadas | <input type="checkbox"/> mermelada |
| | <input type="checkbox"/> otros |

Marca con una aquellas actividades que realices según su frecuencia:

	LOS DIAS DE DIARIO					FIN DE SEMANA		
	5 días	4 días	3 días	2 días	1 día	Sábado	Domin- go	Nunca
21. deporte (sin contar la clase de educación física)								
22. ver Tv								
23. leer								
24. ver el vídeo								
25. pintar y manualidades								
26. ir a bares, pub de discoteca								
27. salir con los amigos								

28. Si realizas algún deporte marca con una cuál o cuales:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fútbol | <input type="checkbox"/> baloncesto |
| <input type="checkbox"/> natación | <input type="checkbox"/> artes marciales |
| <input type="checkbox"/> atletismo | <input type="checkbox"/> tenis |
| <input type="checkbox"/> otros → ¿cuáles?..... | |

29. En tu tiempo libre lo pasas:

- Muy divertido
- Bastante divertido
- Normal
- Bastante aburrido
- Muy aburrido

30. Te sueles duchar:

- Diariamente
- 3-5 veces por semana
- 2 veces por semana
- 1 vez por semana
- Menos de una vez por semana

31. Generalmente te limpias los dientes:

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 3 o más veces por semana, pero no diariamente
- 1 ó 2 veces por semana
- Menos de una vez por semana
- Casi nunca

32. ¿Tienes alguna caries?

- si
- no
- no sé

33. ¿Te preocupa algo sobre tu cuerpo?

- estar gordo-a
- estar muy delgado-a
- granos en la piel
- ser bajo
- dolor de cabeza
- otros.....¿cuales?
- nada

34. ¿Con qué cuidas tu cuerpo?

- alimentación adecuada
- higiene y aseo
- descansando
- haciendo deporte/gimnasia
- de otra forma → ¿cuál?.....
- no hago nada especial, no lo cuido

35. ¿A qué hora te acuestas habitualmente?

ENTRE SEMANA

FIN DE SEMANA

(Viernes/sábado)

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antes de las 8 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> De 8 a 9 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> De 9 a a 10 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> De 10 a 11 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> De 11 a 12 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> De 12 a 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Más tarde de la 1 | <input type="checkbox"/> |

36. ¿A qué hora te levantas habitualmente?

ENTRE SEMANA

FIN DE SEMANA

(Viernes/sábado)

- | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Antes de las 6 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | De 6 a 7 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | De 7 a a 8 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | De 8 a 9 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | De 9 a 10 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | De 10 a 11 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Más tarde de las 11 | <input type="checkbox"/> |

Marca con una x la respuesta correcta para cada pregunta

- | | si | no |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 37. por las mañanas ¿te despiertas con sueño y seguirías durmiente?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. ¿por la noche tienes pesadillas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. ¿duermes de un tirón toda la noche?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. ¿te cuesta trabajo dormirte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. ¿te encuentras con frecuencia agobiado y en tensión?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. ¿has estado nervioso y a punto de explotar?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ahora contesta sinceramente, por favor, respecto al tema del tabaco marcando con una x

- | | si | no |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 43. tu padre fuma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. tu madre fuma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. tienes hermanos que fuman..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. tus amigos intimos fuman..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. tus padres te prohíben fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. tu fumas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

49. Marca con una la frecuencia con la que fumas

- no he fumado nunca
- lo he probado, pero no fumo
- fumo solo en fiestas
- solo los fines de semana
- casi todos los días
- todos los días menos de 5 cig./día
- todos los días entre 5 y 10 cig./día
- todos los días entre 10 y 20 cig./día
- todos los días, más de 20 cig./día

Si no fumas casi todos o todos los días sáltate las dos próximas preguntas.

50. Respecto a cómo conseguiste tu primer cigarrillo, contesta la respuesta más adecuada.

- me lo dio mi padre
- me lo dio mi madre
- me lo dio un hermano
- me lo dio un amigo
- lo cogí de casa
- lo compré yo
- de otra forma → cuál.....

51. Aproximadamente qué edad tenías cuando fumaste tu primer cigarrillo

52. Escribe, por favor, todas las marcas de tabaco que recuerdes.

.....
.....
.....

(haz un esfuerzo por recordar lo más posible)

53. Escribe todos los tipos de bebidas alcohólicas que recuerdes:

.....
.....
.....

(haz un esfuerzo por recordar lo más posible)

54. Escribe ahora, por favor, todas las marcas de bebidas alcohólicas que recuerdes:

.....
.....
.....

(haz un esfuerzo por recordar lo más posible)

55. Escribe todas las enfermedades que creas se relacionan con el fumar:

.....
.....
.....

56. Escribe, por favor, todas las enfermedades que creas se relacionan con el consumo frecuente de bebidas alcohólicas:

.....
.....
.....

(haz un esfuerzo por recordar lo más posible)

De las siguientes bebidas, marca con una aquellas que tomes tú, tú familia o tus amigos

	vino	cerveza	anís coñac licores	whisky gin, ron cubatas	otras
57. tu padre					
58. tu madre					
59. tus hermanos					
60. tus amigos					
61. tú bebes					

62. Indica la frecuencia con la que sueles tomar cada una de las siguientes bebidas

	Todos los días	Más de 3 días a la semana	2-1 días a la semana	Varias veces al mes	Alguna vez al año	NUNCA
VINO						
CERVEZA						
AÑIS/COÑAC LICORES						
WHISKY/GIN/ RON/CUBATAS						
OTRAS						

Indica: cuál o cuáles.....

.....

63. Para las bebidas que han indicado, que bebes todos los días/más de 3 días a la semana o 1-2 días a la semana, indica en qué situaciones sueles beber:

	EN CASA		FUERA DE CASA	
	EN LAS COMIDAS	FUERA DE LAS COMIDAS	ESTANDO SOLO	ESTANDO CON AMIGOS
VINO				
CERVEZA				
AÑIS/COÑAC LICORES				
WHISKY/GIN/ RON/CUBATAS				
OTRAS				

64. ¿Te has emborrachado alguna vez?

- nunca
- menos de 3 veces
- 3 ó más veces

65. Si has bebido o bebes, ¿cuántos años tenías aproximadamente cuando tomaste por primera vez alguna de las bebidas anteriores?

66. ¿Dónde estabas la primera vez que bebiste alcohol?

- en casa con mi familia
- en casa solo
- en una fiesta con amigos
- en una boda, o fiesta familiar
- un bar, pub, discoteca
- otros sitios
- no sé / no contesta

67. Escribe todos los nombres de aquellas sustancias que creas que son drogas:

.....
.....
.....
.....

Respecto de las sustancias conocidas popularmente como drogas, marca con una la respuesta correcta para cada pregunta, pues aunque el tabaco y el alcohol pueden ser drogas ya contestaste antes:

- | | si | no |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 68. ¿te han ofrecido droga alguna vez?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. ¿alguien de tu familia consume drogas?.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. ¿algún amigo tuyo consume drogas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. ¿has consumido alguna vez drogas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Contesta a las siguientes preguntas solo si consumiste droga alguna vez (en caso contrario pasa a la pregunta número 76)

72. ¿cuántos años tenías la primera vez?

73. ¿Dónde estabas la primera vez que consumiste droga?

- estaba solo
- con los amigos
- en una fiesta
- en un pub, bar, discoteca
- otros

74. Cómo se llama la droga que probaste por primera vez:

.....

75. La forma en que probaste droga la primera vez fue:

- fumando
- inhalando, esnifando
- pinchada
- de otra forma

76. ¿Conoces alguna enfermedad que se relacione con las drogas

1.....sí.....cuál.....

2.....no

Si en los últimos tres meses has tomado por tu cuenta (sin indicación de tu médico) alguna medicina de los grupos abajo indicados, tacha con una x el número de veces que la tomaste (si no tomaste ninguna, pasa a la pregunta 86)

- 77. contra el dolor.....1 2 3 4 5 ó más veces
- 78. para abrir el apetito.....1 2 3 4 5 ó más veces
- 79. tranquilizantes.....1 2 3 4 5 ó más veces
- 80. para dormir.....1 2 3 4 5 ó más veces
- 81. para estudiar.....1 2 3 4 5 ó más veces
- 82. para adelgazar.....1 2 3 4 5 ó más veces
- 83. otras.....1 2 3 4 5 ó más veces

84. Las medicinas que tomaste, ¿las toma alguien en tu casa?

- si
- no
- no sé

85. Si tomaste alguna de ellas, ¿lo saben tus padres?

- si
- no
- no sé

86. Cuando estás enfermo, acudes normalmente, a un...

- médico general
- médico de familia
- pediatra
- especialista en adolescentes

87. La visita médica la realizas normalmente, en un

- ambulatorio o centro de salud
- domicilio particular
- consulta privada
- hospital
- por teléfono
- otras

Marca con un la respuesta a cada pregunta si es verdadero o falso, según tu opinión.

- | | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 88. Tengo muchos amigos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. Tengo amigos íntimos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90. Me es fácil hacer amigos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 91. Mis amigos me ayudan si tengo problemas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 92. Mis amigos piensan como yo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 93. Me gustaría tener más amigos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 94. Me enfado mucho con mis amigos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Respecto al tema de la sexualidad:

95. La información sexual que has recibido, la consideras:

- suficiente
- insuficiente
- nula

96. ¿Con quién hablas o sueles hablar de sexualidad?

- con tu madre
- con tu padre
- con ambos
- con tus amigos
- con tu novio-a
- con el médico
- con profesores
- con otras personas

97. ¿Quién crees que debería impartir la información sobre este tema?.....

98. ¿Sabrías describir el aparato genital masculino?

si

no

99. ¿Y el aparato genital femenino?

si

no

Respecto a tu familia:

100. ¿cuántas personas viven en tu casa? (incluyéndote tú).....

101. ¿cuántos hermanos sois? (incluyéndote tú).....

102. ¿qué lugar ocupas entre ellos?.....

103. ¿cuántos años tiene tu padre?..... no lo sé

104. ¿cuántos años tiene tu madre?..... no lo sé

105. tus padres en la actualidad:

están casados

están separados

no tengo padre

no tengo madre

Marca con una la respuesta más correcta según tu opinión:

106. en mi casa hablamos mucho entre todos.....

	si	no
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107. mis padres son amigos míos.....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

108. puedo hablar con mis padres de mis problemas.....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

109. mis padres discuten continuamente.....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

110. me llevo bien con mis hermanos.....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

111. mis padres me quieren mucho.....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

112. mis padres se llevan bien con mis hermanos.....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Respecto a tus estudios, marca con una aquellas respuestas que pienses son más acertadas:

- | | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 113. He repetido algún curso escolar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 114. He tenido asignaturas pendientes de un año para otro... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 115. Pienso seguir estudiando después de BUP..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 116. Estoy contento con mis profesores..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 117. Me gusta estudiar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 118. Me llevo bien con los compañeros de clase..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 119. Mis profesores están contentos conmigo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 120. Mis padres están contentos conmigo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En cuanto a tu domicilio habitual, contesta a las siguientes preguntas:

121. La casa donde vives es:

- un piso
 un chalet adosado
 un chalet individual

122. ¿Tienes una habitación para ti solo?..... si no

123. Tacha con una el número de TV que hay en tu casa:

1 2 3 más

124. Número de teléfonos que hay en tu casa.

1 2 3 4 ó más

125. ¿Tienen tus padres otra casa para pasar los fines de semana o las vacaciones?

si no

126. Tacha con una el número de coches que tiene tu familia

1 2 3 4 ó más

127. Tienes moto..... si no

128. Tu padre en la actualidad:

trabaja

esta en paro

129. Describe la profesión y el puesto de trabajo de tu padre

.....
.....
.....

130. Tu madre en la actualidad

Trabaja fuera de casa

Trabaja en casa para ganar un sueldo (modista, costurera...)

Trabaja solo en casa (tareas del hogar)

Está en paro

131. Describe la profesión y el puesto de trabajo de tu madre

.....
.....
.....

IX. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- AARO LE, WOLD B, KANNAS L: *Health behaviour in schoolchildren, a WHO cross-national survey: A presentation of philosophy, methods and selected results of the first survey. Health Promotion: an international journal*. Ed. Oxford University Press.1986; 1:17-33.
- AJURIAGUERRA J: *Manual de psiquiatría infantil*. Cap XXV:869-932. 4ºed. Toray-Masson. 1980.
- ALMENARA BARRIOS J, RUIZ JIMENEZ MA, RODRIGUEZ MARTIN A: El hábito de tabaco en la población juvenil gaditana. *An Esp Pediatr* 1990; 32(4):333-335.
- ALONSO VAREA JM, GÜEL I ROVIRA P: El consumo de drogas entre la población escolarizada de Vilanova i la Geltrú (Barcelona). *Drogalcohol* 1986; 9(3):101-107.
- ALVAREZ FJ, QUEIPO D, DEL RIO MC: Patterns of Drug Use by Young People in the Rural Community of Spain. *British Journal of Addiction* 1989; 84:647-652.
- ALVIRA MARTIN F: Cambios en el consumo de bebidas alcohólicas en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Reis* 1986; 34:11-130.
- AMERICAN ACADEMY ON PEDIATRIC. COMMITTEE ON ADOLESCENCE: Ingestión y abuso del alcohol: un problema pediátrico. *Pediatrics* (ed esp) 1987-1988; 23:185-188.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON ADOLESCENCE. COMMITTEE ON BIOETHICS AND PROVISIONAL. COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE: Screening de drogas adictivas en niños y adolescentes. *Pediatrics* (ed esp) 1989; 28(2): 111-112.
- AMERICAN ACADEMY ON PEDIATRICS. COUNCIL ON CHILD AND ADOLESCENT HEALTH ,1987-1988: Límites de edad de la Pediatría. *Pediatrics* (ed. esp.):1988; 25:330.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON COMUNICATIONS: Impact of rock lyrics and music videos on children and youth. *Pediatrics* 1989; 83:314-315.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON COMUNICATIONS: Children, adolescents and television. *Pediatrics* 1990; 85:1119-1120.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMITE DE LA JUVENTUD: Nuevos conocimientos sobre los adolescentes fumadores. *Pediatrics* (ed esp) 1976; 1(4):317-318.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON GENETICS AND ENVIRONMENTAL HAZARDS: The environmental consequences of tobacco smoking implications for public policies that affect the health of children. *Pediatrics* 1982; 70:314-315.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON ENVIRONMENTAL HAZARDS: El fumar involuntario. Un riesgo para los niños. *Pediatrics* (ed esp) 1986; 21:331-334.
- AMERICAN ACADEMY ON PEDIATRICS. PROVISIONAL COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE: Abuso de drogas: selección de los Programas de Tratamiento. *Pediatr* (ed esp)1990; 30(1):59-60.

- ANDALUCIA, 89:** *Plan andalúz sobre drogas: Informe de la situación 1986-1989*. Comisionado para la Droga. Conserjería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía. Junta de Andalucía. Sevilla. 1989; 7-81.
- ANUARIO ESTADISTICO 1987:** Volumen II. Municipios de la Comunidad de Madrid. Edita Conserjería de Economía de la Comunidad. 1987.
- ARANA J:** Factores socio-familiares de la adicción a las drogas. En: "*Drogas y Familia*" Cap:1 (7-22). Ed Covarrubias. Madrid, 1987.
- ARANA J, CARRASCO JL:** *La juventud como es. Informe ISAF-80*. Ed.: Dirección General de la Juventud. Ministerio de Cultura. Instituto de Ciencias del Hombre. Editorial Karpos. 1980
- ARBESMAN H:** Fast-food fare. *N Engl J Med* 1990; 322:558.
- ASHTON J, SEYMOUR H:** *La Nueva Salud Pública*. Ed. Masson. Barcelona. 1990.
- AYUNTAMIENTO DE MADRID, 1990:** *Informe técnico del Proyecto de Evaluación e Intervención de la Prevalencia y Prevención de las Drogas Legales en la Población Escolar*. (Sin Publicar). Areas de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. 1990.
- BAGNALL G:** Use of alcohol, tobacco and illicit drugs amongst 13-year-olds in three areas of Britain. *Drug and Alcohol Dependence* 1988; 22:241-251.
- BALLABRIGA A:** Estilo de vida, medio ambiente y enfermedades en la infancia. *An Esp Pediatr* 1990; 33(s 42):1-19.
- BANDURA A, WALTERS RH:** Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. *Alianza Universal*, nº74. Sexta edición. Alianza Editorial. 1980.
- BANDURA A:** Teoría del Aprendizaje Social. *Espasa Universitaria, Colección Psicología*. Editorial Espasa Calpe. 1982.
- BANESTO:** *Anuario Estadístico del Mercado Español*. Edita Banco Español de Crédito. 1987.
- BANESTO:** *Anuario Estadístico del Mercado Español*. Edita Banco Español de Crédito. 1989.
- BLACK D:** La depresión en los niños. *Brit. Med. Journal* (ed. esp.) 1987; 2:23-24.
- BLANCO AGUILAR J:** El consumo de drogas en la provincia de Cádiz. Un análisis cualitativo. *Comunidad y Drogas* 1986; 2:41-60.
- BONET DE LUNA C:** *Perfil de Salud del Adolescente Escolarizado de Madrid*. Tesis Doctoral.(Sin publicar). Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. 1988.
- BOWLBY J:** *La separación afectiva*. Cap XXI. (347-386). Ed. Paidós. 1985.
- CALAFAT FAR A, AMENGUAL MUNUAR M, MEJIAS GARCIA G:** Consumo de Drogas en Enseñanza Media. Comparación entre 1981 y 1988. *Rev Esp Drogdep* 1989; 14(1):9-28.
- CANCINI L, CINGOLANI S, COMPAGNONI F, MAZZONI S:** Juvenile drug addiction: a Typology of Heroin Addicts and Their Families. *Family Process* 1988; 27(3): 261-271.
- CARBONELL MASIA C, GARCIA CAMBA E, RAMOS BRIEVA J:** Relaciones familiares y sentimientos filiales en las drogodependencias. En: "*Drogodependencias. Actas del IX Congreso Internacional sobre*

Bibliografía.

Prevención y tratamiento de las drogodependencias". Instituto Social de Servicios Sociales . Ministerio de Sanidad y Consumo. 1980:49-61.

CARDENAS GARCIA C: Los medios de comunicación de masas y el consumo de alcohol en edades tempranas. En: *Alcohol y Juventud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Madrid. 1991:69-76.

CARDENAS GARCIA C: El consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia. Condiciones contribuyentes. *Drogalcohol* 1986; 11:58-65.

CASTELLS CUIXART P: Drogadicción en el ámbito pediátrico. *MDP Monografías de Pediatría*. Psiquiatría Infantil 1985; 27:38-44.

CASTELLS CUIXART P: El niño, el adolescente y la televisión. *An Esp Pediatr* 1990; 33(s 43):200-204.

CIS, 1986: Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. REIS 1986; 34:243-419.

CIS, 1988: El problema de la droga. (Datos de Opinión). Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. REIS. 1988; 43:199-328.

CIS, 1990: Estructura Social y Salud. *Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), Estudios y Encuestas*, 1990; nº 22.

COBO MEDINA C: *Paidopsiquiatría Dinámica I. Higiene mental infante-juvenil en nuestra sociedad española actual*. Servicio de Publicaciones de los Laboratorios Roche. 1983. Madrid.

COE RM: Sociología de la Medicina. Editorial Alianza. *Colección Alianza Universidad nº55*, cap 1. Madrid, 1984.

CONE CA, PELTO PJ: *Guía para el estudio de la antropología cultural*. Fondo de Cultura Económica. 1979. Madrid.

COOMBS RH, FAWZY FI, GERBER BE: Patterns of Cigarette, Alcohol, and Other Drug Use among Children and Adolescents: A Longitudinal Study. *The International Journal of the Addictions* 1986; 21(8):897-913.

COSTA M, LARREA M, LOPEZ E: El consumo de drogas: Un aprendizaje social (1). *Páginas de Salud*. Ed Servicio Regional de Salud. Comunidad de Madrid. 1991; 2:77-104.

CRESANTA JL, BURKE GL, DOWNEY AM: Prevención de la Aterosclerosis en la Infancia. *Clin Ped Nort Am*. 1986; 4:881-905.

DAVIS GRIMES J, SWISHER JD: Educational Factors Influencing Adolescent Decision Making Regarding Use of Alcohol and Drug. *Journal of Alcohol and Drug Education* 1989; 35(1):1-15.

DAVIS RD: Current trends in Cigarette Advertising and Marketing. *N Engl J Med* 1987; 316(12):725-732.

DEMBO R, SCHMEIDLER J, BURGOS W: Lyfe-Style and Drug Involvement among Youths in an Inner City Junior High School. *The International Journal of the Addictions* 1980; 15(2):171-188.

DIETZ WH: Prevención de la Obesidad Infantil. *Clin Ped Nort Am* . Prevención en la Atención Primaria. 1986; 4:869-879.

DONADEU LUENGO J, LAZCANO HERNANDEZ JL: Drogadicción en niños y adolescentes españoles. Un problema cada vez más cercano. *Pediatrka* 1986; 6(5):200-202.

Bibliografía.

- DRABMAN RS, HANRATTY THOMAS M:** ¿Produce apatía el ver violencia en la televisión?. *Pediatrics* (ed esp) 1976; 1(3):222-224.
- DUNNE FJ, SCHIPPERHEIJN AM:** Alcohol and the Young. *Alcohol and Alcoholism*. 1989; 24:213-215.
- DURAN MA:** *Desigualdad Social y Enfermedad*. Editorial Tecnos. Colección de Ciencias Sociales. Serie Sociología. Madrid. 1983.
- EDIS, 1985:** *El Consumo de Drogas en España*. Equipo de Investigación Sociológica (EDIS). Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Cruz Roja Española. 1985.
- EDIS, 1989:** *Pobreza y desigualdad social en España. Necesidades, Recursos y Balance Social*. Editorial Popular. Cáritas Diocesana de Madrid. 1989.
- EDIS, 1981:** *Estudio del alcoholismo en Andalucía*. Granada. Edita Caja de Ahorro de Granada. 1981.
- ELVIRA JORBA J, MAÑOSA MONCUNILL A:** Drogas y Publicidad. *Drogalcohol*, 1986; 11(4):140-146.
- ELZO J, ORIZO F, AYESTARAN S:** *Juventud vasca 1986. Informe sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores de la juventud vasca actual*. Edita Gobierno Vasco. Departamento de Cultura y Turismo. 1986.
- ESPINOSA A:** El País. Domingo 12 enero 1992. Pag. 8.
- FEINBLOOM RI:** Niños y Televisión. *Pediatrics* (ed esp) 1976; 1(3):205-207.
- FIELDING JE:** Smoking: Health effects and control (first part). *New Eng J Med* 1985; 313(8): 491-498.
- FIELDING JE:** Smoking: Health effects and control (Second part). *New Eng J Med* 1985; 313(9): 555-561.
- FREEDMAN DS, SRINIVASAN SR, CRESANTA JL:** Cardiovascular risk factors. From birth to 7 years of age: the Bogalusa heart study. Serum lipids and lipoproteins. *Pediatrics* 1987; (s 80):789-796.
- FUNES ARTIAGA J:** *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990b.
- FUNES ARTEAGA J:** Los adolescentes: socialmente problemáticos. *Comunidad y Drogas. Monografías*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990a; 10:29-45.
- GADOW KD, SPRAFKIN J:** Field experiments of television violence with children: evidence for an environmental hazard?. *Pediatrics* 1989; 83:399-405.
- GARCIA CALVENTE MM, NAVARRO ALONSO JA, GONZALEZ PALACIOS A:** Efectos del tabaco sobre la salud infantil. El niño como fumador pasivo. *An Esp Pediatr*, 1987; 26 (1):60-64.
- GARCIA DE JALON P:** Opioides endógenos y dependencia morfinica. En: "*Drogodependencias. Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y tratamiento de las drogodependencias*". Instituto Social de Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1980:81-89.
- GARCIA ALVAREZ A, GRAÑA GOMEZ JL:** Un Servicio Social de atención y reinserción del drogodependiente. En: "Ramos PF, García Alvarez A, Graña Gómez JL: *Reinserción social y Drogodependencias*" Ed. Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social. 1987:240-245.
- GILI M, GINER J, LACALLE JR, FRANCO D:** Interrelaciones entre el consumo de tabaco y alcohol. Resultados de un estudio de base poblacional. *Comunidad y drogas*. 1989b; 13/14:53-61.

Bibliografía.

- GILI M, LACALLE JR, NIETO C, VELASCO A:** Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol. *Revisiones en Salud Pública* 1989a; 1:133-158.
- GLEATON TJ, SMITH SP:** Drug use by urban and rural adolescents. *J Drug Education* 1981; 11(1):1-8.
- GLUECK CJ:** Pediatric Primary Prevention of Atherosclerosis. *N Engl J Med* 1986; 314:175-177.
- GOIRIENA DE GANDARIAS FJ, FERNANDEZ ILLERA B, RAMOS CALVO PM:** Estudio epidemiológico del alcohol y tabaco en los adolescentes de la Comunidad Autónoma Vasca. *Rev San Hig Pub* 1988; 62:1749-1764.
- GONZALES JJ, DE LUCAS A, ORTI A:** Estudio de base sobre la Juventud Rural Española. 1984. En: *Revista de Estudios de Juventud* 1985; 18:231-266.
- GONZALEZ MAS R:** La televisión produce violencia, pasividad y pesadillas en los niños, según un estudio. *El País*, 23 de diciembre de 1991. Madrid.
- GONZALEZ CAJAL J:** Ergomanía, paro y drogadicción. En: "*Drogodependencias. Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y tratamiento de las drogodependencias.*" Instituto Social de Servicios Sociales Ministerio de Sanidad y Consumo. 1980:173-179.
- GONZALEZ HACHERO J, GARCIA SANCHE R, ARGUELLES GALLARDO E:** El niño adolescente y drogadicto. Perspectiva pediátrica. *An Esp Pediat* 1990; 33(s 43):260-265.
- GREGORY L:** Psychotropic effects of caffeine. *Am Family Physician.* 1988; 37(5):167-171.
- HAMOSH M, HAMOSH P:** Obesidad. *Anales Nestlé* 1990; 48:76-89.
- HAP M, JOOSENS L:** L'initiation au tabac chez les jeunes de 12 à 15 ans en Belgique francophone. *Psychotropes* 1985; 2(3):73-77.
- HERNANDEZ GARCIA JM, JIMENEZ LOPEZ JS:** Embarazo en la Adolescente. *MDP. Monografías de Pediatría: Patología Tocoginecológica en la Infancia y Adolescencia.* 1989; 56:11-24.
- HINOJAL FONSECA R, BOBES GARCIA J, HEVIA RODRIGUEZ E:** El uso de drogas entre los adolescentes de Asturias. *Boletín de Estupefacientes*, 1985; vol 37, nº2-3:49-54.
- HODGE B, TRIPP D:** *Los niños y la televisión.* Ed. Planeta. Colección Nueva Paideia. 1988.
- HOEBEL EA, WEAVER T:** *Antropología y experiencia humana.* Ed Omega. Barcelona. 1985:200-337.
- HOPKINS JR:** *Adolescencia. Años de transición.* Colección Psicología. Ed. Pirámide SA. Madrid. 1987.
- JAFFRE JH:** Semejanzas y diferencias entre las modalidades de consumo de drogas en diferentes países. En: Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. *OMS. Cuadernos de Salud Pública* 1981; 73:108-117.
- JAFFRE JH.:** Drogadicción y abuso de drogas. En: GOODMAN GILMAN A: *Las bases farmacológicas de la terapéutica.* 7º ed. del inglés. Ed. Panamericana. 1985:510-554.
- JUVENTUD, 77:** *Informe de la Encuesta de la Juventud 1977.* En: Cuadernos de Documentación nº1. Ed. Instituto de la Juventud. Ministerio de Cultura. Dirección General de la Juventud 1978.
- JUVENTUD, 88:** *Informe de la Juventud en España 1988.* Instituto de la Juventud. Ministerio de Asuntos Sociales. 1989.

- JUVENTUD 89:** *Juventud en cifras*. Instituto de la Juventud. Ministerio de Asuntos Sociales. 1989.
- KANDEL DB, ISRAEL ADLE, SUDIT M:** The Epidemiology of Adolescent Drug Use in France and Israel. *Am J Pub Health* 1981; 71(3): 256-265.
- KESSLER DA.:** The Federal Regulation of Food Labeling. *N Engl J Med* 1989; 321:717-725.
- KING P, COLEMAN JH:** Drogas estimulantes y narcóticos. En: *Clin Ped Nort Am: Dependencia química*. 1987; 2:381-396.
- KWITEROVIH PO:** Biochemical, clinical, epidemiologic, genetic and pathologic data in the pediatric age group relevant to the cholesterol hypothesis. *Pediatrics* 1986; 78:349-362.
- LAPORTE SALAS J:** El consumo de drogas en el medio universitario. En: *"Drogodependencias. Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y tratamiento de las drogodependencias"*. Instituto Social de Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1980:31-47.
- LARAÑA RODRIGUEZ E:** El aumento de la delincuencia en España durante los últimos años. Evolución y factores. En: *De Juventud Revista de Estudios e Investigaciones* 1982;8:27-73. Ed. Ministerio de Cultura. Dirección General de la Juventud.
- LAURER RM, LEE J, CLARKE WR:** Factors affecting the relationship between childhood and adult cholesterol levels: the muscatine study. *Pediatrics* 1988; 82:309-318.
- LOPEZ ROIS F, COUSELO SANCHEZ JM, GALLEGO GARCIA MD:** El hábito de tabaco entre la población infantil. *An Esp Pediatr* 1985; 23(4):241-245.
- LUNA BLANCO D:** *Modificación de conducta por aprendizaje vicario*. Tesis Doctoral. (Sin publicar). Universidad Complutense. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Madrid. 1977.
- LUSTICK MJ:** Bulimia in Adolescents: A Review. *Pediatris. Adolescents Symposium*. 1985; 76 (part 2):685-690.
- MALO DE MOLINA CA:** *Los españoles y la sexualidad*. Ediciones Temas de Hoy. Colección España Hoy. 1992.
- MAPA SANITARIO (a):** *Datos demográficos y sanitarios del conjunto de la Comunidad de Madrid*. Serie: Plan Estratégico de Atención Primaria. Edita: Comunidad de Madrid. Conserjería de Salud. 1991; 2:276-281.
- MAPA SANITARIO (b):** *Datos demográficos y sanitarios del conjunto de la Comunidad de Madrid*. Serie: Plan Estratégico de Atención Primaria. Edita: Comunidad de Madrid. Conserjería de Salud. 1992; 3:114-122.
- MARDOMINGO MJ:** La adolescencia: ¿Una edad en crisis?. En: *MDP Monografías de Pediatría*. Patología de la Pubertad. 1984; 17:35-38.
- MARDOMINGO MJ:** *Aspectos psicosociales de la adolescencia*. VI Simposium de Pediatría Social 1983. Córdoba. Libro de Actas, 1983:18-32.
- MARKLUND O, STRANDELL A:** *Health behaviour in Swedish school children: a WHO cross-national survey*. Göteborg: University of Göteborg. Department of Education and Educational Research, 1987. 54 p.
- MARTINEZ LLAMAS A:** *Patología del consumo de tabaco*. Ed. Glosa, 1989.
- MARTINEZ RODRIGUEZ JM, FERNANDEZ RODRIGUEZ MN:** El abuso de drogas en la adolescencia. *Rev Salud Publ de Castilla y León*. 1989; 2(1):29-37.

Bibliografía.

- MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY. COMMITTEE ON NUTRITION:** Fast-Food Fare. Consumer Guidelines. *N Engl J Med* 1989; 321:752-756.
- MATO REBOREDO JM:** Droga y Criminalidad. En: "*Drogodependencias. Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y tratamiento de las drogodependencias*". Instituto Social de Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1980:173-179.
- McANARNEY ER:** Medicina del adolescente: desarrollo a lo largo del tiempo. *Pediatrics* (ed esp) 1988; 26:71-73.
- McCARTHY WJ, NEWCOMB MD, MADDAHIAN E:** Smokeless tobacco use among adolescents: demographic differences, other substances use, and Psychological Correlates. *J Drug Education*, 1986; 16(4):383-403.
- McDONALD DI:** Drugs, Drinking and Adolescent. *Am J Dis Child* 1984; 138:117-125.
- McDONALD DI:** Prevención del tabaquismo y farmacodependencia en el adolescente. En: *Clin Ped Nort Am: Prevención en la Atención Primaria*. 1986; 4:1046-1055.
- McDONALD DI:** Patrones del consumo de alcohol y drogas entre los adolescentes. En: *Clin Pediat Nort: Dependencia Química*. 1987; 2:305-320.
- MCHUGH MJ:** Abuso de sustancias volátiles. En: *Clin Pediat Nort Am: Dependencia química*. 1987; 2:365-372.
- MEAD M:** Coming of Age in Somoa. Citado en "HOEBEL EA, WEAVER T: *Antropología y experiencia humana*. Cap 1, pág 8-9. Ed. Omega. Barcelona. 1985:200-337.
- MEMORIA DEL PLAN NACIONAL CONTRA LA DROGA. 1988:** Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1988.
- MEMORIA DEL PLAN NACIONAL CONTRA LA DROGA. 1990:** Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1990.
- MEMORIA DE LA FISCALÍA ESPECIAL PARA LA PREVENCIÓN Y REPRESIÓN DEL TRÁFICO ILEGAL DE DROGAS, 1990:** *Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico de Drogas*. Memoria correspondiente al año 1990. Ministerio de Justicia.
- MENDOZA R, BLANCO J, MARTIN DE LA CONCHA P y col:** *Los escolares y la salud. Estudio de los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional contra la Droga. Madrid. 1988.
- MENDOZA R, SAGRERA MR:** *Los escolares y la salud. Avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionados con la salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional contra la Droga. Madrid. 1990.
- MONISMITH SW, SHUTE RE, PIERRE RW:** Opinions of seventh to twelfth graders regarding the effectiveness of pro-and anti-smoking messages. *J Drug Education* 1981; 11(3):213-225.
- MONTAGUT A:** La publicidad de unos cigarrillos sube las ventas un 32% entre los jóvenes de EEUU. *El País*, sab. 14 dic. 1991. Madrid.
- MUNICIPIO DE MADRID, 1989:** *El Consumo de Drogas en el Municipio de Madrid*. Plan Municipal contra las drogas del Municipio de Madrid. Ayuntamiento de Madrid. 1989.
- NAVARRO V:** *La Medicina bajo el capitalismo*. Editorial Critica. Grupo Editorial Grijalbo. 1978:(110-130) y (225-230).

Bibliografía.

- NEEDLE R, SU S, LAVEE Y:** Familial, Interpersonal, and Intrapersonal Correlates of Drug Use: A Longitudinal Comparison of Adolescents in Treatment, Drug-Using Adolescents Not in Treatment, and Non-Drug-Using Adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 1988; 23(12):1211-1240.
- NEWCOMB MD, BENTLER PM:** Frequency and Sequence of Drug Use: A Longitudinal study from early Adolescence to Young Adulthood. *J Drug Education* 1986; 16(2):101-120.
- NICHOLI AM:** The Nontherapeutic use of Psychoactive drugs. A Modern Epidemic. *New Eng J Med* 1983; 308(16):925-933.
- O'ROURKE AH, O'BYRNE DJ, WILSON-DAVIS K:** Smoking among schoolchildren. *J Royal College General Practitioners*, 1983; 33:569-572.
- OMS (1964):** *Comite de expertos de la OMS en drogas que causan dependencia. Serie Informes Técnicos* 1964; 273:5-8.
- OMS (1966):** *Comite de expertos de la OMS en drogas que causan dependencia Serie Informes Técnicos* 1966; 343:11-12.
- OMS (1977) :** *Comite de Expertos. Necesidades de salud en el adolescente. Serie de Informes Técnicos n° 609.* 1977.
- OMS (1978):** *Alma Ata 1977. Primary Health Care.* WHO. Geneve. 1978.
- OMS (1981):** *Regional Strategy for Attaining Health For All by the Year 2000.* Eur/Rc 3018. rev 1. WHO, Copenhagen.1981.
- OMS (1982):** Los problemas relacionados con el alcohol: Una amenaza creciente para la salud: *Crónica de la OMS* 1982; 36:243-247.
- OMS (1984):** *Promoción de la Salud. Conceptos y principios.* 1984.
- OMS (1986):** *Young People's Health. A Challenge for Society.* WHO, Geneva. 1986.
- OTTAWA:** *Promoting Health Through Public Policy. Canadian Public Health Association.* Ottawa, Canadá. 1986.
- PAIDOS'84:** *Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil.* Estudios Sociológicos Bernard Krief. Edita Danone S.A.. 1985.
- PARES A, CABALLERIA J, RODAMILANS M:** Consumo de alcohol y accidentes en Barcelona. Estudio epidemiológico. *Med Clin* 1988; 90:759-762.
- PARRA CAMPOS G:** Los menores con farmacodependencia a los inhalantes industriales. En: *"Drogodependencias. Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y tratamiento de las drogodependencias"*. Instituto Social de Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1980:365-369.
- PEDRIQUE BARCENA B, VALVERDE MORDT Q, SANCHEZ T:** Estudio descriptivo de la población consumidora de heroína asistida en el servicio de urgencias de un hospital general de Madrid. *Rev San Hig Pub* 1987; 61:1209-1227.
- PERE-ORIOLO COSTA, PEREZ TORNERO JM, MONTERO MD:** La información sobre <Droga> en la televisión en España. *Comunidad y Drogas*, 1988; 10:31-45.
- PEREZ FERNANDEZ E:** Una aproximación a las relaciones entre conductas adictivas y delincuencia en la población juvenil. *Comunidad y Drogas* 1990; 16:39-49.

- POYO CALVO F, MARTINEZ GARCIA JJ, CUADRADO CALLEJO P:** *Problemas relacionados con el alcohol. Informe técnico para Atención Primaria.* Edita: Conserjería de Salud de la Comunidad de Madrid. 1990.
- PRIETO JL:** La imagen de la droga en la prensa española. *Comunidad y drogas*, 1987;4:29-45.
- RAMON CAVERO MA, BRONAT SINOVAS JR, COLAS SANJUAN J:** Primeras impresiones sobre la población asistida en el ambulatorio piloto del Centro Asistencial de Drogas de la Cruz Roja Española. En: *"Drogodependencias. Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y tratamiento de las drogodependencias"*. Instituto Social de Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1980:475-487.
- RICHARD D:** El niño que esnifa. *Tiempos Médicos* 1988; 372:65-67.
- RIOJA, 86:** *El Consumo de Drogas en la Rioja. Epidemiología, motivaciones y factores de riesgo.* Colección Aragón de Bienestar social. Diputación General de Aragón. Zaragoza. 1986.
- ROBSON WJ:** Alcohol Abuse in Adolescence. *Alcohol and Alcoholism* 1984; 19:177-179.
- RODRIGUEZ JA:** *Salud y Sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español.* Editorial Tecnos. Colección de Ciencias Sociales. Serie Sociología. Madrid. 1987.
- ROGER PD, HARRIS J, JARMUSKEWICZ J:** Alcohol y adolescencia. En: *Clin Pediat Nort: Dependencia Química.* 1987; 2:321-336.
- ROOTMAN I, MOSER J:** Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar las soluciones adecuadas. *OMS, Publicación en offset* n° 81. 1985.
- RUIZ FERNANDEZ ME:** *Delincuencia juvenil : Un estudio psicológico y socio-familiar.* (Tesis Doctoral) Servicio Científico Roche. 1985.
- RUIZ JIMENEZ MA, ALMENARA BARRIOS MJ, RODRIGUEZ MARTIN y col:** de alcohol en la población juvenil gaditana. *An Esp Pediatr* 1990; 32(5):438-440.
- SAENZ MC, GONZALEZ CELADOR R, RODRIGO SANCHEZ N:** Estudio comparativo de tres indicadores de clase social familiar: Ingresos, estudios y barrio de residencia. *Rev San Hig Pub* 1987; 61:1159-1166.
- SAN MARTIN H, PASTOR V:** *Salud Comunitaria. Teoría y práctica.* Ediciones Díaz de Santos. 1988.
- SANCHEZ VILLARES E:** El adolescente en la sociedad actual. *An Esp Pediatr* 1988; 29(s 32):291-299.14.
- SANTO-DOMINGO J:** Problemas relacionados con el alcohol en niños y adolescentes. *An Esp Pediatr* 1990; 33(s 43):269-272.
- SCOTT HD, MARCIANO L, CABRAL R:** Cigarette Smoking among Public High School Student-Rhode Island. *JAMA* 1986; 256(11):1422-1423.
- SCHUCKIT MA, RUSSEL JW:** Clinical Importance of Age at First Drink in a Group of Young Men. *Am J Psychiatry* 1983; 140:1221-1223.
- SCHWARTZ RH:** Marihuana. Una revisión general. En: *Clin Pediat Nort: Dependencia química.* 1987; 2:337-350.
- SEBASTIA HERRANZ J, CARDENAS GARCIA C, GUTIERREZ GOMEZ A:** Análisis descriptivo de la publicidad de bebidas alcohólicas. *Rev Esp Drogodep* 1989; 14(1):45-52.

Bibliografía.

- SERRA GRIMA JR:** Actividad física y corazón. *Jano* 1987; (29 mayo-4 junio) vol XXXII; 777: 59-70.
- SEVA DIAZ A, DOURDI PEREZ F:** Aspectos epidemiológicos de las drogas Institucionalizadas. En: "Drogodependencias. Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y tratamiento de las drogodependencias". Instituto Social de Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1980; 337-349.
- SIMON HB:** Medicina del deporte. En: *Scientific American Medicina. Tópicos de Actualidad en Medicina (TAM)*, 1985-86; 1:2-30.
- SINGER DG:** Alcohol, Television and Teenagers. *Pediatrics. Adolescents Symposium*. 1985; 76(part 2):668-674.
- SMART RG, HUGHES PH, JOHNSTON LD:** A methodology for student drug-use surveys. WHO. Geneva. *Offset publication* n° 50.1.
- SMITH DE, SCHWARTZ RH, MARTIN DM:** Abuso de cocaína en adolescentes. *Pediatrics* (ed esp) 1989; 27(4):189-191.
- SOLER PUIG J, FREIXA F:** Epidemiología del alcoholismo en España. En: SOLER INSA, "Trastorno por Dependencia del Alcohol" Ed. Delagrangue. 1988:(cap I)23-40.
- SORIA J:** Investigación de los efectos de la bebida en la conducción y en los accidentes. Ed. Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. *Revista Tráfico*, año VIII; 1992; 73:10-17.
- ST. GEORGE D, DRAPER P:** A health policy for Europe. *Lancet* 1981; 463:5.
- STRASBURGER VC:** Sex, Drugs, Rock'N'Roll: An Introduction. *Pediatrics. Adolescents Symposium*. 1985; 76(part 2):659-663.
- STRASBURGER VC:** Children, adolescents and television. *Pediatrics* 1989; 83:446-448
- SWADI H:** Drug and Substance Use Among 3.333 London Adolescents. *Brit Jour Addiction* 1988; 83:935-942.
- TARACENA DEL PIÑAL B:** Adolescencia. Problemática médico-social. *Pediatriska* 1989; 9:180-184
- TARACENA DEL PIÑAL B:** Aspectos profesionales de la asistencia al adolescente. *An Esp Pediatr* 1988; 29(s 32):116-126.
- TEMPLE MT, MIDDLETON K:** The Variability of Drinking Patterns and Problems among Young Men, Age 16-31: A Longitudinal Study. *The International Journal of the Addictions* 1985-86; 20:1595-1620.
- THE LANCET. EDITORIAL:** El consumo de nicotina después del año 2000. *Lancet* (ed. esp.) 1991; 19(4):221-213.
- TOJO T:** Televisión y salud infantil. El papel del pediatra y la Pediatría. *An Esp Pediatr* 1990; 33(s 43):188-195.
- TORRES HERNANDEZ MA:** Consumo de Drogas entre estudiantes de Bachillerato Superior de la Provincia de Valencia. Tesis Doctoral. (Sin Publicar). (Existe un extracto en: Drogalcohol, vol X,1985; 1:15-20.
- TUCKER LA, BAGWELL MR:** Television Viewing and Obesity in Adult Females. *Am J Publ Health* 1991; 81:908-11.
- USANDIZAGA JA, CANO ML, RODRIGUEZ R:** Embarazo en la adolescencia. *Ponencia oficial al 19º Congreso Nacional de Ginecología. Libro de Ponencias*, 1987:11-34.

Bibliografía.

- VAQUE RAFART J, SALLERAS SANMARTI L:** Acciones antitabáquicas desarrolladas en Cataluña. *Atención Primaria* 1987; 4(vol especial nº 1): 4-9.
- VESIN P:** El niño y la televisión. Lo que el pediatra tiene que saber. *Pediatrka* 1989; 6(9):279-282.
- VILOUTA BELLO ML, GESTAL OTERO JJ:** Estudio del hábito tabáquico en escolares del medio rural gallego. *Rev San Hig Pub*, 1982; 56:427-445.
- WERCH CH, GORMAN DR, MARTY PJ:** Relationshi between alcohol consumption and alcohol problems in young adults. University of Arkansas. *J Drug Education*, 1987; 17(3):261-275.
- WILLS TA:** Stress, coping and tobacco and alcohol use in early adolescents. En: Shiffman and Wills. *Coping and substance Use*. New York: Academic 1985:67-94.
- WOLFISH MG:** Trastornos del sueño en los niños. *MTA-Pediatría*, 1988; 9(5):259-267.
- WOLFISH MG:** La sexualidad en los adolescentes. *MTA-Pediatría*, 1989; 10(5): 223-230.
- ZARRAGA JL:** Estudio sobre el conocimiento y uso de drogas entre los jóvenes. (Programas de investigaciones Básicas sobre la Juventud en España). En: "*Juventud y droga*" Ministerio de Cultura 1985.
- ZUCKERMAN DM, ZUCKERMAN BS:** Television's Impact on Children. *Pediatrics*, 1985; 75:233-239.