

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

FACULTAD DE MEDICINA



ASPECTOS SOCIO-SANITARIOS DE LA ADOLESCENCIA.

Estudio de una población de alumnos de

4º de EGB, 8º DE EGB Y 3º DE BUP

de Madrid capital.

TESIS DOCTORAL

JERONIMO GOMEZ LOPEZ

AÑO 1994

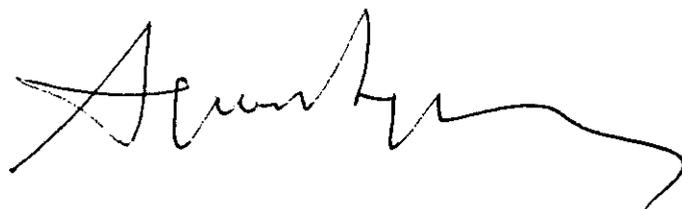
D. ANGEL NOGALES ESPERT, CATEDRATICO DE PEDIATRIA DE LA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID,

Hace constar,

que D. JERONIMO GOMEZ LOPEZ, licenciado en Madrid, ha
realizado bajo mi dirección el trabajo titulado "Aspectos
socio-sanitarios de la adolescencia. Estudio de una
población de alumnos de 4º EGB, 8º EGB y 3º BUP de Madrid
capital", para ser defendido como Tesis Doctoral.

Este estudio se encuentra terminado y reúne, en efecto,
las condiciones para ser presentado como Tesis Doctoral.

Madrid veinte de mayo de mil novecientos noventa y cuatro.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Angel Nogales Espert', with a long horizontal flourish extending to the right.

D. ENRIQUE CASADO DE FRIAS, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO
DE PEDIATRIA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID,

Hace constar,

que D. JERONIMO GOMEZ LOPEZ ha realizado el trabajo
"Aspectos socio-sanitarios de la adolescencia. Estudio de
una población de alumnos de 4º EGB, 8º EGB y 3º BUP de
Madrid capital", bajo la dirección del Prof. D. Angel
Nogales Espert, miembro de este Departamento, para ser
presentado como Tesis Doctoral.

El estudio se encuentra terminado y puede ser defendido
como Tesis Doctoral.

Madrid treinta de mayo de mil novecientos noventa y cuatro.



DEDICATORIA

A mis hijos:

JAVIER, FERNANDO y ANA

AGRADECIMIENTOS

A todos los alumnos que han hecho posible este trabajo mediante sus respuestas; y a los profesores y directivos de los colegios encuestados por todas las facilidades recibidas.

A la Dra. López Jiménez por su inestimable ayuda en toda la estadística así como por sus inapreciables consejos.

A Luis Gómez por la ayuda recibida tanto en las copias de la encuesta como por las soluciones a los problemas que me fue creando la informática.

Al Dr. Iglesias López por los desvelos que le produjo conseguirme el programa estadístico.

Y por último, aunque no en mi reconocimiento, al Profesor Nogales por su dirección, su empuje, su experiencia y su confianza que ha hecho posible la finalización de este trabajo.

INDICE

1.- Introducción: "Aspectos socio-sanitarios de la adolescencia".....	7
1.1 Relaciones familiares y escolares	
1.1.1 Relaciones familiares.....	24
1.1.2 Relaciones escolares.....	26
1.2 Tiempo de ocio.....	27
1.2.1 Lectura.....	28
1.2.2 Televisión.....	28
1.2.3 Educación Física y Deporte.....	32
1.2.4 Hábitos o costumbres.....	35
1.2.4.1 Tabaco.....	37
1.2.4.2 Alcohol.....	43
1.2.4.3 Drogas.....	51
1.2.4.4 Relaciones sexuales.....	54
1.3 Alimentación.....	59
1.4 Higiene y medicina	
1.4.1 Higiene personal.....	63
1.4.2 Higiene dental y flúor.....	64
1.4.3 Reconocimientos médicos en salud.....	66
1.4.4 Prescripción de medicamentos.....	67
2.- Objetivos.....	69
3.- Material y método:	
3.1 Material.....	73
3.2 Método:	

3.2.1 Población estudiada y	
Selección de la muestra.....	74
3.2.2 Recogida de la información	
3.2.2.1 Diseño de la encuesta.....	77
3.2.2.2 Realización de la encuesta....	78
3.2.3 Metodología informática y estadística.	80
3.3 Encuesta.....	82
4.- Resultados.....	94
4.1 Niveles socioeconómicos.....	96
4.2 Relaciones familiares y escolares.....	99
4.3 Lectura.....	104
4.4 Televisión o vídeo.....	107
4.5 Educación Física y Deporte.....	108
4.6 Alimentación.....	110
4.7 Higiene y Medicina.....	116
4.8 Tabaco.....	121
4.9 Alcohol.....	123
4.10 Drogas.....	125
4.11 Relaciones sexuales.....	128
5.- Comentarios.....	132
5.1 Relaciones familiares y escolares.....	135
5.2 Ocio:	
5.2.1 Lectura.....	138
5.2.2 Televisión o vídeo.....	141
5.2.3 Educación Física y Deporte.....	142
5.2.4 Hábitos o costumbres.....	144
5.2.4.1 Tabaco.....	146

5.2.4.2 Alcohol.....	149
5.2.4.3 Drogas.....	156
5.2.4.4 Relaciones sexuales.....	158
5.3 Alimentación.....	164
5.4 Higiene y medicina:	
5.4.1 Higiene personal.....	172
5.4.2 Higiene dental y flúor.....	174
5.4.3 Reconocimientos médicos en salud.....	175
5.4.4 Prescripción de medicamentos.....	176
6.- Conclusiones.....	179
7.- Bibliografía.....	187

INTRODUCCION

La adolescencia sigue siendo, en la actualidad, una época de la vida mal conocida [1].

La definición más escueta de la misma es la de la O.M.S.[2]: "época de la vida que abarca desde los 10 a los 19 años"; la que nos parece más apropiada, aunque resulta algo ambigua, es la de la Academia Americana de Pediatría: "proceso físico-social que comienza entre los diez y los quince años de edad con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina alrededor de los veinte, cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicosocial" [1].

Esta definición que no precisa unos márgenes cuantitativos concretos es, al menos, la que englobaría todas las demás definiciones que hemos encontrado.

Alfonso X en el 1275 decía [3]: "Como quando los omnes comiençan en la su tercera edad a la que dizen adolescencia, e esto es de quinze annos adelante". Esta es la primera definición que hemos encontrado en español. Setenta años más tarde (1345) García Castroviejo la remata diciendo: "...la tercera edad dura fasta los veynte e ocho años" [3]. Según esto la "adolescencia o mancebía"

sería desde los quince hasta los veintiocho años. Más adelante, en 1427, Villena [3] la recorta "fasta los veinte". Y en el 1490 Palencia [3] vuelve a definirla "desde los quinze años fasta los XXVIII"; pero ya introduce un estadio puberal importante: "Ephebia es la primera entrada de la adolescencia, quando aún no sale el vello en la barba". Se repite esta definición en La Lozana Andaluza de Delicado, en el 1528: "Agora está vuestra merçed en la adolescencia, que es quando apuntan las baruas". Comprobamos, pues, que los años que limitan la adolescencia cambian con el tiempo.

Se ha definido estadios dentro de esta etapa. Así lo hizo Villena y también Clavijo Fajardo [3]: "La pubertad es compañera de la adolescencia y precursora de la juventud" (1787). El Diccionario Enciclopédico de la Medicina JIMS [4] dice que juventud es el período de la adolescencia entre la pubertad y la madurez. Así mismo, el Comité de Expertos de la OMS en Necesidades de Salud de la Adolescencia considera de 10 a 14 años la primera fase y de 15 a 19 la segunda fase; y en ciertas publicaciones utiliza el término juventud para designar el período entre 15 y 24 años. Según la A.E.P. podemos hablar de Herbiatría como especialidad para tratar a los jóvenes entre 14 y 18 años [5].

En los diccionarios españoles estudiados, la

definición mayoritaria es "período de transición entre la infancia y la edad adulta" [6-8]. Y aún hemos encontrado una que estaría en contra de todas: "edad entre la niñez y la pubertad" [9]. Hay también definiciones que son tan solo somáticas: "Epoca que sigue a la infancia y que se extiende desde los primeros signos de la pubertad hasta que el cuerpo ha adquirido toda su madurez física" [10, 11], o "termina con el acceso a los roles y funciones de la edad adulta" [8].

Pero lo que realmente nos parece importante no es la maduración física, sino los cambios psicosociales que ésta produce en el adolescente. Es por esto por lo que decimos que cualquier definición de la adolescencia no sólo debe englobar los cambios somáticos, sino también, y primordialmente, los psíquicos. Las diferencias de edades que comprenden las definiciones antes mencionadas tienen mucho que ver con el momento social en que éstas surgieron. Por ejemplo, la definición "edad entre la niñez y la pubertad" es de la postguerra española, momento en que los púberes tenían que salir a la calle no sólo a ganarse la vida, sino a veces hasta para mantener a su propia familia. Por contra hemos llegado a leer que "la adolescencia puede aparecer como creación de la época moderna, pues la inserción social de los jóvenes en el mundo de los adultos, con los deberes y derechos que esto comporta, se hacen cada vez más tarde" [7]. De-

finición muy poco real si tenemos en cuenta la ya citada de Alfonso X. En lo que sí se puede estar de acuerdo es que en la época moderna, o más aún en los últimos veinticinco años, es cuando ha aparecido una conciencia de los escasos conocimientos que se poseen sobre este tema y un deseo de aumentarlos.

La diferente percepción y trato que los adolescentes reciben del mundo comercial y del mundo social, es una de las muchas contradicciones a las que está sometido. Si los adolescentes son casi inexistentes para los servicios sociales, para el mundo comercial son unos personajes altamente especiales como consumidores directos, indirectos (a través de las familias) y también potenciales (incorporación de hábitos de consumo). El mundo comercial emite mensajes seductores para los adolescentes, en clave adolescente, produciendo imágenes en las que reflejarse y que estimulan el consumo, en este caso creando líneas específicas de moda, música, alimentación, etc, adolescentes [12] (se calcula que los niños están expuestos a más de 350.000 anuncios televisivos antes de cumplir los 18 años [13]).

El hecho de lo problemática que ha sido siempre para lo adultos esta etapa ya lo encontramos en una tablilla cuneiforme del año 3.000 A.C.: "La juventud de hoy está podrida hasta la médula y es mala, irreve-

rente y perezosa. Nunca será del pasado y será incapaz de conservar nuestra civilización". Así mismo, lo comprobamos con lo que los discípulos de Sócrates (s. IV A.C.) dicen que él opinaba sobre ellos: "La juventud de hoy ama el lujo, tiene pésimos modales y desdefía la autoridad. Muestran poco respeto por sus superiores y prefieren insulsas conversaciones al ejercicio. Son ahora tiranos y no los siervos de sus hogares. Ya no se levantan cuando alguien entra en su casa. No respetan a sus padres, conversan entre sí cuando están delante de sus mayores, devoran la comida y tiranizan a sus maestros".

Shakespeare decía: "La juventud, aun cuando nadie la combata, halla en sí misma su propio enemigo". El refranero español: "Aún no ha salido del cascarón y ya tiene presunción". Y ya en momentos más cercanos a nosotros (noviembre 1985) se decía en el British Medical Journal: "Todo el mundo sabe que los adolescentes pueden crear dificultades, y es mejor mantenerse lejos de ellos hasta que sus hormonas descansen".

La adolescencia es un momento crucial y especialmente vulnerable del desarrollo de la personalidad. Es una etapa de tránsito en la que los jóvenes sufren la desproporción que existe entre las inmensas expectativas del futuro y la exigua realidad del presente, entre sus potencialidades teóricas y sus habilidades prácticas.

Existe la necesidad de entender los procesos de evolución, no de una forma separada o aislada, sino perteneciente a un proceso amplio, en el que siempre se producen crisis y son precisamente estas crisis las que permiten los cambios [14].

La adolescencia sería un proceso desarrollado en un marco histórico determinado en el que ocurren sucesos (unos estabilizadores y otros problemáticos). Tal proceso no siempre es lineal hacia adelante, sino que en ocasiones se producen caídas y conductas desviadas. Esta "evolución en crisis", que es la adolescencia, no puede entenderse sin referencia al adulto, que es quien lo define. Como tampoco puede entenderse sin referirse a las peculiaridades psíquicas del joven en busca de su identidad y, sobre todo, en sus intentos por incorporarse a un mundo que acepta a muy pocos y no tiene vías de acceso, un mundo que rechaza pautas de conducta y modos de "ganarse la vida" que no son los homologados [15]. La lucha entre el adolescente y su familia es tanto más dura cuanto que la crisis de adolescencia de los hijos reactiva la de los padres, los cuales al sentirse poco estables interiormente, reaccionan mostrándose más intransigentes, rechazando toda discusión [7,16]. Decía D. Winnicott [7] en 1962 que "la amenaza que representa el adolescente se dirige a esta parte de nosotros que no ha tenido realmente su adolescencia, y despierta un resen-

timiento hacia aquellos que disfrutaban este período".

El adolescente quiere ser independiente de los padres, pero teme perder la seguridad que tenía siendo niño. Quiere la libertad, pero se da cuenta de lo muy dependiente que todavía es y a veces reacciona violentamente. No hay que olvidar que en el fondo está influenciado por la familia, la escuela, la religión y, asimismo, por sus compañeros [17]. La separación se plantea en un proceso de crisis evolutiva que exige adaptaciones mutuas del adolescente y su familia, del adolescente y su medio [14].

Toda legislación en la medida en que forma parte de una supraestructura jurídico-política [18], expresa un código de valores existentes en un momento dado; en este sentido, podremos decir que toda legislación de menores que va desde la Ley de 13 de agosto de 1904, sobre protección de la infancia, hasta llegar al texto refundido sobre protección de menores de 11 de junio de 1948, y la práctica jurídica que la acompañó, ha estado condicionada por su momento histórico. Las referencias al menor que se recogen en estos textos legales tienen un sentido protector-paternalista-moralizante, dado que el niño es un ser irresponsable digno de protección y sobre el cual el padre tiene poderes omnímodos. Una de las intervenciones que obliga al Ministerio Fiscal en defensa

de los menores es el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen (tema muy importante en un momento en que la intervención de menores en la publicidad y la utilización de su imagen en "spots", carteles, publicaciones, etc., está adquiriendo gran importancia).

El precedente histórico de los Tribunales de Menores, según autores de Derecho Penal como Cuello Colón, Gualart, Pérez Vitoria, es la institución del Padre de Huérfanos cuyo origen más antiguo conocido es el de Valencia "en el año del Señor de 1337, el día antes de las nonas de Marzo, o sea el 6 de dicho de mes", luego el de Aragón y luego el de Navarra [19]. Con este sentido protector-paternalista-moralizante fue como comenzaron los Tribunales Tutelares de Menores que se implantan [20] por ley de Bases de 2 de Agosto de 1918, se refunde por Decreto el 11 de Junio de 1948 y se modifica por Decreto de 25 de Febrero de 1976.

En nuestra legislación [18,21,22] hay falta de Normativa Jurídica adecuada y de medios en los organismos jurisdiccionales que conocen de esta temática. Falta de instituciones apropiadas y de coordinación entre las ya existentes dependientes de las administraciones central y autonómica. Falta del conocimiento del joven inadaptado y su problemática personal, de servicios es-

pecializados en su tratamiento, así como de conocimiento y de comprensión social del problema y sus raíces. Jurídicamente, en las leyes y disposiciones debiera efectuarse una diferenciación clara entre delincuentes propiamente dichos y jóvenes asociales o difíciles, autores de conductas atípicas pero no delictuales (vagabundos, rebeldes, drogadictos y demás autores de conductas socialmente molestas, pero no recogidas en el Código Penal como faltas o delitos). Esta falta de diferenciación exige una mayor responsabilidad a los jóvenes que a los mayores de edad penal, juzgándoseles por conductas que, respecto de los mayores, no son constituyentes de delito o falta y, por tanto, castigadas con penas en el Código Penal. Antes de los 16 años no hay responsabilidad penal, la valoración jurídica de esa edad y las medidas a adoptar son competencia del Tribunal Tutelar de Menores; de 16 a 18 años existe responsabilidad penal, circunstancias atenuantes y se puede sustituir la pena por internamiento en centro especial; y ya a partir de los 18 años se entra de lleno en el ámbito penal [23].

De Arenaza en el 1924 decía: "el menor delincuente se incuba en la familia irregular, mal alimentada y peor alojada, enferma o miserable, viciosa o delincuente; se fomenta, al amparo de una instrucción incompleta mal concebida y peor orientada; se fortifica y perfecciona en la vagancia y en el trabajo no reglamen-

tado de la vía pública..." [24]

Un número considerable de adolescentes que no logran un lugar en el rol social reconocido como normal, debe socializarse en otros ámbitos que pueden ser problemáticos, como la calle o la permanencia en la escuela a su pesar, acumulando fracasos. Así se produce una cultura juvenil urbana asociada muchas veces al consumo de alcohol y otras sustancias que no hay que ignorar [15].

Según Funes [15] seguimos una Ley de Tribunales Tutelares de Menores de 1948, profundamente anti-constitucional, pero que a casi nadie le molesta que siga en vigor. En función de las necesidades del adolescente les aplicamos criterios paternalistas según los cuales "por su bien" han de ser internados en un centro, porque allí serán cubiertas sus necesidades. Hay que decidirse en temas como la descriminalización de las conductas, la desjudicialización de los conflictos más elementales, la exclusión de la infancia del mundo penal, la exclusión de medidas básicamente represivas como la privación de libertad, la definición del catálogo de intervenciones posibles desde la propia comunidad... Todo ello previo reconocimiento de la persona adolescente; reconociéndoles los derechos fundamentales de todo ciudadano y responsabilizándoles, en términos educativos, de sus actos.

Se pueden destacar cuatro aspectos fundamentales en la adolescencia [25]:

1.- Independencia del medio familiar: durante la fase temprana se van alejando de todo cuanto les une a su infancia y, por tanto, de los padres [7]; pierden interés por sus opiniones, aumentando los conflictos con ellos y presentando actitudes desconcertantes, hechas de desafíos y dependencia para provocar reacciones que indiquen que son objeto de preocupación. Al final de la adolescencia se aceptan la mayoría de los valores morales de la familia.

2.- Imagen corporal: los cambios físicos corporales producen gran preocupación y una inseguridad por su aspecto físico, se sienten extraños dentro del nuevo cuerpo y en ocasiones desencadenan estados hipocondríacos. Con el tiempo se produce una aceptación progresiva del cuerpo y un intento de hacerlo más atractivo (segunda fase). Los vestidos y el arreglo personal adquieren mucha importancia. Laufer [26] comenta: "el adolescente no tiene asumida su imagen corporal y cuando la asume puede ser falsa".

3.- Amistades: existe un gran interés por los amigos del propio sexo al comienzo de la adolescencia, adquiriendo gran influencia de las opiniones de los amigos y dejando relegadas las de los padres. Esto puede suponer un estímulo positivo (interés por deporte, lectura, etc.) o destructivo (drogas, alcohol, etc.). En la segunda fase

se establecen pandillas entre ambos sexos, ya que, aislado el adolescente de su medio ambiente familiar, busca la compañía de los que tienen sus mismas preocupaciones; y en la tercera, se buscan relaciones más estrechas con amigos del sexo contrario. El grupo va perdiendo interés y se forman las parejas.

4.- Identidad: aparecen sentimientos de despersonalización y confusión interior que provocan sufrimiento y autodesprecio, cambios frecuentes de humor, impulsividad y brusquedad en afectos. Hay por tanto que "instruir a la juventud riendo, reprender sus defectos con dulzura y no atemorizarla con el nombre de la virtud" (Molière). En general, muestran una conducta inmadura, la rebelión del adolescente pasa necesariamente por la crítica de los valores de la sociedad de los adultos (familia, trabajo, religión) para llegar a la construcción de un sistema propio de valores [7], como dijo Goethe: "la juventud debe ser estimulada, no instruida". La primera etapa es la edad de las vocaciones idealizadas, aumenta progresivamente la capacidad intelectual, sentimiento de omnipotencia. "Individual y colectivamente, la juventud necesita creerse, a priori, superior. Claro que se equivoca, pero éste es precisamente el gran derecho de la juventud: equivocarse impunemente" (Ortega y Gasset). Este sentimiento de omnipotencia junto a su gran impulsividad le lleva a un comportamiento arriesgado durante la fase media. Al final se establecen ideales sociales, morales y

estéticos más estables y vocaciones realistas: se adquiere la capacidad de planear el futuro y poner en marcha los mecanismos para conseguir la independencia económica.

Los problemas clínicos de la adolescencia [5] se pueden resumir en cinco: crecimiento, nutrición, desarrollo sexual, maduración y adaptación psicosocial y, por último, enfermedades propias, entre las que habría que incluir la alta incidencia de patología psicosomática, algunas infecciones, las enfermedades crónicas y las secuelas de esas patologías.

Si se tiene en cuenta todo lo anteriormente expuesto, podemos comprender que esta etapa es en la que más fácilmente se puede influenciar a la persona, tanto por la familia como por los amigos, medios sociales; es, por tanto, el momento en que estudiando su entorno familiar, su medio de vida, sus comportamientos, se puede averiguar cuál puede ser el mejor método de educación sanitaria. Si desde los servicios de atención se desea una aproximación hacia los adolescentes, sería conveniente conocer su opinión, sus vivencias, sus posibles propuestas [12].

Si entendemos por salud el estado de bienestar físico, psíquico y social, la educación sanitaria ha

de cuidar de establecer o modificar el comportamiento de los individuos hasta la consecución del bienestar en los tres aspectos señalados [27]. Se puede definir la educación sanitaria como el conjunto de actividades conducentes a la creación de hábitos personales, que permitan el fomento y conservación de la salud del individuo y de la colectividad. Tiende a despertar el sentido de la responsabilidad de la propia salud y de quienes nos rodean o dependen de nosotros [27], equipa a las personas con los conocimientos y habilidades que les permiten resolver problemas de salud [28]. La educación sanitaria, por tanto, ha de ser capaz de informar al individuo, a las familias, a la colectividad en general; convencer de los aspectos de la salud que se aportan en la información; y conducir a los individuos y familiares a modificar su comportamiento de modo que permita incrementar y preservar su salud [28].

El adolescente [29] muere mucho, enferma poco y va poco al médico. Muere por causas secundarias al llamado "riesgo del tipo de vida", y enferma de anorexia y bulimia y de enfermedades sociales: embarazo precoz, alcoholismo, drogadicción y marginación social.

En el seno familiar se viven las primeras experiencias alimentarias, afectivas, sociales, se aprende la higiene personal, se sufren las primeras agresiones

ambientales; en una palabra, se crean los hábitos de higiene y de convivencia que servirán de sustrato para edades posteriores de la vida [28]. Pero la educación sanitaria no sólo se puede realizar a través de la familia y así, la UNESCO y la Oficina Internacional de Educación en su Recomendación 63 del 14 de julio de 1967 ya somete a los Ministerios de los países miembros a que hagan una educación sanitaria adecuada a la edad y, en sus normas, indica cómo se puede realizar. Sin embargo nuestra Ley General de Educación en su contexto para la E.G.B. no señala la Educación para la Salud como objetivo específico, aunque parece implícito en su objetivo general [27]. Los grupos jóvenes constituyen una población diana fundamental a la hora de conseguir que vayan adquiriendo hábitos saludables para una etapa adulta y para aumentar el nivel general de los mismos entre la población española. Y los mismos adolescentes (sin diferencias por edad ni por sexo) reclaman la información sanitaria en todos los campos posibles [30]. El Plan Nacional sobre Drogas señala: "la educación sobre drogas en los centros docentes debe enmarcarse en la educación para la salud", mientras que la ONU en 1987 decía: "cuando sea conveniente, se debe prestar atención a la integración progresiva, en los programas escolares y las actividades extracurriculares, y en el marco de actividades relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida, de una nueva dimensión relativa a la prevención del uso indebido de drogas, lo

cual podría incluirse en las asignaturas y los programas existentes. De esta forma se asegurará la continuidad e intensificación de la prevención del uso indebido de drogas sin ampliar los ya recargados programas y sin ocasionar gastos adicionales al sistema educativo". Así un programa comunitario global sobre prevención de drogas hizo disminuir el consumo, consiguiendo un retraso (en el comienzo) de tres años en marihuana y semejantes para adolescentes con diferentes niveles de riesgo [31]. El gran problema sigue siendo quien debe realizar esa educación y según parece llega mejor la información cuando son los propios compañeros los que la imparten [32]; por ello, ahora se está preparando grupos de adolescentes para que realicen la educación sanitaria. Galán y Ortega [33] impartieron, durante dos cursos consecutivos, Educación para la Salud mediante un tratamiento interdisciplinar en un programa de EGB, comprobándose que los contenidos fueron mejor asimilados cuando se expusieron positivamente, resaltando las ventajas de los comportamientos saludables, en lugar de enfatizar o amenazar con los inconvenientes.

1.1 RELACIONES FAMILIARES Y ESCOLARES

1.1.1 FAMILIARES

La rebelión del adolescente rechaza cualquier compromiso, y aún a sabiendas por ejemplo que el consumo del alcohol, tabaco, drogas, la falta de actividad física y la mala nutrición es perjudicial no les importa y continúan haciéndolo [34]. El amplio sistema de medios de comunicación ha hecho que las perspectivas de futuro que tienen los jóvenes ahora sean más amplias; así mismo, las relaciones familiares han disminuido tanto por el aumento de separaciones y de cargas laborales en los progenitores como por la nueva situación laboral de la madre en los últimos años, que ha hecho que al encontrarse más solo, el adolescente aún se aisle más del medio familiar para buscar en edades más tempranas en la pandilla y en la salida a la calle ese sistema de valores que quiere hacer suyo. La situación familiar influye en la toma de decisiones del adolescente [215].

Es necesario realizar un análisis de la sociedad en la que se desarrollan las conductas de los adolescentes, si se quiere tener una visión global y ajustada de las mismas.

La familia es considerada como el lugar privilegiado de la socialización y disocialización. Al ser ella el medio en que se desarrolla la vida del niño en sus primeros años, es también la que configura las primeras experiencias, visiones del mundo, actitudes y relaciones sociales. Comúnmente es admitido que estas primeras experiencias, visiones, actitudes y relaciones determinan en gran medida las que posteriormente se vayan desarrollando en el proceso evolutivo y madurativo. Si las primeras experiencias con los padres son negativas por el desafecto, incomunicación, desorganización familiar, la vida del individuo estará orientada hacia actitudes y relaciones sociales negativas [35].

La culpabilización a los padres de "todo" lo que pasa al hijo, además de negativa para los nuevos procesos que se pretende iniciar, es inexacta, por ignorar que tanto los padres como el hijo son el resultado de otras interacciones. Al mismo tiempo, esta culpabilización de los padres hace el juego a la ideología de la dominación, pues, inculpándoles a éstos de los males de los hijos, desorienta e impide un verdadero diagnóstico de la realidad y exculpa de lo negativo de la misma a otras instancias sociales [35].

1.1.2 ESCOLARES

Si quitamos las horas de sueño, el porcentaje mayor del día lo ocupa el adolescente entre la escuela y los estudios en general (aunque más adelante comprobaremos que las horas de ocio son, para algunos, más que las que utilizan para estudiar).

La escuela, tal y como está establecido en la sociedad de hoy, es el sistema educacional por excelencia tanto de conocimientos humanos como sociales. Teniendo en cuenta lo que es el adolescente, cabría pensar en la conflictividad existente entre él y ese medio que le imparte teorías, de algunas de las cuales está, además, en contra; pero en cambio, comprobamos que un porcentaje alto (73%) no percibe o no ha percibido su estancia en el colegio como un período conflictivo [36]. Eso sí, se ha hecho más crítico y censor, como intentaremos demostrar con este trabajo.

Dado el contexto de competitividad en que se enmarca la escuela, el adolescente vive el fracaso en ella como la primera experiencia de fracaso social; esta experiencia genera en él un proceso de ruptura con el mundo de los adultos y de los iguales. El fracaso de socialización en la escuela está anunciando ya, en muchos casos, el éxito de la socialización en la calle. Los

jóvenes que han tenido una mala experiencia escolar son los mayores consumidores de drogas ilegales, los que más cometen hechos delictivos y los que, en mayor número de veces, han sido objeto de actuaciones de las instancias de control penal [35].

Con respecto a las horas que utilizan para estudiar [37], según otros trabajos, son realmente pocas: una media de 1,65 horas al día entre 15-16 años y 2,15 entre 17 y 19 años.

1.2 OCIO

Hemos agrupado en cuatro apartados diferentes las actividades realizadas por los adolescentes durante su tiempo de ocio. En la primera estudiamos las lecturas (prensa, revistas, tebeos, libros); en la segunda televisión y vídeo; en la tercera Educación Física y Deporte; y en la cuarta hemos incluido bajo el epígrafe de hábitos o costumbres al tabaco, alcohol, drogas y relaciones sexuales ya que están sumamente interrelacionados.

Según los últimos informes publicados [37] el adolescente español cada vez dedica más tiempo al ocio,

salvo para hacer deporte (que se practica menos, aunque con más intensidad que antes).

1.2.1 LECTURA

Según el Estudio General de Medios, la prensa se lee a diario por un 20% de adolescentes de 14 a 18 años; y si se coge el grupo de 15 a 24, desciende al 5,8%; la leen más los hombres (7,6%) que las mujeres (5,1%).

Sin embargo, los libros de entretenimiento son más leídos por las mujeres (17,2%) que por los hombres (12%), leyendo a diario el 14% de los adolescentes estudiados [37,38].

1.2.2 TELEVISION

La televisión es el medio social de comunicación por excelencia en nuestra sociedad, llegando a convertirse en un importante agente de socialización [39], y como complemento a ella ha aparecido el vídeo.

Los distintos programas y series televisivas ofrecen al receptor modelos que son reforzantes en sí mismos y que, en general, resultan muy efectivos para captar la atención y favorecer determinadas actitudes y patrones de conducta. Este hecho resulta especialmente significativo en el caso del público menor de edad, ya que la televisión es el medio de comunicación mayoritario entre niños y jóvenes, quienes dedican gran parte de su actividad diaria a ver la programación televisiva, al mismo tiempo que éstos suelen carecer de la capacidad crítica necesaria para analizar el contenido real o simbólico de los mensajes que está recibiendo [39]. La televisión enseña, educa e informa bien o mal; esto depende de su propio contenido, y además, de la actitud de los padres y los hijos ante ella [40]; no debe ser una niñera electrónica [41].

Según el Reading Literacy Study [42] los alumnos que ven televisión más de tres horas y media al día de promedio leen peor que los que ven menos.

A la televisión se le puede imputar cualquiera de los males que nuestra sociedad puede padecer. Al fin y a la postre es un eficaz sistema para enseñar [43], y lo malo es que no son los programas divulgativos los que más abundan, ni tampoco los que más se ven.

Los niños aprenden imitando a los adultos y es más probable que imiten un comportamiento si observan que un adulto obtiene alguna recompensa por él. La imitación directa es relativamente rara, mientras que la televisión actúa más insidiosamente, conformando actitudes y concepciones relacionadas con normas sociales. Una de las razones por la que los adultos subestiman la influencia de la televisión es quizás porque son conscientes de su fantasía; en cambio, los niños, por carecer de las aptitudes adultas de razonamiento, consideran que el mundo televisivo es real y conforman su comportamiento en consecuencia [41].

La tragedia de la televisión no es que mirarla sea siempre malo, ni que lo sea toda la programación, sino que, pese a que puede ser un maestro poderoso y efectivo de comportamientos edificantes y saludables, sin explotar comercialmente a niños pequeños e individuos vulnerables, la mayoría de las veces no lo es [41].

Mientras que en algunos países se utiliza la programación en general, o algunos programas específicos, para introducir los temas más significativos (de ahí el éxito de la serie "Sensación de vivir"), en España no sólo no se hacen este tipo de programas, sino que se compran los de máxima audiencia sin prever ni estudiar su impacto.

Vivimos en una sociedad realmente agresiva y es por ello por lo que se venden más los programas agresivos que otros, como puede apreciarse en la mayoría de los dibujos animados y en muchas series en nuestra televisión. Está demostrado [44-48] que según el tipo de programa que vea la persona, así es su conducta o comportamiento. Así, escenas violentas provocan conductas agresivas y antisociales [41], a mayor contenido sexual del programa preferido, mayor propensión a mantener relaciones sexuales [49]. Los anuncios, o más bien sus productos, estimulan conflictos y confrontaciones entre padres e hijos [48].

La televisión se ve una media de dos horas al día [37,38,50] (teniendo en cuenta que el 10%, aproximadamente, de este tiempo es para el vídeo), con un pico superior de dos horas y cincuenta minutos [37] para el grupo entre 15 y 16 años. La Academia Americana de Pediatría recomienda a los padres que sus hijos no vean más de una a dos horas de televisión por día, que controlen los programas y que los comenten con ellos. Ven más televisión los varones, los más jóvenes y los de clase social más baja [50-52].

Dedicar mucho tiempo a ella supone dejar de hacer otras muchas cosas: jugar, salir, hacer amigos, disfrutar con ellos, convivir, leer, pasear, correr,

descubrir el mundo, pensar por sí mismo. Pero también puede favorecer, de forma integral, el desarrollo personal; sólo hay que saber utilizarla [40].

Existe una correlación directa entre la obesidad y las horas de visión [53,54], la prevalencia de aquélla aumenta el 2% por cada hora que supera la norma [41]. Asimismo el hecho de ver más televisión hace que los adolescentes sean más insatisfechos y tengan más problemas de salud y de relaciones sociales [50] (se encierran dentro de sí mismos y de su televisión, costándoles mucho más salir a la calle y relacionarse con el medio ambiente), disminuyendo la creatividad [41]. Tucker en 1985 [39] comprobó que el nivel de consumo de alcohol era significativamente superior en los adolescentes que veían más horas al día la televisión. En Suecia [41] se prohibió la publicidad de alcohol en televisión a mediados de la década de 1970 y desde entonces su consumo per cápita ha disminuido el 20%.

1.2.3 EDUCACION FISICA Y DEPORTE

La actividad física es una necesidad humana y en el adolescente no sólo es necesaria para su desarrollo físico, sino también es buena para su formación psíquica,

estando perfectamente reglamentada [55] tanto por la Constitución como por Cartas Internacionales, Carta Europea del Deporte, Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Carta Europea de los Derechos de la Infancia y Ley General de Cultura Física y Deporte.

El adolescente puede realizar esta actividad de dos formas distintas: una, la Educación Física en la escuela, y la otra, la que realiza de forma extraescolar mediante la práctica del Deporte (que según el Consejo Internacional para la Educación Pública y el Deporte en 1968 es: toda actividad física con carácter de juego que adopta la forma de lucha con uno mismo o con otros, o constituye una confrontación con los elementos naturales).

La Educación Física está regulada (como asignatura que es) en la Ley de Educación. La Federación Internacional de Educación Física (1971) la define como la parte de la Educación que utiliza de una manera sistemática las actividades físicas y la influencia de los agentes naturales: aire, sol, agua, etc., como medios específicos. Ante esta definición nos encontramos con varios problemas: primero, esta asignatura aún no es considerada por muchas personas (alumnos, padres, profesores, dirigentes educativos) como parte de la educación; segundo, no se le dan las horas ni el lugar necesario

para realizarla; y tercero, no siempre las personas encargadas de impartir esta asignatura son las que tienen los conocimientos adecuados sobre ella. Por tanto creemos que no se puede considerar esta actividad mas que como una asignatura más y no como el comienzo de una enseñanza o práctica deportiva. Hay que intentar al menos que sirva para realizar campañas de promoción de salud [53]. El 53,8% declara hacer todo tipo de actividades, el 33,6% algún tipo y un 11,4% no recibe ningún tipo de Educación Física [56].

La actividad física extraescolar cada vez se realiza más pero hay dos hándicaps importantes a vencer. El primero sería que tan solo un 7,6% lo hacen a diario, y el segundo que sigue siendo primordialmente el hombre (11,6% contra 3,4%) el que lo practica [37,53]. El porcentaje de personas que lo hacen a diario es aún más bajo (8%) que el porcentaje de los que no hacen nada [57]. Cada vez se realiza de una forma más esquematizada, perteneciendo unos dos tercios a clubs y practicándolo entre tres y cuatro veces por semana [57,58]. Primordialmente el deporte mayoritario es el fútbol, después baloncesto, balonmano y balonvolea [57].

Podemos decir [36] que entre los que no practican deporte es donde se sitúa el índice más alto de drogas ilegales y de uso habitual de tabaco, mientras que

los que practican deporte, en la mayoría de los casos, no consumen drogas ilegales y el consumo de tabaco o no existe o es sólo de fin de semana. Dentro de los grupos de consumidores de alcohol y tabaco, los que beben de forma "ligera" y "alta" y los que fuman de forma "habitual", son los que con más frecuencia practican ejercicio físico [36,59].

1.2.4 HABITOS O COSTUMBRES

Bajo este epígrafe hemos querido reunir cuatro apartados que, aunque por su importancia merecen tratarse aisladamente, en la vida del adolescente están tan relacionados que en muchas ocasiones no se pueden separar.

Las relaciones interpersonales han pasado de realizarse a nivel intrafamiliar, a llevarse a la calle y a nivel profesional (trabajo, estudios). Esto nos ha llevado a unos comportamientos de cara a la sociedad, y con unos patrones muy estandarizados. La preadolescencia es una etapa importante en la adquisición de actitudes y hábitos que posteriormente son muy difíciles de cambiar [60].

Antes, el fumar era una cosa de adultos y el niño lo hacía por imitar, ahora está sucediendo lo mismo con el alcohol. Este ha sido sacralizado como instrumento de contacto y de relación al igual que anteriormente se hizo con el tabaco [61]. En este sentido debemos encender la luz de alarma sobre la falta de conciencia social del alcohol como droga [36].

Hay una interrelación entre tabaco, alcohol, drogas ilegales y relaciones sexuales. Por ejemplo: todos los que han fumado, bebido y tomado alguna droga ilegal han mantenido relaciones sexuales; en las mujeres está relacionada la disminución del consumo de alcohol con el abandono del tabaco [62] y, por contra, los fumadores inhaladores en general beben más [63].

Lo más importante [36], por tanto, es volver a constatar la estrecha interrelación que existe entre las drogas legales e ilegales, así como el hecho de que usar una droga es un buen predictor del uso de cualquiera de las otras (si no se toma alcohol y tabaco hay menos posibilidades de consumir cannabis). Además, las drogas ilegales están tendiendo a ocupar un espacio sociológico similar al de las legales, al igual que el alcohol ha hecho respecto al tabaco, y son prácticamente utilizados en la misma proporción los lugares de oferta (mayoritariamente fiestas con amigos, bares y discotecas) y las

personas que las ofrecen (amigos, conocidos y familiares), existiendo una interacción estadística entre la edad de consumo de alcohol, marihuana y otras drogas con los amigos [64].

El embarazo en las adolescentes [65], y especialmente en las menores de quince años, se ha considerado de riesgo elevado por presentar una mayor morbimortalidad materno-fetal que los de las mujeres adultas. En la década 65-74 hubo un aumento de partos del orden del 230% entre las de 15 y 19 años y del 250% en menores de 15 años. Una proporción creciente de estos embarazos acaba ahora en un aborto inducido, posiblemente más del doble que el de embarazos a término (para los franceses [66] unos 30.000 anuales en menores de 18 años y 3.000 en menores de 16).

1.2.4.1 TABACO

El tiempo ha ido demostrando, paulatinamente, las consecuencias nefastas a las que lleva el uso del tabaco. Esto ha hecho que los estudios sobre el mismo se hayan ido multiplicando; así hemos leído, durante la búsqueda bibliográfica, estudios sobre tabaco y goma de mascar [67], tabaco y caries [68], asimismo estudios sobre consumo y naciones (Nueva Zelanda [69], Grecia [70],

Dinamarca [71],...), en estados o comarcas (La Garrotxa [72], Missouri [73], Groenlandia [74], Carolina del Norte [75],...), y hasta entre delincuentes norteamericanos [76].

España es el país de la C.E.E. con mayor porcentaje de población joven fumadora, según revela una encuesta llevada a cabo en los doce países miembros de la C.E. [77]. El 15% de españoles entre 11 y 15 años fuma regularmente. A los 16 años los fumadores representan el 22% y en la población general el 39,2% [78]. En la relación de países fumadores precoces figuran, a continuación del nuestro, Dinamarca, Alemania, Francia y el Reino Unido. Los menos fumadores son los jóvenes de Italia, Grecia, Irlanda y Portugal.

En los últimos 40 años ha aumentado el consumo de tabaco en España [79], aunque un estudio [72] en la comarca de La Garrotxa diga que la prevalencia ha disminuido en el 86 con respecto al 82 y que empiezan a fumar un año más tarde. Las jóvenes ya casi fuman tanto como los jóvenes, teniendo el mayor índice de la C.E. con un 49% (C.E.E. en su conjunto el 39%). El 6% de las muertes de las mujeres es consecuencia del tabaco [79].

En nuestras comunidades autónomas también se ha estudiado su consumo; así en Baleares [36] nunca han

probado el tabaco el 29%, sólo lo han probado el 28%, fuman ocasionalmente el 18%, varias veces a la semana el 6% y a diario el 19%. En Tenerife [80] tienen experiencia en el consumo de tabaco el 18,87% de los alumnos de E.G.B., el 34,48% de los de B.U.P. y el 44,3% de los de F.P.; siendo el doble de fumadores varones en E.G.B., para pasar en el resto de estudiados el 14,6% de varones frente al 21,4% de hembras; dentro de esta provincia el mayor consumo en E.G.B. según las islas correspondería a Hierro, después Tenerife, La Gomera y la Palma, y para F.P. primero La Palma y luego Tenerife.

Según una encuesta entre alumnos de 7º y 8º de E.G.B. del Colegio La Salle-Sagrado Corazón fuman el 6%.

El gran problema de la lucha contra el consumo de tabaco es la cantidad de ingresos que produce en las arcas de los Estados por medio de los impuestos y el hecho de que para el consumidor es una droga barata [78]; por ello, lo difícil de legislar todo lo concerniente a él.

Los fumadores son más proclives a comer patatas chips, alimentos precocinados, alcohol, té, café y azúcar; los ex-fumadores se parecen a los no fumadores pero consumiendo mayor cantidad de alcohol, té, café, y

además toman frutos secos y pasteles [81].

El consumo de tabaco y alcohol está interrelacionado con el sexo, residencia, horas de trabajo remunerado, actividad física, relaciones sociales, creencias, desarrollo educativo y distrés psicológico [82,83].

Los patrones de consumo se establecen en la juventud [60,84-87]; cada día más de 3.000 niños empiezan a fumar en EE.UU. [88]. El comienzo va asociado al fracaso escolar y al menor rendimiento escolar [84], así como a los que más problemas personales tienen [89]; por contra, fuman menos los que van bien con los estudios y los atletas (aunque estos son los que más mascan tabaco) [89]. La edad de comienzo está descendiendo y últimamente las mujeres empiezan antes [85]. Los jóvenes fuman más cuando hay fumadores en casa [90]. Hay una influencia en el adolescente por parte de los padres, compañeros y parientes [91,92]; las chicas que viven solas con su padre fuman más [71]. Los anuncios sobre tabaco son reconocidos principalmente por los fumadores o por los que han probado el tabaco [93].

Ha incrementado su popularidad el tabaco que no se fuma (rapé, tabaco para mascar, u otras presentaciones que se introducen en boca o nariz) [94]. Es igual de cancerígeno y existe una correlación directa y real

con el uso prolongado de cigarrillos; además, los mascadores se hacen más adictos que los propios fumadores [94,95].

A causa del tabaco se producen muchas muertes [85], hasta el extremo de ser la primera causa de mortalidad prematura en EE.UU. [88].

La prevención del consumo del tabaco corresponde al médico [48,78,96] ya que está en una posición única en los primeros estadios [88]. La prevención o un retraso en el inicio modifica el consumo posterior de otras sustancias [60]. La evolución de los resultados sugiere que los programas más efectivos en la prevención del abuso de sustancias desde la escuela son los que refuerzan la capacidad personal de resistir a las presiones sociales [60], y con la colaboración entre escuela, comunidad y familia [97].

El 51% de los que fuman creen que en un futuro lo dejarán [91]. Los que fuman se consideran dependientes del tabaco [98]. Están más de acuerdo en fumar los adolescentes jóvenes que los adolescentes mayores [91].

El consumo de tabaco por parte de la mujer está aumentando [69,71,90,95], pero no sólo el fumado

sino también el tabaco de mascar llegándolo a probar un 15,3%, y habiéndolo utilizado de forma experimental hasta un 75% de las encuestadas por Riley [99]. Según Browson [95] las mujeres tienen más dificultad en dejar de fumar que los hombres.

Con respecto al consumo de los adolescentes norteamericanos podemos decir que los negros fuman menos que los blancos [95] (aunque cuanto más mayores consumen más tabaco, alcohol y marihuana [100]); que se fuma igual en zonas o barrios marginales que en los que no lo son [101]; que se comienza antes en medios rurales que en urbanos [95]; que los adolescentes de origen hispánico en EEUU fuman y beben más [102]. En Nueva Zelanda los nativos de una zona fuman más que los foráneos [69]; y los fumadores, aunque cada vez menor en número, lo hacen en mayor proporción [69].

El porcentaje de fumadores varía mucho de unos estudios a otros. Desde el 50% de chicas de 80 en Dinamarca [71] (de las que el 30% lo hacen a diario), al 45% de nivel de consumo elevado (4% más de quince cigarrillos al día) en los Altos Pirineos franceses [103], y al 22,3% de griegos que habían fumado regularmente en los últimos treinta días a la encuesta [70].

Respecto a edades comparativas queremos re-

ferirnos a dos estudios, uno danés [90] y otro de EE.UU. [92]. En el danés fumaban el 3% de once años, el 8% de trece y el 29% de quince, aunque a diario sólo lo hacían 0%, 2% y 6% respectivamente, habiendo probado el tabaco el 24%, 51% y 66%. En el norteamericano fuman a diario el 5,7% de trece años y el 9,7% de quince años, en fiestas suben al 15,6% y 35%, y a más de diez cigarrillos al día el 0,5% y el 44% respectivamente.

El 98% de los jóvenes encuestados por Hansen en Dinamarca opinan que es malo fumar [71].

1.2.4.2 ALCOHOL

El consumo de alcohol es uno de los problemas sociales más graves que tiene planteado nuestro país; ocupamos uno de los primeros puestos a nivel mundial en consumo diario medio de alcohol absoluto [104], y llegamos a tener un 7% de población alcohólica. Como comprobante del problema que el alcohol produce en nuestro medio tomemos en consideración [105-107]:

- Según Hicks: "el alcohol es la causa principal de mortalidad y morbilidad en los niños mayores de seis años" [212].
- El 40% del total de los internamientos psiquiátricos tienen diagnóstico de alcoholismo.

- Entre el 65 y el 75% de las cirrosis hepáticas tienen la misma causa.
- El 15% de las depresiones son atribuibles al alcohol.
- El 99% de los alcohólicos son también fumadores.
- La bebida produce 200.000 millones de pesetas de pérdidas a la economía nacional.
- La mitad de las denuncias por malos tratos tienen que ver con las copas de más, así como el 30% de los divorcios.
- El absentismo laboral es tres veces superior para los consumidores de alcohol.
- Beber es la causa de entre el 20 y el 25% de accidentes laborales y entre el 15 y el 25% de los que son mortales.
- En un Hospital General más de un 15% de las urgencias se deben al alcoholismo.
- En las urgencias quirúrgicas el 75% había consumido alcohol el mismo día.
- De los ingresos en un Hospital General el 25% tendrían problemas con alcohol y un tercio de los ingresados en servicios de digestivo cumpliría criterios de dependencia.
- De un 10 a un 20% de los retrasos mentales tienen etiología alcohólica.
- El 25% de los suicidios consumados tienen que ver con el alcohol, así como más de un 40% de la mortalidad de accidentes de tráfico.
- El 4,4% de todas las muertes en España están relaciona-

das con el alcohol, lo que le convierte en la cuarta causa de muerte.

- El alcoholismo padecido por la décima parte de la población española y con un coste social cifrado en casi 900.000 millones de pesetas anuales, se ha enquistado en los menores de edad con unos porcentajes alarmantes.

El alcohol se ha convertido en la droga más extendida entre la juventud española y tiende al liderazgo entre las toxicomanías de la C.E. [61]. En el caso del adolescente la exposición al alcohol tiene una gran fuerza al haberse asociado su consumo con el éxito social, la diversión, el ocio y la modernidad. Se ha asumido como droga barata, constituyendo un elemento de cohesión con los grupos de amigos, que hace muy difícil la intervención preventiva sobre la exposición [108]. La evolución de los hábitos de bebida entre los jóvenes indica claramente que el alcohol ocupa uno de los primeros lugares en las formas de evasión juveniles [36]. El consumo de alcohol en España ha aumentado entre 1950 y 1979 el 69%, y el de cerveza un 357%. En edades entre 15 y 17 años existe un 5% de "riesgo de alcoholismo" [105,109]. La tasa más alta de bebedores habituales se encuentra en los jóvenes de 18 a 29 años [110].

Los adolescentes consideran que el uso del alcohol y drogas es el signo de la nueva vida del adulto.

Por tanto, emborracharse por primera vez puede ser visto como un acto de autonomía e independencia [48]. Es por ello por lo que ocho de cada diez niños con edades comprendidas entre los once y los quince años reconocen haber consumido alcohol en proporciones claramente excesivas y que llegaron a alterar su equilibrio psicológico [61]. Según estudios del Ministerio de Sanidad, en 1986 el 19% de escolares de 6º y 7º de EGB manifestó que al menos una vez bebieron tanto como para emborracharse [111] y en 1990 llegaron al 30%, con una edad media de 13,4 años, embriagándose el 12% de 2º FP y 2º de BUP más de diez veces [112]. Los individuos que comenzaron a beber antes de los 16 años se encuentran entre los bebedores habituales excesivos y de consumo alto, en comparación con los que comenzaron a beber a una edad más avanzada [106].

Según la Dirección General de Planificación Sanitaria el 45% de los hombres y el 28% de las mujeres afirman que empezaron a beber entre los 15 y los 18 años, considerándose bebedores el 82% de hombres y el 60% de mujeres; en los últimos años se han incorporado el 9,2% de mujeres y el 6% de hombres.

La actitud hacia el alcohol y las drogas se aprende primero en casa, más tarde se aplica en grupos de amigos [48], y ya en la juventud se establecen los pa-

trones del uso del alcohol [84]. Con frecuencia se observa que el medio familiar ha sido el punto de partida, si no del alcoholismo, sí del aprendizaje de un hábito de consumo alcohólico [104]. Existe una relación con sexo, residencia, horas de trabajo remunerado, relaciones sociales, actividad física, creencias, desarrollo educativo, distrés psicológico [82]. Asimismo se asocia a fracaso escolar y a menor rendimiento en los estudios [84]. Los resultados de Collier [113] sugieren que algunos estudiantes de medicina comprometen su futura salud y su expediente académico por beber demasiado. Se bebe más en zonas marginadas [101] y en las tardes libres [103] y también lo hacen más las jóvenes que viven solas con su padre [71]. Existe una naturaleza interactiva de la edad con factores sociales, condicionados por la edad [114]. Ahora no hay diferencias significativas entre los que practican algún deporte y los que no [36]; en cambio, en el estudio realizado en 1981 se observó que era más frecuente el consumo entre los no deportistas; de ello se deduce que el hábito de beber alcohol está mucho más normalizado y su consumo, sobre todo en los fines de semana, ha pasado a ser un acto social más [36]. El sexo, raza y frecuencia de consumo no está relacionado con el hecho de llegar a alcohólico, pero sí cuando hay conflictos familiares [63,115] y hay que tener en cuenta que los grandes bebedores tienen un 2,8% más de mortalidad que los moderados [116]. Se habla [117] de bebedores

controlados, pero esta categoría debe considerarse con matices y reservas, pues aunque su aceptación puede suponer una buena operación comercial, pensamos que no tiene realidad clínica.

Para prevenir el uso y el abuso del alcohol hay que enfocar el tema desde un punto de vista sanitario (no moral) y desde los efectos que produce sobre terceras personas, ya que se altera la capacidad para relacionarse [48,214]. Las actuaciones preventivas primordiales deben girar en torno a un eje básico: retrasar en lo posible el inicio del consumo de bebidas alcohólicas [108,118].

Tongue [119] consideró una serie de medidas restrictivas sobre la disponibilidad del alcohol, llegando a la conclusión de que no tienen éxito por sí solas, debiendo ser empleadas con discreción y en relación con las otras medidas de información, educación, influencia sobre los estilos de vida y la buena utilización del tiempo libre. Esas medidas eran:

- 1.- Tipo y control de lugares de venta de bebidas alcohólicas: el fácil acceso al alcohol, resultado de un exceso de bares, tabernas y otros lugares de venta, claramente ofrece a los jóvenes un incremento de posibilidades de beber en grupos.
- 2.- Horario de apertura en dichos lugares de venta de bebidas alcohólicas: es difícil de analizar.

3.- Responsabilidad legal de quienes sirven o venden alcohol: los estudios son muy recientes para poder evaluarlos.

4.- Limitación de edad para consumidores: a pesar de no disponer de datos precisos, las investigaciones sugieren que el establecimiento de una edad límite para beber puede incrementar el consumo y los problemas relacionados con el alcohol.

5.- Publicidad y promoción de bebidas alcohólicas: el impacto de la publicidad puede tener una gran influencia.

6.- Precios e impuestos: puede tener una importancia particular (cambios de consumos).

7.- Restricción de la conducción después del consumo de bebidas alcohólicas: es una medida importante dada la peligrosidad que conlleva la conducción en estado de embriaguez.

Los consumos son distintos en diferentes países. Así consideran que tienen un consumo de alcohol moderado, entre 13 y 17 años, en Groenlandia [74]; hay un 5% de consumidores diarios en los Altos Pirineos franceses [103]; los griegos [70] beben regularmente el 82,8%, y Japón tiene una alta tasa de bebedores en la escuela secundaria [63].

Finn y O'Gorman en 1981 [120] señalaron como objetivos para la intervención educativa:

- 1.- Presentar información objetiva, científica, relacionada con el alcohol, su consumo, abuso y no uso, y desarrollar el conocimiento de sus efectos en los individuos y en la sociedad.
- 2.- Ayudar a los estudiantes a comprender que existen contradicciones culturales en relación con el uso de bebidas alcohólicas por diferencias religiosas, raciales y sociales de la gente en cada comunidad.
- 3.- Estimular a la gente joven a buscar información sobre el alcohol, para que ellos mismos puedan determinar sus sentimientos y actitudes sobre la bebida.
- 4.- Desarrollar la comprensión de que el aumento del consumo de alcohol como bebida ha provocado mayores problemas en la vida social y económica y en las relaciones personales.
- 5.- Desarrollar en los estudiantes el sentido de responsabilidad ante el propio bienestar así, como de los otros en relación con el consumo del alcohol.
- 6.- Orientar a los estudiantes para que comprendan la naturaleza y la extensión del alcoholismo como una enfermedad curable que exige la abstinencia como condición.
- 7.- Estimular en los estudiantes el conocimiento de los servicios y organizaciones de su comunidad que ofrecen atención a las personas con problemas relacionados con el alcohol.
- 8.- Eliminar el estigma aplicado a la enfermedad del alcoholismo.

1.2.4.3 DROGAS

En este apartado tan genérico no vamos a abordar más que las drogas ilegales, o aquellos medicamentos que no se usan como tales (sino con un fin distinto para el que se prescriben).

Aunque ya lo hemos comentado anteriormente, conviene repetir, por ser el punto vital del consumo, que hay una gran interrelación entre el consumo de tabaco, alcohol y drogas [36,48,121]; que los adolescentes consideraron como signo de la vida adulta primero al tabaco, luego al alcohol y ahora a las drogas [36,48]; y que la actitud ante estos hechos se aprenden en casa, en el seno familiar, estableciéndose el patrón de uso en la juventud [48,84,122].

El comienzo en el consumo de algunas drogas hace más fácil el paso a otras más fuertes [36,70,121] y va aumentando progresivamente. Kandel ha demostrado que el consumo de marihuana es un buen predictor del consumo posterior de drogas más duras, pero sólo cuando se inicia en una etapa muy temprana de la adolescencia [8]. Este tipo de drogas se está consumiendo y ofreciendo de una forma parecida a como ahora se hace con el tabaco y el alcohol [36].

El uso produce un mayor fracaso y un menor rendimiento escolar y laboral [84], causando, además, alteraciones del comportamiento y, por tanto, disfunciones sociales [123,124], llegando los drogadictos i.v. a comportamientos sexuales de riesgo [125] y, por último, conlleva o puede conllevar a la muerte (690 en 1990 y 817 en 1991 en España). El aumento oficial de muertes por drogas en España ha sido del 18,40%.

En los adolescentes y jóvenes menores de 19 años deportistas amateurs (federados) el contacto y consumo de drogas ilegales es sensiblemente inferior que en el resto de esa edad. Únicamente las chicas deportistas de 15-16 años consumen habitualmente cannabis en mayor proporción (9,3%) que el resto de esa edad en Navarra (6,2%). En función del aumento de horas semanales de práctica deportiva descienden los consumos de drogas ilegales y, por supuesto, de las institucionalizadas como el alcohol y el tabaco [35].

El consumo de las drogas es un tema que ha sido muy estudiado [36,70,73,74,80,83,92,103,121,126-128] y también muy debatido pues no faltan los detractores de la prohibición.

La prevención del consumo de drogas, después de lo expuesto anteriormente, tiene que ir encaminada, en

primer lugar, a la disminución en el consumo de tabaco y alcohol; y posteriormente a la del uso y el abuso de las drogas [129,130]. En estudios de prevención publicados [31,129,131] encontramos que tras un programa comunitario global se consiguió retrasar tres años el comienzo con la marihuana y principalmente el que les costara expresar las consecuencias positivas de las drogas y el que informaran sobre la tolerancia que tienen los amigos hacia la droga. Se ha constatado (Bataglia [133]) el fracaso de intervenciones tradicionales con fines claramente educativos, que es rechazado por los muchachos, al asociarlos al estilo parental de actuación.

Sobre los niveles de consumo, las estadísticas son muy variables; sirvan como ejemplo el 2,4% de jóvenes de trece años y el 18,8% de quince, que habían probado hachís, y de los que eran habituales el 1,3% de los de quince años en Dinamarca [92]; en Groenlandia [74] llegan al 20%; en Grecia [70] el 6% había usado drogas ilícitas (principalmente los varones; las hembras habían tomado psicotropos mayoritariamente). Este último estudio [70] hace una comparación entre el 1984 y el 1987, declarando un aumento del número de adictos del 20% en Atenas. Sin embargo, Oeting [134] observa que el consumo de drogas en EE.UU. aumenta hasta 1981, disminuyendo posteriormente, excepto en los mayores.

Se ha dejado para el final, como corroboración a todo lo anterior, el estudio de Sidney [121], en el que sobre trescientos jóvenes entre catorce y treinta y cinco años que fumaran y bebieran semanalmente y que hubieran probado alguna droga ilícita, se comprobó que el 13% habían tomado cocaína, de los que el 20% eran habituales. Se demostró que los cocainómanos fumaban y bebían más que los no cocainómanos y que aquéllos, además, habían probado marihuana, anfetaminas, sedantes y hasta heroína.

1.2.4.4 RELACIONES SEXUALES

Cuando se habla de relaciones sexuales sale siempre a relucir la conveniencia o no de mantenerlas, de educar o no y de la moralidad. No se va a entrar en este debate, pero nuestra postura es clara: Desde luego, las hay y cada vez a más temprana edad; por tanto, no podemos ni negarlas ni dejar de lado a la adolescencia en este tema.

Antes de continuar, queremos comentar que existen grandes diferencias entre los estudios, porque, como dice Olsen [135] no todos los autores están de acuerdo sobre quiénes son "sexualmente activos"; además hay estudios como el de Berkey [136] que preconiza la

existencia de hasta seis categorías distintas de sexualidad.

Rey Mantilla [137] opina que "a pesar que ya casi nadie cuestiona la necesidad de la Educación Sexual en los colegios, todavía se producen episodios aislados, que más que conflictos parecen aventuras sacadas de daguerrotipos integristas. En los centros preocupa hoy más, sin embargo, lo que se da (insuficiente, ineficaz o excesivo) y, sobre todo, lo que no se da. La Educación Sexual en la escuela debe darse desde un punto de vista psicológico ya que, al ser niño o joven portador de una sexualidad por un lado, y al estar obligado a una socialización, por otro, se establece una dialéctica de oposiciones entre individualidad-placer y socialización-comunicación, cuya resultante ha de ser forzosamente la integración de la persona en la sociedad. Esta educación viene condicionada por los miedos ancestrales de la familia española, motivo por el cual para realizarla de modo adecuado deberá contarse con una serie de factores: participación de la comunidad escolar (padres y profesores), adaptación del programa educativo al medio, flexibilización de los programas, continuidad de la educación preescolar hasta 8º de EGB, incluso BUP. Todo objetivo deberá basarse en el desarrollo armónico de la personalidad del alumno, para conseguir una personalidad madura desde el punto de vista afectivo y sexual. Esta reflexión

teórica se contrasta con las medidas adoptadas por el Ministerio".

Estamos de acuerdo en que las relaciones sexuales completas no son practicadas por un gran porcentaje de jóvenes (y en esto concuerdan casi todos los estudios realizados), pero cada vez estas relaciones se mantienen a una edad más joven, los métodos anticonceptivos utilizados son sólo fiables en un 20% [138,139], y no utiliza ninguno desde el 40% [36], 50% [140] al 94,5% [141]; además, la información tanto a nivel de relaciones como de métodos es nula [138,140-143] (muchas jóvenes aún creen que con la primera relación sexual no es posible quedar embarazada [144]), y llegamos a cifras tan aterradoras como al 23,5% de abortos inducidos y la mayoría por personal no cualificado [86,138], al 33% de enfermedades de transmisión sexual [138,140,145,146], o como que una de cada tres mujeres de diecisiete a diecinueve años ingresadas en un Hospital General lo sea por embarazo [216]. De 1976 a 1981 han aumentado un 31% los embarazos en menores de 20 años [217], estos embarazos no deseados en madres adolescentes son de alto riesgo por la posibilidad de padecer preeclampsia y el elevado número de nacimientos de niños de bajo peso [8,147]; así mismo, por el problema social que en sí mismo constituyen y por el uso de drogas y alcohol en la adolescente embarazada [148].

En España las relaciones sexuales en los años 70 se mantenían por primera vez hacia los 17-18 años; en el año 86 pasaron a los 16-17 y ahora, alrededor de los 15 [36,139].

En Noruega [142] los varones comienzan las relaciones sexuales a los 17,3 años, y las mujeres a los 18 años. No decrece la edad desde 1.975. Hay una correlación entre el comienzo y la religiosidad, tanto propia como de los padres. Más aún, la edad del primer intercambio sexual está significativamente asociada con el comportamiento con el tabaco, consumo de alcohol, afiliación a clubs o grupos, y la frecuencia de asistencia a discotecas [142,149]. Los modelos de Dinamarca y EEUU son totalmente válidos entre la raza blanca; no así para los negros ni para los hispánicos [150,151]. Todas estas interrelaciones confirman que la edad de la primera relación sexual es un indicador importante del estilo o tipo de vida de un individuo, consecuentemente el uso de actividades de promoción de su salud, que se centren en factores estructurales o medioambientales es apropiado para influir en el comportamiento sexual de los adolescentes de forma suplementaria a los métodos tradicionales de educación sexual [142,152-154]. La familia influye en el desarrollo sexual del adolescente [155,213], al igual que otros factores de riesgo [156,157].

Según Cumming [144] la enseñanza formalmente impartida a los jóvenes respecto de la sexualidad y la fisiología de la reproducción debe tener en cuenta las necesidades de desarrollo físico y social de éstos, así como los contextos sociológico, ético, moral y religioso que les sirvan de marco. Un elevado nivel de educación sexual puede contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a limitar los problemas planteados por las anomalías funcionales de la reproducción. De ahí la implicación que debe tener el pediatra tal y como opina Fisher [158].

Las preguntas anónimas son un buen sistema para hacer educación sexual; se ha comprobado [159] que las mujeres preguntan más sobre embarazo y anticoncepción y los hombres sobre anatomía, fisiología y enfermedades de transmisión sexual.

Eisen [160] sobre un estudio de un programa experimental de educación sexual comprobó el mejor uso de los métodos anticonceptivos en las jóvenes que estaban en el programa.

Según el estudio "Jóvenes Españoles 89" [161], el 91% de los encuestados opina que es bueno recibir información sexual, pero tan sólo el 47% declara haberla recibido.

No hay que dejar de lado a los adolescentes que padecen enfermedades crónicas tal y como preconiza Cromer [162].

1.3 ALIMENTACION

La nutrición humana debe entenderse dentro de un sistema de interacciones entre nutrientes, ambiente y huésped [163]. El estudio cuantitativo de la nutrición humana plantea diversas dificultades, especialmente la medición de la ingesta de alimentos y la traducción en ingesta de nutrientes [163]. Los requerimientos nutricionales individuales varían en relación con diferencias genéticas y metabólicas [163]. Sin embargo, el objetivo de una nutrición adecuada para lactantes y niños es asegurar un crecimiento satisfactorio y evitar estados de deficiencia o de exceso [163]; hay que tener en cuenta que es en estas edades (a los tres años) cuando queda constituida la proporción de principios inmediatos en la composición de las diferentes comidas y ya no varía [164]; luego, según les enseñemos a esta edad, así comerán [165].

El análisis global de los estudios N.F.C.S.

(Nationwide Food Consumption Survey), N.H.A.N.E.S. I (National Health and Nutrition Examination Survey 1971-1974) y N.H.A.N.E.S. II (1976-1980) demuestra que todavía se está lejos de haber encontrado un método ideal que permita de una manera fácil y fidedigna conocer con precisión la ingesta llevada a cabo por un individuo o una comunidad y la repercusión que la misma tiene sobre el estado nutricional y desarrollo de los niños [163].

La malnutrición proteico-energética continúa siendo el mayor problema de morbilidad infantil en los países en vía de desarrollo [163]. Esto es debido a una disminución en el consumo de leche y alimentos ricos en fibra para aumentar el de sacarosa a través de alimentos basura y productos lácteos procesados [166]; así, entre 1980 y 1986 aumentó un 1% el consumo de proteínas, disminuyendo esa misma cantidad en hidratos de carbono [167]. Además, en las dietas escolares hay un déficit de proteínas animales, de ciertas vitaminas y minerales y un exceso de grasas, mientras que en las familiares hay un déficit cualitativo y un ritmo irregular en el consumo de carne [168].

Formas especiales de malnutrición, como las deficiencias de zinc o de ácidos grasos esenciales, pueden amenazar a determinadas poblaciones, tales como prematuros, o a familias que utilizan alimentos de moda o a

las obsesionadas por perder peso [163,169]. Algunas de estas deficiencias, como las de zinc o hierro, se combatirían simplemente con el incremento de consumo de frutas y verduras frescas [170].

Si bien la obesidad (denominada como la malnutrición más frecuente de los países desarrollados) es un desorden metabólico multifactorial, la ingesta excesiva y el sedentarismo son sus principales desencadenantes. Representa el extremo del espectro normal de distribución del peso en una población determinada, pero estadísticamente parece comprobado que el individuo obeso tiene una esperanza de vida acortada en relación con el moderadamente delgado. Los adolescentes con obesidad grave (más del 130% del peso corporal ideal) son tributarios de importante morbilidad y contribuyen de forma patente a la obesidad del adulto [163,171,172] (con el consiguiente aumento de problemas arterioescleróticos de los que la dieta es el principal determinante [173]).

Según algunos autores, los adolescentes comen más o menos bien, no existiendo cambios importantes con respecto al crecimiento y a la obesidad [174]. Otros [165] llegan a decir que el consumo es parecido al de la generación anterior, salvo por los "snacks" y los alimentos basura, aunque los adultos toman más lípidos. De todas formas, la mayoría de los autores [175,176] opinan

que la dieta está mal llevada tanto en el horario de la ingesta como en la cantidad y la calidad. En el extremo contrario, dieta totalmente sana, se asocia ésta con una clase social alta, buena salud, satisfacción por y en la vida, buena asimilación escolar y buen comportamiento sanitario [177].

Se considera que tan sólo uno de cada cuatro adolescentes hace una dieta óptima [177]. Así mismo, uno de cada cuatro no desayuna [168], y la energía ingerida durante el período matinal es cerca de la mitad de la ingerida en el período de la tarde, y en todas las edades menor a las establecidas por la R.D.A. [164].

El 39% toma, al menos, una vez al día alimentos insanos para la dieta, y cuanto más mayores más lo hacen (salvo en general las féminas) [177].

La leche y derivados son ampliamente ingeridos [56], aunque su consumo sea del 55 al 67% del total en el desayuno [164].

Las féculas y las pastas son ampliamente utilizadas; no así las legumbres [56].

Se ingiere menos pescado que carne [56], y la ingesta máxima de ésta tiene lugar predominantemente en

la comida, representando del 67% al 80% [164]. En nuestro medio se come más fruta fresca que frutos secos [56].

Los fumadores consumen con más frecuencia: carnes, embutidos y huevos [59]. Los no fumadores son más proclives a comer fruta fresca, zumos, ensaladas, desayunos con cereales, pasteles, galletas, pudding, pasta, postres ligeros, pan moreno, leche semi o desnatada [59, 81].

Los bebedores consumen carnes, embutidos, patatas, pan y grasas animales; los no bebedores, productos lácteos, pollo, pescado, verdura y fruta fresca [59].

1.4 HIGIENE Y MEDICINA

1.4.1 HIGIENE PERSONAL

Cada persona se asea de una forma distinta, dependiendo de cómo se sienta de limpia. Podemos hablar por tanto de aseo mínimo. Revisando la bibliografía comprobamos lo poco que se ha escrito sobre este tema. Hemos

encontrado más en libros sobre educación general que en revistas de tipo sanitario. Por ejemplo [178]: "una persona solo barnizada por la civilización debe realizar ducha diaria, cepillado enérgico de dientes,...".

La higiene de las manos debe prodigarse y ser de obligado cumplimiento antes de la ingesta de alimentos [179], con abundante agua y jabón tanto antes de comer como de preparar cualquier alimento, así como después de ir al retrete o manipular las deposiciones de niños o personas enfermas [180].

El baño o ducha debe ser diario [179] como mínimo [180], aunque las altas temperaturas de verano hace aconsejable otro al día [179].

1.4.2 HIGIENE DENTAL Y FLUOR

La caries es por su incidencia y prevalencia uno de los principales problemas de salud pública, llegando a afectar hasta el 75-90% de los niños en edad escolar. El bajo contenido en flúor en el agua de bebida, el abuso de ciertas dietas ricas en sacarosa y la baja higiene bucal explican esta alta incidencia. Como preconiza la O.M.S. sería prácticamente radicable promoviendo

una buena higiene bucal, cambiando los hábitos alimentarios y estableciendo una profilaxis con flúor adecuada. Está demostrada la eficacia del flúor en la prevención de la caries, reduciéndola hasta en un 60-80%. Para que el flúor actúe es necesario que se encuentre en la boca en forma soluble y esto puede lograrse a través del agua de consumo, del flúor tópico o en forma de comprimidos [181]. En los niños con la pasta dentífrica suele ser suficiente [182], hay que enseñar al niño lo más pronto posible a que se frote con cepillo y agua los dientes, después de las comidas y en especial de noche antes de acostarse [179]. El sexo femenino utiliza el cepillado de dientes más que el masculino, y los de clase alta más que los de clase baja [183]. Existe una interrelación entre el cepillado de dientes, consumo de tabaco y alcohol, horas de sueño, higiene personal, hábitos alimentarios y horas de vídeo [68,183].

Durante años se ha discutido (y se sigue haciendo) sobre la conveniencia de la fluorización de las aguas como eje principal para combatir la caries. Esta baja de un 50% a un 60% cuando la cantidad de flúor en agua potable es superior a 0,8 mg/l; si la concentración es superior a 1,0 mg/l el efecto inhibitor deja de aumentar [182].

Hoy se pone en entredicho esta fluorización.

Unos [184,185] porque opinan que de cada cien litros de agua potable tan sólo uno se usa como bebida y el resto va a parar al medio ambiente; y de ese litro solo 100 cc. son aprovechables, pues sólo favorece a los dientes de los niños con esmalte en formación, hasta los ocho o nueve años. Es por tanto un porcentaje ínfimo y, en cambio, la fluorización es muy cara y, además, podría dañar el medio ambiente. Otros [186,187], porque aunque la consideran necesaria, no creen que se llegue a 1 ppm en el grifo. Y aún otros [188], por cuestiones éticas.

1.4.3 RECONOCIMIENTOS MEDICOS

La medicina va encaminada desde hace una serie de años, hacia la prevención de la enfermedad. La pediatría, desde su creación, es lo que intenta realizar. Para el adolescente no existe una especialidad concreta y según en qué países y según qué tipo de medicina, pública o privada, hospitalaria o extrahospitalaria, tiene que ir al médico generalista o al pediatra.

Siempre se ha visitado al médico por estar enfermo y ya se va consiguiendo realizar ciertas visitas estando sano. En los dos primeros años de vida, la visita preventiva, tanto al médico general como al pediatra,

supera a la obligada por enfermedad, excepto en la clase modesta. Entre dos y seis años la visita por enfermedad supera a la preventiva, tanto por status, hábitat o región. Entre seis y doce años desciende la consulta preventiva y se hace nula en la clase modesta y mínima en el hábitat rural [56].

Si no tenemos en cuenta los exámenes en salud escolar, cuya amplitud desconocemos, lo anterior nos indica que el cambio hacia la consulta preventiva se está llevando a cabo, aunque muy lentamente.

1.4.4 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

El consumo per cápita de medicamentos en España es muy alto y a ello contribuye la excesiva automedicación. Esta está fomentada por la gran cantidad de medicinas que recetan los progenitores. El 38,8% de las madres españolas administra medicamentos a sus hijos sin consultar al médico, produciéndose este hecho más en el hábitat metropolitano. Los productos que administra suelen ser antitérmicos y antitusígenos, aunque es preocupante que una quinta parte (21,5%) administre antibióticos [56].

Los suplementos vitamínicos no son necesarios en adolescentes con una dieta equilibrada. No obstante, las niñas tienen mayor riesgo de sufrir carencia de hierro [189].

En un estudio griego [70] comprobamos que el 30,3% de los encuestados había usado drogas psicotrópicas sin prescripción facultativa (principalmente hembras). Y sobre el uso de benzodiazepinas en un estudio realizado en Oslo [190] en jóvenes entre 13 y 18 años demostraba que el 10% usaba ansiolíticos e hipnóticos, la mayoría no prescritos por médicos y suministrados por los padres.

OBJETIVOS

Cuando nos planteamos realizar este trabajo uno de los mayores problemas que surgió fue encontrar estudios en los que basarnos. Haber, hay bastantes, en los temas que se han tocado en este trabajo, mas a nivel de adultos, no así en la adolescencia y menos en la adolescencia temprana. Esta fue una de las causas por la que se decidió abordar el estudio en tres momentos distintos de la adolescencia.

El trabajo lo hemos dividido en cuatro aspectos:

El primero es el de las relaciones del adolescente tanto a nivel familiar como escolar.

El segundo, su tiempo libre: lectura, televisión, deporte; así como los hábitos sociales más en discordia ahora: tabaco, alcohol, drogas y relaciones sexuales.

El tercero, alimentación.

Y el cuarto: el aseo personal, los reconocimientos en salud y los hábitos medicamentosos.

Nuestro objetivo general es el de conocer el perfil de salud del adolescente en esos tres niveles, o sea conocer mejor al adolescente de nuestra ciudad, conocer los hábitos de vida adoptados en la adolescencia y

asociados a problemas de salud con gran prevalencia en la edad adulta (sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, etc.).

Como objetivos específicos: el estudiar los hábitos relacionados con la salud: relaciones personales, higiene personal, alimentación, medicamentos, tabaco, alcohol, drogas, relaciones sexuales; ver la prevalencia, edad de comienzo y factores condicionantes en la iniciación de los hábitos; contrastar nuestros hallazgos con los de otros lugares.

El presente trabajo, como dijo Bosch Marín, "pretende ser una fuente de conocimientos y análisis en la población juvenil madrileña, a fin de que puedan servir de elemento de apoyo para plantear un plan de acción preventiva global e interdisciplinaria". No nos gustaría caer en el "proceso dormitivo" que formulaba G. Bateson en 1979: Gastamos nuestra energía tratando el nombre de los problemas (delincuencia, drogas, trastornos del comportamiento...) más que el contexto que los crea y mantiene. No importa tanto de dónde viene el problema, cuál es exactamente su génesis, cómo se denomina éste, sino mucho más cómo vive cada situación en su contexto y cómo se mantiene en él [14].

MATERIAL Y METODO

3.1 MATERIAL

Para el desarrollo de este trabajo se ha utilizado:

- Listado de colegios (tanto públicos como privados) y número de alumnos del censo del Ministerio de Educación y Ciencia del curso 89-90.

- Anuario Estadístico del Ayuntamiento de Madrid del año 1986 [191].

- Documento de trabajo nº 16. Investigación continua sobre formas de vida y su evolución en el Municipio de Madrid. Delimitación de zonas socialmente homogéneas. Noviembre 1988 [192].

- Encuesta de 99 preguntas. Teniendo en cuenta que las preguntas socioeconómicas sólo se hicieron a 3º de BUP y que las de tipo sexual no se pasaron a 4º de EGB.

- Ordenador Personal PS/2 IBM 3086.

- Impresora Epson LQ-550.

- Impresora IBM 4019 Láser.

- Paquete estadístico SIGMA (Horus Hardware, S.A.) preparado para ordenadores personales IBM y compatibles.

- Paquete de software Lotus Symphony preparada para ordenadores IBM PS/2.

- Procesador de textos Display Write 4 (DW4).

3.2 METODO

3.2.1 POBLACION ESTUDIADA. SELECCION DE LA MUESTRA.

La población objetivo del estudio la componen el total de escolares de 4º y 8º de EGB y 3º de BUP del Municipio de Madrid. La forma de realización del estudio consiste en un corte transversal (encuesta) sobre una muestra de estos escolares.

La selección de la muestra, debido a razones de eficacia, no se realiza mediante un muestreo aleatorio simple. Este tipo de muestreo que es más fácil conceptualmente, es difícil de realizar en la práctica en este tipo de situaciones. Para realizarlo, habría que disponer de un listado de todos los escolares de los cursos mencionados y elegir entre ellos de forma aleatoria, según el tamaño muestral predeterminado. Localizar y encuestar a todos los niños que se eligiesen de esta forma, sería una tarea, además de costosa, casi irrealizable.

El proceso de selección de la muestra fue el de un muestreo estratificado por etapas y utilizando conglomerados como unidades muestrales.

La estratificación se ha realizado a partir de las siguientes variables: el curso escolar (4º y 8º de EGB y 3º de BUP), el tipo de colegio (público o privado) y la zona socioeconómica dentro del Municipio de Madrid.

Una vez seleccionados los colegios como unidades muestrales, se selecciona dentro de los cursos correspondientes el número de alumnos necesarios en base a las variables de estratificación, realizando una asignación de la muestra proporcional al tamaño poblacional.

El área poblacional de menor tamaño correspondía a la zona socioeconómicamente media, con población envejecida, que comprendía un 15% de la población estudiada. Asumimos que en ese estrato hubiese al menos 150 niños, que nos garantizasen un error estándar máximo del 4% para las proporciones más desfavorables: $p=(1-p)=50\%$, y nos llevaba a un total de 1000 escolares. Dado que el total de niños escolarizados en esos cursos durante el curso escolar de referencia fue de 125.317, la fracción de muestreo elegida es de 1 por cada 125, aproximadamente.

La información sobre los alumnos escolarizados en cada curso y por colegios, la obtuvimos a través del Ministerio de Educación y Ciencia.

La información sobre zonas socioeconómicamente homogéneas la obtuvimos a través de un estudio realizado por el Ayuntamiento de Madrid, mediante un análisis de componentes principales que considera factores como tipo de trabajo, población joven o envejecida, etc.

Esta división la realizaron primero en ocho áreas, que posteriormente se reagruparon en cuatro zonas que son las que hemos tomado como referencia:

- A) Estrato Alto y Medio-Alto —————> 30%
- B) Estrato Medio-Medio (Población envejecida)——> 15%
- C) Estrato Medio-Medio (Población joven)———> 30%
- D) Estrato Medio-Bajo y Bajo —————> 25%

Por otra parte la proporción de alumnos en 4º y 8º de EGB y 3º de BUP es de 31, 40 y 29% respectivamente.

En base a la distribución de colegios públicos y privados, y según las zonas anteriormente descritas, la selección por conglomerados nos llevaba a lo siguiente:

- Zona A) 2 privados EGB y 2 privados BUP
- Zona B) 1 privado EGB y 1 privado BUP
- Zona C) 1 privado EGB y 1 privado BUP
 1 público EGB y 1 público BUP
- Zona D) 1 público EGB y 1 público BUP

En el caso de los privados, como en general se imparte EGB y BUP, sean o no concertados, tomamos el mismo colegio para todos los cursos, dada la dificultad que entraña el obtener los permisos en los colegios para pasar las encuestas.

Una vez elegidos los colegios, el paso siguiente fue asignar el número de alumnos de cada curso que había que elegir en ellos según las variables de estratificación señaladas.

3.2.2 RECOGIDA DE LA INFORMACION

3.2.2.1 DISEÑO DE LA ENCUESTA

Se realizó teniendo en cuenta las áreas que queríamos investigar; se buscaron las preguntas más esquemas posibles, que no tuvieran doble sentido y que fueran de respuesta rápida y cerrada.

Una vez desarrollada la encuesta se pasó en un colegio a todos los grupos y como consecuencia de este primer estudio se comprobaron los siguientes hechos:

- 1.- Algunas preguntas no se habían entendido.

- 2.- En 4º de EGB era imposible que los niños supieran a qué se dedicaban sus padres y qué estudios tenían.
- 3.- A los alumnos de 8º de EGB les era muy difícil contestar las preguntas socioeconómicas.
- 4.- Pareció aconsejable cambiar el orden de algunas preguntas.

3.2.2.2 REALIZACION DE LA ENCUESTA

Una vez realizados los cambios se llevó la encuesta a otro colegio. Antes de entregarla se explicó (al igual que en el resto de los colegios) a los alumnos y profesores presentes el motivo e interés de la encuesta, el anonimato con que se iba a usar y las directrices a tener en cuenta para responder a las preguntas. Siempre se dejó claro que ante cualquier duda se preguntara al encuestador y no a los profesores. Después de estas explicaciones se repartía la encuesta que realizaban entre 30 y 50 minutos, según los cursos. Al mes siguiente se volvió al colegio y se pasó a los mismos tres grupos de alumnos. Se contrastaron estadísticamente las respuestas en los tres ficheros y excepto en la pregunta número 25 (¿te gusta estudiar? sí-no), en que hubo una diferencia estadística del 17%, todas las demás quedaron validadas. Se comentó con la dirección del centro esta diferencia y se comprobó que las notas de evaluación se habían dado

unos días antes, siendo ésta, probablemente, la causa de la diferencia en las respuestas.

Ya validada la encuesta se eligieron los colegios según la metodología ya explicada, y nos pusimos en contacto con el director de cada centro elegido. Una vez concertada la entrevista se habló en unos casos con el propio director, en otros con el jefe de estudios y, en algunos, con ambos y hasta con el A.P.A. Queremos resaltar los inconvenientes y negativas que en varios colegios de dos zonas encontramos por parte de la dirección o junta directiva para pasar la encuesta. En una de las zonas tuvimos que contactar hasta con ocho directores. Una vez obtenido el permiso, intentábamos fijar la fecha en que se iba a realizar la encuesta y las aulas en las que se iban a pasar (dependiendo del número de alumnos necesarios se eligieron las aulas o hasta cursos enteros, según los colegios, pero nunca aulas partidas).

Realmente se encuestaron más alumnos de los predeterminados mediante el proceso estadístico, con la finalidad de poder eliminar primero, a los que daban respuestas ambiguas o dejaban muchas en blanco (encuestas mal cumplimentadas) y segundo, al azar hasta completar el número necesario pero manteniendo el diseño realizado.

Se encontraron tres encuestas (las tres de

varones) en las que obviamente no respondían con integridad, falseando los resultados. En dos de los institutos hubo algunos alumnos que declinaron realizar la encuesta, así como un alumno de 4º EGB de un colegio privado.

Como no todos los alumnos encuestados contestaron a todos los ítems el número total de respuestas a las preguntas que se realizaron es variable.

3.2.3 METODOLOGIA ESTADISTICA E INFORMATICA

Con los datos provenientes de la encuesta se construyó un fichero informatizado para su posterior tratamiento estadístico automatizado. Se prepararon dos ficheros distintos, uno para la validación y otro que fue el definitivo (cada uno de ellos subdividido a su vez en otros tres).

Tanto el fichero como el análisis posterior se ha realizado mediante el paquete estadístico SIGMA (Horus Hardware, S.A.) preparado para ordenadores personales IBM y compatibles.

El estudio estadístico ha sido en primer lugar de carácter descriptivo, con el fin de obtener un perfil de la muestra que manejábamos a través de las co-

rrespondientes distribuciones de frecuencia, porcentajes y gráficos.

El posterior estudio estadístico ha sido analítico, relacionando variables entre sí, o según el grupo considerado mediante la prueba de CHI-cuadrado, dado que según hemos indicado se trata de variables cuantitativas.

Puesto que los test estadísticos utilizados, tanto en su formulación como en sus condiciones de aplicación, están descritos en diferentes textos, obviamos la exposición detallada de los mismos.

ENCUESTA

12.- Aspecto del barrio:

- 1.- Residencial, elegante, terrenos y alquileres altos
- 2.- " " bueno, calles anchas, casas confortables y bien conservadas.
- 3.- Calles comerciales o estrechas y antiguas, casas de aspecto menos confortable
- 4.- Barrio obrero, populoso, próximo a talleres o fábricas
- 5.- Con predominio de barracas o chabolas

13.- Estado civil de tus padres:

- 1.- Soltero
- 2.- Casado
- 3.- Viudo
- 4.- Divorciado
- 5.- Separado

- 14.- Tus padres viven:
- 1.- Juntos
 - 2.- Separados
 - 3.- Con otra persona
 - 4.- Solo

- 15.- ¿Cómo se llevan tus padres?:
- 1.- Bien
 - 2.- Regular
 - 3.- Mal

- 16.- ¿Cómo te llevas con tus padres?:
- 1.- Bien
 - 2.- Regular
 - 3.- Mal

- 17.- ¿Cuántos hermanos tienes?:
- 1.- Ninguno
 - 2.- Uno
 - 3.- Dos
 - 4.- Tres
 - 5.- Más de 3

- 18.- ¿Qué nº haces tú de ellos?:
- 1.- El primero
 - 2.- Segundo
 - 3.- Tercero
 - 4.- Más del tercero

- 19.- ¿Cómo te llevas con tus hermanos?:
- 1.- Bien
 - 2.- Regular
 - 3.- Mal

- 20.- ¿Con los hermanos de tu mismo sexo?:
- 1.- Mejor
 - 2.- Igual
 - 3.- Peor

- 21.- ¿Te gusta el colegio?:
- 1.- Si
 - 2.- No

- 22.- ¿Cambiarías algo?: 1.- Si []
2.- No []
- 23.- ¿Prioritariamente, el qué?: 1.- Profesores []
2.- nº de alumnos []
3.- aulas []
4.- compañeros []
5.- material escolar []
6.- dirección []
7.- otra []
- 24.- ¿Cómo vas con los estudios?: 1.- Bien []
2.- Regular []
3.- Mal []
- 25.- ¿Te gusta estudiar?: 1.- Si []
2.- No []
- 26.- ¿Cuántas horas estudias al día?: 1.- Ninguna []
2.- Una []
3.- Dos []
4.- Tres []
5.- Más de 3 []
- 27.- ¿Qué vas a estudiar el día de mañana?:
1.- Carrera de grado superior []
2.- " " " medio []
3.- Formación profesional []
4.- Nada []
5.- No se. []
- 28.- ¿Lees el periódico?: 1.- Si []
2.- No []
- 29.- ¿Cuántas veces?: 1.- Todos los días []
2.- Más de dos veces por semana []
3.- Sólo en el fin de semana []
4.- Alguna vez al mes []
5.- Nunca []
- 30.- ¿Lees revistas?: 1.- Si []
2.- No []
- 31.- ¿Cuántas veces?: 1.- Todos los días []
2.- Más de dos veces por semana []
3.- Sólo en el fin de semana []
4.- Alguna vez al mes []
5.- Nunca []

- 32.- ¿Lees tebeos, cómics, etc?: 1.- Si
2.- No
- 33.- ¿Cuántas veces?: 1.- Todos los días
2.- Más de dos veces por semana
3.- Sólo en el fin de semana
4.- Alguna vez al mes
5.- Nunca
- 34.- ¿Lees libros de entretenimiento?: 1.- Si
2.- No
- 35.- ¿Cuántas veces?: 1.- Todos los días un poco
2.- Más de dos veces por semana
3.- Sólo en el fin de semana
4.- Alguna vez al mes
5.- Sólo los que me mandan en clase
- 36.- Si no lees ahora, ¿cuánto tiempo hace que no lees un libro?:
1.- Menos de un mes
2.- Más de un mes
3.- Más de un año
4.- Nunca
- 37.- ¿Ves televisión o video?: 1.- Si
2.- No
- 38.- Entre semana: 1.- Menos de una hora al día
2.- Entre una y dos horas
3.- Más de dos horas
4.- Nunca entre semana
- 39.- En el fin de semana (entre sábado y domingo):
1.- Menos de una hora
2.- Entre 1 y 3 horas
3.- Entre 3 y 5 horas
4.- Entre 5 y 6 horas
5.- Más de 6 horas
- 40.- ¿Haces gimnasia (asignatura de Educación Física) en el colegio?:
1.- Nunca
2.- Entre 1 y 2 horas semanales
3.- Entre 2 y 3 horas semanales
4.- Más de 3 horas semanales
- 41.- ¿Haces deporte en el colegio?:
1.- Nunca
2.- Entre 1 y 2 horas semanales
3.- Entre 2 y 3 horas semanales
4.- Más de 3 horas semanales

42.- ¿Haces deporte, entre semana, fuera del colegio?:

- 1.- Nunca
- 2.- Entre 1 y 2 horas semanales
- 3.- Entre 2 y 3 horas semanales
- 4.- Más de 3 horas semanales

43.- ¿Haces deporte durante el fin de semana?:

- 1.- Nunca
- 2.- Entre 1 y 2 horas
- 3.- Entre 2 y 3 horas
- 4.- Más de 3 horas

44.- ¿Qué deporte practicas?:

- 1.- Atletismo
- 2.- Baloncesto
- 3.- Balonmano
- 4.- Balonvolea
- 5.- Defensa Personal
- 6.- Fútbol
- 7.- Gimnasia Rítmica
- 8.- Natación
- 9.- Otro

45.- ¿Qué desayunaste ayer, de bebida?:

- 1.- Leche
- 2.- Café con leche
- 3.- Leche con cacao
- 4.- 1 ó 2 ó 3 y zumo
- 5.- Zumo o fruta
- 6.- Nada

46.- ¿Qué desayunaste ayer, de comida?:

- 1.- Pan o tostada
- 2.- Cereales
- 3.- Bollería
- 4.- Galletas
- 5.- Bollería industrial
- 6.- Embutidos
- 7.- Huevos
- 8.- Yogourth
- 9.- Petit Suisse o similar
- 10.- Nada

47.- ¿Qué tomaste a media mañana?:

- 1.- Nada
- 2.- Bocadillo de embutido
- 3.- " " de tortilla
- 4.- " " de chocolate
- 5.- Bollería
- 6.- Galletas
- 7.- Bollería industrial
- 8.- Yogourth o leche
- 9.- Petit Suisse o similar
- 10.- Fruta
- 11.- Golosinas

- 48.- ¿Para comer?: 1º. Plato o plato único: 1.- Legumbres
 2.- Pasta o arroz
 3.- Sopa
 4.- Verduras
 5.- Ensalada
 6.- Guiso con carne
 7.- Guiso con pescado
 8.- Bocadillo
- 49.- 2º Plato: 1.- Carne
 2.- Carne con ensalada o verduras
 3.- Carne con patatas
 4.- Huevos
 5.- Huevos con patatas
 6.- Pescado con ensalada o verduras
 7.- Pescado con patatas
 8.- Pescado
 9.- Embutido o salchichas
 10.- Verduras
 11.- Ensalada
 12.- Nada
- 50.- 3º. Plato: 1.- Embutido
 2.- Fruta
 3.- Postre dulce
 4.- Yogourth o leche
 5.- Petit Suisse o similar
 6.- Nada
- 51.- De bebida: 1.- Leche
 2.- Agua
 3.- Vino
 4.- Cerveza
 5.- Refrescos
 6.- Zumo
- 52.- De merienda: 1.- Bocadillo de embutido
 2.- " " de tortilla
 3.- " " de chocolate
 4.- Bollería
 5.- Galletas
 6.- Bollería industrial
 7.- Yogourth o leche
 8.- Petit Suisse o similar
 9.- Fruta
 10.- Golosinas
 11.- Nada
- 53.- De bebida en la merienda: 1.- Leche
 2.- Refresco
 3.- Agua
 4.- Zumo
 5.- Cerveza o vino
 6.- Nada

54.- De cena: 1º. plato o plato único: 1.- Legumbres []
2.- Pasta o arroz []
3.- Sopa []
4.- Verduras []
5.- Ensalada []
6.- Guiso de carne []
7.- Guiso de pescado []
8.- Bocadillo []

55.- 2º Plato: 1.- Carne []
2.- Carne con ensalada o verduras []
3.- Carne con patatas []
4.- Huevos []
5.- Huevos con patatas []
6.- Pescado []
7.- Pescado con ensalada o verduras []
8.- Pescado con patatas []
9.- Embutidos o salchichas []
10.- Ensalada []
11.- Verduras []
12.- Nada []

56.- 3º. Plato: 1.- Embutido []
2.- Fruta []
3.- Postre dulce []
4.- Yogourth o leche []
5.- Petit Suisse o similar []
6.- Nada []

57.- De bebida: 1.- Leche []
2.- Agua []
3.- Vino []
4.- Cerveza []
5.- Refrescos []
6.- Zumo []

58.- ¿Tomas golosinas?: 1.- Todos los días []
2.- 2-3 veces por semana []
3.- Sólo los fines de semana []
4.- Alguna vez []
5.- Nunca []

59.- ¿Te lavas las manos para comer?: 1.- Si []
2.- No []

60.- ¿Y después de comer?: 1.- Si []
2.- No []

61.- ¿Te lavas la boca (los dientes)?: 1.- Nunca []
2.- Una vez al día []
3.- Dos veces al día []
4.- Tres veces al día80] []
5.- Cuando me acuerdo []

62.- ¿Utilizas enjuagues con flúor?: 1.- Todos los días []
2.- Una vez a la semana []
3.- Una vez al mes []
4.- Nunca []

63.- ¿Te lavas las manos después de ir al retrete?: 1.- Si []
2.- No []

64.- Te bañas o duchas: 1.- Todos los días []
2.- Cada dos días []
3.- Dos veces por semana []
4.- Una vez por semana []
5.- Cada quince días []
6.- Una vez al mes []

65.- Habitualmente defecas: 1.- Todos los días []
2.- Cada dos días []
3.- Cada tres días []
4.- Cada más de tres días []
5.- De forma irregular []

66.- ¿En el último año te han hecho algún reconocimiento médico sin es-
tar enfermo?: 1.- Si []
2.- No []

67.- ¿En dónde?: 1.- Colegio []
2.- Sistema Público []
3.- Sistema Privado []

68.- ¿Has tomado, en el último mes, algún medicamento como:
1.- Ninguno []
2.- Analgésicos []
3.- Antialérgicos []
4.- Antibióticos []
5.- Sulfamidas []
6.- Antitusígenos []
7.- Mucolíticos []
8.- Antiinflamatorios []
9.- Vitaminas []
10.- Otro []

69.- ¿Quién te lo mandó?: 1.- Médico []
2.- A.T.S. []
3.- Padre []
4.- Madre []
5.- Otro familiar []
6.- Vecino []
7.- Tú solo []

70.- ¿Has fumado alguna vez?: 1.- Si []
2.- No []

- 71.- ¿Sigues fumando?: 1.- No
 2.- Sólo los fines de semana
 3.- A diario
 4.- Alguna vez

Si has respondido NO a las dos anteriores pasa a la pregunta 76.

- 72.- ¿Qué edad tenías la primera vez?: 1.- Menos de 10 años
 2.- Entre 10 y 12
 3.- Entre 13 y 14
 4.- Entre 15 y 16
 5.- Más de 16

- 73.- ¿Cuánto fumas?: 1.- Menos de 10 cigarrillos
 2.- Entre 10 y 20
 3.- Más de 20

- 74.- ¿Tienes permiso para fumar?: 1.- Si
 2.- No

- 75.- ¿Quién te dió el primer cigarrillo?: 1.- Tú solo
 2.- Padres
 3.- Hermanos
 4.- Otro familiar
 5.- Amigo

- 76.- ¿Has probado alcohol alguna vez?: 1.- Si
 2.- No

- 77.- Ahora bebes: 1.- A diario o casi a diario
 2.- Sólo los fines de semana
 3.- Alguna vez
 4.- Sólo en cumpleaños, Navidades...
 5.- Nunca

Si has contestado NO y NUNCA en las anteriores pasa a la pregunta 82.

- 78.- ¿Qué edad tenías la primera vez?: 1.- Menos de 10 años
 2.- Entre 10 y 12
 3.- Entre 13 y 14
 4.- Entre 15 y 16
 5.- Más de 16

- 79.- ¿Quién te lo dió?: 1.- Tú solo
 2.- Padres
 3.- Hermanos
 4.- Otro familiar
 5.- Amigo

80.- ¿Qué sueles beber?: 1.- Vino []
2.- Cerveza []
3.- Cubatas []
4.- Licores []
5.- Cava, sidra []
6.- Más de dos bebidas []

81.- El día que bebes, ¿qué cantidad suele ser?: 1.- Un vaso []
2.- 2 ó 3 vasos []
3.- 4 ó 5 vasos []
4.- Más de 5 []

82.- ¿Has consumido algún tipo de droga alguna vez?: 1.- Si []
2.- No []

83.- ¿Sigues consumiendo ahora?: 1.- A diario o casi a diario []
2.- Sólo los fines de semana []
3.- Esporádicamente []
4.- Nunca []

Si has respondido NO y NUNCA en las anteriores pasa a la pregunta 89.

84.- ¿Qué edad tenías la primera vez?: 1.- Menos de 10 años []
2.- Entre 10 y 12 []
3.- Entre 13 y 14 []
4.- Entre 15 y 16 []
5.- Más de 16 []

85.- ¿Quién te la dió esa primera vez?: 1.- Tú solo []
2.- Padres []
3.- Hermanos []
4.- Otro familiar []
5.- Amigo []
6.- Desconocido []

86.- ¿Cuál fué?: 1.- Cannabis []
2.- Cocaína []
3.- Heroína []
4.- Anfetaminas []
5.- Otra []

87.- ¿En dónde fué?: 1.- Casa []
2.- Colegio o instituto []
3.- Calle o parque []
4.- Bar o similar []
5.- Discoteca o similar []

88.- Ahora consumes: 1.- Cannabis []
2.- Cocaína []
3.- Heroína []
4.- Anfetaminas []
5.- Otra []

89.-¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez?: 1.- Si []
2.- No []

Si has respondido NO pasa a la pregunta 99.

90.- ¿Qué edad tenías?: 1.- Menos de 10 años []
2.- Entre 10 y 12 []
3.- Entre 13 y 14 []
4.- Entre 15 y 16 []
5.- Más de 16 []

91.- ¿Con quién fué?: 1.- Familiar []
2.- Amigo []
3.- Desconocido []
4.- Profesional []

92.- ¿Qué tipo de relaciones fueron?: 1.- Caricias corporales []
2.- Sólo besos []
3.- Masturbación []
4.- Coito []

93.- ¿Con cuántas personas diferentes las has tenido?: 1.- Una []
2.- 2-3 []
3.- 4-5 []
4.- Más de 5 []

94.- Si has tenido relaciones completas (coito), ¿a qué edad lo hiciste por primera vez?: 1.- Antes de los 12 años []
2.- Entre 12 y 15 []
3.- Entre 16 y 18 []
4.- Más de 18 []

95.- ¿Con cuántas personas diferentes las has tenido?: 1.- Una []
2.- 2-3 []
3.- 4-5 []
4.- Más de 5 []

96.- ¿La primera vez utilizaste algún método anticonceptivo?: 1.- Si []
2.- No []

97.- ¿Sigues con relaciones sexuales completas (coito), de forma habitual, ahora?: 1.- No []
2.- Semanalmente []
3.- 2-3 veces por mes []
4.- Cuando surgen []

98.- Si mantienes relaciones completas ahora, ¿utilizas algún método anticonceptivo?: 1.- No []
2.- Preservativo []
3.- Píldora []
4.- DIU []
5.- Coito interrumpido []
6.- Espermicidas []
7.- Ogino []
8.- Temperatura basal []
9.- Otro []

99.- ¿Has mantenido algún tipo de relación sexual con personas de tu mismo sexo?: 1.- Si []
2.- No []

RESULTADOS

A continuación exponemos los resultados de las encuestas en forma de tablas, pensando que éste es el modo más claro de mostrarlos, dado su carácter estadístico. Presentamos tanto tablas de distribución de frecuencias como tablas para detectar asociación significativa entre las variables analizadas (indicando nivel de significación).

Se ha mantenido el mismo orden de las preguntas que tenían los alumnos en la encuesta, aunque para realizar los comentarios no usemos esta misma disposición.

Como ya apuntábamos anteriormente, el número de alumnos se repartió de la siguiente forma:

TABLA I

	40 EGB	80 EGB	30 BUP	TOTAL
N	301	386	280	967
%	31.1	39.9	29.0	100.0

El sexo de los encuestados es:

TABLA II

	40 EGB % N	80 EGB % N	30 BUP % N	TOTAL % N
VARON	49.5 149	56.2 217	48.9 137	52.0 503
HEMBRA	50.5 152	43.8 169	51.1 143	48.0 464

Los alumnos están distribuidos en los cursos e instituciones públicas o privadas según se indica ($p < 0.01$):

TABLA III

	4º EGB % N	8º EGB % N	3º BUP % N	TOTAL % N
PUBLICO	34.9 105	37.8 146	47.1 132	39.6 383
PRIVADO	65.1 196	62.2 240	52.9 148	60.4 584

Por los motivos ya explicados anteriormente, las ocho próximas preguntas (tablas IV a XI sólo se pasaron a los alumnos de 3º de BUP.

Profesión del padre:

TABLA IV

	N	%
LICENCIADOS Y CARGOS SUPERIORES	92	34.2
ADMINISTRATIVOS, PERITOS, JEFES SECCION	102	37.9
CAJEROS, DELINEANTES, OFICIALES 1º	44	16.4
CHOFER, GUARDIA, COCINERO, ...	24	8.9
PEON, BOTONES, PINCHES, SUS LABORES, ...	7	2.6

Profesión de la madre:

TABLA V

	N	%
LICENCIADAS Y CARGOS SUPERIORES	24	9.9
ADMINISTRATIVAS, PERITOS, JEFAS SECCION	44	18.0
CAJERAS, DELINEANTES, OFICIALES 1º	19	7.8
CHOFER, GUARDIA, COCINERA, ...	3	1.2
BOTONES, PINCHES, SUS LABORES, ...	154	63.1

Estudios del padre:

TABLA VI

	N	%
UNIVERSITARIOS	102	37.4
ENSEÑANZA MEDIA O TECNICA SUPERIOR	55	20.1
ENSEÑANZA MEDIA O TECNICA INFERIOR	31	11.4
ENSEÑANZA PRIMARIA COMPLETA	61	22.3
ENSEÑANZA PRIMARIA INCOMPLETA	24	8.8

Estudios de la madre:

TABLA VII

	N	%
UNIVERSITARIOS	39	14.4
ENSEÑANZA MEDIA O TECNICA SUPERIOR	44	16.2
ENSEÑANZA MEDIA O TECNICA INFERIOR	39	14.4
ENSEÑANZA PRIMARIA COMPLETA	105	38.8
ENSEÑANZA PRIMARIA INCOMPLETA	44	16.2

Ingresos del padre:

TABLA VIII

	N	%
FORTUNA HEREDADA O ADQUIRIDA	4	1.5
ALTOS HONORARIOS	57	21.3
SUELDO MENSUAL FIJO	204	76.1
SUELDO SEMANAL FIJO	3	1.1
BENEFICENCIA, NO TRABAJA	0	0.0

Ingresos de la madre:

TABLA IX

	N	%
FORTUNA HEREDADA O ADQUIRIDA	9	4.1
ALTOS HONORARIOS	10	4.6
SUELDO MENSUAL FIJO	103	47.0
SUELDO SEMANAL FIJO	7	3.2
BENEFICENCIA, NO TRABAJA	90	41.1

Tipo de vivienda familiar:

TABLA X

	N	%
VIVIENDA DE LUJO	14	5.0
TIPO MEDIO	157	56.0
VIVIENDA MODESTA	94	33.6
TIPO POBRE	15	5.4
VIVIENDA IMPROPIA, MUY MALA	0	0.0

Barrio en el que habita:

TABLA XI

	N	%
ELEGANTE	31	11.1
BUENO	151	54.1
ANTIGUO	41	14.7
OBRERO	52	18.7
CHABOLAS	4	1.4

El estado civil de los padres era en el momento de la encuesta:

TABLA XII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
CASADO	89.5	266	88.6	341	92.5	259	90.0	866
SEPARADO	4.4	13	3.4	13	3.6	10	3.8	36
DIVORCIADO	3.4	10	3.1	12	2.1	6	2.9	28
VIUDO	2.0	6	3.6	14	1.4	4	2.5	24
SOLTERO	0.7	2	1.3	5	0.4	1	0.8	8

Los padres vivían:

TABLA XIII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
JUNTOS	90.6	271	90.1	347	92.5	259	91.0	877
SEPARADOS	5.4	16	4.2	16	3.6	10	4.3	42
CON OTRO/A	2.0	6	3.1	12	1.8	5	2.4	23
SOLO	2.0	6	2.6	10	2.1	6	2.3	22

Relación entre los padres:

TABLA XIV

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
BUENA	85.8	253	85.1	320	88.6	242	86.3	815
REGULAR	12.9	38	11.2	42	7.7	21	10.7	101
MALA	1.3	4	3.7	14	3.7	10	3.0	28

Relación de los hijos con los padres ($p < 0.001$):

TABLA XV

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
BUENA	92.7	278	83.6	321	80.9	225	85.7	824
REGULAR	7.3	22	15.4	59	17.6	49	13.5	130
MALA	0.0	0	1.0	4	1.5	4	0.8	8

El número de hermanos de cada alumno estudiado es

($p < 0.001$):

TABLA XVI

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
NINGUNO	15.0	45	7.0	27	5.7	16	9.0	87
UNO	53.5	160	48.4	187	44.3	124	48.9	472
DOS	19.1	57	29.3	113	30.0	84	26.3	254
TRES	8.4	25	11.7	45	14.6	41	11.5	111
MAS DE TRES	4.0	12	3.6	14	5.4	15	4.3	41

El encuestado ocupaba la siguiente posición en la

fratría:

TABLA XVII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
PRIMERO	37.1	93	33.6	121	45.8	120	38.2	334
SEGUNDO	40.2	101	41.4	149	34.7	91	39.0	341
TERCERO	14.7	37	16.7	60	12.6	33	14.9	130
MAS DEL 3Q	8.0	20	8.3	30	6.9	18	7.9	69

La relación entre los hermanos es ($p < 0.1$):

TABLA XVIII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
BUENA	65.2	165	70.8	254	74.6	197	70.3	616
REGULAR	32.8	83	25.9	93	22.0	58	26.7	234
MALA	2.0	5	3.3	12	3.4	9	3.0	26

La relación que mantenían los alumnos con sus hermanos del mismo sexo con respecto a los de sexo contrario es:

TABLA XIX

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
MEJOR	39.4	30	28.8	38	29.9	32	32.4	102
IGUAL	55.3	42	66.7	88	63.6	68	62.2	196
PEOR	5.3	4	4.5	6	6.5	7	5.4	17

Los encuestados respondieron de la siguiente forma a la pregunta sobre si les gustaba o no el colegio ($p < 0.001$):

TABLA XX

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
SI	94.7	285	61.1	236	66.3	185	73.1	706
NO	5.3	16	38.9	150	33.7	94	26.9	260

Cambiarían algo del colegio según se expresaron en la siguiente tabla ($p < 0.001$):

TABLA XXI

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SI	51.0	153	88.3	340	93.6	262	78.2	755
NO	49.0	147	11.7	45	6.4	18	21.8	210

Los alumnos que desearían cambiar algo del colegio, les gustaría que fuera ($p < 0.001$):

TABLA XXII

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL	
							%	N
PROFESORES	14.3	22	24.3	83	28.0	74	23.6	179
AULAS	16.9	26	12.6	43	7.2	19	11.6	88
MATERIAL	5.8	9	14.4	49	10.6	28	11.3	86
NUMERO ALUMNOS	6.5	10	5.0	17	17.8	47	9.7	74
DIRECCION	1.9	3	6.5	22	11.0	29	7.1	54
COMPAÑEROS	9.1	14	5.9	20	2.3	6	5.3	40
OTRA	45.5	70	31.4	107	23.1	61	31.4	238

La valoración de sus estudios se hace del siguiente modo ($p < 0.001$):

TABLA XXIII

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL	
							%	N
BIEN	68.8	205	57.0	219	51.1	143	58.9	567
REGULAR	29.9	89	34.9	134	43.9	123	36.0	346
MAL	1.3	4	8.1	31	5.0	14	5.1	49

A la pregunta sobre si les gusta estudiar, los encuestados responden ($p < 0.001$):

TABLA XXIV

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SI	79.7	239	40.2	154	45.7	127	54.1	520
NO	20.3	61	59.8	229	54.3	151	45.9	441

Las horas diarias que se dedican al estudio o tareas escolares son ($p < 0.001$):

TABLA XXV

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL	
							%	N
NINGUNA	6.3	19	4.9	19	7.5	21	6.1	59
UNA	54.0	162	25.7	99	29.4	82	35.5	343
DOS	23.0	69	38.6	149	35.8	100	33.0	318
TRES	9.7	29	20.2	78	19.4	54	16.7	161
MAS DE TRES	7.0	21	10.6	41	7.9	22	8.7	84

El tipo de estudios que quieren realizar en el futuro son ($p < 0.001$):

TABLA XXVI

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL	
							%	N
GRADO SUPERIOR	29.3	88	49.5	191	61.8	173	46.8	452
GRADO MEDIO	4.7	14	10.4	40	12.8	36	9.3	90
FORM. PROFES.	3.7	11	9.8	38	0.7	2	5.3	51
NADA	2.3	7	0.5	2	0.4	1	1.0	10
NO SE	60.0	180	29.8	115	24.3	68	37.6	363

Dicen leer periódicos o diarios ($p < 0.001$):

TABLA XXVII

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL % N	
SI	32.8	98	61.1	236	75.7	212	56.6	546
NO	67.2	201	38.9	150	24.3	68	43.4	419

La frecuencia con que leen los periódicos es ($p < 0.001$):

TABLA XXVIII

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL % N	
NUNCA	67.2	201	38.6	149	24.0	67	43.3	417
SOLO FIN SEMAN	11.7	35	22.3	86	29.4	82	21.1	203
ALGUNA VEZ	13.7	41	15.5	60	12.9	36	14.2	137
+ DE 2 POR SEM	4.7	14	13.2	51	20.1	56	12.5	121
A DIARIO	2.7	8	10.4	40	13.6	38	8.9	86

Practican lectura de revistas ($p < 0.001$):

TABLA XXIX

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL % N	
SI	68.2	204	91.2	352	87.1	244	82.9	800
NO	31.8	95	8.8	34	12.9	36	17.1	165

La frecuencia de la lectura de revistas es ($p < 0.001$):

TABLA XXX

	4 Ω %	EGB N	8 Ω %	EGB N	3 Ω %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SOLO FIN SEMAN	22.8	68	33.4	129	31.2	87	29.5	284
ALGUNA VEZ	22.5	67	23.3	90	32.6	91	25.7	248
+ DE 2 POR SEM	16.1	48	24.9	96	20.8	58	21.0	202
NUNCA	31.6	94	8.8	34	12.5	35	16.9	163
A DIARIO	7.0	21	9.6	37	2.9	8	6.9	66

Leen tebeos, "cómics" ($p < 0.001$):

TABLA XXXI

	4 Ω %	EGB N	8 Ω %	EGB N	3 Ω %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SI	91.7	276	77.2	298	54.8	153	75.3	727
NO	8.3	25	22.8	88	45.2	126	24.7	239

La frecuencia con que leen tebeos, "cómics" es ($p < 0.001$):

TABLA XXXII

	4 Ω %	EGB N	8 Ω %	EGB N	3 Ω %	BUP N	TOTAL	
							%	N
ALGUNA VEZ	17.9	53	29.0	112	30.7	85	26.0	250
NUNCA	8.4	25	22.5	87	44.8	124	24.6	236
SOLO FIN SEMAN	27.9	83	19.7	76	13.7	38	20.5	197
+ DE 2 POR SEM	24.9	74	20.0	77	6.8	19	17.7	170
A DIARIO	20.9	62	8.8	34	4.0	11	11.2	107

Leen libros de entretenimiento ($p < 0.001$):

TABLA XXXIII

	4 Ω %	EGB N	8 Ω %	EGB N	3 Ω %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
SI	98.7	297	89.9	347	90.0	251	92.7	895
NO	1.3	4	10.1	39	10.0	28	7.3	71

La frecuencia con que leen los libros es ($p < 0.001$):

TABLA XXXIV

	4 Ω %	EGB N	8 Ω %	EGB N	3 Ω %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
A DIARIO	57.4	170	35.3	132	21.4	57	38.4	359
ALGUNA VEZ	9.8	29	19.5	73	30.5	81	19.5	183
OBLIGADO	13.5	40	16.8	63	22.9	61	17.5	164
+ DE 2 POR SEM	14.9	44	18.5	69	12.4	33	15.6	146
SOLO FIN SEMAN	4.4	13	9.9	37	12.8	34	9.0	84

El tiempo transcurrido desde que leyeron el último libro es ($p < 0,001$):

TABLA XXXV

	4 Ω %	EGB N	8 Ω %	EGB N	3 Ω %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
MENOS DE 1 MES	91.6	110	78.5	168	64.4	114	76.7	392
MAS DE 1 MES	6.7	8	19.6	42	32.2	57	20.9	107
MAS DE 1 AÑO	0.0	0	1.9	4	3.4	6	2.0	10
NUNCA	1.7	2	0.0	0	0.0	0	0.4	2

Responden ver televisión o vídeo:

TABLA XXXVI

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SI	99.7	300	99.7	385	100	279	99.8	964
NO	0.3	1	0.3	1	0.0	0	0.2	2

El tiempo dedicado diariamente, en días laborables, a ver televisión es:

TABLA XXXVII

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL	
							%	N
MENOS DE 1 H	26.4	79	21.6	83	25.4	71	24.2	233
ENTRE 1 Y 2 H	40.1	120	42.3	163	42.3	118	41.7	401
MAS DE 2 HORAS	30.5	91	30.6	118	30.1	84	30.4	293
NUNCA	3.0	9	5.5	21	2.2	6	3.7	36

Durante el fin de semana ven televisión (p<0.05):

TABLA XXXVIII

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL	
							%	N
MENOS DE 1 H	14.2	42	6.7	26	9.0	25	9.7	93
ENTRE 1 Y 3 H	37.0	110	33.7	130	36.6	102	35.5	342
ENTRE 3 Y 5 H	25.9	77	32.6	126	32.6	91	30.6	294
ENTRE 5 Y 6 H	12.1	36	15.3	59	11.1	31	13.1	126
MAS DE 6 HORAS	10.8	32	11.7	45	10.7	30	11.1	107

La frecuencia con que se realiza Educación Física en el colegio o instituto semanalmente es ($p < 0.001$):

TABLA XXXIX

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL % N	
NUNCA	3.4	10	2.9	11	4.3	12	3.5	33
ENTRE 1 Y 2 H	83.4	246	38.6	148	76.3	213	63.4	607
ENTRE 2 Y 3 H	7.8	23	51.4	197	10.8	30	26.1	250
MAS DE 3 HORAS	5.4	16	7.1	27	8.6	24	7.0	67

Las horas semanales que practican deporte escolar son ($p < 0.001$):

TABLA XL

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL % N	
NUNCA	9.9	29	12.3	47	34.5	96	18.1	172
ENTRE 1 Y 2 H	62.2	183	43.3	165	55.8	155	52.8	503
ENTRE 2 Y 3 H	14.6	43	24.2	92	5.4	15	15.7	150
MAS DE 3 HORAS	13.3	39	20.2	77	4.3	12	13.4	128

Las horas semanales que hacen deporte extraescolar en días laborables son ($p < 0.001$):

TABLA XLI

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL % N	
NUNCA	26.9	79	32.1	123	48.6	136	35.3	338
ENTRE 1 Y 2 H	46.6	137	34.5	132	20.7	58	34.2	327
ENTRE 2 Y 3 H	16.3	48	13.3	51	12.5	35	14.0	134
MAS DE 3 HORAS	10.2	30	20.1	77	18.2	51	16.5	158

Las horas que realizan deporte durante el fin de semana son ($p < 0.001$):

TABLA XLII

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL	
							%	N
NUNCA	19.0	56	15.9	61	38.6	108	23.5	225
ENTRE 1 Y 2 H	46.1	136	47.4	182	38.6	108	44.4	426
ENTRE 2 Y 3 H	19.0	56	17.7	68	9.6	27	15.7	151
MAS DE 3 HORAS	15.9	47	19.0	73	13.2	37	16.4	157

El tipo de deporte practicado es ($p < 0.001$):

TABLA XLIII

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL	
							%	N
FUTBOL	35.5	101	31.0	115	18.3	41	29.2	257
BALONCESTO	11.9	34	23.2	86	21.4	48	19.1	168
BALONMANO	10.9	31	7.6	28	7.1	16	8.5	75
NATACION	7.0	20	6.7	25	6.7	15	6.8	60
DEFENSA PERSON	6.3	18	3.2	12	5.4	12	4.8	42
GIMN. RITMICA	9.1	26	2.4	9	3.1	7	4.8	42
BALONVOLEA	3.5	10	3.8	14	2.7	6	3.4	30
ATLETISMO	1.4	4	2.7	10	4.0	9	2.6	23
OTROS	14.4	41	19.4	72	31.3	70	20.8	183

Los alumnos encuestados desayunaron el día de la encuesta (p<0.001):

TABLA XLIV

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL	
							%	N
LECHE	32.2	97	26.8	103	18.2	51	26.0	251
CAFE CON LECHE	7.3	22	15.6	60	23.2	65	15.3	147
CACAO CON LECH	51.2	154	38.6	148	28.9	81	39.7	383
ANTERIOR+ZUMO	4.6	14	6.0	23	8.9	25	6.4	62
ZUMO	2.7	8	5.7	22	12.2	34	6.6	64
NADA	2.0	6	7.3	28	8.6	24	6.0	58

Además de lo anterior, tomaron en el desayuno (p<0.001):

TABLA XLV

	4º %	EGB N	8º %	EGB N	3º %	BUP N	TOTAL	
							%	N
PAN	26.3	79	21.5	82	21.5	60	23.0	221
GALLETAS	27.2	82	19.1	73	13.3	37	20.0	192
BOLLERIA	8.0	24	15.2	58	18.3	51	13.8	133
CEREALES	15.6	47	13.1	50	7.9	22	12.4	119
BOLLERIA INDL.	4.3	13	3.7	14	5.4	15	4.4	42
EMBUTIDOS	1.0	3	2.1	8	1.4	4	1.6	15
YOGURES	1.3	4	1.0	4	1.8	5	1.3	13
HUEVOS	1.3	4	0.8	3	0.7	2	0.9	9
PETIT SUISSE	0.7	2	0.0	0	0.0	0	0.2	2
NADA	14.3	43	23.5	90	29.7	83	22.4	216

A media mañana comieron ($p < 0.001$):

TABLA XLVI

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
NADA	52.4	157	59.7	228	44.1	123	52.9	508
BOC. EMBUTIDO	18.0	54	14.9	57	22.5	63	18.1	174
BOLLERIA	9.0	27	10.7	41	16.5	46	11.9	114
BOC. TORTILLA	2.0	6	2.6	10	6.1	17	3.4	33
BOLLERIA INDL.	3.3	10	3.7	14	3.2	9	3.4	33
GOLOSINAS	3.3	10	2.6	10	3.9	11	3.2	31
FRUTA	3.0	9	3.2	12	2.5	7	2.9	28
GALLETAS	4.7	14	1.3	5	0.4	1	2.1	20
BOC. CHOCOLATE	3.0	9	0.8	3	0.0	0	1.3	12
YOGURES	1.0	3	0.5	2	0.4	1	0.6	6
PETIT SUISE	0.3	1	0.0	0	0.4	1	0.2	2

En la comida, como primer plato o plato único, tomaron el día de la encuesta o el día anterior ($p < 0.001$):

TABLA XLVII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
PASTA	29.6	84	27.5	103	22.1	60	26.6	247
LEGUMBRES	21.8	62	21.7	81	16.9	46	20.3	189
SOPA	20.8	59	16.0	60	23.9	65	19.8	184
VERDURAS	18.0	51	19.3	72	18.7	51	18.7	174
GUIISO DE CARNE	6.0	17	7.2	27	7.0	19	6.8	63
ENSALADA	2.5	7	5.1	19	9.2	25	5.5	51
BOCADILLO	1.0	3	2.9	11	1.1	3	1.8	17
GUIISO PESCADO	0.3	1	0.3	1	1.1	3	0.5	5

De segundo plato comieron ($p < 0.001$):

TABLA XLVIII

	40	EGB	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
CARNE	34.7	103	32.5	124	32.6	91	33.2	318
CARNE/PATATAS	11.4	34	20.9	80	21.5	60	18.2	174
CARNE/GUARNIC.	15.1	45	9.9	38	16.9	47	13.6	130
PESCADO	10.4	31	4.2	16	5.4	15	6.5	62
EMBUT/SALCHICH	4.7	14	3.9	15	2.2	6	3.7	35
ENSALADA	1.7	5	4.2	16	3.9	11	3.3	32
HUEVOS	2.4	7	3.7	14	2.2	6	2.8	27
PESCA/GUARNIC.	0.7	2	2.1	8	3.9	11	2.2	21
HUEVO/PATATAS	1.7	5	1.0	4	1.4	4	1.4	13
VERDURAS	1.7	5	1.3	5	0.7	2	1.2	12
PESCA/PATATAS	1.0	3	0.3	1	1.4	4	0.8	8
NADA	14.5	43	16.0	61	7.9	22	13.1	126

De tercer plato tomaron ($p < 0.001$):

TABLA XLIX

	40	EGB	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
FRUTA	46.4	137	54.7	210	60.4	169	53.8	516
DERIV. LACTEOS	24.4	72	15.4	59	13.2	37	17.5	168
POSTRE DULCE	9.5	28	15.1	58	7.9	22	11.3	108
PETIT SUISSE	3.0	9	2.6	10	1.4	4	2.4	23
EMBUTIDO	1.4	4	0.5	2	0.7	2	0.8	8
NADA	15.3	45	11.7	45	16.4	46	14.2	136

Durante la comida bebieron ($p < 0.1$):

TABLA L

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
AGUA	77.4	229	76.0	291	82.0	227	78.2	747
REFRESCOS	7.4	22	12.5	48	5.8	16	9.0	86
ZUMO	8.5	25	6.0	23	6.1	17	6.8	65
LECHE	5.7	17	4.5	17	4.3	12	4.8	46
VINO	1.0	3	0.5	2	0.7	2	0.7	7
CERVEZA	0.0	0	0.5	2	1.1	3	0.5	5

Para merendar el día anterior tomaron ($p < 0.001$):

TABLA LI

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
BOCA. EMBUTIDO	46.4	139	35.1	135	35.1	98	38.6	372
BOLLERIA	11.0	33	16.4	63	14.4	40	14.1	136
FRUTA	4.0	12	8.6	33	10.0	28	7.6	73
GALLETAS	6.7	20	5.4	21	6.8	19	6.2	60
YOGURES	5.3	16	6.5	25	6.1	17	6.0	58
BOC. CHOCOLATE	8.3	25	6.2	24	1.1	3	5.4	52
BOLLERIA INDL.	3.3	10	3.9	15	5.0	14	4.0	39
BOCA. TORTILLA	4.3	13	2.9	11	1.8	5	3.0	29
GOLOSINAS	1.7	5	1.3	5	1.4	4	1.5	14
PETIT SUISSE	0.3	1	1.0	4	0.0	0	0.5	5
NADA	8.7	26	12.7	49	18.3	51	13.1	126

Bebieron en la merienda ($p < 0.1$):

TABLA LII

	4 Ω %	EGB N	8 Ω %	EGB N	3 Ω %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
LECHE	33.8	101	34.3	132	28.7	80	32.5	313
AGUA	20.1	60	21.8	84	23.3	65	21.7	209
REFRESCOS	11.4	34	14.0	54	14.7	41	13.4	129
ZUMO	9.0	27	10.9	42	11.1	31	10.4	100
VINO O CERVEZA	0.0	0	0.3	1	1.8	5	0.6	6
NADA	25.7	77	18.7	72	20.4	57	21.4	206

El día anterior tomaron como primer plato para cenar
($p < 0.001$):

TABLA LIII

	4 Ω %	EGB N	8 Ω %	EGB N	3 Ω %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
ENSALADA	10.5	24	19.4	61	24.2	53	18.1	138
SOPA	19.3	44	17.8	56	13.7	30	17.1	130
BOCADILLO	14.5	33	16.6	52	15.5	34	15.6	119
VERDURAS	11.4	26	13.0	41	19.2	42	14.3	109
PASTA	11.0	25	10.2	32	11.9	26	10.9	83
GUISO PESCADO	14.9	34	8.3	26	8.2	18	10.3	78
GUISO CARNE	10.1	23	10.2	32	5.5	12	8.8	67
LEGUMBRES	8.3	19	4.5	14	1.8	4	4.9	37

Para cenar tomaron como segundo plato ($p < 0.001$):

TABLA LIV

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
NADA	38.3	113	30.5	114	25.0	69	31.3	296
HUEVOS	10.8	32	9.9	37	11.6	32	10.7	101
PESCADO	8.1	24	11.5	43	12.0	33	10.6	100
CARNE	16.3	48	6.7	25	8.3	23	10.1	96
EMBUT/SALCHICH	5.1	15	10.2	38	13.8	38	9.6	91
HUEVOS/PATATAS	7.5	22	10.7	40	7.6	21	8.8	83
CARNE/PATATAS	6.4	19	7.8	29	5.8	16	6.8	64
ENSALADA	1.7	5	3.7	14	5.1	14	3.5	33
PESCA/GUARNIC.	2.7	8	2.9	11	4.3	12	3.3	31
PESCA/PATATAS	1.7	5	2.1	8	2.5	7	2.1	20
CARNE/GUARNIC.	0.7	2	2.9	11	1.8	5	1.9	18
VERDURAS	0.7	2	1.1	4	2.2	6	1.3	12

Como tercer plato cenaron ($p < 0.1$):

TABLA LV

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
FRUTA	46.5	138	48.2	183	47.3	132	47.4	453
DERIV. LACTEOS	13.5	40	17.6	67	12.2	34	14.8	141
POSTRE DULCE	6.0	18	8.7	33	8.2	23	7.7	74
EMBUTIDO	6.4	19	3.4	13	4.7	13	4.7	45
PETIT SUISSE	3.4	10	4.2	16	1.8	5	3.2	31
NADA	24.2	72	17.9	68	25.8	72	22.2	212

Con la cena bebieron ($p < 0.001$):

TABLA LVI

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
AGUA	59.5	173	69.8	264	71.9	197	67.2	634
LECHE	24.7	72	14.3	54	16.1	44	18.0	170
REFRESCOS	7.2	21	10.1	38	5.8	16	8.0	75
ZUMO	8.6	25	5.3	20	4.7	13	6.2	58
CERVEZA	0.0	0	0.5	2	1.5	4	0.6	6
VINO	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0

La frecuencia con que toman golosinas es ($p < 0.001$):

TABLA LVII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
ALGUNA VEZ	41.5	124	37.0	143	59.0	164	44.7	431
2/3 POR SEMANA	22.1	66	29.8	115	15.1	42	23.2	223
A DIARIO	21.0	63	20.5	79	10.8	30	17.9	172
FIN DE SEMANA	12.4	37	10.6	41	5.0	14	9.5	92
NUNCA	3.0	9	2.1	8	10.1	28	4.7	45

Con respecto al aseo, responden que antes de comer se lavan las manos ($p < 0.1$):

TABLA LVIII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SI	82.4	248	87.8	338	88.2	246	86.2	832
NO	17.6	53	12.2	47	11.8	33	13.8	133

Después de comer se lavan las manos ($p < 0.05$):

TABLA LIX

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SI	44.2	133	52.2	201	53.6	149	50.1	483
NO	55.8	168	47.8	184	46.4	129	49.9	481

Realizan el cepillado de dientes ($p < 0.01$):

TABLA LX

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
NUNCA	4.0	12	1.0	4	0.7	2	1.9	18
UNA AL DIA	32.6	98	32.4	125	23.9	67	30.0	290
DOS AL DIA	25.2	76	27.2	105	32.2	90	28.0	271
TRES AL DIA	19.9	60	22.5	87	28.6	80	23.5	227
SI ME ACUERDO	18.3	55	16.9	65	14.6	41	16.6	161

La frecuencia con que utilizan el flúor es ($p < 0.001$):

TABLA LXI

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
NUNCA	61.8	183	59.8	223	67.5	185	62.7	591
A DIARIO	21.6	64	21.2	79	11.0	30	18.3	173
SEMANTAL	10.5	31	11.0	41	8.4	23	10.1	95
MENSUAL	6.1	18	8.0	30	13.1	36	8.9	84

Se lavan las manos después de defecar ($p < 0.001$):

TABLA LXII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SI	74.0	222	86.6	329	86.1	241	82.5	792
NO	26.0	78	13.4	51	13.9	39	17.5	168

La frecuencia con que se bañan o duchan es la siguiente ($p < 0.001$):

TABLA LXIII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
A DIARIO	24.3	73	31.7	122	45.4	127	33.4	322
CADA 2 DIAS	30.7	92	43.6	168	39.9	112	38.6	372
2 VECES SEMANA	24.7	74	17.9	69	12.5	35	18.4	178
SEMANAL	18.3	55	6.8	26	1.8	5	8.9	86
QUINCENAL	1.0	3	0.0	0	0.0	0	0.3	3
MENSUAL	1.0	3	0.0	0	0.4	1	0.4	4

La frecuencia con que defecan es:

TABLA LXIV

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
A DIARIO	66.3	199	70.4	269	65.3	181	67.7	649
CADA DOS DIAS	15.3	46	14.4	55	21.3	59	16.7	160
CADA TRES DIAS	4.3	13	3.1	12	1.5	4	3.0	29
MAS DE 3 DIAS	2.3	7	0.8	3	1.1	3	1.3	13
IRREGULARMENTE	11.8	35	11.3	43	10.8	30	11.3	108

Respecto a que les hayan practicado reconocimientos médicos en salud en el último año responden ($p < 0.05$):

TABLA LXV

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SI	55.5	167	56.7	219	47.5	133	53.7	519
NO	44.5	134	43.3	167	52.5	147	46.3	448

El lugar donde les realizaron los reconocimientos médicos fue ($p < 0.001$):

TABLA LXVI

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL	
							%	N
COLEGIO	62.4	103	44.2	96	44.0	59	50.0	258
SISTEMA PUBLIC	21.8	36	28.1	61	19.4	26	23.8	123
SISTEMA PRIVAD	15.8	26	27.7	60	36.6	49	26.2	135

Durante el último mes han tomado los siguientes medicamentos ($p < 0.001$):

TABLA LXVII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
NINGUNO	43.0	123	37.1	140	27.6	76	36.2	339
ANTIBIOTICOS	19.2	55	15.6	59	24.0	66	19.2	180
VITAMINAS	16.8	48	16.2	61	16.4	45	16.4	154
ANALGESICOS	6.3	18	11.4	43	18.5	51	12.0	112
ANTIALERGICOS	3.1	9	5.6	21	4.4	12	4.5	42
ANTIINFLAMATOR	0.7	2	2.7	10	2.9	8	2.1	20
MUCOLITICOS	2.5	7	2.1	8	1.1	3	1.9	18
ANTITUSIGENOS	0.4	1	0.8	3	0.0	0	0.4	4
SULFAS Y DERIV	0.0	0	0.3	1	0.7	2	0.3	3
OTROS	8.0	23	8.2	31	4.4	12	7.0	66

Los medicamentos fueron indicados ($p < 0.001$):

TABLA LXVIII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL	
							%	N
MEDICO	68.6	109	57.7	134	51.5	102	58.6	345
MADRE	23.9	38	24.1	56	19.7	39	22.6	133
YO MISMO	0.6	1	6.9	16	22.8	45	10.5	62
PADRE	2.5	4	6.5	15	2.0	4	3.9	23
A.T.S. o D.U.E	2.5	4	2.2	5	1.5	3	2.0	12
FAMILIAR	1.9	3	2.2	5	1.5	3	1.9	11
VECINO	0.0	0	0.4	1	1.0	2	0.5	3

A la pregunta de si han fumado alguna vez responden

($p < 0.001$):

TABLA LXIX

	4Ω %	EGB N	8Ω %	EGB N	3Ω %	BUP N	TOTAL	
							%	N
SI	8.0	24	35.1	135	63.6	178	34.9	337
NO	92.0	277	64.9	250	36.4	102	65.1	629

Fuman habitualmente ($p < 0.001$):

TABLA LXX

	4Ω %	EGB N	8Ω %	EGB N	3Ω %	BUP N	TOTAL	
							%	N
NO, NUNCA	97.0	292	82.9	319	56.8	159	79.7	770
A DIARIO	0.0	0	5.7	22	21.8	61	8.6	83
ALGUNA VEZ	2.3	7	7.8	30	16.4	46	8.6	83
FIN DE SEMANA	0.7	2	3.6	14	5.0	14	3.1	30

La primera vez que fumaron tenían la siguiente edad

($p < 0.001$):

TABLA LXXI

	4Ω %	EGB N	8Ω %	EGB N	3Ω %	BUP N	TOTAL	
							%	N
MENOS DE 10 A.	100	8	6.2	6	3.8	6	7.6	20
ENTRE 10 Y 12	0.0	0	27.8	27	7.7	12	14.9	39
ENTRE 13 Y 14	0.0	0	47.4	46	22.3	35	30.9	81
ENTRE 15 Y 16	0.0	0	18.6	18	57.3	90	41.2	108
MAS DE 16 AÑOS	0.0	0	0.0	0	8.9	14	5.4	14

Cantidad de cigarrillos que fuman diariamente ($p < 0.1$):

TABLA LXXII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
MENOS 10 CIGAR	100	3	93.0	66	78.7	96	84.2	165
ENTRE 10 Y 20	0.0	0	5.6	4	19.7	24	14.3	28
MAS DE 20 CIGA	0.0	0	1.4	1	1.6	2	1.5	3

Tienen permiso para fumar ($p < 0.01$):

TABLA LXXIII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
SI	14.3	2	12.4	12	29.4	45	22.3	59
NO	85.7	12	87.6	85	70.6	108	77.7	205

El primer cigarrillo se lo dio ($p < 0.001$):

TABLA LXXIV

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
AMIGO	0.0	0	54.3	51	61.7	95	57.0	146
YO MISMO	0.0	0	25.5	24	24.0	37	23.8	61
OTRO FAMILIAR	50.0	4	8.5	8	8.4	13	9.8	25
HERMANOS	25.0	2	4.3	4	4.6	7	5.1	13
PADRES	25.0	2	7.4	7	1.3	2	4.3	11

A la pregunta sobre si han tomado alguna vez una bebida alcohólica responden ($p < 0.001$):

TABLA LXXV

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
SI	36.9	111	62.6	241	97.9	274	64.8	626
NO	63.1	190	37.4	144	2.1	6	35.2	340

La frecuencia con la que toman bebidas alcohólicas es ($p < 0.001$):

TABLA LXXVI

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
NO, NUNCA	69.4	209	51.6	198	9.3	26	44.9	433
EN FIESTAS	19.9	60	24.7	95	14.3	40	20.2	195
ALGUNA VEZ	6.7	20	17.7	68	27.8	78	17.2	166
FIN DE SEMANA	3.7	11	5.5	21	45.7	128	16.6	160
A DIARIO	0.3	1	0.5	2	2.9	8	1.1	11

La edad que tenían cuando bebieron por primera vez era ($p < 0.001$):

TABLA LXXVII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL %	TOTAL N
MENOS DE 10 A.	99.0	96	14.0	28	4.8	13	24.3	137
ENTRE 10 Y 12	1.0	1	33.0	66	7.1	19	15.2	86
ENTRE 13 Y 14	0.0	0	42.5	85	23.9	64	26.4	149
ENTRE 15 Y 16	0.0	0	10.5	21	60.1	161	32.2	182
MAS DE 16 AÑOS	0.0	0	0.0	0	4.1	11	1.9	11

A la pregunta de quien le dio el primer vaso o copa respondieron ($p < 0.001$):

TABLA LXXVIII

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL	
							%	N
PADRE	74.5	70	39.3	79	14.2	38	33.2	187
AMIGOS	0.0	0	28.8	58	41.0	110	29.8	168
YO MISMO	13.8	13	20.9	42	39.2	105	28.4	160
OTRO FAMILIAR	10.6	10	8.0	16	5.6	15	7.3	41
HERMANOS	1.1	1	3.0	6	0.0	0	1.3	7

La bebida alcohólica que suelen tomar es ($p < 0.001$):

TABLA LXXIX

	40 %	EGB N	80 %	EGB N	30 %	BUP N	TOTAL	
							%	N
CAVA O SIDRA	51.1	47	43.7	83	7.5	19	27.8	149
CERVEZA	18.5	17	17.4	33	23.2	59	20.3	109
COMBINADOS	0.0	0	10.5	20	26.4	67	16.2	87
LICORES	3.2	3	11.6	22	12.2	31	10.5	56
VINO	10.9	10	2.1	4	0.8	2	3.0	16
AL MENOS 2 BE- BIDAS DE ESTAS	16.3	15	14.7	28	29.9	76	22.2	119

La cantidad que suelen beber los encuestados cada vez que toman alcohol es ($p < 0.001$):

TABLA LXXX

	40	EGB	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
UN VASO	94.4	84	65.1	123	35.9	92	56.0	299
2 ó 3 VASOS	5.6	5	27.0	51	41.4	106	30.3	162
4 ó 5 VASOS	0.0	0	3.7	7	12.1	31	7.1	38
MAS DE 5 VASOS	0.0	0	4.2	8	10.6	27	6.6	35

Consumieron algún tipo de droga ($p < 0.001$):

TABLA LXXXI

	40	EGB	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
SI	0.3	1	1.3	5	21.5	60	6.9	66
NO	99.7	299	98.7	378	78.5	219	93.1	896

La frecuencia con que siguen consumiendo droga es ($p < 0.001$):

TABLA LXXXII

	40	EGB	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
NO, NUNCA	100	299	99.2	380	85.8	236	95.6	915
ALGUNA VEZ	0.0	0	0.3	1	12.7	35	3.8	36
FIN DE SEMANA	0.0	0	0.5	2	1.5	4	0.6	6
A DIARIO	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0

La edad que tenían la primera vez que tomaron droga era:

TABLA LXXXIII

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
MENOS DE 10 A.	0.0	0	0.0	0	1.7	1	1.6	1
ENTRE 10 Y 12	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
ENTRE 13 Y 14	0.0	0	25.0	1	5.1	3	6.3	4
ENTRE 15 Y 16	0.0	0	75.0	3	67.8	40	68.3	43
MAS DE 16 AÑOS	0.0	0	0.0	0	25.4	15	23.8	15

La primera droga se la dio:

TABLA LXXXIV

	4Q %	EGB N	8Q %	EGB N	3Q %	BUP N	TOTAL % N	
AMIGO	0.0	0	80.0	4	96.6	57	95.3	61
OTRO FAMILIAR	0.0	0	0.0	0	3.4	2	3.1	2
YO MISMO	0.0	0	20.0	1	0.0	0	1.6	1
PADRES	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
HERMANOS	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
DESCONOCIDOS	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0

Anulando 4Q de E.G.B. y reagrupando "YO MISMO", PADRES, HERMANOS Y DESCONOCIDOS: $p < 0.01$

La primera droga fue:

TABLA LXXXV

	40	EGB	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
CANNABIS	0.0	0	60.0	3	67.8	40	67.2	43
COCAINA	0.0	0	0.0	0	3.4	2	3.1	2
HEROINA	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
ANFETAMINAS	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
OTRAS DROGAS	0.0	0	40.0	2	28.8	17	29.7	19

Las drogas se consumen en:

TABLA LXXXVI

	40	EGB	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
CALLE	0.0	0	80.0	4	55.9	33	57.8	37
DISCOTECA	0.0	0	0.0	0	22.0	13	20.3	13
CASA	0.0	0	0.0	0	11.9	7	11.0	7
BAR	0.0	0	0.0	0	8.5	5	7.8	5
COLEGIO	0.0	0	20.0	1	1.7	1	3.1	2

La droga que consumen actualmente es:

TABLA LXXXVII

	40	EGB	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
CANNABIS	0.0	0	50.0	2	72.1	31	70.2	33
COCAINA	0.0	0	0.0	0	2.3	1	2.1	1
HEROINA	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
ANFETAMINAS	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
OTRAS DROGAS	0.0	0	50.0	2	25.6	11	27.7	13

Sobre mantener relaciones sexuales (en sentido amplio)

contestan (0.001):

TABLA LXXXCIII

	8 Ω	EGB	3 Ω	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
SI	25.7	98	77.5	217	47.6	315
NO	74.3	284	22.5	63	52.4	347

La edad que tenían la primera vez que mantuvieron una relación sexual (p<0,001):

TABLA LXXXIX

	8 Ω	EGB	3 Ω	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
MENOS DE 10 A.	6.1	6	2.3	5	3.5	11
ENTRE 10 Y 12	20.2	20	4.2	9	9.3	29
ENTRE 13 Y 14	63.6	63	27.1	58	38.6	121
ENTRE 15 Y 16	10.1	10	55.2	118	40.9	128
MAS DE 16 AÑOS	0.0	0	11.2	24	7.7	24

La primera relación la mantuvieron con:

TABLA XC

	8 Ω	EGB	3 Ω	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
AMIGO	90.7	88	91.5	195	91.3	283
DESCONOCIDO	6.2	6	7.5	16	7.1	22
FAMILIAR	3.1	3	0.5	1	1.3	4
PROFESIONAL	0.0	0	0.5	1	0.3	1

El tipo de relación sexual fue ($p < 0.001$):

TABLA XCI

	8Ω	EGB	3Ω	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
BESOS	67.7	67	37.8	82	47.2	149
CARICIAS CORPO	24.2	24	37.8	82	33.5	106
MASTURBACION	5.1	5	12.4	27	10.1	32
COITO	3.0	3	12.0	26	9.2	29

A la pregunta de con cuantas personas distintas han mantenido relaciones sexuales responden ($p < 0.001$):

TABLA XCII

	8Ω	EGB	3Ω	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
CON UNA	22.4	22	23.3	49	23.0	71
CON DOS O TRES	48.0	47	25.7	54	32.8	101
CUATRO O CINCO	15.3	15	15.3	32	15.3	47
MAS DE CINCO	14.3	14	35.7	75	28.9	89

La edad a la que practicaron un coito por primera vez fue ($p < 0.001$):

TABLA XCIII

	8Ω	EGB	3Ω	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
ANTES DE 12 A.	11.1	1	2.9	1	4.6	2
ENTRE 12 Y 15	88.9	8	17.1	6	31.8	14
ENTRE 16 Y 18	0.0	0	80.0	28	63.6	28
MAS DE 18 AÑOS	0.0	0	0.0	0	0.0	0

El número de personas con las que han mantenido relaciones sexuales completas son:

TABLA XCIV

	8Ω %	EGB N	3Ω %	BUP N	TOTAL % N	
CON UNA	37.5	3	57.1	20	53.5	23
CON DOS O TRES	25.0	2	31.4	11	30.2	13
CUATRO O CINCO	12.5	1	2.9	1	4.7	2
MAS DE CINCO	25.0	2	8.6	3	11.6	5

Utilizaron métodos anticonceptivos:

TABLA XCV

	8Ω %	EGB N	3Ω %	BUP N	TOTAL % N	
SI	62.5	5	73.5	25	71.4	30
NO	37.5	3	26.5	9	28.6	12

Actualmente mantienen relaciones sexuales completas:

TABLA XCVI

	8Ω %	EGB N	3Ω %	BUP N	TOTAL % N	
CUANDO SURGEN	62.5	5	48.6	17	51.2	22
SEMANALMENTE	12.5	1	5.7	2	7.0	3
2/3 VECES MES	0.0	0	5.7	2	4.6	2
NO	25.0	2	40.0	14	37.2	16

El método anticonceptivo que utilizan es:

TABLA XCVII

	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
NINGUNO	14.3	1	3.7	1	5.9	2
PRESERVATIVO	85.7	6	88.9	24	88.3	30
PILDORA	0.0	0	3.7	1	2.9	1
OTROS	0.0	0	3.7	1	2.9	1

A la pregunta sobre mantener relaciones homosexuales contestaron ($p < 0.01$):

TABLA XCVIII

	80	EGB	30	BUP	TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
SI	0.3	1	3.2	8	1.5	9
NO	99.7	354	96.8	245	98.5	599

COMENTARIOS

Después de todo lo leído y estudiado confirmamos que la adolescencia es una etapa problemática. Lo es ya en su definición, y tal y como se desarrolla en este momento nuestra civilización, preferimos una síntesis entre la de la Academia Americana de Pediatría y la de García Castroviejo, con lo que quedaría así: Es la etapa de la vida que comienza alrededor de los 10 años con la aparición de caracteres sexuales secundarios y termina hacia los 28 años cuando finaliza el desarrollo psicosocial y el crecimiento somático. Aunque parezca una edad muy avanzada para finalizar esta etapa, RG MacKenzie en el libro "Salud del Adolescente" (196), no sólo lo corrobora sino que sentencia: "la adolescencia alcanza la tercera y cuarta décadas de la vida debido a la necesidad de aumentar la educación vocacional postgraduada". Y es especialmente problemática porque en la adolescencia se asumen una serie de cambios psicosociales muy importantes [193]:

- 1.- Establecimiento de relaciones interpersonales con otros adolescentes.
- 2.- Adquisición del rol social: masculino o femenino.
- 3.- Aceptación del propio cuerpo y su uso de forma eficaz.
- 4.- Progresiva independencia emocional respecto a padres

y adultos.

5.- Preparación para la vida de familia.

6.- Preparación para una carrera profesional.

7.- Adquisición de criterios éticos.

8.- Desarrollo de la inteligencia social.

9.- Desarrollo de la capacidad conceptual y progresiva resolución de problemas.

Todos estos cambios hacen que el adolescente se rebele contra el mundo que está por encima de él, al que la sociedad quiere que llegue sin cambiar nada, porque es así ese mundo.

El adolescente, como el individuo a cualquier otra edad, está condicionado por factores sociales, étnicos, geográficos, climáticos, familiares, escolares e incluso operan sobre él otros factores determinados por la importancia social de la adolescencia, tanto desde el punto de vista demográfico, como económico (grupo de edad objeto principal del "marketing" y publicidad de una sociedad de consumo) y político (población útil para el voto, que además tiene conciencia de grupo frente al resto de la sociedad) [189].

El sexo de los alumnos encuestados es el 52% de varones y el 48% de hembras (tabla II). Siendo casi iguales en 4º EGB y 3º BUP y con una mayor diferencia en 8º EGB con 56,2% de varones por 43,8% de hembras. Según

el Anuario Estadístico [191], para estas edades, serían 51,12% vs 48,88%.

5.1 RELACIONES FAMILIARES Y ESCOLARES

5.1.1 RELACIONES FAMILIARES

No deja de ser llamativo el hecho de encontrar a casi el 50% de los padres solteros en determinada zona socioeconómica (zona 5), aunque su significación estadística no sea real, debido a que el barrio al que corresponde el colegio tiene una idiosincrasia muy especial. Si en cambio se constata en el trabajo que cuanto más jóvenes son los alumnos, más porcentaje de padres solteros, divorciados o separados existe, lo que indica que esta situación familiar se da más en padres jóvenes (tabla XII).

La juventud declara llevarse bien con los padres (tabla XV); en este trabajo el porcentaje es más bien alto (85,7%). Uno de los motivos podría ser "el planteamiento de los padres de evitar repetir modelos

educativos similares a los vividos por ellos y establecer una relación de amigos, intentando razonar y dialogar al máximo, posibilitando la visión que tienen los hijos de los padres como razonables" [179]. Aún así, cuanto más joven es el encuestado mejor es la relación con los padres, y de hecho, los únicos que declaran llevarse mal (0,8% del total) pertenecen a los cursos superiores, y esto podría ser porque son más críticos a esas edades.

Por contra, son más críticos en la relación que tienen sus progenitores entre sí (tabla XIV), respondiendo el 3% que se llevan mal, situación que no ocurre en la relación entre padres e hijos.

No se ha encontrado ninguna relación estadística entre el nivel socioeconómico y la relación personal entre los padres, ni tampoco con la relación entre padres e hijos, ni con la de los hermanos.

El 50% de los encuestados sólo tiene un hermano, de ahí que el 72,2% sean el primogénito o el segundo hijo (tabla XVI). Cuanto más mayores son, menos hermanos tienen o no tienen ninguno (tabla XVII). Todo esto confirma la baja tasa de natalidad existente en nuestro país.

Las relaciones fraternales son bastante

aceptables pues el 70,3% se llevan bien (tabla XVIII), y las relaciones con hermanos de distinto sexo son iguales a las del mismo sexo en un 62,2% (tabla XIX).

5.1.2 RELACIONES ESCOLARES

Les gusta el colegio al 71,3% de los alumnos (tabla XX) (65% para el Ministerio [112]) aunque no se conforman cómo es y les gustaría cambiar algo al 78,2% (tabla XXI), principalmente los profesores y la dirección (tabla XXII). Entre las respuestas a "otra" cosa que deberá cambiarse, nos han escrito al margen de la encuesta: comedor, horario (jornada continuada), recreo. Está claro que con la edad aumenta la crítica hacia lo establecido y, por tanto, les gusta menos el colegio, saben mejor lo que cambiarían y llegan hasta el 93,6% de los estudiantes de 3º de BUP, que corresponde a 262 alumnos, a desear cambiar algo.

El 41,1% (395 alumnos) declaran llevar regular o mal los estudios (tabla XXIII). Respuesta que se puede considerar normal si se tiene en cuenta que 720 jóvenes (74,6%) estudian menos de dos horas al día (para el Ministerio 60% [112]), resultando que los de 8º EGB son los que más lo hacen y que el mayor porcentaje de los

que no estudian nada corresponde al curso de 3º BUP, que llega hasta el 7,5% (tabla XXV).

En los cursos superiores se definen mejor sobre el futuro (tabla XXVI); así, el 61,8% de 3º BUP y el 49,5% de 8º EGB eligen estudios universitarios de grado superior. Esto realmente se contradice con la autosatisfacción de los estudios, pues a tan solo el 45,7% de 3º BUP les gusta estudiar (tabla XXIV). De todas formas los porcentajes de incertidumbre sobre su futuro son altos, puesto que el hecho de no saberlo aún los de 4º EGB en un 60% no nos parece tan extraño como el 24,3% de 3º BUP (tabla XXVI). Nuestras cifras no son muy dispares con las del Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud [112].

5.2 OCIO

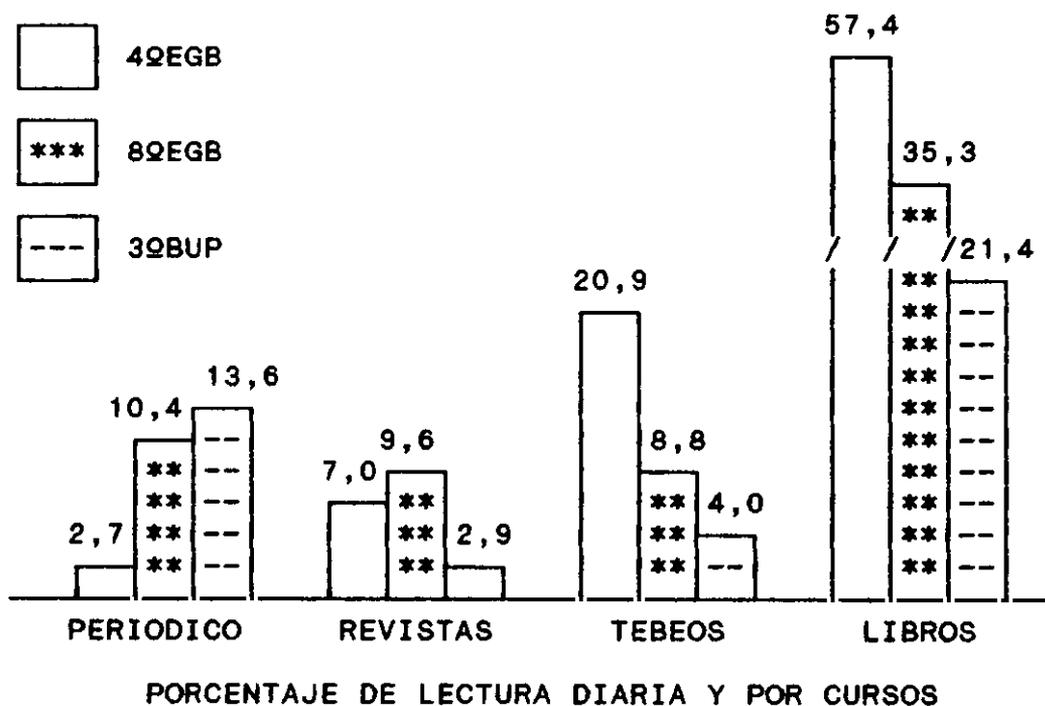
5.2.1 LECTURA

Ha sido una grata sorpresa constatar los índices relativamente altos de lectura, aunque desilusiona

el comprobar que no son lectores asiduos, sino más bien de fin de semana u ocasionales. Sin embargo, estudiando porcentajes de lectura diaria se observa que los alumnos de 4º EGB suelen leer más que los de 8º EGB y éstos más que los de 3º BUP, excepto con el periódico (tablas XXVIII, XXX, XXXII, XXXIV). Ello indica que el periódico se considera una lectura de mayores y, también, que los pequeños están adquiriendo un hábito de lectura que no tienen los demás; esto último queda corroborado [194], ya que nuestras cifras son bastante más altas que las del Informe del Gabinete de Estudios y Estadística de la Secretaría General del Ministerio de Cultura, excepto en que en éste se afirma que "sólo a partir de los 13 años el 25% se hace asiduo lector de periódicos" y para nosotros sólo en 3º BUP son capaces de alcanzar el 13,6% de lectura diaria.

En nuestro estudio (al igual que en el de González Blanco [161]) leen más las mujeres que los hombres, excepto tebeos para nosotros y periódicos para González Blanco [161].

En orden decreciente leen: libros 92,7% (tabla XXXIII), revistas 82,9% (tabla XXIX), tebeos 75,3% (tabla XXXI) y periódicos 56,6% (tabla XXVII); a diario lo hacen: libros 38,4%, tebeos 11,1%, periódicos 8,9% y revistas 6,9%.



Desde hace algún tiempo, se ha ido promoviendo la lectura de libros de entretenimiento desde los colegios, en donde habitualmente se obliga a los alumnos a leer durante el curso. El 17,5% de jóvenes responden que los libros que leen son los que les mandan en el colegio solamente, y aun con esta normativa el 20,9% responde que hace más de un mes que no lee y el 2,4% que o hace más de un año o que no ha leído nunca un libro.

Se comprueba (tabla XXXIV) que a mayor edad leen más de forma obligada, y cuanto más pequeños leen

más a diario, lo que nos confirma lo que ya comentábamos anteriormente, el hábito de lectura está impregnando a los más jóvenes.

De los que responden no estar leyendo en ese momento (tabla XXXV), el 31,4% (22 alumnos) hace menos de un mes que no lee, el 54,3% (correspondiente a 38) hace más de un mes, el 12,9% (9 jóvenes) más de un año y 1,4% (uno de 40 EGB) declara no haber leído nunca.

5.2.2 TELEVISION O VIDEO

Se puede decir que todos ven televisión pues tan sólo un 0,2% responde no verla (tabla XXXVI).

Los jóvenes que más la ven entre semana (tabla XXXVII) son los de 30 BUP, y durante el fin de semana (tabla XXXVIII), los de 80 EGB y luego 30 BUP. O sea, los más pequeños, sobre los que los padres tienen mayor influencia, son los que menos televisión ven; por contra, los más mayores, son los que más ven y, así mismo, tal y como ya se ha mencionado anteriormente, son los que menos estudian.

Pensamos que, en conjunto, los adolescentes ven demasiada televisión, pues el 41,6% (401 estudiantes)

lo hace entre una y dos horas, y el 30,4% (293 jóvenes) durante más de dos horas diarias entre semana.

Nuestras cifras concuerdan con las de Holstein [50] en cuanto a horas de visión, no así con respecto a la edad pues para él cuanto más pequeños más tiempo visionan. Los varones son los que más televisión ven, en nuestro estudio 52,07% vs 47,93%.

Para el Ministerio [112] el 43% ve de una a tres horas y el 19% cuatro o más horas diarias, no influyendo para ellos ni edad ni sexo.

Según Jóvenes Españoles 89 [161] del 1984 al 1989 han aumentado las horas de visión.

5.2.3 EDUCACION FISICA Y DEPORTE

Cuando se explicó la forma de realizar la encuesta se recalcó la diferencia existente entre la asignatura de Educación Física, coloquialmente Gimnasia, y el Deporte, pero aún así, creemos que han seguido confundiendo la respuesta, pues aunque sale una media aritmética generalizada para cada colegio, siempre ha habido unos márgenes muy amplios.

En 42 EGB y 32 BUP se practica entre una y dos horas semanales de Educación Física y en 82 EGB entre dos y tres horas. Hay 33 alumnos (3,4%) que responden no hacerla nunca (tabla XXXIX).

Se realizan más horas de gimnasia en los colegios privados que en los públicos ($p < 0,001$), y cuando no la hacen nunca, el porcentaje mayor corresponde a los públicos (5,80% por 1,90% para los privados), lo que nos indica un menor control en ellos.

La práctica del deporte está bastante extendida, pues tan sólo un 6,88% no lo practica nunca, porcentaje parecido al que comunica Holstein [57] que es del 8%. La mayoría (52,8%) lo realiza en el colegio entre una y dos horas semanales (tabla XL); luego, porcentualmente, en el fin de semana (44,4%) (tabla XLII) y después entre semana de forma extraescolar (34,2%). El 28% no hace deporte fuera del colegio [112] y para nosotros no lo hace el 35,3% (tabla XLI). Para el Ministerio en 1986 la media de ejercicio a la semana es de 1,5 horas [111].

Cuanto más mayores son los jóvenes, menos deporte realizan, aunque si lo practican son los que más horas utilizan.

Tanto Holstein como González Blanco [57,161]

dicen que los varones realizan más deporte que las hembras; nosotros hemos comprobado lo mismo con unos porcentajes que van desde el 94,47% vs 82,06% en el deporte de fin de semana, 94,12% por 87,83% en el deporte escolar hasta el 87,99% por 76,70% en el deporte durante la semana.

El deporte practicado mayoritariamente según nuestra encuesta (tabla LXIII) es el fútbol (29,12%), luego baloncesto (19,1%), balonmano (8,5%) y "otros" (tenis, sky, hockey, ballet...) (20,8%). Cuanto más mayores realizan menos fútbol para dedicarse a "otros".

5.2.4 HABITOS O COSTUMBRES

Antes de pasar a comentarlos, queremos volver a recalcar la interconexión que existe entre los cuatro apartados (tabaco, alcohol, drogas y relaciones sexuales), sin menospreciar además que (según Gilchrist [195]) los adolescentes representan el segmento popular con mayor índice de mortalidad [8], principalmente por accidentes, homicidios y suicidios que están asociados a la llegada de la sexualidad y al uso de alcohol y drogas, así mismo por comportamientos de riesgo como pobre nutrición, tabaco, poco ejercicio...

Como muestra de ello y aunque sea telegráficamente, nos gustaría resaltar estos puntos:

- El 94,1% de los que fuman, además beben.
- El 97% de los que se drogan ha fumado; todos (100%) han tomado alcohol y el 95,38% ha tenido relaciones sexuales.
- El 73,7% de los que han tenido relaciones sexuales ha fumado con anterioridad y el 95,9% ha bebido alcohol.
- El 74,1% de los que fuman ha mantenido relaciones sexuales.
- De los que fuman y además beben alcohol, mantienen relaciones sexuales el 76,2%.
- Los que han fumado, además han tomado alcohol y han tenido contacto con drogas ilegales, y en un 95,3% han mantenido relaciones sexuales.
- Por contra, de los que no beben alcohol, el 91,2% no mantiene relaciones sexuales y el 94,1% no fuma.

Hay que tener en cuenta, además, que vamos a estudiar unos hábitos en que la diferencia de edad es muy importante. Así, por ejemplo, el porcentaje de fumadores

estudiados a diario es de un 8,6% pero a costa de un 21,8% de 3º BUP, pues en 4º EGB no hay nadie que lo haga; así mismo, no hemos encuestado las relaciones sexuales de los estudiantes de 4º EGB.

Aunque las drogas de comercio ilegal, como la heroína o la cocaína, son las que suscitan mayor alarma social, otras de uso institucionalizado, como el tabaco y el alcohol, son las drogas más extendidas y con mayor impacto en la salud pública [60].

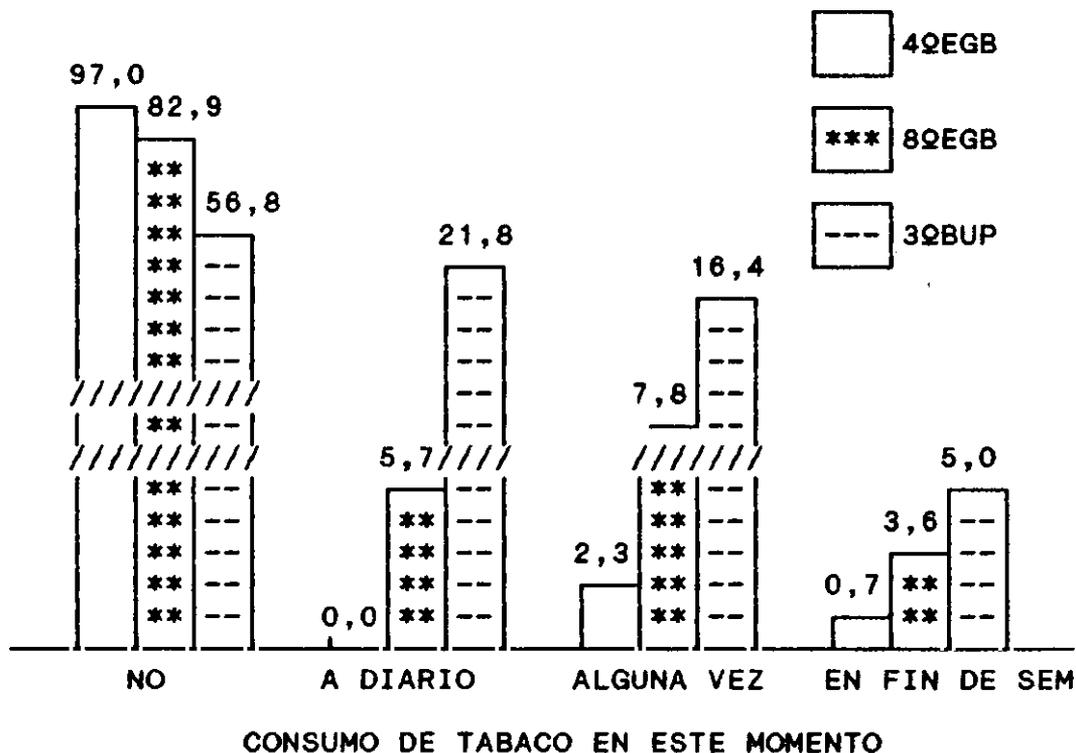
Según Piédrola [8] las "conductas insanas en la adolescencia" están aumentando: alcohol, tabaco, drogas y relaciones sexuales desordenadas, aumentando para Orr [197] los riesgos psicosociales; hechos que, para nosotros, quedan corroborados.

5.2.4.1 TABACO

El 65% de los encuestados (tabla XLIX), que corresponde a 629 alumnos, no ha fumado nunca; alguna vez (tabla LXX) lo han hecho 141 (14,6%) y, ahora, siguen haciéndolo 196 (20,3%); principalmente es a costa de los estudiantes de 3º BUP (121 jóvenes). Para Kokkent [70] fuman el 22,3% y para Sánchez Agudo [78] en España el 39,2%; diversas cifras dadas por el Ministerio son 35,9%

[59], 50% en 1986 [111] y 43% en 1990 [112].

De los que fuman ahora, el 22,5% comenzó (tabla LXXI) antes de los doce años (el 17,3% antes de los diez años para de la Rosa [198]) y el 72,1% entre los doce y los dieciséis. Los más mayores comenzaron a fumar más tarde o, expresado de otra manera, cada vez el inicio del tabaco se hace a una edad más temprana, tal y como opina nuestro Ministerio [59].



A diario (tabla LXX) fuman el 8,6% (cifra idéntica para de la Rosa [198] y para el Ministerio en 1986 [111]), pero hay que tener en cuenta que tan sólo lo hacen los de 8Ω EGB (5,7% para nuestro estudio y para Nygaard [92] y 6% para el de Holstein [90]) y los de 3Ω BUP (21,8%, igual cifra que para el Ministerio [112]).

El 14,3% de los encuestados consume diariamente entre diez y veinte cigarrillos (tabla LXXII), al igual que para el estudio del Ministerio [59], mientras que para Salinas [103] el 4% fuma más de quince cigarrillos. Más de una cajetilla al día fuma el 1,6% de 3Ω BUP y el 1,4% de 8Ω EGB.

Respecto a quién les dio el primer cigarrillo (tabla LXXIV), lo más llamativo ha sido encontrar que 7 a todos los de 4Ω EGB se lo dio un familiar (25% padres, 25% hermanos, 50% otro familiar); en los otros cursos o bien lo cogieron ellos mismos para probar, o bien se lo dio un amigo en un 79,7% para 8Ω EGB y en un 85,7% para 3Ω BUP (los familiares el 20,2% y el 14,2% respectivamente).

El permiso familiar para fumar (tabla LXXIII) sólo lo tiene un 22,3% (en 3Ω BUP sólo el 29,4%).

Con respecto al sexo, según Hansen [71],

Browson [95], Ministerio [59], está aumentando el consumo en la mujer y disminuyendo en el hombre. Para nosotros fuman el 46,41% de los chicos de 3º de BUP frente al 60,26% de las mujeres.

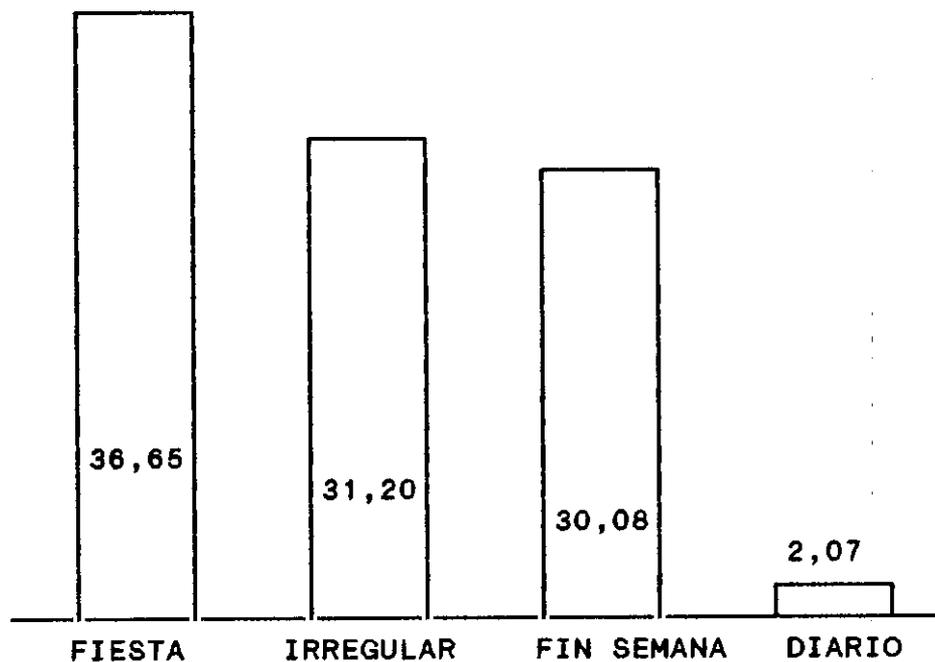
5.2.4.2 ALCOHOL

El alcohol, en este momento, es la droga más utilizada en nuestro país y, cómo no, también en nuestra ciudad.

Se utiliza como reclamo, como aperitivo, como síntoma de alegría y felicidad (brindis), como comunicación, como complemento de la comida, etc. Es un fenómeno social o, mejor aún, es el fenómeno de socialización más importante en nuestros días; y no se valora ni el riesgo del consumo en general, ni el riesgo que conlleva el dárselo a los niños como un juego. Mientras que el tabaco no lo había probado el 65% de los encuestados, el alcohol, por contra, tan solo el 35,2% (tabla LXXV) no lo había tomado nunca (o sea, el 64,8% ha bebido algún vaso de algo que contenía alcohol alguna vez, frente al 85% que nos da el Ministerio para el año 1990 [112] y 80% para el año 1986 [111]).

De los encuestados, confirman seguir bebiendo

ahora (tabla LXXVI) el 55,1% o sea 532 alumnos; de los cuales, 195 (36,65%) lo hacen en fiestas, 166 (31,20%) de forma irregular, 160 (30,08%) en los fines de semana y el 2,07% lo hace a diario; aunque este porcentaje visto por cursos (un alumno de 4º EGB, dos de 8º EGB y ocho de 3º BUP) parece más bien simbólico, es importante constatar la corta edad de los dos primeros cursos para que estén bebiendo a diario, cifra comparable a la de Salinas [103]. Es importante resaltar que el porcentaje de bebedores de fin de semana en 3º BUP se eleva al 45,7%.



Porcentaje sobre los 532 que dicen seguir bebiendo ahora.

Para de la Rosa [198] el mayor consumo se realiza de forma ocasional y los fines de semana, consumiendo principalmente champán, cerveza y vino, y comenzando antes de los diez años el 30,6%; el consumo es extremadamente alto durante los fines de semana [189].

En el estudio de Rioja [199] entre jóvenes de 16 a 24 años, el 25,2% eran bebedores habituales, el 43,9% semanales, el 18,7% ocasionales y el 12,2% no eran consumidores. En el de Galicia [104], el 71,6% de los escolares entre 5 y 14 años beben alcohol con mayor o menor regularidad, de los cuales el 31,3% son consumidores diarios. En el de Cantabria [200] el 7,3% de la población general es consumidor excesivo de alcohol. En el estudio realizado por la Cruz Roja en Rioja entre jóvenes de 10 a 13 años, el 7% puede considerarse bebedor habitual y el 10% se ha embriagado alguna vez y, en el realizado en Cádiz, el 8% es bebedor habitual, el 13% se ha embriagado alguna vez y más del 1% lo hacen una vez al mes [105]. Del 7 al 8,5% de los españoles entre 10 y 13 años son bebedores habituales [106]; para el Ministerio de Sanidad [59] el 67,4% de la población son bebedores habituales; para Kokkeni [70] beben regularmente el 82,8% de los estudiantes griegos y para Suzuki [63] el 60,9% de los japoneses.

En Sta. Cruz de Tenerife [80] han tenido ex-

perencia con el consumo de alcohol el 55,02% de EGB, el 53,55% de BUP y el 62,78% de FP. Principalmente beben vino y cerveza. Del conjunto de todas estas edades, en torno al 55-60% lo consumen esporádicamente, el 6-7% un vaso diario y el 2-3% de uno a tres vasos diarios.

Tal y como ocurre con el tabaco, el consumo se inicia a una edad cada vez más temprana [59,110,112], como lo demuestra el hecho de que un 50% comenzara a beber antes de los 17 años, frente al 23% de los mayores de 60 años que lo hizo antes de esa edad [59,106,109]. Para nuestro estudio (tabla LXXVII), antes de los doce años comenzaron a beber el 39,4% y entre los doce y los dieciséis el 58,6%; para la Dirección General de Planificación Sanitaria, el 45% de hombres y 28% de mujeres empezaron entre los 15 y los 18 años, mientras que en el estudio de Rioja [199] comenzaron a beber antes de los 15 años el 60,8%.

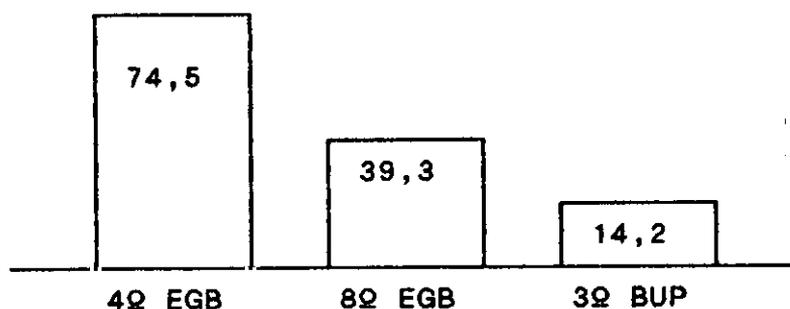
El estudio llevado a cabo por Cruz Roja [105] en Rioja y en Cádiz en 1985 muestra cómo entre los 10 y los 13 años más del 96% en Rioja y más del 85% en Cádiz habían tomado bebidas alcohólicas en más de una ocasión.

La mujer está aumentando su frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas [110,200]. Para nosotros en 3º de BUP el 46,98% de las mujeres frente al 40,85% de

los varones, y en el total de los encuestados los que han bebido son el 52,40% hombres por el 47,60% de mujeres.

Según FACOMA (Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid) el 17% prueba el alcohol por primera vez antes de los 10 años, el 37% entre los 11 y los 15 y el 36% entre los 16 y los 20. El 9% de los jóvenes de 9 a 15 años son consumidores excesivos de alcohol; esa cifra se eleva al 20% entre los 16 y los 20, y al 50% entre los 20 y los 30 años.

La primera copa o vaso con alcohol (tabla LXXVIII) se lo dieron al 33,2% de nuestros encuestados sus padres, al 29,8% los amigos y al 28,4% lo tomaron por sí mismos. Fijándonos en los cursos observamos que los padres dieron ese primer vaso al 74,5% de los encuestados de 4º EGB, al 39,3% de los de 8º EGB y al 14,2% de los de 3º BUP.



Porcentaje de alumnos a los que los padres ofrecieron alcohol por vez primera

Si se tiene en cuenta ese 74,5% que ofrecen los padres y comprobamos, además, que principalmente lo hacen en fiestas (celebrando algo) y que lo que beben suele ser cava o sidra, podemos afirmar que éste es el comienzo de la bebida de nuestros jóvenes. Como ellos mismos comentan: beben cerveza los domingos en el aperitivo de los padres, se les da vino en las comidas (aunque sea "manchado", en el subconsciente queda), se les estimula a brindar en Navidades, fiestas o cumpleaños. Ante todo esto habrá que plantearse el grado de culpabilidad que los educadores y los familiares puedan tener y la influencia que ejerce el medio ambiente familiar [201].

Si la estructura social es poco exigente en la identificación y sanción de los problemas relacionados con el alcohol, los individuos también identificarán poco la relación entre el consumo de alcohol y sus consecuencias sociales, y naturalmente informarán menos de ello, aun habiendo experimentado o sufrido tales problemas. Por este motivo, hay que preguntarse si la prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol en la sociedad es baja o si la sociedad no identifica como tales los problemas relacionados con el alcohol [202].

La bebida de mayor consumo en nuestra estadística (tabla LXXIX) es el cava o sidra con el 27,8%; luego, el tomar más de dos bebidas distintas cada vez con

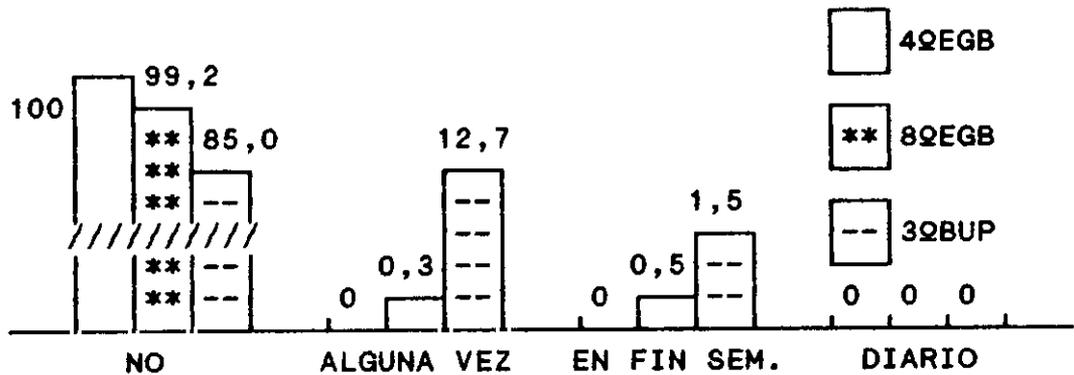
el 22,2%, cerveza con el 20,3%, "combinados" el 16,2%, licores el 10,4% y vino el 3%. El consumo tan alto de cava o sidra es debido a los alumnos de 4º EGB que lo hacen en el 51,5% (por las causas anteriormente descritas), mientras que en 3º BUP sólo lo hacen el 7,5%.

Con el paso de los años aumenta la cantidad ingerida (tabla LXXX), así como el consumo de cerveza y "combinados" para disminuir el de vino. Aunque el consumo mayor en el total de alumnos es de cerveza [36,59,112], en 3º BUP está cambiando hacia bebidas más fuertes ("combinados") 26,4% y luego cerveza 23,2% y más de dos bebidas 29,9%. El patrón de consumo de los jóvenes españoles se caracteriza por un creciente consumo de cerveza que se ve favorecido por ser ésta más barata que otras bebidas alternativas no alcohólicas, cuyo consumo debe promocionarse [108].

Cada vez que beben, 299 adolescentes (56% de los bebedores) toman un vaso de bebida (tabla LXXX) y 162 (30,3%) dos o tres vasos. En 3º BUP estas cifras se elevan al 41,4% que toma cada vez dos o tres vasos, y al 22,6% que ingiere hasta cuatro vasos o más. Hay que valorar respecto al consumo de alcohol en España que según Jiménez Fraile [106] más de un millón de jóvenes consumen niveles de alcohol superior a 80 cc diarios.

5.2.4.3 DROGAS

Las drogas ilegales las consumen o las han consumido el 7% (66 jóvenes) de los encuestados (tabla LXXXI), para Kokkeni en Grecia es el 6% [70] y para el Ministerio el 12% [112]. Ahora (tabla LXXXII) siguen haciéndolo 42 (4,40%) y de éstos 36 (85,71%) de forma esporádica y el 14,29% restante (0,63% del total de los encuestados) en los fines de semana. Para Nygaard [92], en Dinamarca, este consumo habitual en jóvenes de 15 años es del 1,3%. No hay nadie que conteste que consume drogas a diario, ni ningún alumno de 4º EGB que responda que ahora las consume. El 62,12% de los consumidores son varones vs 37,88% de mujeres.



Consumo de drogas, por curso, en la actualidad.

Sólo un estudiante reconoce haber probado drogas antes de los diez años (es un estudiante de 3º BUP

y ahora no consume), y el 68,3% contesta que las probó entre los catorce y los dieciséis años (tabla LXXXIII).

Los incitadores al consumo de la droga han sido los amigos en un 95,3% de los casos (tabla LXXXIV).

El lugar de consumo primordial (tabla LXXXVI) es en la calle con un 57,8%; después en lugares de relación (bar, pub, discoteca) con un 28,1%. Luego en las casas en un 10,1% y en los colegios el 3,1% (corresponde a dos alumnos, uno de 8º EGB y otro de 3º BUP: los dos van a colegios públicos). Para Hualde [35] los bares, la calle y las discotecas son, por este orden, los lugares privilegiados del consumo de drogas por parte de los adolescentes.

El consumo es (tabla LXXXVII) de cannabis principalmente (igual que [112,203]), con un 67,2%, "otra" con un 29,7% y tan sólo reconoce uno haber tomado cocaína (como el estudio de León Fuentes [204]). En Sta. Cruz de Tenerife [80] el consumo de cannabis es el 0,58% en EGB, 2,79% en BUP y 4,44% en FP.

Según la memoria de 1991 del Plan Nacional sobre Drogas [203] los derivados de la cannabis (fundamentalmente hachís) continúan siendo las drogas ilegales de consumo más extendido; se consume más cocaína que he-

roína; está aumentando el consumo de crack, MDMA ("éxtasis"); aproximadamente cuatro de cada cinco consumidores de opiáceos o cocaína son varones y sigue esta tendencia. Oetting [134] también opina que en EEUU el consumo de heroína e inhalados disminuye con la edad, dando a entender que abandonan el uso de la droga.

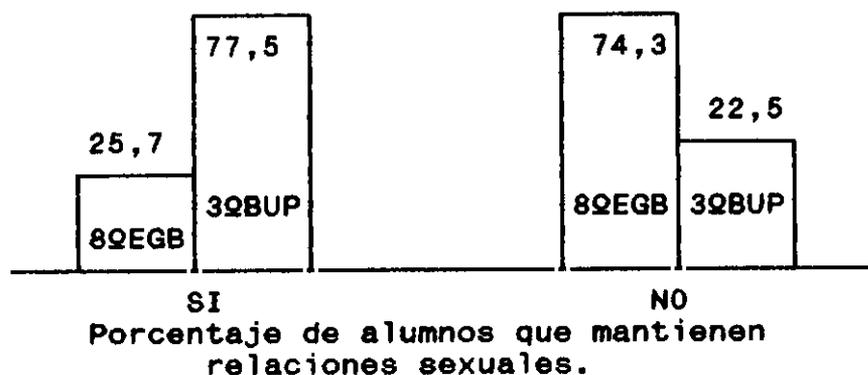
Todo esto demuestra que el consumo de drogas ilegales es más bien bajo en nuestra ciudad entre los estudiantes encuestados. El problema mayor reside en las drogas legales (tabaco y alcohol). El consumo es primordialmente de "porros" en las calles y por estudiantes de 3º BUP. En 4º EGB es más bien anecdótico, pues tan solo uno responde haberla probado alguna vez.

5.2.4.4 RELACIONES SEXUALES

Como ya se comentó con anterioridad, esta parte de la encuesta no se pasó a los alumnos de 4º EGB por lo que los porcentajes en este apartado son sobre 662 alumnos.

Responden haber mantenido relaciones sexuales (tabla LXXXVIII) 315 estudiantes (47,6%) (para Nieto [205] el 47,9% de jóvenes entre 14 y 24 años), que equivale aproximadamente a uno de cada cuatro de 8º EGB

(25,7%) y a tres de cada cuatro de 30 BUP (77,5%). Según un estudio de Cash sobre el abuso sexual de menores [206] entre la cuarta y la tercera parte de todas las mujeres adultas tuvieron contacto sexual involuntario durante su infancia o adolescencia (en la gran mayoría con un familiar, amigo cercano o conocido).



Tanto para nosotros como para Ruiz Andorra [139] la edad de comienzo está descendiendo vertiginosamente; no así en Noruega [142] donde se mantiene la edad desde 1981. Porcentualmente (tabla LXXXIX), antes de los diez años han comenzado el triple de 80 EGB que de 30 BUP, entre los diez y los doce años cinco veces más, y entre los doce y los catorce, más del doble. Una de las causas de este descenso, según Piédrola [8], es que la edad de comienzo de la pubertad disminuye de generación en generación. La pubertad comenzaba en 1850 a los 17 años, en 1950 a los 13,7 y en 1980 a los 12,5 años [217].

Para Lema [207] el 4,1% de las escolares en Kenia han mantenido relaciones sexuales antes de los 10 años, siendo algunas de ellas violadas.

Principalmente las relaciones se mantienen (tabla XC) con amigos (91,3%), aunque cuatro de nuestros adolescentes declaran haberlas tenido con familiares y uno con una profesional. Según Tordjman [208], más de la mitad de las jóvenes tienen su primera relación sexual alrededor de los 15 años, y más del 75% de las adolescentes lo hacen sin protección anticonceptiva.

En nuestro estudio (tabla XCI) el 47,2% de estas relaciones fueron besos, el 33,5% caricias corporales, el 10,1% masturbación y el 9,2% llegó al coito (12% para el Ministerio [112]).

Las relaciones sexuales las mantienen el 48,28% de los varones encuestados frente al 46,79% de las mujeres; por tanto, en valores absolutos, el 53,65% serían varones y el 46,35% mujeres. En 82 EGB comienzan las relaciones el 36,69% de chicos por el 32,73% de chicas.

El 9,09% de todas las relaciones mantenidas antes de los diez años han sido masturbación; el 3,45% de todos los coitos se han tenido con menos de doce años y entre los catorce y los dieciséis se han tenido el máximo

porcentaje de caricias corporales, masturbación y coito. Expresado de otra manera, son bastante prematuras las relaciones. Según Nieto [205] el 22,7% han convertido la relación sexual en frecuente y el 4,6% en práctica habitual.

Son más promiscuos cuanto más mayores (tabla XCII); sin embargo, el porcentaje de quienes han tenido cuatro o cinco parejas distintas es igual para los dos cursos.

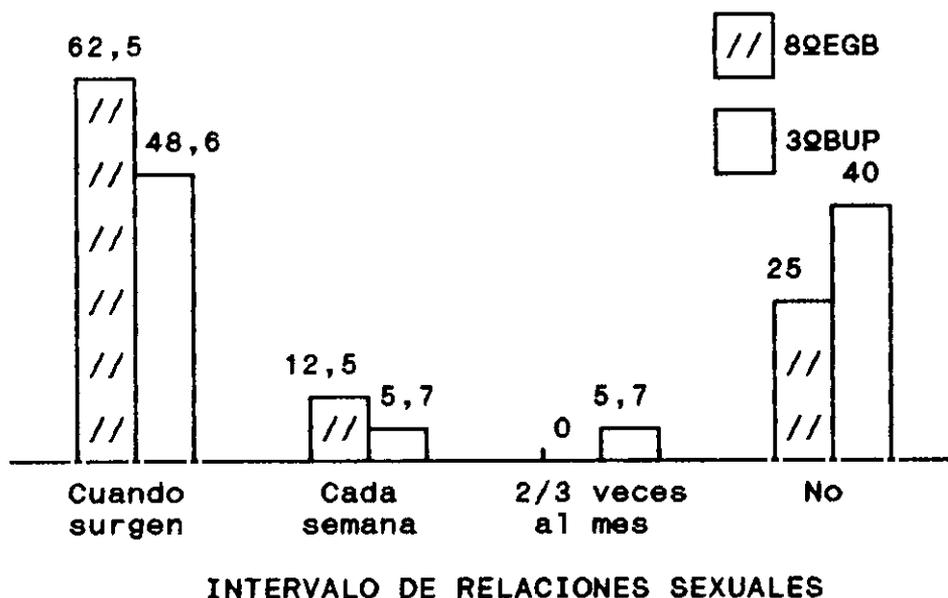
De los 44 alumnos que han realizado el coito (13,92% de los que han tenido relaciones sexuales) lo hicieron antes de los doce años el 4,5%, y el 31,8% entre los doce y los quince años (tabla XCIII). Las relaciones sexuales completas las comienzan antes los hombres que las mujeres; de cada tres, una es mujer y dos son varones (cifra que coincide con Orr [197] cuando comenta que el 63% de hombres y el 33% de mujeres pierden la virginidad entre los 12 y los 16 años). La edad de comienzo del coito está descendiendo, como lo demuestra el hecho de haberlo mantenido antes de los doce años el 11,1% de 8º EGB frente al 2,9% de 3º BUP.

Usaron anticonceptivos la primera vez que mantuvieron relaciones sexuales (tabla XCV) el 71,4% de los encuestados, cifra que parece realmente alta a tenor

del resto de los estudios (5,5% para Lema [141], 20,3% para Odujnrin [138], 50% para Clarke [140], 61% para Ministerio [112] y 20% de anticoncepción fiable para Ruiz Andorra [139]). Es más usado por los varones.

Según Conde [209] el grado de conocimiento de métodos anticonceptivos entre jóvenes de 18 a 25 años en 1984 (C.I.S.) va del 55% de la temperatura vaginal al 96% de la píldora, mas no especifica el grado de fiabilidad que puede tener ese conocimiento en el momento de tener que usarlo. En un estudio francés [66] se revela que la mujer cree saber más sobre métodos anticonceptivos de lo que realmente conoce; consideran que es urgente llevar a cabo nuevas campañas de información, sobre todo, entre las más jóvenes, quienes, además de no conocer nada, cada vez comienzan sus relaciones sexuales antes y un 50% sin protección alguna en su primera relación.

En nuestro grupo siguen manteniendo (tabla XCVI) relaciones sexuales completas el 62,8% y siguen sin usar métodos anticonceptivos (tabla XCVII) el 5,9%. El método utilizado es el preservativo para todos, salvo para una alumna que usa la píldora y otro que realiza coitus interruptus. Declaran continuar con este tipo de relaciones más alumnos de 80 EGB que de 30 BUP.



Tan sólo declaran haber mantenido relaciones homosexuales nueve adolescentes (1,5% del total), siendo de 82 EGB sólo uno; de ellos el 44,44% son varones y el 65,56% son hembras. López Jiménez [210] comenta que la mujer es más permisiva en la homosexualidad, aunque la practica menos: el 3% (dos varones por cada mujer). Forman [211] encuentra un 1,7% de relaciones homosexuales, opinando que entre el 3% y el 7% de los varones adultos son homosexuales; para Kinsey, en 1970 las relaciones homosexuales ocasionales eran de un 1,9%, mientras que Forman opina que es de un 6,2%.

5.3 ALIMENTACION

En un principio creimos que la alimentación debería ser variada y por tanto no tendrían que parecerse las respuestas de un mes a las del otro. La suposición fue errónea, pues las respuestas fueron muy parecidas de un mes a otro. Se pudo, por tanto, sacar una conclusión ya antes de informatizarla: nuestros jóvenes se alimentan casi todos los días igual.

5.3.1 DESAYUNO Y MEDIA MAÑANA

Principalmente desayunan (tabla XLIV) leche (26% = 251) o cacao con leche (39,7% = 383) acompañado de pan (23% = 221) o de galletas (20% = 192). Según Canals, del 55 al 67% del consumo de leche tiene lugar en el desayuno [164].

El 18,23% (175 de los adolescentes) sólo desayunan algo líquido, 18 (1,87%) sólo toman algo sólido y 40 (4,15%) no desayunan absolutamente nada (13% para Ministerio [112]).

Cuanto más mayores, menos desayunan (idéntica conclusión para el Ministerio [112]), llegando a no tomar

absolutamente nada, con respecto a 4Ω EGB, 3,6 veces más los de 8Ω EGB y 4,3 veces más los de 3Ω BUP.

Respecto a la ingestión de sólidos (tabla XLV), el consumo de alimentos rápidos (bollería, bollería industrial, yogur) se incrementa con la edad, así como el hecho de no tomar nada: 14,3% de 4Ω EGB, 23,6% de 8Ω EGB y 29,7% de 3Ω BUP.

A media mañana (tabla XLVI) 508 alumnos (53,8%) no comen nada (de los que 91 sólo toman algo líquido para desayunar), 31 (3,2%) toman sólo golosinas y 167 (17,4%) bollería o galletas. Los que más comen son los de 3Ω BUP (alimentos fuertes como bocadillos de tortilla o de embutido, y también bollería), luego son los de 4Ω EGB y los que menos toman a media mañana son los de 8Ω EGB.

Si se suma los que no desayunan nada con los que no toman tampoco nada a media mañana, se comprueba que 22 jóvenes (2,29% del total) no ingieren absolutamente nada desde la cena de la noche anterior hasta la hora de la comida.

5.3.2 COMIDA

Lo que más comen nuestros adolescentes (tabla XLVII) es pasta con el 26,6%, seguido de legumbres 20,3% y sopa 19,8%. Diecisiete alumnos (1,8%) reconocen tomar de primer plato bocadillos y de éstos hay seis (uno de 4º EGB, cuatro de 8º EGB y uno de 3º de BUP) que es lo único que comen. Conforme son más mayores se invierte el sistema de alimentación, aumentando el consumo de ensaladas y de guisos de carne.

De segundo plato (tabla XLVIII) principalmente se toma carne (65%) ya sea sola, con patatas o con otra guarnición (verduras o ensalada). Un 13,2% (126 jóvenes) reconocen no tomar segundo plato.

Nuestras cifras, como podemos comprobar, son muy parecidas a las de Canals [164]: la ingesta máxima de carne tiene lugar predominantemente en la comida, representando un porcentaje del 67 al 80%.

De postre (tabla XLIX) lo que más comen es fruta con un 53,8%, luego yogur o leche en un 17,5% y nada el 14,2%. Conforme tienen más años aumenta el consumo de fruta disminuyendo el de yogur, también aumenta el hecho de no tomar postre.

Se bebe con la comida (tabla L) agua en un 78,1% y toman refrescos el 9% (86 personas), leche 46 (4,8%), zumos 65 (6,8%) y algo con alcohol un 1,2% (siete vino y cinco cerveza). En los cursos superiores desciende el consumo de leche y zumos, aumentando el de bebidas con alcohol. Revisando los porcentajes de consumo de vino el más alto corresponde a 4º EGB.

Tan sólo una joven de 8º EGB reconoce no haber comido absolutamente nada; esta alumna pertenece a un colegio en el que se come en el comedor escolar mayoritariamente y al comentarlo con el director del centro nos dijo que ya sabían que aproximadamente un 10% de las comidas no se realizaban porque preferían quedarse en el patio jugando (esta misma causa nos la comentaron algunos alumnos en el aspecto en que era una práctica más o menos habitual) y que ya estaba puesto en conocimiento de los padres. Así mismo, hay dos alumnas que declararon no haber hecho más que la comida en todo el día (una de 8º EGB y otra de 3º BUP).

Un 3,76% (35 alumnos) reconoce no tomar nada más que primer plato que consiste en: pasta el 34,3%, ensalada el 22,9%, legumbres el 20%, bocadillos el 17,1%, verduras el 2,9% y sopa otro 2,9%.

5.3.3 MERIENDA

Lo que más meriendan nuestros adolescentes (tabla LI) son bocadillos, y de éstos, los de embutido (372 = 38,6%) y después bollería o galletas (235 = 24,3%). El 1,5% (14 jóvenes) toma golosinas como merienda y 126 (13,1%) no toman nada sólido.

Para acompañar esta merienda (tabla LII) suelen tomar leche o agua, aunque también la acompañan con refrescos 129 (13,4%) y con algo que contenga alcohol un 0,6% (un alumno de 8º EGB y cinco de 3º BUP). El consumo de leche disminuye a mayor edad del adolescente, aumentando el de refrescos y el de zumos.

Hay 80 estudiantes (8,30%) que no merienda absolutamente nada, y 44 (4,56%) que para merendar sólo toman líquidos; de éstos el 29,55% beben leche, el 27,28% refrescos y el 13,64% zumos.

5.3.4 CENA

De primer plato cenan (tabla LIII) ensaladas 138 adolescentes (18,1%), sopa 130 (17,1%), bocadillos 119 (15,6%), verduras 109 (14,3%) y no toman primer plato

184 (19,47%). Cuanto más mayores son los alumnos toman más ensaladas, verduras y bocadillos, cenando menos legumbres, pasta, sopa y guisos ya sean de carne o de pescado.

Como segundo plato (tabla LIV) toman huevos solos o con patatas 184 (19,5%), carne sola o con guarnición 178 (18,9%), pescado solo o con guarnición 151 (16%), y 296 (31,3%) no toman segundo plato. A mayor edad del alumno disminuye la ingesta de carne y el hecho de no tomar nada, aumentando en cambio la de pescado, verduras y embutidos; la cena a base de huevos solos o con patatas se mantiene en porcentajes muy parecidos en los tres cursos estudiados.

De postre (tabla LV) 453 alumnos (47,4%) toman fruta y 212 (22,2%) no toman nada; no hay una significación estadística por cursos en este campo; siendo los porcentajes más o menos parecidos.

Con la cena (tabla LVI), 634 (67,2%) beben agua solamente, un 18% leche, un 8% refrescos y un 6,2% zumos. Cuanto más mayores, mayor ingesta de agua y menor de zumos. Los que menos leche toman son los de 8º EGB que por contra son los que más refrescos consumen. Nadie declara beber vino, sí en cambio cerveza seis alumnos: dos de 8º EGB (2%) y cuatro en 3º BUP (1,5%); queremos des-

tacar que aunque se trata de porcentajes bajos y con escasas diferencias, es mayor el de 8º EGB que el de 3º BUP.

Seis jóvenes declaran no cenar absolutamente nada, trece sólo tomaron líquidos (61,5% leche, 15,4% zumo y 7,7% refrescos), ochenta y seis (9,1%) sólo comieron el primer plato (45,3% bocadillos, 11,6% guiso de pescado, 10,5% guiso de carne, 8,1% pasta, 7% sopa, 7% verduras, 7% ensalada y 3,5% legumbres). Así mismo, veintidós alumnos sólo comieron y cenaron en todo el día (no tomando ni desayuno, ni media mañana, ni merienda).

5.3.5 GOLOSINAS

El porcentaje de alumnos que toman golosinas (tabla LVII) a diario o casi a diario es del 41,1%, que corresponde a 395. Además de ser un porcentaje alto debido a la diferencia existente entre los cursos (a diario el doble de 4º EGB que de 3º BUP), encontramos que algunos alumnos las toman como alimento exclusivo de media mañana (3,2% = 31) y de merienda (13,1% = 14).

5.3.6 RESUMEN

El menú aproximado de un adolescente de nuestro medio es:

- Desayuno: leche con cacao o leche sola acompañada con pan o con galletas.

- Media mañana: más de la mitad no toman nada; el resto, principalmente bollería o galletas, y a mucha distancia estadística bocadillos.

- Comida: Primer plato: pasta o legumbres.

Segundo plato: carne o nada.

Postre: fruta.

Bebida: agua.

- Merienda: bocadillo de embutido o bollería o galletas.

- Cena: Primer plato: uno de cada cinco nada; el resto, muy repartido entre ensalada, verduras, sopa y bocadillos.

Segundo plato: uno de cada tres nada; el resto, huevos, pescado o carne, por este orden.

Postre: fruta o nada (uno de cada cuatro).

Bebida: agua.

Como se ha podido comprobar con todo lo anterior (al igual que opina el Ministerio [59]) preocupa el abandono del hábito de comer legumbres; así mismo, conforme aumenta la edad se consume más pescado, pollo,

verduras y fruta fresca, disminuyendo las carnes en general, huevos, dulces y grasas animales.

Creemos que hay una alta frecuencia de consumo de dulces y refrescos azucarados al igual que el Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud [112].

5.4 HIGIENE

5.4.1 HIGIENE PERSONAL

La higiene personal abarca nuevos aspectos que van desde la higiene de manos, uñas, piel, hasta el empleo del tiempo libre, práctica de deportes, etc [179].

El aseo personal todavía es una asignatura pendiente de nuestra sociedad. Aunque para comer se lavan las manos (tabla LVIII) el 86,2%, después (tabla LIX) ya sólo lo hacen el 50,1%, existiendo un 8,91% que no se las lava ni antes ni después de comer. Se comprueba que no por cumplir años se las lavan más, pues no lo hace el

55,8% de 4Q EGB frente al 46,4% de 3Q BUP. Entre las explicaciones que han dado para no hacerlo están: "No me las mancho para comer"; "Ya me las lavé antes"; "Sólo cuando toco al perro"; "Sólo cuando como chuletas, el resto de las veces están limpias".

Después de defecar (tabla LXII) hay un 17,5% que tampoco se lava las manos y el motivo que aducen es que "ya están limpias". La mujer se las lava más que los hombres (54,86% vs.45,71%) ($p < 0,001$).

Dice Amable [178] que "una persona sólo bar-nizada por la civilización debe realizar ducha diaria, cepillado enérgico de dientes,...". Según esto, nuestra adolescencia ni se acerca a la civilización, pues el mayor porcentaje de ducha o baño a diario (tabla LXIII) se encuentra en 3Q BUP y tan sólo llega al 45,4%, pero es que en 8Q EGB lo hacen cada dos días el 43,6% y en 4Q EGB el 18,3% una vez a la semana, llegando al 1% quincenal y a otro 1% mensual.

El ritmo intestinal de una persona es muy irregular y cambia según la alimentación. Tanto por la alimentación como por la falta de ritmo en la vida del adolescente encontramos que cuanto más joven es, más irregular la defecación (tabla LXIV). Así mismo la mujer es más irregular que el hombre (a diario el 12,5% menos

que los hombres y cada tres días el 14,66% más que los varones).

5.4.2 HIGIENE DENTAL Y FLUOR

El 18,5% (179 de los encuestados) no se cepillan los dientes o sólo lo hacen cuando se acuerdan (tabla LX), un 30% una vez al día y tan sólo un 23,5% lo realiza después de cada comida. Según el Estudio sobre Conducta de los Escolares Relacionados con la Salud [112] el 71% se lava los dientes a diario, de ellos la mitad más de una vez al día, el 13% una vez a la semana y el 16% sólo alguna vez o nunca.

Cuanto más mayores son los encuestados más veces se cepillan los dientes al día. Así, después de cada comida se los cepillan el 19,9% de 40 EGB, 22,5% de 80 EGB y el 28,6% de 30 BUP.

Las jóvenes se cepillan los dientes más que los jóvenes [112,183]. En nuestro estudio el 65,30% de las mujeres se cepillan los dientes dos o tres veces al día frente al 38,77% de los varones ($p < 0,001$).

La utilización de algún tipo de flúor que no

sea el del dentífrico no es una práctica habitual entre nuestros adolescentes (tabla LXI), pues no lo usa 591 de ellos (62,7%). Los que más lo utilizan son los de 8Ω EGB con un 40,2%, luego los de 4Ω EGB con un 38,2% y por último los más mayores con un 32,5%.

5.4.3 RECONOCIMIENTOS MEDICOS EN SALUD

La tendencia sanitaria hoy en día es prevenir la enfermedad. Por ello se intenta que los reconocimientos en salud o "chequeos" se realicen cada vez en mayor número. Los chequeos preestablecidos en empresas y en colegios son los que más se realizan, así mismo también en la época lactante, en que los padres están más mentalizados para ello, pero todos hemos podido comprobar cómo este tipo de consulta desciende a partir del primer año de vida.

En los cursos estudiados se comprueba que no se realizan al 46,3% de los encuestados, y además cuanto más mayores menos van al médico. Así, los reconocimientos en salud se realizaron en el último año al 55,5% de 4Ω EGB, al 56,7% de 8Ω EGB y al 47,5% de 3Ω BUP (tabla LXV).

El 50% de los reconocimientos en salud se

realizaron (tabla LXVI) en los colegios (43,41% en colegios privados y 6,59% en colegios públicos), el 26,2% en un sistema sanitario privado y un 23,8% en uno público (Seguridad Social, Comunidad, Ayuntamiento). O sea con cargo al erario público se hicieron el 30,39% de los reconocimientos y de una forma privada el 69,61%.

5.4.4 PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

Todos los estamentos sanitarios comentan el exceso de medicamentos que se consumen en nuestro país. La adolescencia no es menor en este exceso y una de las causas es la falta de reconocimientos en salud, pues a los que no se les ha practicado ningún reconocimiento en el último año han tomado un 6% más de medicamentos.

En el mes anterior a realizar la encuesta el 63,86% de los encuestados consumió (tabla LXVII) algún tipo de medicamento (29 alumnos no respondieron a esta pregunta). De estos 599 alumnos, el 30,05% tomó antibióticos, el 25,71% vitaminas y el 18,70% analgésicos. El porcentaje de consumo de medicamentos que aparece en la tabla LXVII son sobre el total de los alumnos encuestados; si se obtiene el porcentaje sobre el total de alumnos medicados se comprueba que el uso de antibióticos es

más alto para 4Q EGB (33,74%) y para 3Q BUP (33,17%) que para 8Q EGB (24,89%); en cambio, el uso de vitaminas va descendiendo por cursos, pasando del 29,45% de 4Q EGB, al 25,74% de 8Q EGB y por último un 22,61% de 3Q BUP. Cuanto más mayores, consumen más medicamentos: 57% en 4Q EGB, 62,9% en 8Q EGB y 72,4% en 3Q BUP.

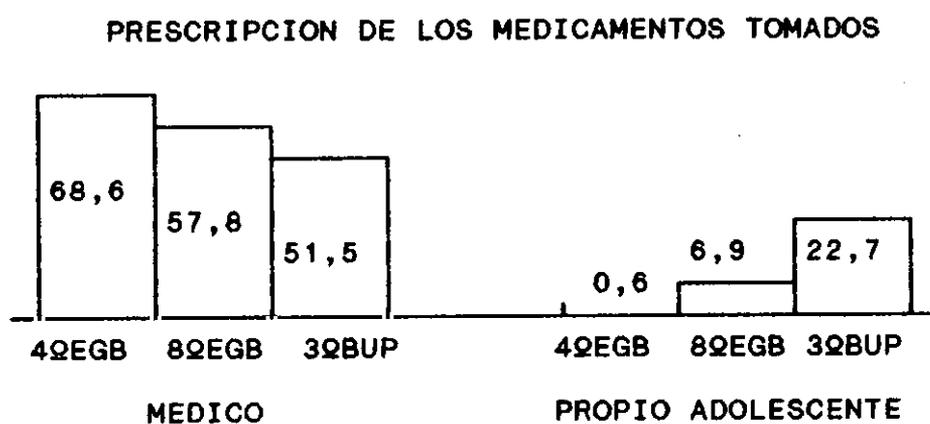
Según "Los escolares y la salud. Estudio de los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud" de 1986 [111], el 31% consumía medicamentos para el resfriado, 29% para el dolor de cabeza, 8% para "los nervios" y 4% pastillas para dormir.

Las mujeres consumen un 3,3% más de medicamentos que los hombres, a costa de un 9,88% más de analgésicos y un 1,24% de antibióticos; mientras que los chicos toman un 8,39% más de vitaminas que las chicas.

De los medicamentos que declaran haber tomado (tabla LXVIII), tan sólo 345 (58,6%) fueron prescritos por el médico, mientras que el grupo formado por padre, madre y adolescente prescribió 218 (37,0%). Para Bueno [56] el 38,8% de las madres administra medicamentos a sus hijos sin consultar al médico.

Los médicos mandamos menos medicamentos cuanto más mayores son los adolescentes; éstos, en cam-

bio, se automedican más. Así pasamos de recetar el 68,6% en 4º EGB al 57,8% en 8º EGB y al 51,5% en 3º BUP, mientras que ellos se automedican el 0,6% en 4º EGB, el 6,9% en 8º EGB y el 22,7% en 3º BUP.



No se ha encontrado ninguna relación directa entre la edad del adolescente y la medicación que toman indicada por el grupo formado por el padre, la madre y otro familiar ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

1.- Aunque habitualmente se acepta que la adolescencia es el período de la vida con actitudes más críticas, nuestro estudio muestra unos porcentajes altos de buena relación de los adolescentes con sus padres y hermanos. Por tanto, las actitudes rebeldes no han sido muy frecuentes en la población estudiada.

2.- Ven la televisión más de dos horas al día el 30,04% de los encuestados y entre una y dos horas el 41,6%. Estas cifras pueden considerarse altas. En efecto, la Academia Americana de Pediatría opina que el máximo de tiempo que el joven debe dedicar a la televisión oscilará entre una y dos horas al día.

3.- La Educación Física se practica generalmente entre una y dos horas a la semana (realizándose menos en los colegios públicos que en los privados). Este tiempo resulta escaso, puesto que la Ley General de Educación dice que el mínimo tiempo que deben dedicar los jóvenes a la Educación Física será de dos horas semanales y la LOGSE que el mínimo para el primer ciclo es de tres horas y para el segundo ciclo de dos horas semanales.

4.- Respecto a la lectura de entretenimiento, el 92,7%

de los adolescentes estudiados afirman haber leído libros de entretenimiento. Diariamente los leen el 57,4% de 4º EGB, el 35,3% de 8º EGB y el 21,4% de 3º BUP. Por tanto, creemos poder afirmar que nuestros jóvenes leen espontáneamente cada vez más de una forma habitual.

5.- El tiempo que los adolescentes dedican a diario al estudio es escaso: el 41,6% una hora o menos (60,3% de 4º EGB, 30,6% de 8º EGB y 36,9% de 3º BUP) y sólo un 8,7% más de tres horas (7,0% de 4º EGB, 10,6% de 8º EGB y 7,9% de 3º BUP).

6.- Los adolescentes de 3º BUP son los que menos estudian, ven más televisión (97,8% entre semana) y menos deporte realizan (el 38,6% no lo practica nunca en el fin de semana, el 48,6% no lo hace entre semana en el colegio y el 34,5% tampoco fuera del colegio).

Los alumnos de 8º EGB son los que más estudian y más deporte practican (en fin de semana el 84,1%, entre semana fuera del colegio el 67,9% y en el colegio el 87,7%).

7.- El 22,5% de los encuestados ha comenzado a fumar antes de los doce años, a esa edad lo hacen el 34% de los de 8º EGB y el 11,5% de los de 3º BUP; de 4º EGB han probado el tabaco el 8%. Por tanto parece ser que se empieza a fumar cada vez a una edad más temprana.

La mujer fuma cada vez más casi igualándose al varón: 46,29% frente al 53,71% (en el conjunto de los fumadores). En 3º BUP fuma el 52,81% de mujeres vs 47,19% de varones.

No tienen permiso familiar para fumar el 77,7% de los jóvenes (85,7% de los de 4º EGB, 87,6% de los de 8º EGB y 70,6% de los de 3º BUP).

8.- El 24,2% de los encuestados ha probado el alcohol antes de los diez años y el 90,3% lo toma en la actualidad en mayor o menor cantidad. El consumo por sexos es muy parecido, bebiendo más, en general, los varones (52,4% vs 47,6%) aunque en 4º EGB la razón se invierte, bebiendo el 54,95% de chicas frente al 45,05% de varones.

Resulta paradójico, y no podemos valorar la importancia que pueda tener, el hecho de que los padres ofrezcan tabaco al 4,3% de los hijos y, en cambio, bebidas alcohólicas al 33,2% (74,5% en 4º EGB).

En cualquier caso, los adolescentes más mayores (3º BUP) que son los que más beben, lo hacen sólo en un 2,9% a diario, aumentando a un 45,7% los fines de semana. Suelen beber dos o tres vasos cada vez. Y además, es frecuente que tomen, al menos, dos bebidas alcohólicas distintas (29,9%).

9.- Consumen drogas en el momento del estudio el 4,4% de los adolescentes encuestados, habiéndolas probado alguna vez el 6,9% de ellos.

Las drogas se toman por vez primera entre los 14 y los 16 años (68,3%).

El consumo mayoritario es de cannabis; sólo un 3,1% ha probado la cocaína y nadie la heroína.

10.- Las relaciones sexuales completas se tienen a una edad cada vez más temprana (antes de los 12 años el 11,1% de 8º EGB vs 2,9% de 3º BUP).

En nuestra estadística son más promiscuos los adolescentes de 8º EGB que los de 3º BUP (37,5% de los de 8º EGB han mantenido relaciones sexuales completas con más de tres personas distintas frente al 11,5% de los de 3º BUP).

Por lo que respecta al uso de métodos anticonceptivos, nuestras cifras resultan llamativamente elevadas (71,4%) frente a estudios realizados en otros medios.

11.- Observando la simultaneidad de los diferentes usos y costumbres sociales de nuestros adolescentes creemos poder destacar la importancia del consumo de alcohol, ya

que hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre éste y el de tabaco, drogas y prácticas sexuales.

Así, de entre los adolescentes que toman alcohol, el 50,64% fuma, el 100% ha consumido drogas y el 58,75% ha mantenido relaciones sexuales. Por el contrario, de los que no beben alcohol, el 94,1% no fuma, ninguno se ha drogado y el 91,2% no mantiene relaciones sexuales. Teniendo en cuenta estas cifras, habría que pensar si el alcohol pudiera ser el incitador hacia el consumo de las otras drogas y la práctica de relaciones sexuales.

12.- Al igual que se ha comprobado en otros estudios, nosotros hemos constatado que en el conjunto de la población estudiada, entre los que más beben se encuentran los que más horas practican deporte y los que no lo realizan. Y, tienen menos relaciones sexuales (45,8%) los que hacen mucho deporte, y más relaciones sexuales los que no lo practican (64,9%).

13.- Una práctica higiénica de gran importancia como el lavado de manos, se descuida con demasiada frecuencia. Así, no se lava las manos antes de comer el 13,8%, tampoco después de comer el 50%, ni después de defecar el 17,5%.

Un 28% se baña o ducha cada tres días o más; y tan sólo se cepillan los dientes después de cada comida el 23,5%.

14.- Llama la atención el gran número de adolescentes (63,9%) que ha tomado algún medicamento en el mes anterior a la realización de la encuesta, sobre todo teniendo en cuenta que una parte importante de estos medicamentos han sido antibióticos. Así, tomaron antibióticos el 19,2% de 4Q EGB, el 15,6% de 8Q EGB y el 24,0% de 3Q BUP.

Cabe destacar también el alto porcentaje de automedicación en los jóvenes encuestados, que alcanza el 22,7% en 3Q BUP. Igualmente hemos observado que en un 22,6% han sido las madres quienes han indicado la medicación consumida, mientras que en sólo un 58,6% ha sido prescrita por el médico.

15.- Como síntesis de nuestras principales observaciones sobre el grupo de adolescentes estudiados, hemos comprobado unas características sociosanitarias bastante definidas y que resumimos a continuación: realizan poca educación física y poco deporte; ven mucha TV; estudian poco; no son muy aseados; cada vez mayor número mantiene relaciones sexuales completas a edades más tempranas; se automedican demasiado, tomando antibióticos un elevado número de alumnos; empiezan a fumar y a beber cada vez

más precozmente, el número de los que beben está aumentando mientras disminuye el de los que fuman. Frente a estos hechos, están adquiriendo hábitos de lectura, el número de los que se drogan es escaso, y no se detectan graves problemas de relación con su familia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Casado de Frías, Nogales Espert. Pediatría. Tomo II. 3ª edición. 1991: 1137-42.
- 2.- OMS. Necesidades de Salud en el adolescente. Series Informes Técnicos: 609; 1977.
- 3.- Real Academia Española. Seminario de Lexicografía. Diccionario Histórico de la Lengua Española. Madrid, R.A. E. 1960-72. CLXXIV, 1302. Tomo 1: A-ALA.
- 4.- Diccionario Enciclopédico de Medicina. 4ª edición. Ed. JIMS. 1988.
- 5.- Cruz Hernández, M. Perspectivas en Pediatría. Ann Esp Pediatr. 1991; 35 supl 46: 1-8.
- 6.- Minilarousse Ilustrado. Ed. Librairie Larousse. 1983.
- 7.- Diccionario Enciclopédico Larousse. 1ª Edición. Ed. Planeta. 1983.
- 8.- Piédrola Gil, G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8ª edición. Ed. Salvat. 1990. 925-32
- 9.- Diccionario Mayfe de la Lengua Española. 1953.
- 10.- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Sal-

vat. 10ª edición. 1968.

11.- El pequeño Espasa. Ed. Espasa Calpe. Madrid. 1988.
página 22.

12.- Rimbaud, C. Recursos sociales y adolescentes: mutuo desconocimiento y distancia. Comunidad y Drogas. Monografías 1990; 10: 55-65.

13.- Castell Cuixart, P. El papel de la televisión en la educación pediátrica. An Esp Ped. 1982 Nov; 17 Supl 15: 129-32.

14.- Abeijón, JA. El adolescente, ¿entidad autónoma o emergente de un sistema?. Comunidad y Drogas. Monografías 1990; 10: 47-53.

15.- Funes Arteaga, J. Los adolescentes: socialmente problemáticos. Comunidad y Drogas. Monografías 1990; 10: 29-45.

16.- Galindo, I. La adolescencia. Curso de Terapia Sexual. Asociación Española de Sexología Clínica. 1990.

17.- Zern, DS. Stability and change in adolescent's positive attitudes toward guidance in moral development. Adolescence. 1991 Summer; 26 (102): 261-72.

18.- Paz Rubio, JM. Intervención del Ministerio Fiscal en la Protección de Menores. I Congreso Internacional "Infancia y Sociedad". 1989. Acta: 561-88.

19.- Salinas Quijada, F. El Padre de Huérfanos de Navarra. 1954. Gráficas Iruña. Pamplona. 42, 43, 49-52, 207-8.

20.- "I Jornadas sobre regulación legal de la protección de menores". Ed. Diputación Foral de Guipúzcoa. Departamento de Salud y Bienestar Social. 1989.

21.- Rancaño Ribes, D. Juventud inadaptada: fuera de la ley y de la sociedad. Menores 1 ene-feb 1987; 41-44.

22.- Morell Blanch, A. El proceso de creación de los EAIA desde una perspectiva de análisis de políticas públicas. Revista de Treball Social nº 120 dic 1990: 106-115.

23.- Masferrer Mascort, M. L'infant i el jove amb problemática social. Ed. Consell Nacional de la Joventut de Catalunya. 1985.

24.- de Arenaza, C. Criminalidad infantil. Investigación de sus causas. Medios de evitarla. IV Congreso Panamericano del Niño. Sección Legislación. Tomo VI. 1924.
Buenos Aires.

- 25.- Muñoz Calvo, MT; Hidalgo Vicario, MI; Rubio Roldán, LA; Clemente Pollán, J. *Pediatría Extrahospitalaria. Manual de diagnóstico y tratamiento.* Ed. Díaz de Santos. 1989: 325-33.
- 26.- Laufer, ME. *Body image, sexuality and the psychotic core.* *Int J Psychoanal* 1991; 72 (Pt 1): 63-71.
- 27.- Bosch-Marín, J. *La escuela como centro de educación para la salud.* Asociación UNICEF-ESPAÑA, 1983; Recomendación nº 63
- 28.- Trujillo, R. *La educación para la salud del niño: aspectos conceptuales, metodológicos y nivel del desarrollo en nuestro medio.* *JANO extra dic* 1984; 32-9.
- 29.- Taracena del Piñal, B. *Características del adolescente.* *Ann Esp Pediatr.* 1991; 35 supl 46: 63-69.
- 30.- Bourderont, D; Collet, A; Carrière, P; Le Fur, M; Genet, B. *Drogues licites et illicites: diffusion de l'information sanitaire en milieu scolaire. Resultats d'une enquete epidemiologique transversale réalisée auprès de 663 collegiens du Havre.* *Pediatrie.* 1991. 46 (2): 201-7.
- 31.- Johson, CA; Pentz, MA; Weber, MD; Dwyer, JH; Baer,

N; Mc Kinnon, DP; Hansen, WB; Flay, BR. Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk adolescents. J Consult Clin Psychol. 1990 Aug; 58(4): 447-56.

32.- Perry, CL; Grant, M. A cross-cultural pilot study on alcohol education and young people. World Health Stat Q. 1991; 44(2): 70-3.

33.- Galán Sánchez, B; Ortega Osuna, JL. Educación para la salud en un colegio público de una zona rica, pero socioculturalmente deprimida. Medicina General. 1989 dic; 1(2): 40-6.

34.- Liakhovich, AV; Medved, LM; Egozina, VI; Shevchuk, AG; Rimskii, VL. Study of the degree of sanitary culture among students (study including several colleges in the country). Sor Zdravookhr. 1990(12): 32-6.

35.- Hualde Urralburu, G. Rasgos del contexto estructural del consumo de drogas en los jóvenes. Comunidad y Drogas. Monografías 1990; 10: 75-97.

36.- Calafat, A; Amengual, M; Mejías, G; Borrás, M; Escosura, M&J. Los jóvenes de hoy. Consell Insular de Mallorca. Comissió de Sanitat. Servei de Promoció de la Salut. 1990.

37.- Informe Juventud en España 1988. Instituto de la Juventud. Ministerio de Asuntos Sociales.

38.- Estudio General de Medios. Resultado 1ª Ola. 1988. Febrero-Marzo 1988. Audiencia General de Medios. Ultimo período.

39.- Cárdenas, C. Los medios de comunicaciones de masas y el consumo de alcohol en edades tempranas. Alcohol y Juventud. 1991: 67-76

40.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Los niños y la Televisión. 1989.

41.- Strasburger, VC. Niños, adolescentes y televisión. Pediatrics in Review (ed esp). 1992; 13(3-4): 119-25.

42.- International Association for the Evaluation of Educational Achievement. Reading Literacy Study (estudio sobre la lectura) editado en el libro How in the world do students read? por International Reading Association. Publicado en El País 28/10/92 pág 25.

43.- Dietz, WH; Strasburger, VC. Children, adolescents and television. Curr Prob Pediatr. 1991 Jan; 21(1): 8-31; discussion 32.

- 44.- Brown, JD; Newcomer, SF. Television viewing and adolescents' sexual behaviour. J Homosex. 1991; 21(1-2): 77-91.
- 45.-Tonge, BJ. The impact of television on children and clinical practice. Aust N Z J Psychiatry. 1990 dec; 24(4): 552-60.
- 46.- Bearinger, LH. Study group report on the impact of television on adolescents views of sexuality. J Adolesc Health Care. 1990 Jan; 11(1): 71-5.
- 47.- Hoberman, HM. Study group report on the impact of television violence on adolescents. J Adolesc Health Care. 1990 Jan; 11(1): 45-9.
- 48.- Graef, JW; Core, TE. Manual de Terapéutica Pediátrica. 3ª edición. Ed. Salvat. 1986: 40-3; 351-68.
- 49.- Brown, JD; Childers, KW; Waszak, CS. Television and adolescent sexuality. J Adoles Health Care. 1990 Jan; 11(1): 62-70.
- 50.- Holstein, BE; Due, P; Ito, H; Deckert, H. TV and video watching among 11-15 years old children a sociomedical perspective. Ugeskr Laeger. 1991 Jun 3; 153(23): 1658-61.

- 51.- Castells Cuixart, P. El niño, el adolescente y la televisión. An Esp Pediatr. 1990 Nov; 33 suppl 43: 200-4.
- 52.- American Academy of Pediatrics committee on Communications: children, adolescents and television. Pediatrics 1990 Jun; 85(6): 1119-20.
- 53.- Rissel, CE. Overweight and televisio watching. Aust J Public Health. 1991 Jun; 15(2): 147-50.
- 54.- Story, M. Study group report on the impact of television on adolescent nutritional status. J Adolesc Health Care. 1990 Jan; 11(1): 82-5.
- 55.- Masferrer Mascort, Martí. L'infant i el jove en el mon del lleure. Ed. Consell Nacional e la Joventut de Catalunya. 1985.
- 56.-Bueno, M; Sarría, A y equipo colaborativo español. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil: Paidos'84. PAIDO 84, tomo I.
- 57.- Holstein, BE; Ito, H; Due, P. Physical exercise among school children. A nation-wide sociomedical study of 1671 children 11-15 years of age. Ugeskr Laeger. 1990 sep 17; 152(38): 2721-7.

58.- Sarria,A; Selles, H; Cañedo-Argüelles, L; Fleta, J; Blasco, MJ; Bueno, M. Un autotest como método de cuantificación de la actividad física en adolescentes. Nutr Clínica. 1987; 7(1): 56-61.

59.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. 1992.

60.- Aubá i Llambrich, J; Villalbí i Hereter, JR. Prevención desde la escuela del uso de tabaco y otras sustancias adictivas. Gaceta Sanitaria. 1990 marzo-abril; 17(4): 70-5.

61.- Cenzano, A. Informe sobre Simposio Europeo sobre Toxicomanías. 1989.

62.- Currie, C; Hunt, SM; Amos, A. The incidence and correlates of health-related behavioural change in a small Scottish community. Public Health. 1990 sept; 104 (5): 335-44.

63.- Suzuki,K; Matsushita, S; Muramatsu, T; Muraoka, H; Yamada,K; Shigemori, K; Takagi, S; Kono,H. Problems drinkers among high school students in Japan. Arukoru Kenkyuto Yakubutsu Ison. 1991 Jun; 26(3): 142-52.

64.- Donnermeyer, JF; Huang, TC. Age and alcohol,

marijuana and hard drug use. J Drug Edu. 1991; 21(3): 255-68.

65.- Colomer, J; Brines, J. El embarazo de la adolescente. Ann Esp Pediatr. 1991; 35 supl 46: 84-6.

66.- JANO. 1992 Jun; 42(999): 33.

67 Newman, IM. Adolescent tobacco smoking and chewing in Nebraska. Nebr Med J. 1991 Jul; 76(7): 194-6; discussion 196-7.

68.- Hirsch, JM; Livian, G; Edward, S; Noren, JG. Tobacco habits among teenagers in the city of Goteborg, Sweden, and possible association with dental caries. Swed Dent J. 1991; 15(3): 117-23.

69.- Shaw, RA; Crane, J; O'Donnell, TV. The changes in smoking habits in a rural adolescent population, 1975-89. N Z Med J. 1991 Feb 13; 104(905): 40-3.

70.- Kokkeni, A; Stefanis, C. The epidemiology of licit and illicit substance use among high school students in Greece. Am J Public Health. 1991 Jan; 81(1): 48-52.

71.- Hansen, ET; Osler, M. Smoking and alcohol drinking habits among school children in the Frederiksberg

community. Ugeskr Laeger. 1990 Nov 19; 152(47): 3531-5.

72.- Vallescas Pinana, R; Moreno Aguado, V; Sarquella Geli, J; Vilar Subiras, S; Martín Mateo, M. Consumo de tabaco de la comarca de La Garrotxa. Estudio comparativo 1982-1986. Gac Sanit. 1991 May-Jun; 5(24): 125-9.

73.- Van Tuiner, M; Graham, D. The prevalence of alcohol, tobacco and other drugs among Missouri 12th graders. Mo Med. 1991 Jun; 88(6): 353-60.

74.- Pedersen, JM. Substance abuse among school children. A pilot study from Ilulissat/Jakobshavn, Gronland. Ugeskr Laeger. 1990 Nov 19; 152(47): 3535-7.

75.- Smith, DW; Stecker, AB; Mc Leroy, KR; Frye, RR. Tobacco prevention in North Carolina public schools. J Drug Educ. 1990; 20(3): 257-68.

76.- Watta, WD; Wright, LS. The relationship of alcohol, tobacco, marijuana and other illegal drug use to delinquency among Mexican-American, black and white adolescent males. Adolescence 1990 spring; 25(97): 171-81.

77.-Comission des Communautes Européennes. Les jeunes européens, le tabac et l'alcool. Une enquete dans les

douze états membres de la Communauté auprès des jeunes de 11 à 15 ans. Rev Med Brux. 1991 Apr; 12(4): 153-5.

78.- Sánchez Agudo, L. Tobacco addiction and control in Spain. Br J Addict. 1991 Jun; 86(6): 701-3.

79.- de Onis, M; Villar, J. La consommation de tabac chez la femme espagnole. World Health Stud Q. 1991; 44(2): 80-8.

80.- Trujillo, R; Sierra, A; Isidoro, A. El consumo de tabaco, alcohol y cannabis en la población escolar de la provincia de Sta. Cruz de Tenerife. Consejería de Sanidad y Seguridad Social. Dirección provincial de la Salud de Sta. Cruz de Tenerife. 1983.

81.- Whichelow, MJ; Erzinclioglu, SW; Cox, BD. A comparison of the diets of non-smokers and smokers. Br J Addict. 1991 Jan; 86(1): 71-81.

82.- Thorlindsson, T; Vilhjamsson, R. Factors related to cigarette smoking and alcohol use among adolescents. Adolescence. 1991 Summer; 26(102): 399-418.

83.- From the Centers for Disease Control, current tobacco, alcohol, marijuana, cocaine use. JAMA. 1991 Oct 16; 266(15): 2061-2.

84.- Current tobacco, alcohol, marijuana and cocaine use among high school students. United States, 1990. Morb Mortal Wkly Rep (MMWR). 1991 Sept 27; 40(38): 659-63.

85.- From the Centers for Disease Control. Tobacco use among high school students. United States, 1990. JAMA. 1991 Oct 2; 266(13): 1755-6.

86.- Ferguson, A; Mc Kinley, I. Adolescent smoking. Child Care Health Dev. 1991 May-Jun; 17(3): 213-24.

87.-Reimers TM et al. Risks factors for adolescent cigarette smoking. The Muscatine study. Am J Dis Child. 1990; 144: 1265-72.

88.- Epps, RP; Manley, MW. A physicians's guide to preventing tobacco use during childhood and adolescence. Pediatrics. 1991 Jul; 88(1): 140-4.

89.- Sussman, S; Dent, CW; Stacy, AW; Burciaga, C; Raynor, A; Turner, GE; Charlin, V; Craig, S; Hansen, WB; Burton, D; et al. Peer-group association and adolescent tobacco use. J Abnorm Psychol. 1990 Nov; 99(4): 349-52.

90.- Holstein, BE; Ito, H; Due, P. Smoking habits among children aged 11-15 years in 1988. A study of smoking habits and their connection with social background

factors, health, satisfaction and social networks. Ugeskr Laeger. 1990 sep 10; 152(37): 2651-4.

91.- Meier, KS. Tobacco truths: the impact of role models on children's attitudes toward smoking. Health Edu Q. 1991 summer; 18(2): 173-82.

92.- Nygaard, B; Barford, AB; Hansen, FH; Jessen, TT; Kryger, H; Meyer, L. Tobacco, hashish, knowledge and habits in schools. Ugeskr Laeger. 1990 Nov 19; 152(47): 3540-1.

93.- Klitzner, M; Gruenewald, PJ; Bausberger, E. Cigarette adverting and adolescent experimentation with smoking. Br J Addict. 1991 Mar; 86(3): 287-98.

94.- Guerra, FA. Tabaco sin fumar. PIR (Pediatrics in Review). 1991 Nov-dic; 12(9-10): 297.

95.- Browson, RC; Di Lorenzo, TM; Van Tuinen, M; Finger, WW. Patterns of cigarette and smokeless tobacco use among children and adolescents. Prev Med. 1990 Mar; 19(2): 170-80.

96.- Frydman, M. Prevention of smoking in youth. J Environ Pathol Toxicol Oncol. 1990 Nov-dec; 10(6): 306-10.

97.- Pellow, RA; Jengeleski, JL. A survey of current research studies on drug education programs in America. J Drug Educ. 1991; 21(3): 203-10.

98.- Mc Neill, AD. The development of dependence on smoking in children. Br J Addic. 1991 May; 86(5): 589-92.

99.- Riley, WT; Barenie, JT; Mabe, PA; Myers, DR. Smokeless tobacco use in adolescent females: prevalence and psychosocial factors among racial/ethnic groups. J Behav Med. 1990 Apr; 13(2): 207-20.

100.- Tomas, SM; Fick, AC; Doherty, K. Tobacco, alcohol and marijuana use among black adolescents: a comparison across gender, grade and school environment. J La State Med Soc. 1990 Apr; 142(4): 37-42.

101.- Ramphela, MA; Heap, M. Health status of hostel dwellers. Tobacco smoking, alcohol consumption and diets. S Afr Med J. 1991 Jun 15; 79(12): 717-20.

102.- Bettes, BA; Dusenbury, L; Kerner, J; James-Ortiz, S; Botvin, GJ. Ethnicity and psychosocial factors in alcohol and tobacco use in adolescence. Child Der. 1990 Apr; 61(2): 557-65.

103.- Salinas G. Consommation de tabac, d'alcool, de

medicaments psychotropics et de drogues illicites chez les lycéens du département des Hautes-Pyrénées en 1989. Rev Epidemiol Santé Publique. 1991; 39(2): 149-55.

104.- López Rois, F; Couselo Sánchez, JM; Fernández Lorenzo, JR; Carballeira, C. Hábitos de consumo del alcohol entre la población infantil gallega. An Esp Pediatr. 1985; 23(8): 573-8.

105.-Cuadrado Callejo, P; Jiménez Fraile, JA; Poyo Calvo, F; Martínez García, JJ. Problemas relacionados con el alcohol. Informe técnico para centros de salud mental. Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid. Direc. Gral. de Planificación, Formación e Investigación. 1990.

106.- Jiménez Fraile, JA; Poyo Calvo, F; Martínez García, JJ; Cuadrado Callejo, P. Problemas relacionados con el alcohol. Informe técnico para salud laboral. Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid. Direc. Gral. de Planificación, Formación e Investigación. 1990.

107.- Ferrero, J; Rodríguez, A. La leyenda del joven bebedor. Blanco y Negro. 1990; 3715: 54-9.

108.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Alcohol y Juventud. 1991: 9-18.

109.- Poyo Calvo, F; Martínez García, JJ; Cuadrado Callejo, P; Jiménez Fraile, JA. Problemas relacionados con el alcohol. Informe técnico para Atención Primaria. Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid. Direc. Gral. de Planificación, Formación e Investigación. 1990.

110.- Gili Miner, M; Giner Ubago, J; Lacalle Remigio, JR; Franco Fernández, D. Respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol. Resultados del estudio de Sevilla. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991: 13-56.

111.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Los escolares y la salud. Estudio de los hábitos de los escolares en relación con la salud. Sección Educación Sanitaria. 1986.

112.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionados con la Salud. 1990.

113.- Collier, DJ; Beals, ILP. Alcoholismo entre estudiantes de medicina: un estudio mediante cuestionario. B M J ed esp. 1990: 5(1): 48-55.

114.- Donnermeyer, JF; Huang, TC. Age and alcohol, marijuana and hard drug use. J Drug Educ. 1991; 21(3): 255-68.

115.- Pardeck, JT. A multiple regression analysis of family factors affecting the potential for alcoholism in college students. *Adolescence*. 1991 summer; 26(102): 341-7.

116.-Andreasson, S; Romelsjo, A; Allebeck, P. Alcohol, social factors and mortality among young men. *Br J Addict*. 1991 Jul; 86(7): 877-87.

117.- Freisa, F. Reflexión de un clínico sobre el bebedor controlado. *Rev Esp Drodep*. 1990; 15(1): 31-43.

118.- Bucholz, KK. A review of correlates of alcohol use and alcohol problems in adolescence. *Recent Dev Alcohol*. 1990; 8: 111-23.

119.-Tongue, A. Eficacia de las medidas restrictivas sobre la disponibilidad. *Alcohol y Juventud*. 1991: 53-6.

120.- Vega Fuente, A. La educación sobre el alcohol en el proyecto educativo. *Alcohol y Juventud*. 1991: 39-52.

121.- Hall, WD; Carless, JM; Homel, PJ; Flaherty, BJ; Reilly, CJ. The characteristics of cocaine users among young adults in Sydney. *Med J Aust*. 1991 Jul 1; 155(1): 11-4.

122.- Stoker, A; Swadi, H. Perceived family relationships in drug abusing adolescents. Drug Alcohol Depend. 1990 Jun; 25(3): 293-7.

123.- Swadi, H. "Experimenting" with drugs: a critical evaluation. Drug Alcohol Depend. 1990 Oct; 26(2): 189-94.

124.- Whitley, SB; Conti, JN. Adolescent drug abuse: problems and prospectus. Med Law. 1990; 9(3): 972-85.

125.- Klee, H; Faugier, J; Hayes, C; Boulton, T; Morris, J. Factors associated with risk behaviour among injecting drug use. AIDS-Care. 1990; 2(2): 133-45.

126.- López Campos et al. Actitudes y opiniones sobre el consumo de drogas y problemas relacionados entre los estudiantes no universitarios de la provincia de Pontevedra. Premios Ordesa 1991 a la investigación Pediátrica: 287-377.

127.- Smart, RG; Adlaf, EM. Substance use and problems among Toronto street youth. Br J Addict. 1991 Aug; 86(8): 999-1010.

128.- Bagnall, G. Alcohol and drug use in a Scottish cohort: 10 years on. Br J Addict. 1991 Jul; 86(7): 895-904.

129.- Kreutter, KJ; Gerwirtz, H; Davenny, JE; Love, C. Drug and alcohol prevention project for sixth graders: first-year findings. *Adolescence*. 1991 Summer; 26(102): 287-93.

130.- Flay, BR; Petraitis, J. Methodological issues in drug use prevention research: theoretical foundations. *NIDA Res Monogr*. 1991; 107: 81-109.

131.- Mackinnon, DP; Johnson, CA; Pentz, MA; Dwyer, JH; Hansen, WB; Flay, BR; Wang, EY. Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: first-year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychol*. 1991; 10(3): 164-72.

132.- Bonet de Luna, C. Perfil de Salud del adolescente escolarizado de Madrid. Tesis Doctoral. 1988.

133.-Bataglia, M. Por una prevención posible del malestar y del consumo de drogas: un sistema de prevención. *Comunidad y Drogas*. Monografía 1990; 10: 67-73.

134.- Oetting, ER; Beauvais, F. Adolescent drug use: findings of national and local surveys. *J Consult Clin Psychol*. 1990 Aug;58(4): 385-94.

135.- Olsen, JA; Jensen, LC; Greaves, PM. Adolescent

sexuality and public policy. *Adolescence*. 1991 Summer; 26 (102): 419-30.

136.- Berkey, BR; Perelman-Hall, T; Kurdek, LA. The Multidimensional Scale of Sexuality. *J Homosex*. 1990; 19 (4): 67-87.

137.- Rey Mantill, R. La educación sexual en el sistema educativo. *Revista de estudios de Juventud*. Ministerio de Cultura. Instituto de la Juventud. 1985 oct; 19: 89-99.

138.- Odujinrin, OM. Sexual activity, contraceptive practice and abortion among adolescents in Lags. Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991 Apr; 34(4): 361-6.

139.- Ruiz Andorra. La conducta sexual y contraceptiva en los jóvenes. Oferta de un centro específico para adolescentes en materia de sexualidad y anticoncepción. Libro de Ponencias y Comunicaciones de la III Reunión Anual de la Sec. de Medicina de la Adolescencia de la AEP. Girona 3-4 de Abril de 1992. Pág 86.

140.- Clarke, J; Abram, R; Monteiro, EF. The sexual behaviour and knowledge about AIDS in a group of young adolescent girls in Leeds. *Genitourin Med*. 1990 Jun; 66 (3): 189-92.

141.- Lema, VM. Sexual behaviour, contraceptive practice and knowledge of reproductive biology among adolescent secondary school girls in Nairobi, Kenya. East Afr Med J. 1990 Feb; 67(2): 86-94.

142.- Kraft, P. The age of sexual debut among Norwegian adolescents. Tidsskr Nor Laegeforen. 1990 Sep 30; 110 (23): 3021-4.

143.- Felizari, GM. Enfermagem escolar e educaçao sexual para adolescentes. Rev Gaucha Enferm. 1990 Jul; 11(2): 12-9.

144.- Cumming, DC; Cumming, CE; Kieren, DK. Menstrual Mythology and Sources of information about menstruation. Am J Obst Gynecol. 1991 Feb; 164(2): 472-6.

145.- Opaneye,AA; Willmott, C. The role of genito-urinary medicine in adolescent sexuality. Genitourin Med. 1991 Feb; 67(1): 44-6.

146.- Rosenfeld, WD. Sexually transmitted diseases in adolescents: update 1991. Pediatr Ann. 1991 Jun; 20(6): 303-12.

147.- Alexander, B; Mc Grew, MC; Shore, W. Adolescent sexuality issus in office practice. Am Fam Physician.

1991 Oct; 44(4): 1273-81.

148.- Kokotailo, PK; Adger, H Jr. Substance use by pregnant adolescents. Clin Perinatol. 1991 Mar; 18(1): 125-38.

149.- Adolescent Health. Adolescent reproductive behaviour. Wkly Epidemiol Rec. 1990 Mar 16; 65(11): 77-81

150.-Rowe, DC; Rodgers, GL. An "epidemic" model of adolescent sexual intercourse: applications to national survey data. J Biosoc Sci. 1991 Apr; 23(2): 211-9.

151.- Ojwang, SB; Maggwa, AB. Adolescent sexuality in Kenya. East Afr Med J. 1991 Feb; 68(2): 74-80.

152.- Zani, B. Male and female patterns in the discovery of sexuality during adolescence. J Adolesc. 1991 Jun; 14(2): 163-78.

153.- Bidwell, RJ; Deisher, RW. Adolescent sexuality: current issues. Pediatr Ann. 1991 Jun; 20(6): 293-4, 297-300, 302.

154.- Donovan, C. Adolescent sexuality. B M J. 1990 Apr 21; 300(6731): 1026-7.

155.- Weinstein, E; Rosen, E. The development of adolescent sexual intimacy: implications for conseling. Adolescence. 1991 Summer; 26(102): 331-9.

156.- Brook, JS; Brook, DW; Gordon, AS; Whiteman, M; Cohen, P. The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. Genet Soc Gen Psychol Monogr. 1990 May; 116(2): 111-267.

157.- Pardeck, JA; Pardeck, JT. Family factors related to adolescent autonomy. Adolescence. 1990 Summer; 25(98): 311-9.

158.- Fisher, M. Adolescent sexuality: overview and implications for the pediatrician. Pediatr Ann. 1991 Jun; 20(6): 285-9.

159.- Valois, RF; Waring, KA. An analysis of college students' anonymous questions about human sexuality. J Am Coll Health. 1991 May; 39(6): 263-8.

160.- Eisen, M; Zellman, GL; Mc Alister, AL. Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education program. Fam Plann Perspect. 1990 Nov-Dec; 22(6): 261-71.

161.- González Bianco, P; Andrés Orizo, F; Toharia Cor-

tés, JJ; Elzo Imaz, J. Jóvenes Españoles 89. Ed. SM. Fundación Santa María. Madrid 1989.

162.- Cromer, BA; Enrile, B; Mc Coy, K; Gerhardstein, MJ; Fitzpatrick, M; Judis, J. Knowledge, attitudes and behaviour related to sexuality in adolescents with chronic disability. Dec Med Child Neurol. 1990 Jul; 32 (7): 602-10.

163.- Bueno, M; Sarría, A y equipo colaborativo español. Datos de una encuesta nutricional en escolares españoles: Paidos'84. PAIDO 84-Tomo II.

164.- Canals, J; Salas, J; Font, I; Fernández-Ballart, J; Martí-Henneberg. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus. Med Clin. 1987; 88: 447-50.

165.- Michaud, C; Baudier, F. Habitudes et consommations alimentaires des adolescents français. Synthèse d'enquetes recentes. Arch Fr Pediatr. 1991 Aug-Sep; 48 (7): 475-9.

166.- Von Petrykowski, W. Healthy nutrition in child hood and adolescence. Off Gesundheitswess. 1990 Aug-Sep; 52 (8-9): 456-63.

167.- Rasanen L; Laitinen, S; Stirrkinen, R; Kimppa, S; Viikani, J; Uhari, M; Personen, E; Salo, M; Akerblom, HK. Composition of the diet of young Finns in 1986. Ann Med. 1991 Feb; 23(1): 73-80.

168.- Pavlovic, M. Problems of nutrition in school children in Subotica and its importance to health. Med Pregl. 1991; 44(3-4): 159-62.

169.- Newell, GK; Hamming; CL; Jurich, AP; Johnson, DE. Self concept as a factor in the quality of diets of adolescent girls. Adolescence. 1990 Spring; 25(97): 117-30.

170.- Moreiras-Varela, O; Carbajal, A; Blázquez, M&J; Cabrera, L; Martínez, A. La alimentación en la escuela y en el hogar de niños madrileños: Estudio piloto. Rev Esp Pediatr. 1984; 40(4): 257-66.

171.- Nuutinen, O. Long-term effects of dietary counselling on nutrient intake and weight loss in obese children. Eur J Clin Nutr. 1991 Jun; 45(6): 287-97.

172.- Meredith, CN; Dwyer, JT. Nutrition and exercise: effects on adolescent health. Annu Rev Public Health. 1991; 12: 309-33.

173.- Plaza Pérez, I y grupo de expertos de la Sociedad Española de Arteriosclerosis, Cardiología, Pediatría, Nutrición y Medicina Preventiva. Informe sobre el colesterol en niños y adolescentes españoles. Rev Esp Cardiol. 1991; 44(9): 567-85.

174.- Spydierelle, Y; Herberth, B; Diderot-Barthelemy, L; Bairati, I; Deschamps, JP. Alimentation des adolescentes en Lorraine. Arch Fr Pediatr. 1990 Jun-Jul; 47(6): 455-9.

175.- Krasnopertser, VM; Istomin, AV; Kozlova, TI; Komarov, GD; Ivanova, AV. The higienic characteristics of the nutritional status of the pupils of Moskow middle schools. Gig Sanit. 1990 Oct (10): 45-7.

176.- Baudier, F. L'alimentation des adolescents français. Perspectives actuelles. Soins Gynecol Obstet Pueric Pediatr. 1990 Aug-Sep (111-112): 50-7.

177.- Due, P; Holstein, BE; Ito, H; Groth, MU. Diet and health behavior in Danish children aged 11-15 years. Ugeskr-Laeger. 1991 Apr 1; 153(14): 984-8.

178.- Amable, A. Manual de las buenas maneras. Ed. Pirámide, S.A. Barcelona 1991.

179.- Fernández-Creuhet, R; Toledo Ortiz, F. Medidas

preventivas y de educación sanitaria referidas a higiene, accidentes, intoxicaciones, ecología y tráfico en la edad escolar. JANO extra Dic. 1984; 56-64.

180.- Curso de iniciación a la educación para la salud en la escuela. Consejería de Educación y Juventud, y Salud y Bienestar Social. Comunidad de Madrid. 1985-86.

181.- Olivares Sánchez et al. El flúor en la profilaxis de ls caries. Pediátrika. 1992 ene-feb; 12: 54-6.

182.- König, KG: Profilaxis de ls caries dental. Anales Nestlé. 1986; 44(3): 1-11.

183.- Schou, L; Currie, C; Mc Queen, D. Using a "lifestyle" perspective to understand tooth brushing behaviour in Scottish school children. Community Dent Oral Epidemiol. 1990 Oct; 18(5): 230.

184.- González Iglesias, J. Inconvenientes y riesgos de la fluoración de las aguas de bebida (I). Tribuna Médica. 19 de Junio 1992: 14-5; (II): 26 de Junio 1992: 11; (III): 10 de Julio 1992: 17-9.

185.- González Iglesias, J; Cbeza Ferrer, L. Riesgos de la fluoración de las aguas de bebida. Noticias Médicas. 1992 Jul; 3475: 9.

186.- Rioboo García, R. Lecciones Magistrales.1991.

187.- López Bermejo, MA. Lecciones Magistrales.1991.

188.- González Navarro, G. La fluoración de las aguas. Noticias Médicas. 1992 Jul; 3475: 8.

189.- Bueno Campaña,M; Martín Castro, A. Adquisición de los hábitos alimentarios propios y su influencia en la dieta de los adolescentes. Pediátrika. 1992 mar; 12(51): 26-31.

190.- Pedersen, W; Lasik, NJ. Adolescents and benzodiazepines: prescribed use, self-medication and intoxication. Acta Psychiatr Scand. 1991 Jul; 84(1): 94-8.

191.- Ayuntamiento de Madrid. Anuario Estadístico 1988.

192.- Ayuntamiento de Madrid. Documento nº 16. Investigación continua sobre formas de vida y su evolución en el Municipio de Madrid. Delimitación de zonas socialmente homogéneas. 1988.

193.- Mardomingo, MJ. Aspectos psicosociales de la adolescencia. VI Symposium de Pediatría Social. 1983.

194.- Toledo, F. *Pediatría Social*. Ed. Glosa. Barcelona 1982.

195.- Gilchrist, VJ. Preventive health care for the adolescent. *Am Fam Physician*. 1991 Mar; 43(3): 869-78.

196.- Neinstein, LS. *Salud del adolescente*. 1ª edición en español. JR Prous Editores. Barcelona 1991.

197.- Orr, DP; Beiter, M; Ingersoll, G. Premature sexual activity as an indicator of psychosocial risk. *Pediatrics*. 1991 Feb; 87(2): 141-7.

198.- de la Rosa López, A; Sánchez Tuset, M. Consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco en la población estudiantil en edades de 14 y 15 años pertenecientes al área metropolitana de Barcelona. *Comunicaciones a la Mesa Redonda 12. Alcoholismo juvenil. Nuevas formas de adicción*.

199.- Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de La Rioja. *El consumo de alcohol en La Rioja*. Junio 1988.

200.- Díez Manrique, JF. Respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol. Resultados del estudio de Cantabria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991: 57-108.

201.- Jonhson, V; Pandina, RJ. Effects of the family environment on adolescent' substance use, delinquency and coping styles. Am J Drug Alcohol Abuse. 1991; 17(1): 71-88.

202.- Martínez, RM; Martín, L. Patrones de consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid. Comunidad y Drogas. 1987; 5-6: 39-62.

203.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1991.

204.- León Fuentes, JL; Noha Hortal, F; Rodriguez Sacristán, J. Reflexiones sobre la situación actual del consumo de alcohol y otras drogas por la juventud. Rev Esp Drogodep. 1990; 15(1): 45-51.

205.- Nieto Piñeroba, A. Juventud y Sexualidad: Una perspectiva antropológica. Revista de estudios de Juventud. Ministerio de Cultura. Instituto de la Juventud. 1985 Oct; 19: 29-43.

206.- Cash, R. Guía para la prevención del abuso sexual del menor. Pediatrics in Review (PIR). 1991 Nov-Dic; 12 (9-10): 304.

207.- Lema, VM. The determinants of sexuality among adolescent school girls in Kenya. East Afr Med J. 1990 Mar; 67(3): 191-200.

208.- Navarro, M&V. Actuaciones en favor de las mujeres jóvenes. Revista de estudios de Juventud. Ministerio de Cultura. Instituto de la Juventud. 1985 Oct; 19: 101-11.

209.- Conde, F. Notas sobre las relaciones de la pareja. Revista de estudios de Juventud. Ministerio de Cultura. Instituto de la Juventud. 1985 Oct; 19: 11-27.

210.- López Jiménez, MA. Sexualidad joven. El Casco Viejo de Zaragoza. Revista de estudios de Juventud. Ministerio de Cultura. Instituto de la Juventud. 1985 Oct; 19: 55-74.

211.- Forman, D; Chilvers, C. Comportamiento sexual de los hombres jóvenes y de mediana edad en Inglaterra y Gales. B M J ed esp. 1989 Oct; 4: 42-55.

212.- Hicks, BA; Morris, JA Jr; Bass, SM; Holcomb, GW3d; Neblett, WW. Alcohol and the adolescent trauma population. J Pediatr Surg. 1990 Sep; 25(9): 944-8; discussion 948-9.

213.- Barnett, JK; Papini, DR; Gbur, E. Familial

correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*. 1991 Summer; 26(102): 457-72.

214.- Bagnall, G. Alcohol and drug use in a Scottish cohort: 10 years on. *Br J Addict*. 1991 Jul; 86(7): 895-904.

215.- Brown, JE; Mann, L. The relationship between family structure and process variables and adolescent decision making. *J Adolesc*. 1990 Mar; 13(1): 25-37.

216.- Sánchez González, E et al. Morbilidad hospitalaria en la población de 10 a 19 años de edad en un Hospital General. Libro de Ponencias y Comunicaciones de la III Reunión Anual de la Sección de Medicina de la Adolescencia de la AEP. Girona 3-4 Abril de 1992. Pág 91.

217.- Pavesi, L. La experiencia italiana y los proyectos de educación sexual. *Revista de estudios de Juventud*. Ministerio de Cultura. Instituto de la Juventud. 1985 Oct; 19: 139-43.