

**UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
Y SALUD PUBLICA**

MEMORIA DE DOCTORADO

**ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL CONSUMO
DE DROGAS EN LA POBLACION
ESCOLARIZADA DE LAS CUENCAS ALTA Y
MEDIA DEL RIO ALMANZORA (ALMERIA) Y
DE SUS FACTORES DE RIESGO.**

ANDRES DEL AGUILA LOPEZ

UNIVERSIDAD DE GRANADA. FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

**ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS
EN LA POBLACION ESCOLARIZADA DE LAS CUENCAS
ALTA Y MEDIA DEL RIO ALMANZORA (ALMERIA) Y DE
SUS FACTORES DE RIESGO**

Andrés Del Aguila López
Granada, 1.993

**DÑA ROSA LOPEZ GIGOSOS, JEFE DE SECCION
DE SANIDAD EXTERIOR DE LA UNIDAD PROVINCIAL
DE MALAGA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.**

CERTIFICA: Que la Tesis que presenta al superior juicio del Tribunal que designe la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, D. Andrés del Aguila López sobre el tema "Estudio de Prevalencia del Consumo de Drogas en la población escolarizada de las Cuencas Alta y Media del Río Almanzora (Almería) y de sus factores de riesgo", ha sido realizada bajo mi dirección en los últimos cinco años, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autor, en condiciones que lo hacen acreedor del Título de Doctor, siempre que así lo considere el citado tribunal.


Granada, Septiembre de 1.993.

A handwritten signature in black ink, reading "Rosa M. López Gigoso". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal line.

D. PABLO LARDELLI CLARET, PROFESOR TITULAR
DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE
GRANADA.

*CERTIFICA: Que la Tesis que presenta al superior
juicio del Tribunal que designe la Facultad de
Medicina de la Universidad de Granada, D. Andrés
del Aguila López sobre el tema "Estudio de
Prevalencia del Consumo de Drogas en la población
escolarizada de las Cuencas Alta y Media del Río
Almanzora (Almería) y de sus factores de riesgo", ha
sido realizada bajo mi dirección en los últimos cinco
años, siendo expresión de la capacidad técnica e
interpretativa de su autor, en condiciones que lo
hacen acreedor del Título de Doctor, siempre que así
lo considere el citado tribunal.*

Granada, Septiembre de 1.993.



*A ti Papá, por tu Amor y entusiasmo,
que aún hoy me conmueve.*

*A mi mujer, mis hijos
y mi familia.*

Agradezco:

A la prof. R. López su interés, apoyo y dirección.

Al prof. P. Lardelli su interés, apoyo y dirección.

Al prof. R. Gálvez la acogida que ha dispensado a la realización de este proyecto de trabajo.

Al prof. M. Delgado su asesoramiento en el análisis estadístico.

Al Departamento de Documentación e Informática Clínica del Hospital Clínico San Cecilio, donde se han computarizado los datos de esta investigación.

A J. Del Aguila por su ayuda con el tratamiento de textos.

A E. Reche por los gráficos.

A J. Sáez, J. Martínez, F.L. Maldonado, J. Maldonado y M.A. Del Aguila por la realización de encuestas.

A los compañeros que han suplido con generosidad mis ausencias en el trabajo para la realización de esta tesis.

INDICE

INDICE

INTRODUCCION	4
I.JUSTIFICACION TEMATICA	6
II.REVISION TEORICA	10
II.1.ALCOHOL	10
II.2.TABACO	14
II.3.DROGAS EN SU CONJUNTO	19
OBJETIVOS	34
MATERIAL Y METODOS	36
I. POBLACION	37
II.MUESTRA	37
III. CUESTIONARIO	37
IV. ADMINISTRACION DEL CUESTIONARIO	38
V.ENCUESTADORES	49
VI.PAQUETE INFORMATICO Y TRATAMIENTO ESTADISTICO	49
RESULTADOS	40
A- DESCRIPCION DE LA MUESTRA	41
A.1. CARACTERISTICAS PERSONALES	41
A.2. CARACTERISTICAS FAMILIARES	44
A.3. RELACIONES SOCIO CULTURALES	49
A.3. OPINIONES SOBRE EL ENTORNO	53
B- TABACO	55
C- ALCOHOL	58
D- OTRAS DROGAS	64
E- RESULTADOS ANALITICOS	72
I. LA EDAD Y OTRAS VARIABLES	72
I.1. EDAD Y TABACO	72
I.2. EDAD Y ALCOHOL	72
I.3. EDAD Y "OTRAS DROGAS"	74
I.4. EDAD Y RELACIONES SOCIALES	74
II. EL SEXO Y OTRAS VARIABLES	75
I.1. SEXO Y TABACO	75
I.2. SEXO Y ALCOHOL	77
I.3. SEXO Y "OTRAS DROGAS"	77
I.4. RELACIONES SOCIALES	77
III. ETNIA Y OTRAS VARIABLES	78

IV. AREAS GEOGRAFICAS Y OTRAS VARIABLES	78
IV.1. CONSUMO DE TABACO	78
IV.2. CONSUMO DE ALCOHOL	80
IV.3. CONSUMO DE "OTRAS DROGAS"	81
IV.4. CARACTERISTICAS FAMILIARES Y RELACIONES SOCIALES	81
V. NIVELES DE ENSEÑANZA AL QUE PERTENECEN LOS ALUMNOS Y OTRAS VARIABLES	82
V.1. CONSUMO DE TABACO	82
V.2. CONSUMO DE ALCOHOL	82
V.3. CONSUMO DE "OTRAS DROGAS"	82
V.4. NIVELES DE ENSEÑANZA Y OPINIONES	83
VI. ESTADO CIVIL DE LOS PADRES Y EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y/O DROGAS POR SUS HIJOS	83
VI.1. CONSUMO DE TABACO	83
VI.2. CONSUMO DE ALCOHOL	83
VI.3. CONSUMO DE "OTRAS DROGAS"	84
VII. SITUACION DE EMPLEO DE LA MADRE Y OTRAS VARIABLES	84
VII.1. CONSUMO DE TABACO	84
VII.2. CONSUMO DE ALCOHOL	84
VII.3. CONSUMO DE "OTRAS DROGAS"	84
VII.4. RELACIONES SOCIALES	91
VIII. PROFESION DEL PADRE Y OTRAS VARIABLES	92
VIII.1. CONSUMO DE TABACO	92
VIII.2. CONSUMO DE ALCOHOL	92
VIII.3. CONSUMO DE "OTRAS DROGAS"	92
VIII.4. RELACIONES SOCIALES	92
IX. PROFESION DE LA MADRE Y OTRAS VARIABLES	92
IX.1. CONSUMO DE TABACO	92
IX.2. CONSUMO DE ALCOHOL	93
IX.3. CONSUMO DE "OTRAS DROGAS"	94
X. INGRESOS FAMILIARES	95
X.1. TABACO	95
X.2. ALCOHOL	96
X.3. "OTRAS DROGAS"	96
X.4. RELACIONES SOCIALES	96
F. ANALISIS SINTETICO DEL CONSUMO DE DROGAS	99
G. CONSUMO DE "OTRAS DROGAS" Y FUENTE DE OBTENCION	99
DISCUSION	101
CONCLUSIONES	119
BIBLIOGRAFIA	121
ANEXOS	136

INTRODUCCION

I. JUSTIFICACION TEMATICA.
II. REVISION TEORICA.

I. JUSTIFICACION TEMATICA

El consumo de drogas es un fenómeno de gran magnitud y trascendencia en España y en la mayor parte de los países desarrollados. El impacto de los hábitos de consumo de las distintas drogas recae de manera importante sobre la salud pública, y también afecta considerablemente al orden socio-económico de los pueblos afectados.

Aunque el consumo de drogas se remonta al comienzo de la civilización, encontrándose en una u otra variedad en todas las culturas, es en el siglo XX cuando adquiere dimensiones de "problema prioritario". En el momento actual las implicaciones de tipo económico, social y político sobre el fenómeno del uso y abuso de drogas son tales que convierten el problema en una maraña de interrelaciones cuyo producto final es un conjunto de individuos enfermos, que han perdido su libertad y cuya vida gira en torno a una droga: los adictos.

El concepto de droga, aparentemente sencillo, es en realidad una cuestión compleja que produce resultados diferentes cuando se formula desde un punto de vista médico, farmacológico y sociológico. Así Kramer y Cameron definen como droga a toda sustancia que , introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones corporales. Algo más específica es la definición de la O.M.S. que señala como droga a toda sustancia terapéutica o no, que introducida en el cuerpo por cualquier mecanismo (inhalación, ingestión, fricciones, administración parenteral, etc.), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico; ésta modificación, condicionada por los efectos inmediatos (psicoactivos) o persistentes (crónicos), predispone a una reiteración continuada en el uso del producto. Su capacidad para producir dependencia física o psíquica es una de las características más importantes. En el trabajo que se presenta se estudian tanto drogas institucionalizadas en nuestro país (alcohol y tabaco) como aquellas con carácter de ilegalidad (heroína, cocaína, cannabis, anfetaminas, inhalables, etc.).

Abordar el problema del abuso de drogas desde el punto de vista estrictamente sanitario, conlleva con frecuencia la sensación de ineficacia e insuficiencia, derivadas de la imposibilidad de modificar todos los factores de los que depende la génesis del problema. Ello conduce a la necesidad de planteamientos de intervención multidisciplinarios donde se encuentren implicados, al menos, los aspectos siguientes: 1-Asistenciales, para realizar la dextintoxicación y la atención a las complicaciones orgánicas, 2-Sociales y legales, para facilitar la reinserción, 3- Psicológicos y educativos, para modificar

los hábitos nocivos, mantener la deshabituación y mejorar la reinserción. El abordaje desde el punto de vista de la prevención es, sin lugar a dudas, muy importante; conocer exhaustivamente cuales son las circunstancias y los factores fundamentales que inducen el consumo y el abuso de drogas, en nuestro contexto cultural, permitirá conducir las políticas de prevención desde distintos ámbitos, hacia el objetivo de eliminar el abuso de drogas de la forma más eficiente.

De todos los estudios realizados sobre iniciación al consumo de drogas, puede deducirse que no siempre son las mismas causas las que influyen y, que dependen de las distintas áreas geográficas y hasta incluso de distintas épocas dentro de una misma área, región o país. Hay que tener en cuenta, por tanto, que son muchas, variadas y a veces cambiantes las causas que llevan al consumo de drogas y que incidir en ellas para erradicarlas depende de una colaboración multisectorial en la que están implicadas todas las fuerzas políticas (21, 6, 27, 40) a nivel sanitario, social, económico agrupaciones vecinales, Ayuntamientos, Comunidades Autónomas y estatal, con medidas de diverso tipo que incluyan la prohibición de publicidad directa o indirecta, el control de dispensación a menores en establecimientos autorizados etc., dar información para que la población conozca de forma veraz los efectos de las distintas drogas, implicar al sistema educativo en la introducción al conocimiento y efectos de las drogas, fomentar la conducta ejemplarizadora de médicos y maestros absteniéndose de fumar, fomentar la educación para la salud desde el sistema sanitario, fundamentalmente a nivel primario, potenciar el desarrollo integral de las comunidades, de forma que los ciudadanos cooperen en el abordaje de sus propios problemas (108).

En definitiva son múltiples los factores que inciden en el inicio del consumo y múltiples los recursos que hay que emplear para abordar el problema de la drogadicción, recursos que hay que emplear basándose en información sobre el problema a tratar y estudios previos tanto a nivel nacional e internacional como de ámbito regional o local.

Según Vega A. (en "Las drogas es un problema educativo. Madrid: 1981 Cícel", hay una causa circular acumulativa que implica formando un círculo vicioso a: --Factores personales y de conducta--Factores económicos--Factores sanitarios--Factores educativos--Factores familiares--Factores sociales--.

Se han demostrado relacionados con el consumo de drogas los factores: Edad (73, 58, 60, 103, 150, 104), Sexo (156, 15, 131, 67), Raza (158, 43), Actitud del padre (125, 138, 39, 28, 115), Relaciones con los padres (145, 110, 125, 73, 102, 156), Religiosidad (144, 70, 138, 158, 99), Influencias de los amigos (125, 102, 71, 23, 152, 40) Nivel de ingresos (102, 81, 107, 108), Consumo de drogas por los padres (158, 102, 23, 81, 106), Integración social de los escolares (139, 87, 98),

Características familiares (62), Nivel de estudios (158, 148), Clase social (110, 35, 28, 50, 5). Todos estos son algunos de los factores más significativos implicados, aunque hay otros muchos descritos.

Al estudiar el fenómeno de la drogadicción partimos del concepto de que droga no es solo la sustancia admitida social y legislativamente como tal, prohibida o no, sino que es toda sustancia capaz de producir hábito y/o dependencia tanto física como psíquica y que produce daños a nivel individual o colectivo, independientemente de que sea legal o no, de que la prescriba el médico o no, de que se adquiera en el mercado negro, en un supermercado etc...

En un estudio del Ministerio de Sanidad en 1980 se supo que el 51.7% de la población adulta consumía bebidas alcohólicas, el 7% de estos consumían más de 75 cc. de alcohol puro y día y que el consumo per capita de alcohol puro en varones era de 13 l/año. Se estimaron entre 1.900.000 y 2.300.000 las personas con problemas debidos al alcohol(92).

A través de la E.N.S (Encuesta Nacional de Salud, 1989) se conoce que el 58% de la población mayor de 16 años refiere que consume alcohol en diferentes grados; así el 6% refiere un consumo alto y el 4% excesivo.

Sabemos que las mujeres consumen actualmente más tabaco, que alcohol y tabaco suele preceder al consumo de cannabis y otras drogas y que el consumo de varias drogas a la vez (policonsumo) es muy común (125, 144). Se señala también que la delincuencia menor a veces precede al consumo de alcohol, la influencia de los amigos es más común que la de los padres respecto del consumo de alcohol y que en este influyen las malas relaciones con o entre los padres (35, 133, 87).

El consumo de tabaco es la causa demostrada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible.

El tabaco causa al año más de medio millón de muertes evitables en el mundo y cerca de 40.000 en España en 1983(51), en que fue responsable del 13% del total de muertes. Los fumadores de cigarrillos tienen un 70% más de probabilidades de morir por todas las causas que los no fumadores(51). En 1977, 43.488 personas murieron en Cataluña, de ellas el 10,4% es decir 4.525 murieron por causas relacionadas con el tabaco (134). El Ministerio de Sanidad en 1985 determinó que el 41% de la población española es fumadora, siendo Andalucía la población española de mayor consumo y España el mayor consumidor con respecto a Europa, Estados Unidos y Canadá/19). La E.N.S (Encuesta Nacional de Salud (1989) encuentra que el 38% de la población mayor de 16 años es fumadora, siendo el 17% fumador de 20 cigarrillos o más. Se sabe que la mortalidad de fumadores de cigarrillos es de hasta un 80% más alta que la de los no fumadores (121) y hay numerosos

estudios que demuestran la relación entre tabaco y muchas enfermedades como EPOC, cáncer de pulmón (120, 146, 67), cardiopatía coronaria (94), enfermedad vascular periférica, ulcus gástrico (76) etc...

Reducir en el 50% el consumo nacional de tabaco es uno de los objetivos del programa de Salud para todos en el año 2000.

El consumo de "otras drogas" en España no es algo nuevo, sin embargo recientemente son más las sustancias empleadas para su consumo como drogas, tales como los inhalables, los distintos medicamentos y nuevas sustancias sintéticas, habiendo pasado del consumo por grupos marginales al consumo de algunas drogas en casi todos los estratos sociales. En España la droga con mayor repercusión sociosanitaria es la heroína, si bien es cierto que gran parte de los heroinómanos son policonsumidores.

Algunos factores conocidos que contribuyen al aumento en el consumo son: el fácil acceso, la influencia de los amigos, la desilusión ante el futuro, entre otras cosas motivado por el alto nivel de paro existente, el bajo coste económico de tabaco y alcohol, la desconfianza y desilusión respecto de la sociedad, la falta de lugares recreativos, de zonas verdes etc. y el exceso de bares, pubs y discotecas.

La población rural es con frecuencia menos estudiada tanto a nivel nacional como internacional. El estudio que se presente se centra en dicha población, e introducimos la siguiente clasificación: zona rural urbana, zona rural agraria y zona minera industrial, que responden a la realidad de la comarca estudiada y que con algunas modificaciones responden a la diversidad que existe de forma natural a todas las áreas rurales.

Constantemente asistimos a la presencia del problema del tabaco, alcohol y otras drogas en la vida cotidiana que nos circunda, a través de las noticias casi diarias en prensa escrita, radio o televisión y de la preocupación a nivel tanto institucional como en el medio de trabajo, familiar o de los incidentes sociales que provoca el mismo y la actitud perniciosa que presenta para la salud.

La sociedad ha incluido en su vocabulario términos como: toxicomanía, drogodependencia, tabaquismo, alcoholismo, tolerancia, dependencia, tener el mono, porros, coca, caballo, flash, etc..., sin lugar a dudas, no por casualidad sino porque todos estos términos están relacionados con el fenómeno de la drogadicción en su más amplio sentido, bien por las noticias a través de la televisión, radio, periódicos y medios de comunicación en general, bien por el contacto con la realidad en la calle.

Son muchos los estudios publicados a nivel internacional y nacional sobre tabaco, sobre alcohol y sobre drogas, pero menos los que reúnen de forma conjunta estos factores, y estudian la posibilidad

de relación entre todos ellos.

Hay diversos estudios publicados en España sobre este tema, la mayoría en Cataluña y País Vasco, siendo escasos los publicados en Andalucía e inexistentes en la provincia de Almería.

Teniendo en cuenta todo lo anterior hemos intentado arrojar un poco de luz sobre el fenómeno situándolo en el medio rural, en población joven (escolarizada) y por tanto susceptible de ser abordada con programas de información, educación y prevención antes del inicio en el consumo de estas sustancias. Hemos elegido por ello la población escolarizada desde 7º de EGB hasta COU o 5º de FP que comprenden un abanico de edades entre los 12 y los 19 años.

II. REVISION TEORICA

En 1974 M. Lalonde, ministro de salud de Canadá analizó los determinantes de salud y propuso un modelo compuesto por cuatro variables (135):

1. La biografía humana.
2. El medio ambiente.
3. El estilo de vida.
4. El sistema de asistencia sanitaria.

De entre estas cuatro variables el estilo de vida y medio ambiente son responsables en casi las 3/4 partes del estado de salud de la población. Íntimamente relacionados con el medio ambiente se encuentran los factores psico-social y socio-cultural. El estilo de vida incluye consumo de drogas institucionalizadas (tabaco, alcohol) y consumo de drogas no institucionalizadas (cannabis, heroína, cocaína, etc.). Estas dos variables son susceptibles de ser modificadas y son responsables del consumo de tabaco, alcohol y drogas en general, que es el tema que nos ocupa.

II.1. ALCOHOL

El alcohol es una droga socialmente aceptada en nuestra civilización y no solo no está mal visto su consumo, sino que se ve como algo natural y hasta imprescindible o recomendable. Es en ocasiones el premio para un fin de semana, la excusa para las relaciones cotidianas en Bares, Pubs o discotecas y salas de fiestas.

Los estudios sobre prevalencia de alcoholismo, han demostrado la dificultad para encontrar un método válido y fiable para su determinación (66, 100) habiendo recibido numerosas críticas, por lo que es difícil valorar los distintos estudios epidemiológicos. Alonso Fernández (66) llega a la conclusión de que la prevalencia desciende de Norte a Sur.

Se barajan varios factores que influyen en el aumento del consumo de alcohol (83, 53), destacan : el precio del alcohol que proporcionalmente respecto de precios de consumo en general ha descendido y la gran disponibilidad del mismo, cada vez hay más establecimientos dedicados a la expedición de alcohol, pubs, bares, discotecas, o instalaciones hoteleras así como tiendas y supermercados. Parece ser que situaciones como el desempleo, que ha aumentado en nuestra sociedad y que ocasiona frustración, desesperanza, desilusión y escepticismo ante el futuro y respecto de la sociedad inclina a "echarse en brazos del alcohol" u otras drogas que faciliten la evasión de la realidad. Hay una gran tolerancia respecto del consumo de alcohol, lo que facilita su consumo con gran arraigo cultural entre la población general. Se señala también que las migraciones de tipo laboral, los viajes, y el aumento del tiempo de ocio favorecen la incorporación al consumo de grupos que antes bebían en pocas circunstancias, tales como mujeres o niños/adolescentes.

Los consumidores de alcohol de forma cotidiana son escasos entre los escolares, siendo más numerosos los que toman bebidas alcohólicas de forma esporádica y este consumo aumenta entre los cursos de 5º y 8º de EGB. Hay más varones (110,35, 39) que mujeres que toman alcohol pero las diferencias del consumo desaparecen cuando se refiere a fiestas familiares. Fuera de las fiestas se consume más cerveza (35, 138, 158, 102, 98, 23, 87, 104, 155) y a medida que se aumenta en curso o edad se consumen más bebidas de alta graduación alcohólica (23).

El inicio en el consumo de alcohol según Henry Wechsler y Mary Mc Fadden, comienza fundamentalmente en la escuela o instituto, de tal manera que la mayor parte de los estudiantes tenían establecidas las actitudes hacia el consumo antes de entrar en la universidad(158).

Para R.A. Brown, M.S.G. Cutter y otros (18, 104), el consumo en familia se inicia por razones emocionales neutras (probar el sabor).

El consumo en fiestas de amigos puede ser más fuerte pero se inicia por razones de emotividad positiva (beber para relajarse o divertirse). El consumo en bares, a solas o con amigos, puede iniciarse para olvidar los sentimientos negativos y, por lo tanto pueden parecerse más a los bebedores con problemas y a los alcohólicos que beben para olvidar sus problemas o aumentar su autoestima. El beber para superar ciertas diferencias o angustias (25) está asociado con varias razones:

despreocuparse de lo que piensan otros, olvidar que la vida que uno lleva no es la que uno siempre ha imaginado y olvidar los problemas y vicisitudes. El consumo a solas está también asociado con el consumo por la mañana y con otras horas del consumo de carácter no social.

El alcohol suele ser, en la secuencia temporal de inicio en el consumo de drogas, la consumida en primer lugar (35, 104, 101, 105, 148). El inicio en el consumo y el consumo continuado parece depender de antecedentes causales similares (125), estos antecedentes son la influencia de amigos y el tipo de amigos sobre todo a los 15-16 años y por último las relaciones padre-hijo.

El consumo temprano de alcohol parece estar relacionado con el consumo de otras drogas después (104).

Consecuencias del alcoholismo. Según la experiencia constatada en multitud de publicaciones y centros sanitarios, los individuos dependientes del alcohol o grandes bebedores presentan un importante exceso de riesgo de mortalidad por toda una serie de enfermedades y afecciones, cuando se les compara con los no bebedores. De acuerdo con los datos publicados por el Movimiento Natural de la Población, sumando las muertes directamente atribuidas al alcohol, resulta que, en España, en 1979, las muertes debidas al alcohol fueron 9.734 (el 3,34% del total de mortalidad de dicho año), y ello considerando sólo las principales causas nosológicas.

Si se consideran todos los problemas asociados con el consumo de alcohol, el porcentaje aumenta de forma importante.

El consumo agudo de alcohol da lugar a una intoxicación aguda, cuya gravedad y consecuencias se relacionan estrechamente con la cantidad de alcohol ingerida.

El consumo crónico de alcohol afecta la mayoría de sistemas del organismo y ocasiona numerosas enfermedades orgánicas, algunas de las cuales son importantes causas de mortalidad. Además, da lugar a importantes consecuencias sociales, afectando las relaciones familiares, laborales y sociales de los consumidores. Como consecuencia de ello ocasiona importantes costes sociales para la comunidad.

La ingesta aguda de alcohol ocasiona una depresión del sistema nervioso central, con lo que se liberan los centros inhibidores, la ingesta de cantidades pequeñas se manifiesta por locuacidad, agresividad, actividad excesiva y disminución del juicio objetivo y, de la capacidad de autocontrol, cantidades mayores acentúan las vivencias anteriores, en tanto que cantidades más elevadas pueden conducir al estupor, coma y muerte por parálisis respiratoria. A partir de 50 mg/100 ml ya se presentan perturbaciones de la conducta, a partir de 100 mg/100 ml se entra en la embriaguez, a partir de 300 mg/100 ml aparece un estado de apatía y al alcanzar los 400-500 mg/100 ml se inicia el coma, apareciendo la muerte real alrededor de los 500 mg/100 ml.

De forma práctica y para una aproximación rápida hay que señalar que casi todas las bebidas proporcionan la misma cantidad de alcohol (10-12 gr.) por vaso de vino, copa de licor o botella de cerveza, ya que aunque la concentración de alcohol para cada tipo de bebida es distinta, también son distintas las cantidades que se ingieren de cada tipo de bebida. Una copa de licor un vaso de vino o una cerveza suben la concentración de alcohol en sangre a niveles que se aproximan a los 30 mg/100 ml.

Los individuos bajo los efectos agudos del alcohol, en especial la fase de agresividad, pueden causarse daños a sí mismos o a sus semejantes..

El alcohol puede actuar como tóxico directo sobre algunos tejidos (hígado, corazón, sistema nervioso...) o producir sus efectos de forma indirecta a través de diferentes mecanismos (cambios metabólicos u hormonales, disminución de la respuesta a la infección, desplazamiento de los nutrientes de la dieta o interferencia en su absorción o utilización, etc.). A nivel de aparato digestivo puede producir cirrosis hepática, pancreatitis, gastritis y úlcera péptica. El comité de expertos de la OMS en su informe de 1980 señala que actualmente existen pruebas de que por encima de 20 mg se puede producir afectación hepática. En el sistema nervioso puede ocasionar alteraciones psicológicas graves, tales como la encefalopatía de Wernicke, la psicosis de Korsakov, el delirium tremens y las alucinaciones alcohólicas. A nivel periférico puede producir polineuritis alcohólica. A nivel cardíaco es un tóxico directo del miocardio, pudiendo producir miocardiopatía. Por último señalar que hay varios estudios que relacionan el consumo de alcohol con cáncer de la cavidad oral, lengua, faringe y esófago. Aunque siempre, desde tiempos remotos se había sospechado, a partir de los años 70 numerosos estudios han demostrado los efectos negativos del alcohol sobre el feto.

Las consecuencias sociales del alcoholismo se manifiestan en el medio familiar, degradando la relación entre sus miembros; en el medio laboral, con absentismo, poco rendimiento y bajas por enfermedad; en la comunidad con conductas antisociales y a veces delictivas.

En España, los expertos del Grupo de Trabajo sobre Drogodependencias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña lo han estimado, para 1977, entre un mínimo de 17.800 millones y un máximo de 42.000 millones de pesetas al año. Extrapolando estas cifras al conjunto de España, resultaría un coste social comprendido entre 114.000 y 269.000 millones al año.

II.2. TABACO

El inicio en el consumo de tabaco, según Ramón Mendoza (1987), Eibet D. (1989) y otros, en un porcentaje importante, es en edades tempranas (87, 98, 49, 19, 21, 12). En general se acepta que la edad de inicio más frecuente se sitúa en torno a los 14-16 años, aunque algunos estudios destacan el proceso de inicio en edades más tempranas.

Los principales elementos de predicción para el consumo de tabaco por el adolescente (115) son en primer lugar el tener amigos fumadores, seguido de la aprobación de publicidad, la conducta fumadora de los hermanos, la cantidad de dinero disponible para gastar por semana, la edad, el tener padres fumadores etc...

La encuesta "victimización y droga" en 1980, tomada de Comas (1985) destaca el inicio más temprano en el consumo ya que en su estudio, el grupo de edades de 36-45 años se inició al tabaco entre los 6 y los 10 años en un 7% y entre los 11 y 15 en un 33,3%, mientras que los menores de 21 años lo hicieron en un 10.4% y 49.6% respectivamente. Los datos del estudio de R. Mendoza (1987) son igualmente indicativos de este fenómeno.

La influencia en el consumo y el inicio en el mismo por las fuertes campañas publicitarias (153), ponen de manifiesto las excelencias del tabaco, asociándolo a momentos placenteros como estar pasándolo bien en compañía de una chica/o, cabalgar al aire libre, hacer deportes, relacionarse con los amigos y amigas, vivir lujosamente y sin problemas. También influye en el inicio del consumo el hecho de ver televisión o en poster o carteles fumar a los ídolos de jóvenes y mayores, como personajes públicos, políticos o artistas.

El adolescente no tiene motivaciones claras para fumar (21) y aduce que le gusta entre otras causas, aunque esto es poco probable y lo hace por otros motivos o por mimetismo ya que es fácilmente influenciable(52).

Muchos estudios dicen que el principal motivo para empezar a fumar es la imitación de lo que hacen los demás padres (padres, amigos, maestros, ídolos, propaganda, etc...).

Según Vilouta Bello y Gestal Otero (156) en un estudio realizado entre escolares gallegos, la edad en que estos consumen tabaco por primera vez oscila entre los 4 y los 14 años, siendo 10 años la edad en que la mayor parte han probado el tabaco por primera vez; responden mayoritariamente que fuman por que les gusta. La edad de inicio en el consumo de cualquier droga tiene una gran influencia en el consumo (110, 35, 28, 50, 115, 155, 80).

Según los padres (39) el consumo juvenil está marcado en primer lugar por la curiosidad y deseo de ver por sí mismo que es eso, seguido de "por escapar de las cosas y por que sus amigos las consumen". Según los hijos por sentirse mejor, por introducirse en la música y en otras cosas y por controlar su mal humor.

En un estudio realizado en Pamplona (155) los consumidores dicen serlo en primer lugar por buscar experiencias nuevas, seguido de búsqueda de cambio psicológico (animarse, etc...) por problemas personales o familiares y por motivaciones de tipo social. Los motivos son para evadirse de problemas, motivaciones psicológicas (animarse, etc...) imitación social y curiosidad.

Los niños que empiezan a fumar tempranamente, por lo general son poco brillantes y fuman más los que tienen peores notas (94), el consumo de cigarrillos es una forma de rebelión contra las normas impuestas por la familia o la sociedad; por otra parte durante el inicio el adolescente no siente amenazada su salud, por tanto no se inhibe de fumar por este motivo. Según H. Stackery V. Bortman (1977) los factores más importantes para el inicio en el consumo son la personalidad y la herencia.

Eysenck define que existe una relación entre extroversión y fumar -citado por Pere Gomis- (52), así el fumador será animado, extrovertido, consume más café y alcohol, es más impulsivo y más dado a romper con las normas, en tanto que el no fumador es más estable y más rígido.

Consecuencias del tabaquismo. Desde que empieza a pensarse en el tabaco como factor de riesgo o productor de diferentes enfermedades hasta la fecha, se han hecho notables descubrimientos. Entre los primeros que abordan el tema se encuentran Doll R. y Gill en 1956, Doll y Peto R. en 1970, Best 1966 y Fletcher y Horn. Después de conocer las conclusiones de estos y otros trabajos la Asamblea de la OMS, acepta la relación nociva entre tabaco y salud.

La mortalidad de fumadores de cigarrillos es de hasta un 80% más alta que la de los no fumadores y esta se incrementa directamente con el aumento en el consumo de cigarrillos (tabla 1.(121)).

La mortalidad es más elevada entre los fumadores que inhalan el humo, que entre aquellos que no lo hacen. La expectativa de vida entre los fumadores de dos o más paquetes de cigarrillos al día se reduce en más de ocho años respecto de los no fumadores.

Los fumadores pasan al año unos 15 días más ingresados en hospitales por causa de afecciones respiratorias que los no fumadores, así mismo los fumadores padecen más afecciones respiratorias, en un principio estas eran más frecuentes entre hombres que mujeres, pero a medida que éstas adquiere el hábito de fumar alcanzan tasas parecidas de afecciones secundarias al tabaco, tales como cáncer de pulmón, cardiopatía coronaria o EPOC; respecto de la EPOC se sabe que el

tabaco es el factor que más influye en el padecimiento de la misma, así un 80% de las bronquitis crónicas que afectan a los mayores de 40 años están relacionadas con el tabaco.

Hay multitud de estudios que relacionan el cáncer de pulmón y tabaco y no solo a nivel epidemiológico, sino también confirmados anatomopatológicamente o de forma experimental a través de animales de laboratorio o por autopsias. Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en USA y GB (146) son muy altas, pero van descendiendo a medida que pasan los años y va disminuyendo el consumo de tabaco. En España se observa una tendencia creciente en las tasas de cáncer de pulmón; así mismo la incidencia de este está aumentando en las mujeres respecto de estudios anteriores, igualándose a las tasas que hay en los hombres, a medida que estas aumentan el consumo de tabaco.

Las tasas de mortalidad para fumadores importantes son similares a las que presentan los no fumadores diez años más viejos.

126.000 americanos, incluyendo a más de 40.000 mujeres fallecieron de cáncer de pulmón en 1988 (67). El riesgo relativo del fumador es de 10,8 (120) (es decir, tiene 10,8 veces más posibilidades de padecerlo que el no fumador), de 6,1 en el caso de la broncopatía crónica obstructiva y, de 9 en caso de la arteriopatía de los miembros y de 1,7 en la cardiopatía coronaria. Los fumadores como grupo (146) tienen un exceso de mortalidad que está aproximadamente el 70% por encima del de los no fumadores. En USA (151, 152) se ha calculado que de las 565.000 muertes anuales por cardiopatía coronaria (94), el 30% son atribuibles al tabaco. También el 30% de las muertes por cáncer, de las cuales el 80% lo son de cáncer de pulmón pueden imputarse al tabaco. Para un individuo americano de 25 años de edad que fume 20 cigarrillos al día, la reducción en la expectativa de vida es de 4,6 años mientras que para uno de la misma edad que fume 40 cigarrillos al día perdería 8,3 años.

Según un estudio realizado por J. González Enríquez et al (51) sobre muertes atribuibles al consumo de tabaco en España en 1988, el nuestro es uno de los países Europeos con prevalencia en el hábito de fumar, arrojando que en 1983 39.186 personas murieron por causa del tabaco, lo que representa el 13% de las muertes producidas en el mismo año. Las enfermedades mas asociadas con la mortalidad relacionadas con el tabaco fueron: cardiopatía isquémica (10.821 muertes), cáncer broncopulmonar (8.337 muertes) EPOC (7.473 muertes) y el ACVA (6.636 muertes).

Se acepta igualmente la relación existente entre tabaco y cardiopatías, fundamentalmente entre tabaco e infarto de miocardio, aunque no está claramente demostrada la relación entre el tabaco y la angina de pecho y tampoco con el accidente cerebrovascular donde la relación es escasa.

La enfermedad vascular periférica está extremadamente relacionada con el consumo de tabaco, hasta el punto de que más del 90% de las que la padecen son fumadores, constituyendo el principal factor de riesgo para la aparición de la misma. Así mismo, parece haber relación entre el consumo de tabaco y aneurisma aórtico.

A nivel del aparato digestivo existe relación entre consumo de tabaco y la recidiva de ulcus gástrico o úlcera y mantenimiento del consumo de tabaco son precisamente incompatibles (76).

Hay relación entre el hábito tabáquico y el cáncer de riñón y de vías urinarias y el cáncer de laringe.

Se ha comprobado que el tabaco disminuye la acción de los betabloqueantes, la nicotina (146) produce una acción hemodinámica directa, aumentando la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, produce arritmias, modifica los factores de coagulación y la función plaquetaria.

El consumo es especialmente nocivo en las embarazadas ya que se ha demostrado que afecta no solamente a la madre, sino al feto. Se ha visto que puede verse afectado el desarrollo físico y psíquico del hijo hasta los 7-11 años. En estudios relacionados, en USA, los hijos de madres fumadoras padecen entre un 25 y 35% más de enfermedades respiratorias que los hijos de madre no fumadoras. En España la bronquitis era un 44% más frecuente entre aquellos cuyas madres fumaban.

El fumador pasivo es aquel no fumador que se halla expuesto al humo del tabaco de forma involuntaria a través del humo que despiden al fumar los fumadores.

Disminución de la mortalidad al dejar de fumar. Es trascendental para incentivar el abandono del consumo del tabaco y en nuestro caso lo que es más importante, para evitar el adquirirlo, el conocimiento del beneficio que adquieren los fumadores al abandonar el tabaco, pues se ha comprobado que tiene una mortalidad más baja que los que siguen fumando y que a medida que pasa el tiempo la mortalidad de los exfumadores no se acerca a la de los no fumadores.

El pronóstico vital y la disminución de las recidivas entre los exfumadores que han padecido un infarto de miocardio no mortal es mayor que entre aquellos que siguen fumando, y el riesgo relativo de morir entre estos últimos es de dos veces el de los que han dejado el tabaco.

El inicio en el consumo de tabaco es un hecho básicamente social y cultural, por tanto en este momento y sobre estos factores hay que influir para incitar su abandono o evitar su comienzo.

Médicos y tabaco. Se ha puesto de manifiesto (133, 132, 117, 118, 65) que el colectivo médico es un elemento fundamental que influye de forma positiva en el consumo de tabaco y se han establecido cuatro formas diferentes de influencia:

1- Pueden actuar como ejemplos o modelos abandonando el tabaco, absteniéndose de fumar en presencia de sus pacientes. 2- Pueden actuar como educadores sanitarios informando a sus pacientes del peligro para la salud del consumo del tabaco y motivándoles para que abandonen el hábito si son fumadores. 3- Pueden actuar como líderes de la lucha antitabáquica en sus lugares de trabajo, promoviendo la limitación o prohibición de las prácticas tabáquicas en los centros de asistencia sanitaria en los que llevan a cabo su labor. 4- Pueden actuar como líderes en la dura tarea de sensibilizar a la sociedad sobre el tema.

En el contexto de toda España (136) la prevalencia del hábito de fumar entre los médicos es del 49,2% para ambos sexos según datos de 1988.

Así mismo es importante destacar la mayor prevalencia del hábito entre los médicos del sexo femenino (56,6%) que entre los sexos masculino (48,5%), los neurólogos fuman en menor proporción (35,7%) que el conjunto de médicos encuestados (49,2%).

Muchos trabajos han demostrado que el consejo del médico de asistencia primaria(133) es una de las acciones más eficaces para conseguir que los fumadores dejen de fumar.

En algunos de los países desarrollados (a excepción de Holanda) los médicos han abandonado mayoritariamente el consumo del tabaco, siendo la proporción de fumadores entre médicos muy inferior a la de la población general, de forma que ejercen una influencia positiva y un gran papel ejemplarizador sobre la población, así en Inglaterra fuman el 12% de los médicos, el 8% en USA y el 13% en Nueva Zelanda; El 36% de los médicos generalistas de la Comunidad Económica Europea son fumadores (32).

Dado el gran papel que representa el médico en la lucha antitabáquica, el American College of Physicians ha recomendado a los médicos que adopten una actitud activa para ayudar a sus pacientes a dejar el tabaco proporcionándole métodos para hacerlo y hacer un seguimiento posterior de los mismos.

En España han surgido iniciativas parecidas como en los colegios médicos de Cataluña, que en 1986 se han adherido públicamente al programa informativo sobre el tabaquismo dirigido a los profesionales sanitarios, promovido por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña. En la encuesta general sobre drogodependencias (41) realizada en esta comunidad, se dan los siguientes datos: Actualmente fuma el 40,4% mientras que en hombres disminuyó el 0,7%, el hombre médico o maestro fuma menos que el hombre de la población general y, la mujer médica o maestra fuma mucho más que la mujer de la población general, el consumo en el médico ha sido de un 3,8% y de un 2,3% en el maestro. El joven fuma

menos que hace cuatro años antes y menos que los adultos, en tanto que las chicas fuman el doble que la población general femenina.

II.3. DROGAS EN SU CONJUNTO.

Tras revisar las publicaciones relacionadas con el consumo de drogas, hemos constatado que hay una serie de factores que influyen en el consumo de drogas y que están presentes en varios estudios, aunque a veces haya disparidad de resultados de que pudieran ser achacables a factores no analizados por error de sesgo o por diferencias socioculturales. Estos factores van a ser descritos individualmente, así mismo hay otros factores que se ha considerado oportuno estudiar; igualmente para tratar de arrojar luz sobre el tema y buscar nuevos factores que incidan sobre el inicio del hábito de consumo, estos factores a veces estudiados por separado intentan ser estudiados de forma conjunta.

Pasamos a describir a continuación todos los elementos estudiados o al menos los más importantes, tanto a nivel nacional como internacional.

Edad: En numerosos estudios (73, 57, 60, 103, 150, 104) se ha demostrado que el aumento de consumo de drogas ilegales va paralelo al aumento de edad. De igual manera se ha constatado que la edad de inicio en el consumo y el mantenimiento del mismo es temprana (37, 87, 98, 49, 21, 12).

La edad es un factor relacionado con otros como la actitud del padre (125, 138, 39, 28, 115) y nivel socio-económico. Es definitoria y marca las tendencias del futuro consumo y esto está relacionado tal y como decíamos con las influencias de padres y amigos fundamentalmente, de forma que sabemos que en la adolescencia primera los chicos están muy influenciados por los padres y, estos pueden aconsejar y dar ejemplo a los hijos, pues en esta edad tienen capacidad de influir sobre los mismos. Igualmente aunque con menor intensidad pasa con la religión. Más adelante en la adolescencia media es totalmente infructuoso tratar de influir sobre ellos por parte de los padres, no ocurriendo lo mismo con los amigos ya que aquí está su marco de influencia, más tarde a los 17-18 años puede haber una influencia mixta.

En Malasia la edad de inicio del consumo de drogas es a los 12-16 años (V. Navaratnam, 110). Según TL. Napier (102) la edad de inicio en zonas rurales en USA es antes de la adolescencia o al comienzo de esta. Hay muchas diferencias en la edad de inicio según la zona o país estudiado y dependiendo de la época en que se ha realizado el mismo. En Gijón según R. Hinojal Fonseca la edad de inicio para esta región es

a los 16 años, siendo la edad media de los consumidores de 18 años en varones y 19 en mujeres, todo referido a drogas exceptuando tabaco y alcohol. En Pamplona en 1983 (155) se constata que un 15% de jóvenes empezó el consumo de alcohol tabaco y cannabis antes de los 12 años, lo que es bastante preocupante, siendo la edad más frecuente de inicio para la mayoría de las drogas a los 15 años.

Sexo: Las diferencias del consumo por sexo se dan en algunos estudios (156, 15, 131, 67). En las sociedades más avanzadas las diferencias por sexo son menos que en otras sociedades menos avanzadas. En Gran Bretaña el consumo de tabaco es aproximadamente igual en hombres y mujeres, mientras que en España es mayor el consumo en varones, pero no obstante hay que apuntar ciertos hechos que apoyan lo anterior, tal y como es el consumo por mujeres médicas o maestras (136) que no solo es igual sino superior al consumo por sus compañeros, lo que nos indica que la mujer al incorporarse a las mismas actividades que el hombre asume el mismo rol, tiene las mismas obligaciones, actividad, derechos y relevancia social y adquiere los mismos hábitos. El consumo de tabaco, viene a representar una conquista más en la libertad de la mujer, ya que antes socioculturalmente estaba mal visto.

En USA se constataba que las diferencias de consumo están disminuyendo (59, 103, 104) y que las mujeres consumen más anfetaminas que los hombres (104, 107, 108, 31). El sexo al parecer está desapareciendo como factor de riesgo ligado al consumo de drogas (28).

El consumo de tabaco es aproximadamente igual entre chicos y chicas en Pamplona en 1983 (155) y mayor el consumo de alcohol en varones, la edad del consumo de drogas es más tardía en mujeres. En Chile en 1982 (35) los varones consumen más alcohol y cannabis y el consumo de tabaco es igual. En USA en 1982 en zonas rurales las mujeres consumen más anfetaminas, menos marihuana, cocaína y alcohol, siendo igual el consumo de narcóticos y barbitúricos.

Según estudios realizados en España (131, 95, 97, 42, 24, 6, 92, 136) hay tendencias similares en cuanto al consumo de alcohol y tabaco, este comenzaría en EGB y antes en los chicos, pero a medida que se avanza en curso y edad el consumo tiende a ser igual en ambos sexos.

Entre los varones la frecuencia del consumo aumenta con el año académico siendo los de los últimos años de universidad más consumidores que los que llegan por primera vez. En las mujeres sucede lo contrario (158) esto quizá sea debido a lo que se apuntaba anteriormente de la liberación de la mujer según se incorporan a la sociedad de una forma participativa, de forma que las más jóvenes descubren una serie de libertades que incorporan rápidamente.

El número de muertes por cáncer de pulmón (67) ha aumentado en un 44% de 1979 a 1986 entre las mujeres mientras que su número solo creció un 7% en los varones en USA. Este cambio es debido a un desfase de 35 años en el cambio de comportamiento respecto del cigarrillo entre el hombre y la mujer.

Otras diferencias de comportamiento observadas ligadas al sexo son por ejemplo que las mujeres emplean más tiempo en hacer sus deberes que sus compañeros varones y se adaptan mejor a la escuela, son más trabajadoras, participan más en la escuela y tienen más confianza en los estudios que los varones (98) y se da en ellas un mayor aumento en el consumo de tabaco entre 6º y 8º de EGB que entre los varones.

La formación y ruptura de amistades y los factores que subyacen en la atracción interpersonal (71) son muy similares en ambos sexos, pero hay diferencias en las relaciones con los padres y amigos. Las chicas son más receptivas a las influencias por padres o amigos y tienden más que los chicos a formar un mayor número de amistades y unos lazos más íntimos.

Según A.S. Friedman en 1984 (39) el consumo según sexo se da más en varones que en mujeres, por curiosidad a edad más temprana, para controlar más el enfado y para hacer mejor el amor.

Raza: Las diferencias encontradas son debidas fundamentalmente a fenómenos socioculturales, de habitad, de status, de poder adquisitivo o de marginación.

En la bibliografía aparecen ligados raza y consumo de drogas ilegales siendo los no blancos los consumidores más habituales.

La proporción de mujeres negras abstemias es mayor que la de las blancas y estas son proporcionalmente menos bebedoras fuertes, los varones negros son el doble en proporción respecto de blancos en cuanto a bebedores frecuentes-fuertes (158). Entre los hispanos emigrantes s USA se da un mayor número de fumadores que entre otras razas (43) y por último según R. Dembo (28) los blancos hispanos y jóvenes americanos nativos tienen tendencia a consumir otras drogas que no sean marihuana en mayor proporción a otras etnias.

Relaciones con los padres: Napier et al (102) han demostrado que las relaciones de los padres entre sí y de estos con sus hijos intervienen en el consumo de drogas ilegales por estos últimos (145, 110, 125, 73, 156). Así, son más numerosos los consumidores entre los hijos de padres que tienen malas relaciones en su convivencia, así como cualquier otro aspecto de convivencia negativa. Igualmente pasa con aquellos hijos cuyos padres están divorciados o tramitando el divorcio.

Las relaciones paternas afectan al consumo de drogas por sus hijos (138, 119, 39, 28, 101, 115, 80, 5), una vida familiar conflictiva o inestable favorece y aumenta las posibilidades de que una persona llegue

a ser consumidor de drogas. Parece ser que el consumo de drogas es percibido por los consumidores como una forma de evasión para escapar de la situación conflictiva familiar. El estatus marital de los padres y las relaciones de estos entre sí están fuertemente relacionados con la frecuencia del consumo de drogas.

Analizando las actividades de los padres respecto del consumo por sus hijos de alcohol, cigarrillos y otras drogas, A.S. Friedman en 1984 (39) encuentra que el 90% de los padres desapruaban enérgicamente el consumo incluso ocasional, el 55% piensa que la marihuana es adictiva físicamente, algunos padres afirman que el consumo de alcohol y marihuana es más aceptable en adultos que en niños.

Religiosidad: Hay relación entre las tendencias religiosas y el consumo de ciertas drogas ilegales, esta diferencia de consumo se da sobre todo en comunidades religiosas que adoptan una postura prohibitiva ante el consumo de drogas o alcohol (144, 70, 138, 99), así pues es sabido que la religión musulmana es muy severa respecto del consumo de alcohol. En otras religiones los seguidores y practicantes convencidos niegan y recriminan el consumo de drogas y así mismo entre este grupo es menor el consumo de drogas. Los adolescentes que son más religiosos tienen tendencia a consumir menos drogas(102), los judíos tienden menos a ser abstemios pero tienen los índices más altos de bebedores de poca cantidad de todas las religiones. Los católicos tienen proporciones más altas de bebedores frecuentes-fuertes. Las proporciones de abstemios y bebedores inusuales-débiles son mayores entre los que asistían a oficios religiosos regularmente y a la proporción de bebedores frecuentes-fuertes en este grupo es más baja (158).

Por último apuntar que el factor religioso influye de manera protectora en el consumo de cannabis sobre todo de los 15 a los 18 años (125).

Influencia de los amigos: La influencia de los amigos sobre el consumo de drogas legales o ilegales está ampliamente documentada(125, 71, 156, 40) y hay opiniones contradictorias a favor o en contra del efecto que tienen los amigos, no obstante la mayoría de los autores apuntan hacia la influencia positiva respecto del consumo, así los jóvenes están influenciados por sus compañeros, grupo o pandilla, de forma que si en este entorno se consumen drogas, tabaco o alcohol, este se ve abocado a hacerlo para no verse desplazado del mismo.

Cuanto mayor es la frecuencia de salidas con los amigos, mayor es el consumo de todas las drogas evaluadas y, el incremento de la identificación con el grupo cultural de la droga, lleva consigo un incremento en el consumo (102), la influencia de los amigos a través de la identificación sería importante como factor de predicción. Entre 5ª y

8º de EGB aumenta la proporción de compañeros, amigos y maestros percibidos como fumadores. Solo un 5 de los escolares declaran que ninguno de sus maestros fuma (23).

Según un estudio realizado por Denise B. Kandel en 1984 (71) donde hace una revisión bibliográfica e investigación propia sobre la influencia de los amigos, los adolescentes eligen amigos, valores o conductas influenciados por circunstancias sociodemográficas como son la edad, el sexo o el consumo de drogas ilegales (y en particular de marihuana) y los amigos se influyen los unos a los otros.

Los amigos influyen sobre el amigo en la adolescencia fundamentalmente, en la implicación en el consumo de drogas ilegales, en la transformación o iniciación de refuerzos sociales y transmisión de valores en las decisiones e inquietudes, en la forma de vivir y en la transformación de la personalidad.

El principal elemento de predicción para el consumo de tabaco por los jóvenes es tener amigos fumadores(138, 115).

Ingresos: En estudios realizados en nuestro país por diferentes autores se manifiestan tendencias de consumo distintas y más relacionados con el estatus sociocultural que económico, de forma que los hijos de los parados fuman el doble que los hijos de los trabajadores fijos, los hijos de obreros fuman en mayor proporción que los hijos de técnicos, los hijos de obreros no cualificados presentan mayor consumo diario de todo tipo de bebidas alcohólicas, los hijos de técnicos superiores son los menos consumidores de bebidas alcohólicas y los de técnicos de grado medio son los más consumidores de licores (98).

Consumo de drogas en los padres: Se ha demostrado que existe relación entre el consumo de drogas por los padres y el consumo de los hijos (158, 102), esto es lógico ya que es sabido que en etapas tempranas los padres son un ejemplo y modelo para los hijos, por tanto si estos ven que los padres fuman, beben y consumen drogas, creerán, justificarán o verán como conducta correcta o de poca importancia su propio consumo.

Entre los chicos de 10 años hay mayor probabilidad de padecer bronquitis entre los hijos de madres fumadoras que entre los hijos de madres no fumadoras (112), el consumo de tabaco es mayor entre los hijos de padres fumadores (81).

Integración social de los escolares: El lugar preferente para relacionarse con sus amigos en USA (87) suele ser la calle para un 80% de escolares, el segundo lugar lo ocupa la casa propia o de los amigos y las pistas o campos de deportes. Los varones y de estos los mayores son los que más tiempo están fuera de casa con los amigos e igualmente ocurre entre los escolares de zonas rurales y de menor nivel económico.

Las mejores relaciones en la familia son al parecer con la madre (87, 98) y los más pequeños tienen más facilidad para comunicarse con sus familiares. Los varones se relacionan mejor con su familia que las mujeres.

Según E.W. Skiffington (139) los escolares que tienen baja autoestima, pobre relación con los padres y pérdida de motivación ocupacional y conciencia pueden tener riesgos y tendencia al consumo de drogas.

Alcohol y familia Según M.S.G. Cutter y J.C. Fisher (26) la familia tiene relación tanto lineal como curvilínea con las principales razones o motivos para beber; en su estudio, la frecuencia de intoxicación de la madre está relacionada directamente con el consumo de bebida por los hijos. El beber para conseguir efectos personales como la autoestima está relacionado con la existencia de una estrecha relación entre padre e hijo y también con una relación distante entre ambos, y por último las actitudes neutrales o ambiguas de los padres hacia el consumo de alcohol está relacionado con importantes problemas personales e interpersonales para beber.

Alcohol y estudios: Parece relacionado el nivel de consumo de alcohol con la obtención de calificaciones académicas, de forma que a medida que se obtienen mejores calificaciones es menor el consumo de alcohol entre estudiantes de Nueva Inglaterra (158).

El bajo rendimiento en los estudios está relacionado a nivel de EGB con analgésicos y heroína y posteriormente con el cannabis, la heroína y el alcohol y hay en general más consumidores entre los estudiantes con malas notas (148).

Alcohol y drogas ilegales: Los estudios sobre consumo de alcohol entre adolescentes han señalado que el consumo de bebidas y de drogas ilegales están interrelacionados y que la proporción de consumidores de drogas varía directamente con el nivel de consumo de alcohol (158), p.e. el 65% de los fumadores ingiere alcohol habitualmente (81).

En un estudio realizado en Oviedo (15) entre estudiantes universitarios, los usuarios, salvo en el grupo de los 15-16 años en que hay un porcentaje significativamente superior.

En 1983 R. Dembo y W. Blount (27) tras analizar la "teoría de la socialización", según la cual el consumo de droga del adolescente es el resultado de las influencias de los amigos y de las características interpersonales del adolescente; "teoría del aprendizaje social", según la cual la conducta se determina por los estímulos que siguen o son consecuencia de esta, incluyendo la imitación, refuerzo diferencial y asociación diferencial y la "teoría de la autoderogación", según la cual el consumo de droga y otras conductas desviadas son el resultado de sentimientos de autoestima negativa como consecuencia de la

incapacidad para adaptarse a las normas y a las conductas tipo de los grupos y, para transformar el ambiente de forma que sea más congruente con el sistema personal del individuo. Necesidad y valores aportan un nuevo concepto, el de "riesgo percibido" y tras demostrar la relación entre el riesgo percibido por los adolescentes y diferentes estilos de vida, estando directamente relacionado con no consumo, consumo solo de alcohol y consumo tanto de alcohol como marihuana e inversamente relacionado con el grado de consumo de drogas duras entre los amigos.

Estos autores afirman que la juventud guía su comportamiento en un intento de actualizar sus valores autodefinidos.

Las investigaciones sobre alcohol muestran que los consumidores de alcohol tienen mayor predisposición a consumir otras drogas, sobre todo marihuana (101).

parece ser que la edad temprana en el inicio en el consumo de alcohol está muy relacionada con el posterior consumo de otras drogas y que el consumo de cannabis y tabaco está relacionado con el consumo de alcohol (138).

Drogas y clase social: Se constatan muy pocas diferencias significativas entre los consumidores de alcohol, según a la clase social a la que pertenecen (158), mientras que en otros estudios las diferencias entre clases son muy acusadas y se aprecia que las personas que pertenecen a clases sociales más altas tienden más a ser bebedoras pero menos a serlo de forma asidua.

Los alumnos rurales fuman en mayor proporción que los alumnos semiurbanos y urbanos.

Factores de riesgo o razones para el consumo: Según algunos autores los mejores elementos de predicción para el futuro consumo de droga son el acceso a la droga (110, 50, 28, 35) y la identificación con grupos orientados hacia la droga (50). En cuanto al consumo de tabaco el tener amigos fumadores, seguido de la aprobación de publicidad (115) y disponibilidad de dinero (5).

La búsqueda de riesgo puede que vaya paralela al consumo de drogas (142). En Ontario los usuarios de seis drogas gustan más de riesgo que los no usuarios y gustan más del riesgo que los de México, que son menos consumidores y en este último país los usuarios de estimulantes son más amantes del riesgo que otros grupos. Según Davidson y Choquel los criterios de riesgo son: 1. Imagen de sí mismo pobre o insatisfactoria; 2. Relaciones y modelos familiares; 3. Actitudes positivas y tolerantes hacia la utilización de drogas; 4. Consumo precoz y regular de alcohol y tabaco. Para Napier los motivos de consumo son: para aliviar el dolor o curar enfermedades, por placer, para mantener algún tipo de equilibrio en sus vidas o por curiosidad (25%) siendo el lugar más frecuente en la propia casa, en colegios, coches y lugares

públicos.

Para M. Urmeneta (148), las razones para el consumo en el País Vasco son diferentes según la sustancia consumida; así para anfetaminas y heroína son las relaciones con los compañeros, para cannabis, cocaína, heroína y anfetaminas la relación con los profesores, para analgésicos y heroína el rendimiento en EGB, para cannabis, heroína y alcohol el rendimiento actual, y salvo los analgésicos todos los anteriores están relacionados con la actitud negativa hacia el centro educativo.

Puede ser interesante por último para el estudio de los factores de riesgo, un estudio realizado en Italia por A. Grasso en 1980 (102) en el que encuentra que el alcohol, tabaco, cafeína, somníferos, cloroformo, éter, tranquilizantes, barbitúricos y té son sustancias psicoactivas aceptadas socialmente, las anfetaminas, cannabis, algunos preparados de opiáceos y algunos alucinógenos son sustancias tácitamente aceptadas por la opinión pública y por último el opio, alucinógenos y cocaína son sustancias no aceptadas socialmente. Por tanto podemos suponer que la valoración que hace la sociedad de las diferentes drogas y la aceptación social de las mismas contribuiría siendo un factor de riesgo importante para el consumo de estas.

Por último pensamos que todo lo anteriormente expuesto y, teniendo en cuenta todas las investigaciones sobre el tema que nos ocupa, tiene como fin evitar el consumo de drogas, principalmente a través de adoptar medidas preventivas, no curativas. Y de la experiencia que existe al respecto podemos concluir que hay que tomar multitud de medidas e implicar a la mayor parte posible de entidades, asociaciones y organismos que quieran luchar contra la drogadicción, pues es, no solo responsabilidad de todos, sino además imprescindible contar con el concurso de todos para alcanzar el éxito.

Fors S.W. y Rojek D.G. (36) proponen como medidas preventivas planificar programas educativos, implicar a la escuela, implicar a la comunidad, implicar a la policía, implicar a los padres e implicar a los educadores.

Lucha contra el alcoholismo: Actualmente, en los países desarrollados, nadie discute la necesidad de luchar contra los problemas relacionados con el alcohol, aunque las estrategias a seguir y medidas a tomar se contemplan de forma diferente, aún así, hay tres puntos sobre los que actuar: 1- prevención primaria, tratando de evitar que aparezca el problema 2- prevención secundaria, para detectar precózmemente el problema y detener su progresión y 3- prevención terciaria, para tratar el problema, que se ha hecho crónico, o bien para tratar las posibles secuelas o invalideces procediendo a la rehabilitación y reinserción social del alcohólico.

En cuanto a los aspectos preventivos, existe una clara asociación

entre el consumo per capita de alcohol, la prevalencia de grandes bebedores y la incidencia de problemas relacionados con el alcohol en una población. Esta asociación es la base de las estrategias actuales de prevención primaria del alcoholismo en los países desarrollados y tienen como objetivo fundamental la reducción del consumo per capita de alcohol, la cual previsiblemente se acompañará de una disminución de la prevalencia de grandes bebedores, y esto, a su vez, de una disminución de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Para reducir el consumo per capita de alcohol, se puede limitar la disponibilidad de alcohol poniendo en marcha medidas legislativas, o reducir la demanda de alcohol estableciendo actividades de información y educación sanitaria. Estas dos medidas no son incompatibles, sino complementarias.

Para que la lucha antialcohólica sea efectiva, es imprescindible que exista voluntad política de afrontar el problema por parte del Parlamento y del Gobierno de la nación.

A pesar del enorme problema que supone para las naciones el alcoholismo, tanto desde el punto de vista de la salud de los ciudadanos, como por los altísimos costes sanitarios y sociales que ocasiona; los Gobiernos son reacios a tomar medidas contra el mismo por que son impopulares, lo que les haría ponerse en contra posiblemente a gran parte de los ciudadanos y por tanto de electores, por otra parte tendrían que prescindir de los enormes ingresos que para el Estado suponen los impuestos por el alcohol y que tendrían que sustituir por otro tipo de impuestos con lo que de nuevo perderían popularidad, por último, los grupos que controlan las industrias productoras de bebidas alcohólicas, tienen una gran influencia en los países más afectados que son también los mayores productores. Hay que señalar también que dentro de los Gobiernos hay posturas enfrentadas en cuanto al alcohol se refiere, pues por lo general los ministerios de sanidad y servicios sociales son contrarios, en tanto que los de industria, comercio y economía son favorables.

Las Medidas legislativas que parecen ser más efectivas, son las dirigidas a limitar la accesibilidad económica y física de la población al alcohol; las restricciones legales al consumo y las limitaciones a la publicidad o bien no se han evaluado o no han obtenido resultados concluyentes.

Las pruebas disponibles hoy en día indican que el control de los precios del alcohol a través del incremento de los impuestos es una medida efectiva en la reducción del consumo per capita de alcohol. Según Cook, el potencial de efectividad de las medidas de control de precios es tal que, en Estados Unidos, un incremento en los precios de las bebidas alcohólicas del 100% podría reducir la tasa de mortalidad por cirrosis hepática en un 20%.

Solo son efectivas medidas que reducen la venta de alcohol de forma absoluta como sucedió en USA con la ley seca o en París con la ocupación alemana. Medidas parciales como limitar los puntos de venta o las horas de venta se han mostrado ineficaces, pues lo único que consiguen es cambiar los patrones de consumo sin reducir el consumo en general.

En muchos países existen legislaciones que prohíben a los menores comprar o consumir alcohol. En algunos países, el acceso a las bebidas alcohólicas está prohibido legalmente para ciertos grupos de población. Entre ellos cabe mencionar a las personas en estado de embriaguez (algunos estados de EE.UU.), las que reciben asistencia pública o padecen retraso mental (Suiza), las dependientes del alcohol (algunos cantones de Suiza), las sometidas a tratamiento antialcohólico (Suecia) y las sentenciadas más de una vez en los 12 últimos meses por embriaguez o conducir en estado de embriaguez (Suecia).

La mayoría de los expertos consideran que la limitación legal de la publicidad de las bebidas alcohólicas está más que justificada. Esta medida tendría un importante potencial para la reducción del consumo de alcohol, en especial si va acompañada del control de formas alternativas de promoción, si bien su efectividad no ha podido todavía ser evaluada.

En España la publicidad de alcohol solo está limitada, no prohibida, en la televisión y radio estatales. Durante las horas de audiencia predominantemente infantil no pueden difundirse spots publicitarios sobre alcohol. Además, los modelos de los spots no pueden ser jóvenes ni famosos, y está prohibida la publicidad de las bebidas de elevada graduación.

Para reducir la disponibilidad en el mercado de bebidas alcohólicas, es preciso adoptar medidas legislativas, pero estas difícilmente serán aceptadas si no van precedidas de una campaña de información y educación sanitarias, que hagan disminuir en la población el deseo y la necesidad de alcohol. Hay que sensibilizar y concienciar a la población mediante mensajes difundidos a través de los medios de comunicación de masas, sobre la naturaleza del alcohol como droga institucionalizada, que provoca dependencia y puede dar lugar a consecuencias sanitarias y sociales, y, por otro lado, modificar las actitudes y hábitos en relación con el alcohol mediante intervenciones educativas individuales y grupales en la escuela, centros de asistencia primaria, consultas médicas y grupos organizados de la comunidad, llevadas a cabo por maestros, médicos, enfermeras y demás agentes de educación sanitaria.

Al plantear una campaña informativa surgen problemas de difícil resolución, pues en el caso del tabaco está todo muy claro; dirigirse a los no fumadores para que no inicien el consumo y a los fumadores para

que lo abandonen , pero en el caso del alcohol el problema es bastante más complejo, pues sabemos que es perjudicial para el feto si toma la madre cualquier cantidad, que es perjudicial para los niños, que para las mujeres es doblemente dañino que para los hombres y que ingerir más de 20 g/día en estas o 40 g/día en aquellos puede producir lesiones hepáticas etc., pero también sabemos que pequeñas cantidades no son perjudiciales y que hasta incluso previenen de las coronariopatías, por lo tanto transmitir un mensaje claro es muy difícil, pues si por ejemplo decimos hasta que cantidad se puede beber, puede que aclaremos a algunos que cantidad pueden tomar diariamente de forma que no sea perjudicial para la salud, pero indirectamente podemos estar alentando a otro grupo de población y particularmente a los más jóvenes a beber en la creencia de que el alcohol no es perjudicial.

Hoy en día se acepta que debe hacerse uso de todas las posibilidades informativas y educativas. A través de los medios de comunicación de masas se puede informar a la población acerca de los peligros del consumo de alcohol para la salud y del elevado coste social que su consumo ocasiona. Preconizando la abstinencia total para los grupos de alto riesgo. Motivando a los niños en la escuela para que no inicien el consumo, utilizando las presiones e influencia de los compañeros mayores en sentido positivo. A través del médico y el tocólogo en la educación sanitaria en la edad fértil y también de otras maneras no citadas aquí, pero es preciso señalar que mientras el consumo y el abuso del alcohol puedan ser consecuencia, aunque parcial, del acceso limitado a las oportunidades de trabajo, de actividades recreativas y de relaciones sociales, es difícil que el problema se pueda aliviar sólo con intervenciones educativas. Son precisas además, acciones de gobierno que cambien las circunstancias sociales negativas y promuevan la posibilidad de empleo y de recreo, y, en general, disminuyan las insatisfacciones, privaciones y desesperanzas que pueden conducir al consumo de alcohol.

En cuanto a los aspectos asistenciales se refiere, es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoz, siempre difícil pero posible con los medios de que disponemos actualmente. El tratamiento del alcoholismo crónico podemos resumirlo en las siguientes fases: 1- diagnóstico de la enfermedad, 2- sensibilización y motivación del paciente, 3- tratamiento de la intoxicación crónica o desintoxicación, 4- deshabitación, y por último, 5- rehabilitación y reinserción social.

Lucha contra el tabaquismo: Concienciados del perjuicio que para la salud de sus habitantes tiene el consumo de tabaco, muchos países están tomando medidas tendentes a reducir su consumo.

Teniendo en cuenta nuestro entorno, vamos a hacer mención a modo de ejemplo, de la lucha coordinada de varios países de Europa

para luchar contra el tabaquismo; es el programa "Europa contra el cáncer" (32). El programa establece entre los objetivos prioritarios, disminuir en un 15% las víctimas por cáncer en el año 2000.

A principios de 1985 hubo contactos entre Mitterrand (presidente de Francia) y Craxi (primer ministro de Italia) tendentes a adoptar medidas comunes para poner en práctica programas para preservar la salud. En junio de 1985, todos los Jefes de Estado y de Gobierno de la CEE acordaban apoyar el programa europeo de lucha contra el cáncer.

En 1986 se aprobó que "Euroesperanza" cubriera prevención contra el cáncer, información y educación sanitaria de la población; formación del personal sanitario e investigación básica y clínica, considerando prioritaria la prevención.

En 1987 e Madrid se aprobó el código Europeo contra el cáncer y el compromiso de dar prioridad al apartado de prevención que ocupa casi la mitad de las acciones previstas en el programa.

Euroesperanza pretende disponer de datos Europeos sobre el cáncer en el futuro.

El consumo de tabaco es un fenómeno interrelacionado con numerosos aspectos de índole muy variada. Con el fin de reducir su influencia se proponen medidas en distintos ámbitos como las siguientes:

Mercado interior y tabaco:

a) Aumento de los impuestos.

b) Con los beneficios de "a" se financian campañas de prevención (a+b son muy efectivos).

c) Armonización del etiquetado de los cigarrillos, con advertencias médicas y de información acerca de los derivados del alquitrán.

d) Se luchará contra las incitaciones artificiales como tiendas libres de impuestos en aeropuertos y evitar la venta de tabaco y derivados a los niños.

En agricultura y tabaco:

La propuesta de acción 9 dice "Reducción de la producción de tabaco, reorientación hacia variedades menos nocivas y estudio de las posibilidades de reconversión". Esta medida encaminada a disminuir la producción de tabaco, lleva aparejada la reestructuración del sector para evitar su descapitalización, que ocasionaría problemas económicos y sociales.

En protección de los consumidores y de los trabajadores: Estableciendo una reglamentación comunitaria de consumo de tabaco en público. Se prohibirá en la medida de lo posible la publicidad directa y se dificultará la indirecta.

El intercambio de experiencias entre los estados miembros y la coordinación de lucha contra el cáncer permitirá un mayor conocimiento y eficacia en la prevención.

Antes de finalizar 1992 la CEE debería:

- a) Nivelar por arriba los impuestos sobre el tabaco.**
- b) Seguir la línea de España y Portugal de prohibir los cigarrillos que contengan exceso de alquitrán.**
- c) Prohibir la venta de tabaco libre de impuestos en los aeropuertos y viajes dentro de la CEE.**
- d) Suprimir la venta de tabaco y sus productos a menores de 16 años.**
- e) Restringir y ordenar la publicidad del tabaco.**

Existe una inquietud que es común a muchos países aparte de los que integran la CEE sobre el problema del tabaco. El organismo más representativo a nivel mundial, la OMS, está recomendando desde hace años a los gobiernos que pongan en marcha planes de lucha antitabáquica.

En 1980 el día mundial de la salud fue dedicado al tabaco con el lema "tabaco o salud, elija".

Consciente de la enorme cantidad de muertes prematuras y sufrimiento innecesario causadas por el tabaco y el aumento de los riesgos para la salud de los no fumadores cuando están expuestos a un medio ambiente con humo de tabaco, teniendo en cuenta las resoluciones EUR/RC37/7 sobre el Plan Europeo de Acción sobre el tabaco:

- 1. DECIDE promover la total y rápida aplicación de la acción contra el tabaco resultante de estos acuerdos.**
- 2. DECIDE, además, apoyar firmemente el impulso del Plan Europeo de Acción sobre el Tabaco tal y como se dispone en el documento EUR/RC37/7, como un positivo conjunto de líneas maestras para ser seguidas por los Estados Miembro;**
- 3. SOLICITA al Director Regional que lleve adelante el Plan de Acción sobre el Tabaco utilizando fondos del presupuesto ordinario complementados por el Fondo de Desarrollo del Director Regional y por contribuciones voluntarias.**
- 4. ALIENTA a los Estados Miembro a promover medidas para proteger a los no fumadores.**
- 5. ALIENTA a los Estados Miembro a tomar parte activa en las medidas llevadas a cabo por la OMS en relación con la celebración el día 7 de abril de 1988 del Día Mundial sin Tabaco, lo que constituiría una valiosa contribución al Plan de Acción.**
- 6. ALIENTA a las autoridades y al personal sanitario a trabajar por una situación en la que:**
 - a) todos los locales sanitarios, incluidas las**

- instituciones para la atención de la salud y las oficinas de las administraciones sanitarias, estén libres del humo del tabaco; y*
- b) *sea ampliamente disponible la ayuda para que los individuos eviten o dejen de fumar en todos los servicios sanitarios y educativos y en el lugar de trabajo.*
7. *Siendo consciente del papel ejemplificador de la profesión sanitaria, URGE a todas las organizaciones de la profesión sanitaria en Europa a desarrollar, como un asunto urgente, programas para el abandono del consumo de tabaco por parte de su personal;*
8. *PIDE al Director Regional que informe con frecuencia al Comité Regional sobre los progresos en la aplicación del Plan de Acción y sobre cualquier posterior medida que él recomiende para extender el Plan, por ejemplo, en el área de la publicidad transfronteriza.*

España, ha elaborado una legislación específica sobre consumo de tabaco que se recoge en el Real Decreto 709/1982 de 5 de Marzo, B.O.E de 15 de Abril, donde se prohíbe la publicidad destinada a fomentar el consumo de tabaco, en los medios de comunicación del Estado y otras entidades de derecho público. Se exceptúa la publicidad puramente informativa de la aparición de nuevos productos, que, por su bajo contenido en alquitrán y nicotina u otras características, constituyan un riesgo menor para la salud. La publicidad de estos productos solamente se podrá efectuar durante un plazo de 2 años a partir de su introducción en el mercado. Este Real Decreto establece por primera vez en España la obligatoriedad de imprimir en el exterior de todos los paquetes de tabaco destinados al consumo nacional el siguiente aviso: "La Dirección General de Salud Pública advierte que el uso del tabaco puede ser perjudicial para la salud".

Una disposición posterior (Real Decreto 2.072/1983 de 28 de Julio, B.O.E de 5 de Agosto) ha modificado dicho texto para darle mayor credibilidad. Desde el mes de Marzo de 1985, todos los paquetes de cigarrillos vendidos en España llevan impresa esta advertencia. "La Dirección General de Salud Pública advierte que el uso del tabaco es perjudicial para su salud".

El mencionado Real Decreto 709/1982 de 5 de Marzo (B.O.E de 15 de abril) establece, por primera vez en España, la prohibición de la venta de tabaco a los menores de 16 años.

También, por primera vez en nuestro país, establece restricciones y limitaciones al consumo de tabaco en medios de transporte público, establecimientos y grandes locales comerciales cerrados, y centros y servicios sanitarios y docentes. En cuanto a los transportes colectivos,

ya sean urbanos o interurbanos, el decreto establece la prohibición absoluta de fumar en los vehículos en los que se acepten viajeros sin ocupar asiento. En los otros vehículos de transporte, la prohibición solo afecta a los asientos reservados para no fumadores.

En cuanto a los establecimientos públicos y grandes locales comerciales cerrados en los que no esté prohibido fumar, el decreto establece la obligatoriedad de habilitar zonas para no fumadores. Estas zonas estarán delimitadas por una comisión integrada por representantes de los Ministerios de Hacienda, Sanidad y Consumo y Economía y Comercio. Por último, en el caso particular de los centros sanitarios y docentes, el decreto encomienda a la dirección la creación de zonas en las que esté permitido fumar. Estas zonas estarán debidamente señaladas.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo se enmarcan dentro del amplio contexto que supone la lucha contra el uso indebido de drogas, incluyendo tabaco y alcohol, fomentado por la OMS (48, 103 y otras asociaciones internacionales con la decidida colaboración de los Gobiernos (En España, el PNSD- Plan Nacional sobre Droga- en asociación Interministerial) de los distintos países por separado(86, 68, 19, 137, 121), o de forma conjunta (83) como en el caso de Europa contra el cáncer (63) para tratar de erradicar el consumo de alcohol y tabaco.

El objetivo general de esta investigación es obtener información sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en las Cuencas Alta y Media del Río Almanzora en el colectivo formado por la población escolarizada, y el estudio de los posibles factores asociados a su consumo.

Los objetivos específicos son:

1. Valorar los patrones de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la población escolarizada del área
2. Estudiar el entorno social de los encuestados y las motivaciones aducidas para el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
3. Identificar los factores demográficos y socioeconómicos asociados a los patrones de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, previamente descritos.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

Población.

La población objeto de estudio se enmarca en las Cuencas Alta y Media del Río Almanzora, comprendida por los siguientes pueblos: Albánchez, Albox, Arboleas, Armuña del Almanzora, Bacares, Bayarque, Cantoria, Cóbdar, Fines, Huercal Overa, Laroya, Lúcar, Macael, Olula del Río, Partalao, Purchena, Serón, Sierro, Somontín, Sufí, Tíjola, Urracal y Zurgena.

Se encuentra constituida por el total de alumnos matriculados en 7º y 8º de EGB, 1º a 5º de FP y 1º a 3º de BUP y es de 4.546, distribuidos de la siguiente forma: 900 en 7º de EGB, 826 en 8º de EGB, 1.138 en FP y 1.682 en BUP.

Muestra.

Se ha dividido el área objeto del estudio en tres zonas: Rural-Agraria, Rural-Urbana y Rural-Minera. Dentro de cada zona se forzó a la entrada en la muestra a núcleos de población muy grandes (Albox, Macael, Olula del Río y Huercal Overa) mientras que los núcleos más pequeños fueron seleccionados al azar. En una segunda etapa se seleccionaron al azar los centros objeto del estudio; los colegios seleccionados correspondieron a los siguientes pueblos: Albox, Albánchez, Cantoria, Huercal Overa, Macael, Olula del Río, Serón, Tíjola y Zurgena. Dentro de esas localidades y en una tercera etapa se seleccionaron al azar las aulas de cada uno de los niveles sobre los que se iba a realizar el estudio (7º y 8º de EGB, 1º, 2º y 3º de BUP, COU y 1º a 5º de FP donde los hubiera). Seleccionado el grupo, se encuestaba a todo él.

El muestreo resultante fue estratificado, polietápico (3 etapas) y con selección aleatoria de los puntos finales de muestreo (los grupos).

La muestra total la constituyen 1.134 escolarizados.

Cuestionario.

Está formado por 68 preguntas con respuestas múltiples -anexo 1- que se seleccionaron teniendo en cuenta las directrices de la OMS (118), los estudios previos realizados tanto a nivel Nacional como Internacional sobre tabaco, alcohol y drogodependencias en población

escolar y en áreas rurales y por último , con la aportación personal fruto de la observación de la realidad sociocultural del entorno objeto de estudio.

El cuestionario consta de tres bloques temáticos, de forma que el primero de ellos trata sobre características socioculturales del encuestado y su familia, el segundo sobre la situación del encuestado en la Escuela o Instituto y la relación de este con su entorno y el tercero sobre el consumo de drogas.

Administración del cuestionario.

La administración del cuestionario se hizo de forma que el alumno tuviera la certeza de que la encuesta era absolutamente anónima. Atendiendo a razones de fiabilidad se eligió el sistema de encuesta tipo test autocumplimentado que se ha revelado como el sistema de obtención de información más fiable según recomendaciones de la OMS (118).

Para facilitar y asegurar el anonimato a los encuestados hay tres preguntas que no se incluyeron en el cuestionario y que iba apuntando posteriormente el encuestador una vez recogidas estas. Las mencionadas preguntas son: curso, pueblo y zona o área.

La encuesta fue administrada en horario lectivo y se ofreció a los alumnos la posibilidad de no participar. No hubo ninguna negativa. La duración fue como máximo la misma que una clase. Se administró simultáneamente a todos los alumnos y se les pidió que no hablaran entre ellos para evitar influenciarse, así mismo no se permitió que salieran antes de que hubieran terminado todos para evitar que contestaran aprisa -para poder irse- y por tanto mal.

Para hacer la encuesta en los centros docentes, se pidió primero autorización al Delegado de Educación y Ciencia, explicándole el motivo de la misma. Una vez obtenida la mencionada autorización, tras enviarle dos ejemplares de la encuesta y garantizar los derechos constitucionales de los alumnos a la intimidad y a la libertad para hacer o no la encuesta, se procedió a pedir autorización a los Directores de los Centros seleccionados encontrando todo tipo de facilidades y colaboración.

En la entrevista previa con el Director del Centro, se preguntaba si el aula seleccionada al azar tenía algunas características específicas que pudieran sesgar el resultado de la misma. Dado que no existía ninguna circunstancia anómala, las encuestas fueron hechas en los lugares previamente seleccionados. Así mismo se pedía al Director del Centro que no facilitara ninguna información previa al alumnado de que se iba a hacer una encuesta y de que tipo, para evitar que existiera predisposición o estado de ánimo ante la misma.

Encuestadores.

El grupo de encuestadores estuvo formado por dos médicos, dos auxiliares de enfermería, dos ATS y cuatro profesores de los distintos centros. Todos los encuestadores fueron previamente adiestrados para que hicieran una introducción explicando que tipo de encuesta se iba a hacer y con que objetivo, asegurando y razonando el más absoluto anonimato así como resolver posibles dudas en el planteamiento o sentido de las preguntas.

Análisis de los datos.

Estudio descriptivo: Para cada una de las preguntas del cuestionario se presenta la distribución de frecuencias de cada respuesta. Para las variables cuantitativas se presentan igualmente sus valores medios.

Estudio analítico: Para valorar la asociación entre los niveles y patrones de consumo con las variables potencialmente relacionadas con estos, se realizaron análisis bivariados mediante la aplicación de los siguientes test estadísticos: Chi cuadrado, análisis de la varianza, t de student, y pruebas no paramétricas.

Paquete Informático.

Los datos recogidos en la encuesta fueron introducidos en un ordenador para su análisis posterior, para lo que se utilizó el paquete informático BMDP-85 utilizando los programas 2D y 4F. Los gráficos han sido realizados con AUTOCAD.

RESULTADOS

A - DESCRIPCION DE LA MUESTRA

A.1 CARACTERISTICAS PERSONALES

Las características de los 1.134 alumnos encuestados son las siguientes :

Edad

La media de edad de los alumnos entrevistados fue de 15.96 años, siendo los grupos de 13 y de 14 años los más representados. La distribución de la muestra por grupos de edad puede observarse en la figura 1.

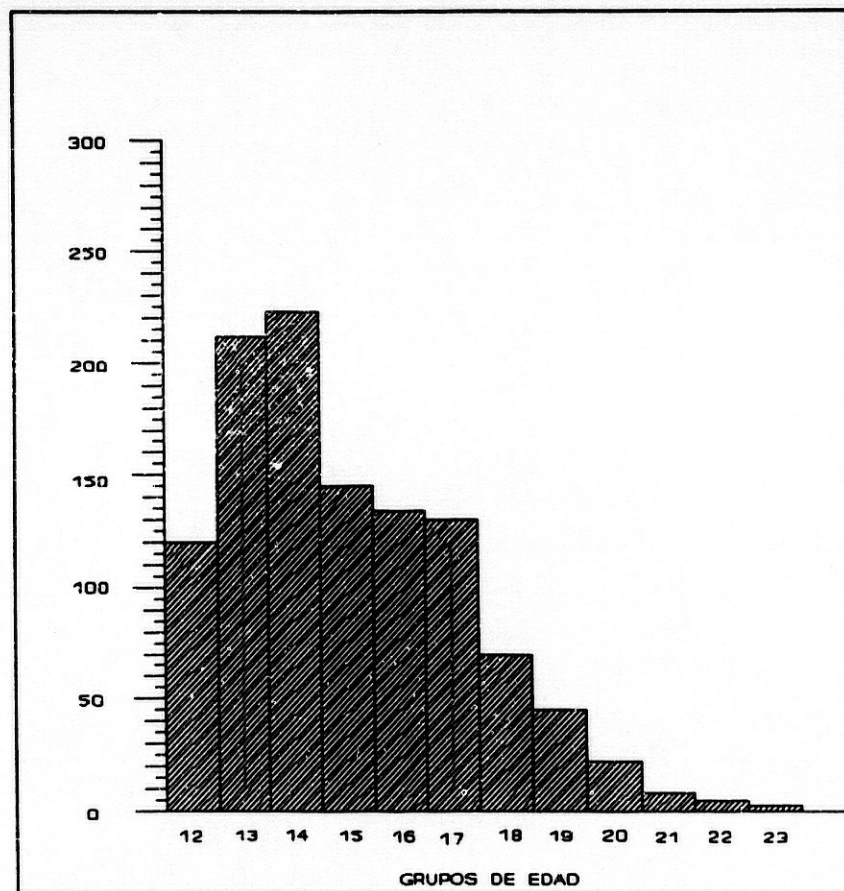


Fig. 1. Grupos de edad.

Sexo

La distribución por sexo arroja un balance de prácticamente el 50% siendo el número de varones de 565 y de mujeres de 564. Existen 5 cuestionarios en los que el sexo no consta.

Etnia

Como era de prever la raza es mayoritariamente blanca (1.118 alumnos), siendo 10 de raza gitana. En 6 encuestas no se contesta esta pregunta.

Curso

Los más numerosos son 7º y 8º de EGB con el 19.8% y 24.3% de los alumnos de la muestra y los menos numerosos todos los cursos de FP, BUP y COU. En la fig. 2 puede verse la distribución por cursos.

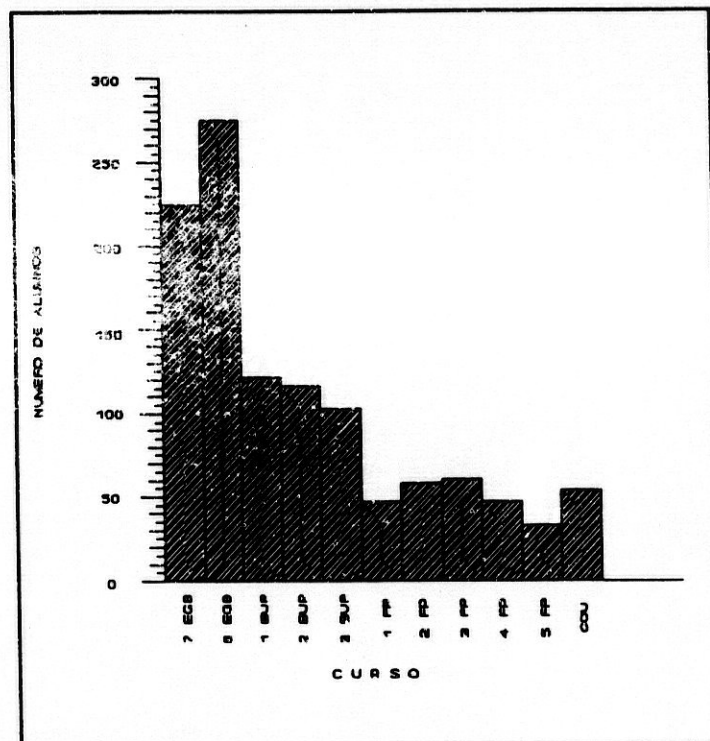


Fig.2. Curso/nº de alumnos.

Distribución geográfica

En la tabla 1 podemos ver la distribución de alumnos en los distintos pueblos por frecuencias y porcentajes.

TABLA 1.

AREA	PUEBLO	N	% PUEBLO	% AREA
RURAL-MINERA	MACAEL	151	13,3%	25%
	OLULA	133	11,7%	
RURAL-URBANA	ALBOX	230	20,3%	46,2%
	HÜERCAL-OV.	294	25,9%	
RURAL-AGRARIA	CANTORIA Y	122	10,8%	28,8%
	ALBANCHEZ			
	ZURGENA			
	ARBOLEAS			
	SERON			
	TIJOLA	76	6,7%	
TOTAL		1134	100%	100%

Area

Se distribuyó inicialmente la muestra en 3 áreas: rural-minera, rural-agraria, y rural-urbana bajo la hipótesis de posibles diferencias socio-culturales entre ellas. El área más numerosa fue la rural-urbana, integrada por Albox y Huerca Overa con 524 alumnos encuestados que suponen un 46.2% del total, después el área rural-agraria compuesta por Cantoria, Albanchez, Zurgena, Arboleas, Serón y Tijola con 326 encuestados (28.7%) y por último la zona rural-minera que reúne a Macael y Olula del Río con 284 alumnos que constituye el 25% del total.

A.2 CARACTERISTICAS FAMILIARES

Estado civil de los padres

Como era de esperar la mayoría de los padres son casados en primeras nupcias (1043 encuestados -92%-), seguido de los padres viudos de 43 alumnos (3.8%) y de los separados, 22 en total (1.9%), después los solteros (19 alumnos -1.7%-), por último los casados por segunda vez son 3 con el 0.3%.

Número de hermanos sin contar al encuestado

El número de hermanos como veremos más adelante no influye sobre otros parámetros estudiados, no obstante resaltamos que la media está en 2.49 hermanos sin contar al interesado y el valor que más se repite es tener 2 y 1 hermanos, (fig.3). El orden que ocupa el alumno entre los hermanos ha sido: el mayor en el 35.3% de las ocasiones, seguido por el 2º en el 23.4%, el más pequeño de los hermanos en el 23%, el tercero en el 12.1%, y "otros" con el 4.3%.

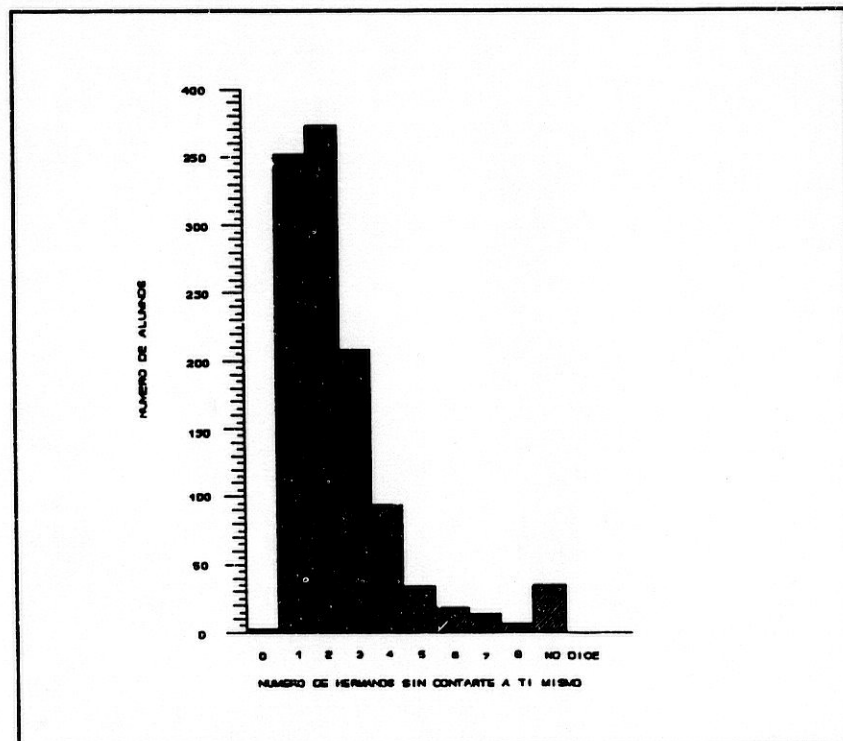


Fig.3. Nº de hermanos sin contar al encuestado.

Situación de empleo de la madre

Al hacer esta pregunta se ha tomado en consideración, para tener datos reales, el hecho de que algunas mujeres aunque se dediquen solamente a trabajar en su hogar en el momento del estudio, han buscado trabajo fuera del mismo, por tanto han sido consideradas en paro.

Los resultados obtenidos son: El 72.2% se dedican solamente a su labores, el 17.5% trabajan a tiempo completo, el 7.4% trabajan a tiempo parcial y el 2% se encuentran en paro; por último un 0.8% no contesta, (fig.4).

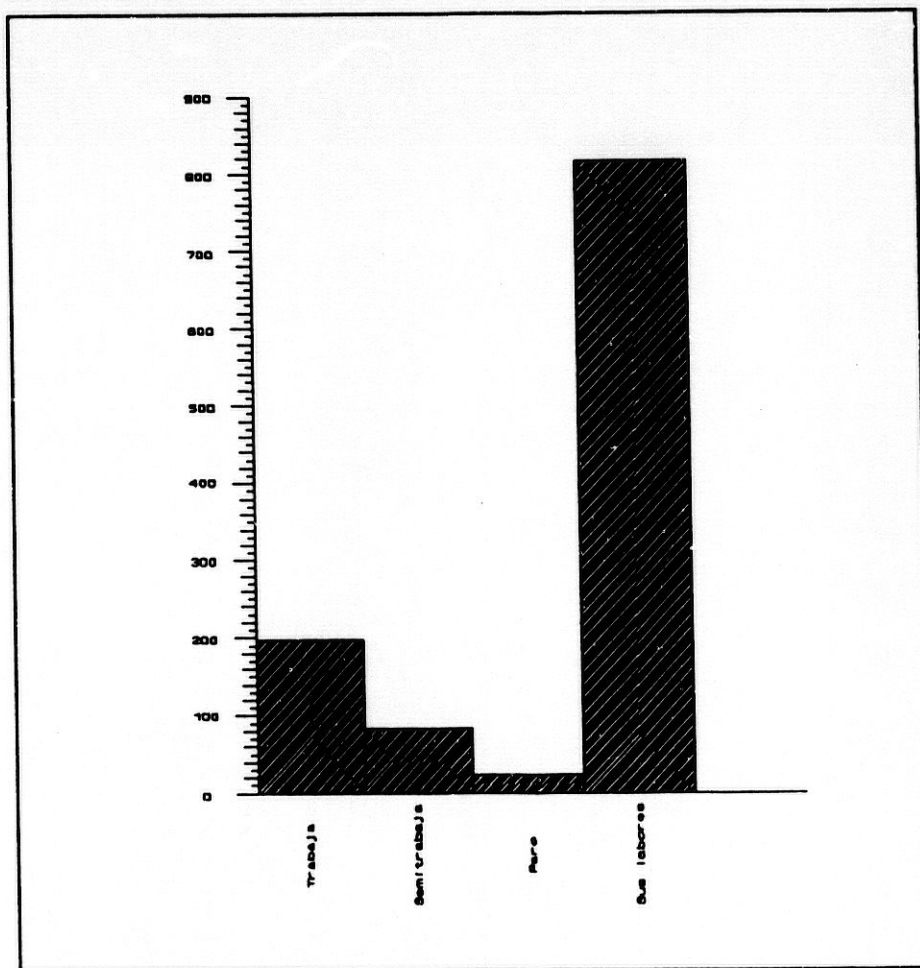


Fig.4. Situación de empleo de la madre/nº de alumnos.

Situación de empleo del padre

El padre trabaja a tiempo completo en un 67.7% de las ocasiones, a tiempo parcial en un 14.5% y se encuentra en paro un 10%, el resto, 7.8%, no sabe la situación de empleo del padre.

Profesión del padre

La profesión más común es la de obrero no cualificado, (agricultor, cantero, marmolista, construcción, servicios...) con un 32.8% de empleados en este grupo, seguido de un 22% que son empresarios (agrícolas, industriales del mármol), y un 17.8% son obreros cualificados (artesanía del mármol, alfarería, carpintería, mecánica, oficinista, transportista, otros); en menor proporción se dedican al ramo del comercio minorista, representantes o vendedores: 8.9%, y por último los profesores o funcionarios son un 7.8%, los técnicos de grado medio son el 1.6% y un 1.3% tienen profesiones liberales de nivel superior.

Profesión de la madre

Las respuestas a esta pregunta se han encontrado parcialmente invalidadas por la circunstancia de confundir los encuestados el trabajo de empleada de hogar con el hecho de trabajar en el propio hogar, por tanto pasaremos por alto esta respuesta, siendo con esta salvedad la profesión más numerosa la de comercio con el 7.1%, seguido de profesora o funcionaria en el 6.3% de los casos, el 5.3% refiere profesiones de modista, costurera u oficinista; en menor proporción se dedican a profesiones liberales de nivel superior el 1.4%, y 0.9% son técnicas de grado medio.

Nivel de ingresos mensuales de la familia

Los datos referidos por los alumnos en este apartado se exponen en la figura 5 donde puede verse que el sueldo más frecuente oscila entre 65.000 y 100.000 ptas.; como dato curioso destacar el alto porcentaje que declara que su familia ingresa más de 500.000 ptas., lo que se puede explicar por la riqueza y el boom económico de la comarca dedicada a la explotación del mármol y, en parte, por los comerciantes fuertes. También debe considerarse la posibilidad de que esta información no sea totalmente fiable.

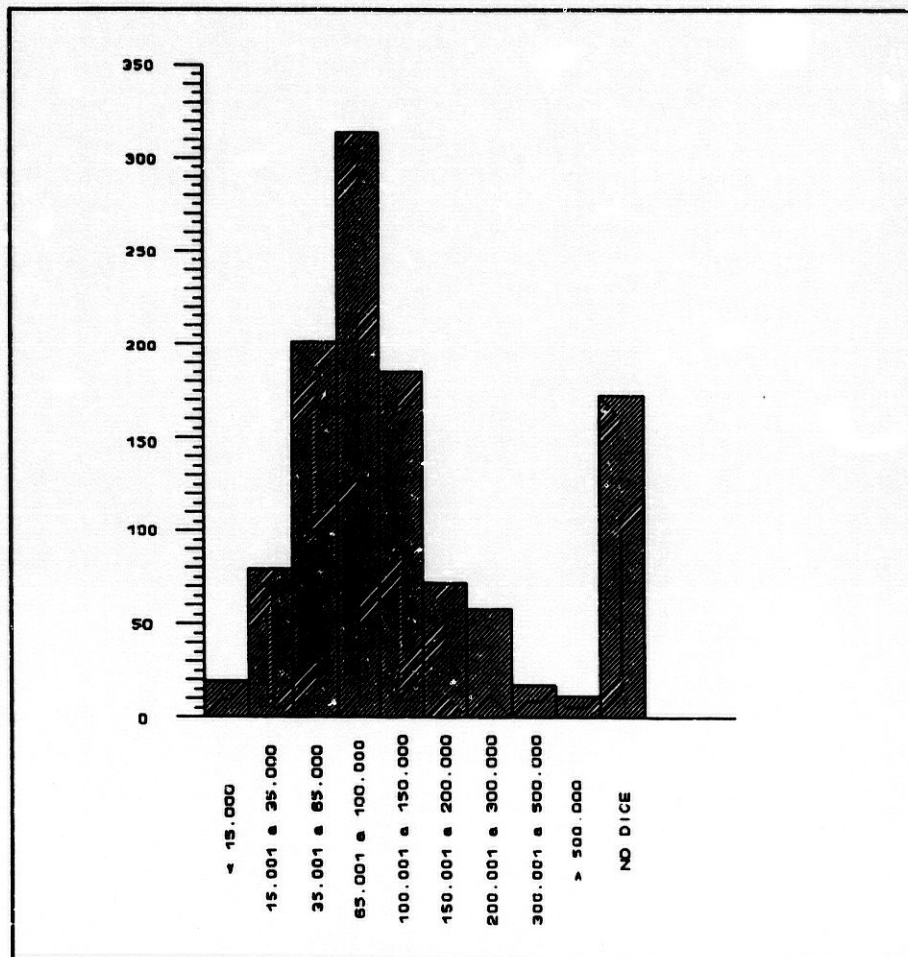


Fig.5. Nivel de ingresos de tu familia al mes/nº de alumnos.

Comparación de los ingresos de la familia con los ingresos de las familias de los compañeros

Esta pregunta fue diseñada pensando en que los más pequeños (11-12 años) no supieran contestar la pregunta anterior y así tener datos objetivos comparativos. Hay que señalar que un porcentaje muy alto declara que su familia tiene los mismos ingresos que los demás (57.4%) y un porcentaje importante que no contesta (15.6%), probablemente por desconocer la respuesta.

Nivel cultural del padre

Destacamos en primer lugar un pequeño porcentaje de analfabetismo, entendiendo como tal el no saber leer. La mayor parte de los padres tienen un nivel de formación bajo ya que se encuentran dentro de las categorías "si lee" o "estudios primarios" (tabla 2).

Tabla 2. Nivel de estudios de los padres

	N	%
NO LEE	16	1,4%
SI LEE	467	41,2%
ESTUDIOS PRIMARIOS	339	29,9%
EGB Y FP1	112	9,9%
BUP Y FP2	54	4,8%
PROF. GRADO MEDIO	66	5,8%
PROF. GRADO SUPERIOR	26	2,3%
NO DICE	54	4,7%
	1134	100%

Nivel cultural de la madre

El analfabetismo es algo mayor que en el caso anterior aunque en general y como puede verse comparando las dos tablas la distribución de frecuencias es similar.

Tabla 3. Nivel de estudios de las madres

	N	%
NO LEE	39	3,4%
SI LEE	448	39,5%
ESTUDIOS PRIMARIOS	376	33,2%
EGB Y FP1	123	10,8%
BUP Y FP2	40	3,5%
PROF. GRADO MEDIO	58	5,1%
PROF. GRADO SUPERIOR	15	1,3%
NO DICE	35	3,2%
	1134	100%

Relaciones de los padres entre sí

La mayoría, hasta un total del 94.3% (lo que representa 1069 de los 1134 encuestados), responde que sus padres se llevan muy bien, bien o normal. Solo el 3% declara que sus padres se llevan mal o muy mal y el 2.7% no contesta.

Religión de los padres

Los resultados describen una situación previsible: un alto porcentaje de católicos divididos entre católicos practicantes con el 66.8% y católicos no practicantes con el 30.7%, y después en clara minoría los testigos de Jehová, divididos como en el caso anterior en practicantes con un total del 0.6% y no practicantes con el 0.2%, por último se encuentran los no creyentes con el 0.6% y los que declaran tener otras religiones que representan el 0.4%.

Religión del encuestado

Las tendencias religiosas de los encuestados cambian algo respecto de las observadas en los padres. En este caso se mantienen con un ligero retroceso el número de católicos con el 61.6% de católicos practicantes y el 32.5% de católicos no practicantes. Desciende el número de testigos de Jehová con el 0.4% de practicantes y el 0.1% de no practicantes, que quedan desplazados a un 4º lugar; ocupan el 2º, tras los católicos, los no creyentes con el 3.4% (el 0.6% en los padres). En 3º lugar están los que declaran tener otras religiones (0.9%).

A.3 RELACIONES SOCIO-CULTURALES

Tiempo de residencia en el la localidad del colegio

La mayoría han vivido siempre en el pueblo donde nacieron lo que representa el 60.2%, seguido de los que viven en otro y se desplazan a diario hasta el lugar donde estudian (en el que se desarrolla la encuesta) con el 19.6%, después están los que llevan varios años viviendo en el pueblo (16.9%) y por último los que llevan solamente 1 año viviendo en el pueblo (2.4%).

Nivel académico con respecto a los compañeros de curso

La mayoría, con un porcentaje muy alto (74.2%) dice tener un nivel académico semejante al de la media; a ambos lados los que creen tener un nivel mayor que la media (16%), y menor que la media (7.8%).

Relación con los compañeros de clase

Declaran llevarse bien con sus compañeros la mayor parte de los encuestados (83.6%); una pequeña parte refiere tener relaciones indiferentes (12.5%) y el 2.7%, dice llevarse mal con sus compañeros.

Pertenencia a grupos de amigos

La inmensa mayoría (1026 -90.5%-) manifiesta que tienen una pandilla o grupo de amigos, mientras que 90 (7.9%) afirman no tenerla. 18 no contestan.

Ambito de relación con los amigos

Hay una gran dispersión en cuanto al origen o lugar de donde son los amigos, destacando los que son de la misma aula o del mismo barrio. Puede observarse en la figura 6.

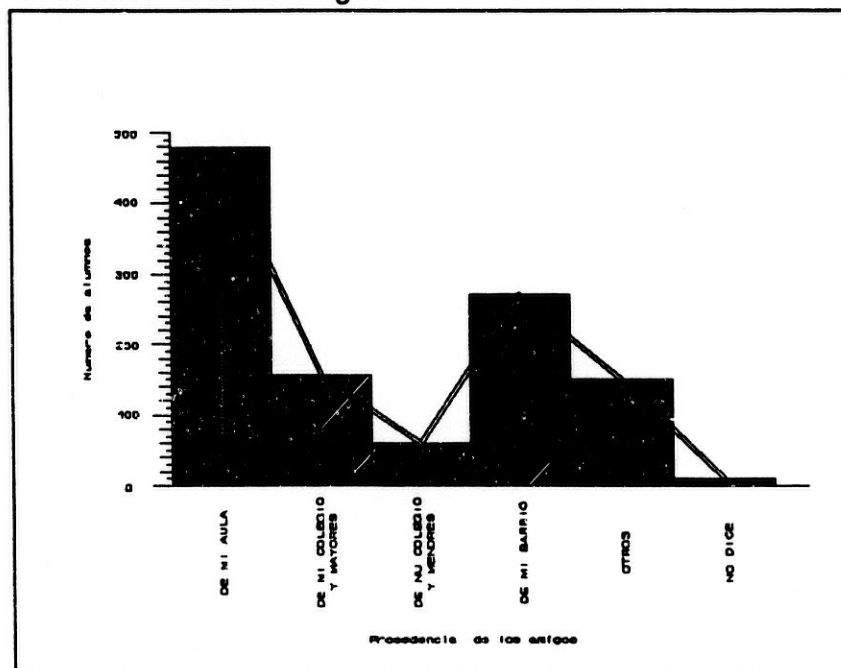


Fig.6. Procedencia de los amigos/Nº de alumnos

Frecuencia de salida con los amigos

La mayoría de los encuestados (47.7%) salen con mucha frecuencia (todo el día juntos o en el aula), o los fines de semana (25.7%). Puede verse en la figura 7.

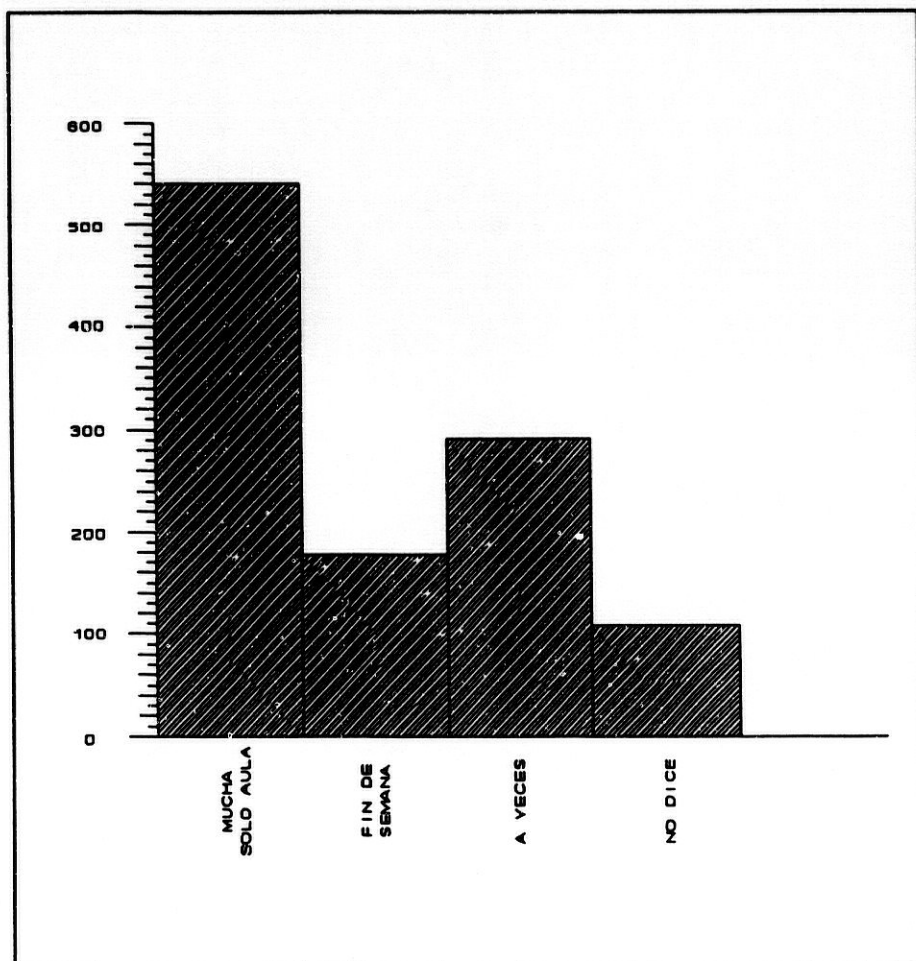


Fig.7. Frecuencia de salida con los amigos.

Relaciones con los padres

Las relaciones con los padres se revelan como bastante buenas, ya que el 96.2% del total se distribuye entre muy buenas (39.2%), buenas (33.5%) y normales (23.5%); solo el 2.3% dicen llevarse mal con los padres y el 1.0% muy mal.

Comunicación con los padres

Las respuestas ponen de manifiesto una escasa comunicación, ya que el 43.8% de los encuestados refiere hablar con los padres solo a veces, y muy pocas veces el 15.4%. Dicen hablar con sus padres sobre ellos y sus problemas el 19.2% y señalan que hablan "mucho" el 12.8%; de manera resumida señalamos que el 63.7% dicen hablar de sus problemas con sus padres a veces, poco o nunca (fig. 8).

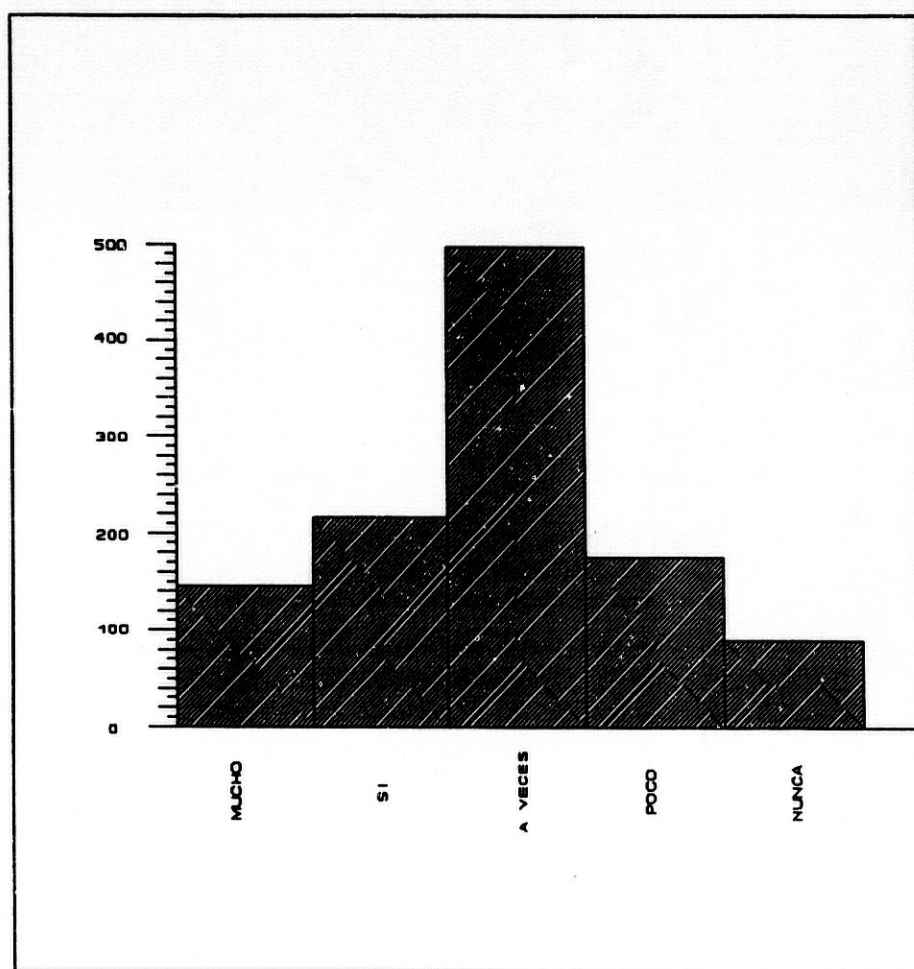


Fig.8. Comunicación con los padres.

Actitud de los padres percibida por los hijos

Según la respuesta expresada por los hijos, los padres se interesan por ellos y les exigen responsabilidad en el 73.4%, después se dan otras respuestas como son: saben de mis cosas pero me dejan hacer lo que quiera con el 14.7%, son rígidos, controlan mucho mi vida, me dejan salir poco con el 8.9% y en una proporción muy pequeña del 1.7% dicen que no se ocupan de lo que hago.

Relaciones con los hermanos

También en esta pregunta la respuesta es mayoritariamente positiva en el sentido de buenas relaciones, ya que el 37.1% declara tener muy buenas relaciones con sus hermanos, y el 33.1% dice que son buenas; que son normales contesta el 23.1%. Sólo el 2.9% dice que son malas y se llevan muy mal con sus hermanos el 0.8%; estos dos últimos apartados representan 43 alumnos sobre 1134 encuestados.

Pertenencia a grupos juveniles

Aproximadamente la mitad de los encuestados declaran pertenecer a algún club social, y la otra mitad, ligeramente predominante, refiere no pertenecer a ninguno.

Los clubs o agrupaciones que aglutinan a los encuestados, han sido seleccionados teniendo en cuenta las agrupaciones juveniles existentes en cada pueblo, y las actividades que congregan a los jóvenes. Tales grupos son: deportivos, que reúne a un mayor grupo de los encuestados (el 15.7% del total), clubs de amigos o pandillas con el 7.8%, juventudes de la Cruz Roja con el 5.7%, agrupaciones musicales o bandas de música con el 4.9%, grupos de teatro con el 1.9%, Boys Scouts con el 1.5%, Protección Civil con el 0.3% y en el apartado "otros", hay el 10.8%.

A.4. OPINIONES SOBRE EL ENTORNO

Opinión sobre el futuro personal

Se deduce de esta cuestión que los alumnos perciben el futuro como algo por conquistar ya que la respuesta mayoritaria (con el 62.8%) es: "Quiero trabajar y luchar por conseguir mis metas", y el 24.3% contesta "Tengo claro lo que quiero".

El resto de las respuestas son pesimistas respecto al futuro, así el 3.3% dice no ver futuro, el 2.7% cree que los estudios son inútiles, el

2.6% dice que le da lo mismo el futuro y contestan que no tienen ilusión el 3%.

Opinión sobre la sociedad circundante

Hay una respuesta que es contestada mayoritariamente y que es coherente con la respuesta descrita en el párrafo anterior: "hay que arriesgarse para conseguir algo", que reúne el 39.4% de las respuestas; el 17.1% responde "me gusta experimentar cosas nuevas", el 15.6% manifiesta "intento adaptarme a las normas de los demás", un 13.8% señala "pienso mucho antes de hacer algo que no hacen los demás", y "hago lo que dicen mis padres o en la escuela" es contestado por el 11.6%.

Opinión sobre mundo en general

Para algo más de la mitad de la muestra el mundo está bien aunque es mejorable (50.5%) o simplemente está bien (5.3%). Sin embargo está mal organizado para el 23.6% de los encuestados o es muy hipócrita (16.2%). Un pequeño porcentaje (3.3%) afirma que no le interesa (fig.9).

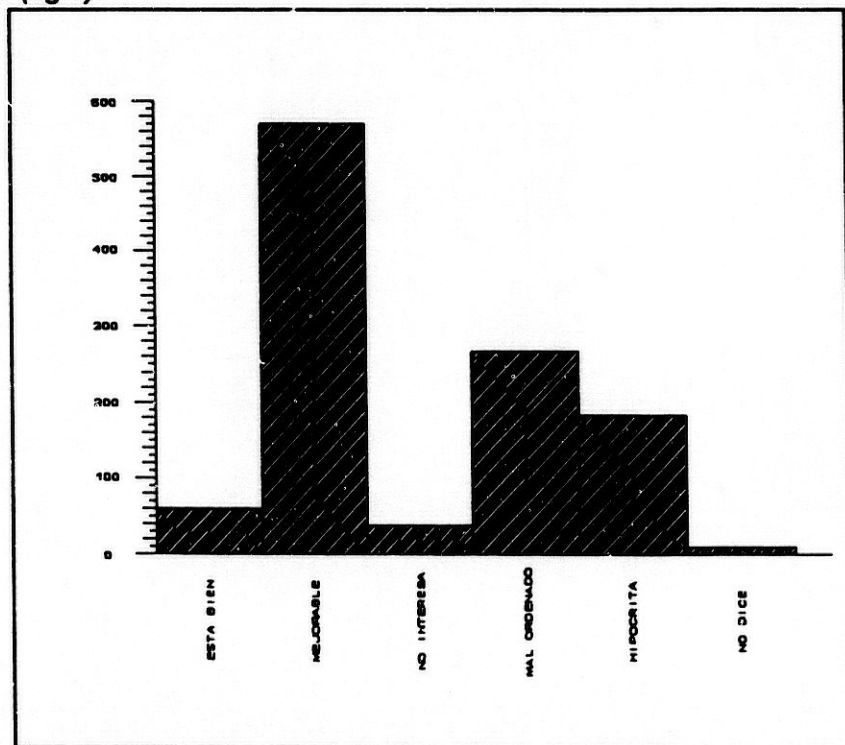


Fig.9. Opinión sobre el mundo en general.

B. TABACO

Consumo de tabaco

Se consideran a sí mismos fumadores el 22.8%, el 74.3% no fumadores y el 2.9% no contesta.

Cantidad de cigarrillos consumidos diariamente

En total, contando las distintas cantidades que fuma cada uno, obtenemos que el 33% de los alumnos fuma; de tal forma que, sobre el total, el 7.1% refiere fumar menos de 10 cigarrillos al día, el 5.4% que fuma entre 10 y 20 cigarrillos, el 1.5%, que fuman más de 20, 2.1% que fuman los fines de semana y 16.9% los que fuman a veces. Encontramos por tanto un incremento de 10.2% de alumnos que no se consideran a sí mismos fumadores en la pregunta anterior, probablemente por fumar esporádicamente, pero que manifiestan hacerlo los fines de semana o a veces. Por tanto, el consumo, entre fumadores, se puede considerar como sigue: más de la mitad de los fumadores (55.7%) lo hacen en fines de semana o en algunas ocasiones y el 4.5% fuman más de 20 cigarrillos/día.

Edad de inicio en el hábito tabáquico

De entre los fumadores el 40.2% ha comenzado a fumar antes de los 15 años, distribuidos de la forma siguiente: 8.6% que empieza a fumar antes de los 10 años, el 13.9% entre los 10 y 12 años, y el 37.3% entre los 13 y los 15 años. El resto (59.8%) iniciaron el consumo de tabaco con más de 15 años.

Procedencia del primer cigarrillo

Se distribuyen de la siguiente forma : Los padres introducen en el consumo del tabaco a los hijos en el 4.5% de los casos (1.2% que confiesa que sus padres le dieron tabaco siendo aún un niño y 3.3% que declara que sus padres lo introdujeron en este hábito cuando tenían entre 10 y 15 años). Los amigos de los padres son los responsables del inicio en el consumo del 1.9% de los alumnos. El porcentaje más alto de incitadores al inicio en el consumo corresponde a los amigos, ya que los encuestados responden en el 19.9% que son estos los que le dieron el primer cigarrillo. Por último el 7.2% confiesa que empezó a fumar el solo.

Motivación para el consumo actual de tabaco

Es sorprendente que el motivo esgrimido como el más importante para justificar el consumo de tabaco es el de fumar "para olvidar mis problemas" a lo que responden afirmativamente el 45.6% de los fumadores; en segundo lugar, el 16.7% responde que consume tabaco "por que esta prohibido"; el tercer motivo para consumir tabaco es "porque mis padres lo hacen" con un porcentaje del 15.1% seguido de otra causa relevante como es el fumar "para entrar o ser aceptado en una pandilla" lo que supone únicamente el 11.2%. Por último se encuentran menor representadas las siguientes causas: fuman simplemente por probar algo nuevo (5.6%), fuman porque lo hacen sus amigos (3.7%) y lo hacen por que les hace sentirse mayores. Sólo el 2.4% de los fumadores lo hace porque les gusta el tabaco.

Actitud ante la propuesta "dejar de fumar"

Aproximadamente el 68% de los fumadores de cualquier cantidad de tabaco manifiestan que les gustaría dejar de fumar, mientras que el 32% restante expresan claramente que no quieren abandonar el consumo; estos últimos son fundamentalmente los alumnos que realizan un consumo más esporádico.

Padres o hermanos fumadores

La intención de esta pregunta es intentar establecer con estudios comparativos la relación entre los fumadores de la familia y los encuestados, en el inicio del consumo por estos últimos.

Los resultados, que se muestran en la tabla 4, traducen para el conjunto de todos los alumnos (fumadores o nó) que en el 65% de los casos fuman el padre y/u otros miembros de la familia, siendo el padre el que fuma con más frecuencia.

TABLA 4. FUMADORES EN LA FAMILIA

	N	%
SOLO PADRE	309	27,2%
SOLO MADRE	37	3,3%
HERMANOS MAYORES	128	11,3%
PADRE Y MADRE	53	4,7%
PADRE Y HERMANOS	159	14,0%
MADRE Y HERMANOS	8	0,7%
PADRES Y HERMANOS	28	2,5%
TODOS FUMAN	2	0,2%
NO FUMAN	122	10,8%
NO CONTESTAN	288	25,3%
TOTAL	1134	100

La actitud de los padres ante el consumo de tabaco de los hijos

El 58.4% no contesta; de los que lo hacen solo el 16.5% dicen que la actitud de sus padres es contraria o muy contraria ante su consumo de tabaco; señalamos por su importancia que una tercera parte de los fumadores (10.1% del total) declara que sus padres desconocen que consume tabaco. El gran porcentaje de no respuestas incapacita una valoración adecuada de la actitud de los padres ante el consumo de tabaco por parte de sus hijos. Los resultados se exponen en la tabla 5:

TABLA 5. ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL CONSUMO DE TABACO DE LOS HIJOS.

	N	%
MUY PERMISIVA	43	3,8%
INDIFERENTE	44	3,9%
TOLERANTE	82	7,2%
CONTRARIA	98	8,6%
MUY CONTRARIA	90	7,9%
NO SABEN	114	10,1%
NO CONTESTAN	663	58,5%
TOTAL	1134	100%

Hábito tabáquico en los maestros

Solo el 14.8% declara que sus maestros no fuman. Casi el 78% de los encuestados conoce que sus maestros fuman, de ellos casi la mitad (44%) fuman en clase, y el resto fuma en la calle u otros lugares.

C. ALCOHOL

Consumo de bebidas alcohólicas

La proporción de consumidores es bastante más elevada que en el caso del tabaco, el 48.2% manifiesta que toma algún tipo de bebida alcohólica y el 46.6% dice no hacerlo.

Tipo de bebidas

La proporción de bebedores obtenida a través de esta pregunta es ligeramente superior a la que se obtiene realizando la pregunta directamente, de forma que el 48.2% se transforma en una proporción de 54.9% . Esto, como en el caso del tabaco, es atribuible al hecho de no considerarse consumidores de alcohol cuando el consumo es muy esporádico. La bebida referida como consumida en primer lugar por la mayoría de los encuestados es la cerveza. Los resultados se describen en la tabla 6.

TABLA 6. BEBIDAS CONSUMIDAS MAS FRECUENTEMENTE

	N	%
CERVEZA	425	37,5%
CUBATA*	106	9,3%
WHISKY	69	6,1%
VINO	23	2,1%
NO CONTESTAN	511	45%
	1134	100%

(*) (Ginebra, Ron o Vodka + coca-cola, tónica o refresco)

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

Como se muestra en la figura 10 la pauta más habitual es el consumo durante los fines de semana (35.6 % de los consumidores) , seguida del consumo durante las fiestas. Aproximadamente el 8% de los mismos consumen algún tipo de bebida casi a diario.

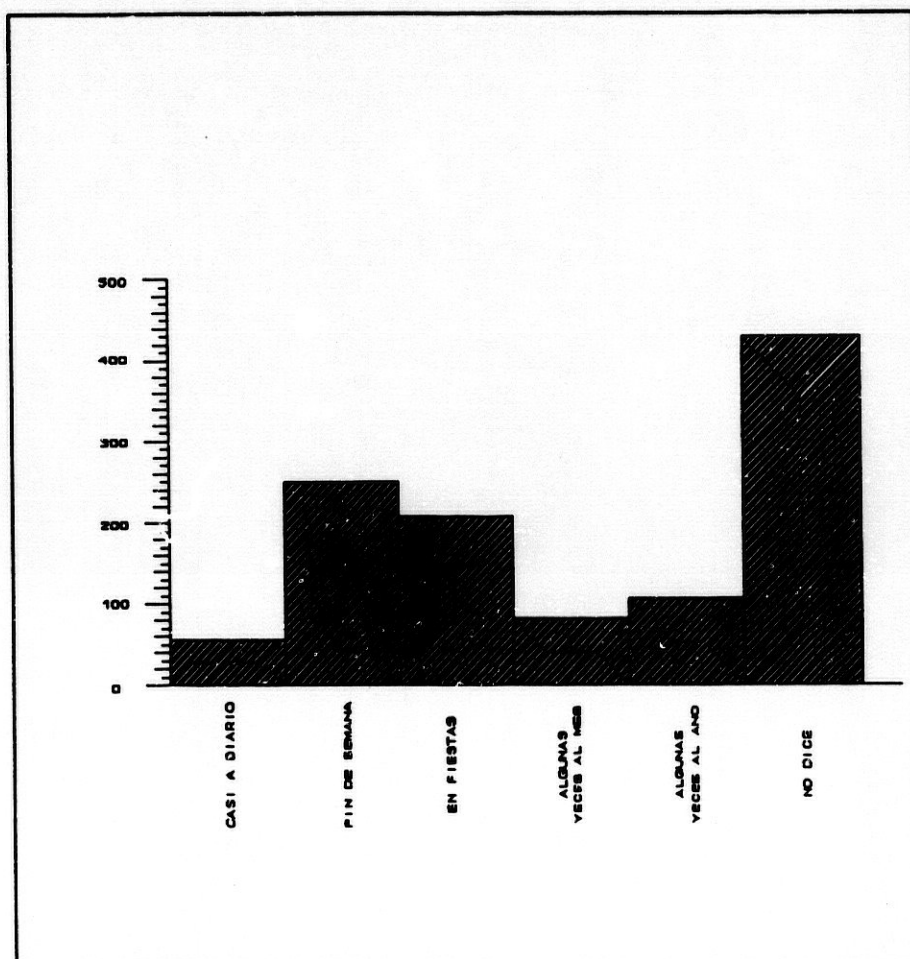


Fig.10. Frecuencia de consumo de bebidas alcoholicas/ Nº de alumnos.

Edad de inicio en el consumo

La edad más frecuente de inicio en el consumo se sitúa entre los 13 y los 15 años (40.7% de los consumidores), seguido a corta distancia por los que se han iniciado con más de 15 años. Con porcentajes más pequeños aunque bastante significativos se encuentran los que han comenzado entre los 10 y los 12 años que son el 17.9% de los que refieren consumir alcohol con alguna frecuencia (116 encuestados) y con menos de 10 años han comenzado a beber el 5.7%. Estos resultados se detallan en la figura 11.

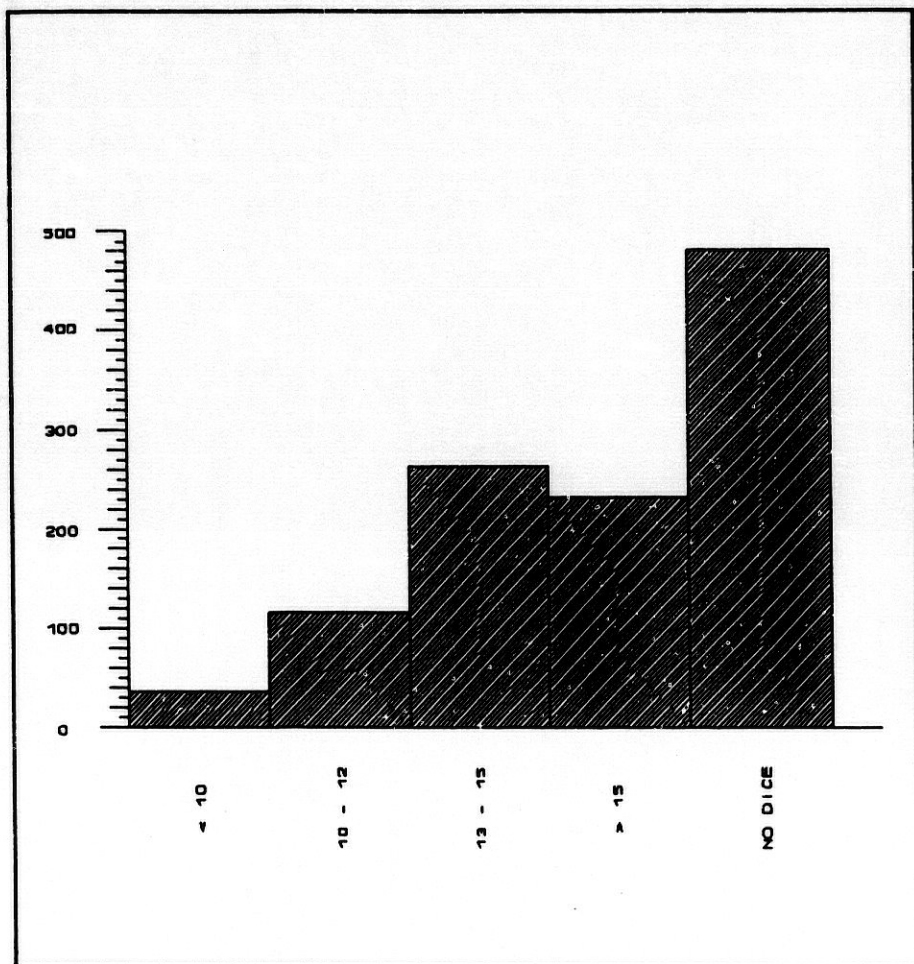


Fig.11. Edad de inicio en consumo/nº de alumnos.

Personas con las que se inicia el consumo

En el caso del alcohol, la circunstancia referida como más frecuentemente relacionada con el inicio en el consumo, destacada de los demás, es acompañado de los amigos de la pandilla (48.9% de los consumidores). Siguen en orden de frecuencia con el 21.9% los que han comenzado el consumo en el ámbito familiar, es decir con los padres cuando contaban entre los 10 y los 15 años. El resto de las situaciones menos frecuentes se muestran en la figura 12.

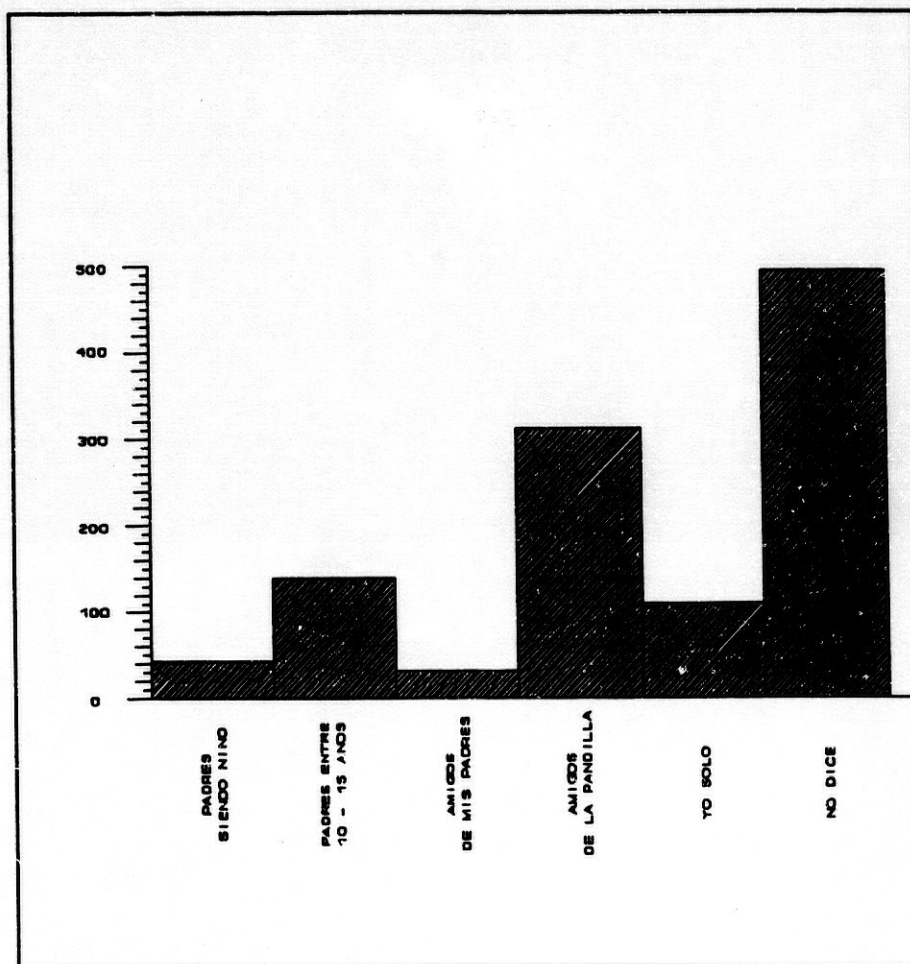


Fig.12. Personas con las que se inicia el consumo/nº de alumnos.

Motivos alegados para el consumo de alcohol

Hay que destacar como primer motivo para consumir alcohol "que los amigos lo hacen", esta respuesta la dan el 41.8% de los consumidores, en segundo lugar dicen beber porque es la moda el 33.8%. El motivo que se refiere en tercer lugar es que sus padres beben (13.7%), y siguen en orden decreciente los que beben para ser aceptados en un grupo de amigos que son el 5.7%. El resto de las respuestas "para olvidar mis problemas", "probar algo nuevo", "no me dejan"... se alegan en proporciones mínimas.

Actitud ante "dejar de beber alcohol"

Los resultados se muestran en la figura 13. La actitud mayoritaria, contestada por casi la mitad de los consumidores (44%), es que les gustaría limitar el consumo exclusivamente a las fiestas. Una proporción muy importante, 41.7%, manifiesta que no tienen ningún interés en abandonar el consumo bien porque les gusta o porque es útil para relacionarse. Solamente el 14.4% de los consumidores muestra interés por abandonar el consumo.

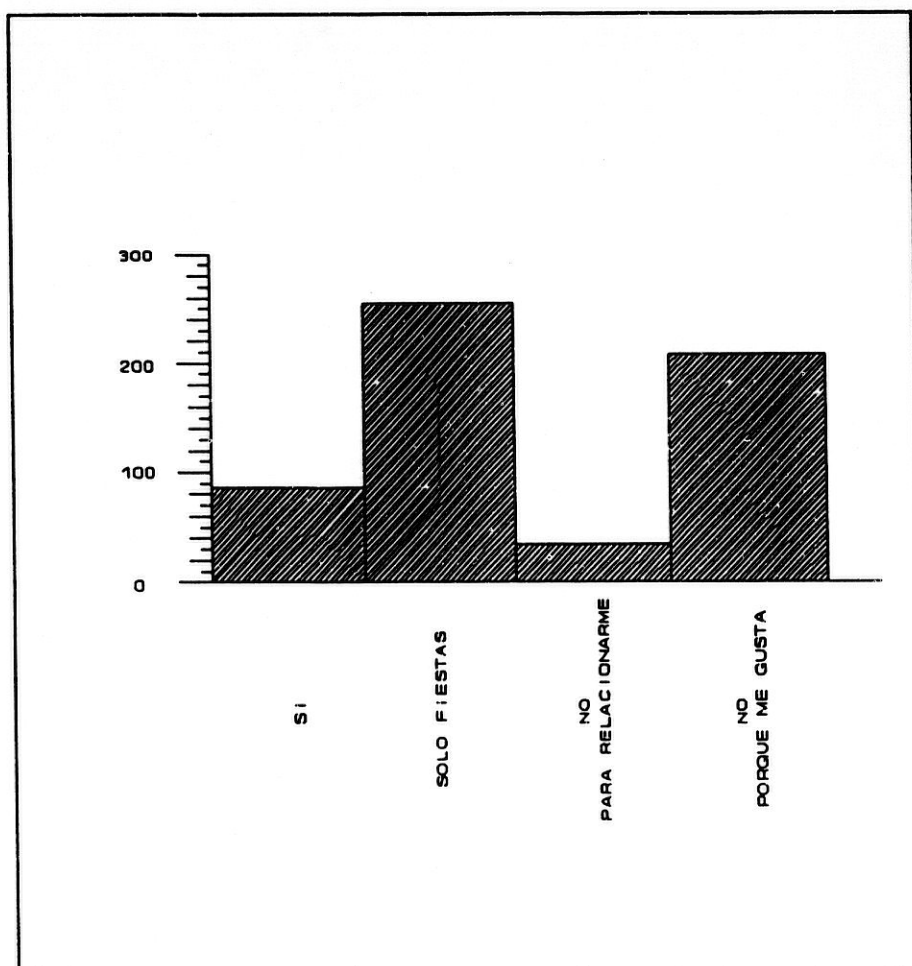


Fig.13. Intencion de abandonar el alcohol/nº de alumnos.

Consumo de alcohol por la familia

Casi la mitad de los encuestados (42.2%) refieren que el padre y/u otro familiar son bebedores habituales. Solamente 130 alumnos refieren que ninguno de los familiares consumen alcohol. En la tabla 7 se describen el conjunto de los resultados.

TABLA 7. CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS FAMILIARES

	N	%
SOLO PADRE	226	19,9%
SOLO MADRE	6	0,5%
HERMANO MAYOR	66	5,8%
PADRE Y MADRE	86	7,6%
PADRE Y HERMANOS	121	10,7%
MADRE Y HERMANOS	4	0,4%
PADRES Y HERMANOS	45	4,0%
TODOS BEBEN	47	4,1%
NO BEBEN	130	11,5%
TOTAL	1134	100%

La actitud de los padres ante el consumo de alcohol de los encuestados

Tolerante, es la respuesta más frecuente dada por el 33.5% de los consumidores. En segundo lugar se encuentran los que dicen que sus padres no saben que ellos beben que son el 17.4%. En la figura 14 se muestran el conjunto de las respuestas.

Según los alumnos, los padres muestran una actitud tolerante o indiferente en algo más de la mitad de los consumidores.

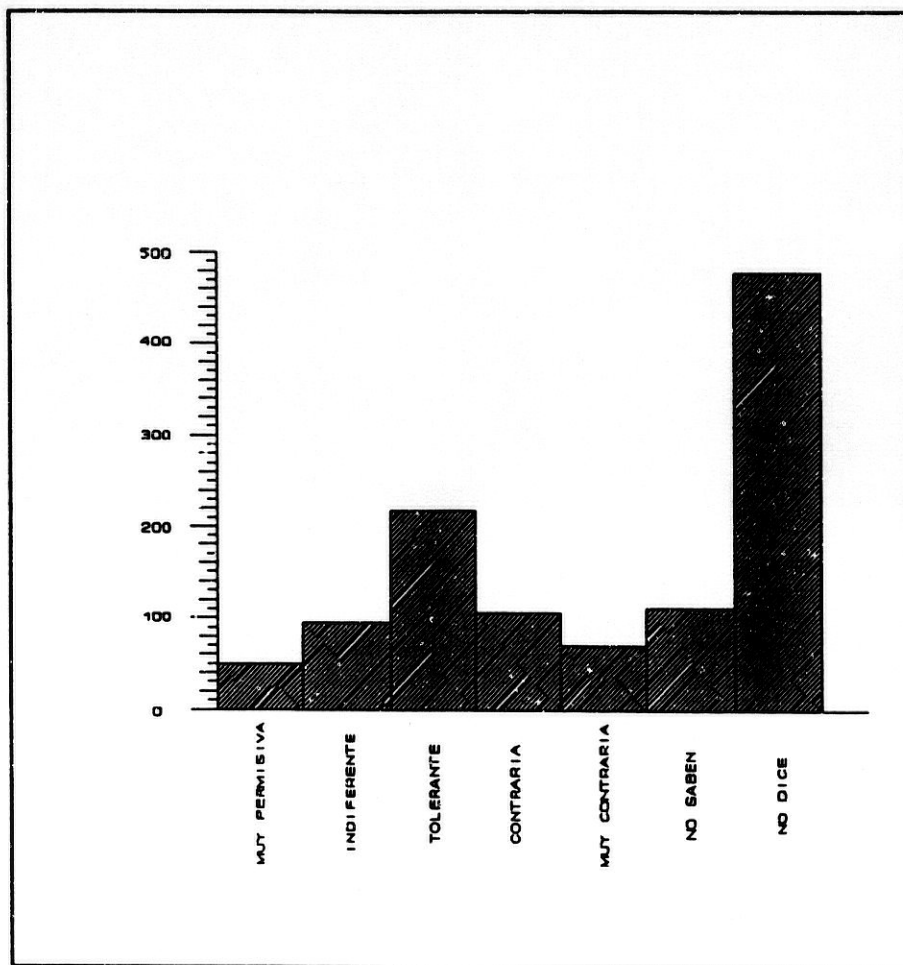


Fig.14. Actitud de los padres ante el consumo de alcohol de los encuestados.

D. OTRAS DROGAS

Consumo de otras drogas

El 80.8% dice no consumir ninguna otra droga (diferentes de alcohol o tabaco). Entre el conjunto de los encuestados 74 (6.5%) manifiestan que han consumido o consumen otras drogas; como promedio consumen dos drogas diferentes. El 12.2% no contesta.

Tipo de drogas consumidas

A la pregunta de qué drogas ha consumido, en la que se ofrece un listado de ellas para respuesta múltiple, contestan 83 alumnos, 9 más de los que se consideran consumidores de otras drogas, probablemente por que refieren algún consumo ocasional. De esta forma el 7.32% de la muestra manifiesta que consume o ha consumido alguna de las siguientes drogas: porros, anfetaminas, analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos, inhalables, alucinógenos, cocaína, heroína y otros.

La mayor parte de estos consumidores (57.8%, 48 alumnos) fuman porros, el 44.6% toman analgésicos o tranquilizantes, el 15.6% consumen cocaína, el 14.4% anfetaminas y el 12% heroína. Casi el 90% consumen más de una droga. La proporción de consumidores referida al total de la muestra se expone en la tabla 8.

	n	%	varianza	ST. Dev.
porros	48	4.2	0.25	0.50
anfetaminas	12	1.1	0.08	0.28
analgésicos	17	1.5	0.15	0.39
tranquilizant.	20	1.8	0.08	0.30
hipnóticos	5	0.4	0.07	0.27
inhalantes	4	0.4	0.07	0.27
alucinógenos	10	0.9	0.22	0.47
cocaína	13	1.1	0.29	0.54
heroína	10	0.8	0.29	0.54
otros	18	1.6	0.24	0.49

Tabla.8. Consumo de drogas.

Edad de inicio en el consumo

Casi la mitad de los consumidores (41%) de "otras drogas" refieren haberse iniciado con 16 años o más; el 25.6 % entre los 13 y los 15 años, ambos inclusive; el 21.8% (18 alumnos) refieren el primer consumo por debajo de los 10 años y finalmente el 11.6% comenzaron entre los 10 y 12 años. Los porcentajes están referidos al total, es decir, los que se consideran consumidores habituales y los que han contestado indirectamente, a través de alguna pregunta relacionada, porque presumiblemente han realizado algún consumo esporádico.

Frecuencia de consumo

El porcentaje de alumnos que responden es en este caso similar al obtenido en la pregunta anterior, el 7.3% en total.

La mayor frecuencia de consumo, referido al conjunto de "otras drogas" es de menos de una vez por semana que son el 29.3% de los consumidores (2,1% del conjunto de la muestra, que son 24 encuestados); en segundo orden se encuentran los que refieren consumir alguna droga una vez por semana que suponen el 18.6% de los que consumen (1.4% de los alumnos del estudio).

El consumo semanal de una o más veces se contabiliza en el 51.8 de los consumidores (43 alumnos), ello incluye a los anteriores (una vez por semana que son 16 alumnos), a los que consumen dos veces por día (14 alumnos), entre dos y seis veces por semana (8 alumnos), y una vez al día (5 alumnos). Un último apartado es el que se refiere a consumo previo a los exámenes que es anotado por 16 alumnos.

Antigüedad en el consumo habitual

En primer lugar se encuentran los que llevan consumiendo entre 1 y 12 meses (31% de los consumidores, 26 alumnos), seguido de los que manifiestan un tiempo de consumo de 1 a 4 años (29% de los consumidores, 24 alumnos). Con una antigüedad de más de cuatro años consumiendo drogas de forma habitual (sin especificar cual o cuales de ellas) hemos registrado 18 alumnos (22% de los consumidores). Finalmente refieren un consumo habitual reciente, de 1 mes o menos, 14 encuestados que completan el 17% restante de los que consumen "otras drogas".

Percepción de la actitud de los compañeros ante el consumo de "otras drogas"

Existe un elevado porcentaje de no respuesta (63.5%). 10.8% de los encuestados creen que el consumo de cualquier droga (dentro del grupo de "otras drogas") es considerada escandalosa, mientras que un 6.1% exceptúa el consumo de porros del conjunto considerando que sería reprobable el consumo de las restantes. Por otro lado creen que a sus compañeros les da igual o lo consideran como algo normal en el 15.3% de los entrevistados. Por último el 4.2% piensa que los compañeros toleran el consumo de "otras drogas".

Juicio sobre el consumo de drogas por parte de los compañeros.

En este caso el 53.3% desapruaba el consumo, mientras que el 35.3% no lo desapruaba. El resto no contesta.

Consumo de "otras drogas" en la familia del encuestado.

Un total de 32 (2.82% del total) señalan que alguno de sus familiares es consumidor.

12 alumnos (1.1% de la muestra) dicen que el padre y el hermano mayor son consumidores de alguno de los tipos de drogas enumerados dentro del grupo de "otras drogas" y 11 encuestados refieren el consumo de drogas por parte del padre y de la madre o de estos y los hermanos. En 9 casos se manifiesta que la madre toma alguna droga.

Actitud de los padres ante el consumo de "otras drogas" de los hijos, percibida por los alumnos.

El 76.1% de los encuestados no contesta a esta pregunta. Ha existido quizá un planteamiento poco claro de la misma, ya que se formula como ¿Cual es la actitud de tus padres ante tu consumo...? y debería haberse planteado como ¿Cual crees que sería la actitud de tus padres...? Creemos que las respuestas obedecen a las dos interpretaciones.

Un 16.6% refiere una actitud muy contraria o contraria. Anotan actitudes muy permisivas o permisivas el 3.6% de los alumnos y el 0.9% indiferente.

Llama la atención que el 3% de los encuestados señala que sus padres desconocen que consumen "otras drogas".

Percepción de la opinión de los padres ante la droga en la sociedad.

Queda reflejada en la figura 15. El 86.9% de los encuestados contestan que la actitud de los padres es muy contraria o contraria, mientras que el 8.1% refieren una percepción muy permisiva o permisiva. Una actitud indiferente se refleja en el 5% de los casos.

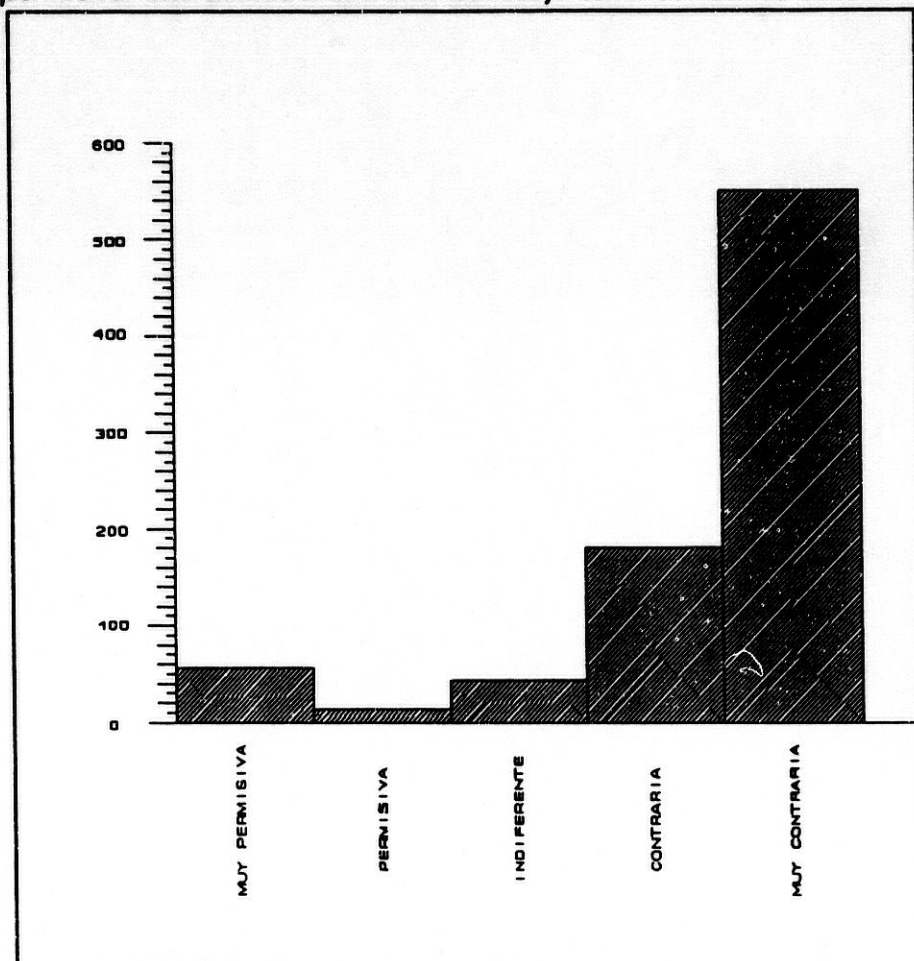


Fig.15. Actitud de los padres ante el consumo de drogas en la sociedad/nº de alumnos.

Dificultades para obtener la droga

Los que se confiesan consumidores de "otras drogas" se reparten en este apartado en la forma siguiente:

- El 79% no tiene ninguna dificultad en conseguir la droga/as que consume.
- El 21% restante manifiesta que sí.

Fuentes habituales de obtención de la droga

El lugar más frecuente es el del Bar o discoteca referido por 21 alumnos (25,3% de los consumidores). Siguen por orden decreciente: a través de los compañeros del colegio, a través de amigos del barrio, por los camellos, a través de otros amigos, por medio del médico, de los padres, comprado en la farmacia y a través de los hermanos en último lugar.

Motivos para el consumo de "otras drogas"

Las causas están muy diversificadas como se muestra en la tabla 9. Las más destacables son: "para ser aceptado en el grupo" (20.5% de los que responden la pregunta -73 consumidores-), y "por sentirme libre" (19.1%).

	n	%
Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	13	1.1
Por sentirme libre	14	1.2
Porque mis amigos lo hacen	10	0.9
Porque me gusta	2	0.2
Para ser aceptado en el grupo	15	1.3
Porque esta prohibido	2	0.2
Para olvidar mis problemas	2	0.2
Para pasar el rato	6	0.5
Para calmar los nervios	9	0.8

Tabla.9. Motivo para el consumo de "otras drogas".
% Sobre la totalidad de alumnos encuestados.
N: nº de alumnos que responden.

Participación en la venta de drogas

29 alumnos dicen que además de consumir venden droga a otras personas, ello supone el 2.6% de la muestra y el 34.9% de los que se manifiestan consumidores.

Razones de no consumo de "otras drogas".

La gran mayoría de los encuestados con el 61.7% del total responden que no las consumen porque no les interesa y el 20.1% porque hacen daño, de forma que son los dos grandes motivos para no consumirlas. El 15.4% no contestan y solo queda un porcentaje pequeño para otros motivos, tales como: porque no me gustan con el 1.1%, por miedo con el 0.7%, por mis padres con el 0.5%, porque no tengo con el 0.3% y por influencia de los amigos con solo el 0.2%. % referido al total de encuestados.

Opinión sobre la dificultad de abandonar el consumo de drogas.

Aunque existe un 14% de no respuestas la opinión más generalizada es que resulta muy difícil o difícil (48.4%) y otro 23.4% dicen que es imposible. El 11.1% refiere que supone algún esfuerzo y el 2.9% considera que es fácil. En la figura 16 se detallan las diferentes proporciones.

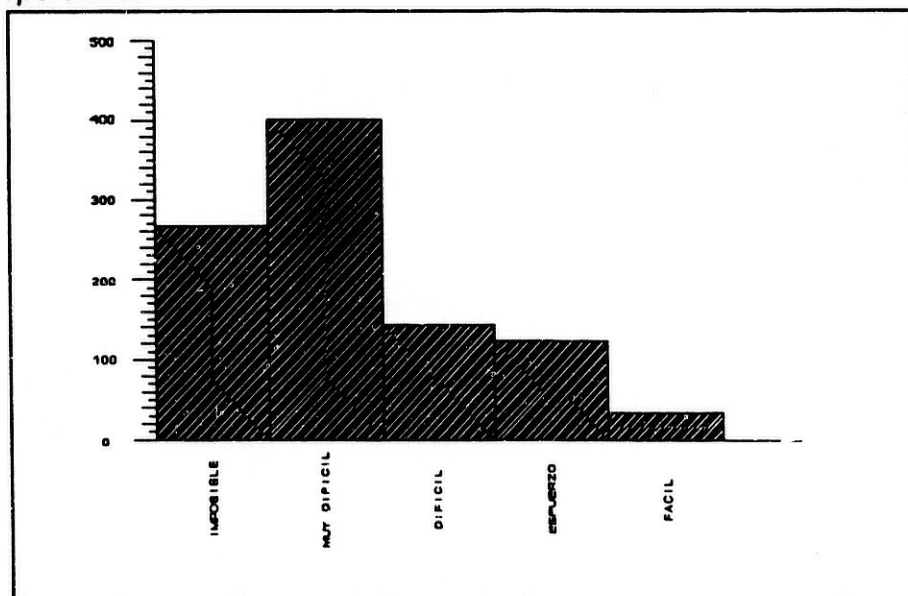


FIG.16. Opinión sobre abandono de drogas/Nº de alumnos

Opinión sobre las medidas generales a tomar en la lucha contra la droga.

La medida más contestada con el 35% es la represión de los traficantes, seguida en segundo lugar por aumentar las condiciones de vida con el 20.8%, en tercer lugar con el 14.7% se encuentran los que piensan que hacen falta más centros de asistencia y tratamiento, después con poca diferencia con la anterior, el 14% de los encuestados, los que contestan que hay que hacer campañas de información en prensa, radio televisión, etc... sobre las consecuencias del consumo de droga. El 3.5% piensa que hay que liberar su consumo y controlarlo y el 2.6% en 6º y último lugar piensa que hay que reprimir a los consumidores. Ver figura 17.

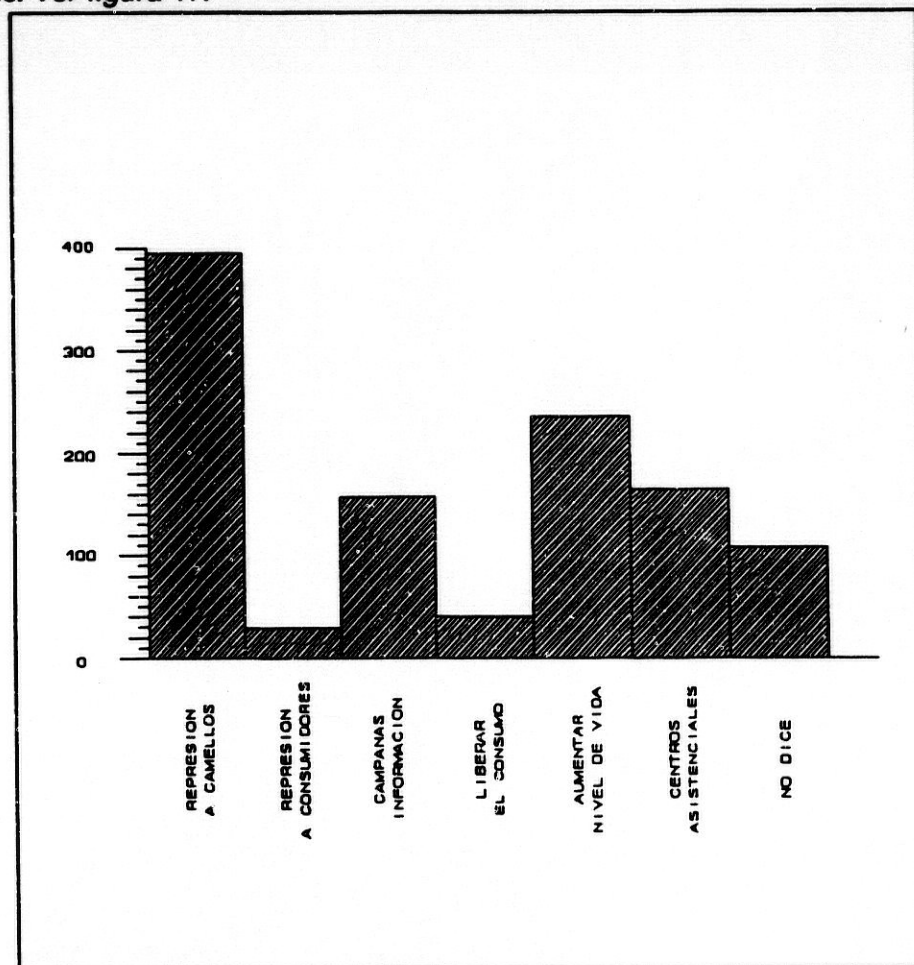


Fig.17. Medidas en la lucha contra la droga/Nº de alumnos

E - RESULTADOS ANALITICOS -

I. La edad y otras variables.

I.1. Edad y tabaco. El consumo de tabaco aumenta con la edad ($p < 0.01$).

Respecto de la edad de inicio en el consumo de tabaco en primer lugar hay que destacar que son reacios a contestar a partir de los 17 años, la edad más frecuente de iniciar el consumo es con más de 15 años. Los de 18 a 23 años han empezado a fumar con menos de 10 años o más de 15 ($p < 0.01$).

La mayoría de los encuestados han empezado a fumar solos o a escondidas y en segundo lugar con sus padres cuando tenían entre 10 y 15 años ($p < 0.01$).

Los dos motivos más expresados para fumar son en primer lugar porque lo hacen sus amigos y en segundo lugar para ser aceptado en la pandilla, en ambos casos a medida que aumenta la edad se refuerzan más estas opiniones, solo los menores de 15 años declaran que fuman porque les esta prohibido y nadie declara que le guste el tabaco ($p < 0.01$).

Según los alumnos, el 48.4% de sus maestros fuman en clase, con diferencias por edad de forma que los menores de 15 años son los que menos declaran que sus maestros fuman en clase con solo el 28.7%, porcentaje que aumenta con la edad así esta respuesta la dan el 64.5% de los que tienen entre 15 y 17 años, y el 76.8% de los que tienen entre 18 y 20 años y el 82.4% de los que tienen entre 21 y 23 años, de lo que se desprende que a medida que los alumnos son mayores los maestros se toman más libertad para fumar en clase ($p < 0.01$).

I.2. Edad y alcohol. Al preguntarles que tipo de bebida consumen, el 54.9% declara que bebe. Las bebidas más consumidas son: cerveza, cuba-libre, whisky y vino y según las edades, los menores de 15 años beben en primer lugar cuba-libres seguido de whisky, cerveza y vino, mientras que los demás beben en primer lugar cerveza, los que tienen más de 14 años y hasta 20, beben cuba-libres tras la cerveza y, los mayores de 20 años beben vino tras cerveza (tabla 10). Entre los 15 y 17 años beben más frecuentemente en fiestas (3.6%), o algunas veces al mes (el 29%), los que tienen 14 años o menos son los que más beben los fines de semana y a diario ($p < 0.01$).

EDAD	NC	VINO	CERVEZA	CUBATA	WHISKY	TOTAL
≤14	305 82.5	17 3.5	42 8.6	81 16.8	43 8.8	488 100.0
15-17	88 26.0	20 5.3	137 38.3	98 26.3	23 6.1	377 100.0
18-20	22 16.8	12 9.2	80 45.8	24 18.3	13 9.9	131 100.0
21-23	2 12.5	4 25.0	3 31.3	3 18.8	2 12.5	16 100.0
>23	4 33.3	2 16.7	5 41.7	1 8.3	0 0.0	12 100.0
TOTAL	431 42.1	55 5.4	249 24.3	208 20.3	81 7.9	1024 100.0

Tabla.10. Tipos de bebidas consumidas por grupos de edad.

EDAD	Por padre o bien	Porque mis amigos beben	Porque beben	Por moda	Por probar algo nuevo	Porque están prohibidas	Porque es de mayores	No gusta	Porque a veces mis amigos beben	No contesta	TOTAL
≤14	3 0.3	40 7.2	104 18.7	7 1.3	34 8.7	4 0.7	0 0.0	1 0.2	0 0.0	842 61.8	923 100.0
15-17	8 1.0	80 8.0	108 28.8	18 4.8	101 24.8	3 0.7	1 0.2	0 0.0	1 0.2	140 34.1	410 100.0
18-20	2 1.4	8 5.8	41 29.7	7 5.1	45 32.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	25 25.4	198 100.0
21-23	0 0.0	1 5.8	3 17.8	8 11.8	3 28.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	8 38.3	17 100.0
>23	0 0.0	2 14.3	2 14.3	0 0.0	1 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	8 42.9	19 100.0
TOTAL	11 1.0	84 7.4	238 22.8	23 2.1	208 19.4	7 0.8	1 0.1	1 0.3	1 0.1	328 48.4	1124 100.0

Tabla.11. Motivación inicial para el consumo de alcohol.

1.3. Edad y "otras drogas" .El consumo de "otras drogas" aumenta con la edad ($p < 0.01$). Los menores de 15 años son los que más consumen anfetaminas tras los mayores de 23. Los analgésicos se consumen proporcionalmente más a medida que aumenta la edad. Solo los menores de 15 años consumen tranquilizantes, salvo los mayores de 23 (una proporción muy pequeña en nuestro estudio). Solo los menores de 15 años consumen hipnóticos, que son los que más consumen inhalables, tras los mayores de 23.

Alucinógenos, heroína, cocaína y otros son consumidos en primer lugar -parece ser- por los mayores de 23 seguido de los comprendidos entre 18 y 20, de los menores de 15 y de los comprendidos entre 21 y 23 ($p < 0.01$).

A la pregunta : ¿donde consigues usualmente la droga que consumes?, la gran mayoría de los encuestados (92.9%) consumidores o no, mencionan como fuente de obtención de "otras drogas" al camello, siendo referidos también los bares o discotecas (1.89%) y los compañeros de colegio. Los de 14 años o menos, señalan el camello en el 94.9%, los de 15 a 17 años en el 92.9%, los de 18 a 20 años en el 87.7%, el 82.35% de los que tienen entre 21 y 23 años y el 78.57% de los mayores de 23 años ($p < 0.01$).

A la pregunta: ¿cuales son a tu juicio las medidas generales a tomar en la lucha contra la droga?, los de 14 años o menos piensan que la primera medida es la represión de los traficantes, seguido por aumentar los centros de asistencia y tratamiento, aumentar el nivel de vida, aumentar las campañas de información y en último lugar figuran la represión de los consumidores y liberalizar el consumo.

Los alumnos cuya edad está comprendida entre 15 y 17 años también opinan que la primera medida es la represión de los traficantes, seguido muy de cerca por aumentar el nivel de vida.

Los que tienen entre 18 y 20 años, al igual que el grupo anterior ponen como primera y segunda medidas, la represión de los traficantes y aumentar el nivel de vida.

Los mayores de 20 años, piensan que la primera medida es aumentar las campañas de información (este grupo solo son el 2.8% del total de encuestados).

1.4. La edad y las relaciones sociales: Los que tienen menos o igual de 14 años tienen sus amigos preferentemente (el 53.5% de ellos) entre sus compañeros de clase, este porcentaje disminuye a medida que aumenta la edad ($p < 0.01$).

Los que tienen menos de 15 años en una proporción del 47.7% pasan gran parte del día juntos con sus amigos. El 32.2% se ve con sus amigos preferentemente en clase, lo que es más acusado en los mayores de 15 años ($p < 0.01$).

El 43.9% del total declara tener relaciones normales con los

padres. El grupo entre 15 y 17 años y los que tienen más de 23 años son los que dan un porcentaje más alto, el 11% dice llevarse muy mal con los padres ($p < 0.05$).

El 73.4% del total de los encuestados habla con los padres de sus cosas con relativa frecuencia, siendo los que lo hacen con más frecuencia los comprendidos entre los 15 y 17 años, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

Todos los encuestados, con pocas diferencias marcadas por la edad, piensan de forma parecida sobre la actitud de sus padres y por orden decreciente declaran el 37.5% que "son rígidos y me dejan salir poco", el 33.4% que "se interesan y me exigen responsabilidad", el 23.3% "me dejan hacer lo que quiera" y el 3% dicen que "no se ocupan de lo que hago" (no estadísticamente significativo).

El 96.2% tienen relaciones buenas o muy buenas con sus hermanos independientemente de la edad.

La mayoría de los encuestados que pertenecen a algún club social (11% de la muestra), se decantan por el deporte (62.8%) o por la música (24.3%), los mayores de 23 años son menos proclives al deporte y más a la música, los comprendidos entre los 15 y 17 años seguidos por los menores de 14 son los que más pertenecen a otros club aparte del deporte o la música (no estadísticamente significativo).

Los menores de 15 años son los que más piensan que los estudios no sirven, los que tienen entre 18 y 20 años son los que más expresan que el futuro les da lo mismo, solo el 0.4% contesta que quiere trabajar y luchar por conseguir sus metas y el 87.1% de entre todas las edades confían en el futuro y piensan luchar para conseguir sus metas ($p < 0,01\%$).

El 8.5% de los menores de 15 años gusta de experimentar cosas nuevas en un porcentaje mayor que los demás y piensa mucho antes de hacer algo que no hacen los demás ($p < 0.01$).

El 74% de los encuestados piensa que el mundo es mejorable, esta opinión se afianza en los menores de 14 años con el 84.3%, los más conformistas con la situación del mundo son los mayores de 17 años ($p < 0.01$).

II. El sexo y otras variables

II.1. Sexo y tabaco.

En cuanto al consumo de tabaco, no aparecen diferencias significativas, si bien el % de mujeres fumadoras es ligeramente superior (30,2% de las mujeres frente al 29,2% de varones); el varón fuma más en los grupos de menos de 10 cigarros/día y de 10 a 20 mientras la mujer lo hace más en el grupo "más de 20", "los fines de semana" y "a veces" (aunque no es estadísticamente significativo) tabla 12. En cuanto a la edad de inicio, el varón empieza a fumar progresivamente desde

menos de 10 años, aumentando con los años, dándose la proporción más grande con más de 15 años, la mujer empieza a fumar fundamentalmente con más de 15 años ($p < 0,01$) tabla 13.

	Menos de 10	De 10 a 20	Más de 20	Fin de semana	AVECES	NC	TOTAL
VARON	18 3.2	31 5.5	59 10.4	57 10.1	0 0.0	400 70.8	565 100.0
HEMBRA	8 1.6	15 2.7	66 11.7	77 13.7	3 0.5	304 69.9	564 100.0
NC	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	1 100.0
TOTAL	27 2.4	46 4.1	125 11.1	134 11.9	3 0.3	795 70.4	1130 100.0

Tabla.12. Consumo de cigarrillos segun sexos.

		EDAD					
		Menos de 10	De 10 a 12	De 13 a 15	Más de 15	NC	TOTAL
VARON	10 2.0	14 2.8	19 3.8	86 17.0	377 74.5	506 100.0	
HEMBRA	4 0.7	8 1.5	3 0.6	140 26.0	383 71.2	538 100.0	
NC	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	1 100.0	
TOTAL	14 1.3	22 2.1	22 2.1	226 23.6	761 72.8	1045 100.0	

Tabla.13. Edad de inicio en el consumo de cigarrillos segun sexo.

II.2. Sexo y alcohol. Proporcionalmente a las respuestas la mujer toma más cuba-libres o whisky que el hombre, ($p < 0.01$). Los varones beben más en fiestas y las mujeres más algunas veces al mes ($p < 0.01$).

II.3. Sexo y "otras drogas". El varón es más consumidor de drogas que la mujer ($p < 0.01$). Los padres son más contrarios al consumo de drogas por los propios hijos independientemente del sexo en tanto que son permisivos con el consumo de drogas por los demás.

Las mujeres consumen más analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos, cocaína y anfetaminas que los varones, en tanto que estos consumen más inhalables, alucinógenos y heroína ($p < 0,01$) y el consumo de porros es aproximadamente igual en ambos sexos. En el apartado consignado como "otros tipos de drogas" el varón es más consumidor que la mujer $p < 0.01$. Por sexos los varones obtienen la droga en general salvo alcohol y tabaco, principalmente de los compañeros del colegio seguido de los padres y del camello en tanto que las mujeres la obtienen en primer lugar del camello, seguido de los padres aunque no es estadísticamente significativo.

II.4. Relaciones sociales. No hay diferencias atribuibles al sexo respecto de las relaciones con los compañeros de clase, ni tampoco respecto de la pertenencia o no de la pandilla o grupo de amigos. De la misma forma observamos que no hay diferencias marcadas por el sexo respecto de la frecuencia de salida con los amigos, ni respecto de las relaciones que tienen con los padres, ni el hecho de hablar con los padres de cosas personales o problemas, ni tampoco del comportamiento de los padres para con los hijos.

Las relaciones con los hermanos son muy buenas para el 47.8% de los varones y buenas para el 62.1% de las mujeres ($p < 0,01$). La pertenencia a un club de deporte es lo más frecuente comparado con la pertenencia a otro tipo de club o asociación para ambos sexos siendo esto más marcado en las mujeres ($p < 0,01$). Cuando les preguntamos: ¿que piensas de la sociedad que te rodea?, los varones son los que más gustan experimentar cosas nuevas, los que más piensan que hay que luchar por conseguir algo, o adaptarse a las normas de los demás, en tanto que las mujeres demuestran ser más reflexivas y contestan más que los varones: "pienso mucho antes de hacer algo que no hagan los demás" ($p < 0,01$). Los resultados se muestran en la tabla 14. No influye el sexo en cuanto a la concepción que tienen del mundo.

	Probar Coccos Nuevas	Arriarlar	Me adapto a las normas	Obedesco padre y escuela	Soy prudente	N.C.	Total
VARON	32 5.7	299 52.7	25 4.4	136 24.4	67 11.9	5 0.9	565 100.0
HEMBRA	27 4.8	274 48.7	12 2.1	130 23.1	116 20.8	4 0.7	563 100.0
NC	0 0.00	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	1 100.0
TOTAL	59 5.2	572 50.7	37 3.3	266 23.7	183 16.2	10 0.9	1129 100.0

Tabla.14. Opinión sobre la sociedad.

III. Etnia y otras variables

Dado que la población gitana de la muestra es muy pequeña (diez casos), hacemos referencia a los resultados del estudio, conociendo su escasa representatividad.

Los alumnos gitanos se relacionan menos con sus compañeros de clase que los de raza blanca, se relacionan más con los amigos del barrio y salen más a la calle. No tienen proyectos para el futuro y se quejan por las normas impuestas por la sociedad, más que los de raza blanca. Los gitanos, son más reacios a abandonar el consumo de tabaco, son más consumidores de alcohol y su bebida preferida es el vino. Respecto del consumo de drogas los gitanos fuman más porros, anfetaminas, analgésicos, hipnóticos, alucinógenos y cocaína que los de raza blanca y estos últimos más tranquilizantes, inhalables y heroína.

IV. Areas geográficas y otras variables

IV.1. Consumo de tabaco. El mayor porcentaje de fumadores, se da en el área rural-minera con el 32%, seguido del área rural-urbana con el 22,6% y en tercer lugar la rural-agraria con el 15,6% ($p < 0,05$). Respecto a la edad de inicio, en el área rural urbana, refieren haber

empezado a fumar con más de 15 años, seguido por el grupo de "13 a 15 años". En el área rural-agraria y en la rural-minera empiezan a fumar con más frecuencia entre 13 y 15 años, seguido por los mayores de 15 años ($p < 0,05$). También se observan diferencias geográficas en la frecuencia de consumo, así en el área rural-urbana, la respuesta más frecuente es la de fumar los fines de semana, en el área rural-minera es donde con más frecuencia fuman más de 20 cigarrillos al día y también son los primeros en fumar entre 10 y 20 cigarrillos al día. En el área rural-agraria tienen los mismos hábitos que en la anterior pero menos acentuados (tabla 15) ($p < 0,05$). Las razones para fumar son en las tres áreas, fumar porque fuman los padres o los amigos. En el área rural-agraria es donde más se da la respuesta de fumar por probar algo nuevo o por entrar en una pandilla ($p < 0,05$). Los que en mayor medida piensa dejar de fumar, son del área rural-urbana, seguido por el área rural-minera y por el área rural-agraria, aunque las diferencias no sean estadísticamente significativas. Los alumnos del área rural-urbana responden en un 37,5% que sus maestros fuman en clase, en el área rural minera, el 34,8% y en el área rural-agraria el 28% ($p < 0,05$).

	Menos de 10	De 10 a 20	Más de 20	Fin de semana	AVECES	NC	TOTAL
MACAEL	5 3.3	19 12.6	23 16.6	28 17.2	1 0.7	73 48.7	131 100.0
OLULA	4 3.0	3 2.3	17 12.8	5 3.8	0 0.0	104 78.2	133 100.0
ALBOX	7 3.0	2 0.9	28 12.2	38 16.5	2 0.8	153 66.5	230 100.0
HUERCAL	8 2.0	9 3.1	22 7.5	49 18.7	0 0.0	208 70.7	264 100.0
CANTORIA ALBANCHEZ	0 0.0	0 0.0	14 11.5	13 10.7	0 0.0	95 77.8	122 100.0
ZURGENA	0 0.0	2 3.7	2 3.7	1 2.0	1 2.0	28 92.0	35 100.0
ARSOLEAS	3 6.7	2 4.4	8 13.3	0 0.0	0 0.0	24 75.8	45 100.0
ESRON	1 2.1	6 12.5	2 4.2	0 0.0	0 0.0	39 81.3	48 100.0
TIJOLA	1 1.3	4 5.3	10 13.2	3 3.9	0 0.0	38 78.3	48 100.0
TOTAL	27 2.4	47 4.1	126 11.1	135 11.8	4 0.4	785 70.1	1124 100.0

Tabla.15. Consumo de tabaco por pueblos.

IV.2. Consumo de alcohol. Los alumnos del área rural-minera son los que más beben (el 57,8% del total), seguido por los del área rural urbana con el 53% y en último lugar por los del área rural-agraria con el 34,4% ($p < 0,05$). Tablas 16 y 17.

	NC	VINO	CERVEZA	CUBATA	WHISKY	TOTAL
MACAEL	25 18.5	11 8.6	43 33.6	26 20.3	29 18.0	128 100.0
OLULA	64 53.3	6 5.0	14 11.7	32 26.7	4 3.3	120 100.0
ALBOX	65 28.6	19 8.7	69 31.7	49 22.3	16 7.3	218 100.0
HUBCAL	113 43.6	9 3.5	71 27.4	47 18.1	10 7.3	250 100.0
CANTORIA ALBANCHEZ	56 48.2	5 4.2	28 24.6	17 14.4	8 7.6	114 100.0
ZURGENA	22 71.0	0 0.0	3 9.7	8 9.7	3 9.7	34 100.0
ARDOLEAS	26 60.5	3 7.0	3 7.0	8 20.9	2 4.7	43 100.0
BERON	22 50.0	0 0.0	9 20.3	11 25.0	2 4.3	44 100.0
TIJOLA	36 57.1	2 3.2	8 12.7	14 22.2	3 4.8	63 100.0
TOTAL	431 42.1	55 5.4	249 24.3	208 20.3	81 7.9	1024 100.0

Tabla.16. Consumo de alcohol por pueblos.

	NC	VINO	CERVEZA	CUBATA	WHISKY	TOTAL
MINERA	89 35.9	17 6.9	57 23.0	58 23.4	27 10.9	248 100.0
RURAGRA	164 54.8	10 3.3	52 17.4	54 18.1	19 6.4	299 100.0
RURBANA	178 37.3	28 5.9	140 29.4	96 20.1	35 7.3	477 100.0
TOTAL	431 41.1	55 5.4	249 24.3	208 20.3	81 7.9	1024 100.0

Tabla.17. Tipos de bebida consumida según área.

En el área rural-urbana se consume preferentemente cerveza y en las áreas rural-agraria y rural-minera cuba libres ($p < 0,01$). La edad de inicio entre los 13 y 15 años para las áreas-rural minera y rural-agraria y con más de 15 para la área rural-urbana ($p < 0,01$). Los familiares de los alumnos más bebedores son los del área rural-minera, seguido por el área rural-urbana y por el área rural-agraria ($p < 0,01$). En cuanto a la actitud de tus padres ante el consumo: En el área rural-urbana es tolerante, seguido de contraria. En el área rural-agraria la actitud es tolerante, seguido de muy contraria y en área rural-minera tolerante, seguido de indiferente ($p < 0,05$).

IV.3. "otras drogas". Consumo de heroína, cocaína o cannabis: Han consumido alguna de estas drogas 50 de los 1.134 encuestados es decir el 4,4% del total.

El mayor número de consumidores está en el área rural-urbana con el 5%, seguido por el área rural-agraria con el 4,3% y el área rural-minera con el 3,5% ($p < 0,05$). Consumo de anfetaminas, analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos, inhalables o alucinógenos: Han consumido alguna o varias de estas sustancias, 39 de los 1.134 encuestados, lo que supone aproximadamente el 3,4% del total de los encuestados. De este 3,4% en 53,84% corresponde al área rural-urbana, el 28,20% al área rural-agraria y el 17,9% al área rural-minera ($p < 0,05$).

IV.4. Características familiares y relaciones sociales. La profesión del padre, es para las tres áreas, en primer lugar obrero no cualificado (agricultor, cantero, marmolista, construcción, servicios), en segundo lugar empresario (agrícola, industrial del marmol), y en tercer lugar obrero cualificado (artesanía del marmol, alfarería, carpintería, mecánica, oficinista, transportista). Hay que especificar que en las áreas rural-minera y rural-agraria, el porcentaje de estas profesiones es superior al área rural-urbana. En las demás profesiones el porcentaje es mayor para el área rural-urbana, donde hay más comerciantes, profesores, funcionarios y profesionales liberales superiores, con la excepción de los técnicos de grado medio que hay más en el área rural-minera ($p < 0,05$).

En general el salario más frecuente es el de 65.000 a 100.000 Ptas., seguido por 35.000 a 65.000 Ptas. y por 100.000 a 150.000 Ptas. En las tres áreas más del 70% cobra un salario comprendido entre las 65.000 a 100.000 Ptas. y hasta más de 500.000, aunque en el área minera este porcentaje se acerca al 80% ($p < 0,05$).

Hemos encontrado diferencias en la frecuencia de salida con los amigos, así: "con mucha frecuencia" se da en un porcentaje mayor en las zonas rural-agraria y rural-minera y "los fines de semana" más en las zonas rural-urbana ($p < 0,05$).

En cuanto a la opinión sobre la sociedad en las tres áreas se da en primer lugar la respuesta: "quiero luchar por conseguir mis metas", aunque con un porcentaje mayor en el área rural-urbana. En segundo lugar, en el área rural-urbana se da la respuesta: " me gusta experimentar cosas nuevas "; en tanto que en la rural-agraria la respuesta es : "intento adaptarme con respecto a las normas de los demás" ($p < 0,05$).

Los que peor relación tienen con los padres son los del área rural-minera, los que mejor los del área rural-urbana y los del área rural-agraria están en un punto intermedio ($p < 0,05$).

Las relaciones con los hermanos son en general y de forma mayoritaria buenas o muy buenas, matizando que las respuestas normales o malas solo se dan en el área rural-minera y que en área rural urbana no se dan las tres respuestas: normales, malas o muy malas.

V. Niveles de enseñanza al que pertenecen los alumnos y otras variables.

V.1. Consumo de tabaco. El porcentaje global de fumadores es del 22,8 %, lo que suponen 258 alumnos encuestados.

El número de fumadores es mayor entre los estudiantes de FP con 39.6% del total de los fumadores, seguido por los estudiantes de COU con el 27.7%, BUP con el 24.4% y EGB con el 13.45%. Estas diferencias están claramente determinadas por la edad ya que los alumnos de EGB son más jóvenes.

V.2. Consumo de alcohol. El porcentaje global de bebedores es del 54,9%.

El mayor número de bebedores se da entre estudiantes de FP con 76,5% sobre los encuestados en estos cursos, seguido por los de COU con el 70,3%, BUP con 55,6% y EGB con 28,3%, siguiendo la misma secuencia que la registrada en consumo de tabaco y las diferencias igualmente significativas ($p < 0,01$). Igualmente debe considerarse la influencia de la edad en dicha relación.

V.3. Consumo de "otras drogas". El porcentaje global de alumnos que refieren consumir "otras drogas" es del 7,3%.

El consumo de drogas a diferencia del consumo de alcohol y tabaco, es mayor entre estudiantes de COU con el 11,1% de los alumnos de estos cursos, seguido por los estudiantes de BUP con el 9,17%, FP con el 8,29% y EGB con el 3,4%. Dichas diferencias son significativas ($p < 0,01$) y están igualmente influenciadas por la edad de los alumnos. Ver Tabla.28.

	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol	Otras drogas	Desapruebas el consumo por parte de tus compañeros	Que piensas de las sociedades que te rodean ?
EGB	13.45 %	28.30 %	3.40 %	52.40 %	1. Hay que arriesgarse para conseguir algo 2. Intento adaptarme a los demás
BUP	24.40 %	55.60 %	9.17 %	58.28 %	1. Hay que arriesgarse para conseguir algo 2. Me gusta experimentar cosas nuevas
FP	39.50 %	76.50 %	8.29 %	50.62 %	1. Hay que arriesgarse para conseguir algo 2. Me gusta experimentar cosas nuevas
COU	27.70 %	70.30 %	11.1 %	51.85 %	1. Hay que arriesgarse para conseguir algo 2. Intento adaptarme a los demás

Tabla.18. Consumo en general segun niveles de enseñanza.

V.4. Niveles de enseñanza y opiniones. Para todos los niveles de enseñanza se da en primer lugar la respuesta: " hay que arriesgarse para conseguir algo". En EGB la segunda respuesta es: "intento adaptarme con respecto a las normas de los demás ". Por último en BUP y FP la segunda respuesta es: "me gusta experimentar cosas nuevas".

En cuanto a la opinión del consumo de "otras drogas", el 53,76% de los encuestados desaprueba el consumo por sus compañeros. Estratificando por el nivel de enseñanza, la distribución es la siguiente: El 58,28% de los de BUP, seguido por los de EGB con 52,4%, COU con 51,85%, y FP con el 50,62%. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, lógicamente las diferencias encontradas están influidas por la edad, siendo el hábito más frecuente cuanto mayor es la edad.

VI. Estado civil de los padres y el consumo de tabaco, alcohol o drogas por sus hijos.

VI.1. Consumo de tabaco. El consumo de tabaco es mayor entre los hijos de padres separados o viudos (29%) que entre los hijos de padres casados (24,4%) siendo las diferencias significativas $p < 0,05$.

VI.2. Consumo de alcohol. El porcentaje de bebedores es 53% entre los hijos de padres separados o viudos y del 48,3% entre los hijos

de padres casados; las diferencias no han resultado estadísticamente significativas.

VI.3. Consumo de "otras drogas". El estado civil de los padres influye sobre el consumo de droga por parte de los hijos, ya que son consumidores el 14,94% de los hijos de padres separados o viudos frente al 5,75% de los hijos de padres casados ($p < 0,01$), lo que supone un consumo tres veces superior entre los hijos de los primeros.

VII. Situación de empleo de la madre y otras variables.

VII.1. Consumo de tabaco. No existen diferencias en cuanto al consumo de cigarrillos en función de las diferentes situaciones de empleo de la madre. La OR de consumo de tabaco en los hijos de mujeres trabajadoras respecto a los de amas de casa es de 1,19 (n.s.). La actitud de los padres ante el consumo de tabaco por los hijos es más permisiva cuando la madre está en paro y es más que en ningún otro supuesto muy contraria, cuando la madre se dedica a sus labores ($P < 0.01$).

VII.2. Consumo de alcohol. Tampoco hemos encontrado diferencias en el consumo de alcohol según la situación de empleo de la madre. El riesgo valorado mediante la OR de consumo de alcohol en los hijos de mujeres trabajadoras respecto a los de amas de casa es de 0,82 (n.s.). Cuando la madre trabaja en casa, es decir se dedica a sus labores los hijos empiezan a beber de forma más tardía, es decir con de 15 años y se introducen más marcadamente al hábito de beber ellos solos (no estadísticamente significativo), también los hijos de estas madres son los únicos que dicen beber porque no los dejan o porque es de mayores ($P < 0.01$).

VII.3. Consumo de "otras drogas". La situación de empleo de la madre se revela como un factor que influye mucho. La situación de empleo más significativa es la de que la madre se dedique a sus labores, pues protege a los hijos del consumo de drogas; estos no toman porros, anfetaminas, tranquilizantes, hipnóticos, inhalables, alucinógenos, cocaína, heroína y otros en general, sin embargo sí toman más analgésicos. Cuando la madre trabaja a tiempo parcial sus hijos se encuentran también bastante alejados de este consumo, y en nuestra muestra no toman porros, tranquilizantes, hipnóticos, alucinógenos, cocaína, heroína y otros. Como en el caso anterior toman más que los demás, analgésicos. Aquellos que desconocen la situación de empleo de la madre son los que manifiestan un mayor consumo de porros, junto con aquellos cuyas madres trabajan. Cuando la madre está parada los alumnos consumen más anfetaminas, tranquilizantes, hipnóticos, inhalables, alucinógenos, cocaína, heroína y otros. Cuando la madre trabaja, los hijos son también consumidores (aunque en menor cantidad que en las situaciones anteriores) de porros, anfetaminas, analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos, inhalables, alucinógenos, cocaína, heroína

y otros (P entre 0.0000 y 0.2532) . Las tablas 19 a 29 muestran estos resultados. Hemos cuantificado el riesgo de consumo de porros, heroína y cocaína de los hijos de madres trabajadoras respecto de los de amas de casa mediante la OR obteniendo los siguientes resultados:

* porros OR: 3,40 (I.C.: 1,90 - 6,08)

* heroína OR: 4,39 (I.C.: 1,23 - 15,74)

* cocaína OR: 4,39 (I.C.: 1,23 - 15,74)

Cuando la madre se dedica a sus labores, sus hijos, aparte de ser menos consumidores, cuando consumen lo hacen con menor frecuencia y también cuando tienen exámenes. Cuando las madres se dedican a "sus labores", las razones para no consumir drogas son: por influencia de sus padres y porque no saben como conseguirla ($p < 0,01$).

No hay datos que nos indiquen que la situación de empleo del padre tenga influencia sobre el comportamiento de los hijos, salvo en aquellos casos en que los hijos desconocen que hace su padre, no saben si trabaja, no trabaja o está en paro, en cuyo caso son los únicos que presentan tendencias negativas en cuanto a comportamiento, relaciones sociales, concepción del mundo y hábitos de consumo.

	SI	NO	N.C.	TOTAL
AMA DE CASA	50 5.81	802 93.25	8 9.93	860 100
COMERCIO	10 12.35	70 86.42	1 1.23	81 100
MODISTA COSTURERA OFICINISTA	3 4.92	57 93.44	1 1.64	61 100
PROFESORA FUNCIONARIA	4 5.55	67 93.05	1 1.39	72 100
TECNICA DE GRADO MEDIO		14 77.77	4 22.22	18 100
PROFESION LIBERAL SUPERIOR	3 18.75	12 75	1 6.25	16 100
N.C.	10 38.46	15 57.69	1 3.85	26 100
TOTAL.	80 7.05	1037 91.45	17 1.50	1134 100

Tabla.19. Consumo de drogas/profesión de la madre

	PORROS			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	173 90.10	19 9.90		192 100
SEMI TRABAJA	78 97.5	2 2.5		80 100
EN PARO	22 95.65	1 4.35		23 100
SUS LABORES	805 96.87	28 3.13		831 100
N.C.			8 100	8 100
TOTAL	1078 95.06	48 4.23	8 0.71	1134 100

Tabla.20. Consumo de porros/trabajo de la madre.

	ANFETAMINAS			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	184 95.8	8 4.2		192 100
SEMI TRABAJA			80 100	80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	826 99.40	5 0.60		831 100
N.C.			8 100	8 100
TOTAL	1010 99.06	13 1.14	111 9.8	1134 100

Tabla.21. Consumo de anfetaminas/trabajo de la madre.

	ANALGESICOS			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	187 97.40	5 2.60		192 100
SEMI TRABAJA	78 97.5	2 2.5		80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	820 98.7	11 1.3		831 100
N.C.			8 100	8 100
TOTAL	1085 95.69	18 1.59	31 2.73	1134 100

Tabla.22. Consumo de analgesicos/trabajo de la madre.

	TRANQUILIZANTES			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	184 95.8	8 4.2		192 100
SEMI TRABAJA	78 97.5	2 2.5		80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	823 99.04	8 0.96		831 100
N.C.			8 100	8 100
TOTAL	1085 95.69	18 1.59	31 2.73	1134 100

Tabla.23. Consumo de tranquilizantes/trabajo de la madre.

	HIPNOTICOS			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	187 97.40	5 2.60		192 100
SEMI TRABAJA	78 98.75	79 98.75	1 1.25	80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	830 99.88	1 0.12		831 100
N.C.			8 100	8 100
TOTAL	1096 96.63	7 0.62	31 2.73	1134 100

Tabla.24. Consumo de hipnoticos/trabajo de la madre.

	INHALABLES			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	188 95.88	4 3.12		192 100
SEMI TRABAJA			80 10	80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	830 99.88	1 0.12		831 100
N.C.			6 100	6 100
TOTAL	1018 89.77	5 0.44	111 9.79	1134 100

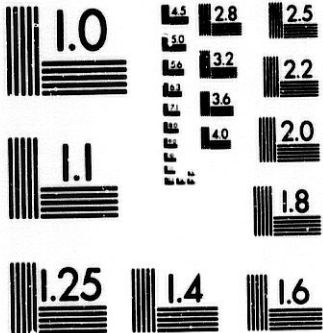
Tabla.25. Consumo de inhalables/trabajo de la madre.

	ALUCINOGENOS			
	NO	SI	N.C.	TD
TRABAJA	188 96.88	6 3.12		192 100
SEMI TRABAJA	78 98.75	1 1.25		80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	827 99.52	4 0.48		831 100
N.C.			8 100	8 100
TOTAL	1092 96.3	11 0.97	31 2.73	1134 100

Tabla.26. Consumo de alucinogenos/trabajo de la madre.

	COCAINA			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	188 97.92	4 2.08		192 100
SEMI TRABAJA	79 98.75	1 1.25		80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	827 99.52	4 0.48		831 100
N.C.			8 100	8 100
TOTAL	1094 96.47	9 0.80	31 2.73	1134 100

Tabla.27. Consumo de cocaína/trabajo de la madre.



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
 NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
 STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
 (ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

	ALUCINOGENOS			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	186 96.88	6 3.12		192 100
SEMI TRABAJA	78 98.75	1 1.25		80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	827 99.52	4 0.48		831 100
N.C.			6 100	6 100
TOTAL	1092 96.3	11 0.87	31 2.73	1134 100

Tabla.26. Consumo de alucinogenos/trabajo de la madre.

	COCAINA			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	188 97.92	4 2.08		192 100
SEMI TRABAJA	78 98.75	1 1.25		80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	827 99.52	4 0.48		831 100
N.C.			6 100	6 100
TOTAL	1094 96.47	9 0.80	31 2.73	1134 100

Tabla.27. Consumo de cocaína/trabajo de la madre.

	HEROINA			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	188 97.92	4 2.08		192 100
SEMI TRABAJA	79 98.75	1 1.25		80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	827 99.52	4 0.48		831 100
N.C.	7 87.5	1 12.5		8 100
TOTAL	11.01 97.09	10 0.88	23 2.028	1134 100

Tabla.28. Consumo de heroína/trabajo de la madre.

	OTROS			
	NO	SI	N.C.	TOTAL
TRABAJA	180 93.75	12 6.25		192 100
SEMI TRABAJA	79 98.75	1 1.25		80 100
EN PARO			23 100	23 100
SUS LABORES	819 98.53	12 1.45		831 100
N.C.			8 100	8 100
TOTAL	1078 0.61	25 2.21	31 2.73	1134 100

Tabla.29. Consumo de otras drogas no descritas/trabajo de la madre.

	CONSUMO	PROFESION DEL PADRE	p
OPOROS	↑ ↓	profesion liberal sup. tecnico gr. medio, peon profesor o funcionario	0.0000
ANFETAMINAS	↑ ↓	comercio, obrero, peon prof. o funcion., tecn. gr. med., prof. lib. sup.	0.7876
ANALGESICOS	↑ ↓	prof. lib. sup., comercio, obrero profesor o funcionario, tec. gr. medio	0.0032
TRANQUILIZ.	↑ ↓	peon, comercio los demas	0.8224
HIPNOTICOS	↑ ↓	comercio, peon los demas	0.0357
INHALANTES	↑ ↓	prof. lib sup., tec. gr. medio, peon obrero, profesor o funcionario	0.0000
ALUCINJENOS	↑ ↓	tec. gr. medio, obrero, comercio prof. lib. sup., profesor o funcionario	0.0002
COCAINA	↑ ↓	prof. lib. sup., tec. gr. medio, comercio profesor o funcionario, empresa	0.0000
HEROINA	↑ ↓	prof. lib. sup., tec. gr. medio, comercio obrero, profesor o funcionario	0.0000
OTROS	↑ ↓	profesor o funcionario, tec. gr. medio, comercio prof. lib. sup., obrero	0.5887

Tabla.30. Consumo de drogas/profesion del padre.

VII.4. Relaciones sociales. La relación con los compañeros de clase es peor para aquellos cuyas madres se dedican a sus labores aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. Tienen una pandilla o grupo de amigos en mayor proporción aquellos cuyas madres se dedican a sus labores y los que menos se integran a una pandilla son aquellos cuyas madres están en paro ($p < 0.05$). Cuando la madre trabaja los hijos salen a la calle con mucha frecuencia, igual ocurre cuando la madre tienen un trabajo a tiempo parcial o está en paro, en tanto que cuando la madre se dedica a sus labores los hijos salen preferentemente los fines de semana, esto refuerza la idea de que la actitud de trabajo de la madre influye en el comportamiento de los hijos ($P < 0.05$). Las relaciones con los padres se van deteriorando proporcionalmente a los siguientes supuestos de mayor a menor: cuando la madre trabaja, cuando la madre trabaja a tiempo parcial, cuando la madre esta en paro y cuando la madre se dedica a sus labores ($P < 0.01$), de la misma forma cuando la madre se dedica a sus labores los hijos tienden a hablar menos con los padres que cuando la madre trabaja ($P 0.01$) y tienen tendencia a fumar preferentemente los

fin de semana, seguramente por el control que ejerce la madre sobre ellos, igualmente fuman preferentemente porque fuma su padre (no estadísticamente significativo).

VIII. Profesión del padre y otras variables.

VIII.1. Consumo de tabaco. Los hijos de profesionales liberales superiores son los que antes empiezan a fumar ($p < 0.01$); confiesan que fuman para ser aceptados en una pandilla ($P < 0.01$) y son los que muestran voluntad de dejar el tabaco. Los profesionales liberales superiores, comerciantes y empresarios son los más permisivos con el consumo de tabaco por su hijos y los que menos, los profesores o funcionarios y los técnicos de grado medio ($P < 0.01$).

VIII.2. Consumo de alcohol. Los mayores consumidores de Whisky, son los hijos de profesionales liberales superiores, comerciantes y técnicos de grado medio; los que más consumen cuba-libres son los hijos de profesores y funcionarios ($p < 0.01$). Los hijos de profesores o funcionarios beben fundamentalmente en las fiestas, los hijos de profesionales liberales superiores los fines de semana y los de obreros cualificados y no cualificados algunas veces al mes ($P < 0.01$). Aunque la mayoría dice que bebe porque sus amigos lo hacen, los hijos de obreros, cualificados o no, y los técnicos de grado medio dicen beber en primer lugar porque está de moda ($P < 0.01$).

VIII.3. Consumo de "otras drogas". El consumo de las distintas drogas según las profesiones de los padres. Se muestra en la tabla 30.

VIII.4. Relaciones sociales. Los hijos cuyos padres son obreros no cualificados (agricultor, cantero, marmolista, construcción, servicios), son los que se integran en una pandilla o grupo de amigos ($P < 0.05$) y los que junto con los hijos de empresarios, con menos frecuencia salen a la calle, siendo los hijos de padres de profesión liberal superior los que salen con los amigos, seguido por los de profesores o funcionarios, técnicos de grado medio, comerciantes, obreros cualificados, obreros no cualificados y empresarios. Cuando el padre tiene una profesión liberal los alumnos pertenecen mayoritariamente a algún club social, divididos entre scouts, teatro y música ($p < 0.01$) y en ningún caso creen que el mundo está bien sino que es mejorable o que no les interesa ($p < 0.05$).

IX. Profesión de la madre y otras variables.

IX.1. Consumo de tabaco. No se observan diferencias significativas entre los hijos de amas de casa y los de mujeres trabajadoras, ni entre las diferentes profesiones de estas. La OR (trabajadoras/amas de casa) es de 1,19 y no ha resultado significativa. tabla 31.

	NO FUMA	< 10	10-20	> 20	FIN DE SEMANA	A VECES	TOTAL
AMA DE CASA	811 71.05	42 4.68	39 4.55	5 0.67	14 0.58	149 17.23	860 100
COMERCIO	55 67.90	4 4.94	6 7.41	1 1.24	2 2.47	13 7.41	81 100
MODISTA COSTURERA OFICINISTA	42 68.95	8 9.64	2 3.29	2 3.29	3 4.92	8 9.64	61 100
PROFESORA FUNCIONARIA	51 70.83	5 8.20	1 1.64		4 6.56	11 18.03	72 100
TECNICA DE GRADO MEDIO	7 38.90	1 5.35			1 5.35	9 50	18 100
PROFESION LIBERAL SUPERIOR	12 75		2 12.5			2 12.5	18 100
N.C.	2 7.69	6 23.08	7 26.92	2 7.69	1 3.85	8 30.77	26 100
TOTAL	780 88.78	64 5.64	57 5.02	10 0.88	25 2.20	198 17.48	1134 100

Tabla.31. Consumo de tabaco/profesion de la madre.

IX.2. Consumo de alcohol. Tampoco se observan diferencias entre el consumo de alcohol de los hijos de amas de casa y los de mujeres con trabajo fuera del hogar (OR: 0,82). El consumo mas importante en todos los grupos es de cerveza, generalmente seguida de "cubatas". tabla 32.

	N.C.	VINO	CERVEZA	CUBALIBRE	LIQOR	SI CONSUME NO DICE	TATALES
AMA DE CASA	403 48.88	18 2.08	326 37.8	74 8.80	34 3.85	5 0.58	860 100
COMERCIO	36 44.44	1 1.23	30 37.03	10 12.34	3 3.70	1 1.23	81 100
MODISTA COSTURERA OFICINISTA	33 54.09	2 3.27	19 31.14	4 6.55	3 4.91		61 100
PROFESORA FUNCIONARIA	47 85.27	1 1.38	20 27.77	1 1.38	3 4.16		72 100
TECNICA DE GRADO MEDIO	7 38.88		9 50	2 11.11			18 100
PROFESION LIBERAL SUPERIOR	8 37.50		8 56.25	1 6.25			16 100
N.C.	13 50	1 3.84	8 30.76	2 7.69	1 3.84	1 3.84	26 100
TOTAL	545 48.05	23 2.02	421 37.12	94 8.28	44 3.88	7 0.61	1134 100

Tabla.32. Consumo de alcohol/profesion de la madre.

IX.3. Consumo de "otras drogas". El grupo de "otras drogas" consideradas globalmente son consumidas con mas frecuencia por hijos de madres trabajadoras que por los de amas de casa (OR: 2,05 IC: 1,28 - 3,27). Cuando la madre se dedica al comercio encontramos un riesgo superior (OR: 2,29 IC: 1,13 - 4,63), y mayor aún en el caso de madres con profesión liberal superior (OR: 4,01 IC: 1,20 - 13,37).

X. Ingresos familiares.

X.1. Tabaco. Son los alumnos de familias con menos ingresos los que más cantidad de cigarrillos fuman al día ($P < 0.05$) (tabla 33). Los de bajo poder adquisitivo empiezan con más frecuencia a fumar porque su padre les da el tabaco o empiezan solos, igual pasa con los que ganan más ($P < 0.05$). También los de bajo poder adquisitivo, dicen fumar porque fuman sus amigos, respuesta que dan con más frecuencia que los demás.

	Menos de 10	Entre 10 y 20	Más de 20	Fin de semana	AVECES	NC	TOTAL
MUYPOCO	3 18.8	2 12.5	2 12.5	0 0.0	0 0.0	9 56.3	16 100.0
POCO	10 2.1	27 5.8	35 11.8	48 10.5	2 0.4	324 69.4	487 100.0
IGUAL	6 2.4	10 2.9	40 11.6	33 15.6	2 0.6	226 66.7	339 100.0
MAS	2 1.6	4 3.6	15 13.4	10 8.9	0 0.0	81 72.3	112 100.0
MUCHOMAS	0 0.0	2 3.7	4 7.4	5 9.3	0 0.0	43 79.6	54 100.0
NC	1 1.9	1 1.9	5 9.3	9 16.7	0 0.0	38 70.4	54 100.0
TOTAL	24 2.3	46 4.4	121 11.6	126 12.1	4 0.4	721 69.2	1042 100.0

Tabla.33. Ingresos de los padres/cigarrillos que fuman los hijos.

X.2. Alcohol. Los hijos cuyos padres ganan muy poco dinero son los más consumidores de vino aunque no resulta estadísticamente significativo, y los que más beben a diario también son los que más tempranamente empiezan a beber ($P < 0.01$), siendo introducidos en el consumo fundamentalmente por ellos mismos, por los padres cuando aún eran niños o por los amigos de los padres ($P < 0.05$). Dicen beber en primer lugar por que los amigos beben, seguido de porque está de moda y porque los padres beben, diferenciándose de los demás en que beben en mayor porcentaje porque está de moda y porque los padres beben y bajan en porcentaje en la respuesta "porque los amigos beben".

X.3. Otras drogas. Son también aquellos cuyos padres tienen un menor poder adquisitivo los que más consumen anfetaminas, sobre todo antes de los exámenes, seguido de entre 2 y 6 veces a la semana y de diariamente una vez. Los de mayor poder adquisitivo obtienen la droga de los camellos (cocaína, heroína, porros), de los compañeros del colegio o de los amigos del barrio, los de menor poder adquisitivo las consiguen de los padres o de otros amigos que no son del colegio ni del barrio ($P < 0.01$).

X.4. Relaciones sociales. Aquellos cuyos padres ganan muy poco o cuyos ingresos son considerados por los alumnos como mucho más bajos que los de la media, son los más indiferentes en las relaciones con sus compañeros ($P < 0.01$) (tabla 34), y, los que menos integrados se encuentran en una pandilla (tabla 35); los que más se relacionan con compañeros mayores que ellos y del mismo colegio y con amigos del barrio; los que ganan más que la media son los que más hablan con los padres, seguido de los que ganan mucho más ($p < 0.01$). Aquellos cuyos padres ganan menos dinero, dicen que sus padres son rígidos y sobre todo y con diferencia con los demás, los que dicen que "saben de sus cosas pero les dejan hacer lo que quieren", en tanto que los demás, dicen que sus padres se interesan por ellos y les exigen responsabilidad (tabla 36). Los de muy pocos ingresos se integran en la Cruz Roja con más frecuencia que los demás, en tanto que participan en menor proporción que los demás en scouts, protección civil, teatro, música y particularmente en agrupaciones deportivas ($P < 0.01$) (tabla 37).

	BIEN	INDIFER	MAL	NC	TOTAL
MUYPOCO	9 58.3	7 43.8	0 0.0	0 0.0	16 100.0
POCO	416 89.5	43 9.2	3 0.6	3 0.6	465 100.0
IGUAL	311 92.0	22 6.5	0 0.0	5 1.5	338 100.0
MAS	106 94.6	6 5.4	0 0.0	0 0.0	112 100.0
MUCHOMAS	48 92.3	3 5.8	1 1.9	0 0.0	52 100.0
NC	49 90.7	4 7.4	0 0.0	1 1.9	54 100.0
TOTAL	939 90.5	85 8.2	4 0.4	9 0.9	1037 100.0

Tabla.34. Ingresos de los padres/relacion con los compañeros de clase.

	SI	NO	NC	TOTAL
MUYPOCO	4 57.1	3 42.9	0 0.0	7 100.0
POCO	178 66.9	79 29.7	9 3.4	266 100.0
IGUAL	136 75.1	40 22.1	5 2.8	181 100.0
MAS	53 76.8	16 23.2	0 0.0	69 100.0
MUCHOMAS	27 79.4	7 20.6	0 0.0	34 100.0
NC	19 79.2	2 8.3	3 12.5	24 100.0
TOTAL	417 71.8	147 25.3	17 2.9	581 100.0

Tabla.35. Ingresos de los padres/pertenencia a un grupo.

	RIGIDOS	CUIDAN	MEDEJAN	NIMPORTO	NC	TOTAL
MUYPOCO	6 42.9	2 14.3	6 42.9	0 0.0	0 0.0	14 100.0
POCO	181 39.2	159 34.4	101 21.9	12 2.6	9 1.9	462 100.0
IGUAL	133 39.3	108 32.0	73 21.6	13 3.8	11 3.3	338 100.0
MAS	41 36.9	42 37.8	23 20.7	3 2.7	2 1.8	111 100.0
MUCHOMAS	14 25.9	25 46.3	13 24.1	0 0.0	2 3.7	54 100.0
NC	17 32.1	12 22.6	17 32.1	3 5.7	4 7.5	53 100.0
TOTAL	392 38.0	348 33.7	233 22.6	31 3.0	28 2.7	1032 100.0

Tabla.36. Ingresos de los padres/opinion que los hijos tienen de ellos.

	NOVICE	SCOUTS	CRUZROJAS	PRO CIVIL	TEATRO	MUSICA	DEPORTE	AMIGOS	OTROS	NC	TOTAL
MUYPOCO	0 0.0	1 6.3	4 25.0	0 0.0	1 6.3	2 12.5	8 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	16 100.0
POCO	6 0.0	12 2.6	15 3.2	18 3.9	15 3.2	131 28.1	272 38.2	0 0.0	1 0.2	3 0.6	467 100.0
IGUAL	0 0.0	11 3.2	4 1.2	13 3.8	5 1.5	78 23.0	223 65.8	1 0.3	0 0.0	4 1.2	338 100.0
MAS	0 0.0	4 3.6	1 0.9	0 0.0	5 4.5	22 19.6	79 70.5	0 0.0	0 0.0	1 0.9	112 100.0
MUCHOMAS	0 0.0	1 1.9	1 1.9	3 5.6	1 1.9	14 25.9	34 63.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	54 100.0
NC	0 0.0	0 0.0	2 3.7	1 1.9	0 0.0	13 24.1	33 61.1	1 1.9	0 0.0	4 7.4	54 100.0
TOTAL	0 0.0	29 2.8	27 2.6	35 3.4	27 2.6	260 25.0	649 62.3	2 0.2	1 0.1	12 1.2	1042 100.0

Tabla.37. Ingresos de los padres/tipo de club al que pertenecen los hijos.

F. ANALISIS SINTETICO DEL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de todas las drogas estudiadas tiende a concentrarse en los mismos alumnos, de manera que consumen más alcohol aquellos alumnos que son fumadores, igualmente el consumo de porros y cocaína solo se observa en fumadores, el de anfetaminas es 9 veces más frecuente en aquellos encuestados que fuman y, los analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos, inhalables y alucinógenos son también más consumidos por fumadores ($p < 0,01$).

Del conjunto de la muestra, 212 alumnos son fumadores y bebedores (10,04%). Bebedores y consumidores de "otras drogas" resultan 62 encuestados (5,56%), y fumadores y consumidores de "otras drogas" 44 alumnos (3,95%). Un total de 42 de los entrevistados se manifiestan consumidores de alcohol, tabaco y "otras drogas" (3,76%).

Hemos encontrado una relación directa entre el consumo de tabaco y la frecuencia de consumo de alcohol, de manera que cuanto mayor es esta última, más frecuentemente son fumadores (tabla 44).

La razón de sexo entre los consumidores de "otras drogas", consideradas globalmente, es de 2,8/1 a favor de los varones. Sin embargo, cuando se considera solamente el consumo de porros, heroína o cocaína la razón de sexo se convierte en 3,7/1, siendo para el resto de las drogas (analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos, anfetaminas, inhalables o alucinógenos) de 1,3/1 a favor de los varones.

Los grupos de edad más consumidores de "otras drogas" son, en el caso de los varones, los de 15-17 años y los de 18 y más, y este último en el caso de las mujeres. En ambos casos, el grupo de 14 y menos años ocupa el siguiente lugar en la frecuencia.

La frecuencia de padres separados es mucho mayor en el grupo de policonsumidores (20,5%) e igualmente tener alguno de los padres en paro (55,6%) ($p < 0,01$). Más de la mitad de los consumidores de "otras drogas" (60%) refieren ingresos familiares bajos y muy bajos respecto a los compañeros, y niveles de estudios de los padres igualmente bajos (el 45% de los padres y el 60% de las madres no saben leer y el 30 y 17% respectivamente sólo leen y escriben).

G. CONSUMO DE "OTRAS DROGAS" Y FUENTES DE OBTENCION

Porros.- Consumen porros 48 de los 1.134 encuestados (4,23%). Obtienen el cannabis en un bar, discoteca o pub el 22,91% (11 casos); el 14,58% (7 casos) dice que lo obtiene de otros compañeros del colegio, el 14,58% (7 casos) de los amigos del barrio, el 14,58% (7 casos) por otros amigos, el 10,41% (5 casos) a través del camello y 4,16% (2 casos) a través de los padres. La obtención en bares o discotecas no es excluyente con las restantes respuestas por lo que se

ha interpretado como a través de desconocidos.

Anfetaminas.- Consumen anfetaminas 12 de 1.134 encuestados, es decir el 1,05%. De este 1,05% el 25 % (3 casos) dice que obtiene las anfetaminas de otros compañeros del colegio, otro 25% de los amigos del barrio, el 16,6% (2 casos) de los padres, el 8,3% del bar, discoteca o pub, el 8,3% del camello y 8,3% del médico (1 caso).

Analgésicos.- Consumen analgésicos 17 de los 1.134 encuestados, es decir el 1,5%. De este 1,5% el 35,29% (6 casos) los obtienen del proveedor habitual o camello, el 17,64% (3 casos) de amigos del barrio, el 11,76% (2 casos) de la farmacia, el 11,76% de los padres, el 5,88% de los compañeros del colegio y 5,88% (1 caso) del médico.

Tranquilizantes.- Los consumen 20 de los 1.134 alumnos, es decir el 1,76%. De estos consumidores el 45% (9 casos) los obtienen del proveedor habitual, el 20% (4 casos) del médico, el 10% de compañeros del colegio, el 10% de amigos del barrio y el 10% de los padres.

Hipnóticos.- Los consumen 5 de los 1.134 encuestados, es decir el 0,4%. De estos, el 40% los obtienen del proveedor habitual, el 40% (2 casos) de los padres, el 40% (2 casos) del camello y el 20% (1 caso) de los compañeros del colegio.

Inhalables.- Los consumen 4 de los 1.134 encuestados, es decir el 0,35%. El 50% de los consumidores los obtienen de los padres o a través de ellos, el 25% de los compañeros del colegio, y el 25% de los amigos del barrio.

Alucinógenos.- Los consumen 10 de los 1.134 alumnos, es decir el 0,8%. De estos, el 20% (2 casos) los obtienen de compañeros del colegio, y el 20% de los padres; después los obtienen con un 10% en cada caso, de camellos, amigos del barrio, de los hermanos, del pub o discoteca.

Cocaína.- La consumen 13 de 1.134 alumnos, es decir el 1,14%. Dicen obtenerla de los compañeros del colegio el 30,76% (4 casos), de los amigos del barrio el 23,07% (3 casos), de los padres el 15,38% (2 casos), del bar, pub o discoteca el 15,38% (2 casos) y del camello el 7,69% (1 caso).

heroína.- La consumen 10 de 1.134 alumnos encuestados, que suponen el 0,8% de estos. La obtienen de los compañeros del colegio el 30% (3 casos), de los amigos del barrio el 20%, de los padres el 20%, del bar pub o discoteca el 20% y del camello el 10%.

DISCUSSION

DISCUSION

1. CONSUMO DE TABACO

En la encuesta de Ramón Mendoza en 1.987, el consumo de tabaco en escolares españoles es del 42'7% referido a los que han fumado aunque sólo sea una vez. J. Bobes García en Oviedo en 1.985 hace una encuesta en estudiantes universitarios de 21 años y obtiene que consumen tabaco el 60'48% en los últimos 30 días. En 1.979 (E.E.U.U.) se dan los siguientes datos (*) sobre fumadores habituales:

- * 12-14 años (3'21% varones, 4'3% mujeres)
- * 15-16 años (13'5% varones, 18'5% mujeres)
- * 17-18 años (19'3% varones, 26'2% mujeres)

Para edades superiores refiere un 39% en varones y un 28'2% en mujeres. Estas cifras son bastante diferentes de las referidas en 1.955 por estadounidenses que daban como fumadores el 52'6% en varones y el 24'5% en mujeres (cifras similares a las de nuestros varones en 1.980). Este fenómeno de disminución de consumo masculino y aumento relativo del femenino se ha repetido en prácticamente todos los países occidentales con una cultura del tabaco semejante. Los datos de nuestra encuesta muestran también pocas diferencias entre el consumo de ambos sexos (29'2 y 30'2% en varones y mujeres respectivamente), sin embargo las frecuencias de consumo son diferentes para ambos sexos, ya que el varón fuma más en los grupos de menos de 10 cigarrillos/día y de 10-20 cigarrillos/día, mientras que la mujer lo hace más en el grupo de más de 20 cigarrillos/día, los fines de semana y a veces.

La edad de inicio en nuestra encuesta está entorno a los 15 años. En el área rural-urbana han empezado a fumar con más de 15 años, en el área rural-agraria y en la rural-minera empiezan a fumar entre los 13-15 años. En general en encuestas españolas e internacionales (87, 49, 19, 21, 12) el inicio en el consumo de tabaco es entorno a los 14-16 años, aunque algunos estudios destacan el proceso de inicio a edades más tempranas. Según nuestros resultados, el varón empieza a fumar progresivamente desde antes de los 10 años, aumentando su consumo con el tiempo, dándose la proporción mayor con más de 15 años, en tanto que la mujer empieza a fumar fundamentalmente con más de 15 años.

En una encuesta a escolares españoles realizada en 1.985 por EDIS (Equipo de Investigación Sociológica)(96), la edades de inicio para el consumo de tabaco son:

EDAD (años)	12-14	15-17	18-20
OCASIONAL	19'6 %	19 %	11 %
<10 CIG/DIA	46'2 %	29'8 %	19 %
10-20 CIG/DIA	51'4 %	65'2 %	70'9 %
>20 CIG/DIA	2'4 %	5 %	10'1 %

Para Ramón Mendoza el final de la E.G.B. es una etapa crucial para el inicio en el consumo de tabaco. En 8º de E.G.B. dicen ser fumadores diarios el 4'6% de los alumnos de ambos sexos, otro 3'3% fuma por lo menos una vez a la semana. En su encuesta los alumnos rurales fuman en mayor proporción que los alumnos semiurbanos y urbanos. Estos resultados son similares a los obtenidos por nosotros.

Según E. Comín Beltrán (23), en Barcelona en 1.989 en 8º de E.G.B. declaran fumar semanalmente el 8'5% de los varones y el 7'8% de las mujeres.

Para M. L. Vilouta Bello (156), en una encuesta realizada en el medio rural gallego en 1.982, la edad en que los escolares consumen tabaco por primera vez oscila entre los 4 y los 14 años, siendo 10 años la edad en la que la mayor parte han probado el tabaco por primera vez. D. Comas (24), en un estudio realizado en 1.985, sobre la población de Barcelona de 36 a 45 años obtiene que el 7% se inició en el consumo del tabaco entre los 6 y 10 años y el 33'3% entre los 11 y 15 años. En la encuesta realizada por J. Bobes (15) en Oviedo en estudiantes universitarios en 1.985, el inicio de las mujeres en el hábito tabáquico se produce a los 15-16 años y en varones a los 13-14 años.

Para J. R. Varo (155) el inicio en el consumo depende de la disponibilidad de la droga y de la aceptación social de la misma.

En Galicia M. L. Vilouta Bello en 1.982 (156), obtiene que fuman el 39'3% de escolares rurales, de ellos el 55'1% son varones y el 25'2% son mujeres.

Para R. Mendoza (98) fuman más los varones (47'9%) que las mujeres (37'5%) en E.G.B., y el incremento del número de alumnos fumadores que se da entre 6º y 8º de E.G.B. es mayor en las mujeres que en los varones. Los varones se inician antes, pero en 8º ya no hay apenas diferencias entre ambos sexos.

Según J. R. Varo (155) no existe gran diferencia para el consumo de tabaco entre hombres y mujeres.

En las sociedades avanzadas, las diferencias de consumo de tabaco por sexos son menores que en otras sociedades menos desarrolladas (133, 35).

En España el consumo de tabaco es, generalmente, mayor en hombres, sin embargo, en algunas profesiones (maestros o médicos) las mujeres son más consumidoras que sus compañeros de profesión (132).

Según R. Mendoza los alumnos de 6º y 8º hijos de obreros fuman en mayor proporción que los hijos de técnicos. Los hijos de parados fuman a diario en una proporción que es el doble (5'1%) que la correspondiente a los hijos de trabajadores fijos (2'4%). En nuestra encuesta observamos que los hijos de padres con profesiones liberales superiores, son los que más pronto empiezan a fumar y sus padres los más permisivos con el consumo, aunque más adelante hay más fumadores entre los hijos de obreros, los padres de fumadores son fundamentalmente obreros y comerciantes y los hijos de profesionales liberales superiores y empresarios son los menos fumadores.

Nuestros resultados muestran que los hijos de padres con pocos ingresos son los que más cigarrillos fuman al día, sin embargo para R. Florenzano Urzua (35) son más consumidores los de mayor status socio-económico.

Para H. M. Alexander (3) en el consumo de tabaco influye el tener amigos fumadores y la disponibilidad de dinero. Nosotros tenemos resultados similares ya que encontramos que los más fumadores fuman sobre todo porque fuman sus amigos, aunque por el contrario encontramos que son mas fumadores a medida que tienen menos ingresos.

2.- CONSUMO DE ALCOHOL

En una encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1.980 (98) se dice que el 51'7% de la población adulta española consume alcohol diariamente. Esta proporción es el reflejo de la aceptación social y el gran arraigo cultural que el consumo de vino y cerveza tiene en nuestro país.

La proporción de bebedores habituales de alcohol entre los alumnos de nuestra encuesta es de 48'2%, siendo de 54'9% la proporción que incluye a los bebedores ocasionales. J. Bobes García en Oviedo en 1.985 (15), en estudiantes universitarios, encuentra que el 37'54% consume alcohol menos de una vez al mes, el 44'27% entre 1 y 15 días al mes, el 9'82% entre 6 y 19 días al mes y el 7'31% más de 20 días al mes. D. Queipo en la publicación "Las Drogas y los Universitarios" publicada en 1.984 señala que el 80'7% son bebedores. Respecto de los estudiantes universitarios en EE.UU. en 1.979 se da la cifra del 85% de consumidores. R. Mendoza en su publicación "Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles" en 1.987 (98) encuentra que un 80% de los encuestados (6º y 8º de E.G.B.) afirma haber probado alguna vez el alcohol. M. Urmeneta en Euskadi en 1.987 (148) observa que el 77'5% son bebedores en la escuela. Según los datos obtenidos por Queipo y Cols. en encuestas realizadas en 1.984 y 1.985 sobre población general el consumo de alcohol es el siguiente:

- 1.984 -

GR/ALCOHOL	Fin de Semana		Resto de la semana	
	VARON	MUJER	VARON	MUJER
0	11'1 %	27 %	29 %	56'9 %
1-39	45'6 %	54'8 %	67'4 %	42'8 %
40-79	23'7 %	14'8 %	3'3 %	0'2 %
80-149	15'3 %	3'2 %	0'2 %	0'1 %
> 150	3'8 %	0'1 %	0'0 %	0'0 %

- 1.985 -

GR/ALCOHOL	Fin de Semana		Resto de la semana	
	VARON	MUJER	VARON	MUJER
0	8'4 %	19'7 %	31'4 %	62'6 %
1-39	48 %	63'1 %	63'9 %	36'1 %
40-79	25 %	11'2 %	3'7 %	1'2 %
80-149	13'9 %	4'8 %	0'7 %	0'0 %
> 150	4'7 %	1'2 %	0'3 %	0'0 %

En nuestro estudio la bebida más consumida es la cerveza, seguida del cubalibre, el whysky y el vino, resultados que coinciden con los de R. Mendoza de 1.987 (98) que encuentra también que la bebida más consumida por escolares es la cerveza y que el vino sólo iguala a la cerveza en consumo diario, en tanto que los licores no se beben a diario sino "cada semana".

La edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en el área rural-minera y rural-agraria oscila entre los 13 y 15 años, siendo la edad de inicio de más de 15 años en el área rural-urbana. Según el Ministerio del Interior en 1.981 (95) a medida que se avanza el curso se consume más alcohol. H. S. G. Cutter en 1.984 (25) dice que la edad está inversamente relacionada con la frecuencia de embriaguez y con el beber para sentirse mejor; para J. Bobes García (15) la edad de contacto con el alcohol es más precoz entre los varones (13-16 años) que en las mujeres (16-18 años). En una encuesta de EDIS en 1.985 (96) se dan los siguientes resultados sobre el consumo de alcohol según edad de inicio de dicho consumo:

Consumo	Edad de inicio		
	12-14	15-17	18-20
LIGERO	42'9 %	49'9 %	41'1 %
MODERADO	8'3 %	25 %	35'6 %
ALTO	2'9 %	8'3 %	13 %

En nuestros datos son más consumidores de bebidas alcohólicas los estudiantes de F.P. seguidos por los de C.O.U., B.U.P. y por último E.G.B.. Según R. Mendoza en 1.987 (98) los hijos de técnicos de grado medio son los más consumidores de licores semanalmente, aunque el mayor consumo de bebidas alcohólicas se da entre los hijos de los obreros no cualificados, los que habitan en zonas rurales son los mayores consumidores habituales de vino y los semiurbanos los que menos. Según H. Weschsler en 1.981 en EE.UU. (158) los mejores estudiantes consumen menos alcohol y viceversa. Para M. Urmeneta (148) el bajo rendimiento en los estudios está relacionado a nivel de E.G.B. con los analgésicos y la heroína y posteriormente con el cannabis, la heroína y el alcohol y hay en general más consumidores entre los estudiantes con malas notas. En nuestro estudio obtenemos igualmente que son más consumidores de alcohol los estudiantes de peores notas.

De nuestra encuesta se desprende que los alumnos católicos practicantes y testigos de Jehová practicantes beben menos que los católicos no practicantes, lo que es congruente con el hecho observado en varios estudios, por ejemplo por T. L. Napier (102), que dice que la religión cuando se practica limita o evita el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Encontramos en nuestro estudio que cuando los padres tienen buenas relaciones, los hijos son menos bebedores, resultados que coinciden con los obtenidos por H. S. G. Cutter (26) que dice igualmente que la relación de los padres interviene en el consumo de alcohol por sus hijos, de forma que a medida que las relaciones son peores, los hijos son más consumidores de alcohol, y que respecto del consumo de alcohol por los padres, la frecuencia de consumo de alcohol por la madre está relacionada directamente con el consumo de alcohol por los hijos. Según R. H. Potvin (125) en EE.UU. en 1.980, en el consumo de alcohol es decisiva la influencia de los amigos, el tipo de amigos (sobre todo a los 15-16 años) y las relaciones padre-hijo.

Observamos igualmente que los alumnos que menos beben se llevan mejor con sus hermanos que los alumnos que más beben. Para R. A. Brown (18) el consumo de alcohol en familia, tiende a ser moderado e iniciado por razones emocionales neutras (probar el gusto); el consumo en fiestas de amigos suele ser más fuerte y se inicia para

relajarse o divertirse. A. S. Friedman (39) dice que los estudiantes aceptan mejor el consumo de alcohol por los amigos que por los padres y para G. Sohan (138) (Israel, 1.980) el rasgo característico de un joven no implicado en la droga es tener un fuerte control paterno y los sujetos que estén influidos en el consumo de alcohol por el consumo de padres y amigos, lo que es coherente con nuestros resultados (discutidos en otro apartado).

En nuestra encuesta los alumnos más bebedores son también los más fumadores y dicen fumar porque fuman sus padres, los que beben menos dicen fumar porque fuman sus amigos y encontramos que los fumadores siempre beben, aunque los bebedores no siempre fuman. Para H. Weschsler (158) los alumnos que consumen más alcohol consumen también más drogas ilegales. Para T. L. Napier y M. C. Pratt (101) en EE. UU. en 1.980 el consumo de alcohol y drogas está relacionado, también cuando se empieza a consumir alcohol a una edad temprana, se tiende a consumir otras drogas más frecuentemente que la gente que pospone el consumo de alcohol hasta más tarde, y que el alcohol, tabaco y marihuana son las drogas más consumidas entre los estudiantes rurales. Según G. Sohan (138) existe gran relación entre el consumo de alcohol, hachis y tabaco. Para D. B. Kandel (71) en EE. UU. en 1.975 los amigos constituyen uno de los factores más importantes en el consumo de alcohol y drogas ilegales de los adolescentes, los hijos de padres que no consumen drogas tienen más probabilidad de no consumirlas que el resto de sus amigos, y que los padres influyen más que los amigos en el inicio en el consumo de alcohol. Entre nuestros resultados encontramos que los alumnos que beben a diario tienen menos intención de dejar de fumar que los que beben los fines de semana, en las fiestas o algunas veces al mes y los consumidores de drogas son más consumidores de alcohol y dicen que beben porque sus padres beben, lo que coincide con lo observado por los autores citados.

Según el Ministerio del Interior, en España en 1.981 (95), el consumo de alcohol comienza en la E.G.B. y antes en los varones, pero a medida que se avanza en curso y edad, el consumo tiende a ser igual para ambos sexos. Según Ramón Mendoza en 1.987 (98) en 8º de E.G.B. ha probado algunas veces el alcohol el 84'8% de los varones y el 75% de las mujeres. En nuestro estudio obtenemos que el consumo de alcohol es ligeramente mayor (1'33 veces) en varones y que las mujeres toman más cubalibres o whisky que el varón, posiblemente porque al incorporarse más tardíamente al mercado de trabajo y a la igualdad social con el varón, los hábitos de conducta y relaciones sociales hacen que en lugar de beber a diario (que es cuando se bebe más cerveza) beban los fines de semana o en las fiestas (que es cuando se beben más licores).

Los de menor poder adquisitivo son los que más vino beben, los

que beben más a diario, los que más temprano empiezan a beber, empiezan ellos solos a beber por norma general y beben porque sus amigos beben, mientras que los de mayor poder adquisitivo beben porque sus padres beben. D. B. Kandel (71) dice que los padres influyen más que los amigos en el inicio en el consumo de alcohol. G. Sohan (138) dice que cuanto menos dinero tienen los padres, más alcohol consumen los hijos.

3.- CONSUMO DE OTRAS DROGAS

El porcentaje de los que se declaran consumidores de otras drogas, a parte del tabaco o alcohol, en nuestra encuesta es del 7'3% del total de los encuestados, siendo con más de 15 años la edad más frecuente de inicio en el consumo, seguido por los menores de 13 años y por los comprendidos entre 13 y 15 años. En la encuesta de R. Hinojal en Asturias en 1.983 (61) la edad media del primer contacto es a los 16 años. Para T. L. Napier en un estudio realizado en 1.982 en Nueva Jersey (104) el inicio del consumo es antes de la adolescencia o al comienzo de esta; encuentra algunas relaciones con el consumo de drogas: 1) al aumentar la edad aumenta el consumo de drogas, 2) a medida que se consume más alcohol se consumen más drogas, y 3) a medida que son mejores las relaciones con los padres menor es el consumo de drogas. Este mismo autor en 1.984 (105) estableció el siguiente orden de consumo: alcohol, cigarrillos y marihuana, anfetaminas, barbitúricos, inhalables, opiáceos, hachis, cocaína, alucinógenos, heroína y metadona. En nuestra encuesta el orden según consumo es: alcohol, cigarrillos, "porros", tranquilizantes, analgésicos, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, heroína, hipnóticos e inhalables. Según V. Navaratnam en Malasia en 1.979 (110) para niños entre 12 y 16 años, el orden de consumo tras el tabaco y el alcohol es: barbitúricos, tranquilizantes, estimulantes y anfetaminas, heroína, morfina y/u opio, alucinógenos y cannabis.

Según nuestros resultados los motivos esgrimidos para justificar el consumo de drogas son básicamente: para ser aceptados en el grupo, para sentirse libre, para sentir sensaciones nuevas, porque mis amigos lo hacen, para calmar los nervios, para pasar el rato, porque me gusta, porque está prohibido y para olvidar mis problemas. Para J. R. Varo en Pamplona en 1.983 (155) los consumidores dicen serlo por buscar experiencias nuevas, búsqueda de cambio psicológico (animarse, etc.), por problemas personales o familiares y por motivos de tipo social.

El inicio en el consumo depende de la disponibilidad de la droga y de que esta esté aceptada socialmente y que cuanto más precoz es el consumo más fácilmente se adquiere el hábito. Según A.S.Friedman,

en 1984 (39), el consumo juvenil está marcado por la curiosidad, escapar de las cosas y porque sus amigos las consumen, según dicen los padres. Según los hijos, por sentirse mejor, introducirse en la música y por controlar su mal humor. Para M. Urmeneta, en Euzkadi en 1988 (148) la relación con los compañeros, con los profesores, el rendimiento en E.G.B., el rendimiento actual y la actitud hacia el centro educativo están implicados en mayor o menor grado con el consumo de anfetaminas, heroína, cannabis, cocaína, analgésicos y alcohol, y la edad más frecuente de inicio es a los 15 años. En torno al 15% empezó el consumo de tabaco, alcohol y cannabis antes de los 12 años. Nosotros encontramos más consumidores de drogas entre los estudiantes de C.O.U., seguido de los de B.U.P., F.P. y E.G.B., con lo que cambia la tendencia de consumo respecto del tabaco y alcohol cuyo orden de consumo era: F.P., C.O.U., B.U.P. y E.G.B.. Esto puede significar un refuerzo del consumo entre los 14 y los 17 años.

En nuestra encuesta los varones son más consumidores de drogas que las mujeres (3/1). Respecto de la heroína, cocaína o cannabis, las consumen 39 varones, que son el 73'58% de los consumidores de drogas y 11 mujeres, que suponen el 52'38%. Respecto de las anfetaminas, analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos, inhalables o alucinógenos estudiados de forma conjunta, las consumen 72 varones (41'50% de los consumidores) y 17 mujeres (80'95% de los consumidores), por tanto en este último apartado son más consumidoras las mujeres. La razón de sexo (varón/mujer) de los consumidores de "otras drogas" en nuestra muestra es de 3/1, mientras que en consumidores adultos, conocidos a través de los indicadores del S.E.I.T. (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías) la razón de sexo es de 4/1 en todos los años de estudio (1987-1991) y en todos los indicadores: tratamientos ambulatorios por abuso de opiáceos y cocaína, episodios de urgencia hospitalaria y mortalidad por reacción aguda a drogas. En una encuesta realizada en Cataluña en 1982 por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social (41) las mujeres consumen actualmente más alcohol, cannabis y otras drogas que en épocas anteriores. En la encuesta de EDIS en 1985 (96) el consumo de "otras drogas" (aparte de tabaco y alcohol) a las edades entre 12 y 20 años, distribuidas por sexos, edad de inicio para la población en general y edad de inicio media para las edades entre 12 y 20 años, se obtienen unos resultados que hemos agrupado en la tabla siguiente:

		12-14 años	15-17 años	19-20 años
INHALABLES	A	5'7 %	7'1 %	5'7 %
	B	2'8 %	2'0 %	1'4 %
CANNABIS	A	15'7 %	47'0 %	57'6 %
	B	11'7 %	35'5 %	47'3 %
ANFETAMINAS	A	2'3 %	11'5 %	23'7 %
	B	1'3 %	6'8 %	13'4 %
TRANQUILIZ.	A	2'6 %	6'0 %	15'0 %
	B	1'4 %	2'8 %	7'2 %
HIPNOTICOS	A	1'5 %	2'1 %	3'7 %
	B	0'8 %	0'8 %	2'3 %
ALUCINOGEN.	A	1'0 %	6'5 %	15'0 %
	B	0'4 %	4'4 %	8'3 %
COCAINA	A	1'3 %	3'7 %	11'1 %
	B	0'4 %	1'9 %	5'1 %
ANALGESICOS	A	14'9 %	22'9 %	27'7 %
	B	5'0 %	10'8 %	11'5 %
HEROINA	A	0'6 %	1'4 %	7'2 %
	B	0'3 %	1'2 %	5'0 %

Adaptado de EDIS. Siendo A = alguna vez y B = últimos seis meses.

En 1981 Goe, Napier y Bachtel (50) hacen un estudio sobre el consumo de marihuana entre estudiantes de bachillerato residentes en zonas rurales al sur de Georgia (U.S.A.) en el que participaron 4.859 estudiantes. En el estudio se pone de manifiesto la tendencia a la desaparición de las diferencias entre el consumo de drogas entre alumnos de áreas rurales y urbanas. En el se describe que el consumo de drogas ilegales crece con más rapidez en las áreas rurales que las urbanas. El consumo de drogas se relacionó con: la frecuencia de salidas, identificación con grupos de rock, pertenencia a clubs automovilísticos, amigos que consumen drogas, deseo marcado de ser aceptado socialmente, consumo moderado de drogas en casa y en acontecimientos sociales. El no consumo se relacionó con: asistencia frecuente a misa o compromiso religioso, gran número de actividades escolares, pertenencia a equipos deportivos, identificación con el grupo predominante, amigos que no consumen drogas e identificación con grupos de clase.

Denis B. Kandel en 1.985 en un estudio llevado a cabo entre 1971 y 1982 en Nueva York en 18 institutos, en el que se concluye que los alumnos consumidores de marihuana son más propensos a consumir otras drogas ilegales, mantienen relaciones más distantes con los padres y más próximas con sus amigos, rinden menos en el instituto, son menos religiosos, más depresivos y sus perfiles políticos son más liberales. muchos de estos factores son coincidentes con los descritos en nuestros resultados.

En 1.983 Stuart W. Fors estudia el consumo de drogas en adolescentes en 2.767 alumnos en Georgia encontrando, como en nuestro estudio, que una proporción importante de consumidores tienen padres divorciados (1/3), y el 11% de los padres parados. También señala que los que consumen drogas "tradicionales" tienen un rendimiento académico peor, menor comunicación con los padres y menor supervisión paterna.

<u>12-20</u>	POBLACION			GENERAL
	SEXO (alguna vez)	<u>VARON</u>	<u>MUJER</u>	<u>E.INIC.</u>
INHALABLES	2'9 %	1'3 %	16'3 %	14'56 %
CANNABIS	27'4 %	15'6 %	17'5 %	14'4 %
ANFETAMINAS	12'2 %	11'3 %	23'5 %	15'23 %
TRANQUILIZ.	16'7 %	20'6 %	36'1 %	14'9 %
HIPNOTICOS	10'0 %	14'4 %	44'1 %	14'73 %
ALUCINOGENOS	6'2 %	2'6 %	18'8 %	15'26 %
COCAINA	5'7 %	1'9 %	20'6 %	15'36 %
ANALGESICOS	29'9 %	39'4 %	32'3 %	13'2 %
HEROINA	2'8 %	0'9 %	19'5 %	15'73 %
TABACO	69'4 %	34'6 %		
ALCOHOL	88'3 %	66'5 %		

Adaptado de EDIS. Siendo E. Inic. la edad de inicio en años y 12-20 la edad en años.

Según el informe de EDIS de 1.989 respecto del consumo de drogas en España (91) los resultados obtenidos son los siguientes:

Han usado drogas alguna vez:

Inhalables.....	614.000	2'0 %
Cannabis.....	6.403.000	21'3 %
Anfetaminas.....	3.386.000	11'3 %
Tranquilizantes.....	5.609.000	18'7 %
Hipnóticos.....	3.672.000	12'2 %
Alucinógenos.....	1.311.000	4'4 %
Cocaína.....	1.122.000	3'7 %
Analgésicos comunes.....	10.409.000	34'7 %
Analgésicos morfínicos.....	576.000	1'9 %
heroína.....	542.000	1'8 %

Han usado drogas en los últimos 6 meses:

Inhalables.....	202.000	0'7 %
Cannabis.....	4.279.000	14'3 %
Anfetaminas.....	1.458.000	4'9 %
Tranquilizantes.....	2.558.000	8'5 %
Hipnóticos.....	2.148.000	7'2 %
Alucinógenos.....	631.000	2'1 %
Cocaína.....	551.000	1'8 %
Analgésicos comunes.....	4.836.000	16'1 %

Analgésicos morfínicos.....	283.000	0'9 %
heroína.....	343.000	1'1 %

Han usado drogas en los últimos 30 días:

Inhalables.....	133.000	0'4 %
Cannabis.....	4.676.000	12'2 %
Anfetaminas.....	1.096.000	3'7 %
Tranquilizantes.....	2.235.000	7'4 %
Hipnóticos.....	1.984.000	6'6 %
Alucinógenos.....	445.000	1'5 %
Cocaína.....	409.000	1'4 %
Analgésicos comunes.....	4.018.000	13'4 %
Analgésicos morfínicos.....	244.000	0'8 %
heroína.....	279.000	0'9 %

El consumo de "otras drogas" además de ser más frecuente en varones, se inicia también antes en estos (148, 61).

Según R. Hinojal en Asturias en 1.983 (61) los varones son más consumidores de drogas. La distribución de consumo según sexo es para los varones: cannabis, estimulantes y tranquilizantes y para las mujeres: cannabis, tranquilizantes y estimulantes y para el resto de las drogas predomina el sexo masculino. Para J. Bobes en Oviedo en 1.985 (15) hay relación entre consumo de tabaco y drogas, prevaleciendo el predominio de fumadores varones entre consumidores de drogas, salvo en el caso del consumo de tranquilizantes en el que es mayor el porcentaje de fumadores. T. L. Napier y M. C. Pratt (101) refieren que los varones son consumidores más frecuentes que las mujeres para la mayoría de las drogas salvo en el caso de las anfetaminas en que son las mujeres más consumidoras, posiblemente debido al stress y el control del peso. También T. L. Napier en EE. UU. en 1.982 (104) concluye que las mujeres consumen más anfetaminas, menos cannabis, cocaína y alcohol, siendo aproximadamente igual el consumo de narcóticos y barbitúricos. Según Friedman 1.984 (39) el varón consume por curiosidad, a edad más temprana, para sentirse mejor, introducirse en la música, controlar su mal humor y hacer mejor el amor. Por último V. Navaratnam en Malasia en 1.979 (110) observa que es mayor el consumo en varones (11'9%) que en mujeres (8'6%).

3. RELACIONES SOCIALES DEL COLECTIVO ENCUESTADO

Una síntesis de nuestros resultados en este aspecto permite afirmar que: el 83.6% dice llevarse bien con sus compañeros el 90'5 % tiene una pandilla o grupo de amigos y estos son generalmente de la misma aula o del mismo barrio. La mitad, aproximadamente, sale a la calle con mucha frecuencia, las relaciones con los padres son, generalmente, buenas y la mayoría habla con sus padres de sus cosas o de sus problemas, aunque hay un porcentaje considerable (aproximadamente el 30 %) que no lo hace. Las relaciones con sus hermanos son, por lo general, buenas, aunque un 3'7 % dice que son malas y aproximadamente la mitad de los encuestados pertenece a algún club social.

En la encuesta de Ramón Mendoza sobre los escolares y la salud de 1.988 (87) mas de la mitad de los escolares encuestados manifiesta haber tenido sentimientos de soledad, un 8 % con bastante asiduidad. Observa que las mejores relaciones en la familia son con la madre y fuera de la familia con los amigos y que a medida que tienen menos edad más facilidad tienen con los familiares más allegados y con los adultos en general. Al igual que nosotros hemos obtenido en nuestra encuesta, los varones se relacionan mejor con su entorno que las mujeres y por último el lugar preferente para relacionarse con sus amigos suele ser la calle, siendo los de mayor edad, los que están más tiempo en la calle al igual que los del medio rural y los de menor nivel económico; resultados estos que coinciden con los nuestros.

Algunos investigadores han encontrado que existe una estrecha relación entre las actitudes, comportamiento, relación, tendencia al riesgo y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas respecto de la concepción que tienen de su entorno y del mundo, así D. B. Kandel en EE.UU. en 1.984 (71) obtienen en sus estudios que los valores y concepción del mundo están influenciados por circunstancias socio-demográficas y que según estas eligen sus amigos y que a medida que las circunstancias socio-demográficas están relacionadas con el consumo de drogas ilegales, más negativa es la concepción que tienen del mundo.

Nosotros sondeamos la percepción que los alumnos tienen de su entorno y del mundo con tres cuestiones: ¿Qué piensas de tu futuro?, ¿Qué piensas de la sociedad que te rodea? y ¿Qué piensas del mundo que te rodea?. Respecto del futuro, la mayoría lo ve con expectativas y el 11'6 % no espera nada de él, los varones son más dados a experimentar cosas nuevas que las mujeres que son más reflexivas, y los que esperan menos del futuro son más fumadores.

Respecto a la proyección futura la tendencia más generalizada es la de trabajar y luchar por situarse, acatando las normas sociales. Si

consideramos las distintas áreas, los de la zona rural-agraria son los más decididos a experimentar cosas nuevas y también los que antes empiezan a fumar, a beber y son los segundos tras los del área rural-urbana en el consumo de drogas. Estos resultados son similares a los encontrados por Ramón Mendoza de 1.987 (98), según el cual el joven rural es el que se muestra más indeciso con respecto a su futuro y el que más se percibe a si mismo trabajando cuando tenga 16 años.

El 1.983 R. Dembo y W. Blount (27) describen la "teoría de la auto-derogación", según la cual el consumo de drogas y otras conductas desviadas son el resultado de sentimientos de autoestima negativa como consecuencia de la incapacidad para adaptarse a las normas y a las conductas tipo de los grupos. Estos autores afirman que la juventud guía su comportamiento en un intento de actualizar sus valores autodefinidos.

En nuestro estudio encontramos que los fumadores son más conformistas respecto de la situación del mundo que los no fumadores, y que los consumidores de otras drogas (aparte de tabaco y alcohol) piensan mayoritariamente que el mundo está mal organizado o que es hipócrita. Los hijos de padres con profesión liberal superior piensan que el mundo es mejorable o bien que no les interesa y que son los que más salen con los amigos. Ramón Mendoza de 1.987 (98) dice que los hijos de técnicos se relacionan más fácilmente con sus amigos de la escuela que los hijos de obreros.

5. FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS

Encontramos una serie de variables que se comportan, tanto en nuestros resultados como en estudios semejantes, como marcadores y factores de riesgo del consumo de las distintas estudiadas:

EDAD.-

Conclusiones de diversos autores demuestran básicamente que la edad está relacionada en un sentido positivo con el consumo de drogas de los jóvenes (Alexander H. M., 1.983 (4); Battistich V. A., 1.980 (10); Benito A., 1.989 (12); Burchfield C. M., 1.989 (19); Comas D., 1.985 (24); Encuesta general sobre drogodependencias en Cataluña, 1.982 (41); Goe W. R., Napier T. L., 1.981 (50); Hinojal Fonseca R., 1.983 (61); Mendoza R. (87); Plan Nacional sobre drogas 1.988 (90); El consumo de drogas en España, EDIS 1.985 (96)).

En nuestro estudio la edad de inicio para el consumo de tabaco está entorno a los 15 años, esta edad es similar a la obtenida en otras encuestas españolas e internacionales, en las que el inicio es entorno

a los 14-16 años (Mendoza R., 1.988 (87); Glover D., 1.989 EE.UU. (49); Burchfield M., Tecumseh, EE.UU., 1.989 (19); Carrasco Prieto, 1.980 (21); Benito A., 1.989 (12)).

Observamos que al aumentar la edad aumenta el consumo de tabaco, lo mismo ocurre en otras muchas encuestas, como por ejemplo en la realizada en 1.985 por EDIS (96).

La edad de inicio para el consumo de alcohol es en nuestro estudio entre los 13 y los 15 años. Estos datos son comparables a los obtenidos en otras encuestas (Potvin EE.UU., 1.980 (125); Bobes García J., Oviedo, 1.985 (15)). Al aumentar la edad aumenta el consumo de alcohol tal y como ocurre en la encuesta realizada por Ramón Mendoza en 1.987 (98) en los escolares españoles.

Para el consumo de drogas encontramos la edad de inicio más frecuente con más de 15 años y que al aumentar la edad aumenta el consumo al igual que ocurre en otras encuestas, como las realizadas por Napier T. L. en EE.UU. (101, 102, 103, 104 y 105).

SEXO.-

La consistencia de los resultados de las investigaciones internacionales para determinar las diferencias por sexos, ponen de manifiesto que los hombres consumen con mayor frecuencia (15, 67, 131, 156) en general, aunque también se observa que en sociedades con niveles socio-económicos más avanzados el consumo de todas las drogas tiende a igualarse.

En Gran Bretaña el consumo de tabaco es aproximadamente igual en varones y en mujeres. En España el consumo es mayor en los varones, aunque en general tiende a igualarse tal y como ocurre con las mujeres médicas o maestras (136) y en las nuevas generaciones, lo que sugiere que el hecho del menor consumo de tabaco por las mujeres está relacionado con ciertos atavismos sociales y que a medida que la mujer accede a la igualdad respecto de los hombres, también aumenta su consumo de tabaco hasta igualarse y hasta ser superior al de los hombres. En la encuesta de R. Mendoza (98) fuman más varones (47'9 %) que mujeres (37'5 %) en el inicio de la E.G.B. aunque en 8º de E.G.B. ya no hay apenas diferencias por sexos. Iguales resultados encuentra J. R. Varo (155).

La encuesta realizada por Ramón Mendoza a escolares españoles en 1.987 en 6º y 8º de E.G.B., el 84'8 % de los varones confiesa haber probado el alcohol alguna vez frente al 75 % de las mujeres, aunque se constata que a pesar de que en 6º de E.G.B. es mayor el consumo por varones, el incremento entre 6º y 8º de E.G.B. es mayor para las mujeres, con lo que disminuye la diferencia de consumo por sexos. Similares resultados encuentra A. S. Friedman en EE.UU. en 1.984 (39).

Los resultados que obtenemos nosotros son superponibles a los expuestos anteriormente, de forma que el consumo está igualmente asentado en hombres y mujeres aunque con algunas diferencias ya que el hombre es más consumidor de cerveza y de forma más cotidiana y la mujer es más consumidora de cubalibres o whisky y de forma más esporádica, lo que apunta al hecho de que al no estar igualmente aceptado el rol social de la mujer respecto del hombre, esta consume más "a escondidas" tomando como excusa las fiestas o reuniones, o bien en solitario.

Según T. L. Napier (101) el consumo de drogas es internacionalmente mayor en hombres, salvo en el caso de las anfetaminas. En la encuesta de EDIS (96), el varón consume más que la mujer (en España en 1.985) inhalables, cannabis, anfetaminas (aunque con poca diferencia: 12'2 % el varón y 11'3 % la mujer), alucinógenos, cocaína y heroína; y la mujer consume más tranquilizantes, hipnóticos y analgésicos. En nuestra encuesta el varón es más consumidor de drogas que la mujer y destaca en el consumo de inhalables, alucinógenos y heroína, el consumo de "porros" es similar para ambos sexos y la mujer es más consumidora de analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos y anfetaminas; también es más consumidora de cocaína, lo que diferencia nuestros resultados de los obtenidos para el total de España.

STATUS SOCIO-ECONOMICO.-

Diversos estudios sobretodo americanos (25, 26, 27, 28, 36, 37, 48, 70 y 101) señalan que no hay relación entre el consumo de tabaco y alcohol con el status socio-económico, en nuestra encuesta si se ha demostrado que el mayor consumo de tabaco y alcohol está relacionado con el menor poder adquisitivo y otro tanto ocurre con la encuesta de 1.987 sobre consumo de tabaco y alcohol en los escolares españoles de Ramón Mendoza (98) y con los estudios realizados por S. Giora Shoham en Israel en 1.980 (138).

RELACIONES DE LOS PADRES O CON LOS PADRES.-

Varios estudios han demostrado que el consumo de drogas está significativamente relacionado con las relaciones de los padres entre sí y de estos con sus hijos (M. Z. Khan, India (73); T. L. Napier, EE.UU. 1.983 (102); V. Navaratnam, Malasia 1.979 (110); R. H. Potvin, EE.UU. 1.980 (125); C. Spencer, Malasia 1.980 (145); M. L. Vilouta Bello, España 1982 (156)).

Se ha observado que una vida familiar inestable incrementa las probabilidades de que una persona pueda llegar a ser un consumidor de drogas. En nuestro trabajo encontramos que el estado civil de los

padres influye en el consumo de "otras drogas" por los hijos, incrementándose el mismo cuando los padres son separados o viudos, y resultados similares se obtienen en diversos estudios (W. Glothlin, EE.UU. 1.978 (48); National commission on marijuana and drug abuse, 1.972, 1.973 (107) (108)).

Encontramos que cuando los padres tienen muy buenas relaciones sus hijos fuman con menor frecuencia y cuando los padres tienen buenas relaciones o normales los hijos son más fumadores que en el primer caso.

Según M. S. G. Cutter y J. C. Fisher, EE.UU. 1.984 (26) el beber para conseguir efectos personales como la autoestima está relacionado con la existencia de una estrecha relación entre padre e hijo y también con una relación distante entre ellos.

Según E. W. Eskiffington, EE.UU. 1.981 (139) los escolares que tienen una relación pobre con los padres tienen tendencia al consumo de drogas; en nuestra encuesta encontramos que cuando los padres tienen buenas relaciones los hijos son menos bebedores.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. *En la población escolarizada estudiada, la droga más frecuentemente consumida es el alcohol, con una prevalencia superior al 50%, seguida a mucha distancia por el tabaco. Entre las otras drogas destaca el consumo de hashish, mientras que el de heroína y cocaína es minoritario.*
2. *Entre los consumidores de drogas es frecuente el policonsumo, destacando la asociación de alcohol y tabaco, que afecta a más del 10% de los encuestados. El consumo de otras drogas se asocia indefectiblemente al de alcohol y/o tabaco.*
3. *Los varones consumen con mayor frecuencia alcohol y otras drogas, pero no existen diferencias por sexo con respecto al consumo de tabaco. En ambos sexos, la proporción de consumidores es invariablemente creciente con la edad para todas las drogas estudiadas.*
4. *La influencia del entorno social representado por los amigos es el determinante fundamental del inicio en el consumo de cualquier tipo de droga estudiada.*
5. *Los factores familiares no están relacionados con el consumo de alcohol o tabaco, pero sí con el de otras drogas. Así, la frecuencia de consumo de estas se incrementa significativamente cuando los padres son separados o viudos y cuando la madre trabaja fuera del hogar, especialmente si se dedica a profesiones liberales superiores.*
6. *En general, se evidencia una mayor frecuencia en el consumo de tabaco y alcohol, así como a un inicio más precoz en este, asociado a un bajo nivel de ingresos en la familia.*
7. *Se observan diferencias geográficas en los patrones de consumo de drogas, asociadas al tipo de medio rural, minero o agrario, frente al urbano. En los primeros, la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco es mayor, de inicio más precoz y con una pauta de consumo preferentemente diaria; a diferencia del medio urbano, donde se da más la consumición de fin de semana, el inicio en este es más tardío y la importancia relativa del uso de otras drogas es mayor.*

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1- Anónimo. *Europa contra el cáncer. Comisión de las Comunidades Europeas. Enero 1.989. Publicación: Dpto de publicaciones. Serrano, 41 5º piso 28001 Madrid.*
- 2- Akermann-Liebrich V. Sheeiz R. *A study on the consumption of nonprecipitive drugs by adolescent in Basle. Med Prax 1981; 70(25): 1121-1136.*
- 3- Alexander H. *A field investigation of homeless men in Stockholm: A sociopsychatiric and clinical follow-up study. psychiat clim. Acta psychiatr scand 1980; 61: suppl. 681 (125p).*
- 4- Alexander H M. *Cigarette smoking and drug use in schoolchildren: IV Factors associated whih changes in smoking behaviour. Int J Epidemiol 1983; 12(1): 59-66.*
- 5- Alexander H M, Callcott R, Dobson AJ, Hardes G R, O'Connell D L, Leeder S R. *Cigarette smoking and drug use in schoolchildren: IV-Factors associated whith changes in smoking behaviour. Int J Epidemiol 1.983; 12(1): 59-65.*
- 6- Alonso Fernandez F.: *Alcohol depend. Madrid: Piramide 1981*
- 7- Amaral Días C, Fonto Polvora F. *Drug addiction among adolescents Bull Narc 1.983; 35(3): 81-86.*
- 8- Avila Escribano J J. *Epidemiologia y prevención del alcoholismo: Valladolid- 1.987: Consejería de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León; Revista de salud Publica de Castilla y León 13-18. (Drogodependencias en Atención Primaria; vol 1 monografico 1).*
- 9- Ballvé Moreno J L, Iglesias Rodal M, Ciria Martí M, Alvarado C, Montesdeoca F, Borrell Carrió, Esteban Navarro J. *Influencia de la exposicion pasiva al tabaco en aparicion de sibilancias en niños. Cornellá de Llobregat, Barcelona 1988: Unidad Doc de Med Fam y Com.*
- 10- Battistich V A. *A multivariate social-psychological approach to the prediction o psychoactive drug use inyounng adults. Int J Addict 1.980; 125(4): 569-583.*
- 11- Belyea M J, Zingraff M T. *Monitoring rural-urban drug tiends: An analysis of drug arrest statistics 1976-80. Int J Addict 1.985; 20(3):*

369-380.

12- Benito A, Costa M, Del Llano J, López E. Tabaco o Salud: elecciones en una cultura de droga. *Jano* 1.989; 37 (875): 917-929.

13- Blount W R, Dembo R. Personal drug use and attitudes toward prevention among youth living in a high risk environment. *J Drug Education* 1.984; 14: 3.

14- Blount W R, Dembo R. The effect of perceived neighborhood setting on self-reported tobacco, alcohol and marijuana use inner city junior high school youth. *Int J Addict* 1.984; 19(2): 175-198.

15- Bobes Garcia J, Bousño Garcia M, Hernandez Mejia R, Millán González J. Epidemiología del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la Universidad de Oviedo. *San Hig Pú* 1.985; 59: 381-394.

16- B.O.E. Limitaciones en la venta y uso del tabaco para Protección de la salud de la población. Real Decreto 192: 1.988 de 4 de marzo BOE 59, 9 marzo 1.988.

17- Bozanov A. Studies on tobacco smoking alcohol and drug use and abuse among from the upper school courses. *Hig zdraveopaz* 1.980; 23 (4): 343-3489.

18- Brown R A, Cutter H S G. Alcohol Customary drinking behavior and pain. *Journal of Abnormal Psychology* 1.977; 86 (2): 179-188.

19- Burchfield C M, Higgins Millicent W, Keller Jacob B, Butler William J. Initiation of cigarette smoking in children and adolescents of Tecumseh, Michigan *Am J Epidemiol* 1.989; 130 (2): 410-415.

20- Calanca A. Addiction and culture: Toxicomanie et culture. *schweiz Arch Neurol. Neurochir psychiatr* 1.982; 130(2): 229-243.

21- Carrasco Prieto A L, González de Zarate, Apiñaniz J, Tejedor Muñoz J M. Tabaco y adolescencia: propuestas para una campaña antitabaco eficaz. *San Hig Pub* 1.980; 54: 289-321.

22- Castro M E, Valencia M. Drug consumption among the student population of Mexico City and its metropolitan area: subgroups affected and the distribution of users. *Bull Narc* 1.980; 32(4): 29-37.

- 23- Comín Beltrán E, Nebot Adell M, Villalbi Heriter J R. *Exercici i consum de tabac i alcohol dels escolars de Barcelona. Gazeta Sanitaria Marzo -Abril 1989; 11 (3): 335-364.*
- 24- Comas D. *El uso de drogas en la juventud. Barcelona 1.985: Publicaciones Juventud y Sociedad (Coleccion "Informe Juventud en España", numero 4).*
- 25- Cutter H S G, O'Farrell Timothy T J. *Relaciones entre las razones para consumir alcohol y la conducta usual del consumo. Jurnal of studies on Alcohol 1.984; 54 (4): 321-325.*
- 26- Cuttiter H S G, Fisher J C. *Family Experience and the motives for Drinkig. Int J Addict 1.980; 15(3): 339-358.*
- 27- Dembo R, Blount W, Schneidler J, Burgos W. *Perceived environmental drug use riskand the correlates of early drugn use or non-use among inner city jouths: The motivates actor. Trabajo presentado en el Annual Meeting of The American society of crimonology, Demver, November 1.983.*
- 28- Dembo R, Blount W R, Sheneidler J, Burgos W. *Fuentes metodologicas y sustantivas relacionadas con la utilización del concepto de riesgo en investigaciones de la etiología del consumo de droga entre adolescentes. Journal of drug Issues, Inc. 0022-0426/85/04/0537-0553.*
- 29- *Drug Alcohol depend. The nonmedical use of psychoactive substances by male technical school studentts in Greater Cairo: A epidemiological study 1.982; 10(4): 321-331.*
- 30- Ebie J, Pela O A. *Some aspect of drug use among students in Benin City, Nigeria. Drug Alcohol Depend 1.981; 8(4): 265-270.*
- 31- Elliwood E. *The Epidemiology of stimulant abuse, in drug use: Epidemiological and sociological approaches. Josephson E, Carrall E, (eds). Hemisphere publishing corporation, washington, DC. pp 303-329 1.974.*
- 32- Estape J, Agustí A, Font A, Salvador T, Viñolas N. *Tabaco y Cáncer Med Clíin (Barc) 1.987; 89 (1): 30.*
- 33- Estape J. *Europa contra el cáncer. Med Clíin (Barc) 1.989; 92:351-36.*

- 34- Faust V. *Social aspects of drinking and smoking.* *Med Welt* 1.981; 32(22): 88-87.
- 35- Florenzano Urzua R, Martinelli E, Madrid V, Martini A M, Zalazar E. *Patterns of drug, alcohol and tobacco use among high school students in Santiago, Chile.* *Bull Narc* 1.982; 34(3-4): 33-449.
- 36- Fors S W, Rojek D G. *The social and demographic correlates of adolescent drug use patterns.* *J Drug Educ* 1.983; 205-222.
- 37- Foster B. *Upper middle class adolescent drug use: Patterns and factors.* *Alcohol Subst Abuse* 1.984; 4(2): 27-369.
- 38- Franchi G, Grasso A. *Indagine indiretta sull'uso di sostanze psicoattive mediante rilevazione della vendita di siringhe da insulina e ipodermiche mono-uso nella provincia di Siena.* *Rivista Italiana di Biologia e medicina* 1.983; 3 (3): 209-214.
- 39- Friedman A S, Santo Y. *A comparison of attitudes of parents and high school senior students regarding cigarette, alcohol and drug use.*
- 40- Gazmuri-Plaza C, Langdon-Piza C, Florenzano Urzua R. *Prevention of drug abuse by promoting mental health among school students school of medicine University of Chile, Santiago, Chile.* *Bull Narc*; 37 (2 y 3).
- 41- *Generalidad de Cataluña. Encuesta general sobre drogodependencias.* Departamento de Sanidad y Seguridad social de la Generalidad de Cataluña. Barcelona 1.982.
- 42- *Generalidad de Catalunya. El tabaquisme a Catalunya. Informe 1982* Barcelona: Generalidad de Catalunya. Departament de Sanita i Seguretat Social.
- 43- Gerardo Marin PHD. *Cigarette Smokin among San Francisco Hispanics: the role of acculturation and Gender.* *A J P H* 1.989; 79 (2): 196-98.
- 44- Gestal J J, Montes A, Barros J M, Smyth E. *Tabaco y patologia.* Real Academia de Medicina y Cirugia de Galicia. La Coruña 1.988.
- 45- Gili i Miner M, Orta i Cimas D, Salleras i Sanmarti L, Canela i Soler J, De Lara i Barloque N, Marti i Soriano C, Romero i Cabestani M. *L'impacte del tabaquisme sobre la mortalitat espanyola 1.951-1.977.* Institut d'Estudis de la Slut. *Curs de Drogodependences. Ponencie.* Tortsosa

1.981. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

46- GFR. the drug scene. *Med welt* 1.981; 32(8): 72-73.

47- Gleaton T J, Smith S P. Drug use by urban and rural adolescents *J Drug Educ* 1.981; 11(1): 1-8.

48- Glothlin W, Anglin M D, Wilson B D. Narcotic Addiction and crime: *Criminology* 1.987; 16:3,(pp- 293-315).

49- Glover Elbert D, Laffin M, Edwards Steven W. Age of initiation and switching patterns between smokeless tobacco and cigarettes among college students in the United States. *A J P H* 1.989; 79: 2.

50- Goe W R, Napier T L, Bachtel D C. 1.981. Consumo de marihuana entre estudiantes de bachillerato residentes en zonas rurales: test de un modelo alternativo.

51- Gonzalez Enriquez J. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin (Barc)* 1.989; 92:15-18.

52- Gomis Blanch P, Roig Cutillas P. El tabaquismo y sus posibilidades terapeuticas. Unidad de drogodependencias. Servicio de medicina Interna. Hospital de San Joan, SAM. Reus (Tarragona)

53- Grant, M.: Establishing priorities for action Grant. M., ed: Alcohol policies WHO Regional Publications, European series, nº 18. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1985.

54- Grasso A. CAtt. Ig, Indirect indices to evaluate drug use in a community (Ital) *Fac. Farm., Univ. Siena ITA*.

55- Grasso A. L'uso di sostanze psicoattive. Discussione prelimiare allo studio del rilevamento epidemiologico. rassegna di studi psichiatrici 1.980; 69: 1.

56- Grasso A, Franchi G. Rilevamento epidemiologico delle tossico dipendenze nella USL. "Colline Metallifere" in provincia di Grosseto. *Rivista Italiana di Biologia e Medicina* 1.981; 1 (4): 317-326.

57- Grasso A, Franchi G, de Giovanni M. Indagine epidemiologica sulle tossicodependenze in provincia di Sieria mediante la rilevazione di indici diretti e indiretti. rassegna di sutdi psichiatrici 1.983; 72: 1.

58- Grasso A, Franchi G, Virgili P F. Indagine epidemiologica sulle tossicodipendenze in provincia di Grosseto mediante la rilevazione di indici diretti e indiretti. *Resegna di studi psichiatrici* 1.983; 71: 219.

59- Hards G R, Alexander H M, Dobson A J, Lloyd D M, O'Connell D, Purcell I, Leeder S R. Cigarette smoking and drug use in schoolchildren in the Hunter región. *New South Wales. Med J Aust* 1.981; 1: 579-581.

60- Harrell A V, Cisin I H. Drug abuse in Rural America. Department of Health. and Human services (Publication nº 81- 10509. U.S. Government. Pmning offices, washington D.C- 1981

61- Hinojal Fonseca R, Fernandez Vega M, Gallego Riestra S, Bober Garcia J. Estudio del consumo de drogas en adolescentes de un área Asturiana: Gijón. *Med Clin (Barcelona)* 1.983; 80(3): 8108-111.

62- Hirayama T Non smoking wives of heavy smokers have a high risk of lung cáncer: a study form Japan. *Br Med J* 1.981; 282: 182-185.

63- Hughes P H. Core data for epidemiological studies of nonmedical drug use Div. Ment. Hlth., WHO, Geneva SWI-WHO OFFSET PUBL. 1980 nº 56.

64- *International Digest of Health Legislation.*

65- *International Union Agalust Cancer-Guidelines on smoking cessation Ginebra 1.984.*

66- Jalali B. Adolescents and drug use: Toward a more comprehensive approach. *AM J Orthopsychiatry* 1.981; 51(1): 120- 130.

67- Jano "en prensa". Estadísticas sobre cáncer de pulmón en USA. 8-14 Septiembre 1.989 Vol. 37 Nº 874.

68- Jarvis M J, Russell M A H, Feyerabend C, Eiser J R, Morgan M, Gammage P, Gray E M. Passive exposure to tobacco smoke: Saliva cotinine concentrations in a representative population sample of non-smoking schoolchildren. *Br Med Journal* 1.985; 291: 927.

69- Johnston L D, Bachman G, and O'Malley P M. High lighs Drugs and nations high school students Five-year national trends. Department of Health, Education and wellfase (Pulication nº ADM 80-930), U.S. Government Printing office, Washington D.C., 1974.

- 70- Kandel D B, Adler I, Sudit M. The epidemiology of adolescent drug use in France and Israel. *A J P H* 1.981; 71 (3): 256-265.
- 71- Kandel D B. On processes of peer influences in adolescents drug use: A developmental perspective. *Adv Alcohol subst Abuse* 1.985; 4(3-4): 139-163.
- 72- Keseberg A. Drug dependence in adolescents. *Therapiewoche* 1981; 31(34): 4925-4928.
- 73- Khan M Z. Sociocultural differences between former and current users of psychoactive drugs in a sample of college students Dept. Criminai. *Inst. Criminol forens. Sci, New Delhi*.
- 74- Labrador Francisco J. Modificación de la conducta de fumar (I): Técnicas para dejar de fumar. *Jano* 1.989; 37(875) 931-934.
- 75- Labrador Francisco J. Modificación de la conducta de fumar (II): Estrategias para mantener la abstinencia. Programas multicomponentes. *Jano* 1.989; 37(875): 931-935.
- 76- Lanas Arbeloa A, Sainz Samitier R. Tabaco y úlcera peptica. *Serv. Ap. Digestivo Hosp. Clin. Univ. Zaragoza*.
- 77- Lavik N J, Onstad S. Consumo de droga y síntomas psiquiátricos en el adolescente. *Departamento de psiquiatria de la universidad de Oslo. Noruega*. 11-1.985.
- 78- Llavona Uribelarrea R. Aspectos socioculturales del tabaco *Jano* 1.989; 37(875): 949-956.
- 79- Lavik N J, Onstad S. Drug use and psychiatric sytoms in adolescence. *Acta psyatr scand* 1.986; 73: 437-440.
- 80- Lloyd D M, Alexander H M, Callcott R, Dobson A J, Harges GR, O'Connell D L, Leeder S R. Cigarette smoking and drug use in school-children: III-Evaluation of a smoking prevention education programe. *Int J Epidemiol* 1.983; 12(1): 51-57.
- 81- Lopez Rois F, Couselo Sánchez J M, Gallego García M D, Pérez Losada J. El hábito del tabaco entre la población infantil. *Esp pediatr* 1.985; 23(4): 241-245.

82- Lynn T, Korzcowski P H D. Evidence for limits on the Acceptability of Lowest-Tar Cigarettes. *A J P H* 1989.

83- Makela K. Lessons from the postwar period. Granis, M., ed.: *Alcohol policies. WHO Regional Publications, European Series nº 18. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1985.*

84- Martinez Llamas A. *Patología del consumo de tabaco 1989; Edit. Glosa, S.A. Barcelona.*

85- Martinez Gonzalez J M, Martínez Rodriguez A, Prieto Rodriguez, Santander Cartagena F, Sáez Aguado A. *Prevención de las drogodependencias en Atención Primaria de Salud: Valladolid-1987: Consejería de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León; Revista de Salud Pública de Castilla y León 19-24. (Drogodependencias en Atención Primaria; Vol. 1 monográfico 1).*

86- Martinez Rodriguez J M, Prieto Rodriguez A, Santander Cartagena F, Sáez Aguado A, Martínez González F. *Dificultades metodológicas en la investigación de las drogodependencias: Valladolid-1987: Consejería de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León; Revista de Salud Pública de Castilla y León 36-40. (Drogodependencias en Atención Primaria; Vol 1 monográfico 1).*

87- Mendoza R, Blanco J, Martín de la Concha P, Morales E, Ruiz J, Reyes Segrera M, Batista J M. *Los Escolares y la Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo Press, 1988.*

88- Micholi A M. *Recent patterns of psychoactive drug use among college students: the inhalants. J AM Coll Health Assoc 1983; 32(1): 41-43.*

89- Millar W J. *Smoking prevalence among canadian adolescents: A comparison of survey estimates. Canadian Journal of public Health 1985; 76: 33-37.*

90- *Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre drogas. memoria 1988.*

91- *Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1989*

92- *Ministerio de Sanidad y Consumo. Educación Sanitaria: Lucha contra el hábito de fumar.*

93- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. 1989.

94- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre drogas. Madrid 1986.

95- Ministerio del Interior. Grupo de orientacion de la Brigada Central de Estupefacientes. La droga en la edad escolar. Madrid: Sudirección General de Estudios y Documentacion. Secretaria General Técnica. 1981

96- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. El consumo de drogas en España. Equipo de Investigación Sociológica EDIS: Secretaría para la Seguridad Social. Dirección general de Acción Social. Cruz Roja Española 1.985 (Ed.) tomo IV. Cuadernos técnicos de toxicomanías.

97- Mendoza R, Quijano S, Tutsans T. El consumo de drogas en los escolares del ciclo superior de la EGB de la Universidad de Barcelona 1982. 348 p. (informe sin publicar).

98- Mendoza R. Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles. Comunidad y Drogas 1987; 5(6): 83-102.

99- Mohan D. Relative risk of adolescent drug abuse. I. sociodemographic and interpersonal variables. Bull Narc 1981; 33(1): 1-18.

100- Mulford H A. The epidemiology of alcoholism an its implications. En: Pattison E M.; Kaufman E, (ed): Enciclopedic handbook of alcoholism. New York: Gardner Press, 1.982; 441-457.

101- Napier T L, Carter T J, Pratt M C. Correlaciones del consumo de alcohol y marihuana entre estudiantes de bachillerato de zoas rurales. Información en los encuentros de Sociedades Rurales Sociológicas, Ithaca, Nueva York. Agosto de 1.980.

102- Napier T L, Eachtel D, Carter M V. Factors associated with illegal drug use in rural georgia J Drug Educ 1.983; 13(12): 119-140.

103 - Napier T L, Carter T J, Pratt M C. Correlates of alcohol and marijuana use among rural high school students, rural sociology, 1.981; 46(2): 319-332.

104- Napier T L, and Pratt MC. Frecuency of Drug use amog Rural High School students, in rural Crime, integrating Research and prevention. Publishers, totowa, New Jersey 1.982; 104-123.

- 105- Napier T L, Goe R, Bachtel D C. Evaluacion de la influencia del factor amigos y de la identificación en el consumo de droga en los estudiantes de bachillerato de zonas rurales. *J Drug E* 1.984; 14:3.
- 106- Nenspiel D R. Parental smoking and postinfancy wheezing in children: A prospective cohortstudy 1.988; *A J P H* 79: 168-171.
- 107- National commission on marijuana and Drug abuse, marijuana: A signal of misunderstanding, US. Government printing office, Washington, DC., 1.972
- 108- National commission on marijuana an drug abuse, drug use in America: Problem in perspective, US Government printing office, Washington, DC 1.973.
- 109- Naveira Gomez M^a C. Factores de iniciación al consumo de drogas: Valladolid-1.987: Consejeria de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León; *Revista de Salud Publica de Castilla y León* 19-24. (Drgodependencias en Atención Primaria; Vol 1 monográfico 1).
- 110- Navaratnam V. Extent patterns of drug abuse among children in Malaysia. *Bull Narc* 1.979; 31(3-4): 59-68.
- 111- Navarro J, Lorente S, Varo J, Roiz M. El consumo de drogas en España. Equipo de Investigación Sociologica (EDIS) Ministerio de Trabajo y Seguridad Social 1.985.
- 112- Nenspiel D R, Rush D, Butler Neville R, Golding J, Bijur Polly E, Kurzon M. Parental smokyng and post-infancy wheezing in children: A prospective cohortstudy. *A J P H* 1.989; 79:2.
- 113- Nevadomsky J. Patterns of Self-reported drug use among secondary school students in Bandel State, Nigeria. *Bull Narc* 1.981; 33(1): 9-19.
- 114- Nevadomsky J. Consumo de drogas en las escuelas secuendarias de dos ciudades de Nigeria en rapido desarrollo, según encuestas realizadas entre los estudiantes. *Bol. De estupefacientes* 34(3-4): 21-33.
- 115- O'Connell D L, Alexander K M, Dobson A J, Lloyd D M, Harges G R, Springthorpe H J, Leeder S R. Cigarette smoking and drug use in schoolchildren: II Factor associated with smoking. *Int J Epidemiol* 1.981; 10(3): 223-231.
- 116- Oleru U G. Drug use among Nigerian high school students. *Health*

Hyg 1.979; 3(2): 85-92.

117- OMS. 1.974. *Comité de expertos de la OMS en lucha antitabáquica. Consecuencia del consumo del tabaco para la salud. Serie de informes técnicos nº 6 Ginebra: OMS.*

118- OMS. *Lucha contra el tabaquismo epidemico. Comité de expertos de la OMS en lucha antitabaquica. Serie de informe técnicos nº 636. Ginebra. OMS 1.979.*

119- Onstad S. *Health the use of tobacco, alcohol, cannabis and glue sniffing among adolescents. Univ. Psykiatr. Inst. Oslo 3 NOR-Trdsskr laegeforen 1.983; 103(15): 1246- 1248+ 1276.*

120- Pardell Alenta H. *El tabaquismo: Epidemiología de nuestro tiempo. med. Clin (Barc) 1.985; 85: 539-541.*

121- Pardell H, Castillo A. *Tabaquismo: Consecuencias y tratamiento. Información Terapeutica de la SS Vol II nº 8 1.987.*

122- *Patología del Aparato Respiratorio nº 87-1990. Tabaquismo: Como contribuir a su Reducción.*

123- Pedersen N L. *Multivariate analysis of familial and non- familial influences for commonality in drug use. Drug Alcohol Depend 1.984; 14(1): 67-74.*

124- Pela O A, Ebie J C. *Drug abuse in Nigeria: A review of epidemiological studies. Bull Narc 1.982; 34(3-4): 91-99.*

125- Potvin R H, Che-Fu Lee. *Multistage path models of adolescent alcohol and drug use age variations. J Stud Alcohol 1.980; 41(5): 531-542.*

126- Raschke P. *Estimation model and prediction of drug consumption in the GFR Wiew Z Suchforsh 1.982; 5(1-2): 65-74.*

127- Rothman K J. *Epidemiologia Moderna. Madrid: Editorial Diaz de Santos, 1.987.*

128- Roush G G, Thompson W D, Berberian R M. *Psychotic medicinal and nonmedical drug use among high. school students. Pediatrics 1.980; 66(5): 709-715.*

129- *Salud 2000* nº 22 14-15 Menos humos en Europa.

130- Salvador Llivinia T. (ed.) *Boletín idea-prevención* Nº 1 Madrid Junio 1.990. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

131- Salleras Sanmarti L, Pardell Alenta H, Villalbí Hereter J R, Vaqué R J. *Epidemiología del tabaquismo en la población adulta de Catalunya. I. Prevalencia del habito 1.985. Departamento de Sanidad y Seguridad social. Generalidad de Catalunya. 525-528.*

132- Salleras L, Pardell H, Canela J, Vaqué J, Plans P. *Actitudes hábitos tabaquismos de los médicos de Cataluña (ESPAÑA). Servicio de Promocion de la Salud. Barcelona 1.987.*

133- Salleras Sanmartí L. *Los médicos y el tabaco. Med Clin (Barc) 1.988; 412:4.*

134- Salleras Sanmartí L, Gili Miner M. *Bases del Plan de lucha antitabaquica de la Generalidad de catalunya. San Hig Pub 1.985; 59: 705-714.*

135- Salleras Sanmartí L. *Educación Sanitaria. Bases Científicas. En: Salvat Editores (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública, 8ª edición. Barcelona C/ Mallorca, 45-49. 1.988: 849-860.*

136- Sánchez Agudo L, Calatrava Requeria J M, Escudero Bueno C, García Hidalgo A, Marco Martínez V, Esteras Serra A. *Prevalencia del tabaquismo en la profesion medica. Med Clin (Barc) 1.988; 1:69-74.*

137- Sechter M T, Miller A B, Howe G R, Baines C J, Craib K J P Wall C. *Cigarette smoking and Breast cáncer: case-control studies of prevalent and incident cáncer in the Canadian Breast Screening Study. Am J Epidemiol 1.989; 130(2): 213-220.*

138- Shoham S G. *Some parameters of the use of alcohol by Israeli youth and its relationship to their involvement with: Cannabis and tobacco. Drug Alcohol Depend 1.980; 6(5): 263-272.*

139- Skiffington E W, Brown P M. *Personal, home, and school factors related to eleventh graders drug attitudes. Int J Addict 1.981; 16 (5): 879-892.*

140- Smart R G, Mora M E, Terroba G, Varma V K. Drug use among non-students in three countries. *Drug Alcohol Depend* 1.981; 7(2): 125-132.

141- Smart R G, Hughes P H, Johnston L D, Anumonye A, Khant U, Medina Mora M E, Navaratnam V, Posiyachinda V, Varma V K, Wadud K A. Methodologie pour des enquetes sur l'usage des drogues chez les etudiants. OMS. Genève 1.980.

142- Smart R G, Castro M^a E, Adlaf E M, Maya M A. Riesgo y abuso de drogas en Mexico y Canadá. *Salud Mental* 1.983; 6:2.

143- Smart R G. The Epidemiology of Cannabis use and its health consequences in western countries. 1.983 Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, Toronto. Canada.

144- Soueif M I. The extent of nonmedical use of psychoactive substances among secondary school students in Greater Cairo. *Drug Alcohol Depend* 1.982; 9(1): 15-41.

145- Spencer C, Navaratnam V. Patterns of drug use amongst Malaysian Secondary Schoolchildren. *Drug dependence Res. Group. Cent Policy res, Univ. Sains Malaysia Penang MYS Drug alcohol Depend* 1.980; 5(5): 379-391.

146- Tomas Abadal LI. El tabaco, factor de riesgo Coronario. *Rev Clin Esp* 1.987; 180:48-51.

147- Traub S H. Characteristics of female college students drug use. *J Drug Educ* 1.983; 13(3): 275-285.

148- Urmeneta M. Los estudiantes en relación con las drogas. Comunicación del Gobierno Vasco 1987. Departamento de Presidencia, Justicia y Desarrollo Autonómico. Dirección de Servicios Centrales.

149- Urraca Martinez S. Evaluación psicodocial y terapias del fumador. *Jano* 1.989; 37: 875-907.

150- U.S. Department of Health and Human Services, treatment Research Notes, Public Health Service, Alcohol, Drug abuse and Mental Health Administration, p-5, 1981.

151- U.S. Department of Health and Human Services, 1982. *The Health consequences of smoking: Cáncer. A report of the Surgeon General Rockville.*

152- U.S. Department of Health and Human Services 1984. *The Health consequences of smoking: Chronic Obstructive lung Disease.*

153- Vallejo Pareja M A. *Determinantes psicologicos de la respuesta de fumar. Jano 1.989; 37 (875): 909-912.*

154- Varma V K. *Non Medical drug use amongt non students youth in India. Drug alcohol depend 1.980; 5(6): 457-465.*

155- Varo J R, Aquinaga M, Cortaire R. *La edad escolar y el uso de drogas prevención y educación sanitaria. Diputacion Foral de Navarra. Instituto de Salud Publica. Pamplona, Marzo 1.983.*

156- Vilouta Bello M L, Gestal Otero J J. *Estudio del habito tabaquico en edades escolares del medio rural gallego. San Hig Pub 1.982; 56: 427-445.*

157- Wechsler H, Mc. Fadden M. *Drinking among College Students in New England. Extent, Social correlates and consequences of alcohol use. Journal of studies on alcohol 1.979; 40(11): 969-996.*

158- Wechsler H, Mc. Fadden M. *Patterns of drug use among New England College Students. AMJ Drug Alcohol Abuse 1.981; 1: 827-37.*

159- Wishiewski N M, Glenwick D S, Graham J R. *Mc. Andrews sacale anda sociodemographic correlates of adolescent, alcohol and drug use addict. Behav 1.985; 10(1): 55-67.*

160- Werchselbarn H F. *The comparability of drug use vating scales. USA Int J Addict 1.986; 15(7): 1119-1126.*

ANEXO I

ENCUESTA SOBRE HABITOS SANITARIOS DE CONDUCTA EN EL MEDIO ESCOLAR

- Fecha de realización: |_|_|_|_|_|_|_|_|
1. Edad: |_|_|
 2. Sexo: 1. Varón 2. Mujer |_|_|
 3. Etnia: 1. Castellano 2. Gitano |_|_|
 4. Estado Civil de los padres: 1. Casados
2. Separados o divorciados 3. Solteros
4. Viudos 5. Casados por segunda vez |_|_|
 5. Número de hermanos, sin contarte tú mismo: |_|_|
 6. Lugar que ocupas entre ellos: 1. El mayor
2. El segundo 3. El tercero 4. El último
5. Otro |_|_|
 7. Situación de empleo de la madre: 1. Empleada a tiempo completo
2. Empleada a tiempo parcial 3. En paro
4. Sus labores |_|_|
 8. Situación de empleo del padre: 1.- Empleado a tiempo completo
2. Empleado a tiempo parcial 3. Parado |_|_|
 9. Profesión del padre: 1. Empresario (agrícola, industrial, del mármol)
2. Comerciante minorista, representante, vendedor
3. Obrero cualificado (artesanía del mármol, alfarería, carpintería, mecánica, oficinista, transportista, otros)
4. Obrero no cualificado (agricultor, cantero, marmolista, construcción, servicios)
5. Profesores y funcionarios
6. Técnicos de grado medio 7. Profesiones liberales de nivel superior |_|_|
 10. Profesión de la madre: 1. Empleada de hogar
2. Comercio 3. Modista, costurera, oficinista
4. Profesora o funcionaria 5. Técnico de grado medio
6. Profesión liberal de grado superior |_|_|
 11. Nivel de ingresos de tu familia/mes: 1. Menos de 15.000
2. 15.001 a 35.000 3. 35.001 a 65.000 4. 65.001 a 100.000
5. 100.001 a 150.000 6. 150.001 a 200.000
7. 200.001 a 300.000 8. 300.001 a 500.000 9. Más de 500.000 |_|_|
 12. Compara los ingresos de tu familia con los ingresos de las familias de tus compañeros: 1. Mucho más bajos que la media
2. Más bajos que la media 3. Como la media
4. Más altos que la media 5. Mucho más altos que la

- media | _ |
13. **Nivel cultural del padre:** 1. No sabe leer y/o escribir | _ |
 2. Sabe leer y escribir 3. Certificado de estudios
 primarios 4. E.G.B. ó F.P.1 5. B.U.P. ó F.P.2
 6. Profesional grado medio (perito, maestro, A.T.S.)
 7. Grado superior (universitario) | _ |
14. **Nivel cultural de la madre:** 1. No sabe leer y/o escribir | _ |
 2. Sabe leer y escribir 3. Certificado de estudios
 primarios 4. E.G.B. ó F.P.1 5. B.U.P. ó F.P.2
 6. Profesional grado medio (perita, maestra, A.T.S.)
 7. Grado superior (universitaria) | _ |
15. **Religión de tus padres:** 1. Católicos practicantes | _ |
 2. Católicos no practicantes 3. Testigos de Jehová
 practicantes 4. Testigos de Jehová no practicantes
 5. Otras religiones 6. No creyentes | _ |
16. **¿Que relaciones tienen tus padres entre sí?:** | _ |
 1. Muy buenas 2. Buenas 3. Normales 4. Malas
 5. Muy malas | _ |
17. **Religión del encuestado:** 1. Católicos practicantes | _ |
 2. Católicos no practicantes 3. Testigos de Jehová
 practicantes 4. Testigos de Jehová no practicantes
 5. Otras religiones 6. No creyentes | _ |
18. **¿Cuanto tiempo llevas viviendo en este pueblo?:** | _ |
 1. Siempre he vivido en él 2. Desde hace varios años
 3. Sólo llevo un año 4. Vivo en otro pueblo y me
 desplazo aquí para ir a clase | _ |
19. **Nivel académico, con respecto a tus compañeros de curso:** | _ |
 1. Más bajo que la media 2. Como la media 3. Más
 alto que la media | _ |
20. **¿Que relación tienes con tus compañeros de clase?** | _ |
 1. Me siento integrado 2. Indiferente 3. No es buena | _ |
21. **¿Tienes una pandilla o grupo de amigos?:** | _ |
 1. Si 2. No | _ |
22. **Tu grupo de amigos son:** 1. De la misma clase | _ |
 2. Del mismo colegio pero generalmente de clases
 superiores 3. Del mismo colegio pero generalmente de
 clases inferiores 4. De tu barrio o vecinos 5. No
 son ni de mi escuela ni de mi barrio | _ |
23. **¿Con qué frecuencia sales con tus amigos?:** | _ |
 1. Estamos casi todo el día juntos 2. Nos vemos
 sólo en clase 3. Nos vemos los fines de semana
 4. Nos vemos sólo de vez en cuando | _ |
24. **¿Qué relaciones tienes con tus padres?:** 1. Muy buenas | _ |
 2. Buenas 3. Normales 4. Malas 5. Muy Malas | _ |

25. *¿Hablas con tus padres de ti, de tus cosas, de tus problemas?:* 1. Muy amenudo 2. Con relativa frecuencia 3. Algunas veces 4. Pocas veces 5. Nunca |_
26. *Tus padres con respecto a ti, son:* 1. Rígidos, controlan mucho mi vida, me dejan salir poco 2. Se interesan por mí, me exigen responsabilidad 3. Saben de mis cosas pero me dejan hacer lo que quiera 4. No se ocupan de lo que hago |_
27. *¿Qué relaciones tienes con tus hermanos?:* 1. Muy buenas 2. Buenas 3. Normales 4. Malas 5. Muy Malas |_
28. *¿Pertenece a algún club social?:* 1. Si 2.No |_
29. *¿A cual?:* 1. Boys Scouts 2. Cruz Roja 3. Protección Civil 4. Grupo de teatro 5. Banda de música 6. Club deportivo 7. Club de amigos 8. Otros |_
30. *¿Qué piensas de tu futuro?:* 1. No tengo ilusión 2. Me da lo mismo 3. No veo futuro 4. Creo que los estudios son inútiles 5. Tengo claro lo que quiero 6. Quiero trabajar y luchar por conseguir mis metas |_
31. *¿Qué piensas de la sociedad que te rodea?:* 1. Me gusta experimentar cosas nuevas 2. Hay que arriesgarse para conseguir algo 3. Intento adaptarme con respecto a las normas de los demás 4. Hago lo que dicen mis padres o en la escuela 5. Pienso mucho antes de hacer algo que no hacen los demás |_
32. *¿Qué piensas del mundo que te rodea?:* 1. Que todo está bien en general 2. Que está bien aunque es mejorable 3. No me interesa 4. Que esté mal organizado 5. Que es muy hipócrita |_
33. *¿Eres fumador?:* 1. Si 2: No |_
34. *¿Qué cantidad de cigarrillos fumas al día?:* 1. Menos de 10 cigarrillos/día 2. Entre 10 y 20 3. Más de 20 4. Sólo fumo los fines de semana 5. Sólo fumo en algunas ocasiones |_
35. *¿Con qué edad comenzaste a fumar?:* 1. Con menos de 10 años 2. Entre 10 y 12 años 3. Entre 13 y 15 años 4. Con más de 15 años |_
36. *¿Quién te dio el primer cigarrillo?:* 1. Tus padres, siendo aún pequeño 2. Tus padres cuando tenías entre 10 y 15 años 3. Los amigos de tus padres 4. Tus amigos de pandilla o de clase 5. Lo prchaste tú solo a escondidas |_
37. *¿Por qué motivos consumes tabaco?:* 1. Porque mis |_

- padres lo hacen 2. Porque mis amigos lo hacen
 3. Para ser aceptado en la pandilla 4. Porque
 está de moda 5. Por probar algo nuevo 6. Porque
 está prohibido 7. Por que es de mayores 8. Porque
 lo he probado y me gusta 9. Para olvidar mis
 problemas
38. *¿Querías dejar de ser fumador?:* 1. Si 2. No
39. *¿Son tus padres o hermanos fumadores?:* 1. Sólo mi
 padre 2. Sólo mi madre 3. Sólo mis hermanos mayores
 4. Tanto mi padre como mi madre 5. Mi padre y mis
 hermanos mayores 6. Mi madre y mis hermanos mayores
 7. Mis padres y mis hermanos mayores 8. Todos lo
 somos en mi familia 9. No
40. *La actitud de tus padres ante tu consumo de tabaco es:*
 1. Muy permisiva 2. Indiferente 3. Tolerante
 4. Contraria 5. Muy contraria 6. Desconocen lo que
 hago
41. *Con respecto a tus maestros:* 1. Fuman en clase
 2. Fuman fuera de clase 3. No fuman
42. *¿Consumes bebidas alcohólicas?* 1. Si 2. No
43. *¿Que tipo de bebidas?:* 1. Vino 2. Cerveza
 3. Cubalibre 4. Anís, coñac, whisky u otros licores
44. *¿Con qué frecuencia?:* 1. Casi todos los días 2. Los
 fines de semana 3. Sólo cuando voy a fiestas
 4. Algunas veces al mes 5. Sólo una o dos veces al
 año
45. *¿Con que edad comenzaste a beber?:* 1. Con menos de
 10 años 2. Entre 10 y 12 años 3. Entre los 13 y
 15 años 4. Con más de 15 años
46. *¿Quién te dio alcohol por primera vez?:* 1. Tus padres
 siendo tu aún pequeño 2. Tus padres cuando tenías
 entre 10 y 15 años 3. Los amigos de tus padres
 4. Tus amigos de pandilla o de clase 5. Lo probaste
 tú solo, a escondidas
47. *¿Por qué motivo consumes alcohol?:* 1. Porque mis
 padres lo hacen 2. Porque mis amigos lo hacen
 3. Para ser aceptado en la pandilla 4. Porque
 está de moda 5. Por probar algo nuevo 6. Porque
 está prohibido 7. Por que es de mayores 8. Porque
 lo he probado y me gusta 9. Para olvidar mis
 problemas
48. *¿Querías dejar de beber alcohol?:* 1. Si, en todas
 las ocasiones 2. Si, aunque no en las fiestas
 3. No, porque me relaciona más con los demás 4. No,

- porque no tiene importancia tomarlo y me gusta | _ |
49. ¿Tus padres o tus hermanos son bebedores?: 1. Sólo mi padre 2. Sólo mi madre 3. Sólo mis hermanos mayores 4. Tanto mi padre como mi madre 5. Mi padre y mis hermanos mayores 6. Mi madre y mis hermanos mayores 7. Mis padres y mis hermanos mayores 8. Todos lo somos en mi familia 9. No | _ |
50. La actitud de tus padres ante tu consumo de tabaco es: 1. Muy permisiva 2. Indiferente 3. Tolerante 4. Contraria 5. Muy contraria 6. Desconocen lo que hago | _ |
51. ¿Consumes algún otro tipo de droga?: 1. Si 2. No | _ |
52. ¿Cual o cuales de ellas? (pon una cruz detrás de la/s que consumes): 1. Porros | _ | 2. Anfetaminas | _ | 3. Analgésicos | _ | 4. Tranquilizantes | _ | 5. Hipnóticos | _ | 6. Inhalables | _ | 7. Alucinógenos | _ | 8. Cocaína | _ | 9. heroína | _ | 10. Otras | _ |
53. ¿Con qué edad iniciaste el consumo?: 1. Con menos de 10 años 2. Entre 10 y 12 años 3. Entre 13 y 15 años 4. Con más de 15 años | _ |
54. ¿Con qué frecuencia la/s consumes?: 1. Menos de una vez a la semana 2. Una vez a la semana 3. Entre 2 y 6 veces a la semana 4. Diariamente una vez 5. Diariamente 2 o más veces 6. Sólo en espera de exámenes | _ |
55. ¿Durante cuanto tiempo llevas haciéndolo de forma habitual?: 1. Menos de un mes 2. Entre 1 y 5 meses 3. Entre 6 meses y 1 año 4. Entre 1 y 2 años 5. Más de 2 años 6. Más de 4 años | _ |
56. ¿Como ven tus compañeros de clase el hecho de consumir algún tipo de droga?: 1. Como algo normal 2. Lo toleran 3. Les da lo mismo 4. Sólo les da igual si se fuman porros 5. Se escandalizan ante todo tipo de consumo | _ |
57. Si no eres consumidor ¿desapruebas el consumo de tus compañeros?: 1. Si 2. No | _ |
58. ¿Algún otro miembro de tu familia es consumidor de alguna de ellas?: 1. Mi padre 2. Mi madre 3. Mis padres 4. Mis hermanos mayores 5. Tanto mis padres como mis hermanos 6. No | _ |
59. La actitud de tus padres ante tu consumo de cualquiera de estas drogas es: 1. Muy permisiva 2. Indiferente 3. Tolerante 4. Contraria 5. Muy contraria | _ |

6. Desconocen lo que hago | _ |
60. La actitud de tus padres ante el consumo de drogas en la sociedad es: 1. Muy permisiva 2. Indiferente 3. Tolerante 4. Contraria 5. Muy contraria | _ |
61. ¿Tienes dificultades para adquirir la droga que consumes?: 1. Si 2. No | _ |
62. ¿Donde consigues usualmente la droga que consumes?:
1. Por otros compañeros del colegio 2. Por amigos del barrio 3. Por otros amigos 4. A través de mis padres 5. A través de mis hermanos mayores 6. En bares y discotecas 7. A través del médico 8. En la farmacia, sin receta médica 9. En la calle por el proveedor | _ |
63. ¿Por qué motivos consumes la droga?: 1. Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas 2. Por sentirme libre 3. Porque mis amigos lo hacen 4. Porque me gusta 5. Para ser aceptado en el grupo 6. Porque está prohibido 7. Para olvidar mis problemas 8. Para pasar el rato 9. Para calmar los nervios | _ |
64. ¿A demás de consumirlas, vendes droga a otras personas?: 1. Si 2. No | _ |
65. Si no consumes ningún tipo de droga ¿por qué no lo haces?: 1. Simplemente no me interesa 2. No me gusta el sabor, olor, etc. 3. Por influencia de mis padres 4. Por influencia de mis amigos 5. Por motivos religiosos 6. Porque no sé como conseguirla 7. Porque producen daño mental o físico 8. Por miedo a que me vean | _ |
66. ¿Consideras que es fácil o difícil abandonar el consumo de drogas?: 1. Es casi imposible dejarlas 2. Muy difícil 3. Difícil 4. Supone algún esfuerzo 5. Es fácil dejarlas | _ |
67. ¿Cuales son a tu juicio las medidas generales a tomar en la lucha contra la droga?: 1. Represión de los traficantes de droga 2. Represión de los consumidores 3. Campañas de información en prensa, radio, televisión, etc. sobre las consecuencias del consumo de droga 4. Dejar libre su consumo y controlarlo 5. Mejorar las condiciones de vida (trabajo, ocio) 6. Más centros de asistencia y tratamiento | _ |
68. Es posible que hagamos un seguimiento de este estudio, en el futuro, de forma absolutamente anónima como el

presente ¿estarías dispuesto a que volviéramos a realizar la encuesta, si te tocara por azar?:

1. Si 2. No

I_I

ANEXO II

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

<i>fig.1. Grupos de edad</i>	41
<i>fig.2. Curso/Nº de alumnos</i>	42
<i>fig.3. Nº de hermanos sin contar al encuestado</i>	44
<i>fig.4. Situación de empleo de la madre/Nº de alumnos</i>	45
<i>fig.5. Nivel de ingresos de tu familia al mes/Nº de alumnos</i>	47
<i>fig.6. Procedencia de los amigos/Nº de alumnos</i>	50
<i>fig.7. Frecuencia de salida con los amigos</i>	51
<i>fig.8. Comunicación con los padres</i>	52
<i>fig.9. Opinión sobre el mundo en general</i>	54
<i>fig.10. Frecuencia de consumo de bebidas alcoholicas/ Nº de alumnos</i>	59
<i>fig.11. Edad de inicio en el consumo/Nº de alumnos</i>	60
<i>fig.12. Personas con las que se inicia el consumo/Nº de alumnos</i>	61
<i>fig.13. Intención de abandonar el alcohol/Nº de alumnos</i>	62
<i>fig.14. Actitud de los padres ante el consumo de alcohol de los encuestados</i>	64
<i>fig.15. Actitud de los padres ante el consumo de drogas en la sociedad/Nº de alumnos</i>	68
<i>fig.16. Opinión sobre abandono de drogas/Nº de alumnos</i>	70
<i>fig.17. Opinión sobre abandono de drogas/Nº de alumnos</i>	71
<i>tabla.1. distribución geográfica</i>	43
<i>tabla.2. Nivel de estudios de los padres</i>	48
<i>tabla.3. Nivel de estudios de las madres</i>	48
<i>tabla.4. Fumadores en la familia</i>	57
<i>tabla.5. Actitud de los padres ante el consumo de tabaco de los hijos</i>	57
<i>tabla.6. Bebidas consumidas mas frecuentemente</i>	58
<i>tabla.7. Consumo de alcohol de los familiares</i>	63
<i>tabla.8. Consumo de drogas</i>	65
<i>tabla.9. Motivo para el consumo de "otras drogas".</i>	69
<i>tabla.10. Tipos de bebidas consumidas por grupos de edad.</i>	73
<i>tabla.11. Motivación inicial para el consumo de alcohol.</i>	73
<i>tabla.12. Consumo de cigarrillos según sexos.</i>	76

<i>tabla.13. Edad de inicio en el consumo de cigarrillos según sexo</i>	76
<i>tabla.14. Opinión sobre la sociedad.</i>	78
<i>tabla.15. Consumo de tabaco por pueblos.</i>	79
<i>tabla.16. Consumo de alcohol por pueblos.</i>	80
<i>tabla.17. Tipos de bebida consumida según area.</i>	80
<i>tabla.18. Consumo general según niveles de enseñanza.</i>	83
<i>tabla.19. Consumo de drogas/profesión de la madre.</i>	85
<i>tabla.20. Consumo de porros/trabajo de la madre.</i>	86
<i>tabla.21. Consumo de anfetaminas/trabajo de la madre.</i>	86
<i>tabla.22. Consumo de analgésicos/trabajo de la madre.</i>	87
<i>tabla.23. Consumo de tranquilizantes/trabajo de la madre.</i>	87
<i>tabla.24. Consumo de hipnóticos/trabajo de la madre.</i>	88
<i>tabla.25. Consumo de inhalables/trabajo de la madre.</i>	88
<i>tabla.26. Consumo de alucinógenos/trabajo de la madre.</i>	89
<i>tabla.27. Consumo de cocaína/trabajo de la madre.</i>	89
<i>tabla.28. Consumo de heroína/trabajo de la madre.</i>	90
<i>tabla.29. Consumo de otras drogas no descritas/ trabajo de la madre.</i>	90
<i>tabla.30. Consumo de drogas/profesión del padre</i>	91
<i>tabla.31. Consumo de tabaco/profesión de la madre</i>	93
<i>tabla.32. Consumo de alcohol/profesión de la madre</i>	94
<i>tabla.33. Ingresos de los padres/cigarrillos que fuman los hijos</i>	95
<i>tabla.34. Ingresos de los padres/relación con los compañeros de clase</i>	97
<i>tabla.35. Ingresos de los padres/pertenencia a un grupo</i>	97
<i>tabla.36. Ingresos de los padres/opinión que los hijos tienen de ellos.</i>	98
<i>tabla.37. Ingreso de los padres/tipo de club al que pertenecen los hijos</i>	98