

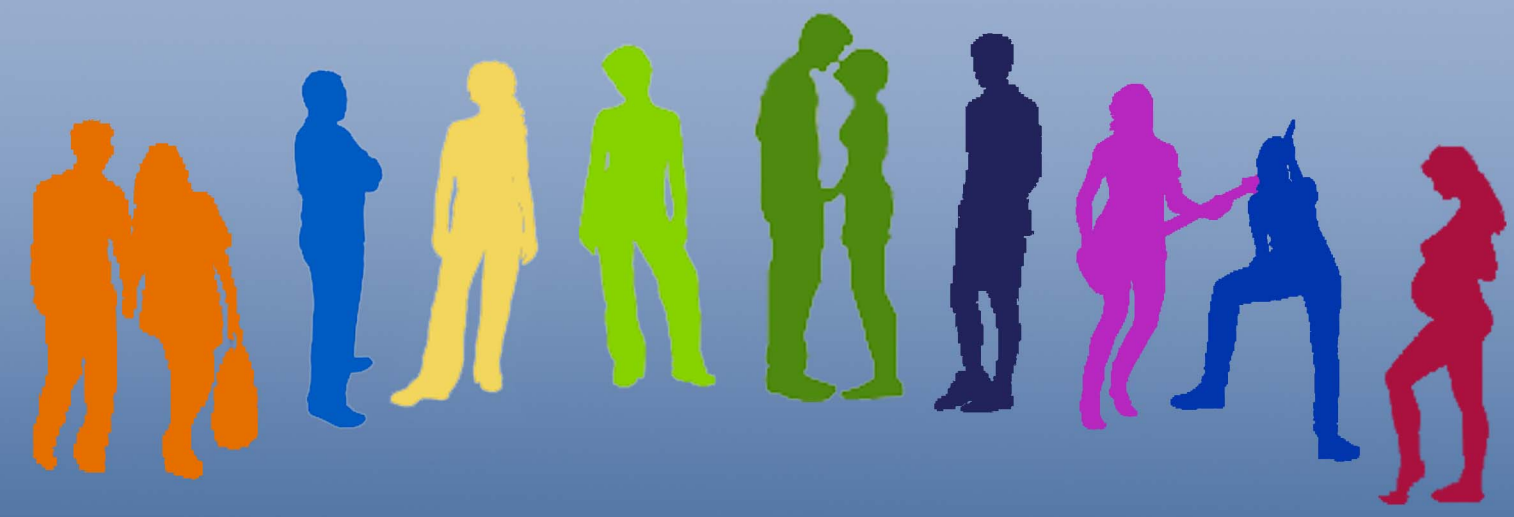
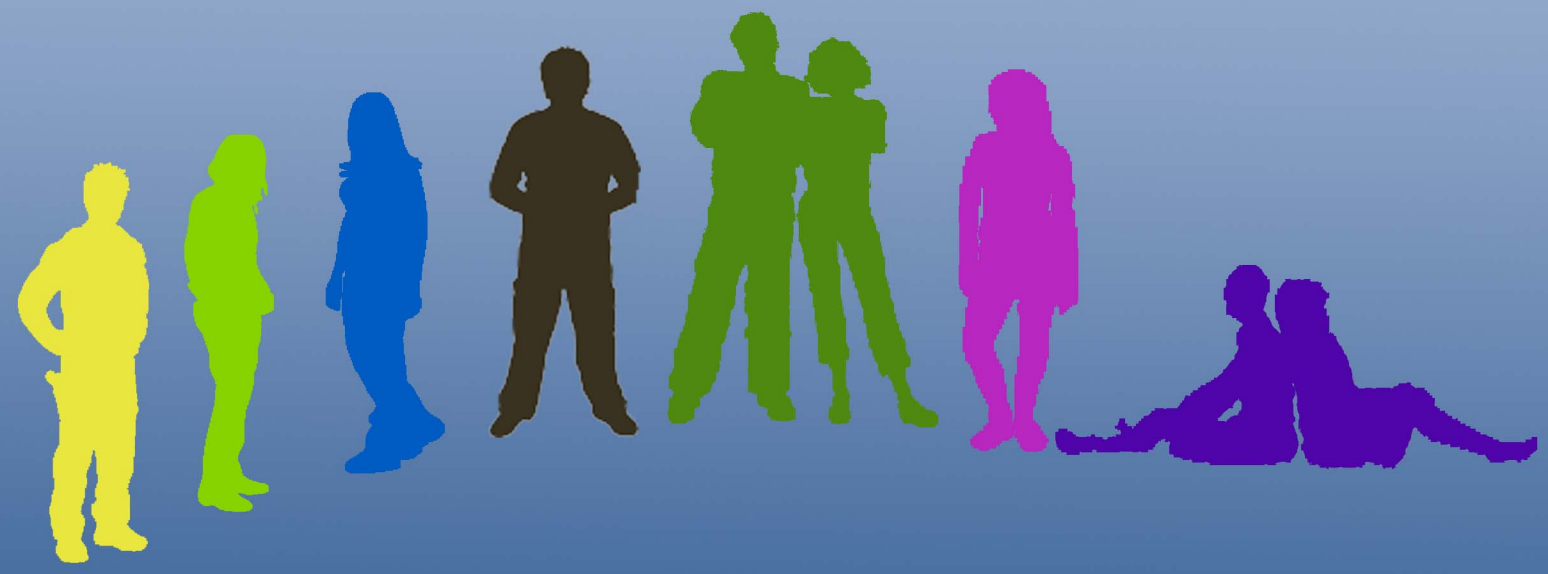
Tesis Doctoral

Departamento de Pediatría e Inmunología,
Obstetricia y Ginecología, Nutrición y
Bromatología, Psiquiatría e Historia de la Ciencia

Comportamientos Sexuales de los Adolescentes de Castilla y León. Datos para valorar la edad de vacunación del Virus del Papiloma Humano

Pablo Royuela Ruiz

Directores:
Luis Rodríguez Molinero
Alfredo Blanco Quirós
José Manuel Marugán de Miguelsanz



Tesis Doctoral: Comportamientos Sexuales de los Adolescentes de Castilla y León.
Datos para valorar la edad de vacunación del Virus del Papiloma Humano





Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA E INMUNOLOGÍA,
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, NUTRICIÓN Y
BROMATOLOGÍA, PSIQUIATRÍA E HISTORIA DE LA
CIENCIA**

TESIS DOCTORAL:

**COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE LOS
ADOLESCENTES DE CASTILLA Y LEÓN.
DATOS PARA VALORAR LA EDAD DE
VACUNACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO**

Presentada por Pablo Royuela Ruiz para optar
al grado de
doctor por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:
Luis Rodríguez Molinero
Alfredo Blanco Quirós
José Manuel Marugán de Miguelsanz

*A mi hijo Carlos,
precioso bebé y futuro adolescente.*

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis, además de ser un trabajo y un esfuerzo personal, ha necesitado la ayuda de muchas personas para poder llevarse a cabo. Por eso quiero expresar mi más sincero agradecimiento:

- Al Doctor Luis Rodríguez Molinero, médico, pediatra, experto en adolescentes e impulsor de este estudio. Gracias por completar y mejorar mi idea inicial, por elaborar el cuestionario, por conseguir los permisos necesarios, por viajar a muchos de los centros escolares y por animarme siempre. Si este trabajo se ha realizado ha sido gracias a su apoyo.
- Al Profesor Alfredo Blanco Quirós por creer en este proyecto desde el principio e impulsarlo desde el Departamento de Pediatría de la Universidad de Valladolid. Mi agradecimiento por sus recomendaciones y su interés en mi investigación.
- Al Profesor José Manuel Marugán de Miguelsanz, del Departamento de Pediatría. Mi agradecimiento por sus acertados consejos y por todas las gestiones realizadas para que esta tesis vea la luz.
- A Susana Hernández Gallego, licenciada en Estadística, por corregir y revisar la Metodología, calcular el tamaño muestral necesario, proporcionarme herramientas para calcular los diferentes estadísticos (chi cuadrado, t de Student...) y asesorarme en todo lo relativo a la parte estadística de esta tesis.
- A mi familia por ayudarme en todo y educarme en los valores del esfuerzo y la constancia. Especialmente a mi padre por sus gestiones para la recogida de datos del IES Sandoval y Rojas.
- A los directores, jefes de estudio, tutores y profesores de los centros: IES Emilio Ferrari, Colegio Santa Teresa de Jesús, Lope de Vega, IESO Ribera de Cega, IES Vadinia, IESO Astura, La Milagrosa, IES Vía de la Plata, IES Ramón Olleros, IES Sandoval y Rojas, CC Sagrado Corazón (HH Salesianas), IES Isabel de

Castilla, IES Maestro Haedo, IES Hoces del Duratón, Colegio Santo Ángel e IES La Rambla. Gracias por su ayuda, por dejarnos sus aulas, cedernos su tiempo y facilitarnos la recogida de datos.

- A los alumnos de 2º y 3º de ESO del curso 2010/2011 de los centros citados previamente por su sinceridad y buen comportamiento durante la realización de las encuestas. A los padres de estos alumnos por dar el consentimiento para que sus hijos la completaran.
- Al personal de Ágora Estudios de Mercado S.L., por su amabilidad y eficiencia para grabar los datos de los encuestados.
- A todos los familiares y amigos que me han ayudado, animado y apoyado durante el tiempo que ha durado este trabajo.
- Y en último lugar, pero muy especialmente a mi mujer, Eva, por el diseño de portada, la edición del cuestionario, de los textos, las gráficas, el índice... En fin, su ayuda, su paciencia conmigo, sus ánimos y consejos han sido el catalizador necesario para que esta tesis vea la luz.

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	13
EL ESTUDIO Y LAS TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA	14
LOS RIESGOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE.....	16
LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.....	25
OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	33
ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL.....	34
HIPÓTESIS. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.	34
METODOLOGÍA.....	37
POBLACIÓN OBJETIVO	37
DISEÑO MUESTRAL	42
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	44
TRABAJO DE CAMPO	47
ENCUESTA PILOTO	47
PERMISOS NECESARIOS	49
EL CUESTIONARIO	50
DISTRIBUCIÓN MUESTRAL.....	51
TABLA DE RECOGIDA DE MUESTRAS.....	53
ERRORES DE ESTIMACIÓN Y FICHA TÉCNICA	54
RESULTADOS GENERALES:	57
DATOS DEMOGRÁFICOS:.....	57
CAPÍTULO I: LOS PADRES	59
1. ¿Con quiénes vives actualmente?.....	59
2. ¿Cómo es la relación con tus padres?.....	60
3. ¿Cómo es la relación que tus padres tienen entre ellos?	62
4. ¿Cuál de las siguientes palabras que se indican a continuación reflejan mejor la relación con tu padre y con tu madre?.....	64
CAPÍTULO II: SALUD, DEPORTE Y MENTE.....	103
1. ¿Pertenece a algún grupo cultural, deportivo, musical, etc.?.....	103
2. Responde sinceramente a las siguientes preguntas.....	107
• ¿Cómo es tu salud actualmente?	107
• ¿Cómo fue tu salud de niño?	109

·	¿Qué tal duermes?	110
·	¿Cómo crees que te alimentas?	112
·	¿Cómo es tu estado de ánimo?	114
·	¿Qué tal memoria tienes?	117
3.	¿Practicas algún deporte habitualmente?	119
4.	¿Por qué haces deporte?	122
5.	¿Por qué no haces deporte?	126
6.	Escala de Autoestima de Rosenberg	130
7.	En materia religiosa, ¿cómo te consideras?	137
CAPÍTULO III: DROGAS LEGALES E ILEGALES		141
1.	¿Qué nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas?..	141
2.	¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	143
3.	¿Por qué fumas?, es una pregunta con dos peculiaridades:	147
4.	¿Crees que debes dejar de fumar?	150
5.	¿Cuál es la principal razón por la que crees que debes dejar de fumar?	152
6.	¿Sueles tomar bebidas alcohólicas?	154
7.	¿Cuál es el principal motivo por el que bebes alcohol?	158
8.	¿Cuántas veces te has emborrachado en el último año?	161
9.	¿Has consumido drogas ilegales alguna vez?	165
CAPÍTULO IV: SEXUALIDAD		169
1.	¿Qué nivel de información tienes sobre enfermedades de transmisión sexual?	169
2.	¿Qué nivel de información tienes sobre sexualidad?	172
3.	En la pregunta 20 se pregunta a los encuestados: “¿Qué edad consideras que es la adecuada para hablar sobre sexualidad?”	175
4.	En la pregunta 21 preguntamos a los adolescentes: “¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad?”	178
5.	En la pregunta 22 se pregunta a los encuestados: “Y lo que sabes (de sexualidad) consideras que es para ti”	182
6.	¿Cómo calificarías la reacción de los compañeros de tu clase al hablar de sexualidad?	184

7.	Y cuando se habla de este tema en el centro, ¿cuál es el nivel de participación?	188
8.	Menciona tres formas efectivas de evitar un embarazo	189
9.	La palabra condón o preservativo te hace pensar en.....	197
10.	Si necesitas orientación sobre tu sexualidad, hablarías con (señala a todos los que estarías dispuesto a acudir)	200
11.	Y de todos los señalados antes, ¿a quién acudirías preferentemente?	203
12.	¿Por cuál de los siguientes motivos no tendrías relaciones sexuales?	207
13.	¿Qué opinan tus padres sobre las relaciones sexuales entre los adolescentes?	211
14.	¿Has tenido relaciones sexuales con penetración?	215
15.	¿Con quién has tenido relaciones sexuales con penetración?	218
16.	¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración en el último año?	223
17.	¿En tu última relación sexual has usado preservativo?	226
18.	¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?	228
19.	¿En tus relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo?....	231
20.	Nombra tres enfermedades que pueden ser adquiridas mediante relaciones sexuales.....	234
21.	¿Crees que embarazarse tiene algún riesgo para los adolescentes? .	242
22.	¿Cuáles son los riesgos de los adolescentes al embarazarse?.....	244
23.	Versión castellana y reducida del Sexual Opinion Survey.	247
24.	¿Cuál es tu orientación sexual?	261
	DISCUSIÓN	263
	CAPÍTULO I. ENTORNO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES.	263
	La influencia de la familia	263
	La disfunción familiar	265
	Psicopatología parental.....	268
	Conflictividad de los padres	270

El divorcio.....	272
Violencia familiar	276
Consecuencias sobre los hijos testigos de violencia doméstica	279
CAPÍTULO II. SALUD, DEPORTE Y MENTE DE NUESTROS	
ADOLESCENTES:.....	282
Salud física de los adolescentes	282
Alteraciones de la pubertad.....	283
Salud mental de los adolescentes.....	292
Alimentación de los adolescentes	301
Actividad física de los adolescentes.....	302
Orientación religiosa de los adolescentes	304
CAPÍTULO III. DROGAS LEGALES E ILEGALES:	309
Introducción.....	309
Factores de riesgo y de protección.....	311
La edad en el consumo de drogas	313
Información sobre las drogas	315
Riesgo percibido por los adolescentes	315
Drogas legales:	316
Tabaco:	316
1. Descenso del consumo:	317
2. Diferencias entre chicos y chicas:.....	318
3. Diferencias según la edad:	319
4. Factores de riesgo y de protección:.....	320
5. Salud mental:.....	321
Alcohol:.....	321
1. Causas del consumo adolescente de alcohol.....	323
2. Riesgo percibido del consumo adolescente de alcohol	325
3. La edad en el consumo de alcohol	325
4. El sexo en el consumo adolescente de alcohol	327
5. Tipos de bebidas consumidas	328
6. Consecuencias del consumo adolescente de alcohol	329
7. El fenómeno del botellón	331
Hipnosedantes:.....	334

Drogas ilegales	335
Cannabis:	335
1. Evolución del consumo:.....	336
2. Perfil del consumidor de cannabis:.....	337
3. Efectos del consumo de cannabis:.....	338
Cocaína:.....	341
Éxtasis y anfetaminas:.....	343
Heroína:.....	346
Otras drogas:.....	346
CAPÍTULO IV. SEXUALIDAD ADOLESCENTE:.....	347
1. Introducción	347
2. Información y Educación sexual	348
3. Inicio en las relaciones sexuales de los adolescentes	352
4. Anticonceptivos:.....	358
El preservativo.....	361
La anticoncepción de emergencia.....	364
El aborto	367
5. Enfermedades de transmisión sexual	368
6. Embarazo adolescente	371
7. Diferencias en la sexualidad adolescente entre chicos y chicas....	375
8. Orientación sexual de los adolescentes.....	381
9. Sexualidad adolescente y drogas	382
Drogas y salud sexual:	386
Agresividad y drogas:	387
Conductas de riesgo y drogas:.....	388
Vacaciones, sexo y drogas:.....	393
CONCLUSIONES:.....	395
ANEXO I. EL CUESTIONARIO	397
ANEXO II. ÍNDICE DE TABLAS	401
ANEXO III. ÍNDICE DE FIGURAS	407
BIBLIOGRAFÍA:	417

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta y que está marcada por un complejo proceso de crecimiento y desarrollo biopsicosocial.[1]

Se trata de un período de la vida cuya individualidad se ha reconocido siempre, aunque sus límites hayan sido fijados de forma distinta: para *San Isidoro de Sevilla* (560-636) abarcaba de los 15 a 21 años; según *Alfonso X el Sabio*, la tercera edad o adolescencia comprendía de los 15 años en adelante; para *García Castroviejo* (1345) alcanzaba hasta los 28 años, para *Villena* (1427) hasta los 20, y según *Palencia* (1490) transcurría desde los 15 hasta los 28 años.[2]

Es difícil establecer límites cronológicos para este periodo; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la **Organización Mundial de la Salud**, la adolescencia es una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la *adolescencia temprana* (de 10 a 14 años) y la *adolescencia tardía* (de los 15 a los 19 años).[3]

Esta edad ha sido típicamente considerada como problemática desde el punto de vista familiar y social. En una tablilla mesopotámica del año 3000 a.C. se lee: «*La juventud de hoy está podrida hasta la médula y es mala, irreverente y perezosa. Nunca será como las del pasado y será incapaz de conservar nuestra civilización*». Tiempo después, los discípulos de Sócrates (s. IV a.C.) ponían en sus labios el siguiente comentario: «*La juventud de hoy ama el lujo, tiene pésimos modales y desdeña la autoridad. Muestra poco respeto por sus superiores y prefiere insulsas conversaciones al ejercicio. Los jóvenes son ahora tiranos y no los siervos de sus hogares. Ya no se levantan cuando alguien entra en su casa. No respetan a sus padres, conversan entre sí cuando están delante de sus mayores, devoran la comida y tiranizan a sus maestros*».

Sin duda que estas observaciones podrían aplicarse, y de hecho se aplican, al comportamiento de los jóvenes actuales. Ciertamente, la actitud de rebeldía de los jóvenes constituye una de las maneras de afirmar su personalidad típica de la adolescencia.[2]

EL ESTUDIO Y LAS TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA

La aparición del libro de Stanley Hall “La Adolescencia: su Psicología y sus relaciones con la Fisiología, Antropología, Sociología, Sexo, Crimen, Religión y Educación” en 1904 fue el inicio del estudio científico de la adolescencia. En este título se encontraba concentrado lo que entonces se especulaba sobre esa etapa de la vida. Posteriormente han ido apareciendo las siguientes teorías sobre la adolescencia:

- HALL Y LA TEORÍA DE LA RECAPITULACIÓN: La ontogénesis de cada ser humano es una recapitulación de la filogénesis de las especies y de la evolución de las sociedades humanas. La adolescencia no es más que una transición en la evolución cultural.
- GESELL: La Adolescencia es un proceso de maduración determinado genéticamente y que se desarrolla cronológicamente.
- FREUD Y EL DESARROLLO PSICOSEXUAL La adolescencia -último periodo del estadio genital- es un período caracterizado por la resolución de los conflictos psicosexuales anteriores y que le dará equilibrio propio al adulto.
- RANK: La adolescencia es la edad en que aparece la voluntad como fuerza creadora y consciente que moldea a uno mismo. El adolescente para llegar a su independencia recurre a dos mecanismos de defensa: al ascetismo y la promiscuidad (estos mismos mecanismos de defensa aparecerán en Spranger - amor puro y sexualidad- Bühler -aspectos espirituales y sensualidad-, Sullivan -intimidad y deseo- y Ana Freud - ascetismo e intelectualización-).
- SULLIVAN: En la adolescencia aparece la maduración biológica de las aptitudes perceptivas y mentales: la irrupción de la sexualidad genital y el desplazamiento de la inclinación afectiva a otra persona.

- ERIKSON: La adolescencia es un periodo de conflictos cuya resolución depende de la fuerza del “yo”, resultado de la resolución de los conflictos anteriores y de los apoyos externos. El “yo” se ve amenazado por los cambios físicos, la aparición de la sexualidad y la influencia de las personas por las que se interesa el adolescente.
- BLOS: La adolescencia es un proceso de adaptación a los cambios físico-sexuales que se inician en la pubertad. Se caracteriza por la recrudescencia de los conflictos edipianos, despegue a los objetos de amor anteriores y la elección de objetos de amor heterosexual. Los procesos mentales se hacen más complejos, las emociones más intensas y profundas y se entiende el futuro como motivación de conductas presentes. Con frecuencia aparece cierto narcisismo y sobrestimación de las capacidades propias.
- SPRANGER: La adolescencia presenta la aparición de la toma de conciencia de sí mismo y de una jerarquía de valores y aspiraciones propias.
- PIAGET Y LAS ESTRUCTURAS COGNITIVAS: A partir de un modelo biológico de interacción organismo-ambiente, la inteligencia es una forma de adaptación biológica. La adolescencia es la edad en que aparece el pensamiento real y abstracto.
- REMPLEIN Y LA SINTESIS ESTRUCTURAL: Fusiona las teorías vigentes del desarrollo, estructura y tipos de personalidad. En la adolescencia la aparición de la sexualidad altera la imagen de sí mismo, tiene curiosidad por los conocimientos y necesidad de independencia. Aparece progresivamente una toma de conciencia de sí mismo y una armonía entre el sistema de valores y él mismo.
- LEWIN Y LA TEORÍA ANTROPOLÓGICA: La conducta del adolescente depende de sí mismo y del entorno psicológico, tal y como él lo percibe (esta teoría permitió entender la antropología cultural).

- **INFLUENCIA DE LA ANTROPOLOGIA:** La observación de las costumbres, ritos y ceremonias de los diferentes pueblos ha destacado la influencia de la cultura en las diferentes sociedades. Las características de los adolescentes no son pues invariantes. Han sido MALINOWSKI, BENEDICT y MARGARET MEAD los que en la primera mitad del siglo XX destacaron que las diferentes conductas provienen de las diferencias sociales, funcionales y de las relaciones interpersonales.
- **TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL:** La adolescencia es un aprendizaje y un desarrollo continuo. Sintetiza las teorías psicoanalíticas, antropológicas y sociales. Entre las tareas a aprender del adolescente están: la aceptación del propio físico, la función sexual, la independencia emocional, la elección de la profesión y la consiguiente formación, la preparación al matrimonio y la paternidad.[4]

Para concluir esta primera parte de la introducción, añadiré que la adolescencia es una etapa de **cambio vital** que va a condicionar el desarrollo posterior de las personas. Existen cambios en todas las esferas: biológica, sexual, psicológica, emocional...Cambios no necesariamente coincidentes ni en el tiempo (por la edad) ni en la velocidad en la que se producen, pero que van a ser determinantes en una mayor vulnerabilidad frente a multitud de factores [5], entre los que se encuentran:

- **el entorno familiar** (que trataré en el **Capítulo I** de este trabajo),
- **su salud mental y física** (que presentaré en el **Capítulo II**)
- **el consumo de drogas** (que describiré en el **Capítulo III**)
- **y el inicio de la sexualidad** (que revisaré en el **Capítulo IV**).

LOS RIESGOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE.

En los últimos años, asistimos a un incremento mundial de las infecciones de transmisión sexual (ITS), siendo especialmente significativo entre los jóvenes. En 2009 se produjeron más de 2,2 millones de nuevas

infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en personas mayores de 15 años, siendo el 41% de ellas en jóvenes de 15 a 24 años.[6]

En Europa, las ITS también constituyen un problema importante para la Salud Pública. Recientemente, el Centro Europeo de Vigilancia Epidemiológica del Sida (EuroHIV) ha comunicado que la tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH en la Unión Europea se ha duplicado entre 1999 y 2009.

Los datos españoles de incidencia muestran la misma tendencia ascendente que en el resto de la Unión. Desde el año 2003 se están produciendo un continuado aumento de los diagnósticos de enfermedades de transmisión sexual sometidas a vigilancia epidemiológica (gonorrea y sífilis). Destacan, en particular, los datos sobre la incidencia de sífilis. Ésta ha evolucionado de 2,57 por 100.000 habitantes en 1995 a 5,33 por 100.000 en 2009. En cuanto al VIH, su transmisión ha disminuido notablemente respecto a la década de los años 90, donde la transmisión por vía intravenosa era la más frecuente. Actualmente, la vía sexual ha pasado a convertirse en el principal mecanismo de transmisión.[6]

Este empeoramiento general de la situación con respecto a años anteriores parece estar relacionado con un incremento de las prácticas sexuales de riesgo de la población, como una iniciación sexual más precoz, el aumento del número de parejas sexuales y el uso inconstante del preservativo.

Conocimientos de los adolescentes europeos sobre sexualidad e ITS

A pesar de existir actualmente una evidencia científica consistente sobre la asociación de las prácticas de riesgo arriba mencionadas y el incremento de ITS, sólo una minoría de los jóvenes europeos dispone de una información completa y rigurosa sobre las ITS y su prevención. Por ejemplo, en una encuesta nacional realizada en España, menos de la mitad de los jóvenes de 18 y 19 años (el 43,6%) señalaron que tener pocas parejas era una medida eficaz frente al VIH. Kouznetsov et al. investigaron el conocimiento que tenía una población de Múnich sobre la transmisión sexual del VIH; los resultados de dicho estudio concluyeron que sólo el 55,5% de los encuestados conocía que el VIH podría ser transmitido a través de las 3 vías de infección (vaginal, anal y oral).[7]

Sin embargo, la carencia de conocimientos puede ser mayor en países que están en vías de desarrollo. Por ejemplo, según UNICEF, sólo el 24% de los jóvenes de 15 a 24 años en países de bajo y medio desarrollo identifican el uso de preservativos y tener relaciones sexuales mutuamente monógamas con una persona no infectada como medidas de prevención del VIH. Este desconocimiento puede impedir que los jóvenes logren evitar o reducir estos riesgos con mayor eficacia.[6]

En Irlanda del Norte, sólo uno de cada 4 jóvenes de 14 a 25 años conoce otras ITS distintas del VIH. Una encuesta italiana reciente pidió a jóvenes transalpinos de 14 a 16 años que identificaran los mecanismos de transmisión de algunas infecciones y pocos señalaron la vía sexual como mecanismo de transmisión de ITS. Por ejemplo, el 42% desconocía que el herpes genital pudiera transmitirse sexualmente. Este porcentaje era aún mayor con respecto a la sífilis y la gonorrea (82,7 y 91,2%, respectivamente).[6]

Actitud favorable hacia las relaciones sexuales casuales de los jóvenes europeos

A pesar de que las relaciones sexuales casuales son un factor de riesgo para adquirir una ITS, el 57% de los varones y el 28% de las mujeres francesas de 18 a 24 años manifiestan que podrían tener relaciones sexuales con una persona sin que existiera amor entre ellos. Más de dos tercios de los jóvenes de Irlanda del Norte de 15 a 24 años aprueban las relaciones sexuales casuales. Del mismo modo opinan el 73% de los varones y el 50% de las mujeres irlandesas de 18 a 24 años.

Por el contrario, el 29% de los varones y el 36% de las mujeres suecas de 16 a 24 años creen que las relaciones sexuales sólo deben tener lugar dentro de una relación estable.[6]

Creencias erróneas para prevenir el VIH de los jóvenes españoles

«Preguntar a la pareja por su pasado», «usar espermicidas» o «lavarse tras la relación sexual» son consideradas medidas preventivas eficaces frente al VIH por el 59,3%, el 33% y el 29,9% de los jóvenes españoles de 18 y 19 años, respectivamente.

Además se aprecia una inconstancia en torno al 15-20% en el uso del preservativo entre los jóvenes europeos (lo que aumenta el riesgo de transmisión del VIH y otras ITS).[6]

Desconocimiento de los riesgos de la promiscuidad

«Tener pocas parejas» no es considerada una medida eficaz por el 56,4% de los jóvenes españoles de 18 y 19 años.[6]

Desconocimiento del modo de transmisión del VIH

Según diversas encuestas, el 3,5% de los jóvenes españoles de 18 y 19 años y el 1,6% de los jóvenes italianos de 14 a 16 años desconocen que el VIH se transmite por vía sexual.[6]

La alta prevalencia de errores entre los jóvenes llama especialmente la atención porque éstos tienen muchos medios de información a su alcance. Sin embargo, puede ocurrir que la información que les llega sea parcial, sesgada o contenga errores.

Se observa, por ejemplo, que muchos de los contenidos televisivos a los que acceden los adolescentes españoles (incluso libros de texto escolares) no informan sobre las consecuencias negativas derivadas de la actividad sexual juvenil (embarazos, ITS, etc.). Otros estudios internacionales advierten de que los medios pueden presentar una imagen negativa de los jóvenes que no se han iniciado sexualmente y transmitir a todos ellos la idea de que la actividad sexual es común, casual y está libre de consecuencias. En este sentido, algunos autores han destacado que los medios tienden a ofrecer escasa información sobre las posibles consecuencias negativas de la actividad sexual juvenil, a pesar de que frecuentemente representan escenas de amor y sexualidad. Incluso, algunos estudios previos señalan que cuando los medios de comunicación apoyan el comportamiento sexual adolescente aumenta la frecuencia de iniciación sexual precoz.[6]

Parece, por tanto, necesario revisar los mensajes y la información que se les da a los jóvenes a través de los medios de comunicación y las campañas de prevención de ITS.

Inicio precoz de las relaciones sexuales

La edad de inicio de las relaciones sexuales es un factor de riesgo para contraer una ITS. Así, cuanto menor es la edad, mayor es el riesgo de contagio. El porcentaje de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales completas con 16 años o menos oscila en Europa entre el 16% (varones) y el 18% (mujeres) de los jóvenes finlandeses y el 49,8% (varones) y el 52,2% (mujeres) de los jóvenes noruegos de 16 años.

Hace años los varones europeos se iniciaban sexualmente antes que las mujeres europeas. Sin embargo, en los últimos años, las medias de edad de iniciación sexual de varones y mujeres se han aproximado en algunos países, como por ejemplo en España. Incluso en algunas encuestas realizadas en Suecia, Noruega, Finlandia, Gran Bretaña y Suiza la proporción de mujeres que ha tenido relaciones sexuales supera a la de varones.

El problema de la precocidad sexual es que se relaciona con otras prácticas sexuales de riesgo. Los adolescentes que se inician a edades muy tempranas refieren con mayor frecuencia tener una ITS, un mayor número de parejas sexuales y un menor uso del preservativo.[6]

Tener múltiples parejas sexuales seriadas o concurrentes

El número de parejas sexuales es un factor de riesgo para contraer una ITS. Cuanto mayor es dicho número, mayor es el riesgo de contagio. Un alto porcentaje (mayor que hace una década) de jóvenes europeos refiere haber tenido múltiples parejas sexuales (2 o más) a lo largo de la vida. Las diferencias entre ambos sexos son notables. Los varones suelen tener más parejas sexuales que las mujeres. Por ejemplo, en España, casi la mitad de los varones y solo una cuarta parte de las mujeres entre 15 y 20 años ha tenido más de una pareja sexual en su vida. Únicamente en Suiza la proporción de mujeres de 16 a 20 años supera a la de varones, mientras que en Finlandia la proporción de mujeres de 15 y 16 años iguala a la de varones. Del mismo modo, el número de parejas sexuales en el último año también es mayor en los varones, en todos los estudios recientes.

Sin embargo, aunque actualmente sean menos promiscuas que ellos, la proporción de mujeres jóvenes con múltiples parejas sexuales ha aumentado en los últimos años.[6]

Tener relaciones sexuales sin preservativo

En general, un alto porcentaje de los jóvenes refieren utilizar el preservativo de manera inconstante. El porcentaje de jóvenes que no utilizaron un preservativo en su primera relación sexual varía del 11,5% en jóvenes franceses de 18 a 24 años al 29% en jóvenes británicos de 13 a 16 años. El uso que los jóvenes hacen del preservativo en la última relación sexual es menor que en la primera relación. Así, por ejemplo, en España, el 12,5% de los jóvenes de 18 y 19 años no usó preservativo en su primera relación sexual, mientras un 20,2% no lo usó la última vez que tuvo relaciones.[6]

Tener sexo comercial

El 1,3% de los varones franceses de 18 y 19 años y el 4% de los varones irlandeses de 18 a 24 años refirieron haber tenido sexo comercial. Este porcentaje asciende al 6,1% entre los jóvenes franceses de 20 a 24 años y al 10,4% entre los varones españoles de 18 y 19 años. Asimismo, el 3,4% de los varones ingleses de 16 a 24 años refirió haber acudido al sexo comercial en los últimos 5 años.[6]

Todos los datos previos sugieren una mayor igualdad de los patrones de conducta sexual entre varones y mujeres. Estos nuevos patrones se caracterizan por una mayor precocidad en la iniciación sexual juvenil y un mayor número de parejas sexuales durante la adolescencia, lo que conlleva un mayor riesgo de contagio de ETS (con el aumento detectado en SIDA o tracoma, por ejemplo).

El SIDA:

La infección por VIH constituye una epidemia en la que la vía sexual es uno de sus principales modos de transmisión. El 24% de los varones y el 51% de las mujeres que recibieron el diagnóstico de SIDA en el año 2007 en

España se infectaron por el VIH a través de las relaciones heterosexuales siendo además este modo de transmisión el segundo más importante. [8]

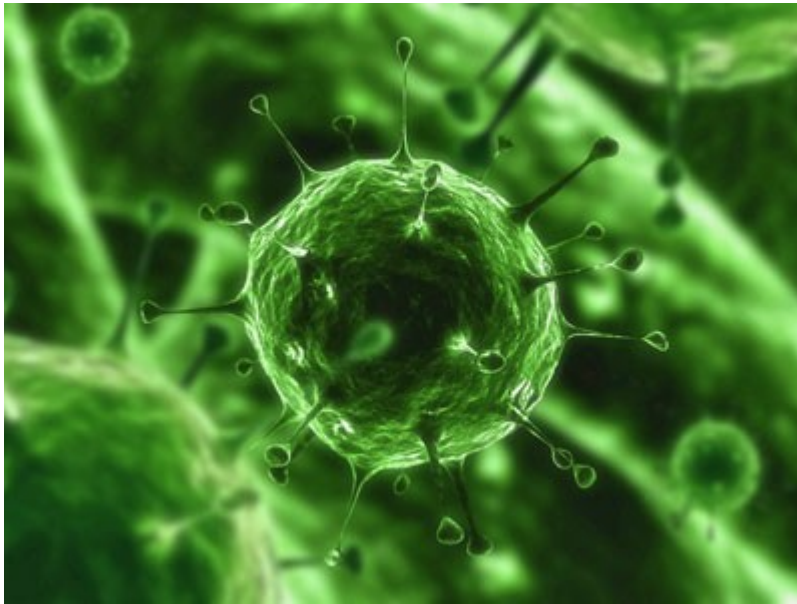


Figura 1: Virus VIH [9]

En cuanto a los jóvenes y adolescentes, en torno al 50% de las nuevas infecciones a nivel mundial se dan entre los 15 y los 24 años de edad. En Europa occidental, el 10% de los nuevos casos de VIH que tuvieron lugar en el año 2006 correspondían a jóvenes de entre 15 y 24 años. Específicamente en España, la prevalencia de infección por el VIH en personas de este grupo de edad que acudieron a las consultas de centros de ETS era del 1,6% en el año 2004 [8]. Además, se conoce que el 20% de los pacientes con SIDA se infectaron en la adolescencia. [10]

Se ha planteado que, tal vez, la importante mejora producida en el tratamiento de la infección por el VIH, con la consiguiente reducción de las tasas de mortalidad anual, pueda estar influyendo en las prácticas sexuales de los jóvenes [11] en cuanto a una relajación en la protección contra las infecciones de transmisión sexual. Esta idea se ve reforzada porque un alto porcentaje de los chicos y chicas de un estudio reciente confesaban haber sentido agobio, culpa o arrepentimiento en alguna ocasión por no haber tomado las precauciones adecuadas [12]. Incluso un porcentaje elevado (un 14,3% sin diferencias entre sexos) de los adolescentes de otro estudio se habían realizado una prueba para descartar estar afectado por una ETS. [13]

Además, un estudio reciente recoge que los adolescentes presentaban puntuaciones relativamente bajas en habilidad autopercebida para evitar la infección por el VIH. Asimismo, sus conocimientos sobre las prácticas sexuales de riesgo frente al VIH y sobre la eficacia preventiva de diferentes métodos ante esta infección no eran amplios. [12]

El Tracoma:

La infección genital por *Chlamydia trachomatis* es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente en el mundo, sobre todo en la población de jóvenes menores de 25 años y mujeres en edad reproductiva. Esta infección puede presentarse en un 85% de los casos de manera asintomática y es una de las principales causas de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, uretritis e infertilidad. Además, incrementa el riesgo de transmitir y de infectarse por el VIH.

Tanto en Norteamérica como en Europa y , en especial, en los países nórdicos, la prevalencia de *C. trachomatis* ha estado aumentando desde principios del siglo XX. De ahí que en varios países se ha incorporado el cribado de esta infección a nivel poblacional u oportunista. Actualmente en Europa la prevalencia de *C. trachomatis* oscila entre el 2 y el 17% dependiendo del ámbito, la población y el país. [14]

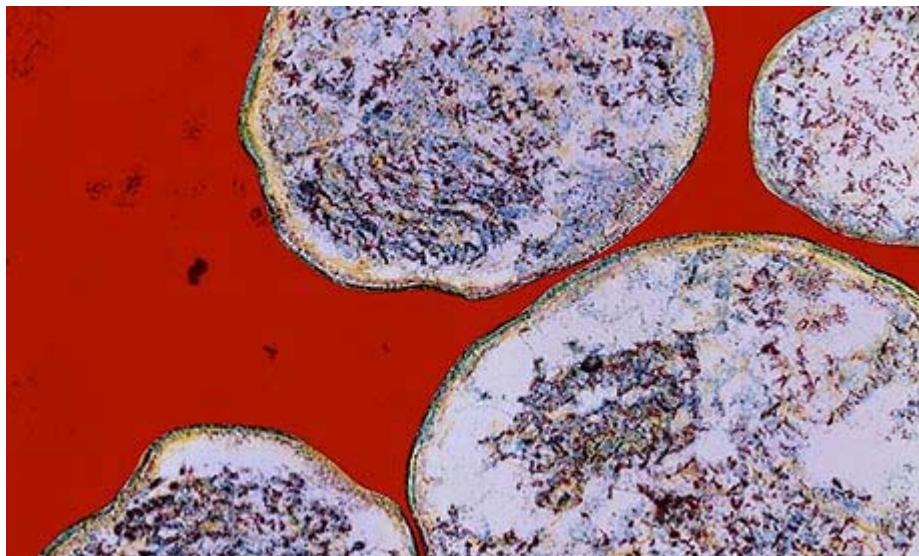


Figura 2: Bacteria *Chlamydia trachomatis* [15]

En España se incluye desde el año 1992 como Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO). Se trata de una de las ITS de declaración más frecuente, identificando un importante aumento del 83,6% en el año 2003 y una subida sostenida de hasta el 26,9% para el año 2006, con una tasa de 5,1 casos por 100.000 habitantes. [14]

En un reciente estudio catalán la prevalencia de *C. trachomatis* para los menores de 25 años fue del 5,8% y de un 2% para los mayores de 25 años, diferencia estadísticamente significativa [14]. Estos datos eran similares a los encontrados en estudios del Reino Unido.

Los factores de riesgo asociados a la infección por *C. trachomatis* encontrados en ese estudio y coincidentes con estudios previos fueron el consumo de tabaco, tener una nueva pareja sexual en los últimos 3 meses y ser de origen extranjero (de lo que trataré en el siguiente apartado).

En cuanto al tabaco, se conoce que los jóvenes con hábito tabáquico presentan más comportamientos de riesgo respecto a los no fumadores y, por tanto, una mayor probabilidad de riesgo de infección. A su vez, está demostrado que el tabaco favorece el daño molecular del tejido cervicouterino y por su efecto inmunosupresor aumenta hasta tres veces el riesgo de infección por *C. trachomatis*. [14]

ETS en la población inmigrante:

La población extranjera presenta una mayor vulnerabilidad frente a la adquisición de ETS debido a una serie de factores socioeconómicos y culturales que los hace característicos, destacando una precariedad económica y afectiva, el bajo nivel educativo, su juventud y las prevalencias más elevadas en el país de origen. Varios estudios han demostrado prevalencias superiores en población extranjera frente a la población autóctona de VIH y de otras ETS. [11, 14]

Un estudio español reciente reveló que el conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH es bajo en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes. Esta observación fue similar a la de un estudio danés [11]. Se constató que perduraban concepciones erróneas en cuanto a los aspectos generales del VIH, a sus mecanismos de transmisión y a su

prevención. Este desconocimiento era más marcado entre los magrebíes y se ha comprobado que incluso la segunda generación de inmigrantes marroquíes tiene un conocimiento limitado de la contracepción, de las infecciones de transmisión sexual y del SIDA. [11]

Esto puede ser debido a que los magrebíes poseen un concepto de enfermedad con un marcado carácter moral y religioso, que, a menudo, se traduce en falsas creencias sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Como otros autores han señalado, existe una influencia de los factores culturales (lo mágico, lo religioso, etc.) y de las normas sociales (roles de género, etc.) como variables de riesgo que condicionan la relación del individuo con la enfermedad, las imágenes que de ella tiene y las formas de expresión de los síntomas. [11]

Con este panorama llega el descubrimiento y posterior implantación en el calendario vacunal de la vacuna contra el Virus del Papiloma humano, pero esto ya forma parte del siguiente apartado.

LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Epidemiología del cáncer de cérvix:

El cáncer cérvico-uterino (CCU) es el segundo cáncer en frecuencia entre las mujeres en el mundo, con cerca de medio millón de nuevos casos y 274.000 muertes cada año. La gran mayoría de los casos y las muertes ocurren en los países más pobres, donde no se han implementado sistemas eficaces de detección precoz.[16]

En Europa tenemos unos 60.000 casos nuevos al año de cáncer de útero, estando España en las cifras más bajas de incidencia y mortalidad. En nuestro país aparecen unos 2.100 casos nuevos anuales que provocan unas 700 muertes al año.[17]

El virus del papiloma humano y el cáncer de cervix:

Desde hace más de una década, estudios epidemiológicos y moleculares han permitido demostrar una relación causa-efecto entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y el CCU. El rol del VPH como agente causal del CCU ha sido firmemente establecido, encontrándose ADN de este virus en el 99,7% de muestras tumorales de mujeres de distintas zonas del mundo.[16]

Encontrar la relación del VPH con el cáncer de útero fue uno de los grandes descubrimientos de estos últimos años, prueba de ello es que en el año 2008 el Premio Nobel de Medicina fue concedido al Profesor Harald zur Hausen por descubrir esa relación.[17]

Los serotipos de alto riesgo del VPH:

Ocho tipos de VPH son responsables del 90% de los cánceres cervicales: 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 y 35. Los tipos 16 y 18 son los más comunes, dando cuenta de aproximadamente el 70% de los cánceres de células escamosas y del 89% de los adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos, con leves variaciones entre las distintas regiones del mundo. [16]

Además de su participación claramente establecida en el CCU, los VPH de alto riesgo tienen participación en proporciones variables en otros cánceres, como los de vulva, vagina, ano, pene y orofaringe [16] siendo atribuibles al VPH del 30-40 % de los cánceres de pene al 90% de los cánceres de ano. Es cierto que todos estos tumores afortunadamente son mucho menos frecuentes, pero, sin embargo, se están desarrollando trabajos para ver la implicación de las vacunas del VPH en este tipo de cánceres en la población masculina.[17]

Además, los tipos de VPH 6 y 11 son los principales causantes de las verrugas genitales o condilomas acuminados y de la papilomatosis recurrente respiratoria.[16]

La infección por VPH y el desarrollo del cáncer cervical:

La infección genital por VPH se adquiere por contacto sexual y la mayoría ocurre en los primeros años posteriores al inicio de la actividad

sexual. La infección genital por VPH suele ser autolimitada y, aproximadamente, el 90% de las infecciones desaparecen en el curso de dos años.

Las infecciones que persisten por varios años se asocian a lesiones intraepiteliales, algunas de las cuales también pueden regresar. La permanencia de la infección lleva a una progresión clonal del epitelio persistentemente infectado pudiendo llegar a producir una neoplasia intraepitelial (NIE) grado 3, que suele progresar a invasión cervical, dando como resultado un CCU.

Se estima que entre la infección y la NIE grado 3 transcurren generalmente entre 7 y 15 años. Sin embargo, se han documentado casos de rápido desarrollo, incluso de unos pocos meses desde la infección. Por otro lado, existen una serie de factores para la carcinogénesis cervical entre los portadores de VPH como son: alta paridad (>5 embarazos a término), uso de contraceptivos orales de larga duración, tabaquismo e VIH.[17]

La vacuna contra el VPH

Hace unos años los investigadores supusieron que los componentes de superficie únicos de los VPH podrían crear una respuesta de anticuerpos capaz de proteger al cuerpo contra la infección y que estos componentes podrían usarse para formar la base de una vacuna. Estos componentes de superficie pueden actuar entre sí para formar partículas semejantes a virus (virus-like particles, VLP) que no son infecciosas y que estimulan el sistema inmunitario para que produzca anticuerpos que puedan impedir que los papilomavirus completos infecten las células.

Las vacunas actuales (*Cervarix®* y *Gardasil®*) del VPH están obtenidas a partir de una proteína (L1) de la cápsula del virus [10]. La proteína L1 es el principal componente (80%) de la cápsula viral del VPH y es el principal inmunógeno.[16]

El mecanismo de acción de la vacuna es el siguiente: entrada de la vacuna en la dermis, reconocimiento por las células dendríticas y dichas células producen una respuesta inmune específica.

Tipos de vacunas

Actualmente existen en el mercado dos tipos de vacuna contra el VPH:

- **Gardasil®**: producida por Merck, es una vacuna tetravalente porque protege contra cuatro tipos de VPH: **6, 11, 16 y 18** [18]. En ella, la proteína L1 es producida en células de la levadura *Saccharomyces cerevisiae*. Contiene sulfato hidroxifosfato de aluminio amorfo como adyuvante y el esquema de vacunación es de tres dosis: a los 0, 2 y 6 meses [8]. Esta es la vacuna usada actualmente por el Sacyl en Castilla y León para vacunar a las chicas de 14 años.
- **Cervarix®**: producida por GlaxoSmithKline, es una vacuna bivalente y protege contra los serotipos **16 y 18** del VPH[18]. En ella la proteína L1 es producida en células de insecto (*baculovirus*) y utiliza como adyuvante hidróxido de aluminio con un nuevo adyuvante AS04 (monofosforil lípido A deacilado). El esquema de vacunación es de tres dosis: a los 0, 1 y 6 meses.[16]

Clasificación del VPH y protección cruzada de las vacunas:

En el árbol filogenético de la clasificación de los distintos tipos de VPH podemos ver cómo están divididos los distintos tipos de VPH en **mucosos** y **cutáneos**. Dentro de los VPH **mucosos** están los VPH oncogénicos más prevalentes: 16 y 18. Además, el 16 pertenece a la rama A7, al cual pertenecen el 16, 35, 31, 33, 58 y 52. Mientras que el 18 pertenece a la rama A9, al cual pertenecen el 18, 45, 39 y 68. De esta forma, la protección del tipo 16 podría dar algún tipo de reacción cruzada frente a los otros tipos del VPH de su misma rama, como se ha comprobado recientemente con el 31, protegiendo hasta un 70%. Este hecho podría suceder con el tipo 18 y los otros tipos del VPH de su misma rama, principalmente con el 45. Así, estas vacunas además de la protección de casi el 100% sobre el 16 y 18, también pueden ofrecer una cobertura sobre otros tipos de VPH no contenidos en ellas que podemos resumir así:[17]

Gardasil®:

- Infección persistente a 6 meses por VPH tipos 31 ó 45: 45% (IC 95%: 18-63)
- NIE 1 ó 3 por VPH tipos 31 o 45: 45% (IC 95%: 6-68)

- NIE1 ó 3 por VPH tipos 31, 33, 45, 52 ó 58: 33% (IC 95%: 8-52)
- NIE 2/3 por 10 VPH oncogénicos: 38% (IC 95%: 6-60)

Cervarix®:

- Infección incidente por VPH tipo 45: 94% (IC 95%: 63-100)
- Infección incidente por VPH tipo 31: 55% (IC 95%: 12-78)
- Infección persistente a 6 meses por VPH tipo 45: 60% (IC 95%: 3-85)
- Infección persistente a 6 meses por VPH tipo 31: 36% (IC 95%: 0,5-60)[16]

Inmunogenicidad.

Los estudios realizados han mostrado que más del 99% de las mujeres entre 15 y 24 años y niñas y niños de 9 a 15 años responden a la vacunación con anticuerpos séricos contra los tipos de VPH contenidos en la vacuna. Los títulos de anticuerpos son mayores que con la infección natural y 2,7 veces mayores en niños y 1,7 veces mayores en niñas que en mujeres mayores. Estudios recientes en mujeres de 24 a 45 años muestran elevada seroconversión (98-100%), pero los niveles de anticuerpos séricos son menores que los observados en mujeres más jóvenes.

Los títulos de anticuerpos después de la tercera dosis van disminuyendo hasta el mes 24, alcanzan una meseta y se han mantenido estables durante los 60 meses de seguimiento.[16]

Dosis

Un tema a debate es si se debería dar una dosis de recuerdo de la vacuna. Expertos postulan que puede suceder como en el caso de la hepatitis B, que primero se incluyó una dosis de recuerdo a los 5 años, luego a los 10 años y finalmente se eliminó. Según estos expertos, probablemente no hará falta incluir una dosis de recuerdo a la vista de los resultados que se han observado a los 5 y a los 10 años. Hoy en día se puede garantizar hasta los 10 años la protección.[17]

Reactogenicidad y seguridad.

Con ambos productos, entre el 84 y el 94% de las personas vacunadas ha tenido dolor en el sitio de inyección y alrededor del 13 al 16% ha notificado

fiebre, frecuencia similar a la que ocurre con placebo. La mayoría de las reacciones han sido leves y moderadas.

Los eventos adversos sistémicos han ocurrido en baja frecuencia y en similar proporción en vacunados y receptores de placebo. La seguridad de la vacuna ha sido evaluada como satisfactoria, con muy escasos eventos adversos serios que se estiman relacionados a la vacuna (broncoespasmo, gastroenteritis, cefalea/hipertensión arterial, hemorragia vaginal, compromiso de la movilidad del brazo). No ha habido muertes relacionadas con la vacuna hasta la fecha. La vacunación en el embarazo ha mostrado similar frecuencia de abortos espontáneos y anomalías congénitas en los grupos vacunados y placebo. Su uso en embarazo se ha clasificado en categoría B.[16]

Eficacia

Para evaluar la eficacia frente al cáncer el mejor endpoint es la eficacia frente a lesión precancerosa. Así, las vacunas del VPH no están midiendo la eficacia sobre el resultado final de la enfermedad, porque evidentemente esperar a que una mujer que participa en un ensayo clínico sufra una lesión intraepitelial tipo 2 o 3 no sería ético. Debido a este hecho, la OMS eligió un patrón subrogado de eficacia o, lo que es lo mismo, un paso previo a la enfermedad, valorándose las lesiones intraepiteliales y no el resultado final que es el cáncer de cuello de útero. Dichas lesiones previas indican la aparición de la enfermedad y es cuando intervienen los ginecólogos para evitar que la enfermedad progrese.[17]

Ambas vacunas han demostrado una **excelente eficacia (cercana al 100%)** en evitar NIE grado 2 y 3 por virus 16 y 18 en pacientes que no estaban previamente infectadas. Además, la vacuna cuadrivalente ha mostrado elevada eficacia para la prevención de verrugas genitales por tipos de VPH contenidos en la vacunas, neoplasias vaginales y vulvares grado 2 ó 3 y lesiones genitales externas que incluyen neoplasia vaginal, vulvar y condilomas.

Sin embargo, la bibliografía indica que no existe evidencia de ningún efecto terapéutico de la vacuna en mujeres ya infectadas por los tipos de VPH contenidos en las vacunas.[16]

Conclusiones de la Vacuna contra el VPH:

- La vacuna ha demostrado ser eficaz para prevenir la infección persistente por VPH y algunas de las lesiones displásicas causadas por él, concretamente la neoplasia cervical intraepitelial (CIN) 1 y 2 [18] en la población de mujeres sin infección previa y que cumplen con el esquema de vacunación completo.
- La vacuna cuadrivalente ha demostrado una elevada eficacia para prevenir, además, lesiones intraepiteliales de cáncer de vulva y vagina en mujeres no infectadas y que completen el esquema de vacunación.
- Adicionalmente, la vacuna cuadrivalente ha demostrado una elevada eficacia para prevenir la infección por los VPH 6 y 11 y la aparición de verrugas genitales.[16, 18]
- La vacunación de las adolescentes debe ser idealmente antes del inicio de la actividad sexual. La vacunación de adolescentes y mujeres, independiente de su edad, es muy recomendable si no han iniciado su actividad sexual.
- La vacunación de las adolescentes y mujeres mayores que han iniciado actividad sexual debe acompañarse de adecuada información respecto a una posible menor eficacia de la vacuna en esta situación, considerando que ya podrían estar infectadas con VPH incluidos en las vacunas.[16]
- Aún queda por establecer si es necesario administrar dosis de recuerdo periódicamente para mantener la efectividad de la vacuna.[18]
- Por último, si la vacuna se demostrara efectiva para reducir la prevalencia del cáncer de cérvix, el valor predictivo de la prueba de Papanicolau también disminuiría, de modo que podría ser necesario cambiar los métodos de detección precoz por otros más sensibles y más caros (prueba del VPH, que detecta la replicación del AND viral). [18, 19]

OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En el año 2008 se comenzó a vacunar en la Comunidad Autónoma de Castilla y León a la cohorte de chicas nacidas en 1994 (en el año que cumplían 14 años) frente al Virus del Papiloma Humano (VPH). La vacuna es especialmente eficaz en mujeres que nunca han estado expuestas al virus y es por este motivo por el que las autoridades sanitarias recomiendan vacunar a las mujeres **antes del inicio de las relaciones sexuales**. La eficacia de la vacuna puede ser inferior si éstas ya se han iniciado.[20]

El inicio de las relaciones sexuales es muy variable entre las personas y, sin embargo, la precocidad y la promiscuidad de nuestros jóvenes parece que han ido en aumento. En la **Encuesta Nacional sobre Salud Sexual**, con datos referidos al **año 2009**, se observa un inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales. Son datos del 2009 y sólo se ha preguntado a mujeres mayores de 16 años. Se supone que, si la tendencia ha seguido, el porcentaje de chicas menores de 16 años que ya han tenido relaciones sexuales puede ser del 15%.[21]

Actualmente se desconoce el porcentaje de adolescentes de nuestra región que inician sus relaciones sexuales antes de los 15 años. Esto implica que anualmente se vacunan contra el VPH a chicas que potencialmente han estado en riesgo de estar ya contagiadas por el virus.

Además de la sexualidad, en este estudio vamos a indagar otras cuestiones que pueden afectar a la salud actual o futura de nuestros adolescentes (alcohol, tabaco, drogas, deporte, asociacionismo, relación con sus padres...).

La importancia de nuestro trabajo radica en que hemos estudiado a los adolescentes castellano-leoneses mediante un estudio poblacional estadísticamente significativo. Es decir, con un tamaño de población representativo (más de 1200 chicos y chicas de Castilla y León de 2º y 3º de ESO) para poder inferir conclusiones.

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL.

En Octubre de 2007 el Consejo Interterritorial del SNS acordó incluir en el calendario sistemático la vacunación de niñas de 11 a 14 años (una cohorte a elegir) con la vacuna contra el VPH (3 dosis).[22]

Además, en el año 2008 se firmó un documento de Consenso de las Sociedades Científicas Españolas frente a las vacunas profilácticas frente al VPH [23]. En ese documento se recomendaba la vacunación, con máxima prioridad por su máximo potencial preventivo, a las niñas de 9 a 14 años debido a:

- La elevada inmunogenicidad en este rango de edad.
- La no exposición previa al VPH y el máximo potencial preventivo de la vacuna.

También en el 2008 se introdujo en los calendarios vacunales de las Comunidades Autónomas la vacuna frente a la VPH (con un importante esfuerzo económico ya que la vacunación completa de cada niña cuesta 450 €). [24]

Desde entonces cada Comunidad vacuna a una edad diferente: se aplica a las niñas de 11 años en La Rioja, a los 12 años en Cataluña, a los 13 años en Asturias, Navarra y País Vasco y a las de 14 años en el resto. Incluso hay diferencias entre las Ciudades Autónomas de Ceuta (que vacuna a los 13 años) y Melilla (que vacuna a los 14). [25]

Hasta la fecha no existe ningún estudio científico que avale las diferencias en la edad de vacunación de las diferentes regiones ni cuál sería la edad de vacunación óptima en nuestra Comunidad.

HIPÓTESIS. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

La hipótesis que queremos demostrar es que existe un porcentaje (entre un 5% y un 10%) de chicas menores de 15 años residentes en Castilla y León a las que se les pone la vacuna del VPH demasiado tarde, cuando ya han tenido relaciones sexuales completas.

Si esta hipótesis se demuestra habría que plantearse la necesidad de adelantar la edad de vacunación (como ocurre en otras Comunidades Autónomas). Con el presente estudio podríamos adecuar la edad de vacunación del VPH en nuestra Comunidad con evidencia científica suficiente.

Objetivos generales y específicos.

OBJETIVO PRINCIPAL: Determinar la proporción de chicas de 2º y 3º de ESO residentes en Castilla y León que han tenido relaciones sexuales completas antes de los 15 años.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Determinar con quién viven (padre, madre o ambos progenitores) los chicos y chicas de 2º y 3º de ESO de Castilla y León.
- Conocer las relaciones que tienen los estudiantes de 2º y 3º de ESO con sus progenitores.
- Valorar el estado de salud subjetivo de los adolescentes de Castilla y León.
- Valorar la prevalencia de hábitos saludables como practicar deporte o el grado de asociacionismo entre nuestros jóvenes.
- Conocer el uso y abuso del tabaco, alcohol y otras drogas de los chicos y chicas de 2º y 3º de ESO residentes en Castilla y León.
- Valorar el nivel de información que tienen nuestros adolescentes sobre sexualidad.
- Determinar la proporción de estudiantes de 2º y 3º de ESO de Castilla y León que han tenido relaciones sexuales completas.
- Conocer el uso de métodos anticonceptivos de los adolescentes de Castilla y León.
- Determinar el pensamiento erotofóbico/erotofílico y la autoestima de los chicos y chicas de 2º y 3º de ESO de Castilla y León.
- Conocer la orientación sexual de nuestros encuestados
- Conocer las posibles diferencias encontradas según: el sexo, la edad o estudiar en un centro público o privado/concertado.

Hemos preferido usar la **proporción** de adolescentes que son sexualmente activos a distintas edades en lugar de la media de edad de inicio de las relaciones sexuales. Diversos autores también recomiendan usar la proporción por su mayor fiabilidad y exactitud.

Además el parámetro de la media puede proporcionar a los jóvenes una falsa sensación de que la mayoría de los jóvenes ya han tenido relaciones sexuales. Y, como es sabido, las creencias y estereotipos sociales influyen en el comportamiento sexual de los adolescentes. Por este motivo, las encuestas de salud sexual y los medios de comunicación que las divulguen deberían considerar este aspecto a la hora de dar a conocer los resultados de un estudio.[14]

METODOLOGÍA

El objetivo principal de nuestro estudio es determinar la proporción de chicas de 2º y 3º de ESO del curso 2010/2011 residentes en Castilla y León que han tenido relaciones sexuales completas antes de los 15 años (en las que, por tanto, la vacunación del VPH a la edad de 14 años habría sido demasiado tarde). Aunque nuestro objetivo principal sean las chicas, nuestro trabajo va dirigido a ambos sexos y así podremos hacer también un estudio global de la adolescencia en nuestra región.

La Educación Secundaria Obligatoria (ESO) es una etapa educativa obligatoria y gratuita que completa la educación básica. Consta de cuatro cursos académicos que se realizarán ordinariamente entre los 12 y los 16 años de edad. Al ser obligatoria, todos los residentes en Castilla y León entre los 12 y los 16 años se encontrarán estudiando en algún centro de la ESO.

La ESO se organiza de acuerdo con los principios de educación común y de atención a la diversidad del alumnado. Presta especial atención a la orientación educativa y profesional.[26]

POBLACIÓN OBJETIVO

El grupo de población objeto de estudio, el universo, serían los **alumnos matriculados en 2º y 3º de ESO en centros educativos de Castilla y León en el curso 2010-2011.**

DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL

En el siguiente gráfico podemos observar la distribución de la población objetivo por sexo, a lo largo de los últimos diez años.

Alumnos matriculados en los cursos de 2º y 3º de E.S.O. en centros de Castilla y León. Curso 2010 / 2011

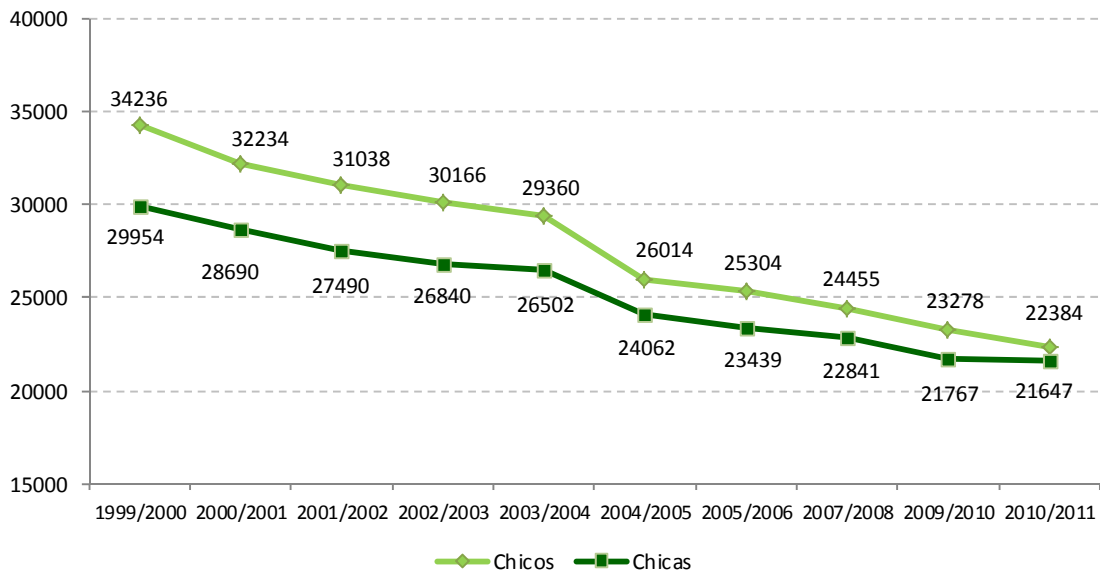


Figura 3: Alumnos matriculados en los cursos de 2º y 3º de ESO en centros de Castilla y León. Curso 2010/2011. FUENTE: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. “Estadística de las Enseñanzas no universitarias”.

Vemos que ha habido un importante descenso del número de alumnos matriculados en 2º y 3º de ESO en centros educativos de Castilla y León en los últimos diez años. Podemos justificar este descenso observando la evolución de la población de Castilla y León en este periodo de tiempo.

Población de 12 a 16 años residente en Castilla y León. Años 1999-2011

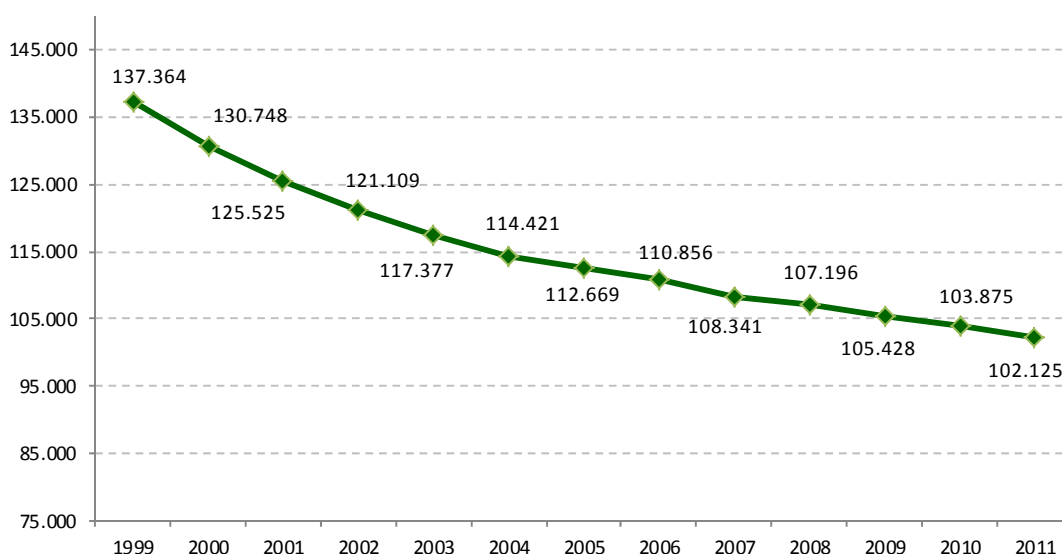
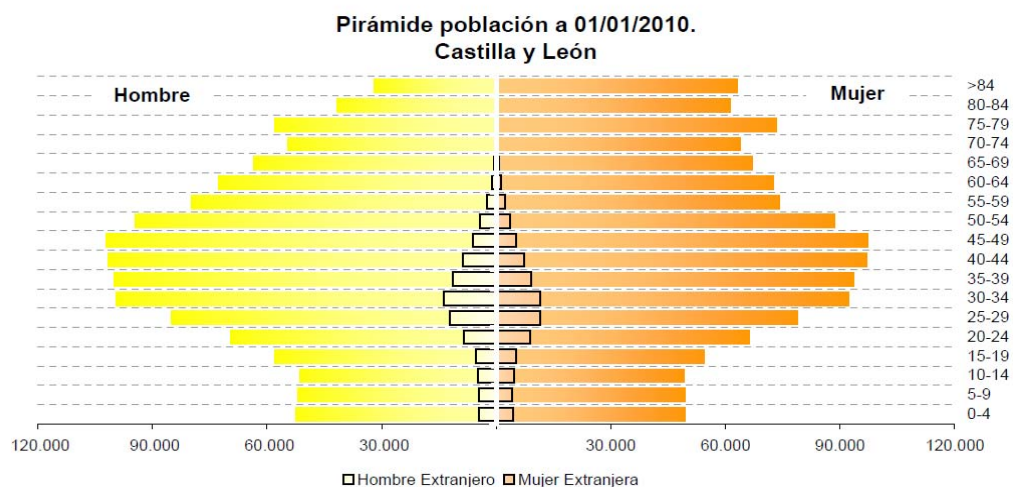


Figura 4: Población de 12 a 16 años residente en Castilla y León. Años 1999-2011.
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística. "Padrón Municipal de Habitantes".

Vemos cómo, efectivamente, el número de jóvenes de 12 a 16 años ha disminuido considerablemente en Castilla y León en los últimos diez años.

De hecho, si nos fijamos en la pirámide de población de Castilla y León, comprobamos que la base de la pirámide es bastante estrecha, lo que sugiere una población relativamente envejecida

Población residente en Castilla y León a 01/01/2010



FUENTE: D. G. de Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, "Padrón municipal de habitantes a 01/01/2010".

Figura 5: Pirámide de población de Castilla y León a 1/1/2010

A continuación representamos gráficamente la distribución de la población objetivo por provincia de localización del centro educativo, con colores más fuertes en aquellas provincias que tienen más centros educativos.

Alumnos matriculados en los cursos de 2º y 3º de ESO en centros de Castilla y León por Provincia. Curso 2010/2011

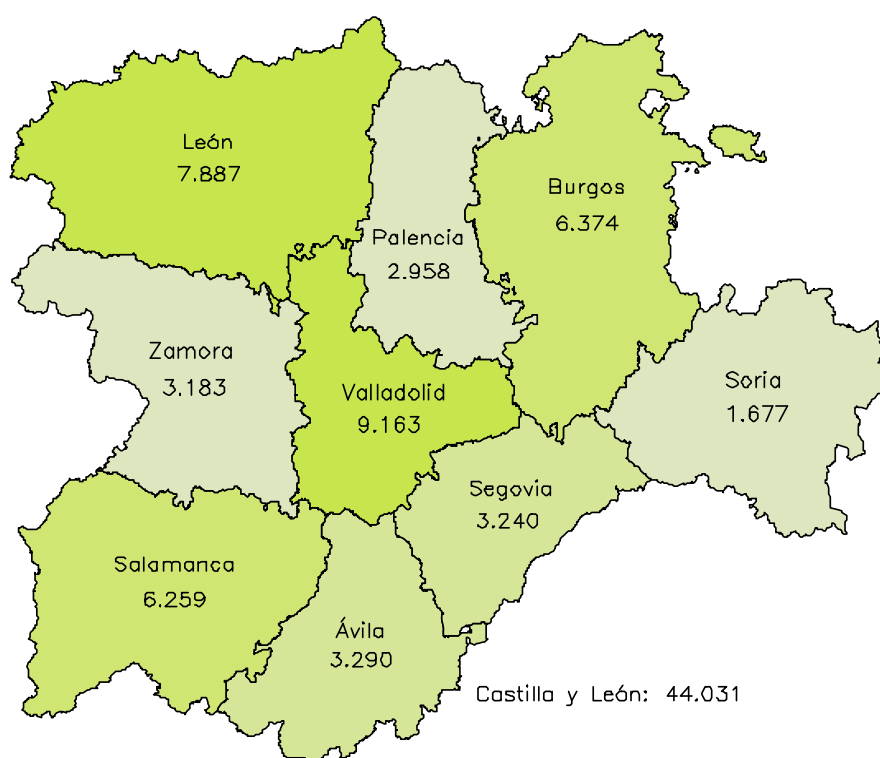
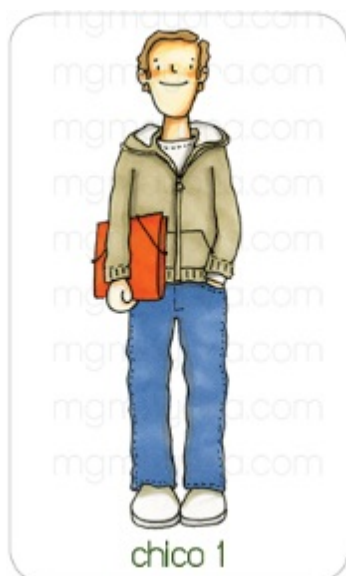


Figura 6: Alumnos matriculados en 2º y 3º de ESO en centros de Castilla y León por Provincia. Curso 2010/2011. FUENTE: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. "Estadística de las Enseñanzas no universitarias".

En cuanto al sexo de los alumnos, podemos ver en el siguiente gráfico que nuestra población objetivo se distribuye de forma equitativa.

Alumnos matriculados en los cursos de 2º y 3º de E.S.O. en centros de Castilla y León por Sexo. Curso 2010 / 2011

Total: 44031 alumnos



Chicos: 50.84% (22.384)



Chicas: 49.16% (21.647)

Figura 7: Alumnos matriculados en 2º y 3º de E.S.O. en centros de Castilla y León por Sexo. Curso 2010/2011. FUENTE: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. “Estadística de las Enseñanzas no universitarias”.

Si entramos más en detalle, podemos ver cómo se distribuye nuestra población objetivo atendiendo al tipo de centro educativo (público o privado) y al sexo.

Alumnos matriculados en los cursos de 2º y 3º de E.S.O. en centros de Castilla y León por Tipo de Centro y Sexo. Curso 2010 / 2011

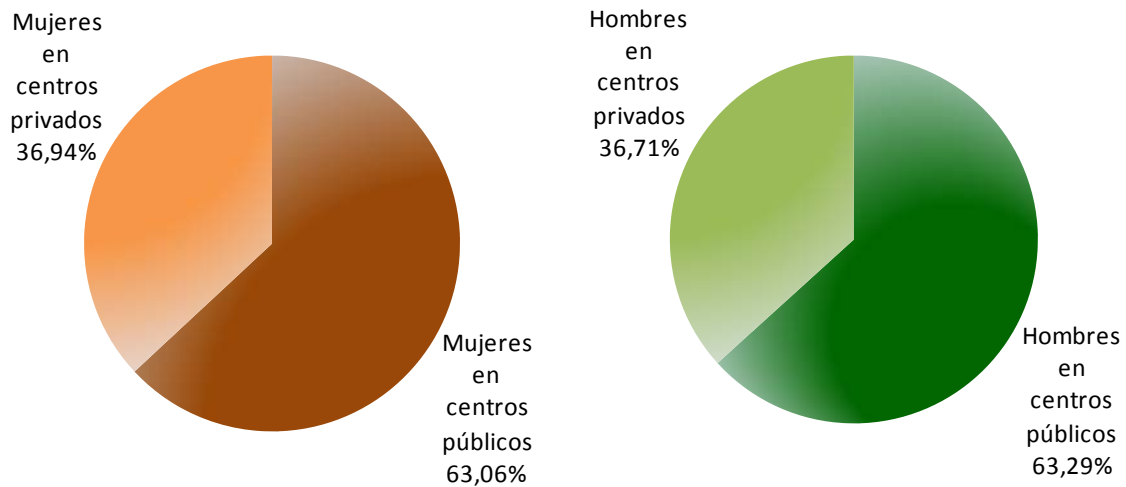


Figura 8: Alumnos matriculados en 2º y 3º de ESO en centros de Castilla y León por Tipo de Centro y Sexo. Curso 2010/2011. FUENTE: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. “Estadística de las Enseñanzas no universitarias”.

DISEÑO MUESTRAL

DEFINICIÓN DE MUESTRA

Una muestra es una parte representativa de un conjunto, población o universo, que debe reproducir en pequeño lo más exactamente posible las características de lo que representa.

Así, obtenidos unos datos de una muestra correctamente elegida, estos podremos generalizarlos de modo que sean representativos dentro de unos límites de error y probabilidad.

Las muestras se usan en Ciencias Sociales debido a sus ventajas:

- Gracias a las muestras pueden estudiarse ciertos núcleos de población que de otro modo sería muy difícil y costoso
- Suponen economía y rapidez de ejecución.
- Para algunos autores suponen resultados más precisos aunque estén afectados del error que resulte de limitar el todo por la parte.[27]

CONDICIONES DE LA MUESTRA

1. Que comprenda parte del universo.

2. Que su amplitud sea estadísticamente proporcionada a la magnitud del universo.
3. Ausencia de distorsión en la elección de los elementos de la muestra.
4. Que sea representativa o fiel reflejo del universo, esto quiere decir que si hay sectores diferenciales en la población, la muestra debe representarlos proporcionalmente.

Técnicamente la muestra y la base de la muestra están relacionadas cuantitativa y cualitativamente:

- Cualitativamente, se exige que las características de la base estén representadas proporcionalmente en la muestra.
- Cuantitativamente la muestra representa una fracción o porcentaje del universo.

ELECCIÓN DE LA MUESTRA

El principio básico para la elección de la muestra es que cada elemento de población tenga la misma probabilidad de ser elegido. Una muestra debe reunir dos condiciones: una estadística y otra teórica. La primera es que deberá ser proporcional a la magnitud de la población y en su composición por estratos debe ser representativa de la población. La condición teórica es que la muestra debe adaptarse a los fines y objetivos de la investigación.

DISEÑO MUESTRAL

Se ha utilizado un **muestreo por conglomerados** a la hora de recoger los datos, seleccionando cada conglomerado de manera aleatoria y sin reposición.

Los alumnos objeto de nuestro estudio se encuentran agrupados en una serie de centros educativos y cada curso (2º y 3º de la ESO) dentro de cada centro educativo es un conglomerado de alumnos, de tal manera que dentro de cada conglomerado existe una variación importante, pero los distintos conglomerados son parecidos entre sí. Este tipo de muestreo requiere una muestra más grande que el muestreo aleatorio simple, pero simplifica la recogida de muestras. [28, 29]

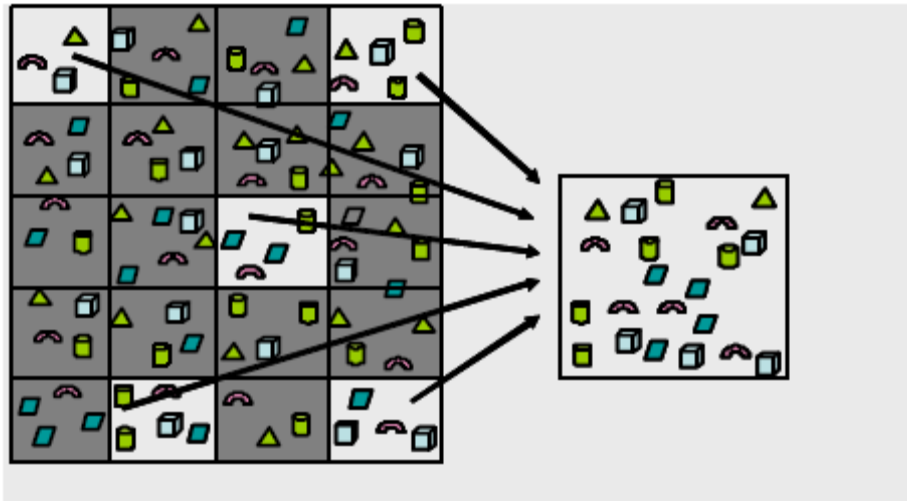


Figura 9: Representación gráfica del muestreo aleatorio por conglomerados [28]

Dentro de cada conglomerado seleccionado para la muestra se realizó la encuesta a todos los alumnos. La unidad última de selección es el conglomerado (curso dentro de cada centro, 2º y 3º de la ESO) y la unidad de observación es la persona.

A la hora de seleccionar de forma aleatoria los conglomerados de la muestra, se ha intentado que todas las provincias de Castilla y León aparecieran reflejadas en nuestro estudio, forzando a que hubiera al menos un centro educativo de cada provincia. A pesar de esto, no se puede asegurar que la muestra sea representativa a nivel provincial, ya que nuestro objetivo no era obtener datos para cada provincia sino para toda la comunidad de Castilla y León.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra es una parte del universo, pero ésta tiene que tener una mínima cantidad de elementos, elegidos al azar, que proporcionen seguridad en los resultados.

La muestra debe tener unas proporciones mínimas fijadas estadísticamente por las leyes experimentales de la probabilidad.

En nuestro caso, para calcular el tamaño muestral utilizaremos la fórmula del muestreo aleatorio simple y posteriormente recalcularemos este tamaño de

muestra teniendo en cuenta que el diseño que hemos empleado ha sido el del muestreo por conglomerados. La fórmula empleada es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n : Tamaño de la muestra necesario

N : Tamaño del universo de la población

d : Error de estimación

p : prevalencia esperada

$q = 1 - p$

$\alpha = 0.05$ (fijamos una confianza del 95%)

$Z_{1-\alpha/2}$ = percentil de orden $1 - \frac{\alpha}{2}$ de la distribución normal estándar

La muestra calculada a partir de esta fórmula deberá ser posteriormente ponderada para evitar el llamado *efecto del diseño*, que es la proporción de la varianza del muestreo aleatorio simple explicada por la varianza del muestreo por conglomerados. [29]

Para saber la prevalencia esperada de relaciones sexuales coitales en chicas de 2º y 3º de ESO (p) de nuestro entorno hicimos primero una búsqueda bibliográfica, pero no encontramos ningún dato que nos fuera útil. Por eso, fue necesario recurrir a un estudio piloto en 40 adolescentes de 2º y 3º de ESO para poder calcular el tamaño muestral necesario. En ese estudio piloto la prevalencia de relaciones coitales en estudiantes de 2º y 3º de ESO fue del 10% y con ese dato hicimos el cálculo del tamaño muestral.

Si aplicamos la fórmula previa con los datos de chicas de 2º y 3º de ESO:

N : 21.647 chicas de 2º y 3º de ESO del curso 2010-2011 en Castilla y León

d : 0,03

p : 0,1

$q = 0,9$

$\alpha = 0,05$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

n o el tamaño muestral según la fórmula de muestreo aleatorio simple sería de 377 chicas.

Para calcular el número de chicas a las que tenemos que preguntar, asumiendo este nivel de error y esta confianza, debemos multiplicar a las 377 chicas por el *efecto del diseño*. [29]

$$n_{\text{conglomerados}} = n_{\text{m.a.s.}} \times \text{efecto diseño}$$

A partir de la bibliografía consultada y de los datos obtenidos del estudio piloto, nos parece correcto cuantificar este *efecto* en 1.4, es decir, asumimos que hay un 40% de aumento de la varianza de los estimadores en nuestro diseño con respecto al muestreo aleatorio simple.

Entonces, el tamaño muestral necesario utilizando muestreo por conglomerados de las 21.647 chicas, asumiendo un error de 3% y con un nivel de confianza del 95%, es de **528 chicas**.

Ya que encuestaremos tanto a chicos como chicas de las clases de 2º y 3º de ESO, también vamos a calcular la **proporción de chicos de 2º y 3º de ESO del curso 2010/2011 residentes en Castilla y León que han tenido relaciones sexuales completas antes de los 15 años**. A ellos no les influye la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, pero es un dato interesante desde el punto de vista científico.

Si hacemos los mismos cálculos que en el caso anterior con los datos de chicos de 2º y 3º de ESO, obtenemos los siguientes resultados:

N : 22.384 chicos de 2º y 3º de ESO del curso 2010-2011 en Castilla y León

d : 0,025

p : 0,1

$q = 0,9$

$\alpha = 0,05$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

El tamaño muestral necesario utilizando muestreo por conglomerados de los 22.384 chicos, asumiendo un error de 3% y con un nivel de confianza del 95%, es de **529 chicos**.

TRABAJO DE CAMPO

Definición de encuesta

La observación por encuesta es un método por el que se obtienen datos sociales mediante la interrogación a los miembros de la sociedad [27].

LAS CARACTERÍSTICAS de la encuesta son:

1. Es una observación a través de las manifestaciones realizadas por los propios interesados.
2. Es un método especialmente preparado para la investigación social.
3. Permite una aplicación masiva mediante sistemas de muestreo que puede aplicarse a ciudades, regiones, naciones, e incluso internacionalmente.
4. Permite ciertos aspectos subjetivos de los miembros de la sociedad y por tanto de los hechos y fenómenos sociales.

Todo esto hace de la encuesta el método por excelencia de la investigación social y el más empleado en la realidad.

Los objetos ordinarios de las encuestas son:

1. Hechos relativos a personas, ambiente o comportamientos,
2. Opiniones.
3. Actitudes opiniones y sentimientos.
4. Conocimientos.

ENCUESTA PILOTO

En la primavera de 2010, tras realizar un protocolo del estudio y una búsqueda bibliográfica preliminar, definimos un primer cuestionario piloto. Este cuestionario fue modificado y supervisado por Gerardo García Álvarez, sociólogo del Ayuntamiento de Valladolid, y por Félix López Sánchez, Catedrático de Psicología de la Sexualidad de la Universidad de Salamanca, para hacerlo más asequible a los adolescentes.

El 11 de Junio de 2010 realizamos el Estudio Piloto en el IES Emilio Ferrari de Valladolid. El cuestionario Piloto se repartió entre los alumnos de 2 clases (de 2º y 3º de la ESO) entre 40 chicos y chicas.

Las dudas y comentarios de estos alumnos fueron muy importantes y provocaron nuevas modificaciones en el cuestionario. Nuestra mayor preocupación era que la herramienta fundamental de medida de nuestro trabajo no fuera comprensible para los estudiantes.

Tras estudiar la Muestra Piloto, en el verano de 2010 elaboramos el **cuestionario definitivo** (Ver Anexo).

Con el Estudio Piloto también conseguimos varios datos de importancia. Los más relevantes fueron los siguientes:

- **La edad** media era de **14,625 años**. El 12,5% de los alumnos tenía 13 años, un 25% tenía 14 años, un 50% tenía 15 años y un 12,5% tenía 16 años.
- Un **10%** afirmaba haber tenido **relaciones sexuales coitales**. El 75% de ellos a los 15 años y el 25% de ellos a los 14 años. Este dato del 10 % fue fundamental para calcular el **tamaño muestral necesario** para nuestro estudio.
- Un **90%** se definía como heterosexual y un 7,5% como homosexual (un 2,5% no contestó a esa pregunta).

Para conseguir la mayor sinceridad, previamente al reparto de los cuestionarios, explicamos a los estudiantes que las respuestas eran anónimas y voluntarias. Los porcentajes de **preguntas no contestadas fueron muy bajos** (del 10% como mucho). A pesar de que algunas preguntas eran íntimas, gracias a la metodología del estudio (adolescentes separados, en mesas individuales, con el profesor y el investigador en el aula para resolver las dudas) los estudiantes tuvieron un muy buen comportamiento.

El estudio Piloto no sólo sirvió para modificar el cuestionario y definir el tamaño muestral. Lo más importante, si acaso, es que nos dio un método que funcionaba y la motivación de que nuestro estudio era viable y podía ser de gran importancia para la Salud Pública de Castilla y León.

PERMISOS NECESARIOS

Una vez que dimos forma al **cuestionario definitivo** (tras realizar el estudio piloto) fue el momento de conseguir los permisos necesarios para llevar a cabo nuestro estudio.

Primero pedimos permiso al Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Posteriormente conseguimos la autorización y el apoyo de la Comisión de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

También conseguimos la necesaria aprobación de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, que además nos exigía mantenerla informada y conseguir el consentimiento de los padres de los alumnos encuestados.

En cada Centro Escolar lográbamos primero el apoyo del Jefe de Estudios o del Director y era la propia Dirección del Centro la que se ocupaba de solicitar la conformidad de los padres.

El día convenido, el investigador que acudía al Centro Escolar sólo pasaba la encuesta a los alumnos que hubieran traído la autorización paterna. Me gustaría resaltar que ningún progenitor se negó expresamente a que su hijo o hija participara en la encuesta, sin embargo parece que por desidia o desinterés un 12% aproximado de los alumnos no trajo el permiso firmado por sus padres. A estos estudiantes no se les sometió al cuestionario y eran una gran mayoría de varones (razón fundamental de la diferencia de sexos encontrada en el análisis de los datos).

Además se siguieron las siguientes normas

1. Se informó a los encuestados de la entidad que promovía la encuesta, los objetivos, finalidad y uso de los datos.
2. Se respetó siempre la libertad de contestar y participar.
3. Se ha respetado escrupulosamente el anonimato.

EL CUESTIONARIO

La encuesta se basa en el cuestionario, que es un conjunto de preguntas sobre los hechos y aspectos que interesan y que puede ser aplicado a una población o muestra objeto de estudio.

La finalidad del cuestionario es obtener de manera sistemática y ordenada información de la población investigada sobre las variables objeto de estudio. Esta información generalmente se refiere a lo que las personas hacen, opinan, piensan, esperan, aprueban o desaprueban, o los motivos de sus actos, opiniones y actitudes.

El elemento básico del cuestionario son las preguntas. En nuestro estudio se han utilizado preguntas sobre los objetivos fijados y las respuestas han sido categorizadas y cerradas siguiendo las:

REGLAS DE BOWLEY [27] , que son las siguientes:

1. Que sean relativamente pocas, es decir que no haya muchas respuestas que escoger para que la respuesta no se disperse.
2. Que sea posible encontrar la respuesta a elegir entre las categorías propuestas.
3. Que las preguntas sean sencillas y redactadas de la manera más simple e inteligible.
4. Que las preguntas sean hechas de modo que no levanten prejuicios.
5. Que las preguntas se hagan de manera que puedan contestarse en las categorías inequívocamente.
6. Que las preguntas se hagan con discreción, incluso en los temas más íntimos.
7. Que las preguntas no exijan cálculos ni esfuerzos de memoria.
8. Que estén redactadas de manera personal y directa.
9. Nunca se presentaron las preguntas de manera negativa ni afirmativa para no inducir a errores.
10. Nunca se usaron palabras abstractas.
11. Las preguntas se formularon de manera concreta.
12. Las preguntas tuvieron la redacción más breve posible.

CARACTERÍSTICAS del CUESTIONARIO (ver Anexo I)

- Conteníá todas las preguntas que necesitábamós y tuvimos en cuenta que no se puede ni se debe ser exhaustivo en una encuesta, ni alargar excesivamente el número de preguntas bajo el riesgo de contestar mal y con sesgos. El cuestionario constaba de 86 preguntas precodificadas. El tiempo empleado para ser contestado se valoró entre 15 y 20 minutos.
- Se empezaba progresivamente por las preguntas más sencillas.
- Las preguntas estaban agrupadas por capítulos, los cuales están detallados en el análisis de los resultados.
- La presentación del cuestionario era atractiva, con suficientes márgenes y espacios para no confundir respuestas y para hacer la labor de recuento más libre de errores.
- En el **encabezamiento** recordábamós a los encuestados que el cuestionario era **anónimo** y les pedíamós que respondieran con **libertad** y **sinceridad**. Se daban instrucciones simples y se les advertía que algunas preguntas tenían respuestas múltiples. Para finalizar, se les agradecía su colaboración
- Para responder a preguntas o aclarar dudas, si las hubiere, siempre el investigador estaba presente en el aula (además, también se encontraba el profesor de los alumnos encuestados)

DISTRIBUCIÓN MUESTRAL

El universo objeto de estudio son estudiantes (chicas y chicos) de 2º y 3º de ESO del curso 2010-2011 que cursen sus estudios en un centro de Castilla y León. Según los datos facilitados por la Dirección General de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León, el curso 2010-2011 hubo 44031 estudiantes de 2º y 3º de ESO (22384 chicos y 21647 chicas).

Para conseguir un tamaño muestral, adecuado a las previsiones de relaciones sexuales con penetración de estos adolescentes (un 10% según el estudio piloto de Junio 2010), necesitamos encuestar al menos a 528 chicas y 529 chicos, según la fórmula del tamaño muestral por conglomerados.

Para llegar a conseguir ese número de encuestas realizadas debemos llegar a un número suficiente de centros escolares mixtos.

Según la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León [30], existen **390 centros escolares mixtos** que imparten 2º y 3º de ESO en Castilla y León.

De forma aleatoria (con el programa informático Epidat 3.1) fuimos eligiendo centros escolares y recogiendo sus datos hasta tener más de 528 chicas y más de 529 chicos analizados.

Por supuesto, cuando un centro escolar, a través de su Director o Jefe de Estudios, rehusaba participar, de nuevo elegíamos aleatoriamente otro centro escolar de la lista de los 390 centros mixtos.

Así, tras viajar y recoger los datos de **16 centros escolares**, conseguimos **1269 cuestionarios** cumplimentados, correspondientes a **726 chicas y 563 chicos**.

Los 16 centros escolares elegidos aleatoriamente (y que accedieron a nuestro estudio, ya que hubo 4 centros que rehusaron participar) fueron:

1. **IES Emilio Ferrari.** Valladolid
2. **Colegio Santa Teresa de Jesús.** Valladolid
3. **Lope de Vega.** Medina del Campo (Valladolid)
4. **IESO Ribera de Cega.** Mojados (Valladolid)
5. **IES Vadinia.** Cistierna (León)
6. **IESO Astura.** Mansilla de las Mulas (León)
7. **La Milagrosa.** Astorga (León)
8. **IES Vía de la Plata.** Guijuelo (Salamanca)
9. **IES Ramón Olleros.** Béjar (Salamanca)
10. **IES Cardenal Sandoval y Rojas.** Aranda de Duero (Burgos)
11. **CC Sagrado Corazón (HH Salesianas).** Burgos
12. **IES Isabel de Castilla.** Ávila
13. **IES Maestro Haedo.** Zamora
14. **IES Hoces del Duratón.** Cantalejo (Segovia)
15. **Colegio Santo Ángel.** Palencia
16. **IES La Rambla.** San Esteban de Gormaz (Soria)

Es importante señalar que el estudio está diseñado para ser representativo de toda la **Comunidad de Castilla y León**. Aunque intentamos que hubiera, al

menos, un centro escolar de cada provincia para que todas aparecieran reflejadas en la muestra, los datos referidos a los centros de una provincia no tienen por qué ser representativos de esa provincia (por ejemplo, los 36 estudiantes del IES La Rambla, de San Esteban de Gormaz, no son representativos de todos los estudiantes sorianos de 2º y 3º de ESO).

TABLA DE RECOGIDA DE MUESTRAS

Tabla I: Tabla de recogida de muestras

CENTRO	PROVINCIA	MUNICIPIO	CURSO	DÍA	Nº encuestados
IES Sandoval y Rojas	Burgos	Aranda de Duero	3º ESO	6/10/10	69
			2º ESO	10/02/11	69
CC Sagrado Corazón (HH. Salesianas)	Burgos	Burgos	2º ESO	27/10/10	23
			3º ESO	27/10/10	26
IES Hoces del Duratón	Segovia	Cantalejo	2º ESO	25/10/10	38
			3º ESO	25/10/10	47
IES Maestro Haedo	Zamora	Zamora	2º ESO	26/10/10	40
			3º ESO	26/10/10	40
IES Isabel de Castilla	Ávila	Ávila	2º ESO	10/11/10	59
			3º ESO	8/11/10	57
La Milagrosa	León	Astorga	2º ESO	29/11/10	30
			3º ESO	29/11/10	15
C Santo Ángel	Palencia	Palencia	2º ESO	30/11/10	43
			3º ESO	30/11/10	44
Lope de Vega	Valladolid	Medina del Campo	2º ESO	13/12/10	32
			3º ESO	13/12/10	30
IESO Ribera de Cega	Valladolid	Mojados	2º ESO	17/02/11	23
			3º ESO	17/02/11	16
IES Vía de la Plata	Salamanca	Guijuelo	2º ESO	3/03/11	74
			3º ESO	3/03/11	101
Colegio Santa Teresa de Jesús	Valladolid	Valladolid	2º ESO	17/03/11	45
			3º ESO	14/03/11	43
IES La Rambla	Soria	San Esteban de Gormaz	2º ESO	16/03/11	11
			3º ESO	16/03/11	25
IES Vadinia	León	Cistierna	2º ESO	11/03/11	7
			3º ESO	11/03/11	35

IESO Astura	León	Mansilla de las Mulas	2º ESO	11/03/11	25
			3º ESO	11/03/11	21
IES Ramón Olleros	Salamanca	Béjar	2º ESO	29/03/11	36
			3º ESO	29/03/11	39
IES Ferrari	Valladolid	Valladolid	2º ESO	27/04/11	62
			3º ESO	28/04/11	64

ERRORES DE ESTIMACIÓN

Podemos definir el error de estimación como la imprecisión que se comete al estimar una característica de la población de estudio (parámetro) mediante el valor obtenido a partir de una parte o muestra de esa población (estadístico). [29]

A continuación se indican los errores de estimación cometidos para un nivel de confianza del 95%, con una prevalencia esperada $p=0,1$.

Tabla II: Errores de estimación por Sexo

Error de estimación chicas	2,55
Error de estimación chicos	2,90
Error de estimación total	1,92

Tabla III: Ficha Técnica

ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN	Centros escolares mixtos que imparten 2º y 3º de ESO en Castilla León.
POBLACIÓN OBJETIVO	Estudiantes de 2º y 3º de ESO.
TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN	Encuesta personal anónima en las aulas del centro de estudio.
FECHA DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	Desde Octubre de 2010 a Abril de 2011
DISEÑO MUESTRAL	Muestreo por conglomerados. Los conglomerados han sido seleccionados al azar, por

	procedimiento informático (Programa Epidat 3.1).
TAMAÑO MUESTRAL	1289 estudiantes, 726 chicas y 563 chicos.
SELECCIÓN de los CENTROS ESCOLARES	Al azar, por procedimiento informático. (Programa Epidat 3.1)
ERROR DE ESTIMACIÓN DE PROPORCIONES	Por debajo del $\pm 1,92\%$ ($\pm 2,55\%$ en los resultados para las chicas) con una confianza del 95% y una prevalencia esperada del 10%.
VARIABLES DE CRUCE	Edad Sexo Centro público o concertado

El tratamiento informático y la grabación de los datos fue realizado por la empresa Ágora Estudios de Mercado S.L. en el verano de 2011, una vez que todas las encuestas habían sido recogidas.

RESULTADOS GENERALES:

DATOS DEMOGRÁFICOS:

- SEXO Y EDAD de LOS ENCUESTADOS

Tabla IV: Sexo y edad de los encuestados

Edad	Chicos	Chicas	Total
12	14	9	23
13	174	205	379
14	221	300	521
15	113	144	257
16	35	59	94
17	6	8	14
NC		1	1
Total	563	726	1289

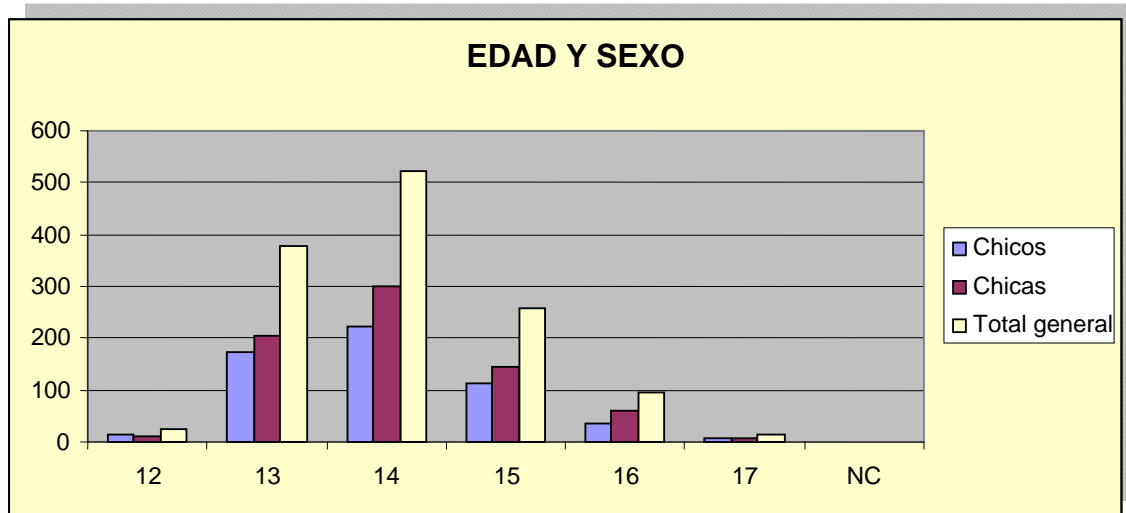


Figura 10: Sexo y edad de los encuestados

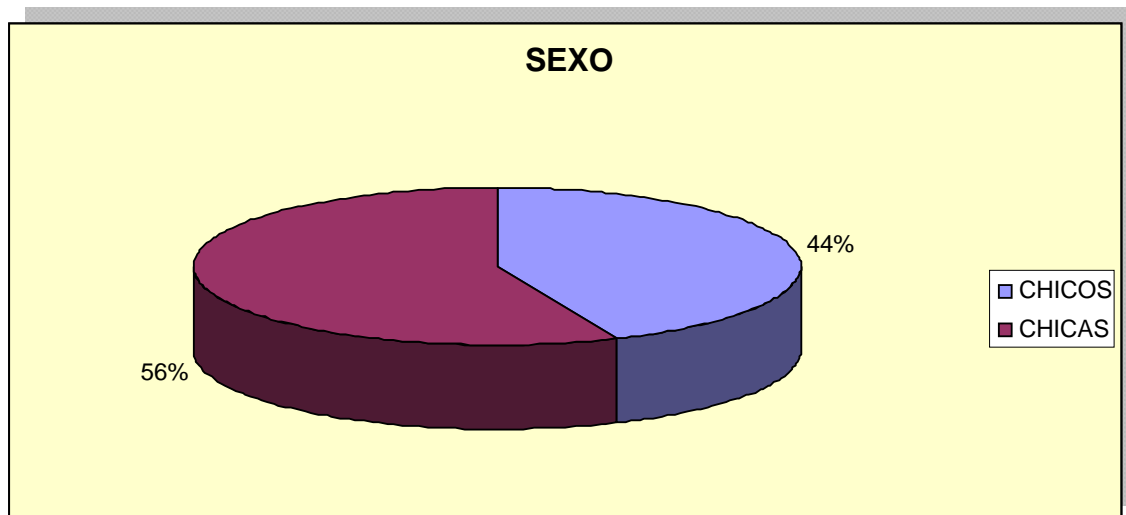


Figura 11: Sexo de los encuestados

La **edad media** de los encuestados es de **14,05 años** con una desviación estándar de 0,98.

La edad media de los chicos es de 14,00 años y tienen una desviación estándar de 0,98.

La edad media de las chicas es de 14,09 años y tienen una desviación estándar de 0,97.

Vamos a analizar cada pregunta o cuestión según el sexo del encuestado (563 chicos y 726 chicas), pero también según su edad. Para analizarlo según la edad dividiré a los encuestados en tres grupos de tamaño parecido con el objetivo de poder comparar los resultados de cada grupo:

- Los de **12-13 años**: Son los encuestados que tienen 12 (23 adolescentes) y 13 años (379 adolescentes). En total son **402** y su edad media es de **12,94 años**.
- Los de **14 años**: con **521** encuestados son el grupo más numeroso.
- Los de **15-16-17 años**: Son los encuestados que tienen 15 (257 adolescentes), 16 años (94 adolescentes) y 17 años (14 adolescentes). En total son **365** y su edad media es de **15,33 años**

Si sumamos los tres grupos de edad obtenemos 1288 encuestados. Esta diferencia con el número total de encuestados (1289) es debida a que una encuestada no puso su edad, con lo que no contaremos con sus respuestas a la hora de analizar los datos según la edad.

CAPÍTULO I: LOS PADRES

1. A la pregunta 3 “¿Con quiénes vives actualmente?”, los encuestados responden de la siguiente manera

Tabla V: ¿Con quiénes vives actualmente?

	Chicos	Chicas	Total
Con mis padres	493	645	1138
Mis padres están separados o divorciados y vivo con alguno de los dos	61	68	129
Vivo con otros familiares	6	6	12
Vivo con un grupo de chicos	1	1	2
Vivo solo	1		1
En colegio, pensión, etc		3	3
Otros.	1	3	4
Total general	563	726	1289

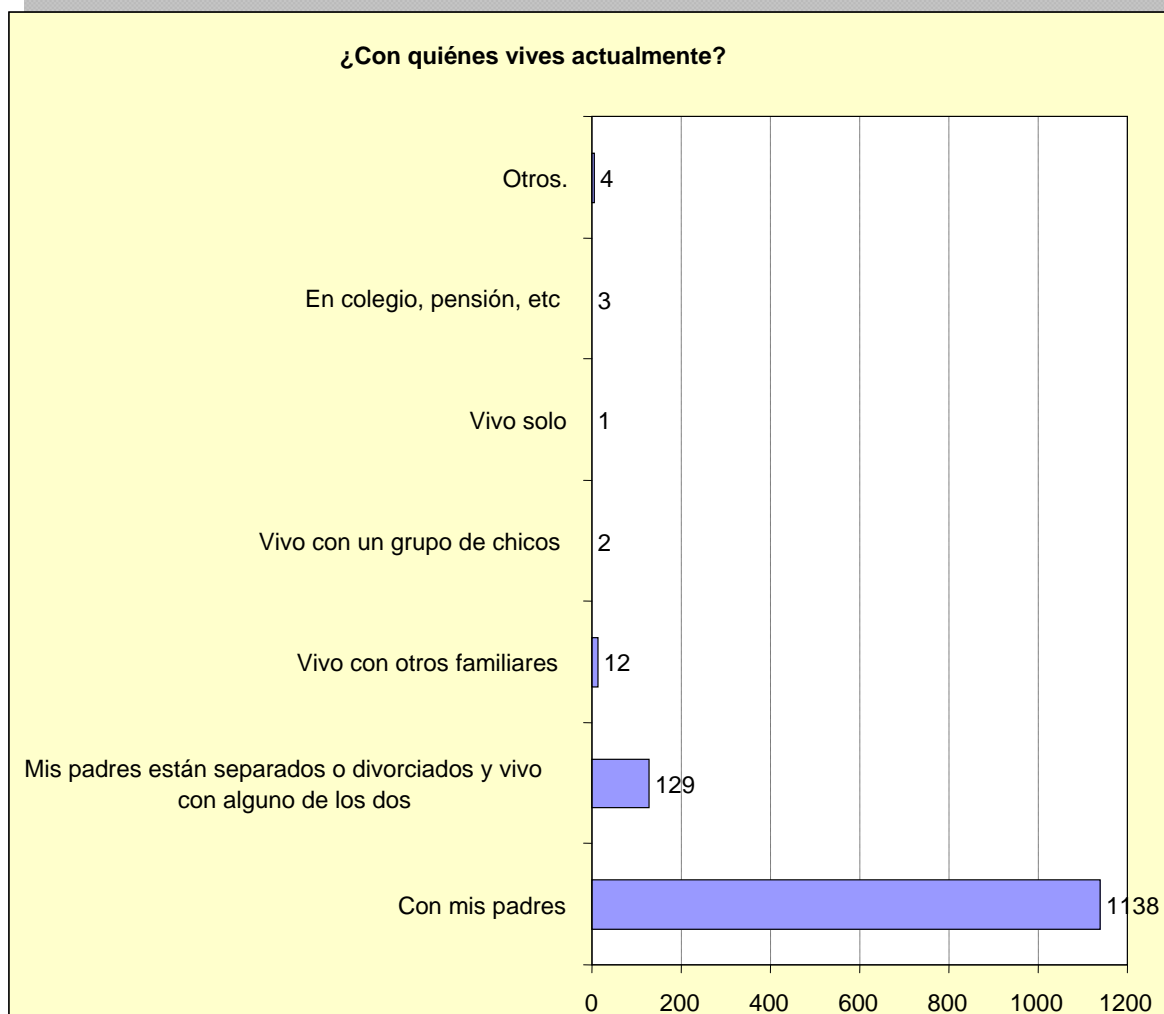


Figura 12: ¿Con quiénes vives actualmente?

El **88,3%** de los alumnos vive con sus padres. Un **10%** afirma que sus padres están separados o divorciados y vive con alguno de los dos. La suma del resto de las opciones sólo las marca el **1,7%**.

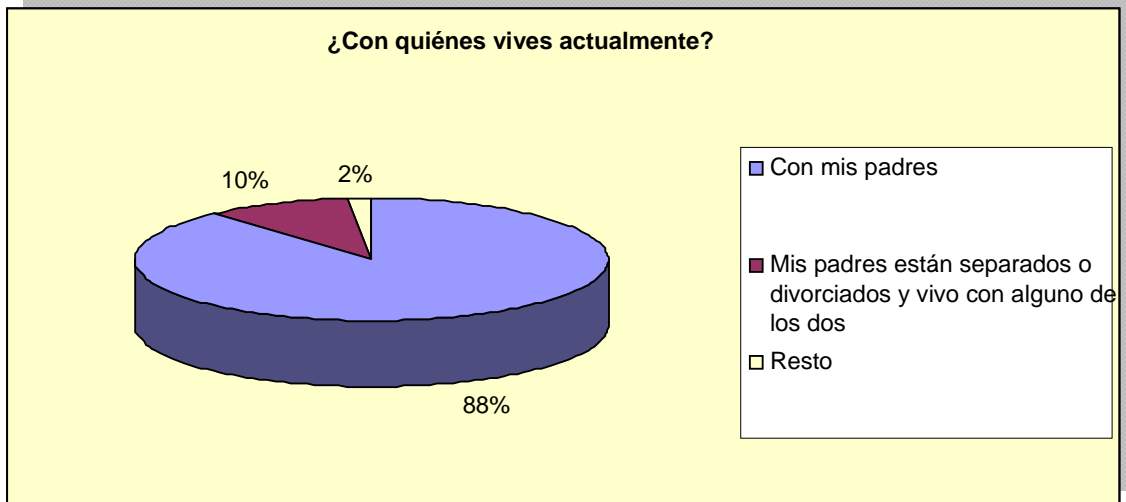


Figura 13: ¿Con quiénes vives actualmente? Modificada.

2. A la pregunta 5 “¿Cómo es la relación con tus padres? Califícala de 0 a 10 puntos, siendo 0 muy mala y 10 muy buena”, los encuestados responden de la siguiente manera

Tabla VI: ¿Cómo es la relación con tus padres?

	Chicos	Chicas	Total
0 p.	3	1	4
1 p.	2	2	4
2 p.	2	4	6
3 p.	5	3	8
4 p.	6	16	22
5 p.	23	26	49
6 p.	33	42	75
7 p.	62	123	185
8 p.	125	176	301
9 p.	157	176	333
10 p.	145	157	302
Total	563	726	1289

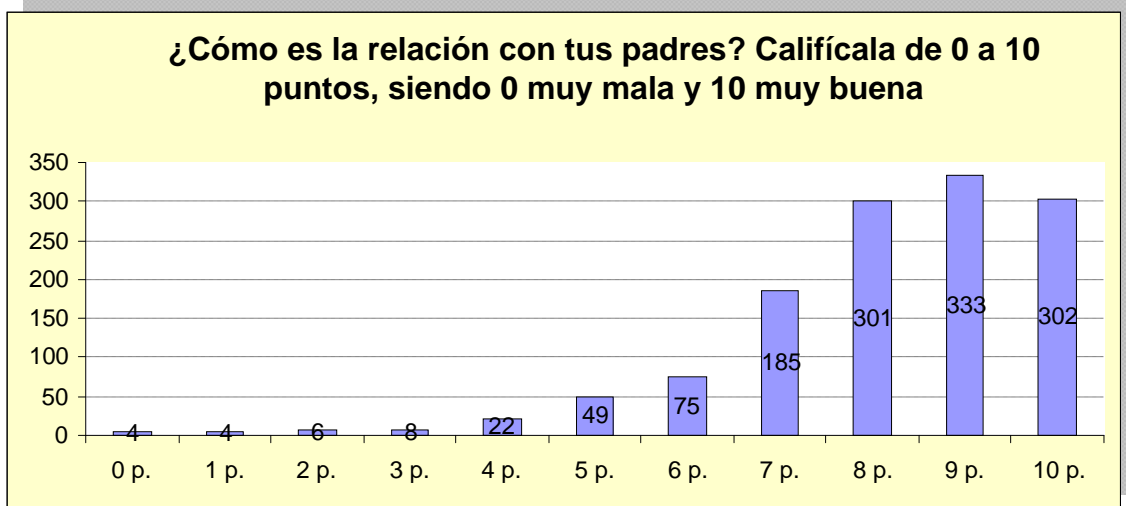


Figura 14: ¿Cómo es la relación con tus padres?

La puntuación media es de **8,18 puntos**. La puntuación media de los **chicos** es de **8,27 puntos** y para las chicas es de **8,11 puntos**.

En cuanto a la edad:

- Los de 12-13 años: Tienen una puntuación media de 8,54.
- Los de 14 años: Tienen una puntuación media de 8,19.
- Los de 15-16-17 años: Tienen una puntuación media de 7,76.

Como conclusión a estos datos podemos resumir que **los adolescentes encuestados tienen una buena relación con sus padres (la puntuación media es de 8,18 puntos)**. Esta relación parece ser algo mejor para los **chicos (8,27 puntos)** que para las **chicas (8,11 puntos)**. Sin embargo, el estadístico t de Student nos da una probabilidad asociada de **0,094** con lo que (al ser mayor de 0,05) **no podemos inferir que los chicos tengan mejor o peor relación con sus padres que las chicas**.

Sin embargo **esta relación se deteriora conforme va avanzando la adolescencia**.

Los de 12-13 años tienen una puntuación media de **8,54** y los de 14 años de **8,19** (con la t de Student demostramos que son diferencias estadísticamente significativas, $p=0,001$). Aún más significativa estadísticamente ($p<0,0001$) es la diferencia entre las puntuaciones de los de 12-13 años (**8,54** de media) y los de 15-16-17 años (**7,76** de media).

También es **estadísticamente significativa** ($p=0,0003$) la diferencia entre las puntuaciones de los de 14 años (8,19 de media) y los de 15-16-17 años (7,76 de media).

3. A la pregunta 6 “¿Cómo es la relación que tus padres tienen entre ellos? Califícala también de 0 a 10”, los encuestados responden de la siguiente manera:

Tabla VII: ¿Cómo es la relación que tus padres tienen entre ellos?

	Chicos	Chicas	Total
0 p.	19	19	38
1 p.	4	6	10
2 p.	4	8	12
3 p.	7	9	16
4 p.	8	10	18
5 p.	21	26	47
6 p.	21	34	55
7 p.	42	67	109
8 p.	73	111	184
9 p.	163	201	364
10 p.	201	232	433
NC		3	3
Total	563	726	1289

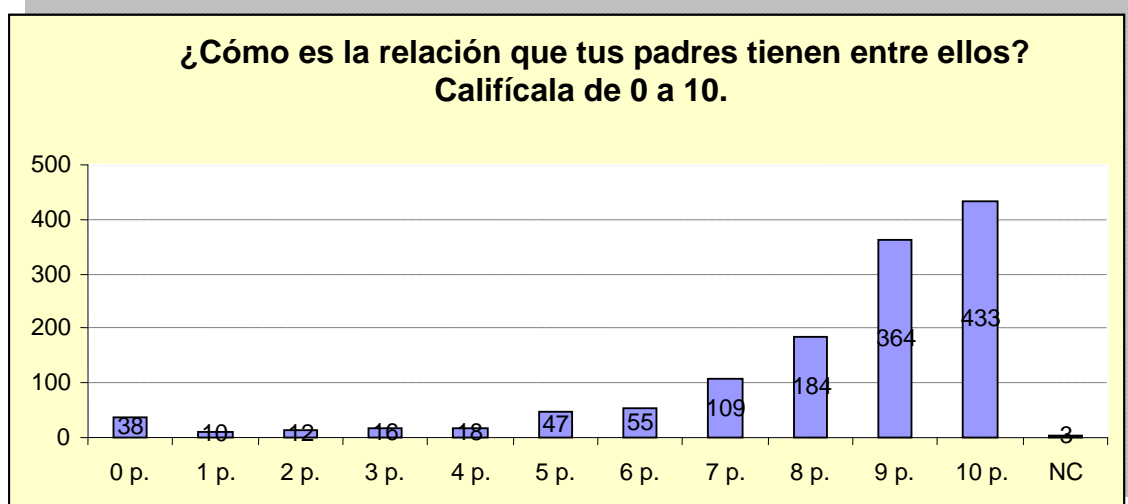


Figura 15: ¿Cómo es la relación que tus padres tienen entre ellos?

La puntuación media es de **8,21 puntos**. La puntuación media de los **chicos** es de **8,26 puntos** y para las **chicas** es de **8,17 puntos**. No existen diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas, lo que se demuestra con el estadístico t de Student que nos da una probabilidad asociada de **0,496** (mayor de 0,05).

En cuanto a la edad:

- Los de 12-13 años: Tienen una puntuación media de **8,57**.
- Los de 14 años: Tienen una puntuación media de **8,29**.
- Los de 15-16-17 años: Tienen una puntuación media de **7,7**.

Se puede observar una evolución de **los encuestados según van creciendo a tener una peor percepción de la relación de sus padres o a ser más críticos con ella**.

Los de 12-13 años tienen una puntuación media de **8,57** y los de 14 años de **8,29** (con la t de Student demostramos que son diferencias estadísticamente significativas, $p=0,04$). Aún más significativa estadísticamente ($p<0,0001$) es la diferencia entre las puntuaciones de los de 12-13 años (**8,57** de media) y los de 15-16-17 años (**7,7** de media).

También es **estadísticamente significativa** ($p=0,0004$) la diferencia entre las puntuaciones de los de 14 años (**8,29** de media) y los de 15-16-17 años (**7,7** de media).

Sin embargo, **las mayores diferencias aparecen si comparamos a los que declaran que sus padres están separados o divorciados** (cuya puntuación media es de **3,9**) y a los que dicen vivir junto con sus padres (cuya puntuación media es de **8,72**). Las diferencias son **estadísticamente significativas** lo que se demuestra con el estadístico t de Student que nos da una $p<0,0001$.

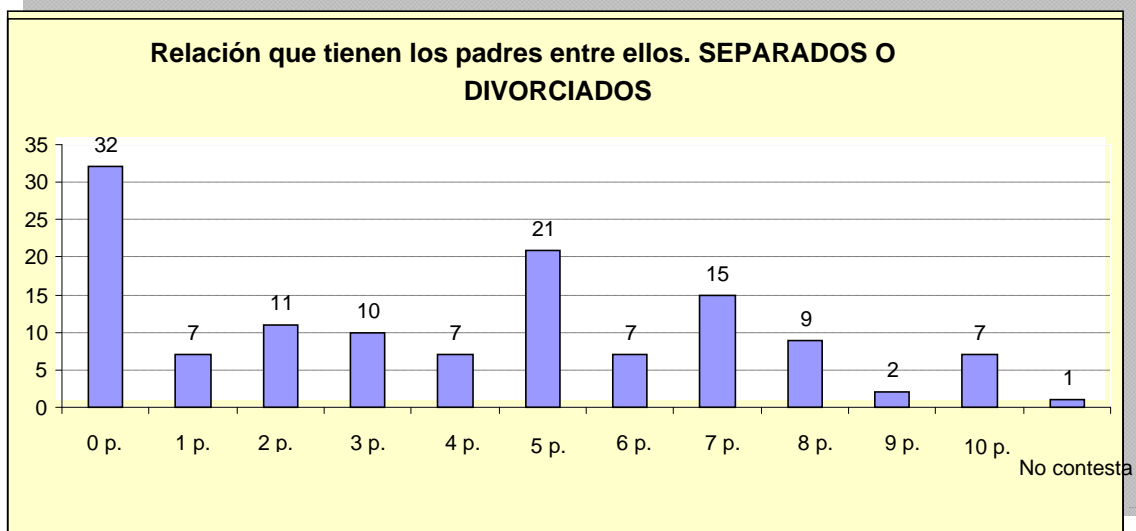


Figura 16: Relación entre los padres separados o divorciados.

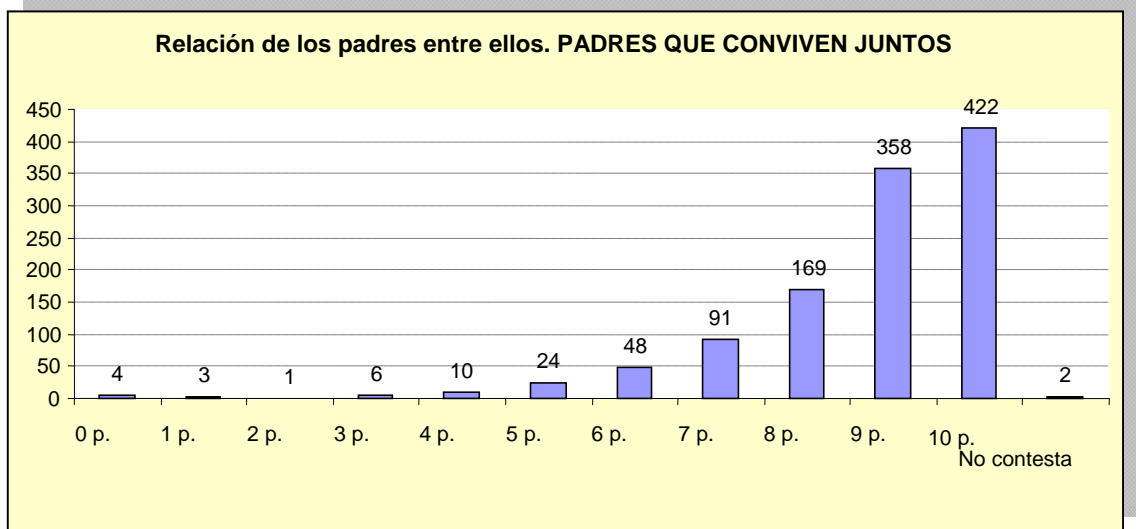


Figura 17: Relación entre los padres que conviven juntos.

4. La pregunta 40 expone “¿Cuál de las siguientes palabras que se indican a continuación reflejan mejor la relación con tu padre y con tu madre?”.

- CARIÑO HACIA EL PADRE:

Tabla VIII: Cariño hacia el padre

	Chicos	Chicas	Total
No	272	270	542
Sí	291	456	747
Total	563	726	1289

Como se ve en los siguientes gráficos, las chicas reflejan con más frecuencia que sienten cariño hacia su padre que los chicos (63% frente al 52%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$, $\chi^2 = 16,10$).



Figura 18: Cariño hacia el padre.

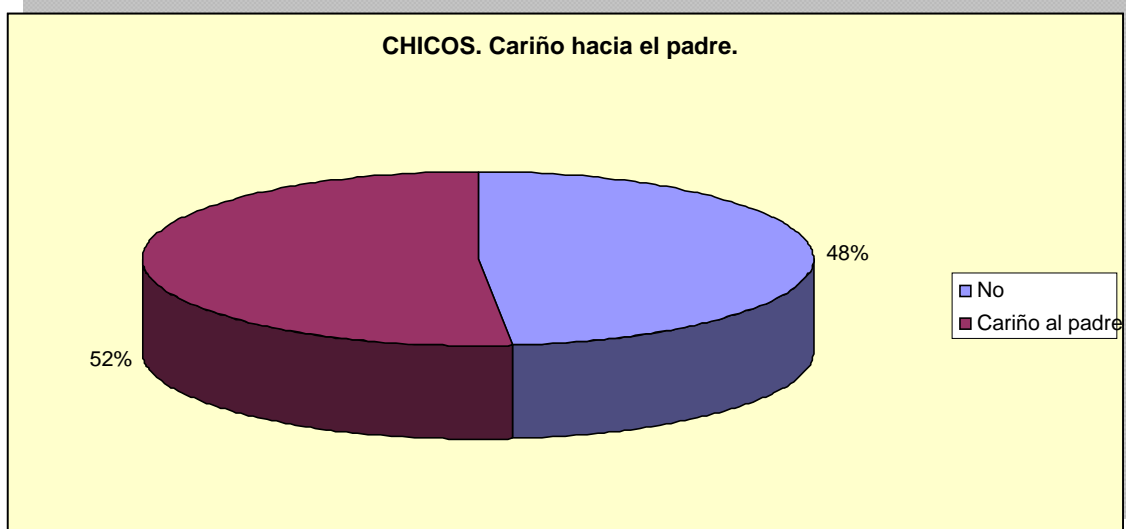


Figura 19: Cariño hacia el padre. Chicos.



Figura 20: Cariño hacia el padre. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla IX: Cariño al padre según edad

CARIÑO AL PADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	139	211	191	541
Sí	263	310	174	747
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos el *Cariño hacia el padre va disminuyendo conforme avanza la edad de nuestros encuestados*. Así: de un **65%** de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un **60%** para los de 14 años y baja a un **48%** para los de 15-16-17 años. Es un descenso estadísticamente significativo ($p < 0,001$ y $\chi^2 = 25,56$).

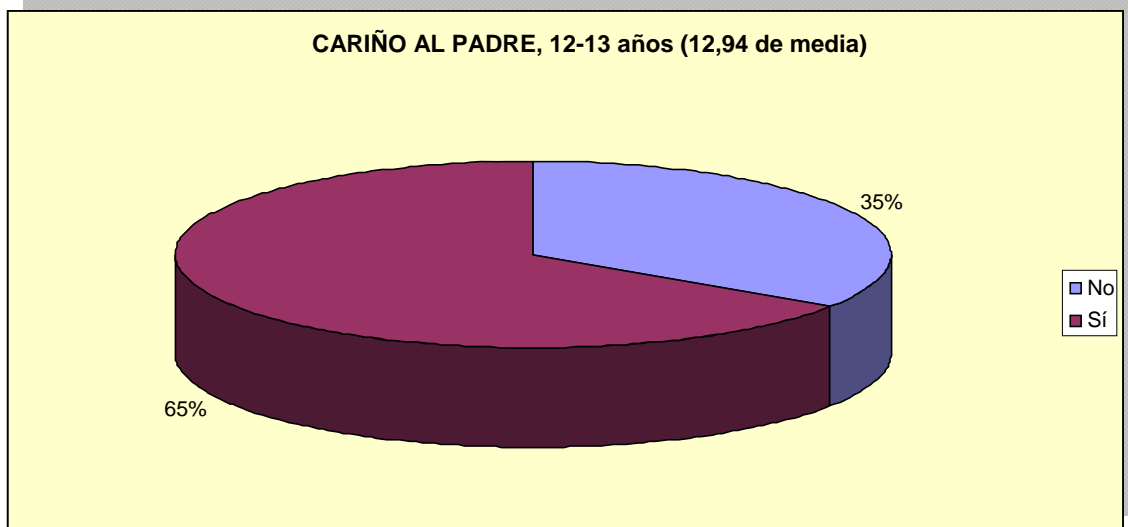


Figura 21: Cariño hacia el padre. 12-13 años.



Figura 22: Cariño hacia el padre. 14 años.

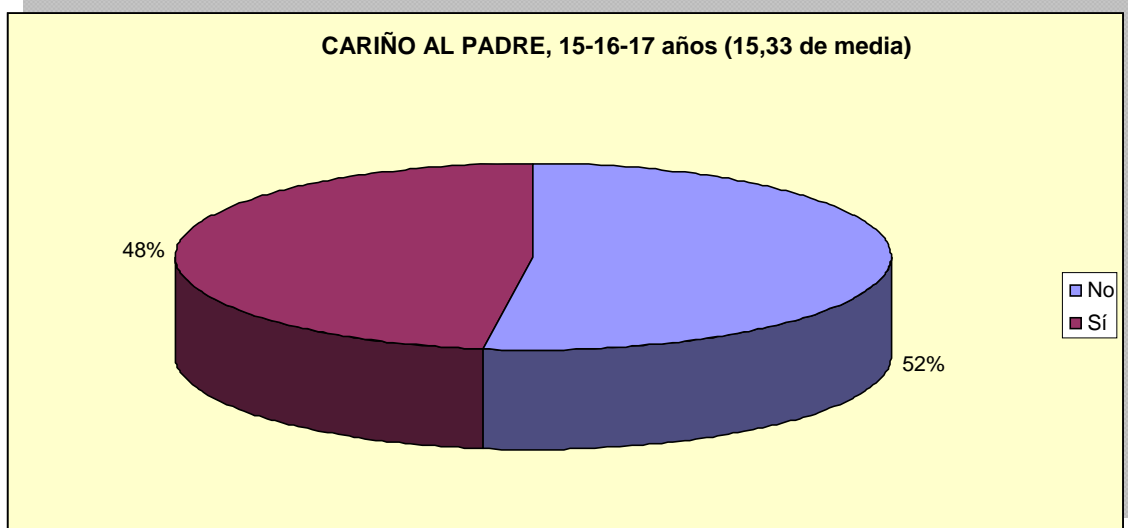


Figura 23: Cariño hacia el padre. 15-16-17 años.

- CARIÑO HACIA LA MADRE:

Tabla X: Cariño hacia la madre

	Chicos	Chicas	Total
No	63	74	137
Sí	500	652	1152
Total	563	726	1289

En este caso, tanto chicas como chicos reflejan en un alto porcentaje (89% ellos y 90% ellas) cariño hacia la madre. No habría diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($p=0,56$ y $\chi^2=0,33$).



Figura 24: Cariño hacia la madre.

En cuanto a la edad:

Tabla XI: Cariño a la madre según edad.

CARIÑO A LA MADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	35	52	50	137
Sí	367	469	315	1151
Total	402	521	365	1288

Observamos que el *Cariño hacia la madre* parece disminuir muy levemente conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un 91% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 90% para los de 14 años y baja a un 86% para los de 15-16-17 años. Sin embargo no es una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,06$, $\chi^2 =5,41$).

Como conclusión hacia el cariño podríamos decir que los adolescentes (chicos y chicas) definen con mucha mayor frecuencia cariño hacia la madre que frente al padre (89% frente a 58%).

- AMISTAD HACIA EL PADRE:

Tabla XII: Amistad hacia el padre

	Chicos	Chicas	Total
No	186	398	584
Sí	377	328	705
Total general	563	726	1289

Como se ve en los siguientes gráficos, se observa una diferencia importante entre sexos, ya que los chicos refieren sentir con mucha más frecuencia amistad hacia su padre que las chicas (67% frente al 45%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0,001$ y $\chi^2 = 60,72$).



Figura 25: Amistad hacia el padre



Figura 26: Amistad hacia el padre. Chicos.



Figura 27: Amistad hacia el padre. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla XIII: Amistad al padre según edad

AMISTAD AL PADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	167	226	191	584
Sí	235	295	174	704
Total	402	521	365	1288

También aquí observamos que la *Amistad hacia el padre* va disminuyendo levemente conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un 58% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 57% para los de 14 años y baja a un 48% para los de 15-16-17 años. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,0057$ y $\chi^2 = 10,34$). Gráficamente podemos verlo así:

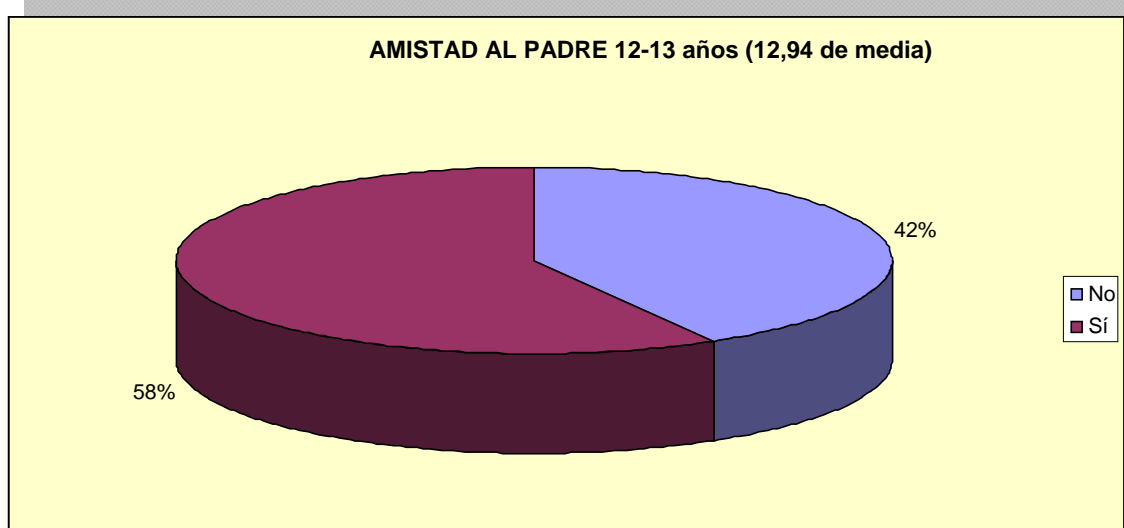


Figura 28: Amistad hacia el padre. 12-13 años.

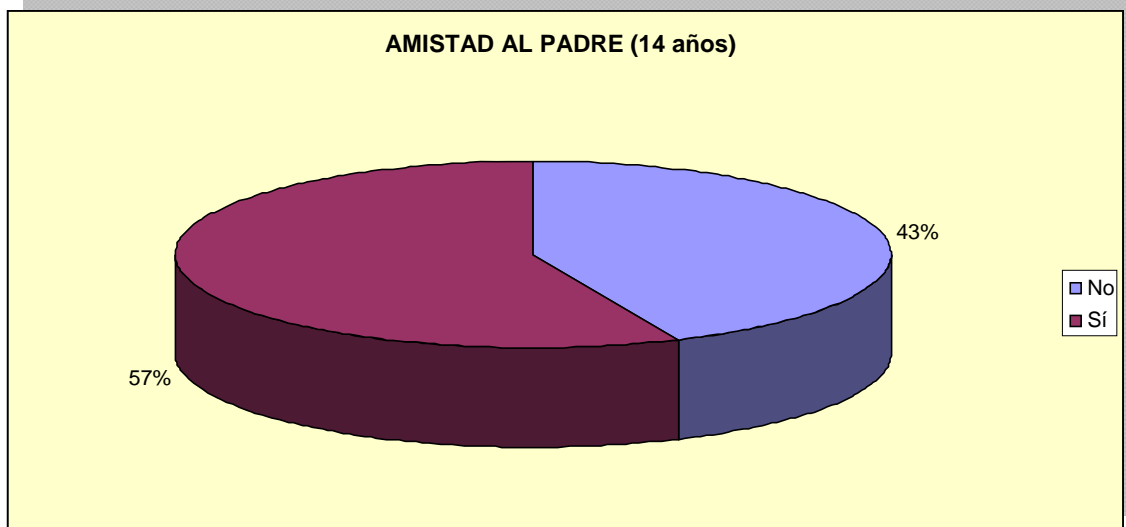


Figura 29: Amistad hacia el padre. 14 años.

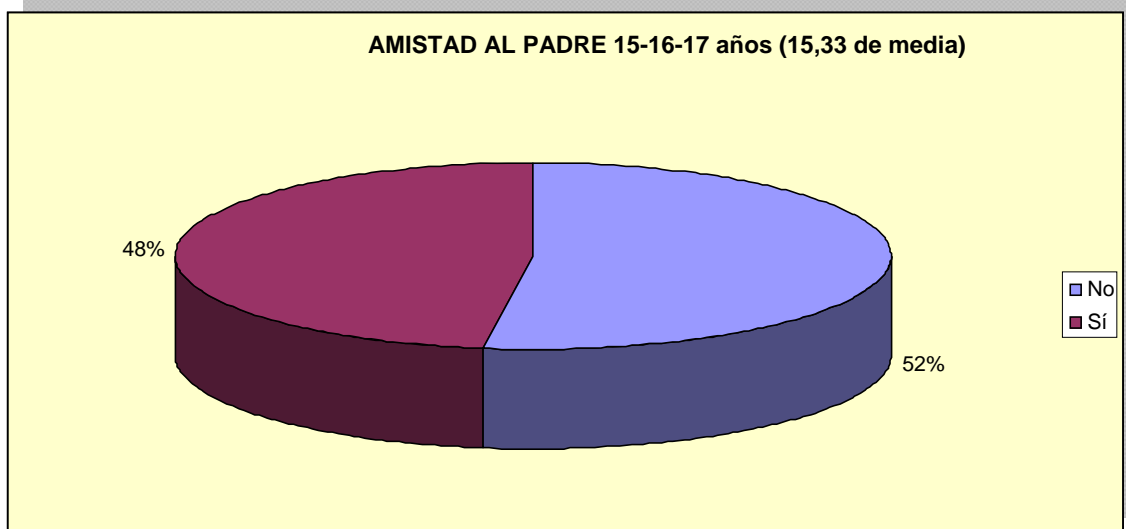


Figura 30: Amistad hacia el padre. 15-16-17 años

- AMISTAD HACIA LA MADRE:

Tabla XIV: Amistad hacia la madre

	Chicos	Chicas	Total
No	275	285	560
Sí	288	441	729
Total	563	726	1289

En este aspecto se observa que las chicas reflejan con más frecuencia amistad hacia su madre que los chicos (61% frente a 51%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$ y $\chi^2 = 11,87$).



Figura 31: Amistad hacia la madre.

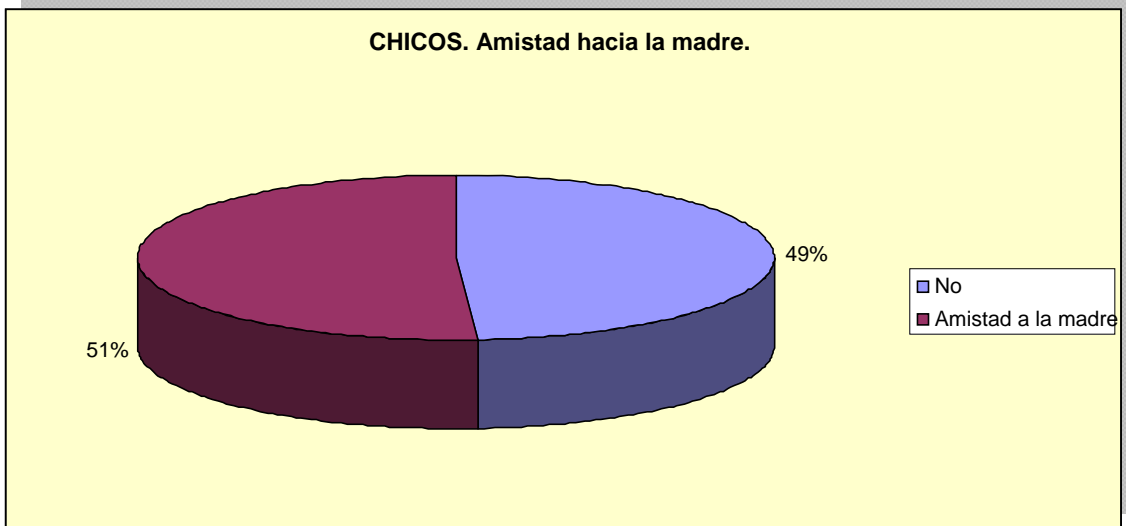


Figura 32: Amistad hacia la madre. Chicos.



Figura 33: Amistad hacia la madre. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla XV: Amistad a la madre según edad

AMISTAD A LA MADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	169	222	168	559
Sí	233	299	197	729
Total	402	521	365	1288

Aquí observamos que la *Amistad hacia la madre* parece disminuir muy levemente conforme avanza la edad de nuestros encuestados: de un 58% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 57% para los de 14 años y baja a un 54% para los de 15-16-17 años. Sin embargo no es una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,48$ y $\chi^2 = 1,46$).

Con respecto al sentimiento de amistad podemos concluir que la igualdad de sexo parece favorecer la amistad entre padres e hijos. Los chicos frente a su padre tienen un sentimiento de amistad con una frecuencia del 67% y hacia su madre del 51%. Por el contrario las chicas hacia su madre tienen un sentimiento de amistad con una frecuencia del 61% y hacia su padre del 45%. Con el test de chi cuadrado hemos demostrado que las diferencias observadas entre ambos sexos son estadísticamente significativas.

- CONFIANZA EN EL PADRE:

Tabla XVI: Confianza en el padre

	Chicos	Chicas	Total
No	231	441	672
Sí	332	285	617
Total	563	726	1289

Como se ve en los siguientes gráficos y al igual que con la Amistad, se observa una diferencia importante entre sexos, ya que los chicos refieren sentir con mucha más frecuencia confianza en su padre que las chicas (59% frente al 39%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$ y $\chi^2 = 49,38$).



Figura 34: Confianza en el padre.

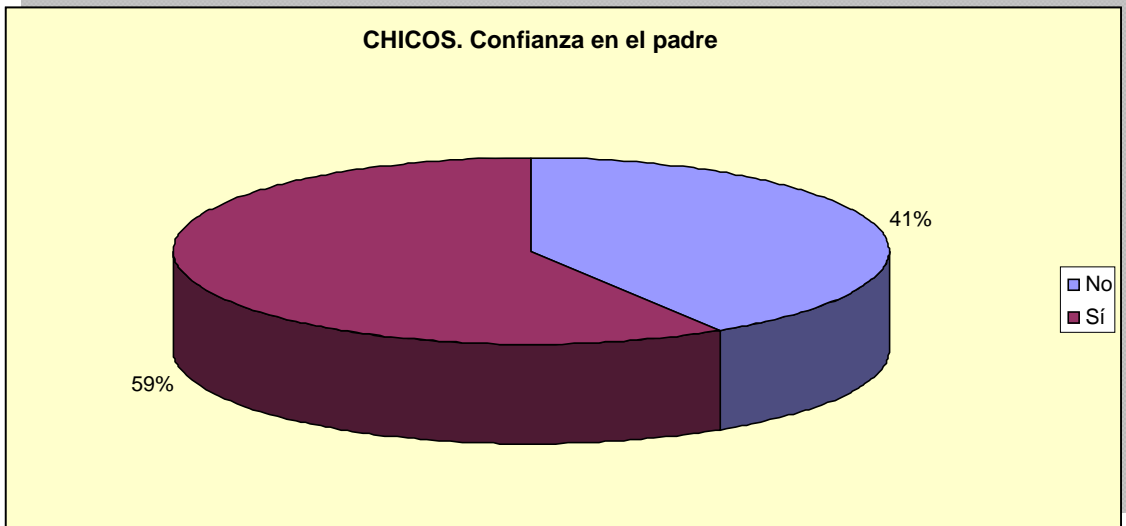


Figura 35: Confianza en el padre. Chicos.



Figura 36: Confianza en el padre. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla XVII: Confianza en el padre según edad

CONFIANZA en el PADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	200	253	218	671
Sí	202	268	147	617
Total	402	521	365	1288

Si comparamos las edades no hay una tendencia clara ya que de un 50,2% de prevalencia de *Confianza en el padre* para los de 12-13 años, pasa a un 51,4% para los de 14 años y baja a un 40,3% para los de 15-16-17 años.

- CONFIANZA EN LA MADRE:

Tabla XVIII: Confianza en la madre

	Chicos	Chicas	Total
No	170	144	314
Sí	393	582	975
Total	563	726	1289

En este aspecto se observan altas puntuaciones en ambos sexos, pero son más altos en el caso de las chicas Es decir **las chicas sienten con mucha más frecuencia confianza en su madre (80% de las chicas frente a 70% de los chicos)**. Esta diferencia entre sexos es estadísticamente significativa ($p < 0,001$ y $\chi^2 = 18,47$).

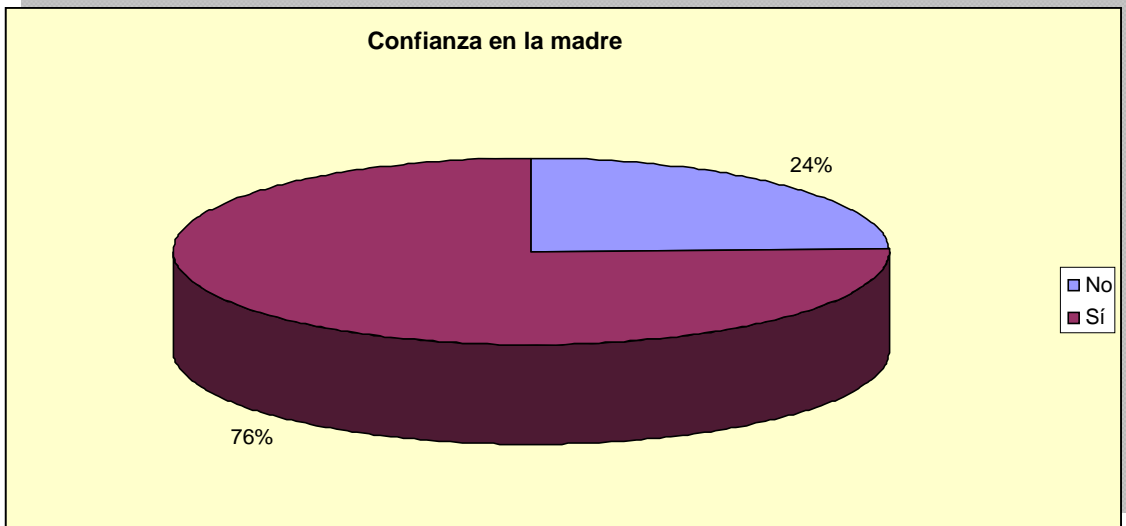


Figura 37: Confianza en la madre.

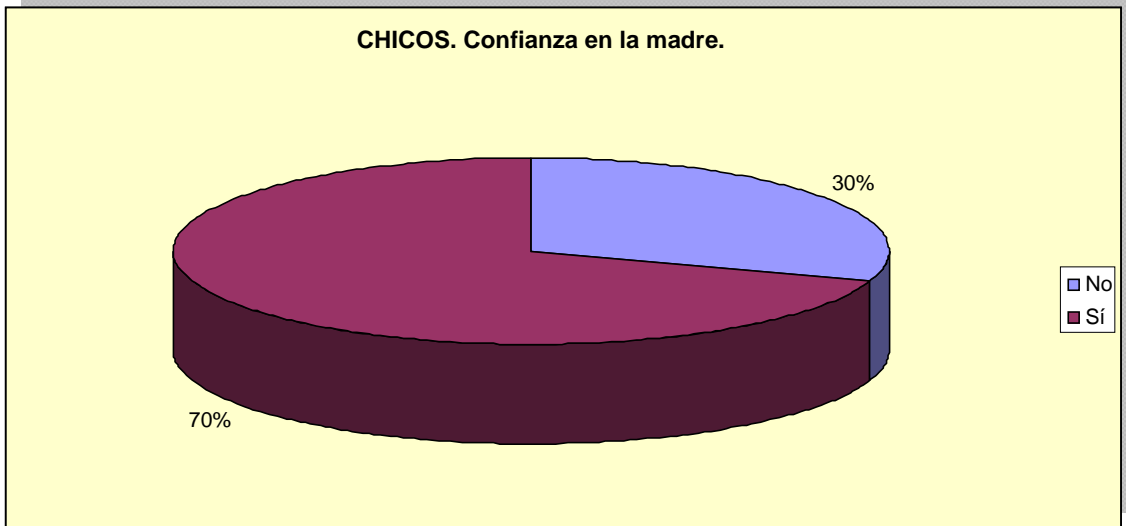


Figura 38: Confianza en la madre. Chicos.

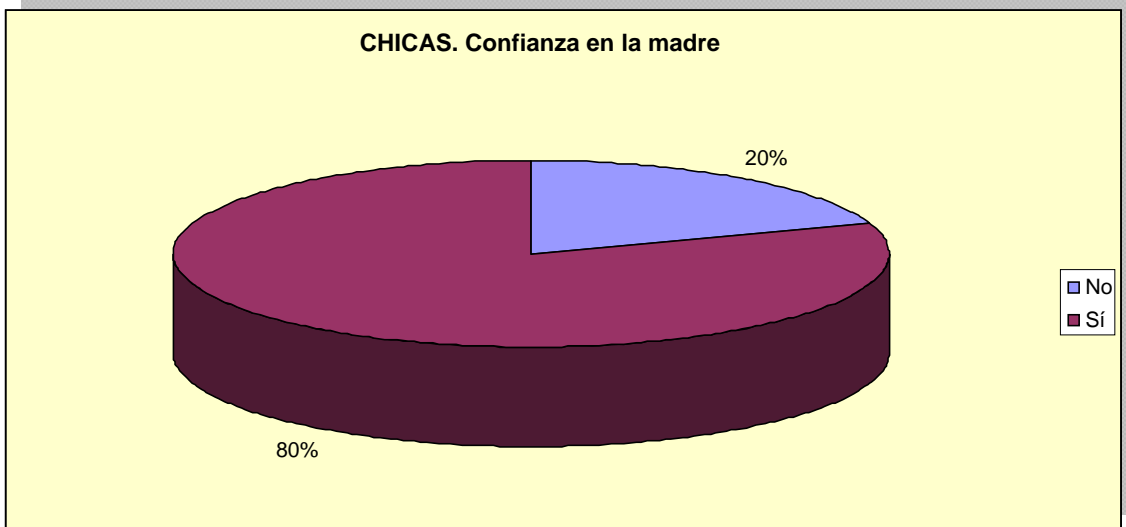


Figura 39: Confianza en la madre. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla XIX: Confianza en la madre según edad

CONFIANZA en la MADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	91	110	113	314
Sí	311	411	252	974
Total	402	521	365	1288

Tampoco en este caso hay una tendencia clara en cuanto a la edad ya que de un 77,4% de prevalencia de *Confianza en la madre* para los de 12-13 años, pasa a un 78,9% para los de 14 años y baja a un 69% para los de 15-16-17 años.

En relación a la confianza habría que resaltar que los adolescentes sienten mucho más frecuentemente confianza en su madre (el 76%) que hacia su padre (sólo el 48%). En el caso de la madre tanto chicos como chicas sienten confianza en un alto porcentaje, aunque es mayor en las chicas (80% las chicas y 70% los chicos siendo una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0,001$ y $\chi^2 = 18,47$). En el caso del padre las chicas reflejan confianza con poca frecuencia (sólo el 39%) y los chicos tienen un porcentaje mayor (el 59%), siendo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$ y $\chi^2 = 49,38$).

- RESPETO, TOLERANCIA HACIA EL PADRE:

Tabla XX: Respeto, tolerancia hacia el padre

	Chicos	Chicas	Total
No	177	195	372
Sí	386	531	917
Total	563	726	1289

En cuanto a este aspecto se observan altas puntuaciones en ambos sexos, sin apenas diferencias (73% de las chicas frente a 69% de los chicos). La prevalencia total sería de un 71%. Esta diferencia entre sexos no es estadísticamente significativa ($p = 0,0719$, $\chi^2 = 3,24$).



Figura 40: Respeto, tolerancia hacia el padre.

En cuanto a la edad:

Tabla XXI: Respeto, tolerancia al padre según edad

RESPETO, TOLERANCIA AL PADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	100	139	132	371
Sí	302	382	233	917
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos parece que el *Respeto, Tolerancia hacia el padre* va disminuyendo conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un 75% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 73% para los de 14 años y baja a un 64% para los de 15-16-17 años. La relación es estadísticamente significativa ($p=0,001$ y $\chi^2 =13,81$).

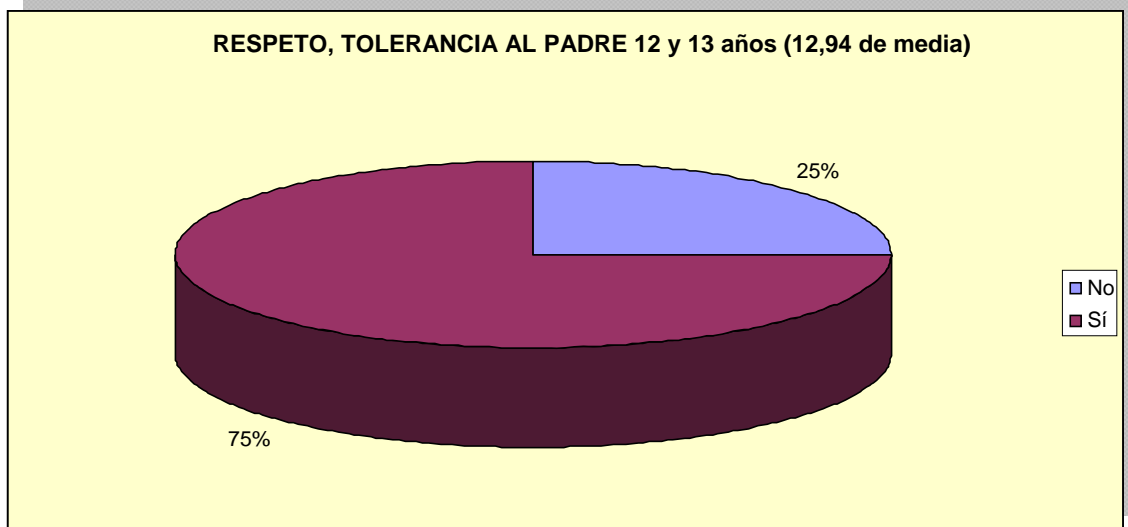


Figura 41: Respeto, tolerancia hacia el padre. 12-13 años.

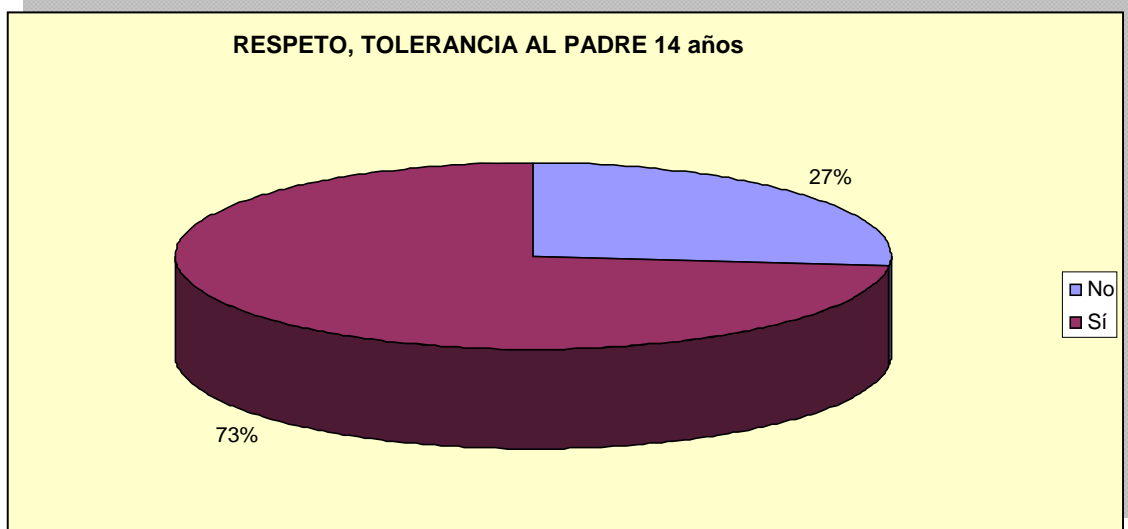


Figura 42: Respeto, tolerancia hacia el padre. 14 años.

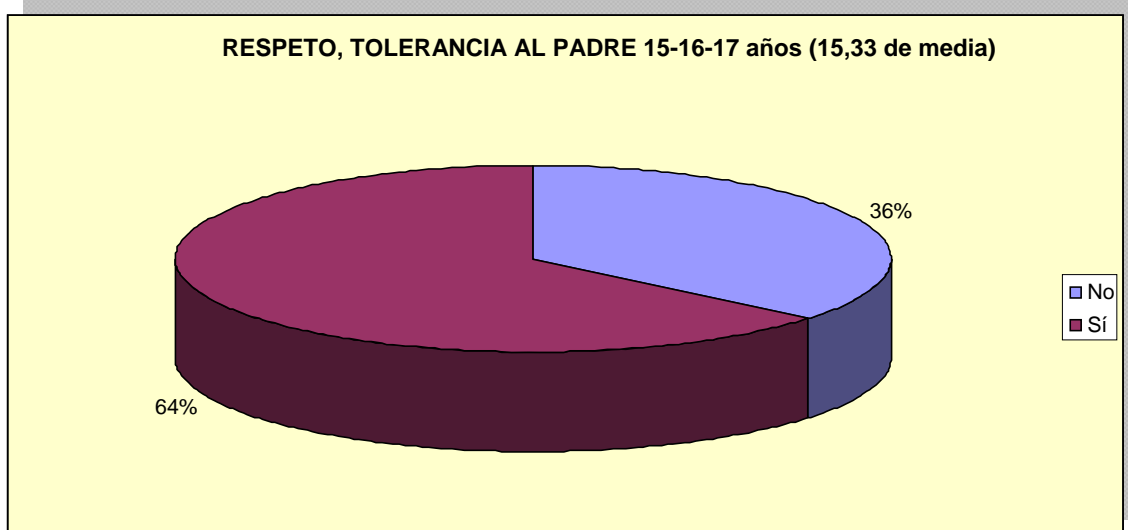


Figura 43: Respeto, tolerancia hacia el padre. 15-16-17 años.

- RESPETO, TOLERANCIA HACIA LA MADRE:

Tabla XXII: Respeto, tolerancia hacia la madre

	Chicos	Chicas	Total
No	262	291	553
Sí	301	435	736
Total	563	726	1289

En cuanto al Respeto y Tolerancia hacia la Madre observamos que las **chicas** lo expresan más frecuentemente que los **chicos** (60% frente a 53%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,02$ y $\chi^2 = 5,39$).



Figura 44: Respeto, tolerancia hacia la madre.

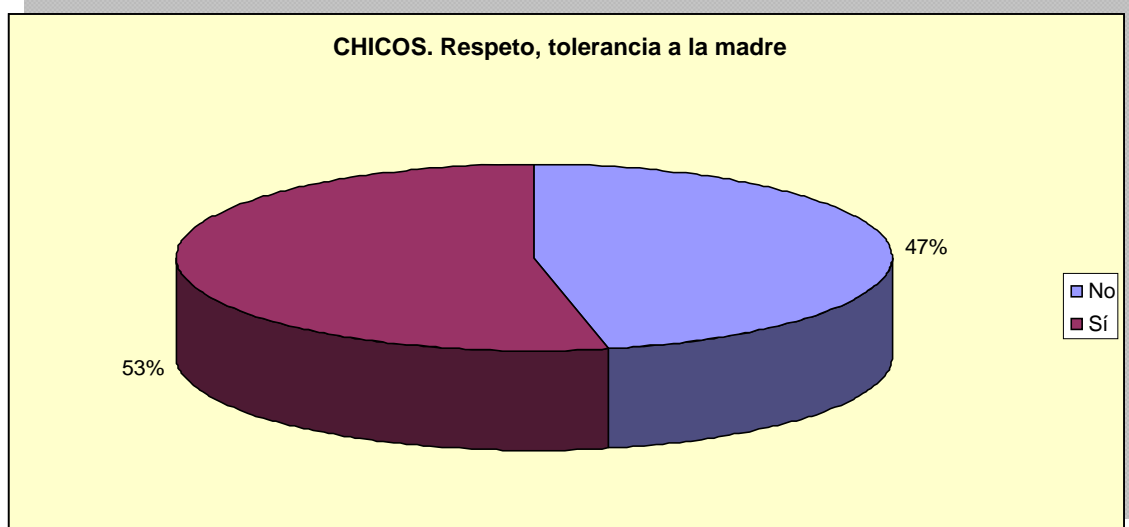


Figura 45: Respeto, tolerancia hacia la madre. Chicos.

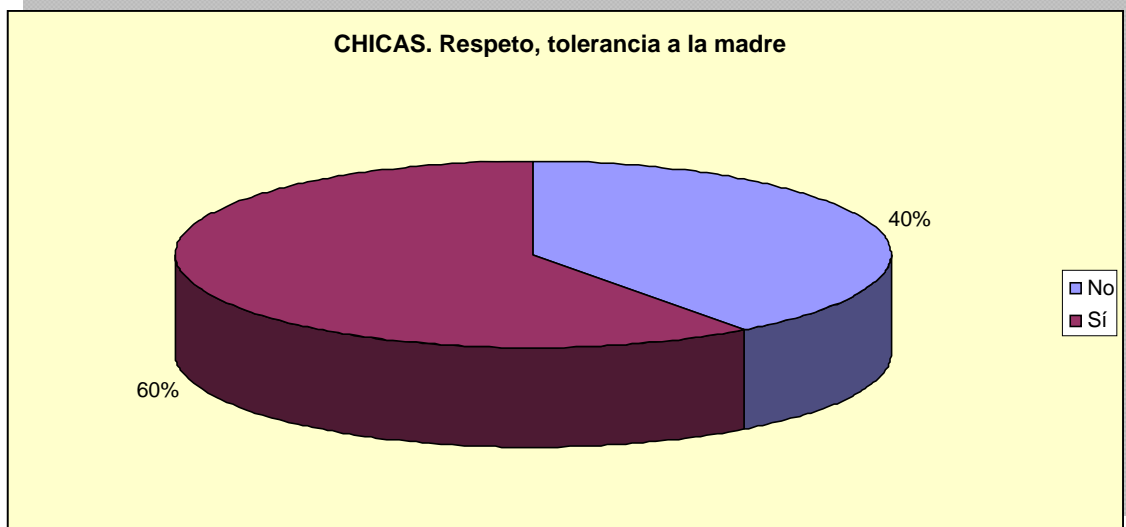


Figura 46: Respeto, tolerancia hacia la madre. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla XXIII: Respeto, tolerancia a la madre según edad

RESPETO, TOLERANCIA A LA MADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	165	214	174	553
Sí	237	307	191	735
Total	402	521	365	1288

El *Respeto, tolerancia hacia la madre* parece disminuir levemente conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un 59% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 58,9% para los de 14 años y baja a un 52% para los de 15-16-17 años. Sin embargo esta relación no es estadísticamente significativa ($p=0,0971$, $\chi^2 = 4,66$).

Parece que respecto a este sentimiento de Respeto/Tolerancia son los padres los mejor valorados (71% frente a 57% de las madres). Los adolescentes lo reflejan con un alto porcentaje en el test (73% de las chicas y 69% de los chicos) sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($p=0,07$). Las madres tienen una peor valoración, sobre todo para los chicos (sólo indican Respeto/Tolerancia un 53%, frente al 60% en el caso de las chicas). En este caso, las diferencias sí que serían estadísticamente significativas ($p=0,02$ y $\chi^2 = 5,39$).

- SOMETIMIENTO AL PADRE:

Tabla XXIV: Sometimiento al padre

	Chicos	Chicas	Total
No	414	569	983
Sí	149	157	306
Total	563	726	1289

Para los adolescentes encuestados la sensación de Sometimiento al padre aparece en un 24%. Como se ve en los siguientes gráficos el **26% de los chicos se siente sometido al padre frente al 22% de las chicas**. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,0428$ y $\chi^2 = 4,1$).



Figura 47: Sometimiento al padre.



Figura 48: Sometimiento al padre. Chicos.



Figura 49: Sometimiento al padre. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla XXV: Sometimiento al padre según edad

SOMETIMIENTO AL PADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	308	396	279	983
Sí	94	125	86	305
Total	402	521	365	1288

Apenas hay variaciones según la edad en el *Sometimiento al padre*. Así, de un 23,4% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 24% para los de 14 años y se mantiene en un 23,6% para los de 15-16-17 años.

- **SOMETIMIENTO A LA MADRE:**

Tabla XXVI: Sometimiento a la madre

	Chicos	Chicas	Total
No	432	596	1028
Sí	131	130	261
Total	563	726	1289

Para los adolescentes encuestados la sensación de Sometimiento a la madre aparece en un 20%. Como se ve en los siguientes gráficos **el 23% de los chicos se siente sometido a la madre frente al 18% de las chicas**. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,0175$ y $\chi^2 = 5,65$).

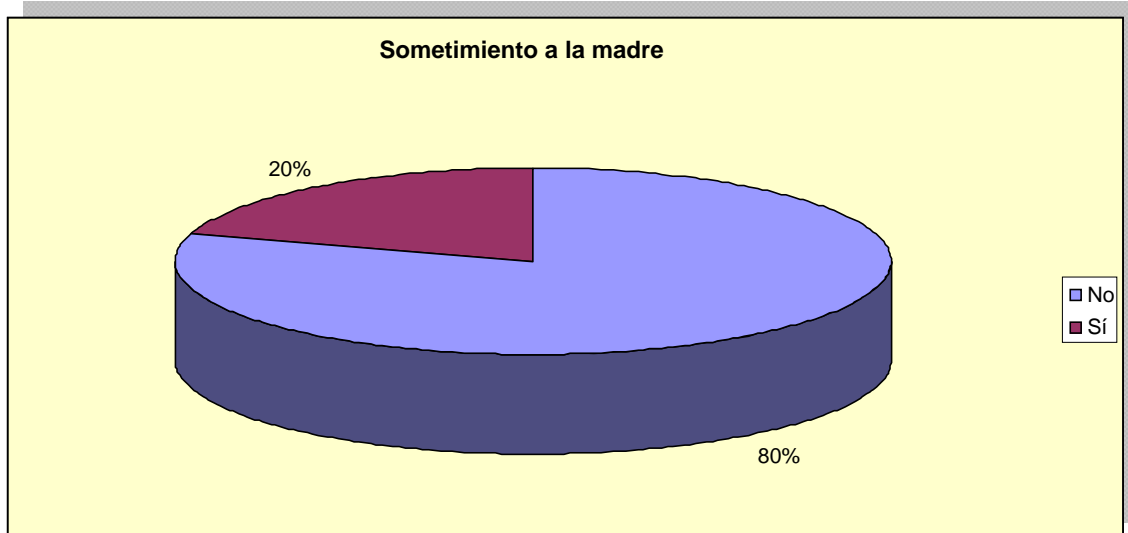


Figura 50: Sometimiento a la madre.

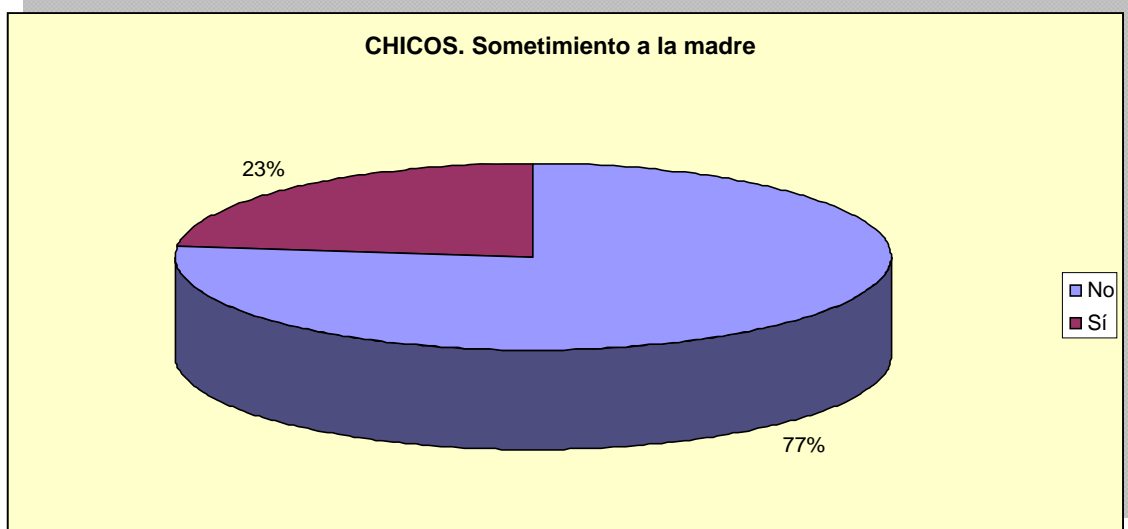


Figura 51: Sometimiento a la madre. Chicos.



Figura 52: Sometimiento a la madre. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla XXVII: Sometimiento a la madre según edad

SOMETIMIENTO A LA MADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	318	416	293	1027
Sí	84	105	72	261
Total	402	521	365	1288

Tampoco hay apenas variaciones según la edad en el *Sometimiento a la madre*. Así, de un 20,9% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 20,2% para los de 14 años y se mantiene en un 19,7% para los de 15-16-17 años. Las diferencias entre edades no son estadísticamente significativas ($p=0,1685$, $\chi^2 =0,9192$).

En cuanto a la sensación de sometimiento o sumisión hacia el padre o hacia la madre los porcentajes se mueven desde el 18% (de chicas respecto a su madre) al 26% (de chicos respecto a su padre). Hay mayor sensación de sometimiento al padre que a la madre (24% de los adolescentes frente al 20%) y son los varones los que se sienten más sometidos (frente al padre el 26%, las chicas el 22%; frente a la madre el 23%, las chicas el 18%) siendo estas diferencias entre sexos estadísticamente significativas (ya que la $p=0,0175$ para el sometimiento a la madre y del $0,0428$ para el sometimiento al padre).

- TEMOR AL PADRE:

Tabla XXVIII: Temor al padre

	Chicos	Chicas	Total
No	423	557	980
Sí	140	169	309
Total	563	726	1289

Los resultados son muy similares a los del Sometimiento al padre, lo que parece indicar que son sentimientos que van unidos. Hay pocas diferencias en el Temor al padre entre chicos y chicas (25% para ellos y 23% para ellas) y no son diferencias estadísticamente significativas ($p=0,5$, $\chi^2=0,44$). Para los encuestados la sensación de Temor al padre aparece en un 24%.

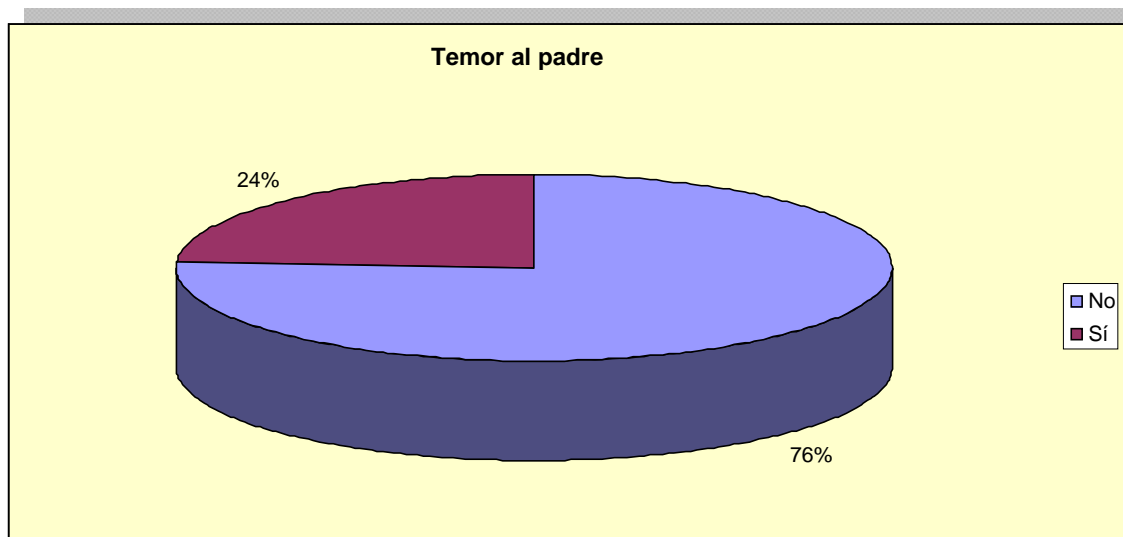


Figura 53: Temor al padre

En cuanto a la edad:

Tabla XXIX: Temor al padre según edad

TEMOR AL PADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	322	406	252	980
Sí	80	115	113	308
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos el *Temor hacia el padre* va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un 19,9% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 22,1% para los de 14 años y sube a un 31% para los de 15-16-17 años. Esta relación es estadísticamente significativa ($p=0,0007$ y $\chi^2 =14,49$).

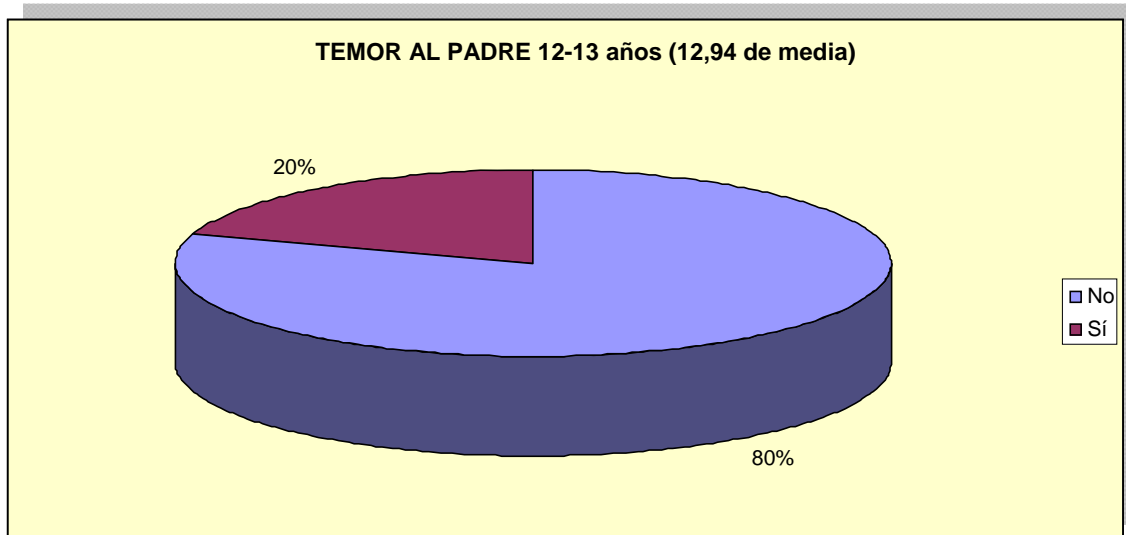


Figura 54: Temor al padre. 12-13 años

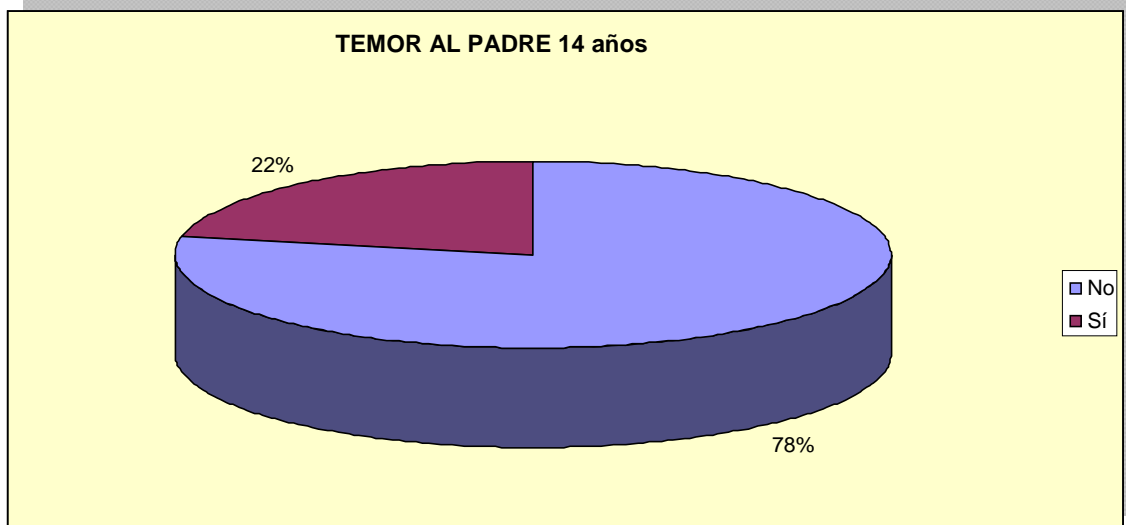


Figura 55: Temor al padre. 14 años.

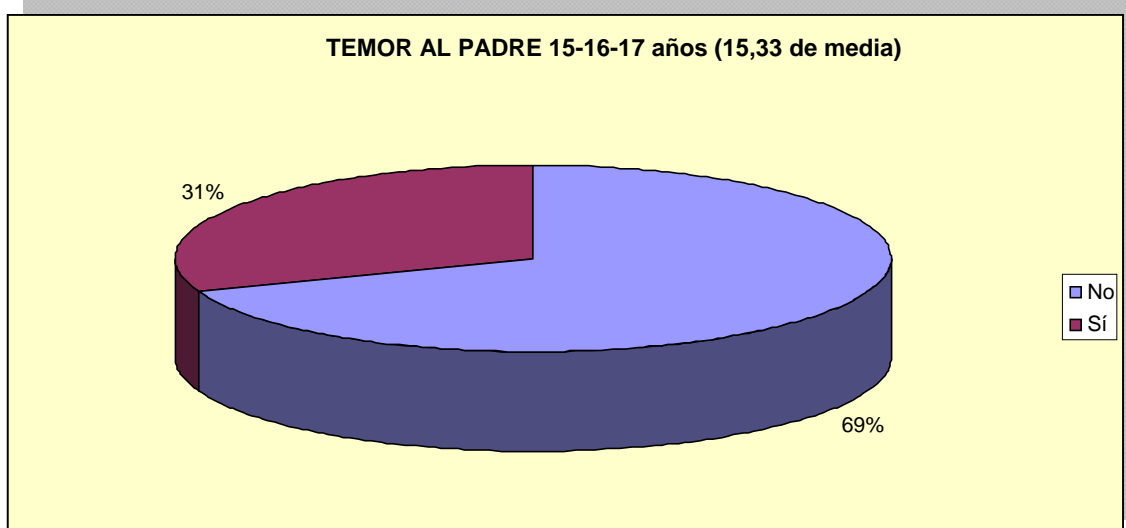


Figura 56: Temor al padre. 15-16-17 años.

- TEMOR A LA MADRE:

Tabla XXX: Temor a la madre

	Chicos	Chicas	Total
No	484	664	1148
Sí	79	62	141
Total	563	726	1289

En este caso el porcentaje de adolescentes que sienten Temor hacia su madre (el 11%) es mucho menor que los que sienten Sometimiento (el 20%). Las **chicas** sienten menos Temor hacia a su madre que los **chicos** (9% frente a 14%), al igual que ocurría con el Sometimiento. Esta diferencia entre sexos es estadísticamente significativa ($p=0,0017$, $\chi^2 =9,82$).

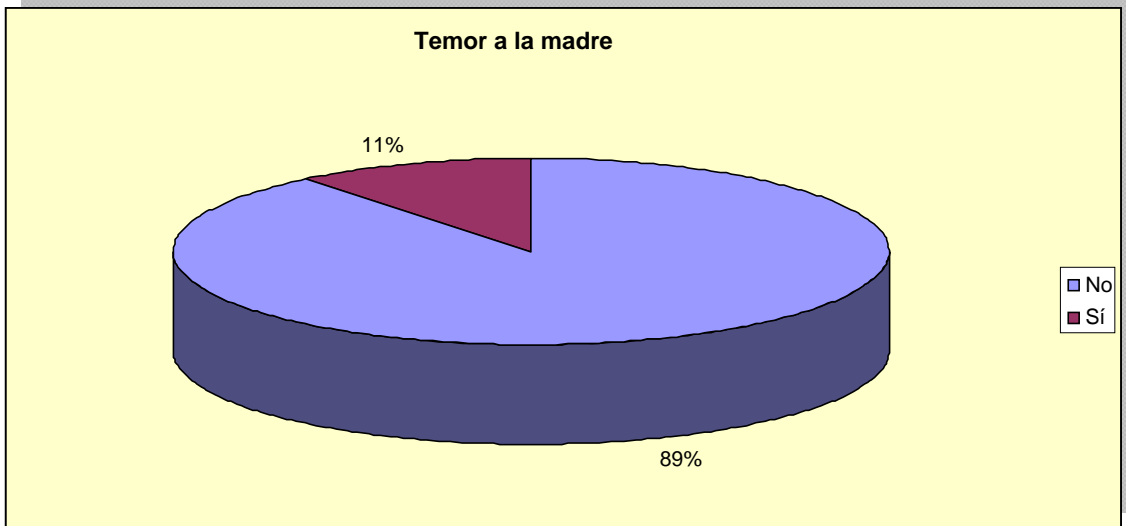


Figura 57: Temor a la madre.

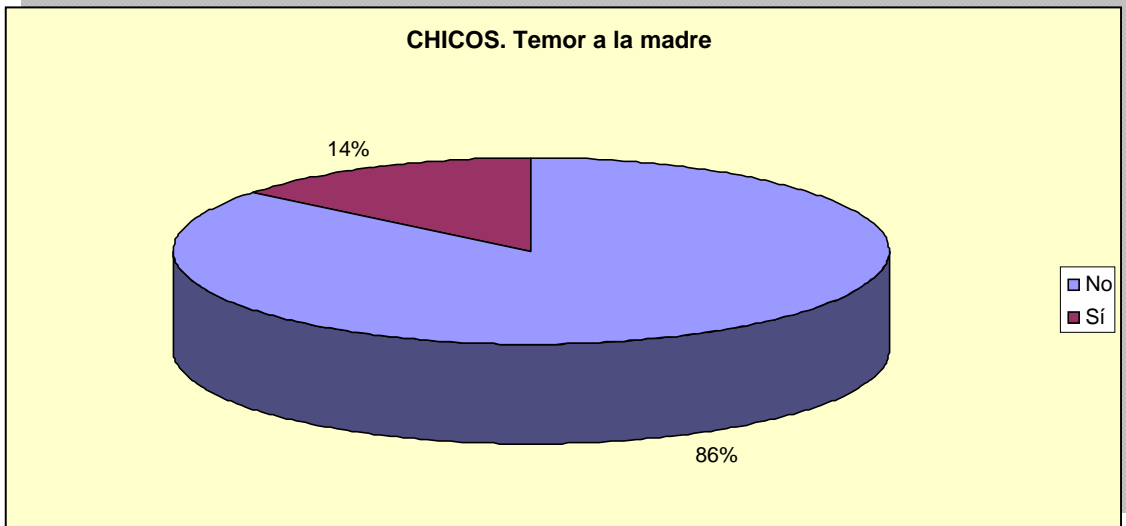


Figura 58: Temor a la madre. Chicos.

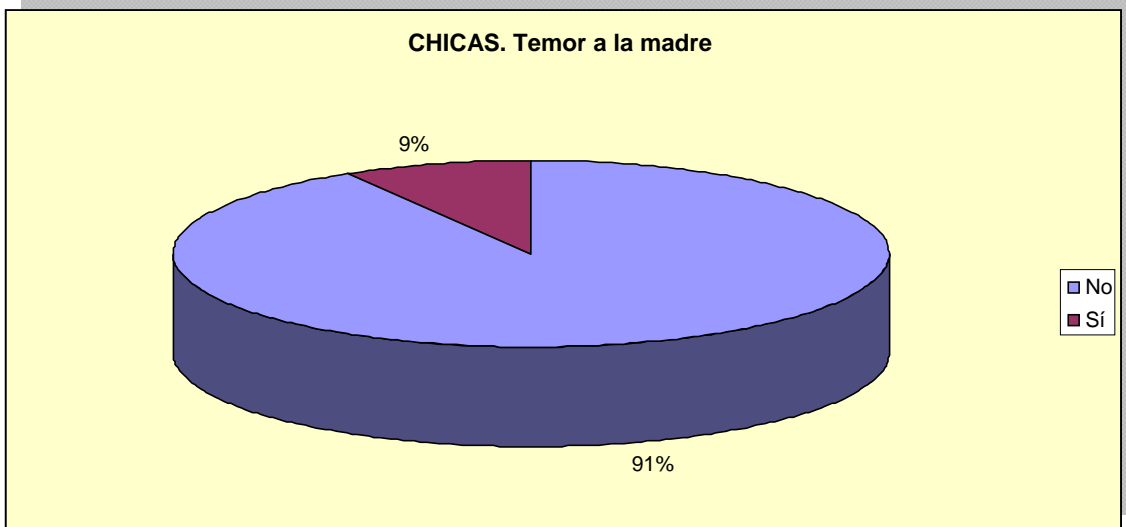


Figura 59: Temor a la madre. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla XXXI: Temor a la madre según edad

TEMOR A LA MADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	355	465	327	1147
Sí	47	56	38	141
Total	402	521	365	1288

Según nuestros datos el *Temor hacia la madre* no se modifica apenas con la edad de nuestros encuestados. Así, de un 11,7% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 10,7% para los de 14 años y a un 10,4% para los de 15-16-17 años. La diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,84$ y $\chi^2=0,36$).

En cuanto al sentimiento de Temor, parece claro que los padres son más temidos que las madres (24% de prevalencia frente a 11%).

Las chicas sienten menos temor a la madre que los chicos (9% mientras que los chicos tienen un 14% de prevalencia). Esta diferencia entre sexos es estadísticamente significativa ($p=0,0017$ y $\chi^2=9,82$).

RELACIÓN ENTRE SOMETIMIENTO Y TEMOR

Los sentimientos de Sometimiento y Temor parecen estar relacionados, lo cual podemos comprobar relacionando las dos variables primero con el padre y luego con la madre:

Tabla XXXII: Relación entre Sometimiento y Temor al padre

AL PADRE	No sometido	Sometido	Total
Sin temor	834	146	980
Temor	149	160	309
Total	983	306	1289

Si calculamos la chi cuadrado obtenemos que las dos variables están relacionadas de forma muy importante ($p<0,0001$ y $\chi^2=176,5$).

Si ahora observamos la Sumisión y el Temor hacia la madre:

Tabla XXXIII: Relación entre Sometimiento y Temor a la madre

A LA MADRE			
	No sometido	Sometido	Total
Sin temor	824	156	980
Temor	204	105	309
Total	1028	261	1289

Calculando la chi cuadrado obtenemos que las dos variables están relacionadas de forma importante ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 47,46$) pero algo menos que con los sentimientos hacia el padre.

- INDIFERENCIA HACIA EL PADRE

Tabla XXXIV: Indiferencia hacia el padre.

	Chicos	Chicas	Total
No	463	596	1059
Sí	100	130	230
Total	563	726	1289

En cuanto a la indiferencia hacia el padre, tanto chicos como chicas lo reflejan en un mismo porcentaje (el 18%). No hay diferencias significativas entre sexos ($p = 0,9465$ y $\chi^2 = 0$).

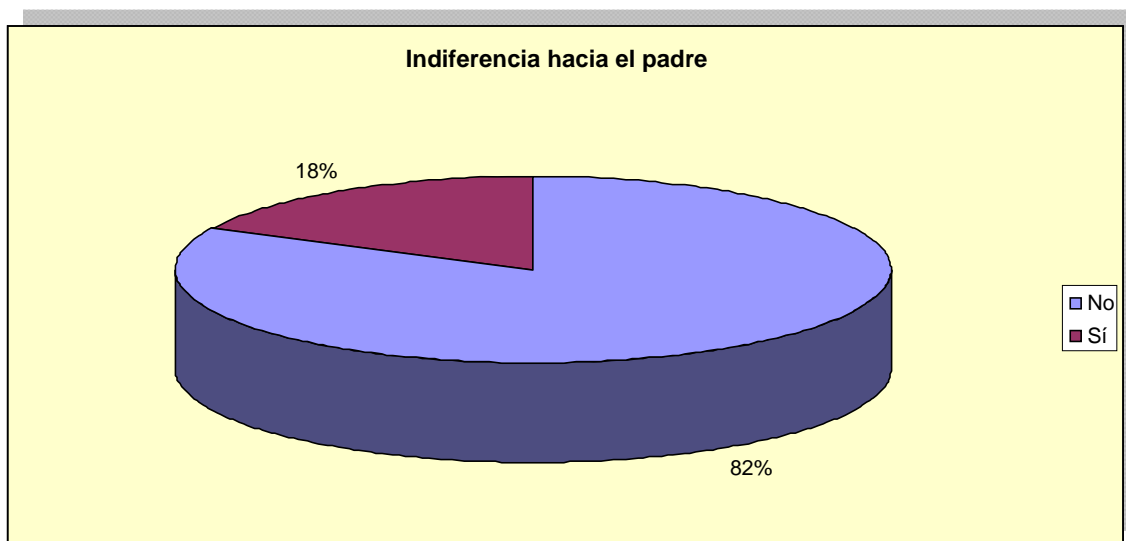


Figura 60: Indiferencia hacia el padre

En cuanto a la edad:

Tabla XXXV: Indiferencia hacia el padre según edad

INDIFERENCIA hacia el PADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	340	429	290	1059
Sí	62	92	75	229
Total	402	521	365	1288

Podría parecer que la *Indiferencia hacia el padre* va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un **15%** de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un **18%** para los de 14 años y sube a un **21%** para los de 15-16-17 años. Sin embargo, no es una relación estadísticamente significativa ($p=0,1785$, $\chi^2 =3,45$).

- INDIFERENCIA HACIA LA MADRE

Tabla XXXVI: Indiferencia hacia la madre

	Chicos	Chicas	Total
No	466	651	1117
Sí	97	75	172
Total	563	726	1289

En cuanto a la indiferencia hacia la madre, los adolescentes lo reflejan en un **13%**. Sin embargo, las **chicas** sólo lo indican en un **10%**, mientras que para los **chicos** el porcentaje es del **17%**. Esta diferencia entre sexos es estadísticamente significativa ($p <0,001$ y $\chi^2 =13,05$).

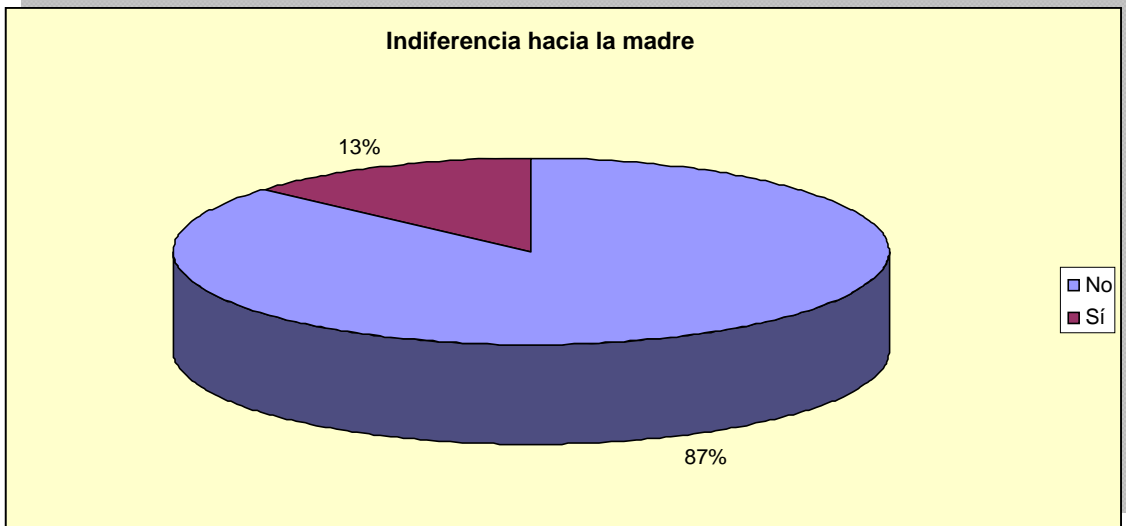


Figura 61: Indiferencia hacia la madre.

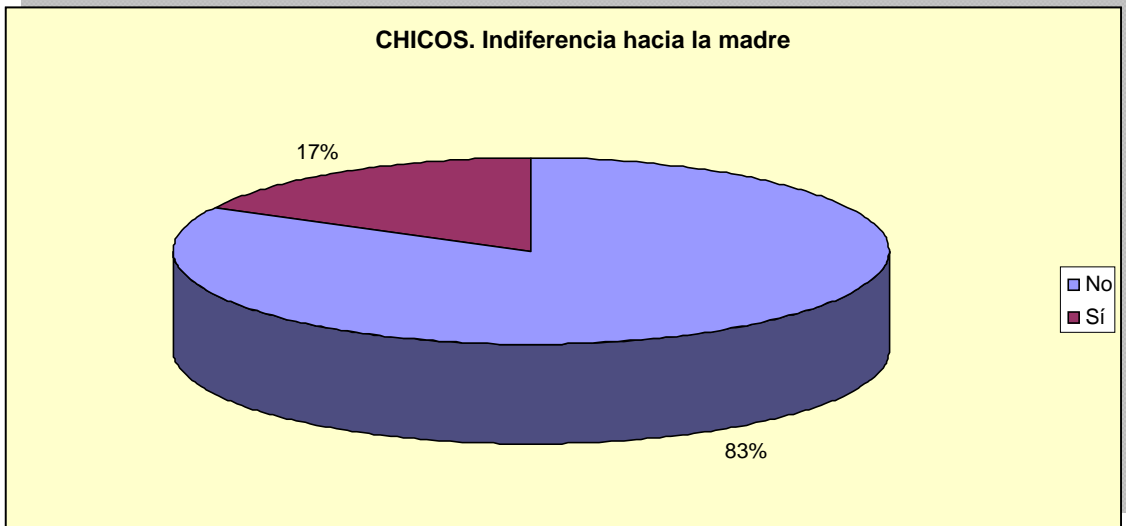


Figura 62: Indiferencia hacia la madre. Chicos.



Figura 63: Indiferencia hacia la madre. Chicas

En cuanto a la edad:

Tabla XXXVII: Indiferencia hacia la madre según edad

INDIFERENCIA hacia la MADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	347	464	305	1116
Sí	55	57	60	172
Total	402	521	365	1288

En este caso, **no hay una tendencia clara en cuanto a la edad**, ya que de un **13,7%** de prevalencia de *Indiferencia hacia la madre* para los de 12-13 años, pasa a un **10,9%** para los de 14 años y sube a un **16,4%** para los de 15-16-17 años.

En relación a la Indiferencia habría que resaltar que los adolescentes **la sienten más frecuentemente hacia su padre (18%) que hacia su madre (sólo el 13%)**. Esta diferencia no es debida a los varones, donde apenas hay diferencia en la Indiferencia hacia el padre (18%) o a la madre (17%).

La diferencia se debe a las chicas que sólo sienten Indiferencia hacia su madre en un 10%, mientras que hacia su padre la sienten en un porcentaje de casi el doble, el 18%.

- INCOMPRESIÓN POR EL PADRE:

Tabla XXXVIII: Incomprensión por el padre.

	Chicos	Chicas	Total
No	432	511	943
Sí	131	215	346
Total	563	726	1289

Para los adolescentes encuestados, **la sensación de incomprensión por su padre aparece en un 27%**. Este porcentaje es **mayor en las chicas (hasta llegar a un 30%) que en los chicos (que se queda en un 23%)**. Esta diferencia entre sexos es estadísticamente significativa ($p = 0,0108$ y $\chi^2 = 6,5$).

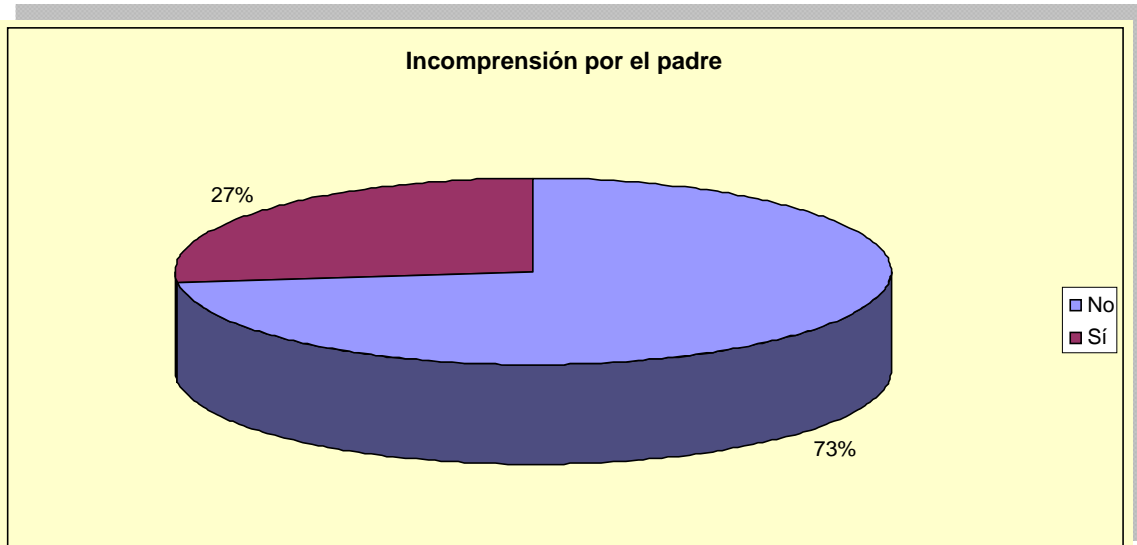


Figura 64: Incomprensión por el padre.

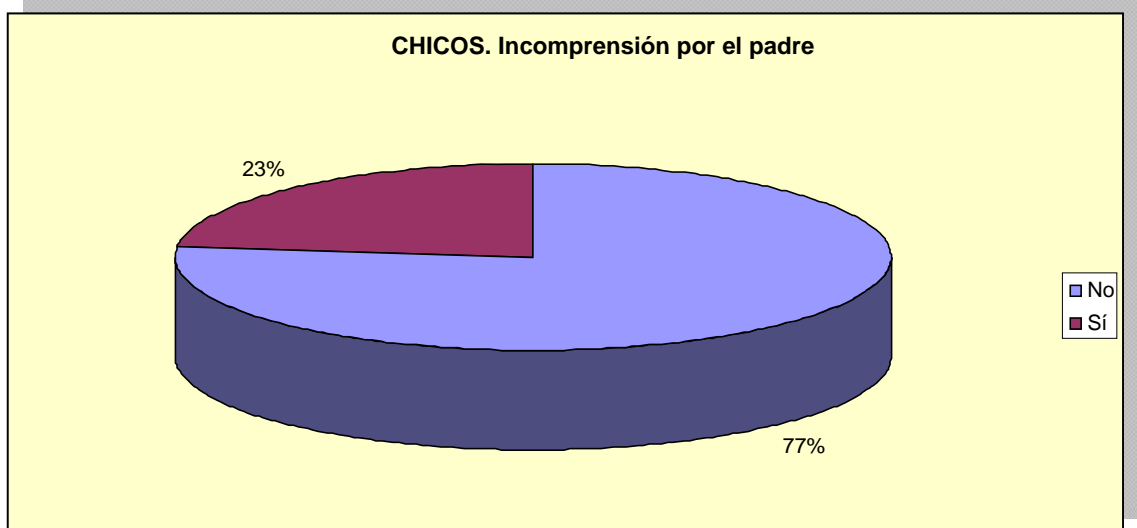


Figura 65: Incomprensión por el padre. Chicos.



Figura 66: Incomprensión por el padre. Chicas

En cuanto a la edad:

Tabla XXXIX: Incomprensión por el padre según edad

INCOMPREENSIÓN POR EL PADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	305	389	248	942
Sí	97	132	117	346
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos la sensación de *Incomprensión por el padre* va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un **24%** de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un **25%** para los de 14 años y sube a un **32%** para los de 15-16-17 años. Es una relación estadísticamente significativa ($p=0,0279$, $\chi^2 =7,155$).

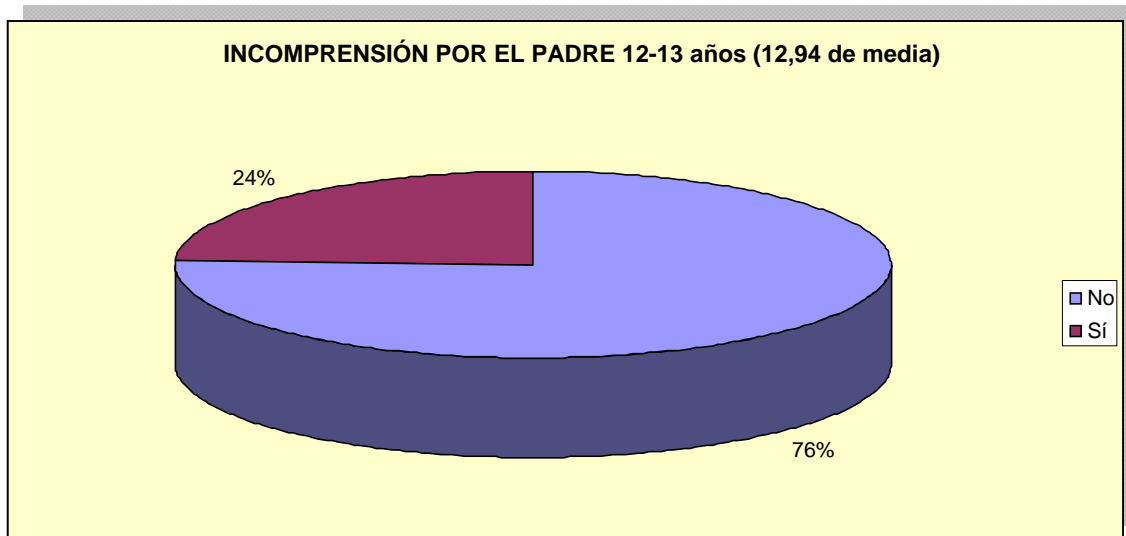


Figura 67: Incomprensión por el padre. 12-13 años

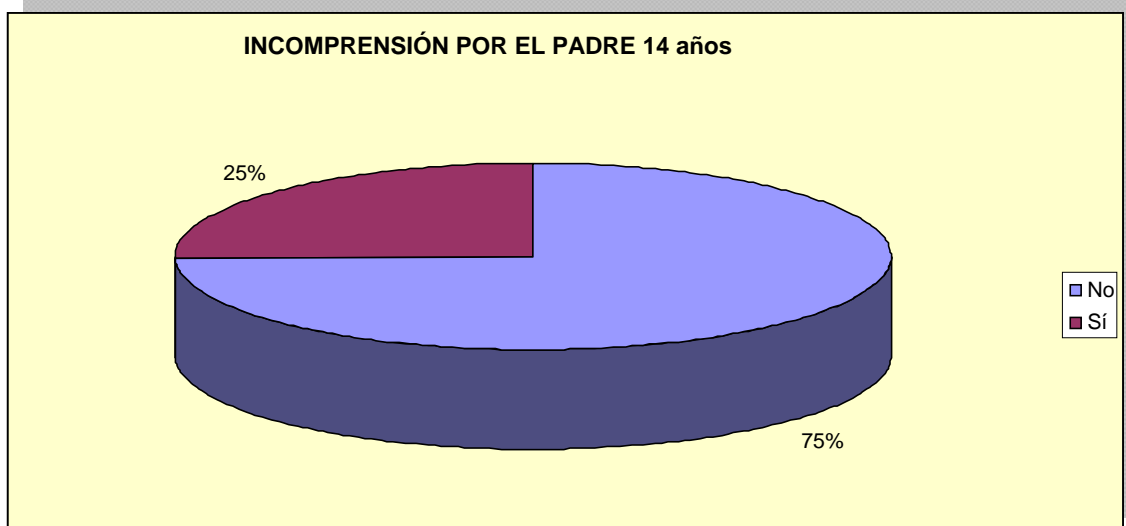


Figura 68: Incomprensión por el padre. 14 años

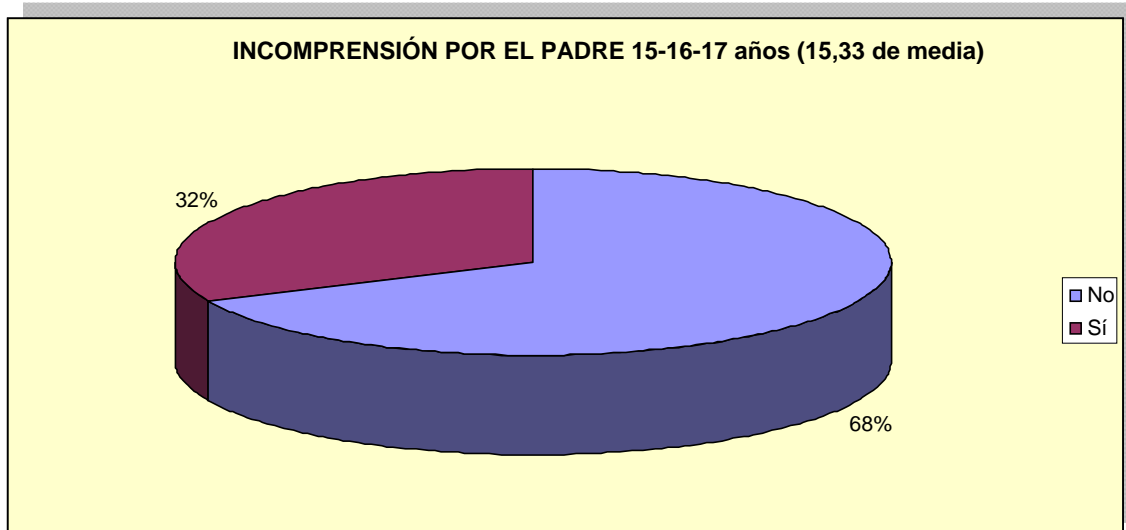


Figura 69: Incomprensión por el padre. 15-16-17 años.

- **INCOMPRESIÓN POR LA MADRE:**

Tabla XL: Incomprensión por la madre

	Chicos	Chicas	Total
No	450	604	1054
Sí	113	122	235
Total	563	726	1289

Para los adolescentes encuestados la sensación de incomprensión por su madre aparece en un 18%. En los chicos el porcentaje es del 20% y en las chicas del 17%, sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,1319$ y $\chi^2 =2,27$).

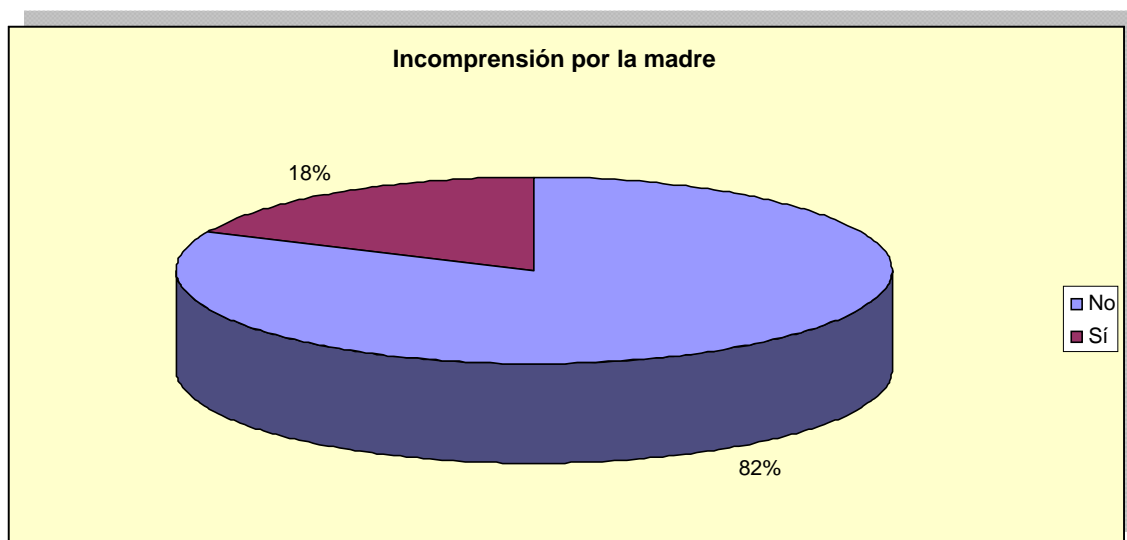


Figura 70: Incomprensión por la madre

En cuanto a la edad:

Tabla XLI: Incomprensión por la madre según edad

INCOMPREENSIÓN POR LA MADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	331	434	288	1053
Sí	71	87	77	235
Total	402	521	365	1288

En este caso, **no hay una tendencia clara** en cuanto a la edad ya que de un 17,7% de prevalencia de *Incomprensión por la madre* para los de 12-13 años, pasa a un 16,7% para los de 14 años y sube a un 21,1% para los de 15-16-17 años.

En relación a la Incomprensión, habría que resaltar que los adolescentes se sienten más frecuentemente incomprendidos por su padre (27%) que por su madre (sólo el 18%).

En el caso de la madre, tanto chicos como chicas se sienten incomprendidos en un bajo porcentaje (18%), sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos. En el caso del padre, las chicas reflejan incomprensión con una frecuencia del 30% (casi el doble que hacia su madre) y los chicos tienen un porcentaje del 23%. Esta diferencia entre sexos es estadísticamente significativa ($p = 0,0108$ y $\chi^2 = 6,5$).

- ENFRENTAMIENTO CON EL PADRE:

Tabla XLII: Enfrentamiento con el padre

	Chicos	Chicas	Total
No	433	546	979
Sí	130	180	310
Total	563	726	1289

En cuanto al enfrentamiento con su padre los adolescentes encuestados lo reflejan en un **24%**, sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos (23% para los chicos y 25% para las chicas, $p = 0,4780$ y $\chi^2 = 0,5$)

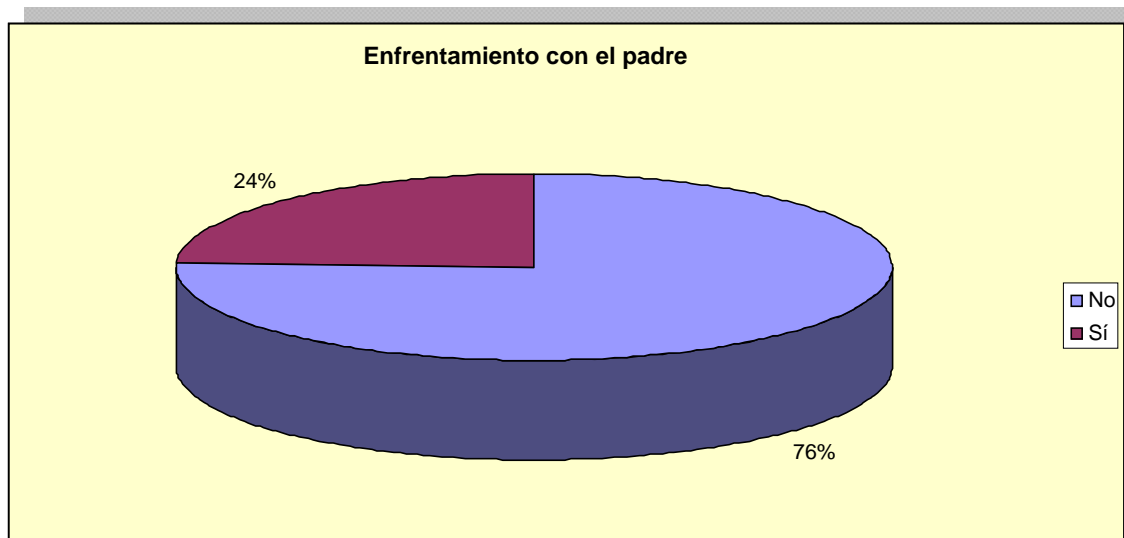


Figura 71: Enfrentamiento con el padre.

En cuanto a la edad:

Tabla XLIII: Enfrentamiento con el padre según edad

ENFRENTAMIENTO CON EL PADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	328	396	254	978

Sí	74	125	111	310
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, el *Enfrentamiento con el padre va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados*. Así, de un **18%** de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un **24%** para los de 14 años y sube a un **30%** para los de 15-16-17 años. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p=0,0005$ y $\chi^2 =15,08$).

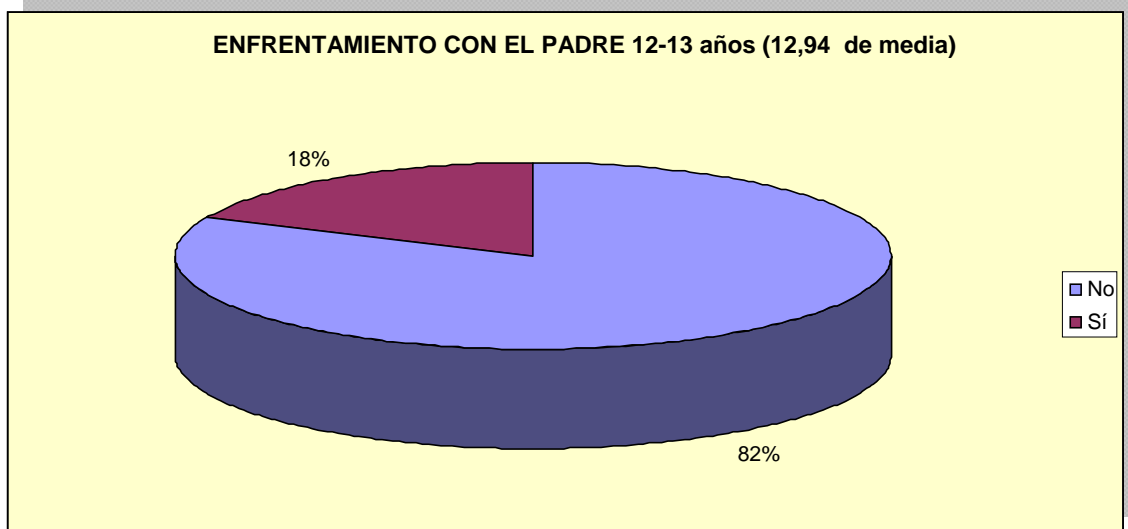


Figura 72: Enfrentamiento con el padre. 12-13 años

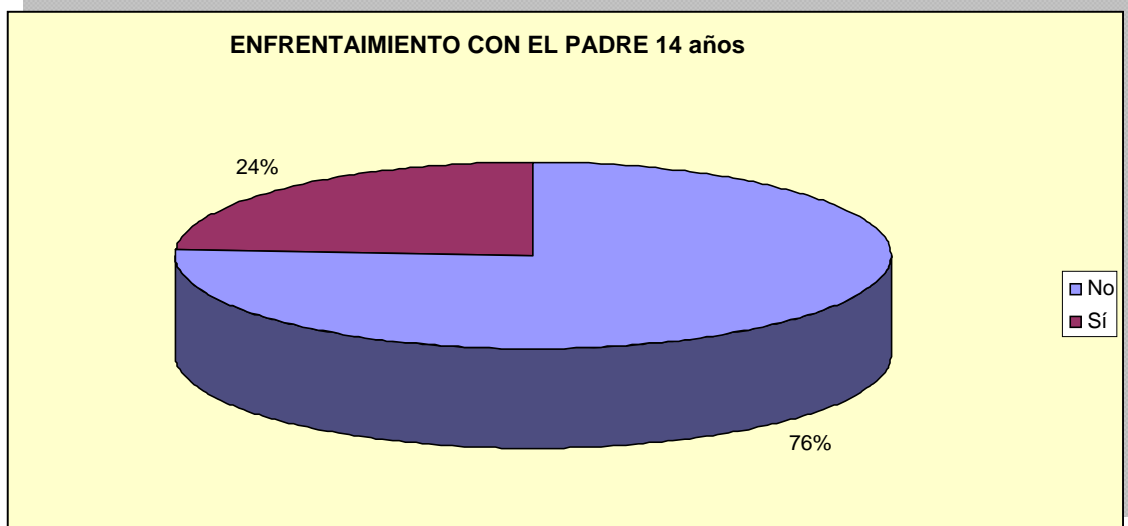


Figura 73: Enfrentamiento con el padre. 14 años

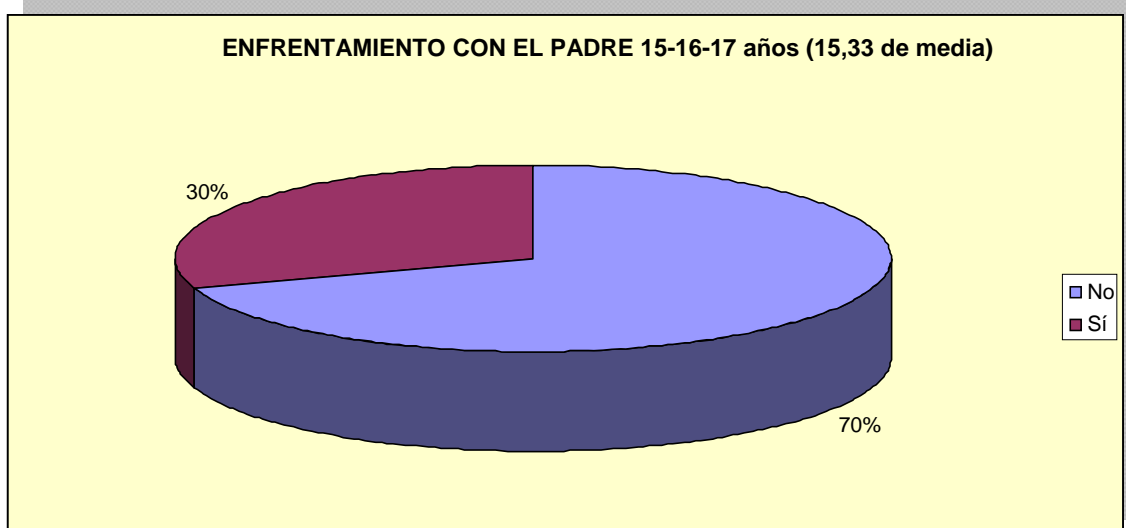


Figura 74: Enfrentamiento con el padre. 15-16-17 años

- **ENFRENTAMIENTO CON LA MADRE:**

Tabla XLIV: Enfrentamiento con la madre

	Chicos	Chicas	Total
No	439	536	975
Sí	124	190	314
Total	563	726	1289

En cuanto a al enfrentamiento con su madre los adolescentes encuestados lo reflejan en un **24%** (22% para los chicos y 26% para las chicas). Las diferencias entre sexos no son estadísticamente significativas ($p=0,085$ y $\chi^2=2,96$).

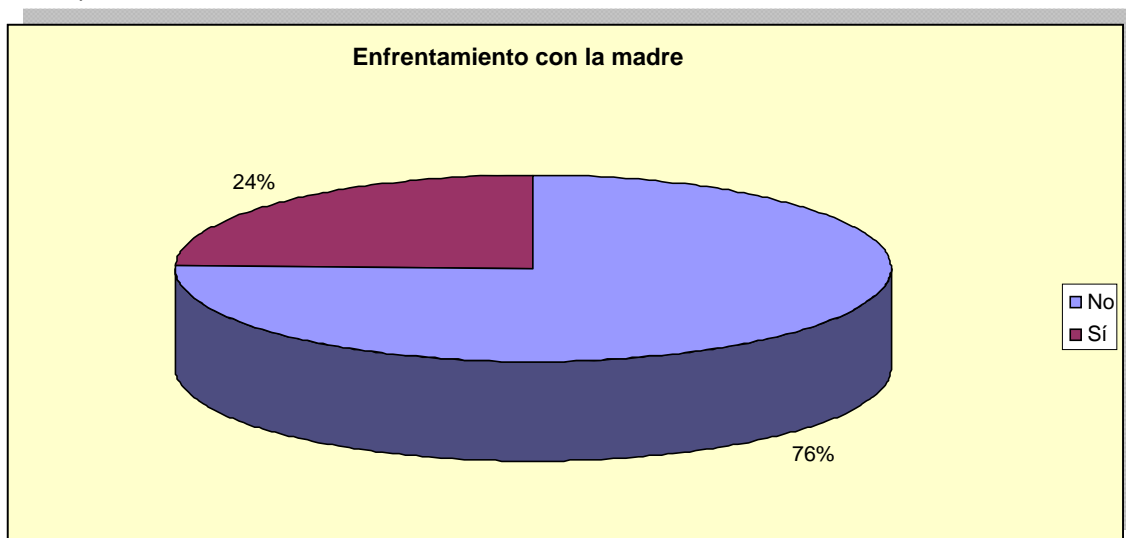


Figura 75: Enfrentamiento con la madre.

En cuanto a la edad:

Tabla XLV: Enfrentamiento con la madre según edad

ENFRENTAMIENTO CON LA MADRE	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	308	394	272	974
Sí	94	127	93	314
Total	402	521	365	1288

Parece que el *Enfrentamiento con la madre* aumenta muy levemente conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un **23%** de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un **24%** para los de 14 años y sube a un **25%** para los de 15-16-17 años. Sin embargo no se trata de diferencias estadísticamente significativas ($p=0,7961$ y $\chi^2 =0,456$).

En relación con el **Enfrentamiento**, tanto con el padre como con la madre los porcentajes son similares (de un **24%** en ambos casos).

Entre chicos y chicas, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al enfrentamiento al padre ($p=0,4780$) o a la madre ($p=0,085$).

CAPÍTULO II: SALUD, DEPORTE Y MENTE

1. A la pregunta 4: “¿Pertenece a algún grupo cultural, deportivo, musical, etc.?”, los encuestados responden de la siguiente manera:

Tabla XLVI: ¿Pertenece a algún grupo cultural, deportivo, musical, etc.?

	Chicos	Chicas	Total
Sí	375	304	679
No	184	417	601
No contesta	4	5	9
Total	563	726	1289

Si sólo vemos los resultados totales, observamos que algo más de la mitad de los adolescentes (el 52%) pertenece a algún grupo o asociación, mientras que el 47 % restante indica lo contrario. Sin embargo si separamos los

resultados por sexos aparece una gran diferencia entre ellos, ya que la mayoría de los chicos (el 66%) pertenece a algún grupo, mientras que la mayoría de las chicas (el 57%) no pertenece a ningún grupo. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una $p < 0,001$ y una $\chi^2 = 78,51$. Gráficamente:

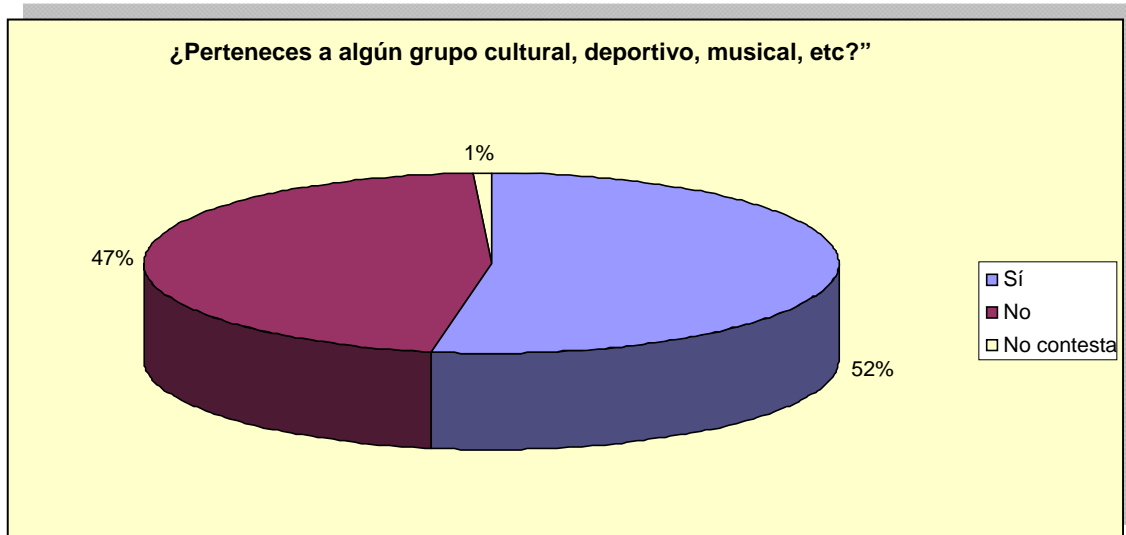


Figura 76: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc.

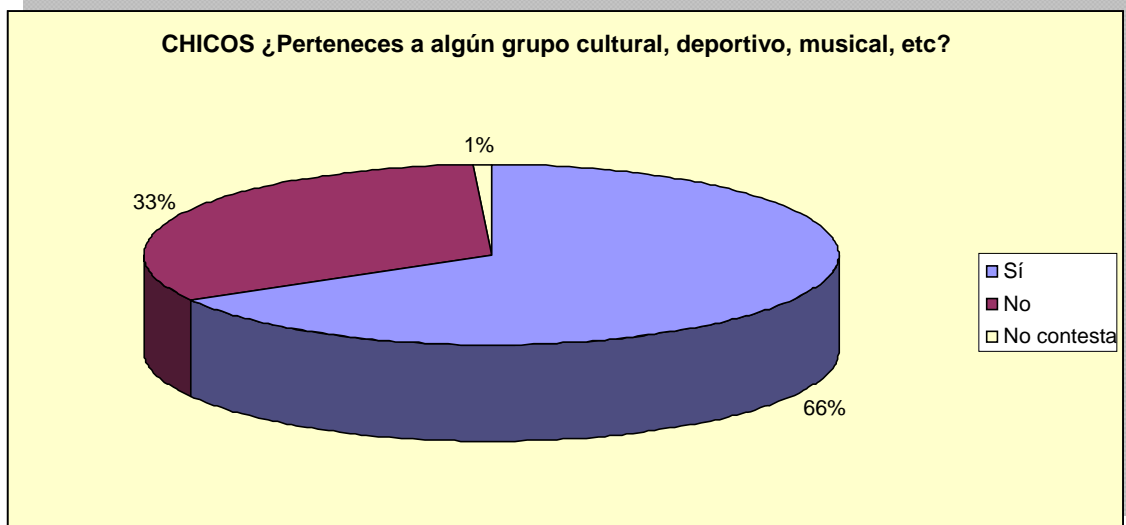


Figura 77: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. Chicos.

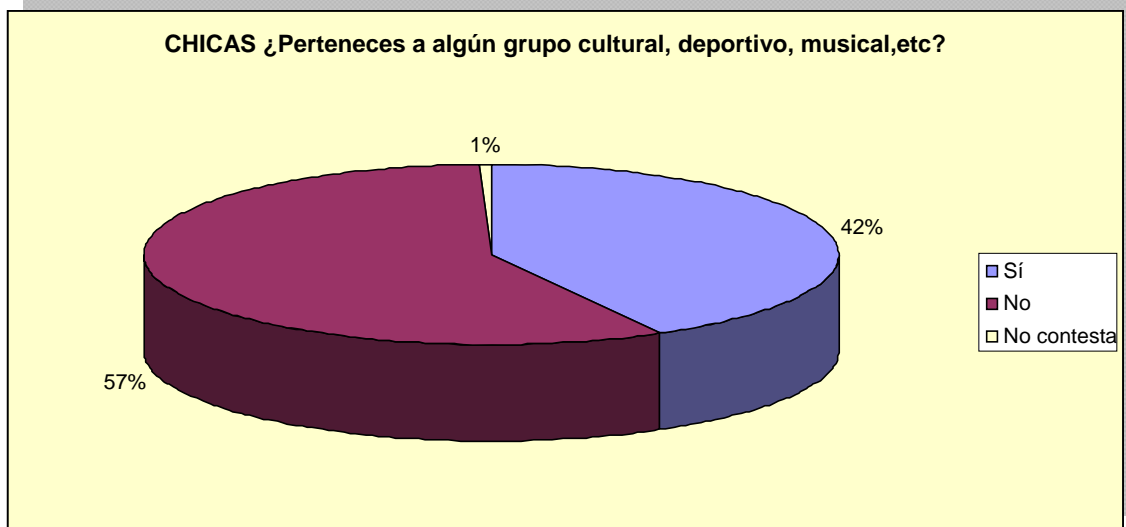


Figura 78: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. Chicas.

En cuanto a la edad:

Tabla XLVII: ¿Pertenece a algún grupo cultural, deportivo, musical, etc.? Según edad.

¿Pertenece a algún grupo cultural, deportivo, musical, etc.?	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
No	233	279	167	679
Sí	168	237	195	600
No contesta	1	5	3	9
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, *la pertenencia a algún grupo cultural deportivo o musical aumenta conforme avanza la edad de nuestros encuestados*. Así, de un 42% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 45% para los de 14 años y sube a un 53% para los de 15-16-17 años. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p=0,0035$ y $\chi^2 = 11,28$).

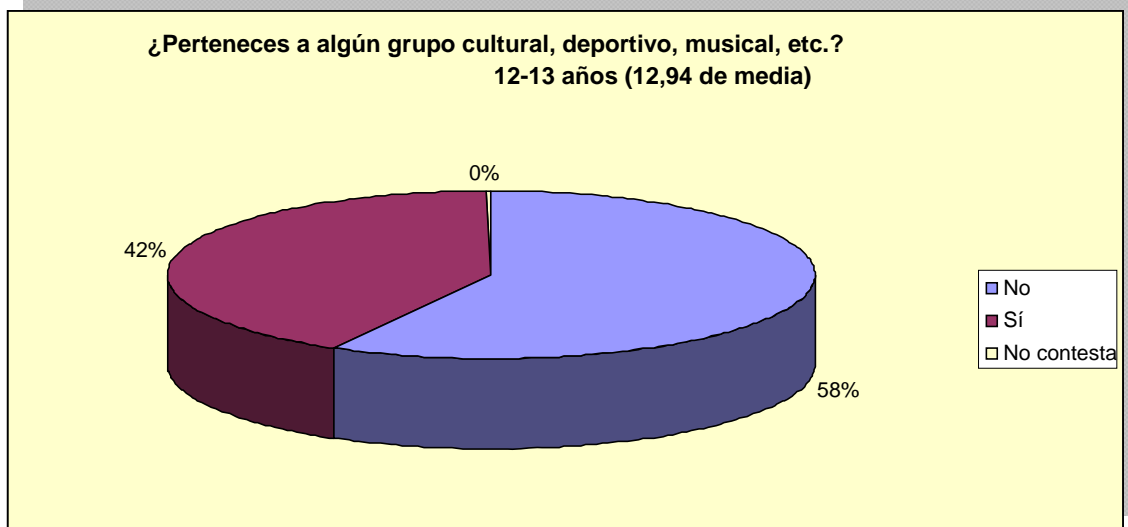


Figura 79: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. 12-13 años

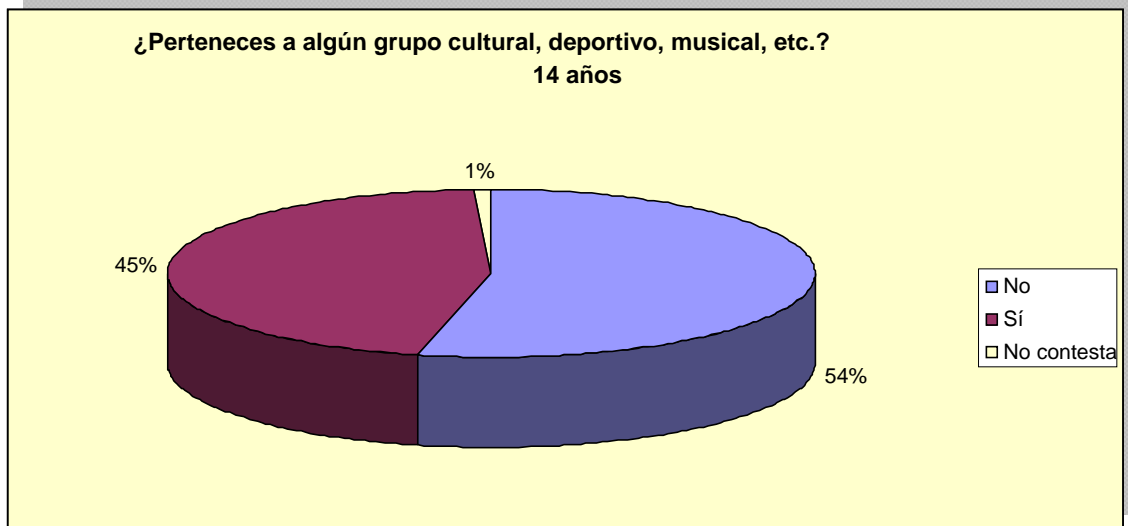


Figura 80: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. 14 años

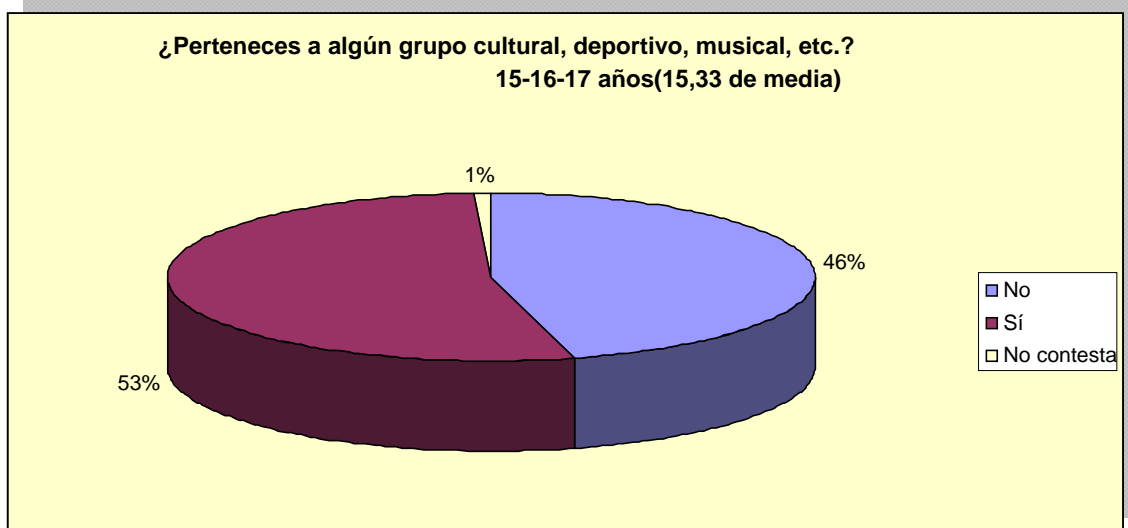


Figura 81: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. 15-16-17 años

2. La pregunta 7, expone: Responde sinceramente a las siguientes preguntas. Califica desde 1 a 5, siendo 1 la peor calificación y 5 la mejor:

- **¿CÓMO ES TU SALUD ACTUALMENTE?**

Tabla XLVIII: ¿Cómo es tu salud actualmente?

	Chicos	Chicas	Total
1 punto	2	4	6
2 puntos	2	8	10
3 puntos	40	63	103
4 puntos	170	238	408
5 puntos	347	409	756
No contesta	2	4	6
Total	563	726	1289

La puntuación media global es de **4,48** sobre 5 puntos. La puntuación media para los **chicos** es de **4,53** puntos y para las **chicas** es de **4,44** puntos. En general, los chicos creen que tienen mejor salud que las chicas. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas lo que demostramos con la t de Student ($p=0,0273$).

De forma gráfica lo podemos ver de la siguiente manera:

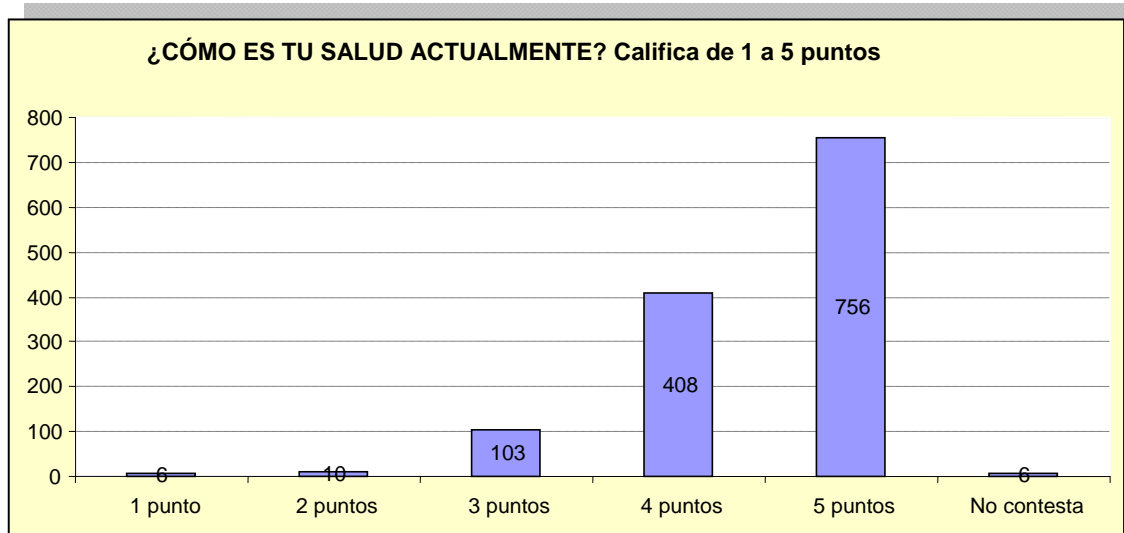


Figura 82: ¿Cómo es tu salud actualmente?

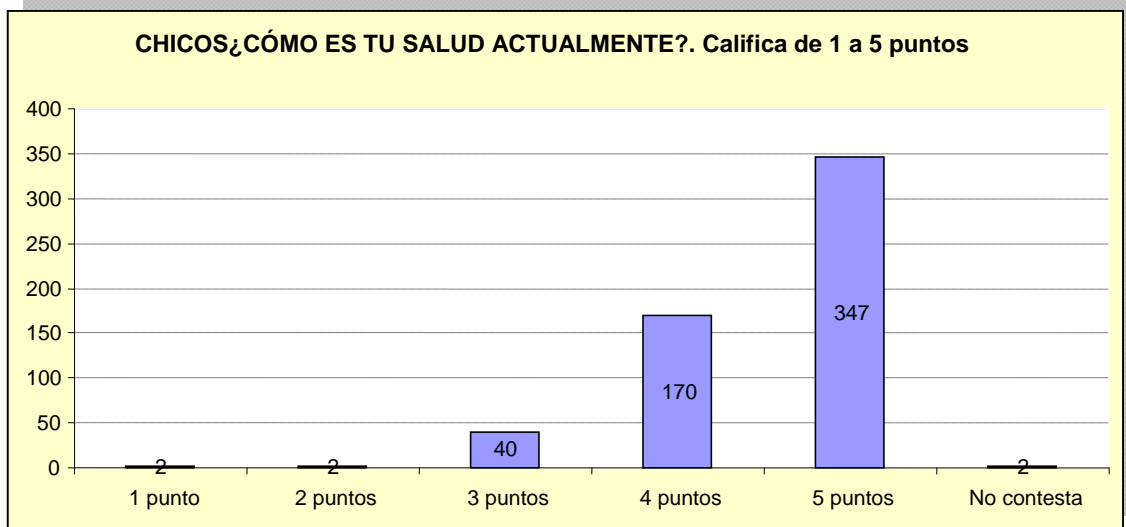


Figura 83: ¿Cómo es tu salud actualmente? Chicos

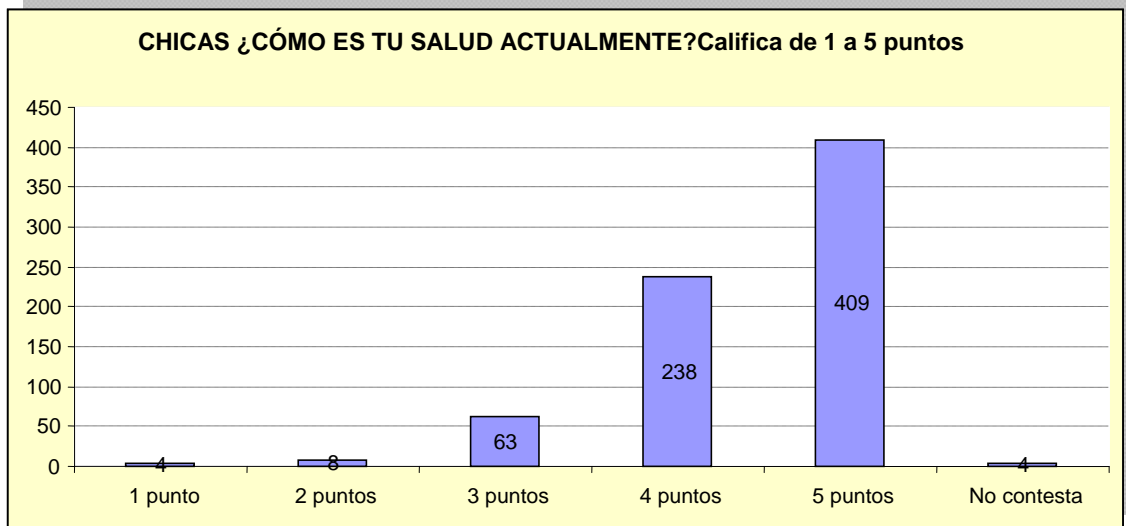


Figura 84: ¿Cómo es tu salud actualmente? Chicas

En cuanto a la edad:

Tabla XLIX: ¿Cómo es tu salud actualmente? Según edad

¿Cómo es tu salud actualmente?	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
1 punto	1	2	3	6
2 puntos	2	2	6	10
3 puntos	23	28	52	103
4 puntos	108	179	120	407
5 puntos	266	308	182	756
No contesta	2	2	2	6
Total general	402	521	365	1288

Parece que *la percepción sobre la propia salud actual empeora conforme avanza la edad de nuestros encuestados*. La puntuación media para los de 12-13 años es de **4,59 puntos** sobre 5 y la puntuación media para los de 14 años es de **4,52 puntos** (pero con la t de Student demostramos que no son diferencias estadísticamente significativas, $p=0,107$).

Sin embargo, sí que son **diferencias estadísticamente significativas** las que hay entre las puntuaciones de los de 12-13 años (puntuación media **4,59**) con los de 15-16-17 años (puntuación media **4,3**) y de los de 14 años (puntuación media **4,52**) con los de 15-16-17 (puntuación media **4,3**). En ambos casos la $p<0,0001$.

- **¿CÓMO FUE TU SALUD DE NIÑO?**

Tabla L: ¿Cómo fue tu salud de niño?

	Chicos	Chicas	Total
1 punto	1	13	14
2 puntos	17	28	45
3 puntos	62	60	122
4 puntos	140	161	301
5 puntos	341	457	798
No contesta	2	7	9
Total	563	726	1289

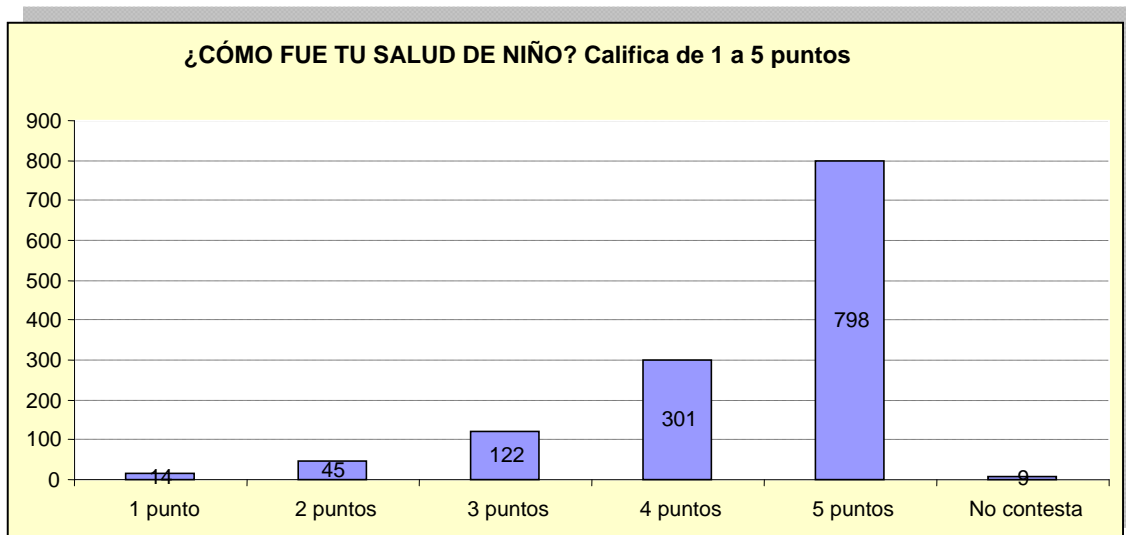


Figura 85: ¿Cómo fue tu salud de niño?

La puntuación media global es de 4,43 sobre 5 puntos. La puntuación media para los chicos es de 4,43 puntos y para las chicas es de 4,42 puntos. Las diferencias entre sexos no son estadísticamente significativas lo que se demuestra con el estadístico t de Student que nos da una $p=0,82$.

En relación con la edad:

Tabla LI: ¿Cómo fue tu salud de niño? Según edad

¿Cómo fue tu salud de niño?	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
1 punto	4	2	8	14
2 puntos	11	12	22	45
3 puntos	43	45	34	122
4 puntos	90	133	78	301
5 puntos	251	327	219	797
No contesta	3	2	4	9
Total general	402	521	365	1288

Parece que *la percepción sobre la salud de su infancia* no tiene una relación clara con la edad. Así, la puntuación media para los de 12-13 años es de 4,44 puntos sobre 5, que sube a 4,49 puntos para los de 14 años y que baja a 4,32 puntos para los de 15-16-17 años.

- **¿QUÉ TAL DUERMES?**

Tabla LII: ¿Qué tal duermes?

	Chicos	Chicas	Total
1 punto	8	13	21
2 puntos	17	29	46
3 puntos	65	88	153
4 puntos	154	228	382
5 puntos	315	364	679
No contesta	4	4	8
Total	563	726	1289

La puntuación media global es de 4,29 sobre 5 puntos. La puntuación media para los chicos es de 4,34 puntos y para las chicas es de 4,25 puntos. Las diferencias entre sexos no son estadísticamente significativas lo que se demuestra con el estadístico t de Student que nos da una $p=0,067$.

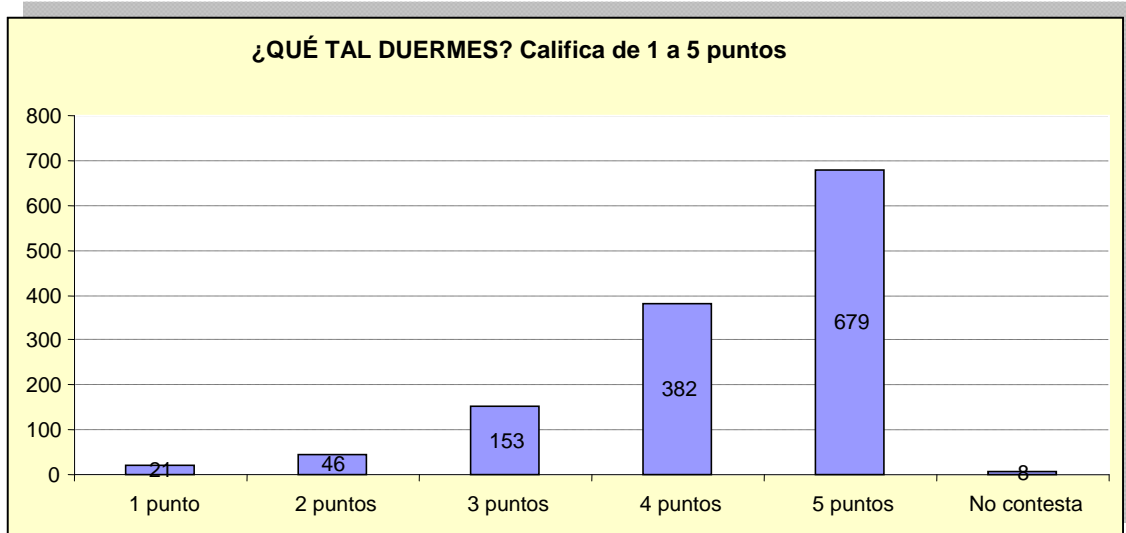


Figura 86: ¿Qué tal duermes?

En relación con la edad:

Tabla LIII: ¿Qué tal duermes? Según edad.

¿Qué tal duermes?	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
1 punto	6	6	9	21
2 puntos	11	15	20	46
3 puntos	30	69	54	153
4 puntos	132	152	98	382
5 puntos	221	275	182	678
No contesta	2	4	2	8
Total general	402	521	365	1288

Parece que los adolescentes encuestados creen que duermen peor conforme avanza su edad. La puntuación media para los de 12-13 años es de 4,38 puntos sobre 5 y la puntuación media para los de 14 años es de 4,31 puntos (con la t de Student demostramos que las diferencias no son estadísticamente significativas $p=0,218$).

Sin embargo, sí que son **diferencias estadísticamente significativas** las que hay entre las puntuaciones de los de 12-13 años (puntuación media **4,38**) con los de 15-16-17 años (puntuación media **4,17**) y las de los de 14 años (puntuación media **4,31**) con los de 15-16-17 (puntuación media **4,17**). En el primer caso la $p=0,002$ y en el segundo la $p=0,035$.

- **¿CÓMO CREES QUE TE ALIMENTAS?**

Tabla LIV: ¿Cómo crees que te alimentas?

	Chicos	Chicas	Total
1 punto	4	13	17
2 puntos	16	36	52
3 puntos	90	151	241
4 puntos	207	301	508
5 puntos	243	219	462
No contesta	3	6	9
Total	563	726	1289

La puntuación media global es de **4,05** sobre 5 puntos. La puntuación media para los **chicos** es de **4,19** puntos y para las **chicas** es de **3,94** puntos. Las diferencias entre sexos son **estadísticamente significativas** lo que se demuestra con el estadístico t de Student que nos da una $p<0,0001$. De forma gráfica:

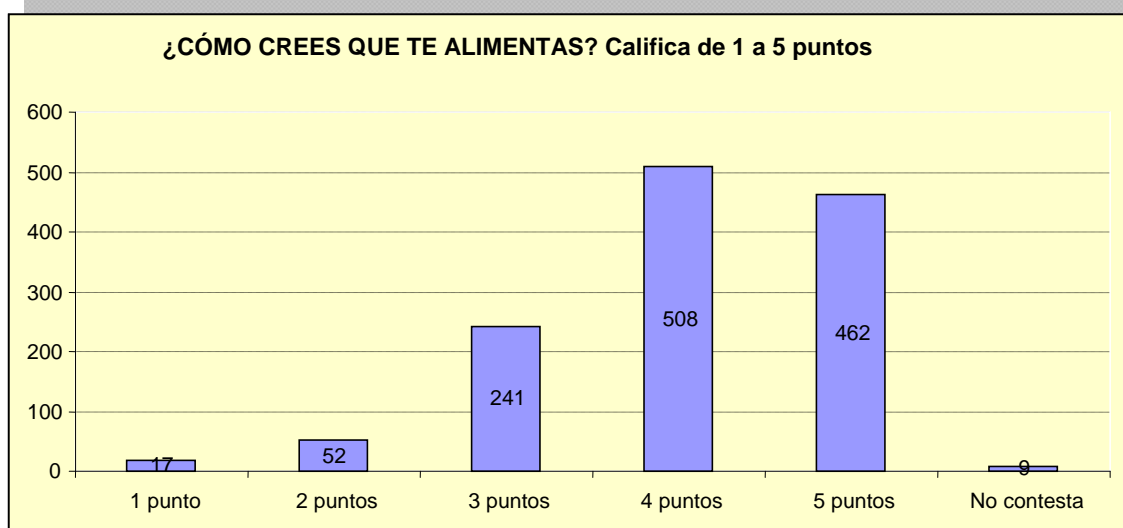


Figura 87: ¿Cómo crees que te alimentas?

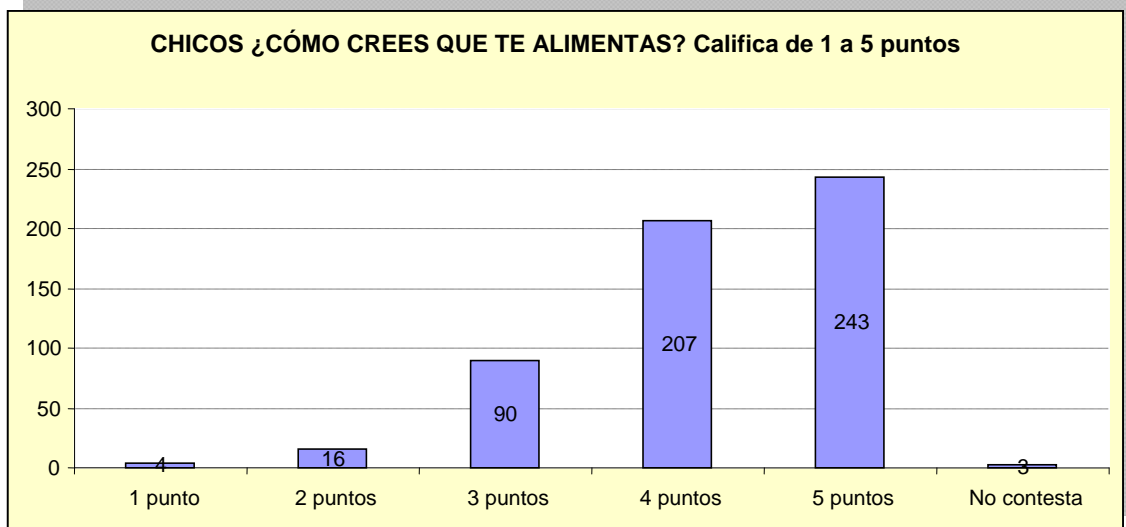


Figura 88: ¿Cómo crees que te alimentas? Chicos

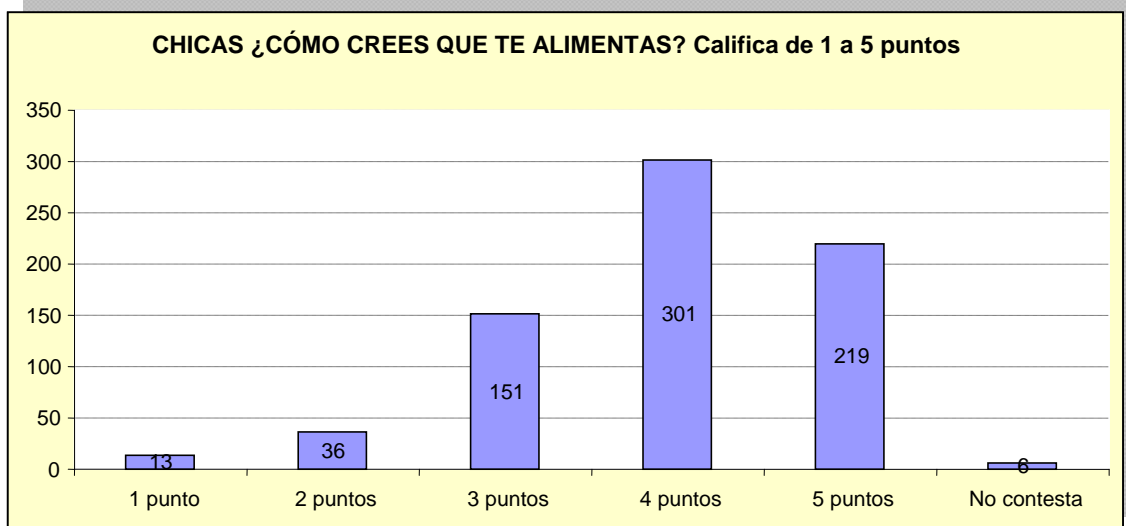


Figura 89: ¿Cómo crees que te alimentas? Chicas.

En esta cuestión aparecen diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas. Así, a nivel global, observamos que la puntuación más frecuente entre los encuestados es de 4 puntos (la primera vez que ocurre en este apartado, que solía tener la moda en 5 puntos). Si separamos por sexos comprendemos que es debido a las chicas (que mayoritariamente han puntuado 4 sobre 5) mientras que los chicos seguían otorgando la máxima puntuación como primera opción.

La puntuación media para los chicos es de 4,19 puntos y para las chicas es de 3,94 puntos. Desde la premisa de que los chicos y chicas de Castilla y León tienen las mismas posibilidades para tener una buena alimentación, la

conclusión es que el sexo femenino es mucho más crítico frente a su propia nutrición que los hombres. Esto explicaría la frecuencia mucho mayor de desórdenes alimentarios en chicas que en chicos. Así, la anorexia nerviosa es 9 veces más frecuente en chicas que en chicos y la bulimia nerviosa es 5 veces más frecuente. [31]

En relación con la edad:

Tabla LV: ¿Cómo crees que te alimentas? Según edad.

¿Cómo crees que te alimentas?	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
1 punto	4	5	8	17
2 puntos	10	19	23	52
3 puntos	69	95	77	241
4 puntos	161	229	117	507
5 puntos	155	170	137	462
No contesta	3	3	3	9
Total general	402	521	365	1288

Parece que los adolescentes encuestados creen que se alimentan peor conforme avanza su edad.

Así, la puntuación media para los de 12-13 años es de **4,14** puntos sobre 5, la puntuación media para los de 14 años es de **4,04** puntos y bajamos a **3,97** puntos de puntuación media para los de 15-16-17 años.

Sin embargo, con la t de Student sólo demostramos que las diferencias sean **estadísticamente significativas** ($p=0,017$) entre los de 12-13 años (media de 4,14) y los de 15-16-17 (media de 3,97). Entre los de 12-13 años (media de 4,14) y los de 14 (media de 4,04) las diferencias no serían estadísticamente significativas ($p=0,106$), al igual que entre los de 14 años y los de 15-16-17($p=0,273$).

- **¿CÓMO ES TU ESTADO DE ÁNIMO?**

Tabla LVI: ¿Cómo es tu estado de ánimo?

	Chicos	Chicas	Total
1 punto	2	17	19

2 puntos	20	40	60
3 puntos	76	99	175
4 puntos	184	257	441
5 puntos	278	306	584
No contesta	3	7	10
Total	563	726	1289

La puntuación media global es de **4,18** sobre 5 puntos. La puntuación media para los **chicos** es de **4,28** puntos y para las **chicas** es de **4,11** puntos. Las **diferencias** entre sexos son **estadísticamente significativas**, lo que se demuestra con el estadístico t de Student que nos da una $p=0,0011$. De forma gráfica:

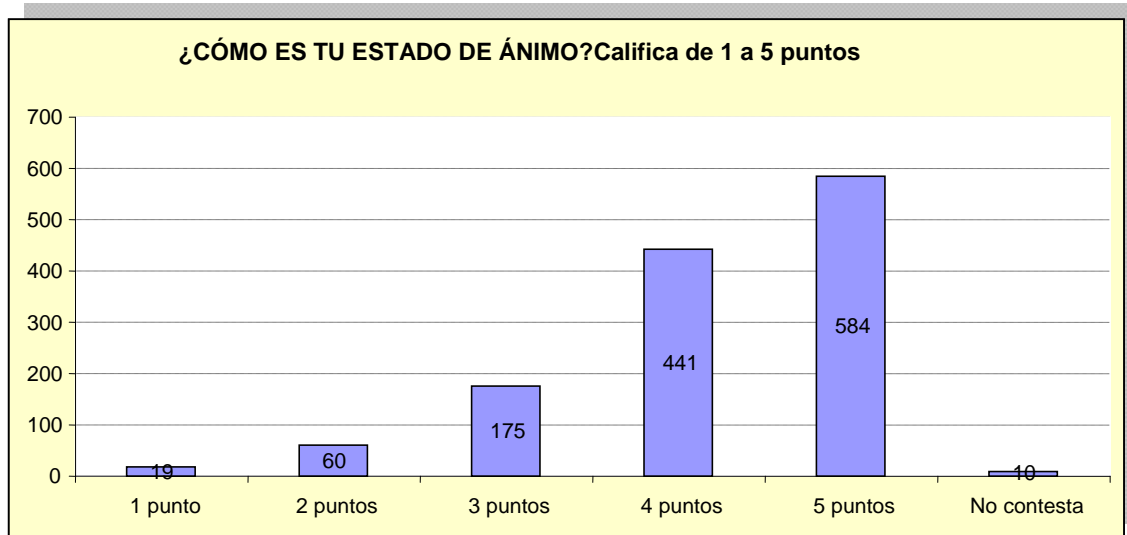


Figura 90: ¿Cómo es tu estado de ánimo?

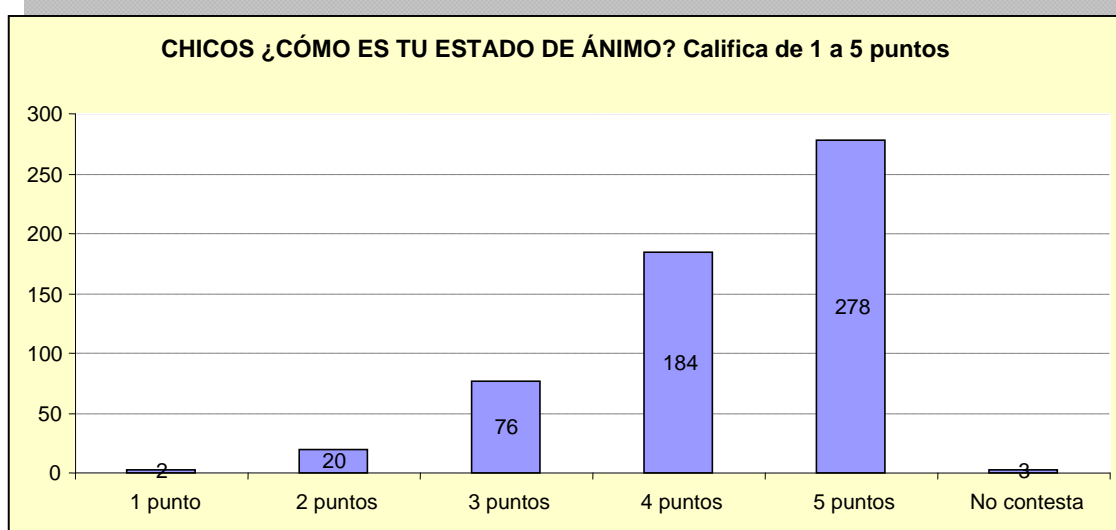


Figura 91: ¿Cómo es tu estado de ánimo? Chicos.

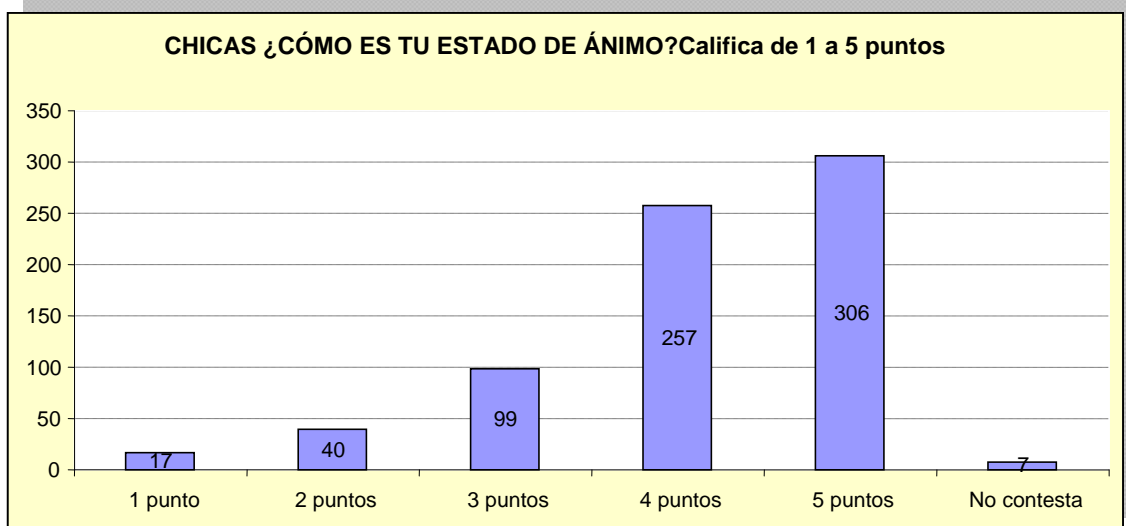


Figura 92: ¿Cómo es tu estado de ánimo? Chicas.

Según nuestros datos los chicos, en general, tienen mejor estado de ánimo que las chicas (la puntuación media para los chicos es de 4,28 puntos y para las chicas es de 4,11 puntos). Esta diferencia (estadísticamente significativa) en las medias es debida a que, en puntuaciones muy bajas (es decir en estados de ánimo muy bajos) hay muchas más chicas que chicos. Así, hay 17 chicas con 1 punto sobre 5 (un 2,34% de las chicas), frente a 2 chicos con esa puntuación (un 0,36% de los varones). En cuanto a los encuestados que definen su estado de ánimo como de 2 sobre 5 tenemos a 40 chicas (el 5,51% de chicas) y a 20 chicos (el 3,55% de los chicos).

Por tanto, el 7,85% de las chicas (57 de 726) y el 3,9% de los chicos (22 de 563) tendrían un estado de ánimo bajo o muy bajo.

Tabla LVII: Estados de ánimo bajos- muy bajos frente a estados de ánimo normales- altos

ESTADO DE ÁNIMO	Chicos	Chicas	Total
1-2 puntos	22	57	79
3-4-5 puntos	538	662	1200
Total	560	719	1279

En relación con la edad:

Tabla LVIII: ¿Cómo es tu estado de ánimo? Según edad.

¿Cómo es tu estado de ánimo?	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
1 punto	5	4	10	19
2 puntos	12	17	31	60
3 puntos	53	64	58	175
4 puntos	122	198	121	441
5 puntos	207	234	142	583
No contesta	3	4	3	10
Total general	402	521	365	1288

Parece que los adolescentes encuestados tienen un peor estado de ánimo conforme avanza su edad. La puntuación media para los de 12-13 años es de 4,29 puntos sobre 5 y la puntuación media para los de 14 años es de 4,24 puntos (con la t de Student demostramos que las diferencias no son estadísticamente significativas, $p=0,404$).

Sin embargo, sí que son **diferencias estadísticamente significativas** las que hay entre las puntuaciones de los de 12-13 años (puntuación media 4,29) con los de 15-16-17 años (puntuación media 3,98) y las de los de 14 años (puntuación media 4,24) con los de 15-16-17 (puntuación media 3,98). En ambos casos la $p<0,0001$.

- **¿QUÉ TAL MEMORIA TIENES?**

Tabla LIX: ¿Qué tal memoria tienes?

	Chicos	Chicas	Total
1 punto	13	13	26
2 puntos	32	20	52
3 puntos	86	143	229
4 puntos	248	318	566
5 puntos	181	228	409
No contesta	3	4	7
Total	563	726	1289

La puntuación media global es de **4,00 sobre 5 puntos**. La puntuación media para los **chicos** es de **3,99** puntos y para las **chicas** es de **4,01** puntos. Las diferencias entre sexos no son estadísticamente significativas lo que se demuestra con el estadístico t de Student que nos da una $p=0,66$. De forma gráfica:

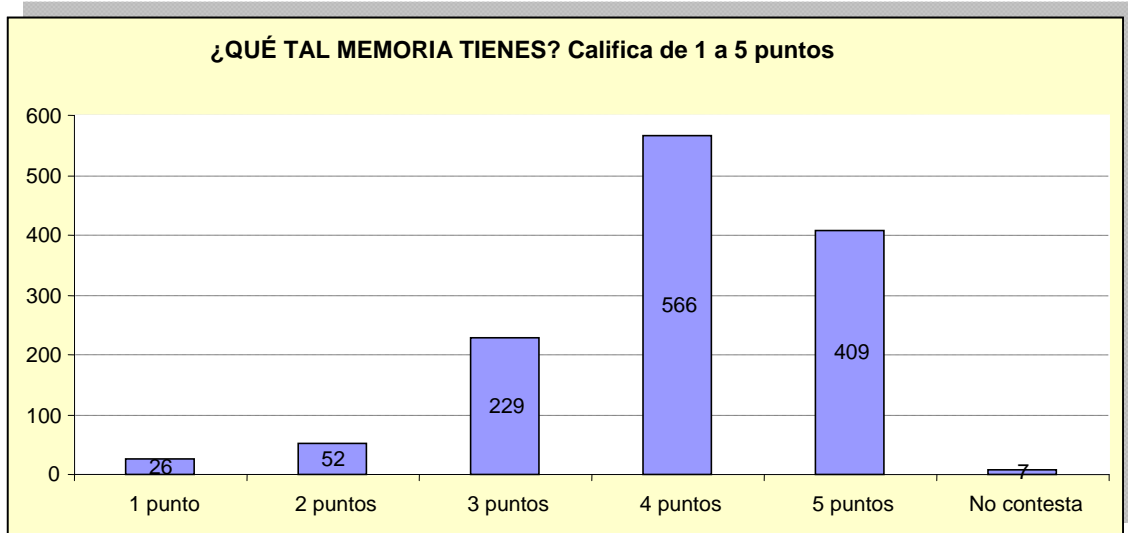


Figura 93: ¿Qué tal memoria tienes?

En relación con la edad:

Tabla LX: ¿Qué tal memoria tienes? Según edad.

¿Qué tal memoria tienes?	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
1 punto	3	5	18	26
2 puntos	7	17	28	52
3 puntos	62	95	71	228
4 puntos	179	234	153	566
5 puntos	149	167	93	409
No contesta	2	3	2	7
Total general	402	521	365	1288

Los adolescentes encuestados creen que tienen una memoria peor conforme avanza su edad. Los de 12-13 años tienen una puntuación media de **4,16** y los de 14 años de **4,04** (con la t de Student demostramos que son diferencias estadísticamente significativas, $p=0,036$). Aún más significativa

estadísticamente ($p < 0,0001$) es la diferencia entre las puntuaciones de los de 12-13 años (4,04 de media) y los de 15-16-17 años (3,76 de media).

También es estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) la diferencia entre las puntuaciones de los de 14 años (4,04 de media) y los de 15-16-17 (3,76 de media).

3. A la pregunta 9: “¿Practicas algún deporte habitualmente?” los encuestados responden de la siguiente manera:

Tabla LXI: ¿Practicas algún deporte habitualmente?

	Chicos	Chicas	Total
Sí	519	431	950
No	44	295	339
Total	563	726	1289

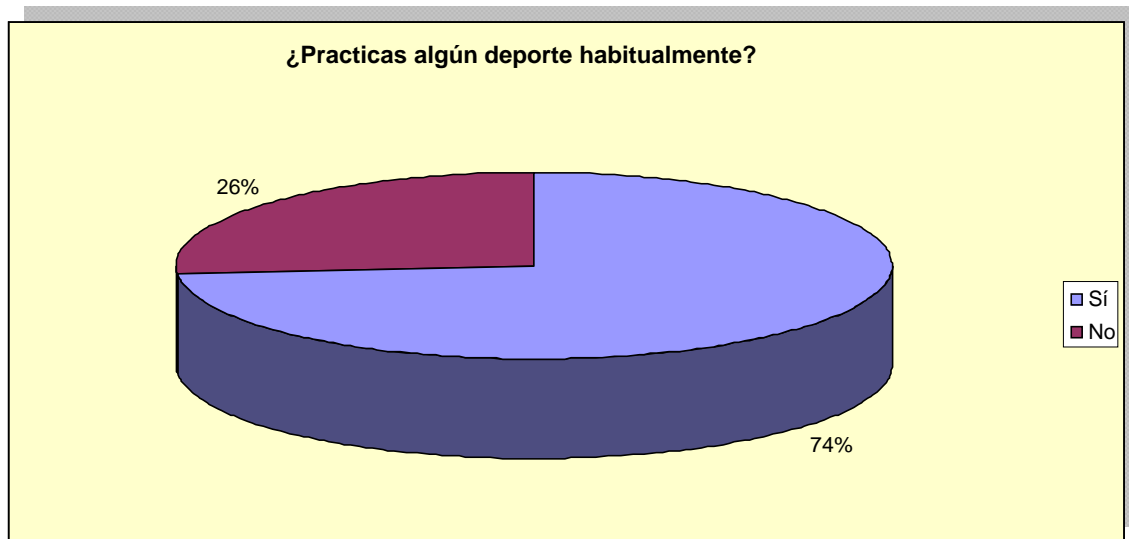


Figura 94: Práctica habitual de actividad deportiva.

Según estos datos, el **74%** de los encuestados practica algún deporte habitualmente. Sin embargo, si separamos los resultados según el sexo, observamos que existe una gran diferencia entre chicos y chicas. Mientras que casi todos **ellos** refieren hacer deporte habitualmente (el **92%**), sólo el **59%** de las **chicas** dice practicarlo.

Habría que señalar, por tanto, que entre los adolescentes castellano-leoneses los chicos son más deportistas que las chicas. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una $p < 0,001$ y $\chi^2 = 176,2$.

Gráficamente podemos verlo de la siguiente manera:

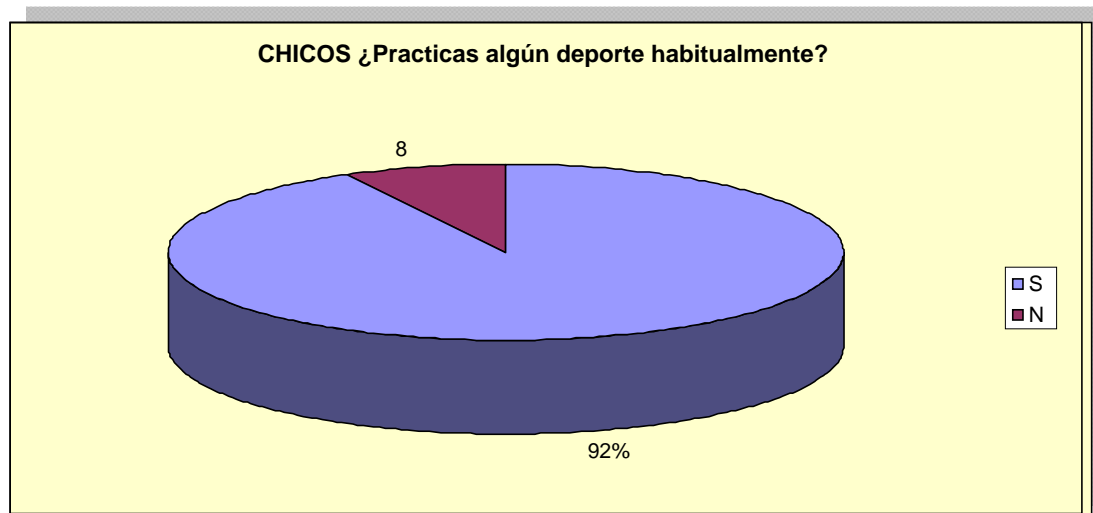


Figura 95: Práctica habitual de actividad deportiva. Chicos.

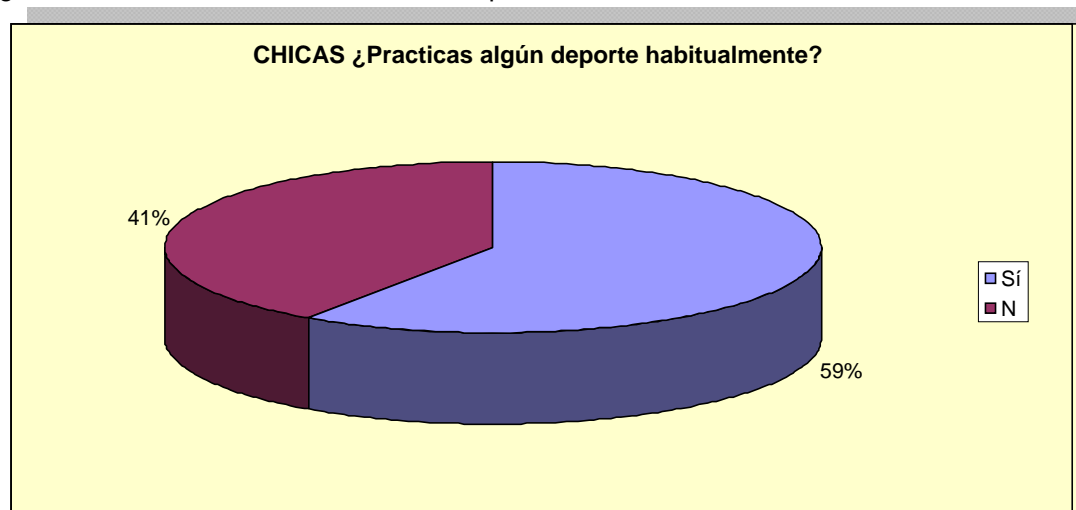


Figura 96: Práctica habitual de actividad deportiva. Chicas.

En relación con la edad:

Tabla LXII: ¿Practicas algún deporte habitualmente? Según edad.

¿Practicas algún deporte habitualmente?	12 y 13 años, media 12,94	14 años	15, 16 y 17 años, media 15,33	Total
Sí	323	388	238	949
No	79	133	127	339
Total general	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, la práctica habitual de algún deporte va disminuyendo conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un 80% de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un 74% para los de 14 años y baja a un 65% para los de 15-16-17 años. Las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 22,9$).

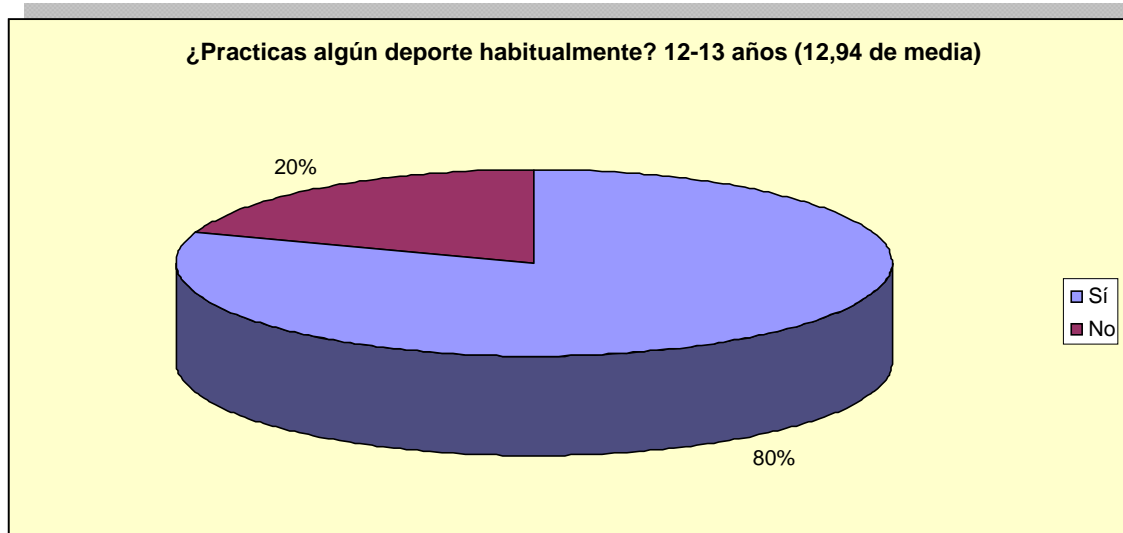


Figura 97: Práctica habitual de actividad deportiva. 12-13 años

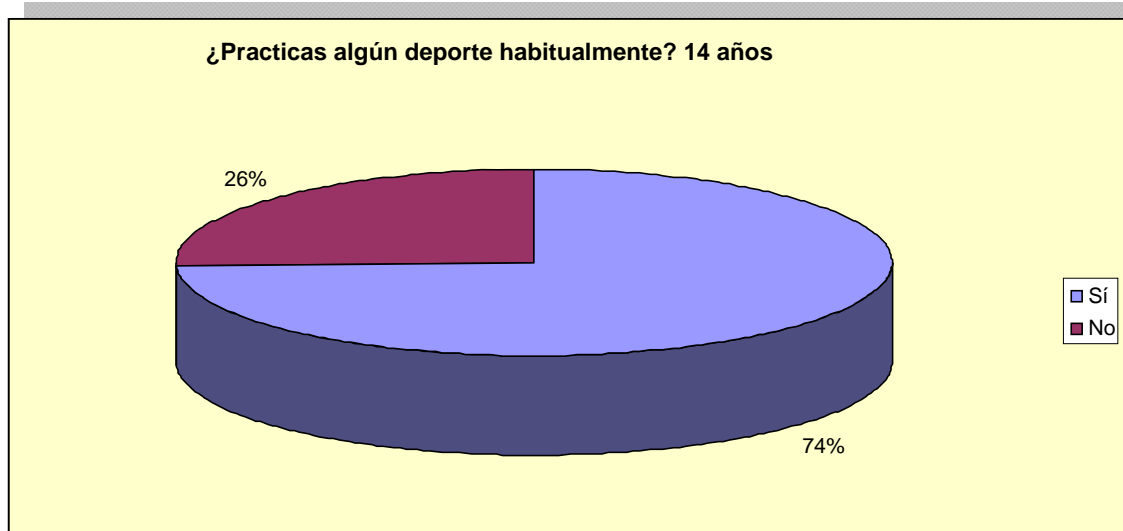


Figura 98: Práctica habitual de actividad deportiva. 14 años.

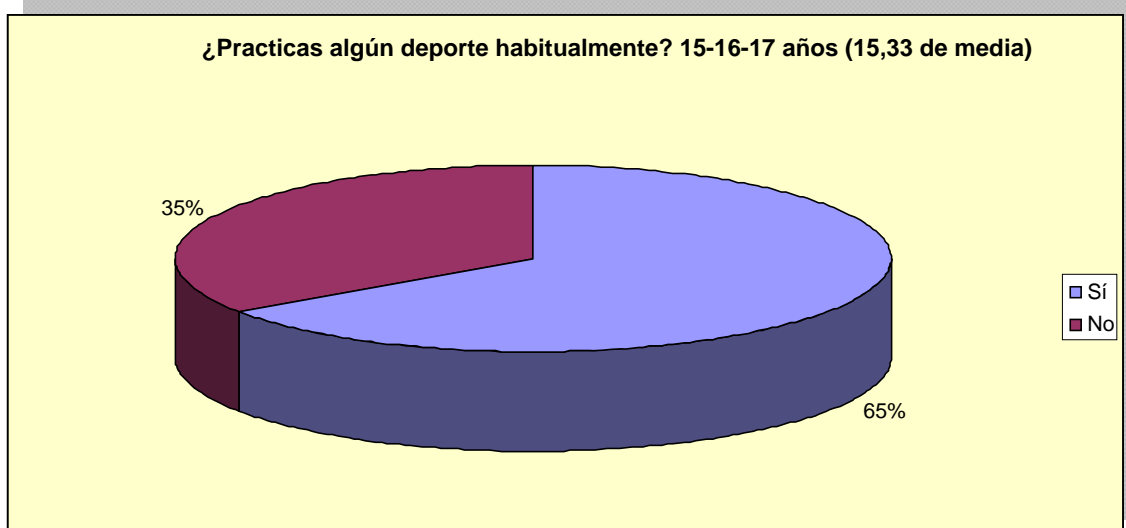


Figura 99: Práctica habitual de actividad deportiva. 15-16-17 años.

4. La pregunta 10: “¿Por qué haces deporte? Señala la que más se adapta a tu criterio”, es una pregunta con dos peculiaridades:

- La primera es que sólo la deben contestar los encuestados que en la pregunta 9 han contestado que sí que hacen deporte (esto es, 950 adolescentes, 519 chicos y 431 chicas).
- La segunda es que, aunque no estaba planteada como pregunta de respuesta múltiple, muchos encuestados (242) ponen más de una respuesta. Para evitar desechar estos cuestionarios, analizaremos la pregunta como si fuera de posible respuesta múltiple (con lo que la suma final de las respuestas es mayor de 950).

Tabla LXIII: ¿Por qué haces deporte?

¿Por qué haces deporte?	Chicos	Chicas	Total
Porque es sano y me mantiene en forma.	260	175	435
Me divierte y me relaciona con amigos	316	234	550
Me mejora la imagen física	92	70	162
Me relaja y estimula	65	63	128
Otras	24	28	52
Total respuestas dadas	757	570	1327

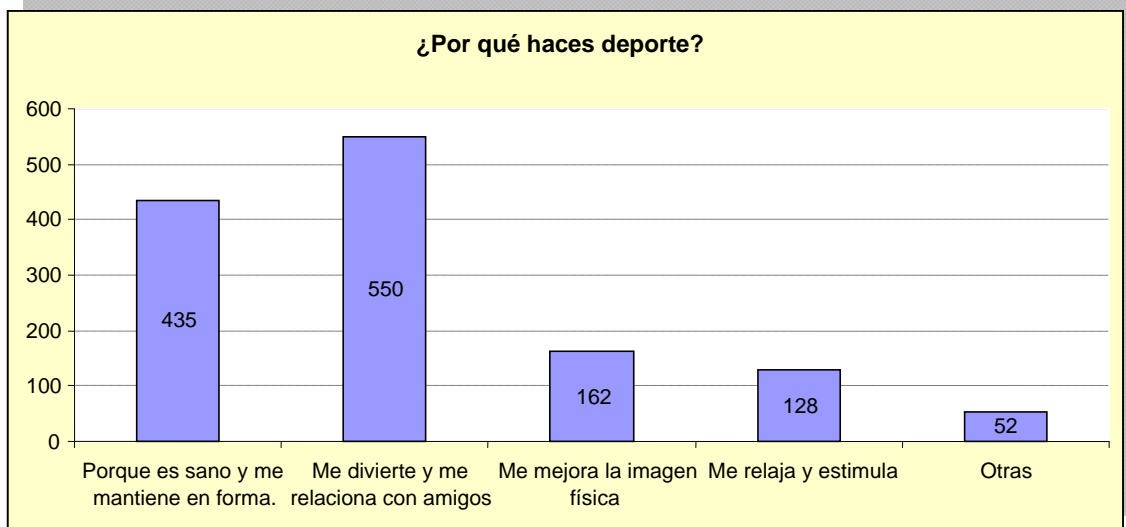


Figura 100: ¿Por qué haces deporte?

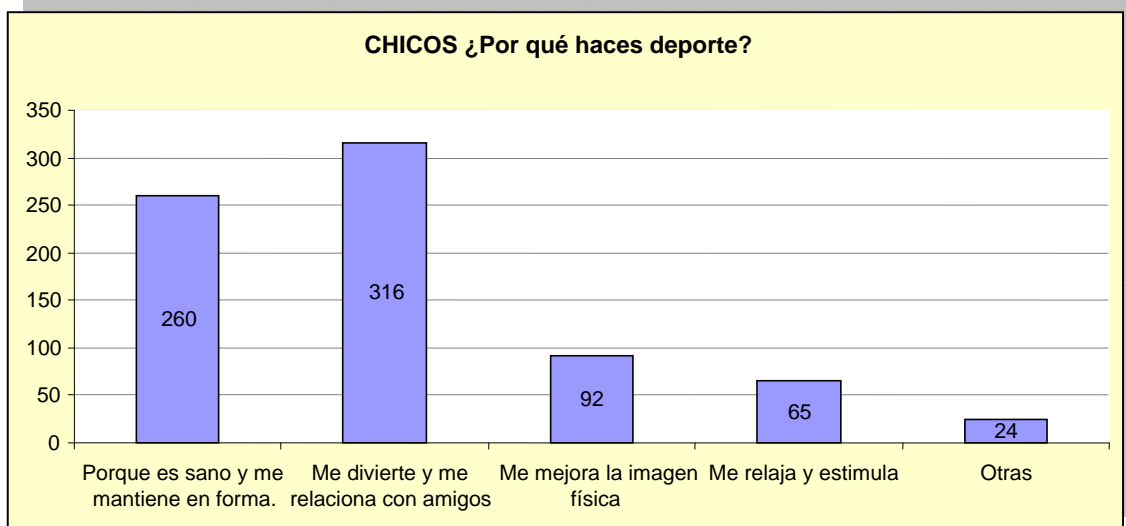


Figura 101: ¿Por qué haces deporte? Chicos.

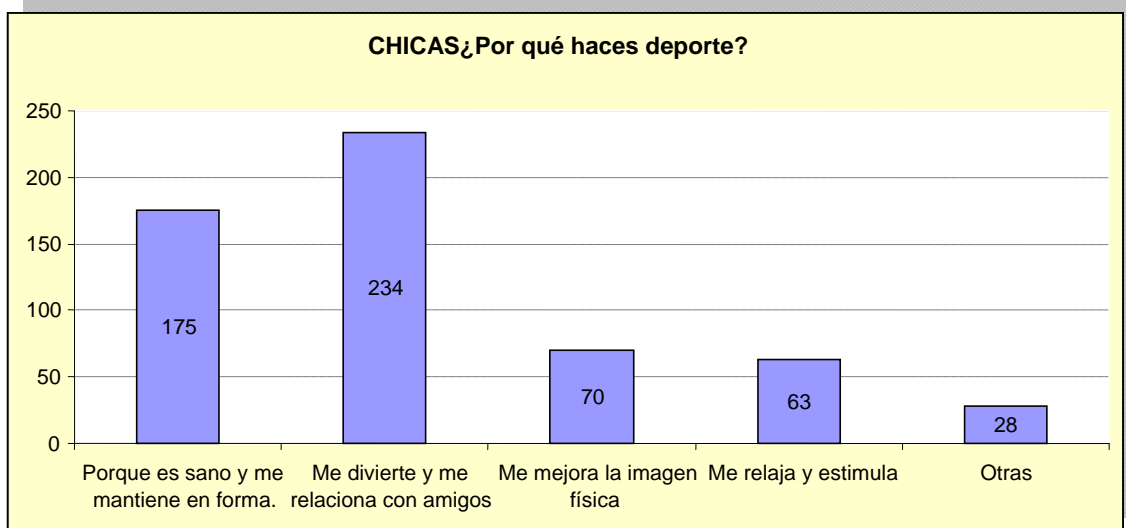


Figura 102: ¿Por qué haces deporte? Chicas

De las razones por las que chicos y chicas hacen deporte podemos concluir que la razón **más importante** (la que marca el **54,3%** de las chicas y el **60,9%** de los chicos que hacen deporte) es ***Me divierte y me relaciona con amigos***.

La segunda razón es ***Porque es sano y me mantiene en forma***, que la marca el 40,6% de las chicas y el 50,1% de los chicos. Esta es la mayor diferencia detectada entre chicos y chicas.

La tercera razón es ***Me mejora la imagen física*** y la marca el 16,2% de las chicas y el 17,7% de los chicos.

La cuarta razón es ***Me relaja y estimula*** y la marca el 14,6% de las chicas y el 12,5% de los chicos.

Finalmente ***Otras*** la marca el 6,5% de las chicas y 4,6% de los chicos.

Según estos datos, **no hay apenas diferencias entre las razones de chicos y chicas adolescentes para hacer deporte. La principal razón es porque les divierte y les relaciona con amigos** (lo marca el 57,9% de los deportistas) **y la segunda razón es por salud y para mantenerse en forma** (lo marca el 45,8% de los deportistas).

Si ahora dividimos por edades nos encontramos con los siguientes datos de los 323 adolescentes de 12-13 años, los 388 adolescentes de 14 años y los 238 adolescentes de 15, 16 y 17 años que hacen deporte:

Tabla LXIV: ¿Por qué haces deporte? Según edad.

¿Por qué haces deporte?	12-13 años	14 años	15-16-17 años	Total
Porque es sano y me mantiene en forma.	147	182	106	435
Me divierte y me relaciona con amigos	208	229	112	549
Me mejora la imagen física	42	74	46	162
Me relaja y estimula	28	69	31	128
Otras	16	18	18	52
Total respuestas dadas	441	572	313	1326

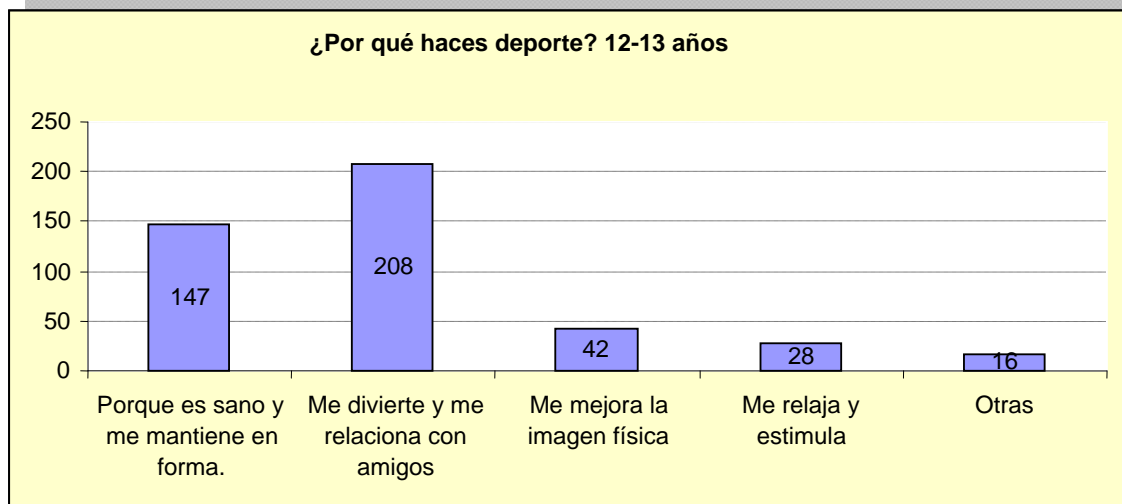


Figura 103: ¿Por qué haces deporte? 12-13 años.

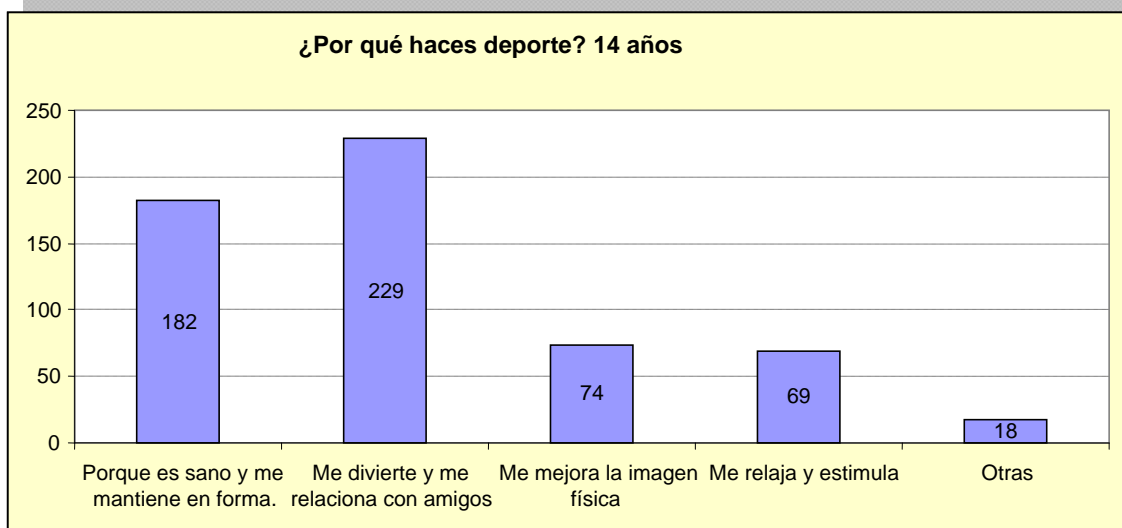


Figura 104: ¿Por qué haces deporte? 14 años.

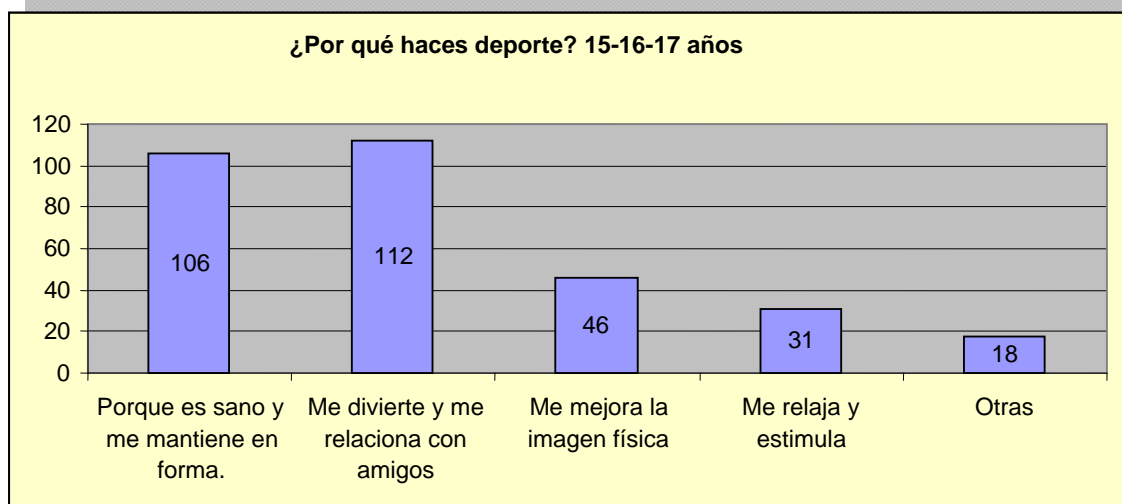


Figura 105: ¿Por qué haces deporte? 15-16-17 años.

Me divierte y me relaciona con amigos es la primera razón por la que los adolescentes hacen deporte. La marca el **64,4%** de los de 12-13 años, el **59%** de los de 14 años y el **47%** de los de 15-16-17 años. Se observa, por tanto, que conforme aumenta la edad de nuestros encuestados, esta razón va perdiendo importancia.

La segunda razón es *Porque es sano y me mantiene en forma*. La marca el **45,5%** de los de 12-13 años, el **46,9%** de los de 14 años y el **44,5%** de los de 15-16-17 años. Se observa que, en relación con la edad, esta razón se mantiene más o menos constante.

La tercera razón es *Me mejora la imagen física*. La marca el **13%** de los de 12-13 años, el **19,1%** de los de 14 años y el **19,3%** de los de 15-16-17 años. Parece que, conforme aumenta la edad de nuestros encuestados, esta razón va ganando importancia poco a poco.

La cuarta razón es *Me relaja y estimula*. La marca el **8,7%** de los de 12-13 años, el **17,8%** de los de 14 años y el **13%** de los de 15-16-17 años. No hay, por tanto, una tendencia clara en cuanto a la edad en este caso.

Finalmente *Otras* la marca el **5%** de los de 12-13 años, el **4,6%** de los de 14 años y el **7,6%** de los de 15-16-17 años.

5. La pregunta 11: “¿Por qué no haces deporte?”, es una pregunta también con tres aspectos importantes a destacar:

- El primero es que sólo la deben contestar los encuestados que en la pregunta 9 han contestado que no hacen deporte (esto es, 339 adolescentes, 44 chicos y 295 chicas).
- El segundo es que, aunque no estaba planteada como pregunta de respuesta múltiple, algunos encuestados (8) ponen más de una respuesta. Para evitar desechar estos cuestionarios, analizaremos la pregunta como si fuera de posible respuesta múltiple (con lo que la suma final de las respuestas es mayor de 339).

- El tercer aspecto a reseñar es que 3 encuestados escriben otra respuesta en el cuestionario que no aparecía como posible respuesta en el cuestionario. Lo codifico como "Otras".

Tabla LXV: ¿Por qué no haces deporte?

¿Por qué no haces deporte?	Chicos	Chicas	Total
No le veo beneficio o utilidad	1	6	7
No tengo tiempo	23	178	201
Por pereza o desgana	21	113	134
Otras		3	3
No contesta		2	2
Total respuestas dadas	45	302	347



Figura 106: ¿Por qué no haces deporte?

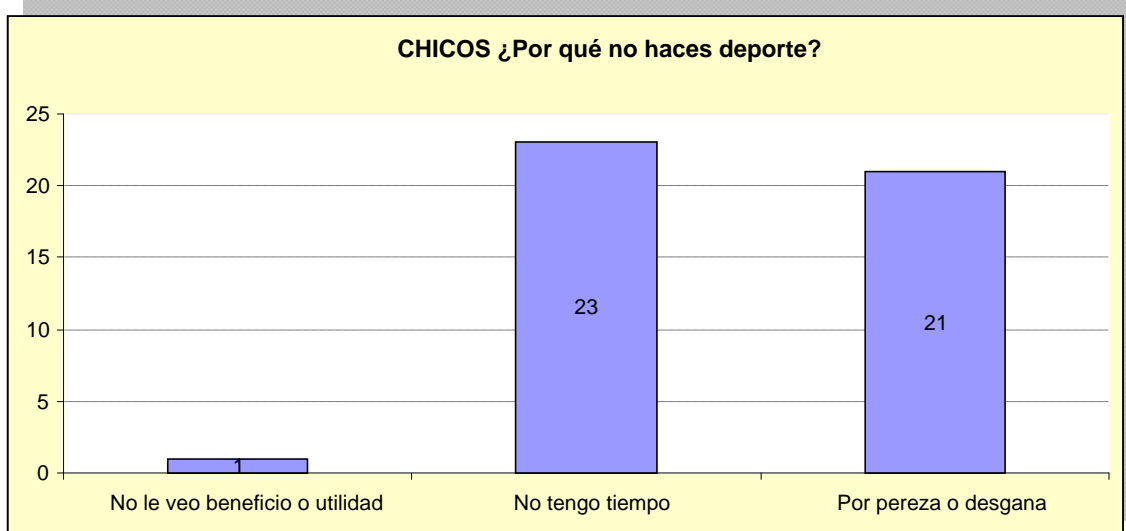


Figura 107: ¿Por qué no haces deporte? Chicos.



Figura 108: ¿Por qué no haces deporte? Chicas

De las razones por las que chicos y chicas no hacen deporte podemos concluir que la razón más importante (la que marca el 60,3% de las chicas y el 52,3% de los chicos que no hacen deporte) es *No tengo tiempo*.

La segunda razón es *Por pereza o desgana* que la marca el 38,3% de las chicas y el 47,7% de los chicos.

El resto de las razones para no hacer deporte tienen muy poca frecuencia. Así *No le veo beneficio o utilidad* la marca el 2,3% de los chicos no deportistas (realmente sólo uno) y el 2% de las chicas no deportistas (6).

Finalmente *Otras* la marcan 3 chicas (el 1% de las no deportistas) y ningún chico.

Según estos datos, no hay apenas diferencias entre las razones de chicos y chicas adolescentes para no hacer deporte. La principal razón es porque refieren no tener tiempo (lo marca el 59,3% de los no deportistas) y la segunda razón es por pereza o desgana (lo marca el 39,5% de los no deportistas).

Si ahora dividimos por **edades** nos encontramos con los siguientes datos de los 79 adolescentes de 12 y 13 años, los 133 adolescentes de 14 años y los 127 adolescentes de 15, 16 y 17 años que no hacen deporte:

Tabla LXVI: ¿Por qué no haces deporte? Según edad.

¿Por qué no haces deporte?	12-13 años	14 años	15-16-17 años	Total
No le veo beneficio o utilidad		2	5	7
No tengo tiempo	54	91	56	201

Por pereza o desgana	26	44	64	134
Otras	1	1	1	3
No contesta			2	2
Total respuestas dadas	81	138	128	347



Figura 109: ¿Por qué no haces deporte? 12-13 años.

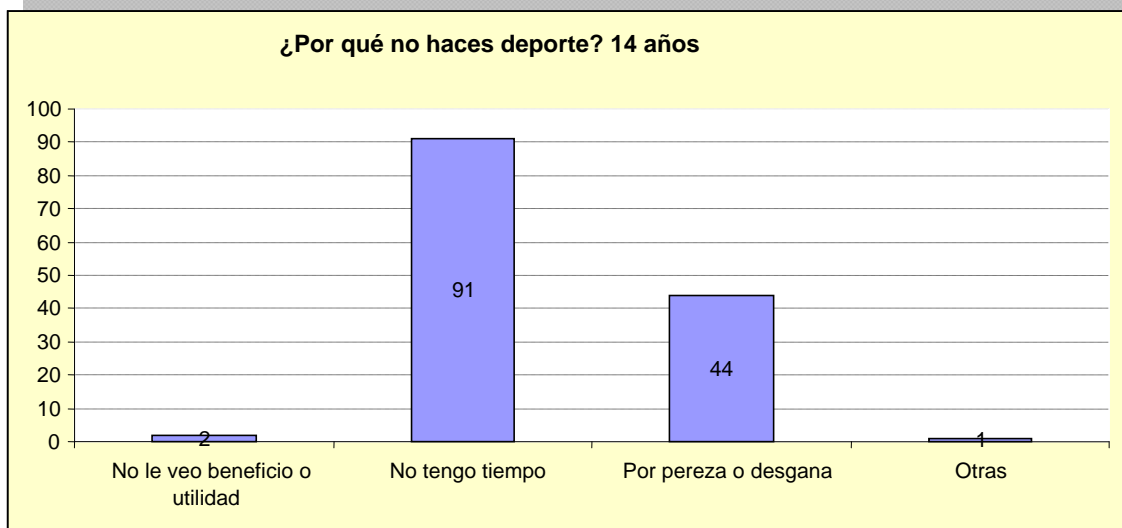


Figura 110: ¿Por qué no haces deporte? 14 años.

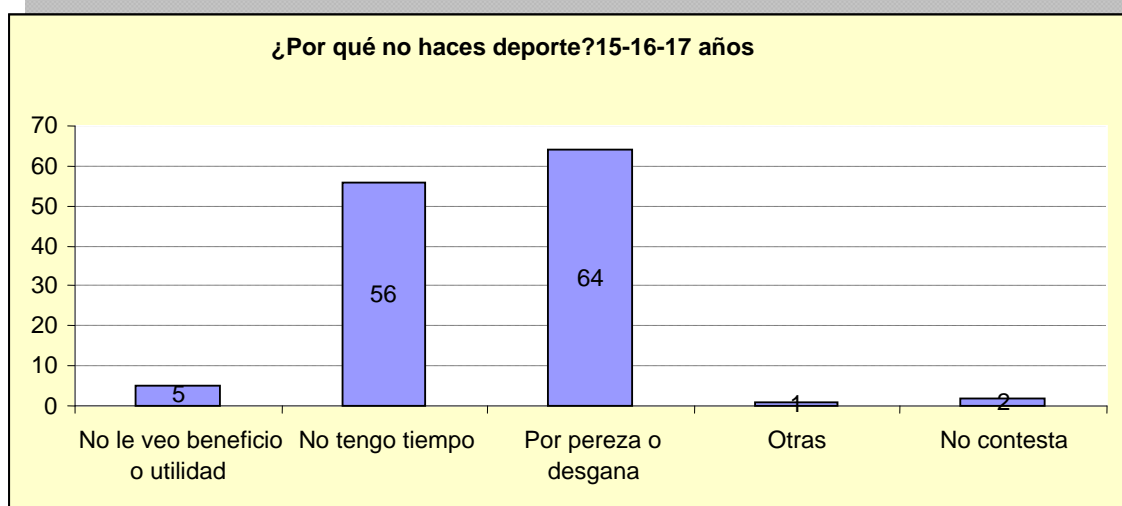


Figura 111: ¿Por qué no haces deporte? 15-16-17 años.

No tengo tiempo es la primera razón de los adolescentes para no hacer deporte y la marca el **68,4%** de los de 12-13 años, el **63,2%** de los de 14 años y el **44,1%** de los de 15-16-17 años. Se observa, por tanto, que conforme aumenta la edad de nuestros encuestados esta razón va perdiendo importancia.

La segunda razón es ***Por pereza o desgana*** que la marca el **32,9%** de los de 12-13 años, el **33,1%** de los de 14 años y el **50,4%** de los de 15-16-17 años. Se observa, por tanto, que conforme aumenta la edad de nuestros encuestados esta razón va ganando importancia, siendo la razón más importante para los no deportistas de 15, 16 y 17 años.

No le veo beneficio o utilidad es una razón muy minoritaria que va ganando poco a poco importancia conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, no la marca nadie de 12-13 años, la marca el **1,5%** de los de 14 años y el **3,9%** de los de 15, 16 y 17 años.

Finalmente ***Otras*** la marcan 3 adolescentes (una de 13, una de 14 y una de 15 años).

6. En la pregunta 42 se pide a los encuestados que rellenen la Escala de Autoestima de Rosenberg

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg en 1965 para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos

contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

Se puntúa como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40.

Para el estudio se utilizó la traducción realizada por Echeburúa en 1995 aunque modificada para adaptar su redacción a un lenguaje sensible al género. [32]

Los 10 ítems utilizados son los siguientes [33]:

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.
3. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.
7. En general, estoy satisfecho/a de mi mismo/a.
8. Desearía valorarme más a mi mismo/a.
9. A veces me siento verdaderamente inútil.
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.

Los resultados de nuestra encuesta son los siguientes:

Tabla LXVII: Puntuación Test Rosenberg.

	CHICOS	CHICAS	Total
10 p.	1	2	3
11 p.	1		1
14 p.		1	1
15 p.		1	1
16 p.	2		2
17 p.		2	2
18 p.	1	3	4
19 p.	2	4	6
20 p.	2	4	6
21 p.	4	9	13
22 p.	10	16	26
23 p.	12	18	30
24 p.	20	23	43
25 p.	18	40	58
26 p.	20	45	65
27 p.	22	58	80
28 p.	32	55	87
29 p.	34	47	81
30 p.	32	54	86
31 p.	44	47	91
32 p.	55	52	107
33 p.	50	45	95
34 p.	38	41	79
35 p.	41	33	74
36 p.	26	18	44
37 p.	24	33	57
38 p.	17	13	30
39 p.	8	12	20
40 p.	16	12	28
NULOS/INCOMPLETOS	31	38	69
Total general	563	726	1289

Hay un 5,35% de cuestionarios incompletos o no contestados que se cuentan como nulos (en el caso de los chicos un 5,5% y en el caso de las chicas 5,21%)

Gráficamente podemos verlo así:

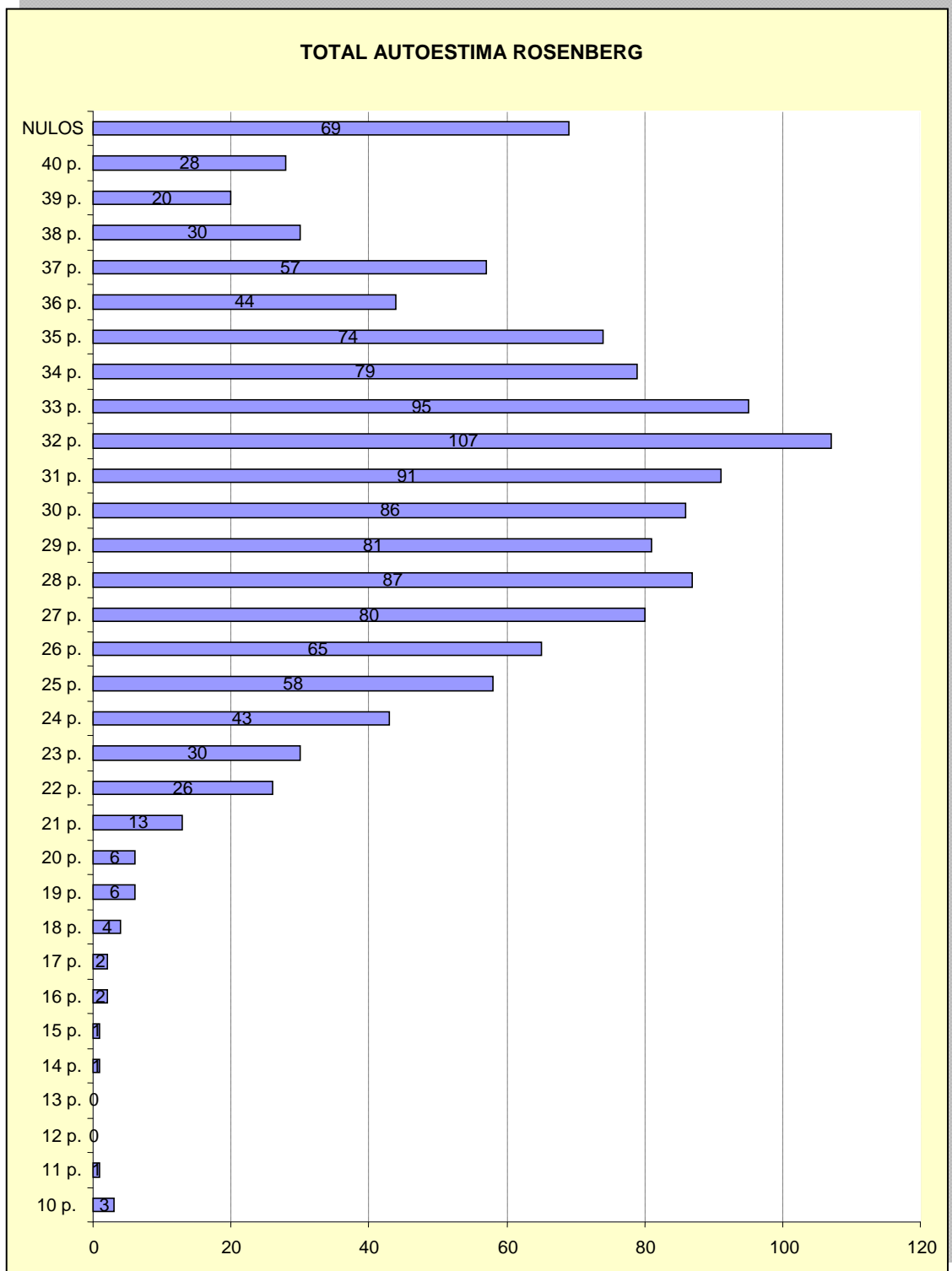


Figura 112: Puntuación Test Rosenberg.

La puntuación media total es de 30,38 puntos.

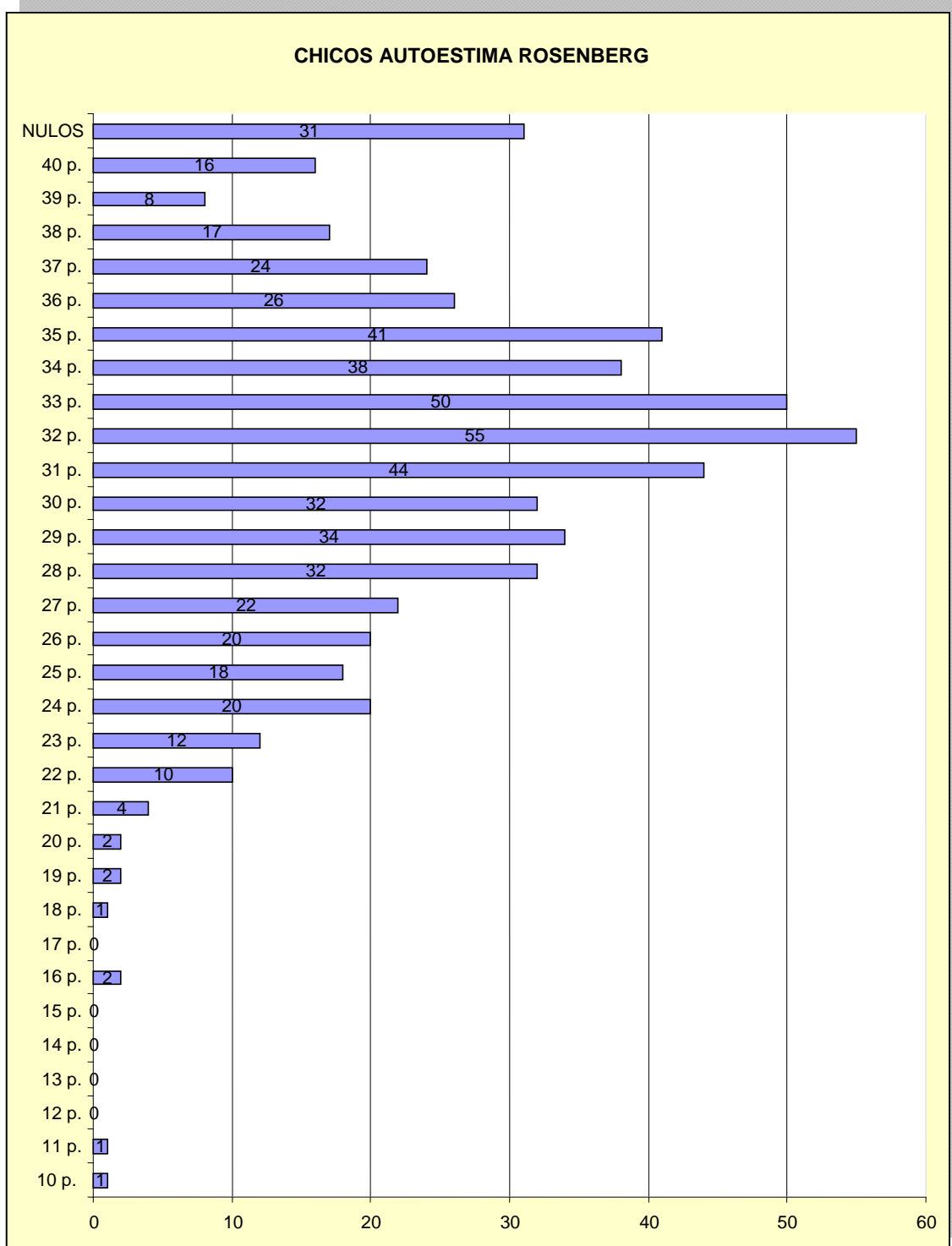


Figura 113: Puntuación Test Rosenberg. Chicos.

La puntuación media de los chicos es de 31,09 puntos.

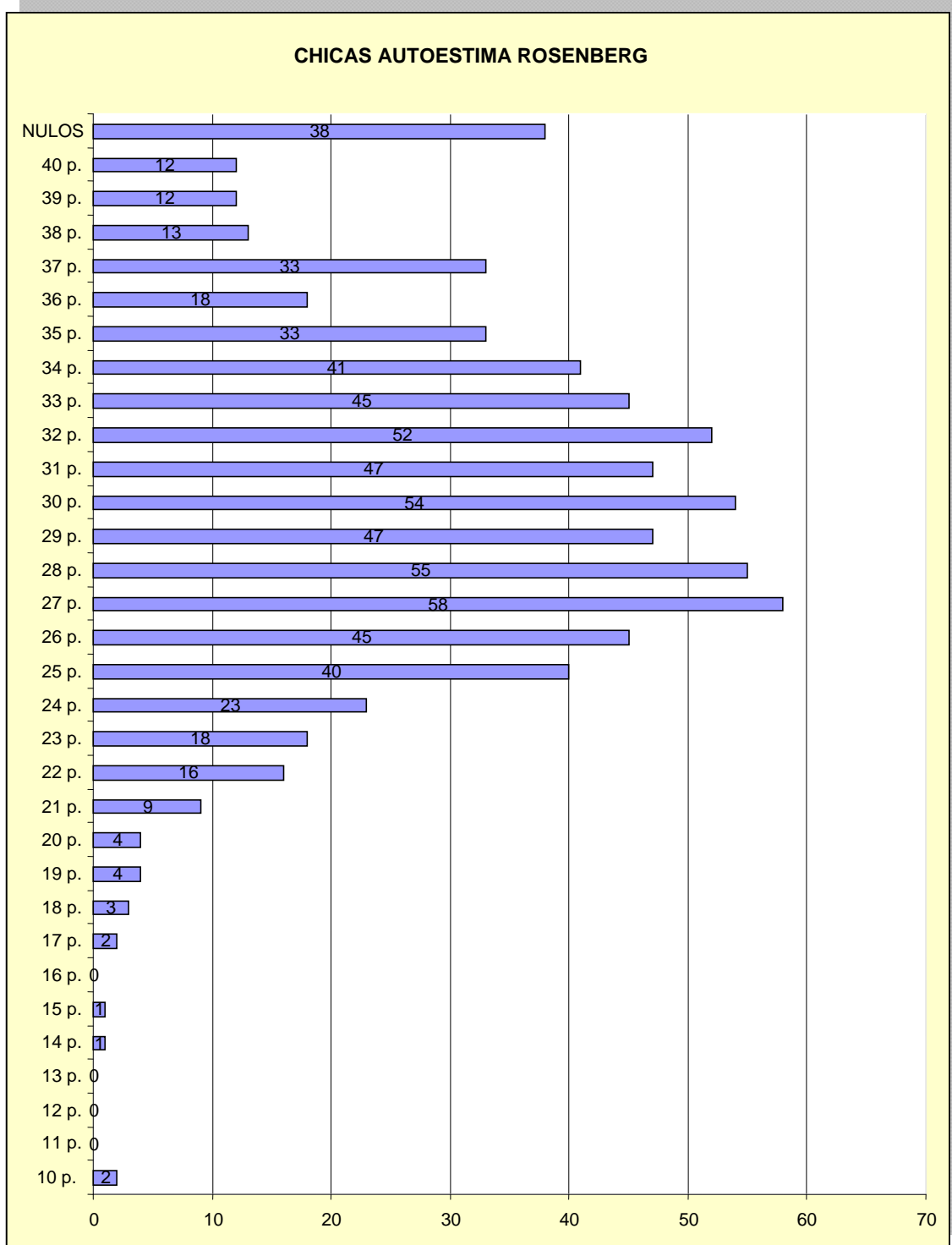


Figura 114: Puntuación Test Rosenberg. Chicas.

La puntuación media de las chicas es de 29,83 puntos.

La moda en chicos es de 32 puntos, mientras que en chicas es de 27 puntos. Además vemos que la media en chicos es más alta que en chicas (31,09 frente a 29,83 puntos). Las diferencias entre sexos son estadísticamente significativas lo que se demuestra con el estadístico t de Student que nos da una $p < 0,0001$.

Todo esto indica que las adolescentes de Castilla y León tienen la autoestima más baja que sus compañeros.

Si ahora analizamos los datos por edades nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla LXVIII: Puntuación Test Rosenberg según edad

Test Rosenberg	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
10 p.	1	1	1	3
11 p.			1	1
14 p.	1			1
15 p.			1	1
16 p.			2	2
17 p.	1		1	2
18 p.	2	1	1	4
19 p.	1	5		6
20 p.	2	2	2	6
21 p.	5	5	3	13
22 p.	9	9	8	26
23 p.	6	12	12	30
24 p.	15	13	15	43
25 p.	13	29	16	58
26 p.	19	21	25	65
27 p.	17	31	32	80
28 p.	27	35	25	87
29 p.	27	30	24	81
30 p.	24	39	23	86
31 p.	28	34	28	90
32 p.	43	42	22	107
33 p.	30	42	23	95
34 p.	29	30	20	79

35 p.	27	34	13	74
36 p.	15	24	5	44
37 p.	20	20	17	57
38 p.	11	14	5	30
39 p.	9	7	4	20
40 p.	6	15	7	28
NULOS O INCOMPLETOS	14	26	29	69
Total general	402	521	365	1288

La puntuación media de los encuestados de **12 y 13 años** es de **30,74 puntos** y la de los encuestados de **14 años** es de **30,68 puntos**. Sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas según la t de Student ($p=0,84$).

La puntuación media de los encuestados de **15, 16 y 17 años** es de **29,52 puntos**. Las diferencias con las puntuaciones de los de 12-13 años (30,74 puntos) y de los de 14 años (30,68 puntos) sí que son **estadísticamente significativas** ($p<0,001$ en ambos casos).

Estos datos indican una **disminución de la autoestima en los adolescentes de 15, 16 y 17 años**.

7. En la pregunta 43 se pregunta a los encuestados: “En materia religiosa, ¿cómo te consideras?”

Tabla LXIX: Orientación religiosa

	CHICOS	CHICAS	Total
No creyente	111	88	199
Indiferente, agnóstico/ateo	46	75	121
Católico no practicante	153	201	354
Católico no muy practicante	130	188	318
Católico practicante	92	142	234
Creyente de otra religión	20	17	37
No contesta	11	15	26
Total	563	726	1289

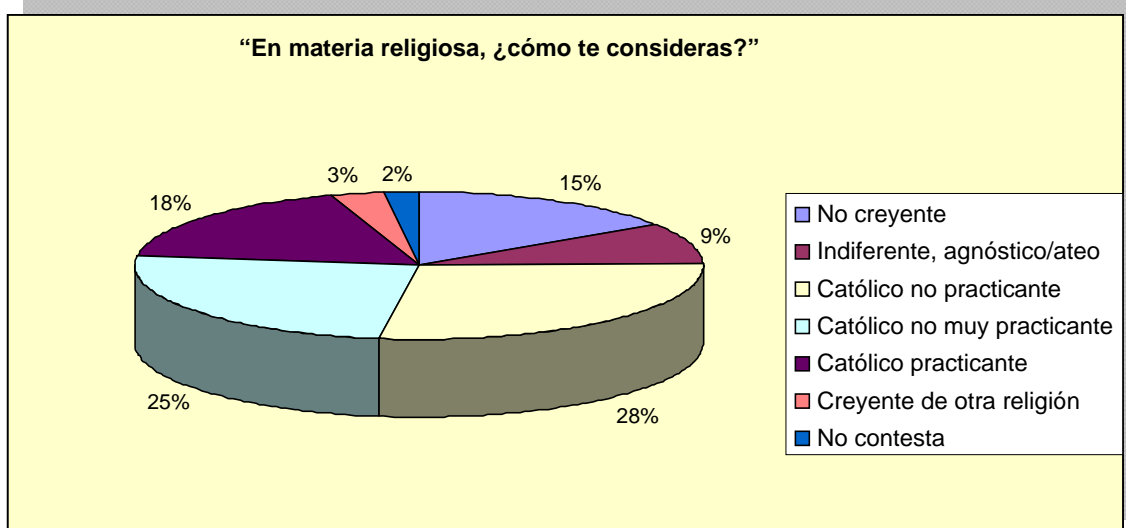


Figura 115: Orientación religiosa.

La mayoría de los adolescentes encuestados se define como *católico no practicante* (el 27,5%, 27,2% de los chicos y 27,7% de las chicas).

Si sumamos a los que se definen como *no creyentes* con los *indiferentes, agnósticos/ateos* llegamos al 24,8% (27,9% de chicos y 22,5% de chicas).

El 24,7% (23,1% de los chicos y 25,9 % de las chicas) se considera *católico no muy practicante*.

Los *católicos practicantes* serían el 18,2% (16,3% de los chicos y 19,6% de las chicas).

Hay un 2,9% de *creyentes de otra religión* (3,6% de los chicos y 2,3% de las chicas).

Finalmente un 2% (2% de chicos y 2,1% de chicas) de los encuestados no contesta

Si comparamos ambos sexos usando el estadístico chi cuadrado (sumando los *no creyentes* con los *indiferentes, agnósticos/ateos*) demostramos que las diferencias encontradas entre chicos y chicas no son estadísticamente significativas ($p=0,0832$ y $\chi^2 =8,24$).

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla LXX: Orientación religiosa según edad.

En materia religiosa, ¿cómo te consideras?	12-13 años, media 12,94	14 años	15-16-17 años, media 15,33	Total
No creyente	52	83	63	198
Indiferente, agnóstico/ateo	25	45	51	121
Católico no practicante	111	150	93	354
Católico no muy practicante	107	142	69	318
Católico practicante	94	85	55	234
Creyente de otra religión	6	11	20	37
No contesta	7	5	14	26
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, la orientación religiosa de los adolescentes encuestados evoluciona de la siguiente manera:

Los *no creyentes, indiferentes, agnósticos/ateos* van ganando porcentaje poco a poco con la edad. Para los de 12-13 años son un **19%**, para los de 14 años llegan al **25%** y para los de 15-16-17 años son la opción más elegida con el **32%**.

En el otro extremo, los *católicos practicantes* van descendiendo conforme aumenta la edad. Para los de 12-13 años son un **23%**, para los de 14 años bajan al **16%** y para los de 15-16-17 años son sólo el **15%**.

Los *católicos no practicantes* y los *no muy practicantes* siguen una evolución parecida. Mantienen sus porcentajes para los de 12-13 años y los de 14 años (serían para los *no practicantes* el **28%** y el **29%** respectivamente y para los *no muy practicantes* el **26,6%** y el **27,3%** respectivamente). Pero luego con los de 15-16-17 años descienden al **25%** para los *no practicantes* y al **19%** para los *no muy practicantes*.

En el caso de los *creyentes de otra religión* van ganando porcentaje poco a poco con la edad. Para los de 12-13 años son un **1%**, para los de 14 años llegan al **2%** y para los de 15-16-17 años son el **5%**.

Demostramos que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 40,52$) con el estadístico chi cuadrado (sumando los *no creyentes* con los *indiferentes, agnósticos/ateos*).

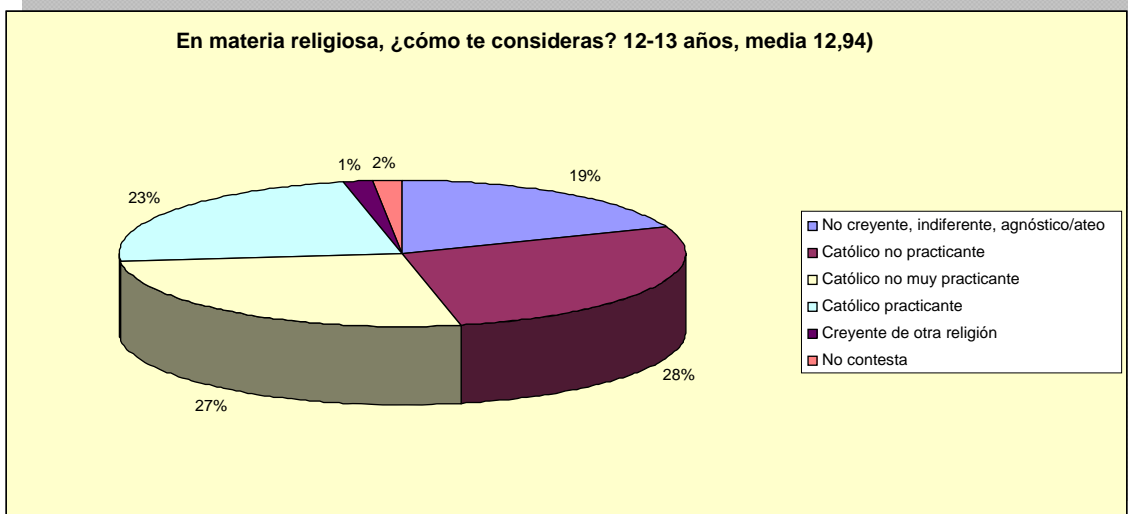


Figura 116: Orientación religiosa. 12-13 años.

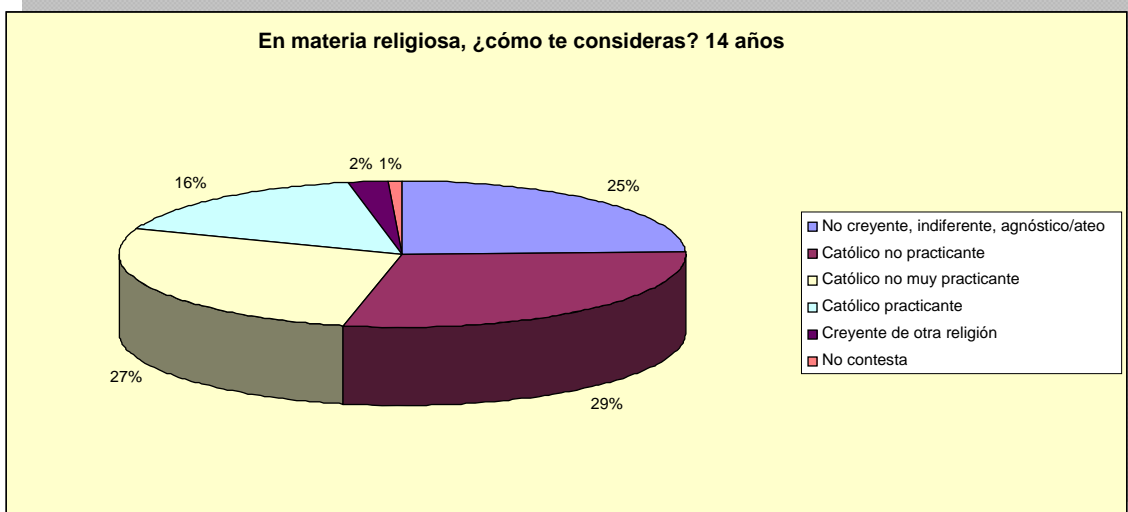


Figura 117: Orientación religiosa. 14 años.

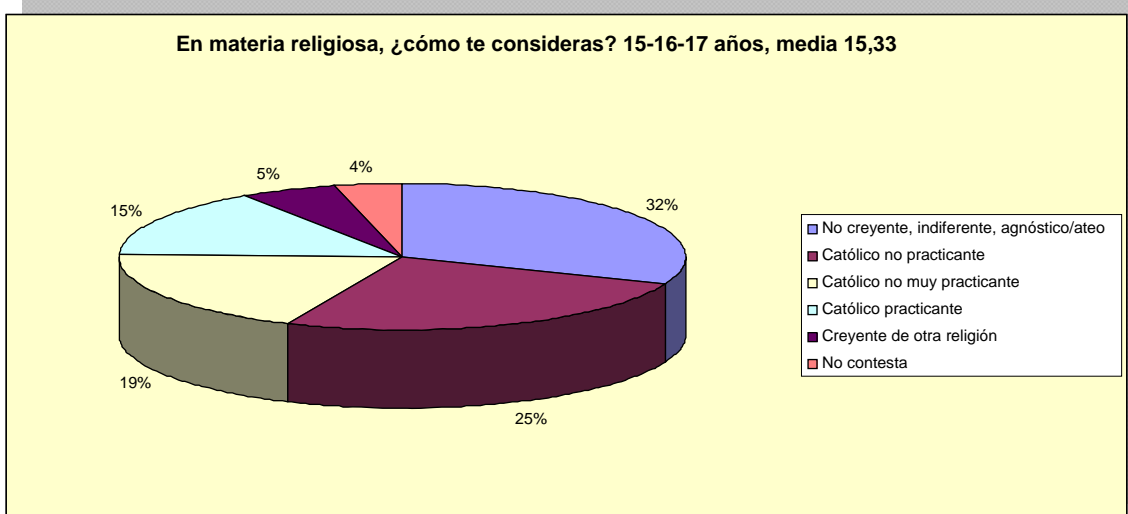


Figura 118: Orientación religiosa. 15-16-17 años.

Todos estos datos nos sugieren que los adolescentes se van alejando de la Religión Católica según va aumentando su edad.

CAPÍTULO III: DROGAS LEGALES E ILEGALES

1. En la pregunta 8, en el primer apartado se pregunta a los encuestados: “¿Qué nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas?”

Tabla LXXI: ¿Qué nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas?

	CHICOS	CHICAS	Total
Suficiente	442	558	1000
Poco	86	119	205
Nada	32	47	79
No contesta	3	2	5
Total	563	726	1289

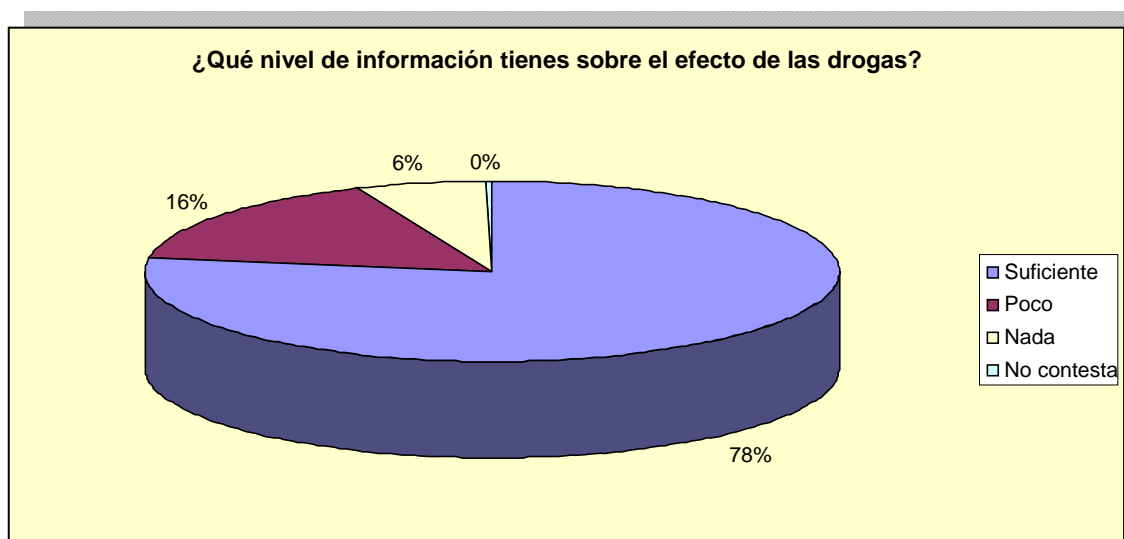


Figura 119: Nivel de información sobre el efecto de las drogas.

Según estos datos, el **77,6%** de los encuestados dice tener **información suficiente** sobre el efecto de las drogas (**78,5%** de los chicos y **76,9%** de chicas). Un **15,9%** afirma tener **poca información** (**15,3%** de ellos y **16,4%** de ellas) y un **6,1%** dice no tener **nada** de información (**5,1%** de los chicos y **6,5%** de las chicas). Las diferencias entre sexos son mínimas y no son estadísticamente significativas ($p=0,7116$ y $\chi^2=0,68$).

Si ahora analizamos los datos por **edades**:

Tabla LXXII: ¿Qué nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas? Según edad.

¿Qué nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Suficiente	286	419	295	1000
Poco	83	85	36	204
Nada	32	17	30	79
No contesta	1		4	5
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos el nivel de información sobre el efecto de las drogas va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un **71,1%** de los de 12-13 años que consideran que saben lo **suficiente**, pasa a un **80,4%** para los de 14 años y sube a un **80,8%** para los de 15-16-17 años. Asimismo, los que creen que saben **poco o nada** van disminuyendo conforme avanza la edad. Así, de un **29%** de los de 12-13 años que consideran que saben **poco o nada**, pasa a un **19%** para los de 14 años y baja a un **18%** para los de 15-16-17. Estas diferencias son **estadísticamente significativas** ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 29,14$).

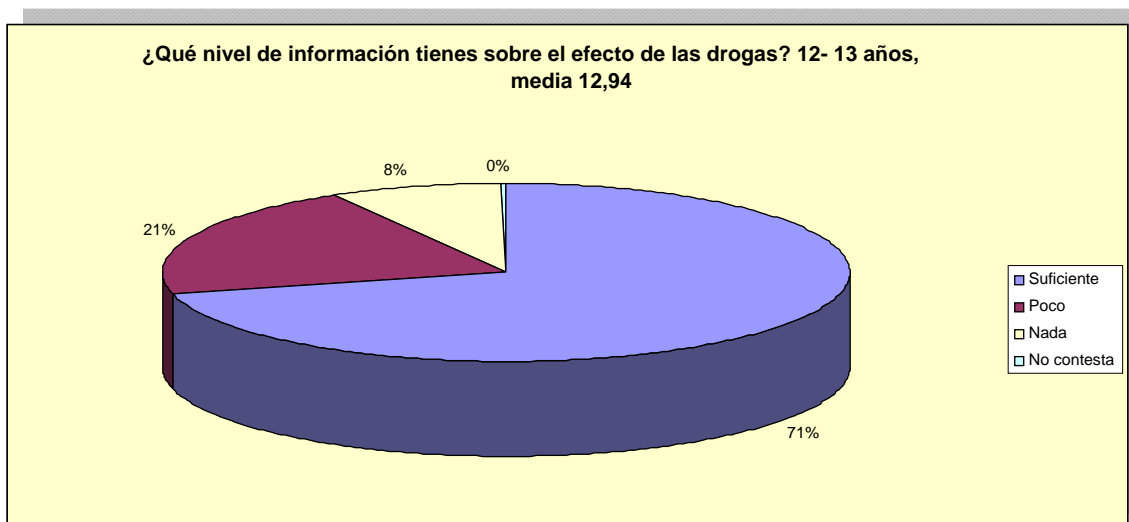


Figura 120: Nivel de información sobre el efecto de las drogas. 12-13 años

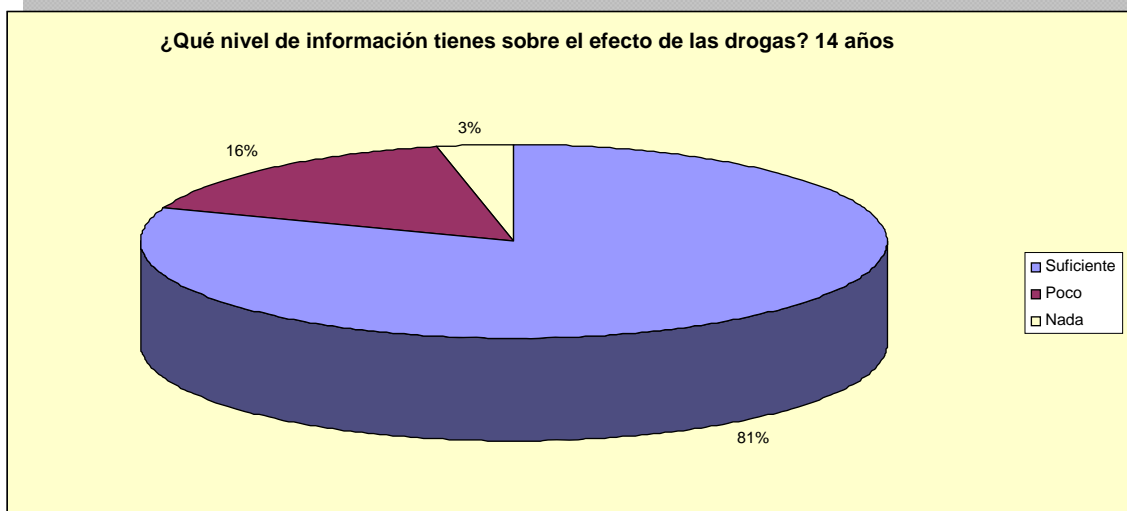


Figura 121: Nivel de información sobre el efecto de las drogas. 14 años

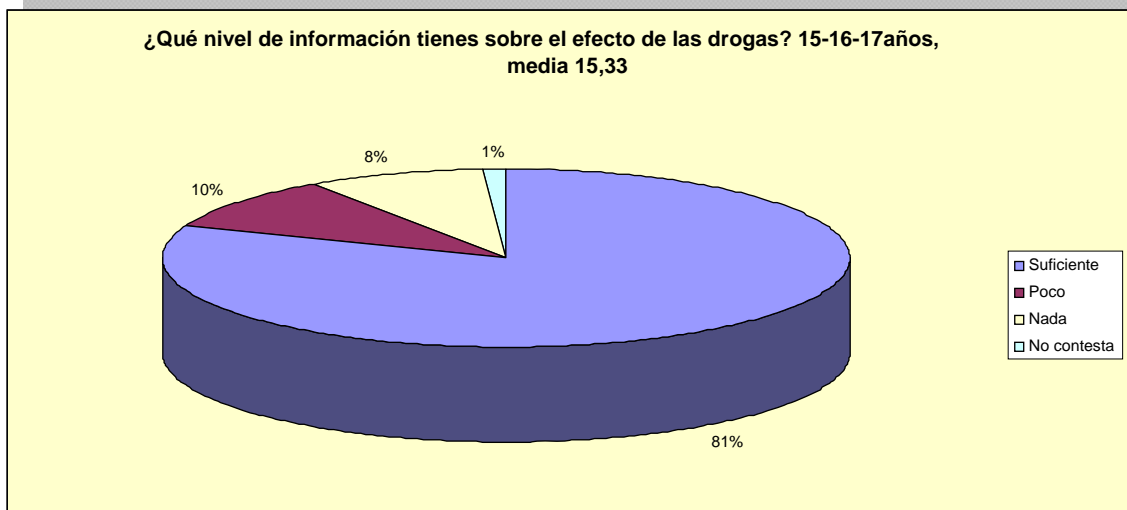


Figura 122: Nivel de información sobre el efecto de las drogas. 15-16-17 años

2. En la pregunta 12 se pregunta a los adolescentes: “¿Cuántos cigarrillos fumas al día?”

Tabla LXXIII: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

	CHICOS	CHICAS	Total general
Ninguno, no fumo	461	555	1016
Sólo fumo alguno de vez en cuando	46	83	129
Menos de 5	17	40	57
Entre 5 y 10	23	31	54
Entre 10 y 20	10	11	21
Más de 20	4	4	8
No contesta	2	2	4
Total	563	726	1289

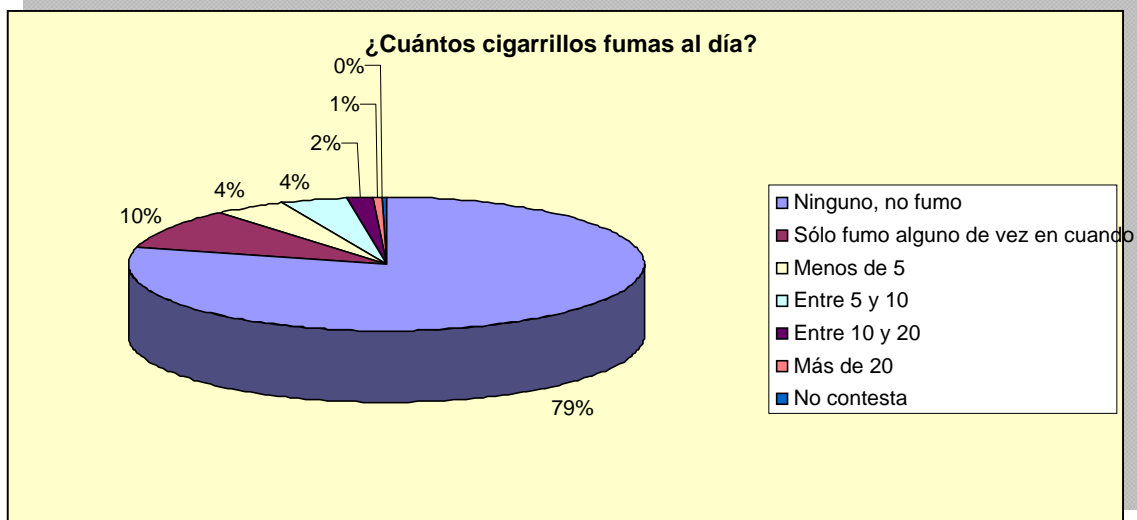


Figura 123: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

Observando estos datos vemos que hay un **78,8% de los adolescentes que no fuman** (76,4% de chicas frente al 81,9% de chicos). Un **10% reconoce que fuma alguno de vez en cuando** (8,2% de chicos, 11,4% de chicas). Un **4,4% fuma menos de 5 cigarrillos al día** (5,5% de ellas frente al 3% de ellos) y un **4,2% fuma entre 5 y 10 al día** (4,1% de chicos y 4,3% de chicas). Un **1,6% fuma entre 10 y 20 al día** (1,8% de ellos frente al 1,5% de ellas). **Más de 20 cigarrillos al día fuma el 0,6% de los encuestados** (0,7% de chicos y el 0,6% de chicas).

Existe un 23,6% de fumadoras frente a un 18,1% de fumadores. Sin embargo, las diferencias encontradas entre chicos y chicas no son estadísticamente significativas ($p=0,0978$ y $\chi^2=9,296$).

A pesar de que hay 2 casillas con 4 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suman un 16,7% de las 12 casillas estudiadas).

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla LXXIV: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? Según edad.

	12-13 años, media 12,94	14 años	15-16-17años, media 15,33	Total
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?				
Ninguno, no fumo	375	417	223	1015
Sólo fumo alguno de vez en cuando	15	65	49	129

Menos de 5	5	11	41	57
Entre 5 y 10	3	18	33	54
Entre 10 y 20	2	5	14	21
Más de 20	0	5	3	8
No contesta	2		2	4
Total	402	521	365	1288

Para poder analizar estadísticamente esta tabla, agrupo la categoría de entre 10 y 20 y más de 20 en una sola (*Más de 10*):

Tabla LXXV: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? Según edad, modificada.

¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	12-13 años, media 12,94	14 años	15-16-17 años, media 15,33	Total
Ninguno, no fumo	375	417	223	1015
Sólo fumo alguno de vez en cuando	15	65	49	129
Menos de 5	5	11	41	57
Entre 5 y 10	3	18	33	54
Más de 10	2	10	17	29
No contesta	2		2	4
Total	402	521	365	1288

Ahora sí que puedo usar el test chi cuadrado (a pesar de que hay 2 casillas con menos de 5 observaciones podemos usarlo ya que sólo suman un 13,3% de las 15 casillas estudiadas).

Como se ve en los siguientes gráficos **el consumo de tabaco va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados**. Además, las diferencias encontradas entre los grupos de edades son **estadísticamente significativas** ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 150,204$).

Así, de un **94%** de los de 12-13 años que no fuman, pasa a un **81%** de los de 14 años que no fuman y baja a un **61%** para los de 15-16-17 años.

Asimismo parece que el consumo de cigarrillos va pasando de ser ocasional a diario:

- Así, de un **4%** de los de 12-13 años que **fuman alguno de vez en cuando**, pasa a un **12%** de los de 14 años y sube a un **13%** para los de 15-16-17.
- Los que fuman a diario (ya sea menos de 5 a más de 20 cigarrillos) pasan de un **2,5%** de los de 12-13 años, a un **7,5%** de los de 14 años y sube a un **24,9%** para los 15-16-17.

Estos datos demuestran que el inicio del tabaquismo se produce a estas edades y que es en los adolescentes donde las campañas antitabaco deberían incidir.

Hay que recordar que, en España, el **26,2%** de la población de 16 y más años afirma fumar a diario, el 3,7% es fumador ocasional, el 20,4% se declara ex-fumador y el 49,7% nunca ha fumado. Por sexo, el porcentaje de fumadores diarios es del 31,2% en los hombres y del 21,3% en las mujeres. Por edad, cabe destacar que el 26,3% de los jóvenes de 16 a 24 años fuma a diario. Este porcentaje se eleva a algo más del 33% para las edades de 25 a 54 años y luego disminuye a medida que avanza la edad. [34]

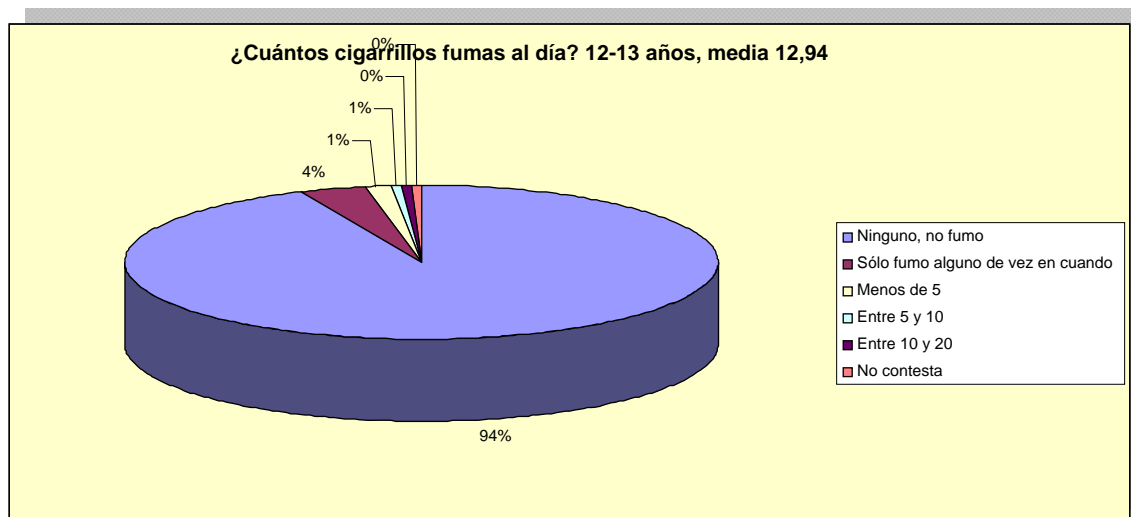


Figura 124: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? 12-13 años.

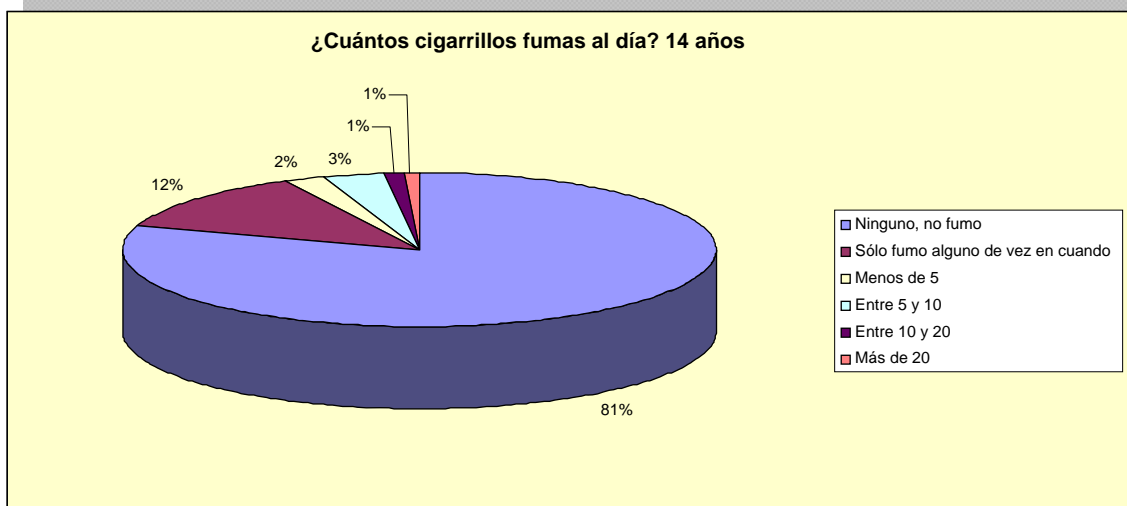


Figura 125: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? 14 años.

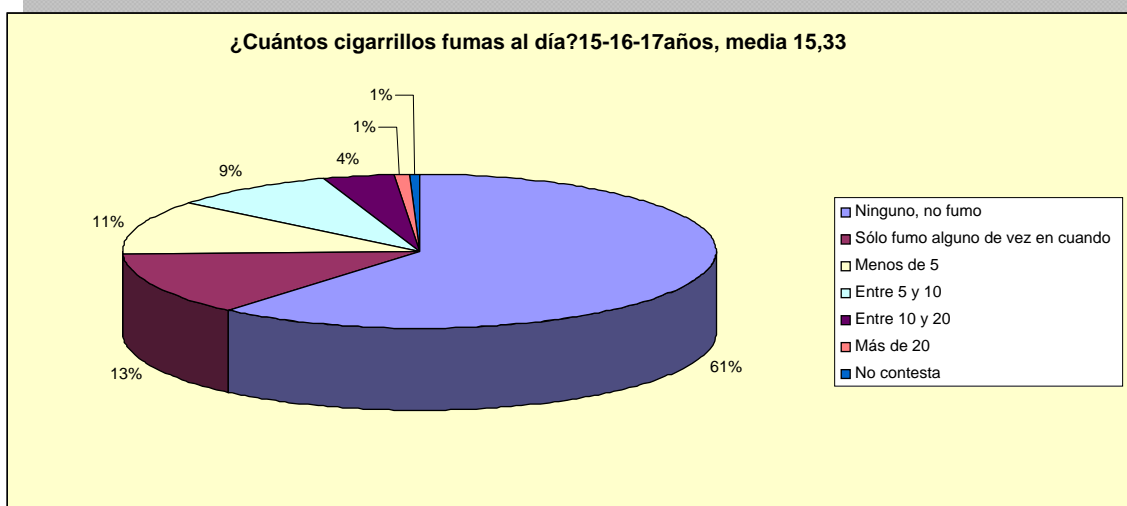


Figura 126: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? 15-16-17 años.

3. La pregunta 13: “¿Por qué fumas?” es una pregunta con dos peculiaridades:

- a. La primera es que sólo la deben contestar los encuestados que en la pregunta 12 han contestado que sí que fuman (esto es, 269 adolescentes, 100 chicos y 169 chicas).
- b. La segunda es que, aunque no estaba planteada como pregunta de respuesta múltiple, algunos encuestados (10) ponen más de una respuesta. Para evitar desechar estos cuestionarios, analizaremos la pregunta como si fuera de posible respuesta múltiple (con lo que la suma final de las respuestas es mayor de 269).

Tabla LXXVI: ¿Por qué fumas?

¿Por qué fumas?	Chicos	Chicas	Total
Porque lo veo hacer	3	1	4
Porque me facilita las relaciones con los amigos	8	3	11
Porque me gusta y me relaja	58	114	172
No lo sé	26	33	59
Porque no lo puedo dejar	9	23	32
No contesta	1		1
Total razones	105	174	279

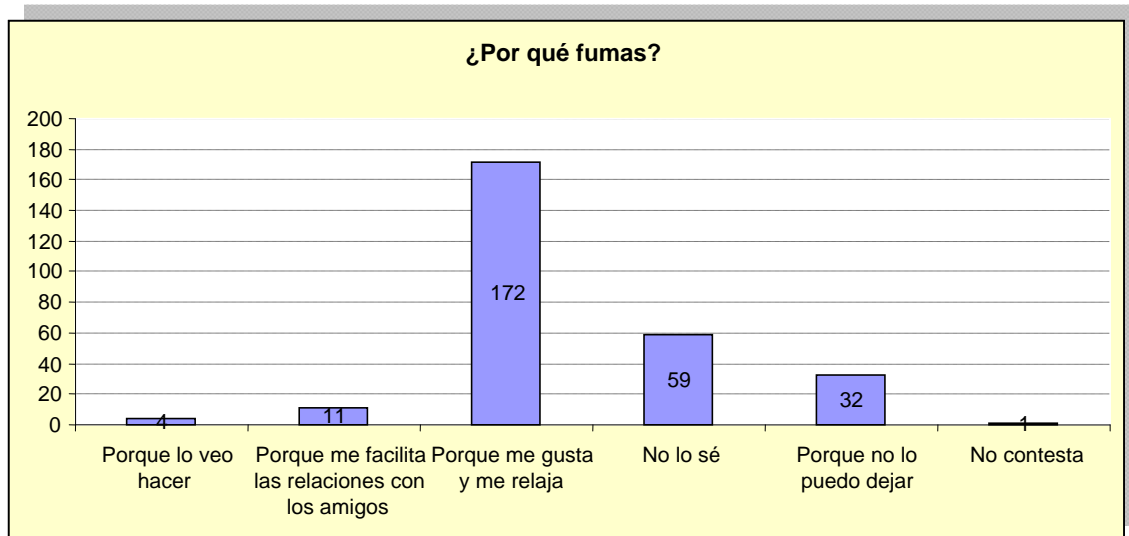


Figura 127: ¿Por qué fumas?

Como conclusión de este apartado podríamos decir que la **principal razón** por la que los adolescentes fuman es *Porque me gusta y me relaja* (63,9% de los fumadores) y que es más importante aún para las **chicas** (67,5%) que para los **chicos** (58%).

La **segunda razón** es *No lo sé* (21,9% de los que fuman) y es más citada por los **chicos** (26%) que por las **chicas** (19,5%).

El 11,9% reconoce que fuma *Porque no lo puedo dejar* (9% de chicos y 13,6% de chicas).

El 4,1% afirma que fuma *Porque me facilita las relaciones con los amigos* (8% de ellos y 1,8% de ellas). Esta razón es mucho más importante para ellos que para ellas.

Finalmente el 1,5% fuma *Porque lo veo hacer* (3% de chicos y 0,6% de chicas).

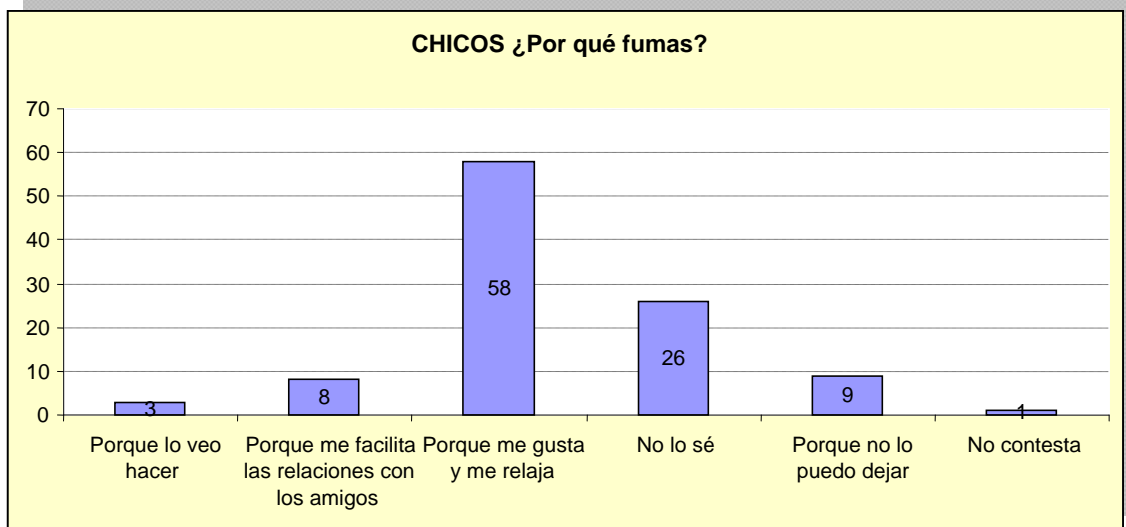


Figura 128: ¿Por qué fumas? Chicos.

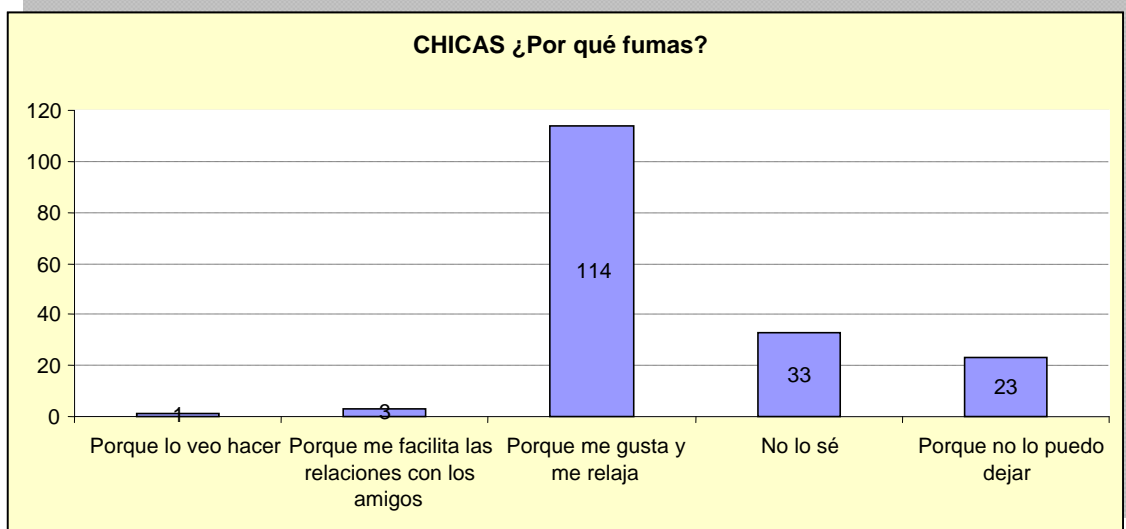


Figura 129: ¿Por qué fumas? Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla LXXVII: ¿Por qué fumas? Según edad.

¿Por qué fumas?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Porque lo veo hacer		2	2	4
Porque me facilita las relaciones con los amigos		6	5	11
Porque me gusta y me relaja	14	65	93	172
No lo sé	9	24	26	59
Porque no lo puedo dejar	1	9	22	32
No contesta	1			1
Total respuestas	25	106	148	279

Viendo las tendencias que marcan las edades observamos que *Porque me gusta y me relaja* es la razón más importante y va ganando aún más importancia con la edad (del 56% de los de 12-13 años, pasa al 62,5% de los de 14 años y sube al 66,4% de los de 15-16-17).

También vemos que *No lo sé va perdiendo importancia* (del 36% de los de 12-13 años, pasa al 23% de los de 14 años y baja al 18,6% de los de 15-16-17).

Lo que también es preocupante es que **cada vez más adolescentes fuman porque reconocen que *No lo pueden dejar*** (del 4% de los de 12-13 años, pasa al 8,7% de los de 14 años y sube al 15,7% de los de 15-16-17).

Porque me facilita las relaciones con los amigos no lo marca ningún fumador de los de 12-13, pero sí el 5,8% de los de 14 años y el 3,6% de los de 15-16-17.

Porque lo veo hacer no lo marca ninguno de los de 12-13, lo marca el 1,9% de los de 14 años y el 1,4% de los de 15-16-17.

4. La pregunta 14 se hace sólo a los que en la pregunta 12 han confesado que fuman (269 adolescentes, 100 chicos y 169 chicas). Dice: “¿Crees que debes dejar de fumar?”

Tabla LXXVIII: ¿Crees que debes dejar de fumar?

	Chicos	Chicas	Total
Sí	85	152	237
No	15	17	32
Total	100	169	269

El 87,5% de los fumadores creen que deben de fumar. El porcentaje en las chicas es de 89,9% y en los chicos del 85%, pero no es una diferencia estadísticamente significativas ($p=0,2264$, $\chi^2 = 1,46$).



Figura 130: ¿Crees que debes dejar de fumar?

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla LXXIX: ¿Crees que debes dejar de fumar? Según edad.

	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
¿Crees que debes dejar de fumar?				
Sí	22	91	124	237
No	3	13	16	32
Total	25	104	140	269

El **88%** de los fumadores de 12-13 años quiere dejar de fumar, el **87,5%** de los de 14 años y el **88,6%** de los fumadores de 15-16-17 años también quieren dejarlo.

Según nuestros datos, **la gran mayoría de los adolescentes que fuman creen que deben dejarlo (el 87,5%)**. No existen diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas y tampoco hay una relación con la edad de los encuestados.

5. La pregunta 15, “¿Cuál es la principal razón por la que crees que debes dejar de fumar?”, es una pregunta con dos aspectos a tener en cuenta:

- a. El primero es que sólo la deben contestar los encuestados que en la pregunta 14 han contestado afirmativamente (esto es, 237 adolescentes, 85 chicos y 152 chicas).
- b. El segundo es que es una pregunta de respuesta múltiple, con lo que la suma final de las respuestas es mayor de 237.

Tabla LXXX: Principal razón para dejar de fumar

¿Cuál es la principal razón por la que crees que debes dejar de fumar?	Chicos	Chicas	Total
Porque es perjudicial para mi salud y la de los demás	70	136	206
Porque es un vicio	17	62	79
Porque es caro	32	61	93
Porque me lo prohíben	16	20	36
Otras razones	4	6	10
Total razones	139	285	424

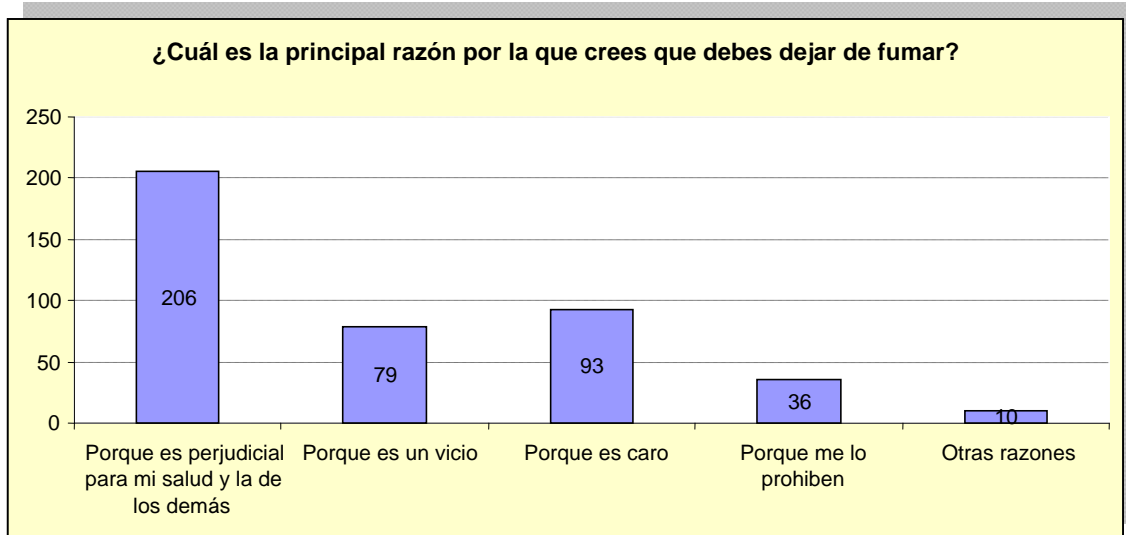


Figura 131: Principal razón para dejar de fumar.

Con estos datos podríamos concluir que la **principal razón** por la que los adolescentes que fuman creen que deben dejarlo es *Porque es perjudicial para mi salud y la de los demás*. Lo indica el **86,9%** de los encuestados (el **82,3%** de los chicos y el **89,4%** de las chicas).

El resto de razones son mucho menos importantes:

La segunda razón, *Porque es caro*, la indica el 39,2% de los adolescentes, en el caso de los chicos el 37,7% y en el de las chicas el 40,1%.

Donde hay grandes diferencias entre chicos y chicas es en *Porque es un vicio*. Esta razón la marca el 40,8% de chicas y sólo el 20% de los chicos. Es decir, las chicas rechazan el tabaco porque es un vicio con más del doble de frecuencia que los chicos.

Porque me lo prohíben la marca el 15,2% de los adolescentes (en los chicos el 18,8% y en las chicas el 13,2%).

Finalmente *Otras razones* la marca el 4,2% de los fumadores que creen que deben dejar de fumar (el 4,7% de los chicos y el 3,9% de las chicas).

Si representamos gráficamente por separado a chicos y chicas:

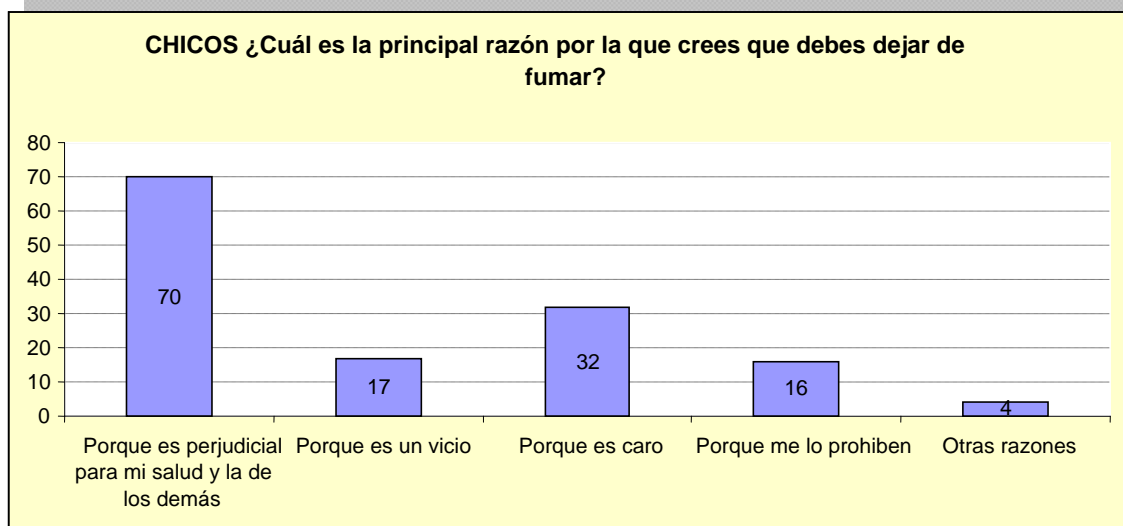


Figura 132: Principal razón para dejar de fumar. Chicos.

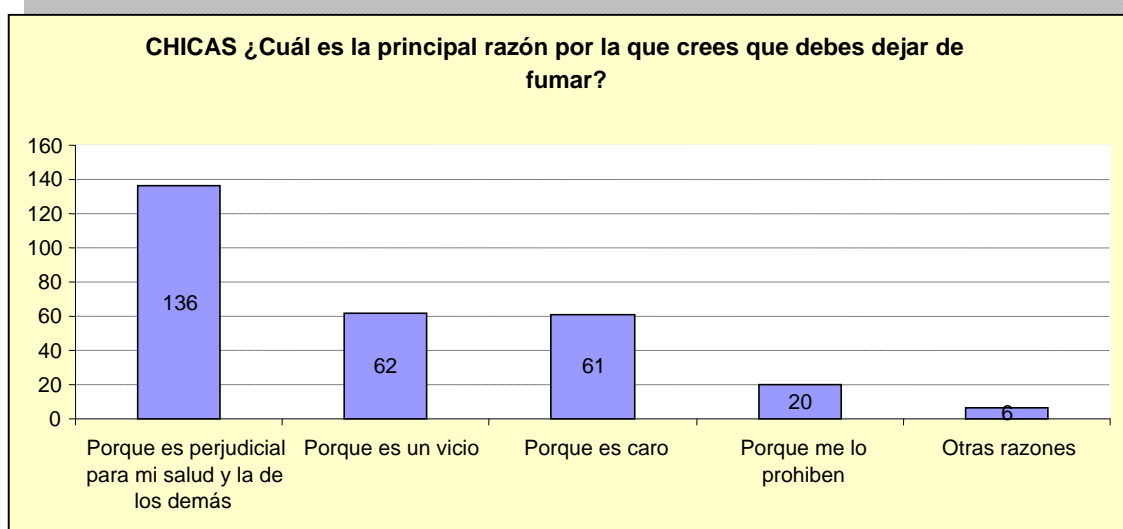


Figura 133: Principal razón para dejar de fumar. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla LXXXI: Principal razón para dejar de fumar según edad.

¿Cuál es la principal razón por la que crees que debes dejar de fumar?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Porque es perjudicial para mi salud y la de los demás	17	80	109	206
Porque es un vicio	5	27	47	79
Porque es caro	10	31	52	93
Porque me lo prohíben	3	21	12	36
Otras razones		4	6	10
Total respuestas	35	163	226	424

Con estos datos podemos concluir que la importancia de cada razón para dejar de fumar se mantiene en las diferentes franjas de edad de nuestra encuesta. ***Porque es perjudicial para mi salud y la de los demás*** es la razón más importante. La marca el **77,3%** de los **22** fumadores de 12-13 años que quieren dejar de fumar, el **87,9%** de los **91** fumadores de 14 años y también el **87,9%** de los **124** fumadores de 15-16-17 años.

La segunda razón en importancia sería ***Porque es caro***, que la marca el **45,4 %** de los de 12-13 años, el **34,1%** de los de 14 años y el **41,9%** de los de 15-16-17 años.

Es interesante observar que, conforme avanza la edad de los encuestados, cada vez más quieren dejar de fumar ***Porque es un vicio*** (**22,7%** para los de 12-13 años, **29,7%** para los de 14 años y **37,9%** para los de 15-16-17 años).

Porque me lo prohíben quiere dejarlo el **13,6%** de los de 12-13 años, el **23,1%** de los de 14 años y el **9,7%** de los de 15-16-17.

Finalmente, ninguno de los de 12-13 años, el **4,4 %** de los de 14 años y el **4,8%** de los de 15-16-17 quiere dejarlo por ***Otras razones***.

6. A la pregunta 16, “¿Sueles tomar bebidas alcohólicas?”, los encuestados responden de la siguiente manera:

Tabla LXXXII: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas?

	Chicos	Chicas	Total
Nunca	256	314	570
Algunas veces	206	218	424
Los fines de semana	93	191	284
Casi todos los días	8	2	10
No contesta		1	1
Total	563	726	1289



Figura 134: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas?

Según nuestros datos, el **55,7%** de los adolescentes encuestados **bebe alcohol** (el **56,6%** de las **chicas** y el **54,5%** de los **chicos**).

El **32,9%** de los encuestados dice **beber algunas veces** (**36,6%** en el caso de los **chicos** y **30%** en el caso de las **chicas**).

Los fines de semana bebe el **22%** de los adolescentes y este porcentaje es mayor en el caso de las **chicas** (**26,3%**) que en los **chicos** (**16,5%**).

Por último, hay 10 adolescentes que dicen **beber casi todos los días**; representan sólo al **0,8%** de los encuestados (**1,4%** de los **chicos** y **0,3%** de las **chicas**), pero hay mayoría de varones (son 8 chicos y sólo 2 chicas).

Las diferencias encontradas entre chicos y chicas son **estadísticamente significativas** ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 23,66$). A pesar de que hay 1 casilla con sólo 2 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suma un 12,5% de las 8 casillas estudiadas).

Gráficamente:

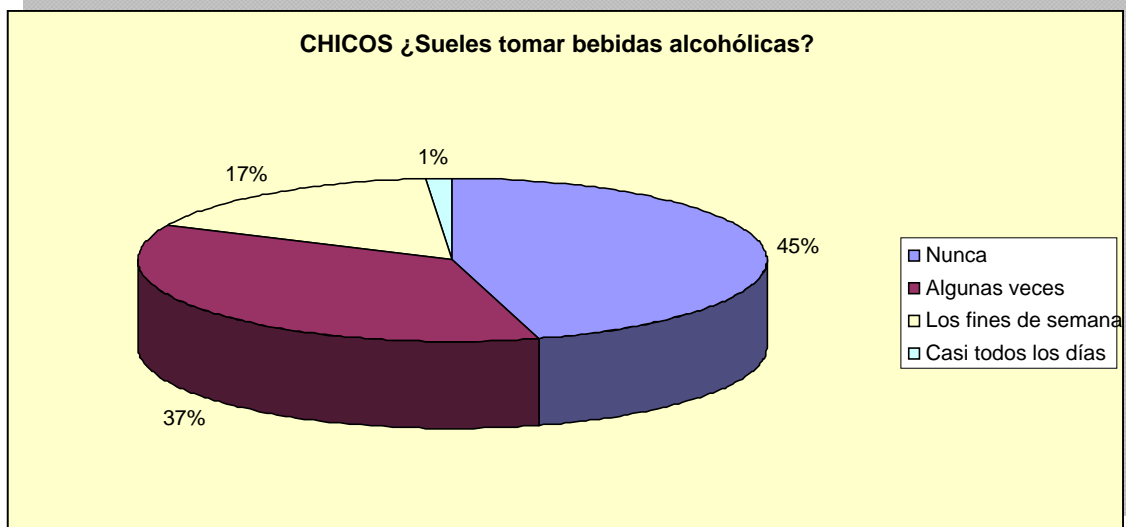


Figura 135: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? Chicos.

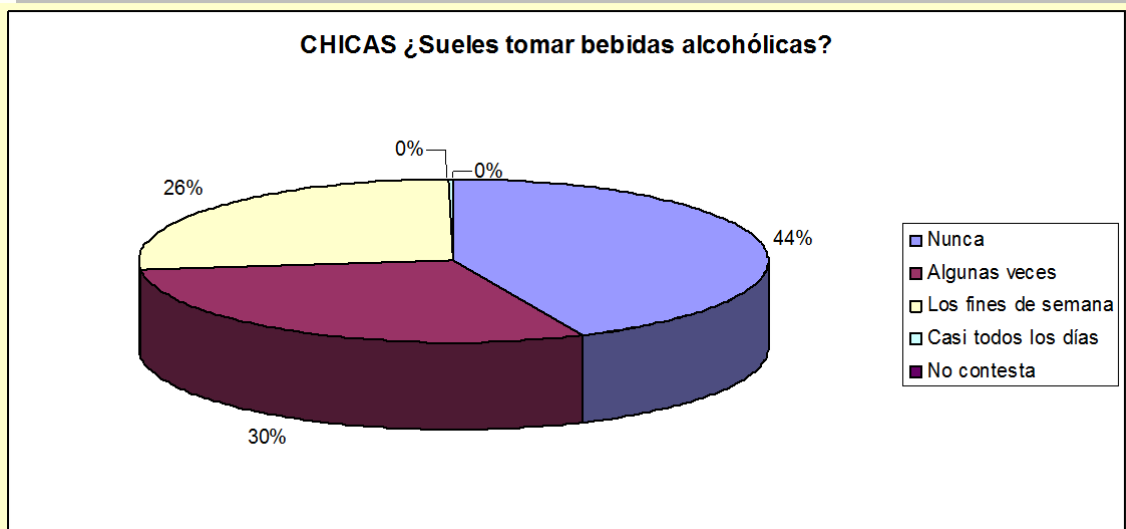


Figura 136: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades**, nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla LXXXIII: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? Según edad.

¿Sueles tomar bebidas alcohólicas?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Nunca	258	225	86	569
Algunas veces	98	181	145	424
Los fines de semana	45	111	128	284
Casi todos los días	1	4	5	10
No contesta			1	1
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, **el consumo de alcohol va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados**. Así, de un **65%** de los de 12-13 años, que no beben, pasa a un **43%** de los de 14 años que no beben y baja a un **24%** para los de 15-16-17 años. Reconoce que **bebe algunas veces** el **24%** de los de 12-13 años, porcentaje que sube al **35%** de los de 14 años y al **40%** de los de 15-16-17. Del **11%** de 12-13 años que **bebe los fines de semana**, se pasa a un **21%** de los de 14 años y sube a un **35%** para los de 15-16-17. Finalmente, refiere beber **casi todos los días** el **0,2%** de los de 12-13 años, el **0,8%** de los de 14 años y el **1,4%** de los de 15-16-17.

Este aumento de consumo es **estadísticamente significativo** ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 139,06$).

A pesar de que hay 2 casillas con menos de 5 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suman un 16,7% de las 12 casillas estudiadas).

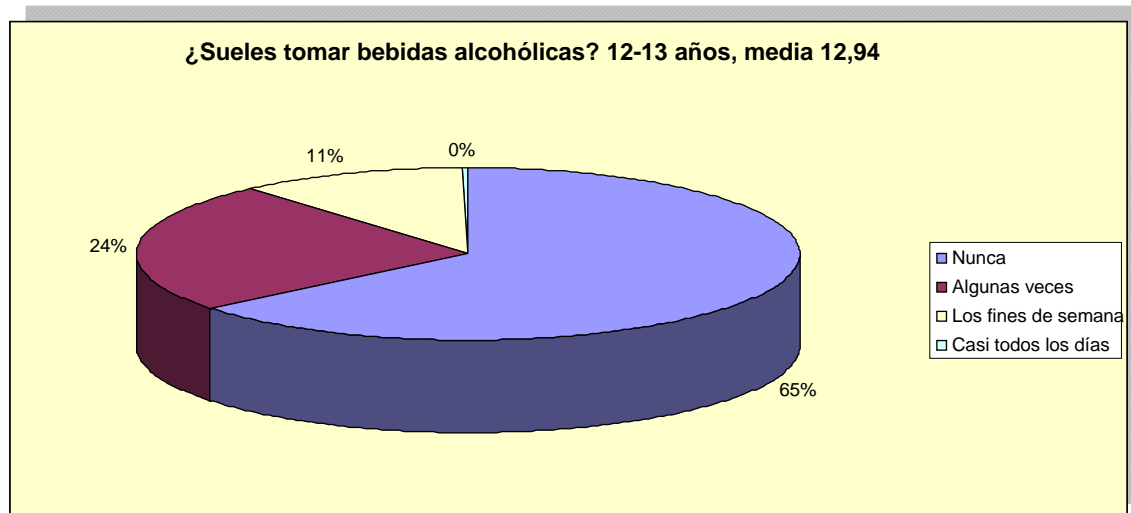


Figura 137: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? 12-13 años.



Figura 138: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? 14 años.

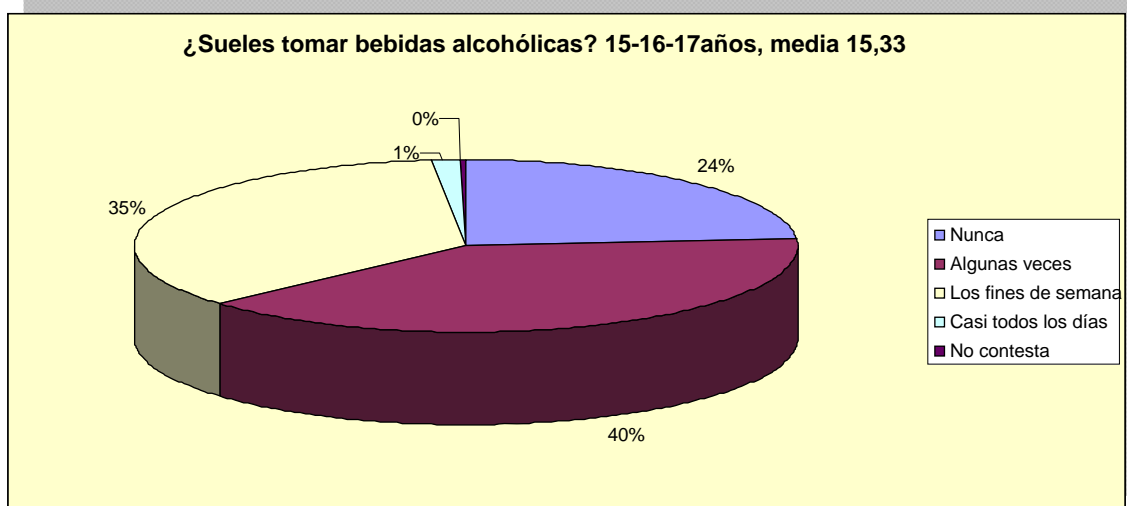


Figura 139: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? 15-16-17 años.

7. La pregunta 17: “¿Cuál es el principal motivo por el que bebes alcohol?”, es una pregunta con dos aspectos a tener en cuenta:

- a. El primero es que sólo la deben contestar los encuestados que en la pregunta 16 han referido beber alcohol al menos alguna vez (esto es, 718 adolescentes, 307 chicos y 411 chicas).
- b. El segundo es que es una pregunta de respuesta múltiple, con lo que la suma final de las respuestas es mayor de 718.

Tabla LXXXIV: Principal motivo para beber alcohol

¿Cuál es el principal motivo por el que bebes alcohol?	Chicos	Chicas	Total
Porque me gusta y me divierte	218	303	521
Porque me desinhibe y facilita las relaciones sociales	60	61	121

Porque si no lo haces te dejan fuera los amigos	11	8	19
Por otras razones	48	81	129
Total razones	337	453	790

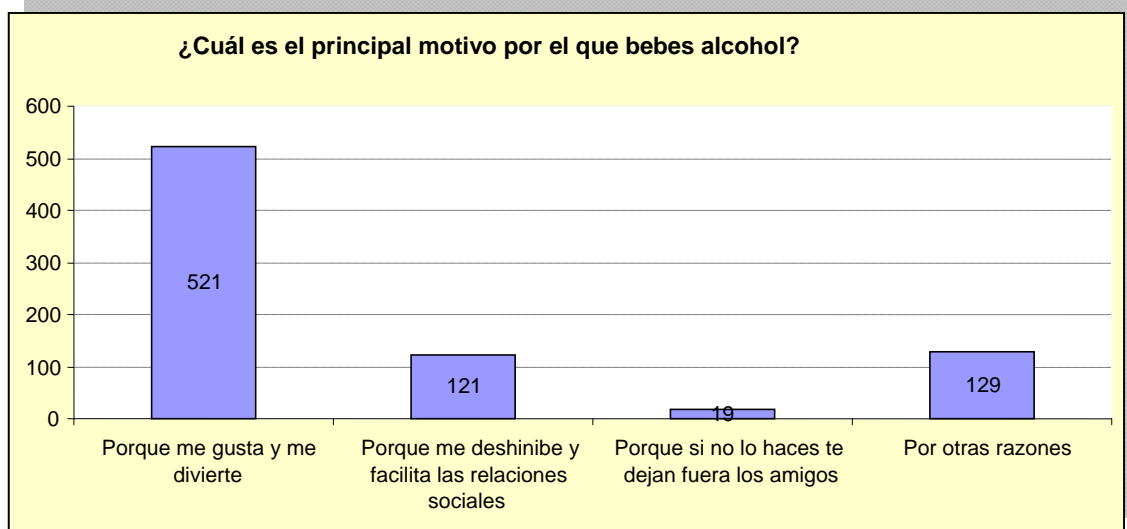


Figura 140: Principal motivo para beber alcohol

Con estos datos podemos concluir que *Porque me gusta y me divierte* es el principal motivo por el que los adolescentes beben alcohol. Lo indica el 72,6% de los que refieren beber alcohol (en el caso de los chicos el 71% y en el de las chicas el 73,7%).

Las otras razones son mucho menos importantes y hay algunas diferencias entre sexos: *Por otras razones* lo señala el 18% de los adolescentes que beben alcohol y es más importante en chicas (19,7%) que en chicos (15,6%). Por el contrario, *Porque me desinhibe y facilita las relaciones sociales* lo señala el 16,9% de los que refieren beber alcohol y es más importante en chicos (19,5%) que en chicas (14,8%).

Por último, *Porque si no lo haces te dejan fuera los amigos* sólo lo marca el 2,6% de los adolescentes que beben alcohol (en el caso de las chicas el 1,9% y en el de los chicos el 3,6%).

Gráficamente podemos representar a los chicos y chicas por separado:

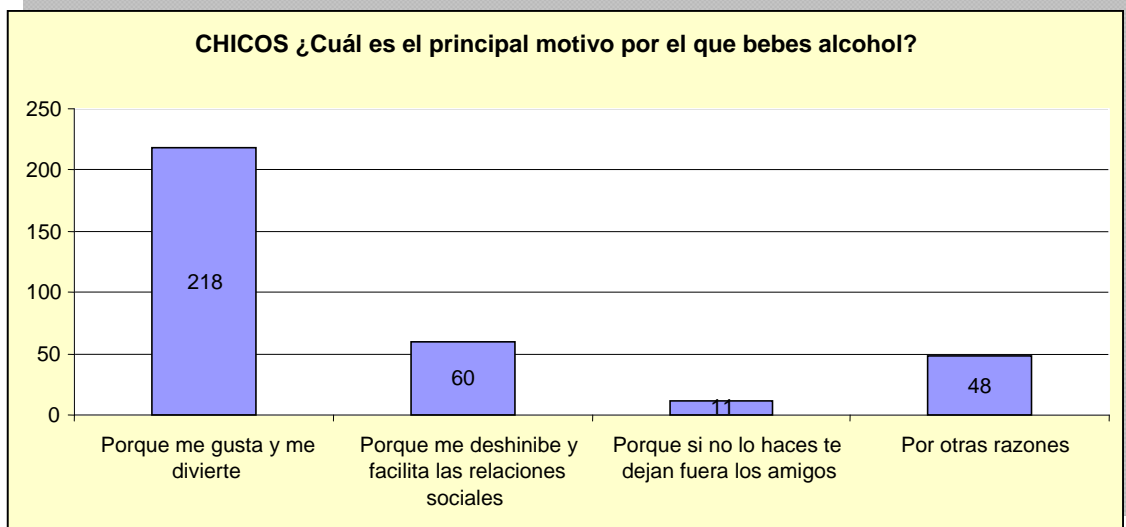


Figura 141: Principal motivo para beber alcohol. Chicos.

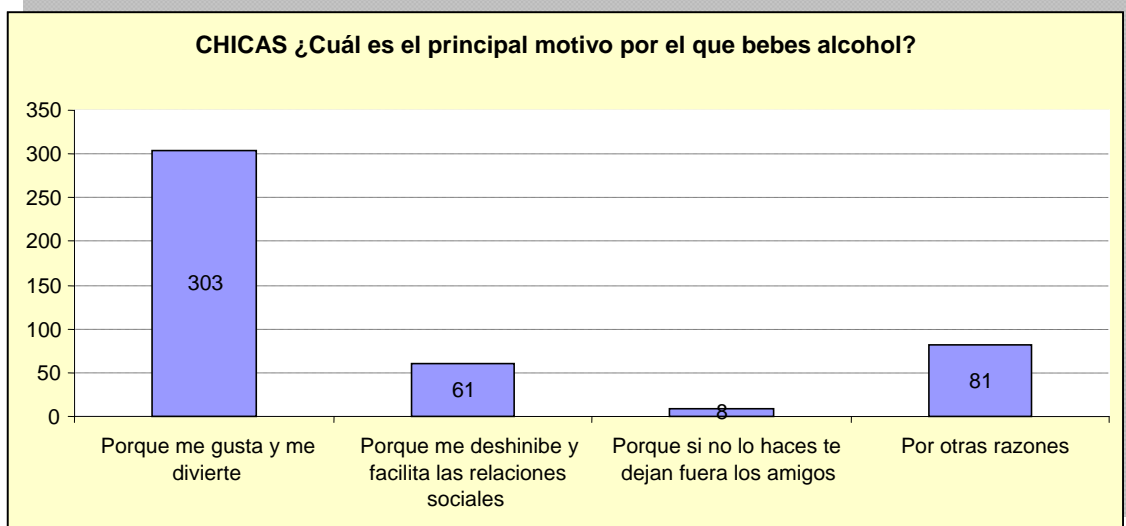


Figura 142: Principal motivo para beber alcohol. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla LXXXV: Principal motivo para beber alcohol según edad.

¿Cuál es el principal motivo por el que bebes alcohol?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Porque me gusta y me divierte	97	223	201	521
Porque me desinhibe y facilita las relaciones sociales	17	48	56	121
Porque si no lo haces te dejan fuera los amigos	7	7	5	19
Por otras razones	28	49	52	129
Total razones	149	327	314	790

Con estos datos podemos concluir que (como ya hemos dicho antes) *Porque me gusta y me divierte* es el principal motivo por el que los adolescentes beben alcohol y su importancia se mantiene en las diferentes edades de los encuestados. La marca el **67,4%** de los 144 adolescentes de 12 y 13 años que beben , el **75,3%** de los 296 adolescentes de 14 años que beben y el **72,3%** de los 278 adolescentes de 15, 16 y 17 años que beben.

También se mantiene más o menos constante la respuesta *Por otras razones*, que la marca el **19,4%** de los de 12-13 años, el **16,6%** de los de 14 años y el **18,7%** de los de 15-16-17.

Sin embargo, hay otros motivos para beber que sí que tienen tendencias diferentes conforme avanza la edad de los encuestados:

- *Porque me desinhibe y facilita las relaciones sociales*: Cada vez es más importante. Así de **11,8%** de los de 12-13 años, pasa a un **16,2%** de los de 14 años y sube a un **20,1%** de los de 15-16-17.
- *Porque si no lo haces te dejan fuera los amigos*: Cada vez es menos importante. Así del **4,9%** de los de 12-13 años, pasa al **2,4%** de los de 14 años y al **1,8%** de los de 15-16-17.

8. La pregunta 18 se hace sólo a los que en la pregunta 16 han confesado que beben alcohol (718 adolescentes, 307 chicos y 411 chicas). Dice: “¿Cuántas veces te has emborrachado en el último año?”

Tabla LXXXVI: Borracheras en el último año

	Chicos	Chicas	Total
Ninguna vez	139	173	312
Una o dos veces	84	116	200
De 3 a 5	33	40	73
Entre 5 y 10	16	42	58
Más de 10	35	37	72
No contesta	0	3	3
Total	307	411	718

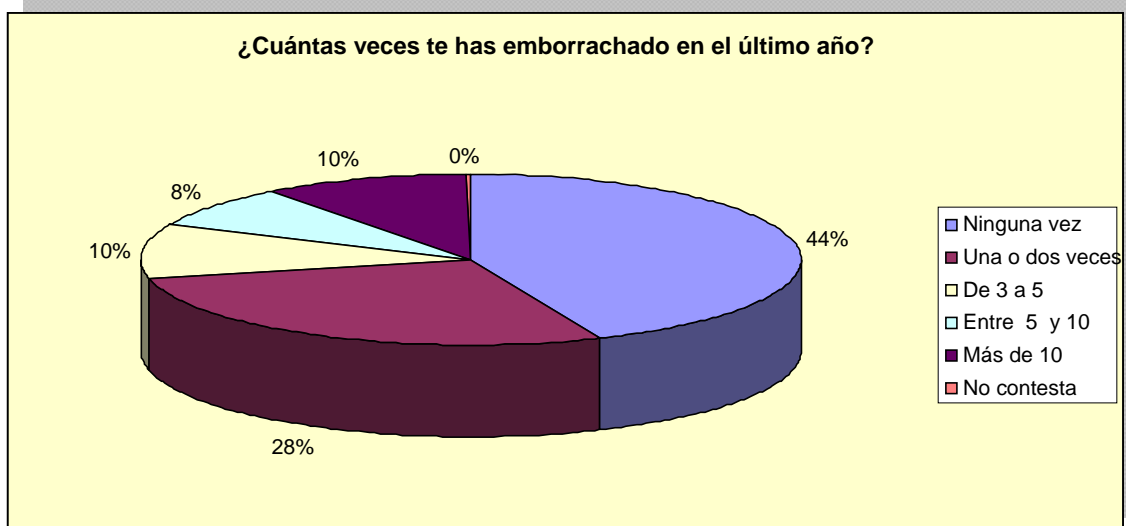


Figura 143: Borracheras en el último año.

El **43,6%** de los adolescentes que beben alcohol (el **45,3%** de los chicos y el **42,3%** de las chicas) asegura **no haberse emborrachado** en el último año. El **27,9%** refiere haberse emborrachado **una o dos veces** (**27,4%** de ellos y **28,2%** de las ellas). De **3 a 5** borracheras en el último año dice haber tenido el **10,2%** de los encuestados que beben (**10,7%** de chicos, y el **9,7%** de chicas). **Entre 5 y 10** veces refiere haberse emborrachado el **8,1%** (**10,2%** de chicas y **5,2%** de chicos). El **10%** de los adolescentes que beben se ha emborrachado **más de 10 veces** en el último año (**11,4%** de los ellos y **9%** de las ellas).

Podemos concluir que **la frecuencia de borracheras entre chicos y chicas está muy repartida** y las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p=0,1317, \chi^2 =7,08$).

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla LXXXVII: Borracheras en el último año según edad

¿Cuántas veces te has emborrachado en el último año?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Ninguna vez	90	150	72	312
Una o dos veces	28	78	94	200
De 3 a 5	14	27	32	73
Entre 5 y 10	2	25	31	58
Más de 10	9	13	50	72

No contesta	1	2		3
Total	144	296	278	718

Como se ve en los siguientes gráficos, **la frecuencia de borracheras va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados**. Así, de un **63%** de 12-13 años que no se han emborrachado en el último año, pasa a un **52%** de los de 14 años y baja a un **26%** para los de 15-16-17 años.

Reconoce que se ha emborrachado **una o dos veces** el **19%** de los de 12-13 años, que sube al **26%** de los de 14 años y al **34%** de los de 15-16-17.

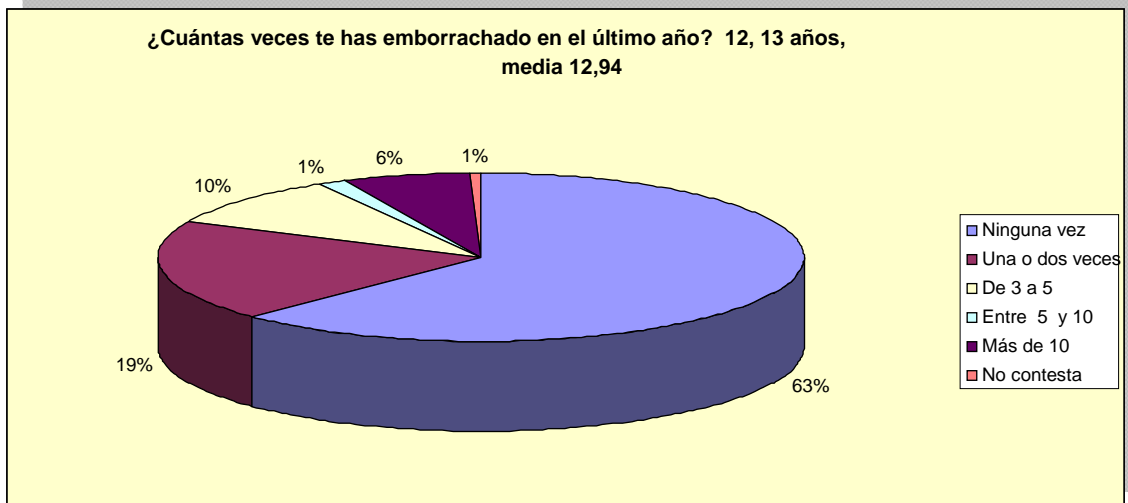
Del **10%** de 12-13 años que se han emborrachado de **3 a 5 veces**, se pasa a un **9%** de los de 14 años y a un **11%** para los de 15-16-17; por tanto, parece que se mantiene constante esta frecuencia de borracheras al año entre las diferentes edades (aunque puede que la causa es que sea una etapa de transición por la que pasan los que van a emborracharse más de 5 veces al año).

Reconoce que se ha emborrachado **entre 5 y 10 veces** el **1%** de los de 12-13 años, que sube al **8%** de los de 14 años y al **11%** de los de 15-16-17 años.

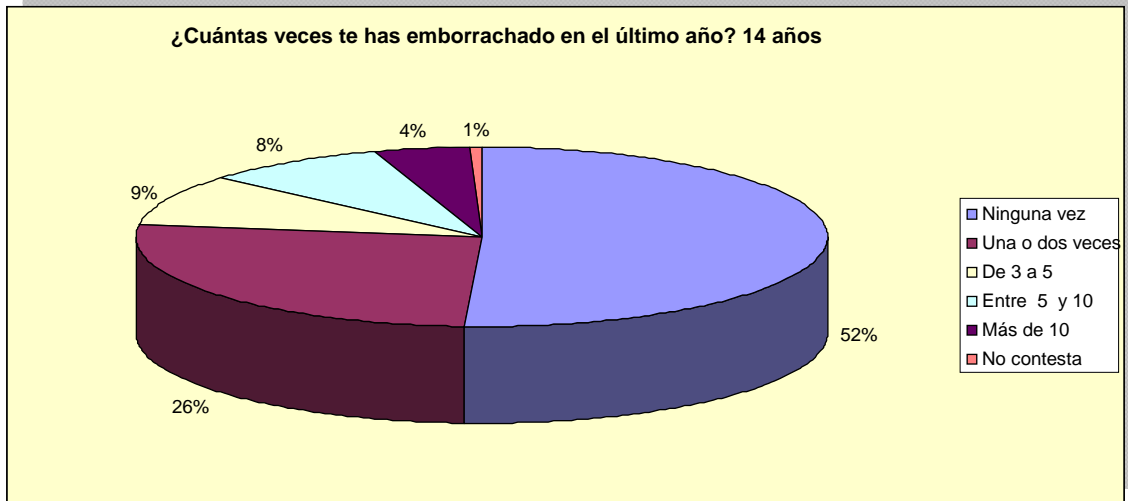
Más de 10 veces en el último año refiere haberse emborrachado el **6%** de los de 12-13 años que beben alcohol, el **4%** de los de 14 años y sube al **18%** de los de 15-16-17.

Este aumento de la frecuencia de borracheras con la edad es estadísticamente significativo ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 83,61$).

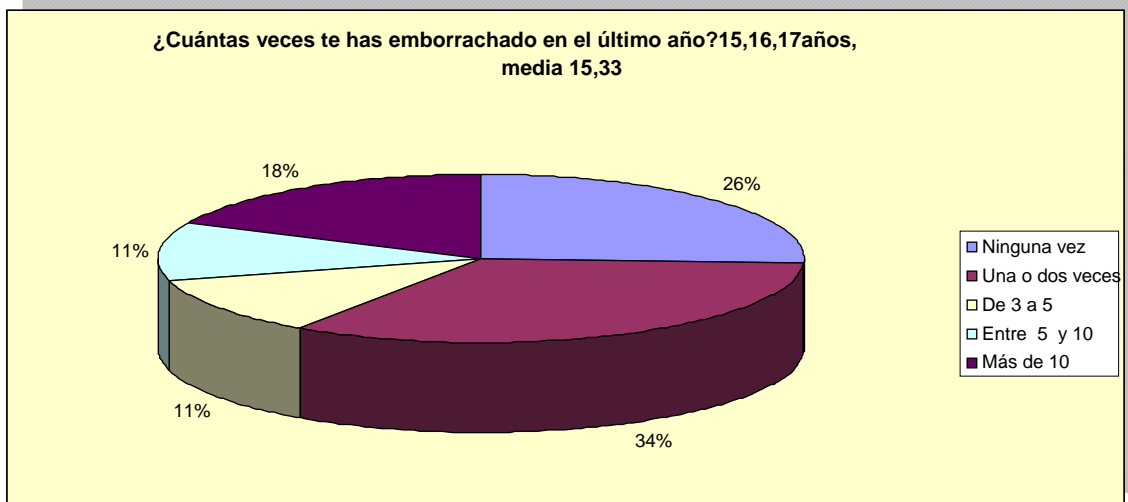
A pesar de que hay 1 casilla con menos de 5 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suman un 6,7% de las 15 casillas estudiadas).



Borracheras en el último año. 12-13 años



Borracheras en el último año. 14 años



Borracheras en el último año. 15-16-17 años

9. A la pregunta 19 (que se hace a todos los encuestados): “¿Has consumido drogas ilegales alguna vez?”, los adolescentes responden de la siguiente manera:

Tabla LXXXVIII: Consumo de drogas ilegales.

	Chicos	Chicas	Total
No, nunca	479	643	1122
Sí, alguna vez, para probarlo	56	51	107
Sí, de vez en cuando	12	24	36
Sí, siempre que puedo	10	4	14
Sí, me considero "enganchado"	4	2	6
No contesta	2	2	4
Total	563	726	1289

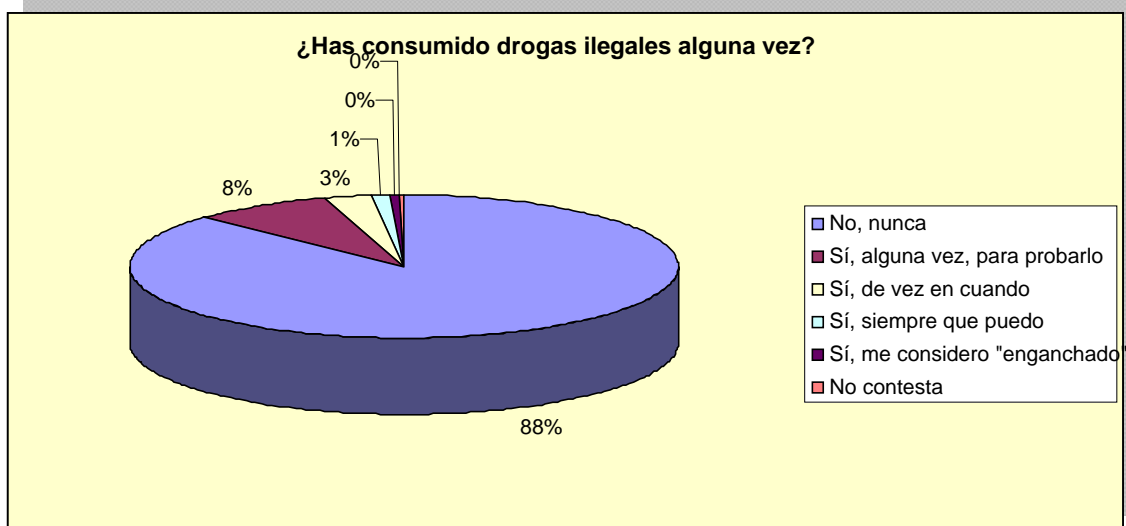


Figura 147: Consumo de drogas ilegales.

Para poder analizar estadísticamente esta tabla, agrupo las categorías *Sí, siempre que puedo* y *Sí, me considero "enganchado"*:

Tabla LXXXIX: Consumo de drogas ilegales modificada.

¿Has consumido drogas ilegales alguna vez?	Chicos	Chicas	Total
No, nunca	479	643	1122
Sí, alguna vez, para probarlo	56	51	107
Sí, de vez en cuando	12	24	36
Sí, siempre que puedo/Si me considero	14	6	20

"enganchado"			
No contesta	2	2	4
Total	402	521	1288

Como conclusión a estos datos, observamos que la gran mayoría de los adolescentes de nuestra encuesta nunca han consumido drogas ilegales (el 87% del total, en el caso de los chicos un 85,1% y en el de las chicas un 88,6%).

El 8,3% de los encuestados afirma haberlo hecho alguna vez para probarlo (en el caso de los chicos un 9,9% y en el de las chicas un 7%).

El 2,8% refiere consumir de vez en cuando (2,1% de chicos y 3,3% de chicas).

El 1,1% de los encuestados dice consumir siempre que puede (1,8% de los chicos y 0,6% de las chicas).

Finalmente, el 0,5% de los adolescentes se considera "enganchado" a las drogas ilegales (0,7% de los chicos y 0,3% de las chicas).

Con el test chi cuadrado hemos demostrado que las diferencias encontradas entre chicos y chicas son estadísticamente significativas ($p=0,0123$ y $\chi^2=10,9$).

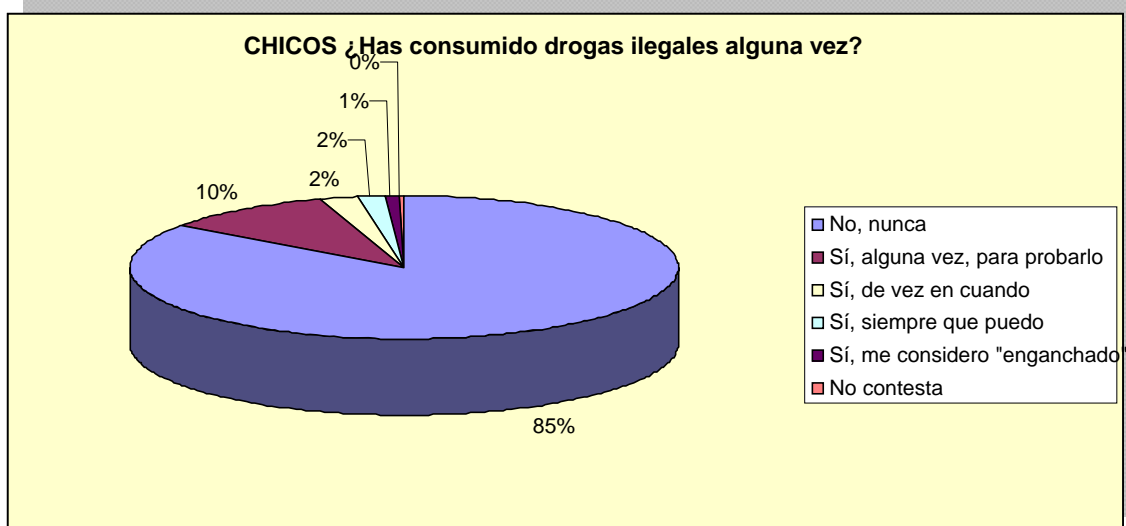


Figura 148: Consumo de drogas ilegales. Chicos.

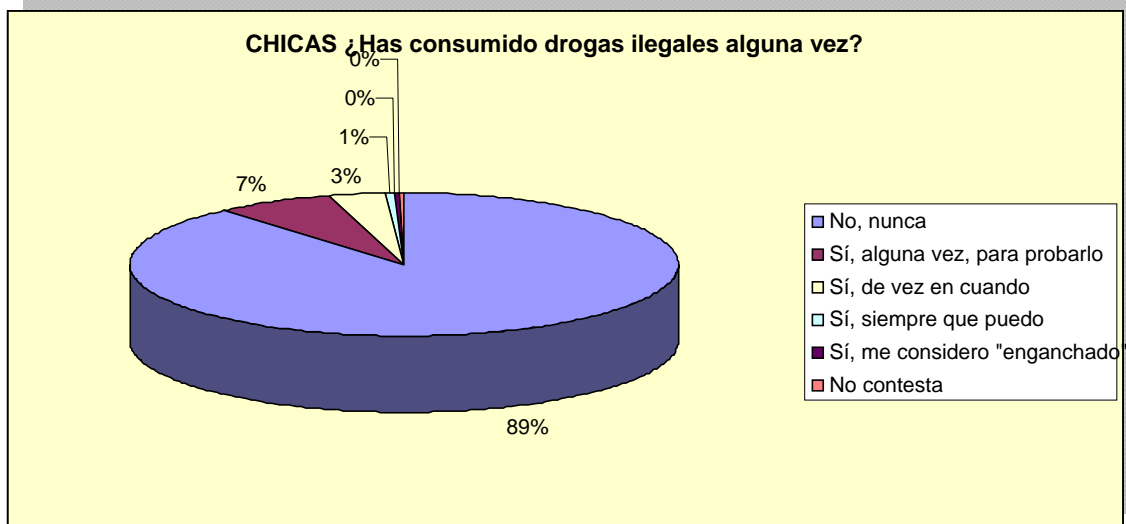


Figura 149: Consumo de drogas ilegales. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla XC: Consumo de drogas ilegales según edad.

¿Has consumido drogas ilegales alguna vez?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
No, nunca	389	470	262	1121
Sí, alguna vez, para probarlo	10	37	60	107
Sí, de vez en cuando	2	6	28	36
Sí, siempre que puedo		4	10	14
Sí, me considero "enganchado"	1	2	3	6
No contesta		2	2	4
Total	402	521	365	1288

Para poder analizar estadísticamente esta tabla, agrupo las categorías *Sí, siempre que puedo* y *Sí, me considero "enganchado"*.

Tabla XCI: Consumo de drogas ilegales según edad, modificada.

¿Has consumido drogas ilegales alguna vez?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
No, nunca	389	470	262	1121
Sí, alguna vez, para probarlo	10	37	60	107

Sí, de vez en cuando	2	6	28	36
Sí, siempre que puedo/Si me considero "enganchado"	1	6	13	20
No contesta		2	2	4
Total	402	521	365	1288

Ahora sí que puedo usar el test chi cuadrado (a pesar de que hay 2 casillas con menos de 5 observaciones podemos usarlo ya que sólo suman un 16,7% de las 12 casillas estudiadas).

Como se ve en los siguientes gráficos, **el consumo de drogas ilegales va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados**. Además, las diferencias encontradas entre los grupos de edades son **estadísticamente significativas** ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 119,28$).

Del **98%** de 12-13 años que **nunca** han consumido, pasa a un **91%** de los de 14 años y baja a un **71%** para los de 15-16-17 años.

Reconoce que ha consumido **alguna vez para probarlo** el **2%** de los de 12-13 años, que sube al **7%** de los de 14 años y al **16%** de los de 15-16-17 años.

Consumo de vez en cuando el **0,5%** de los de 12-13 años, que sube al **1,2%** de los de 14 años y al **7,7%** de los de 15-16-17.

Siempre que puede no consume ninguno de los de 12-13 años, que sube al **0,8%** de los de 14 años y al **2,7%** de los de 15-16-17.

Finalmente se considera **"enganchado"** el **0,2%** de los de 12-13 años, que sube al **0,4%** de los de 14 años y al **0,8%** de los de 15-16-17 años.

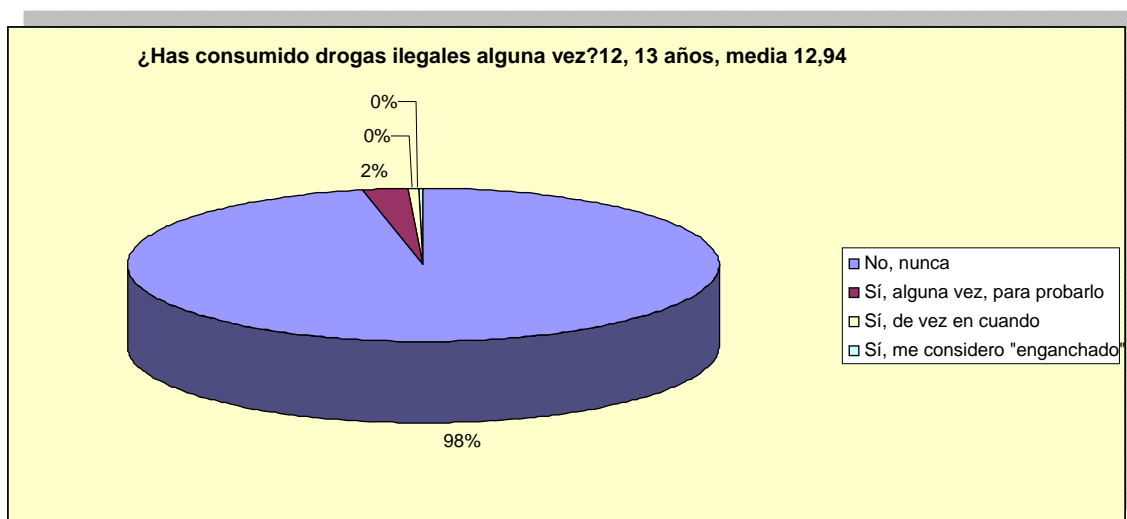


Figura 150: Consumo de drogas ilegales. 12-13 años.

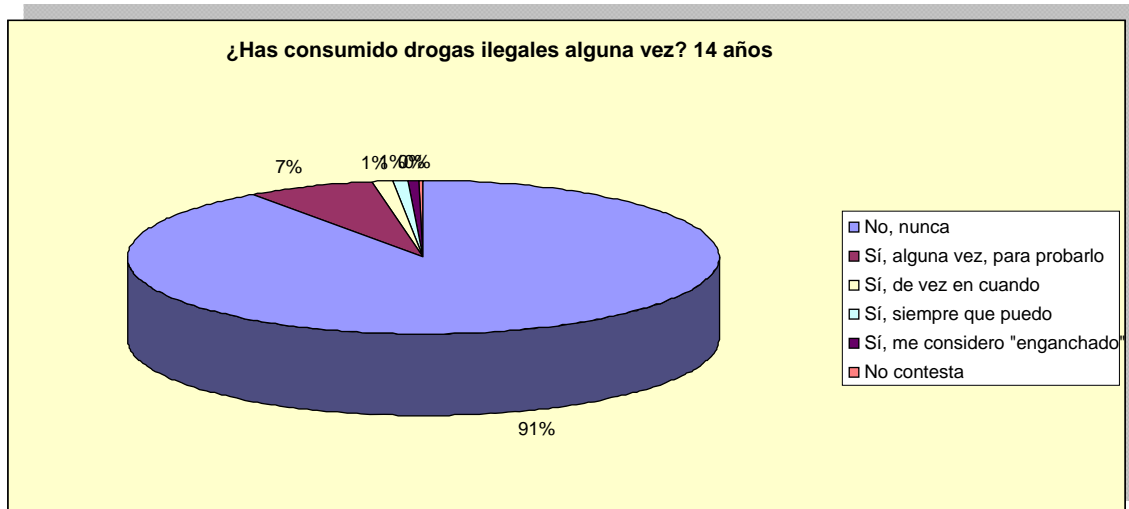


Figura 151: Consumo de drogas ilegales.14 años.

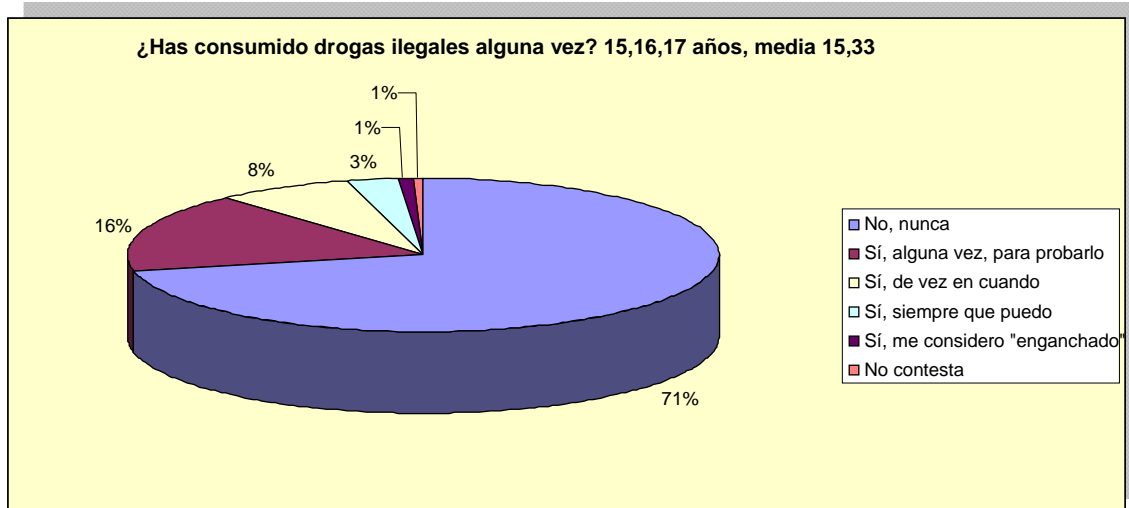


Figura 152: Consumo de drogas ilegales.15-16-17 años

CAPÍTULO IV: SEXUALIDAD

1. En la pregunta 8, segundo apartado, se pregunta a los encuestados: “¿Qué nivel de información tienes sobre enfermedades de transmisión sexual?”

Tabla XCII: Información sobre ETS

	Chicos	Chicas	Total
Suficiente	342	432	774
Poco	169	236	405

Nada	49	56	105
No contesta	3	2	5
Total	563	726	1289

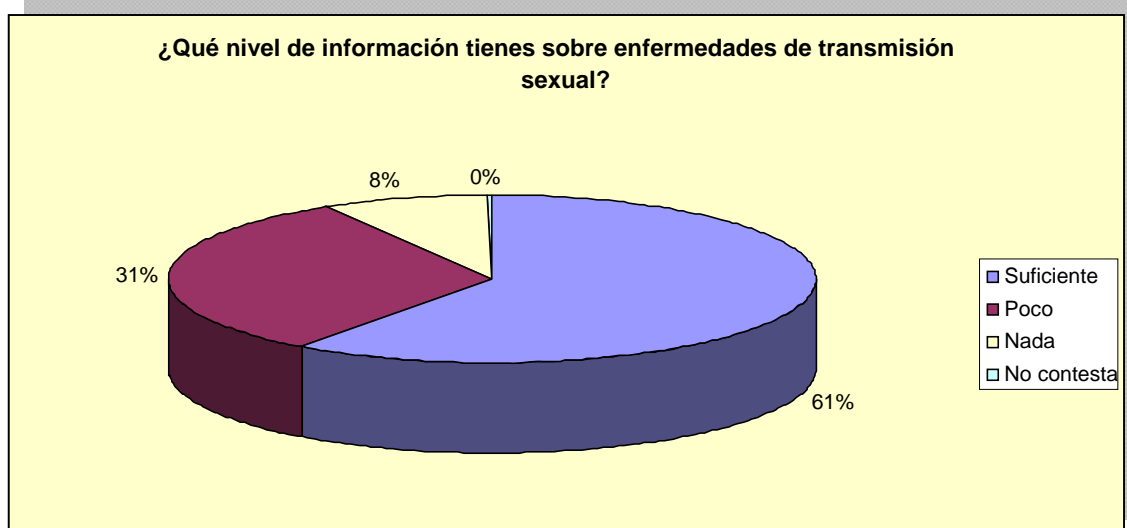


Figura 153: Información sobre ETS

Según estos datos la mayoría de los adolescentes cree tener suficiente información sobre enfermedades de transmisión sexual (60% del total, 60,7% de los chicos y 59,5 % de las chicas). El 31,4% (30% de los chicos y 32,5% de las chicas) refiere tener poca y el 8,1% (8,7% de los chicos y 7,7% de las chicas) no tener nada de información. No hay diferencias estadísticamente significativas entre lo que opinan chicos y chicas ($p=0,5809$, $\chi^2 = 1,087$).

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla XCIII: Información sobre ETS según edad.

¿Qué nivel de información tienes sobre enfermedades de transmisión sexual?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Suficiente	199	319	255	773
Poco	153	180	72	405
Nada	49	22	34	105
No contesta	1		4	5
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un 50% de 12-13 años que dicen tener suficiente información, pasa a un 61% de los de 14 años y sube a un 70% para los de 15-16-17 años. De la misma manera, refiere tener poca información el 38% de los de 12-13 años, que baja al 35% de los de 14 años y al 20% de los de 15-16-17. Confiesa no tener nada de información el 12% de los de 12-13 años, que baja al 4% de los de 14 años y al 9% de los de 15-16-17 (único caso en que los de 14 años parecen tener más información que los de 15-16-17 años). Se demuestra con el test chi cuadrado que estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 55,13$)

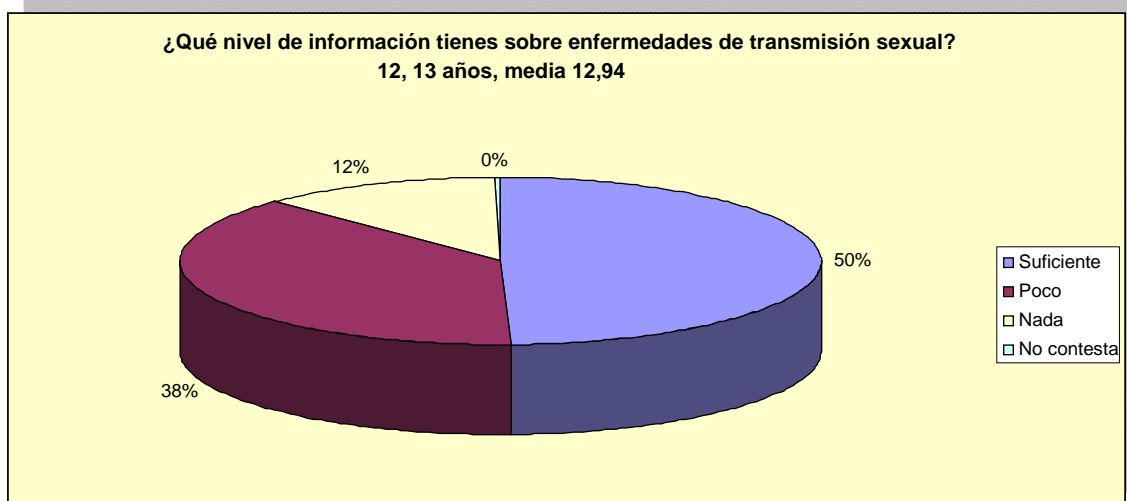


Figura 154: Información sobre ETS. 12-13 años.

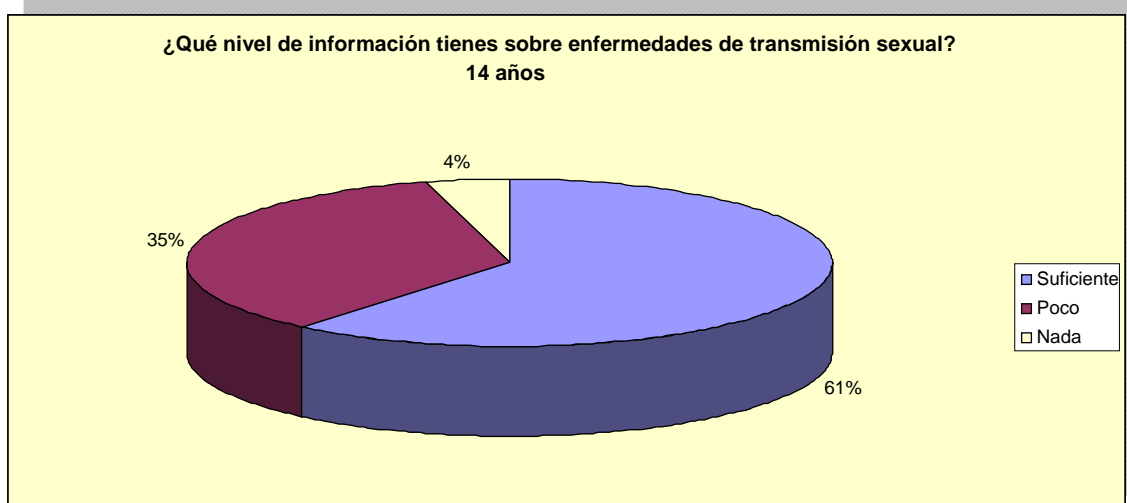


Figura 155: Información sobre ETS. 14 años.

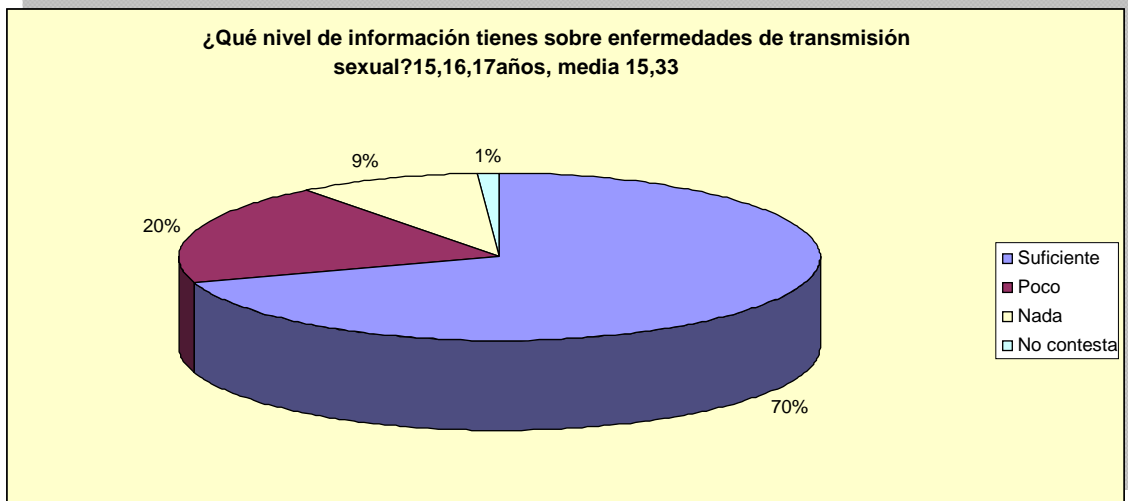


Figura 156: Información sobre ETS. 15-16-17 años.

2. En la pregunta 8, tercer apartado, se pregunta a los encuestados:
 “¿Qué nivel de información tienes sobre sexualidad?”

Tabla XCIV: Información sobre sexualidad.

	Chicos	Chicas	Total
Suficiente	420	512	932
Poco	105	164	269
Nada	34	46	80
No contesta	4	4	8
Total	563	726	1289

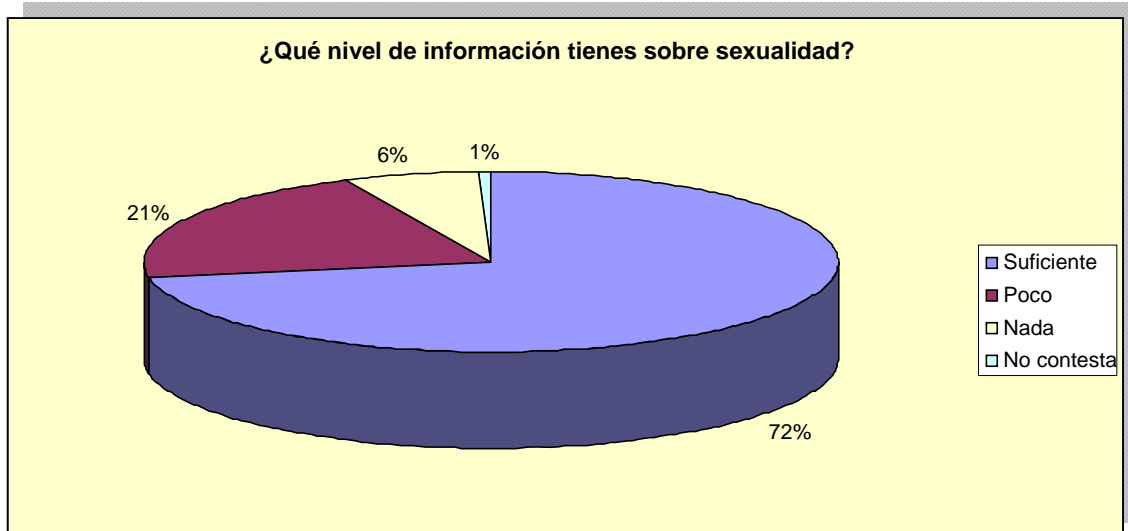


Figura 157: Información sobre sexualidad.

Según estos datos la mayoría de los adolescentes cree tener suficiente información sobre sexualidad (72,3% del total, 74,6% de los chicos y 70,5 % de las chicas). El 20,9% (18,7% de los chicos y 22,6% de las chicas) refiere tener poca y el 6,2% (6% de los chicos y 6,3% de las chicas) no tener nada de información.

Las diferencias encontradas entre chicos y chicas no son estadísticamente significativas ($p=0,21$, $\chi^2 =3,13$).

Si ahora analizamos los datos por edades nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla XCV: Información sobre sexualidad según edad

¿Qué nivel de información tienes sobre sexualidad?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Suficiente	265	385	282	932
Poco	104	112	52	268
Nada	32	21	27	80
No contesta	1	3	4	8
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, el conocimiento sobre sexualidad va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, de un 66% de los de 12-13 años que dicen tener suficiente información, pasa a un 74% de los de 14 años y sube a un 78% para los de 15-16-17 años. De la misma manera, refiere tener poca información el 26% de los de 12-13 años, que baja al 21% de los de 14 años y al 14% de los de 15-16-17. Confiesa no tener nada de información el 8% de los de 12-13 años, que baja al 4% de los de 14 años y al 7% de los de 15-16-17 años (único caso en que los de 14 años parecen tener más información que los 15-16-17, al igual que ha ocurrido en el apartado anterior).

Se demuestra con el test chi cuadrado que estas diferencias son estadísticamente significativas ($p=0,0001$, $\chi^2 =23,1$).

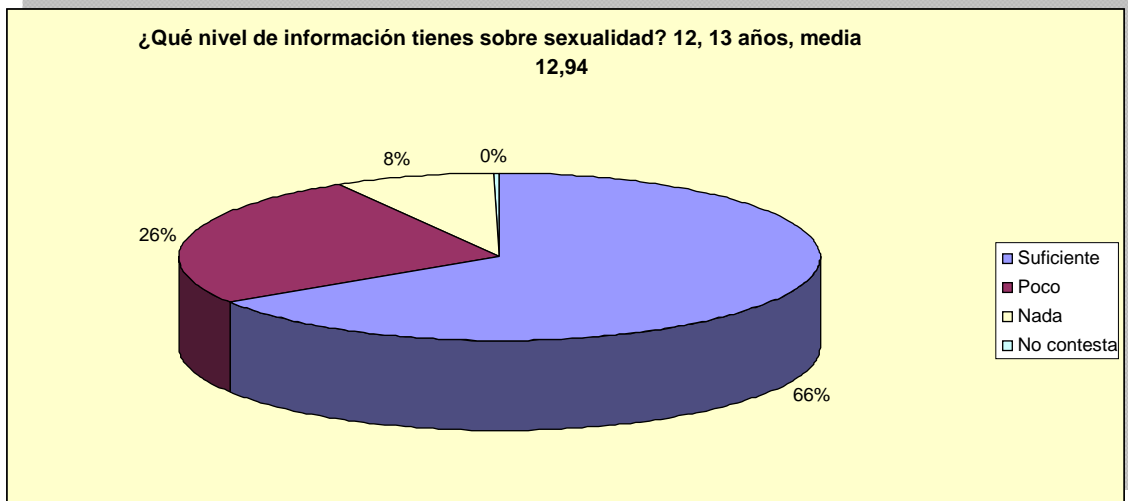


Figura 158: Información sobre sexualidad. 12-13 años.

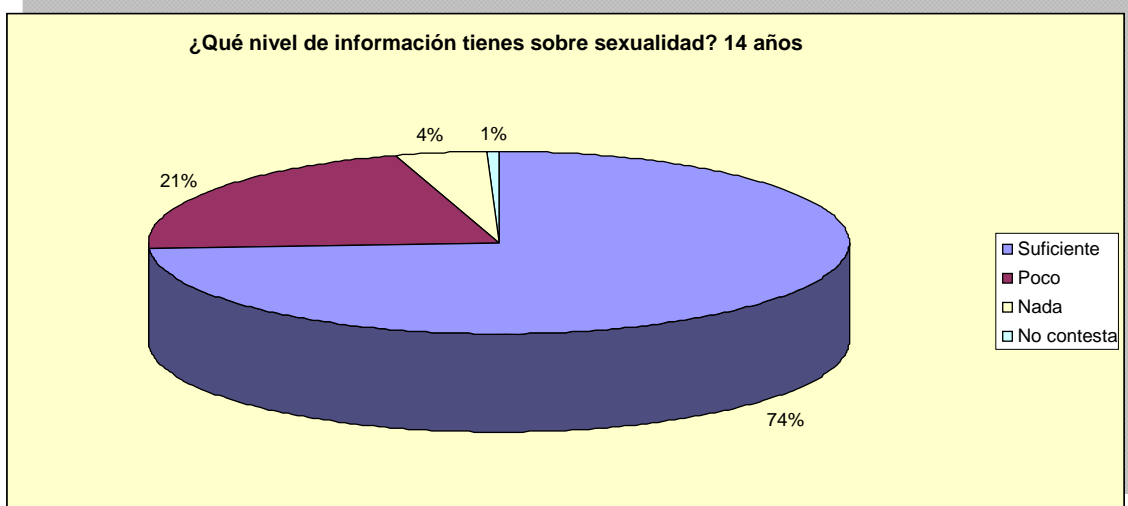


Figura 159: Información sobre sexualidad. 14 años

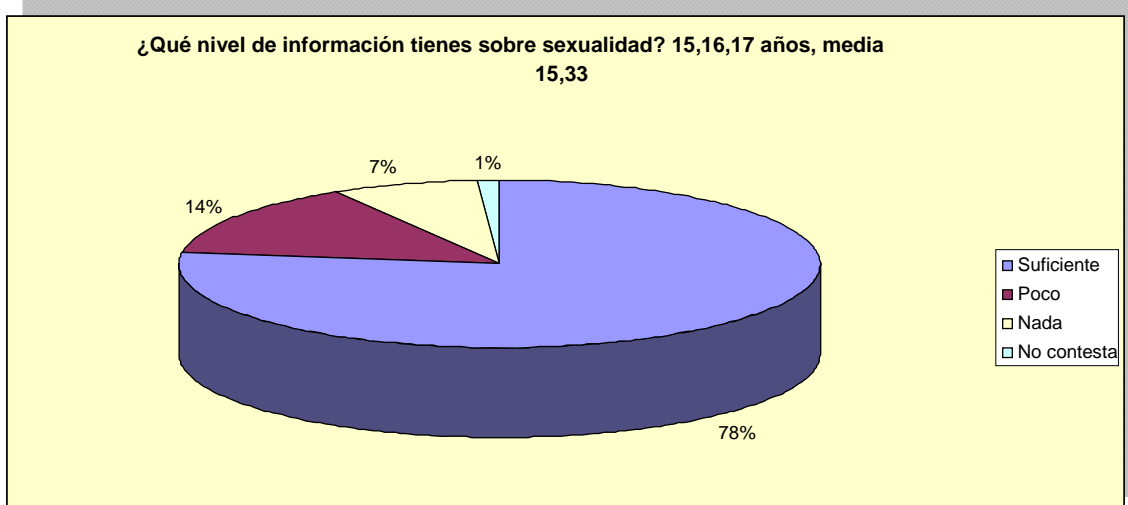


Figura 160: Información sobre sexualidad. 15-16-17 años

3. En la pregunta 20 se pregunta a los encuestados: “¿Qué edad consideras que es la adecuada para hablar sobre sexualidad?”

Tabla XCVI: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad.

	Chicos	Chicas	Total
Antes de los 5 años	14	3	17
De 5 a 8	21	24	45
De 9 a 11	120	133	253
De 12 a 14	394	552	946
Nunca	13	13	26
No contesta	1	1	2
Total	563	726	1289

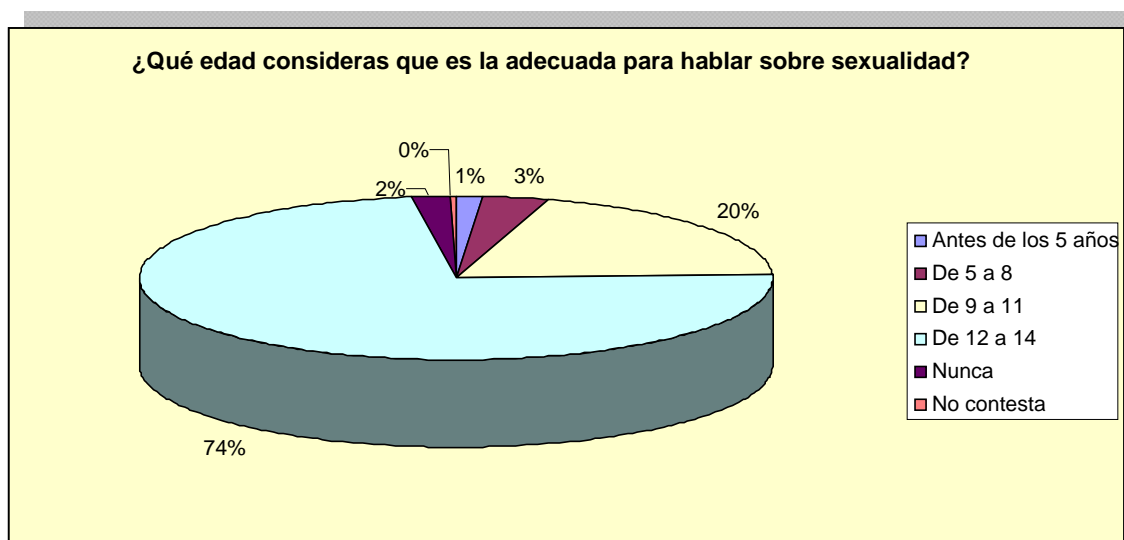


Figura 161: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad.

La gran mayoría (el 73,4%) de los adolescentes cree que la edad adecuada para hablar sobre sexualidad es de 12 a 14 años. Este porcentaje es aún más alto en las chicas (76%) que en los chicos (70%).

De 9 a 11 años es la edad adecuada para el 19,6% de los encuestados, más en chicos (21,3%) que en chicas (18,3%).

El resto de edades son muy minoritarias: el 3,5% de 5 a 8 años (3,7% de los chicos y 3,3% de las chicas) y el 1,3% antes de los 5 años (2,5% de los chicos y 0,4% de las chicas).

Estas cifras parecen sugerir que las chicas prefieren hablar sobre sexualidad a edades menos precoces que los chicos, aunque queda claro que para ambos sexos la edad más adecuada sea de 12 a 14 años.

Sólo un 2% de los encuestados (2,3% de chicos y 1,8% de chicas) cree que es mejor no hablar nunca de sexualidad.

Se demuestra con el test chi cuadrado que estas diferencias entre chicos y chicas son estadísticamente significativas ($p=0,0074$, $\chi^2 = 13,95$).

A pesar de que hay 1 casilla con menos de 5 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suma un 10% de las 10 casillas estudiadas).

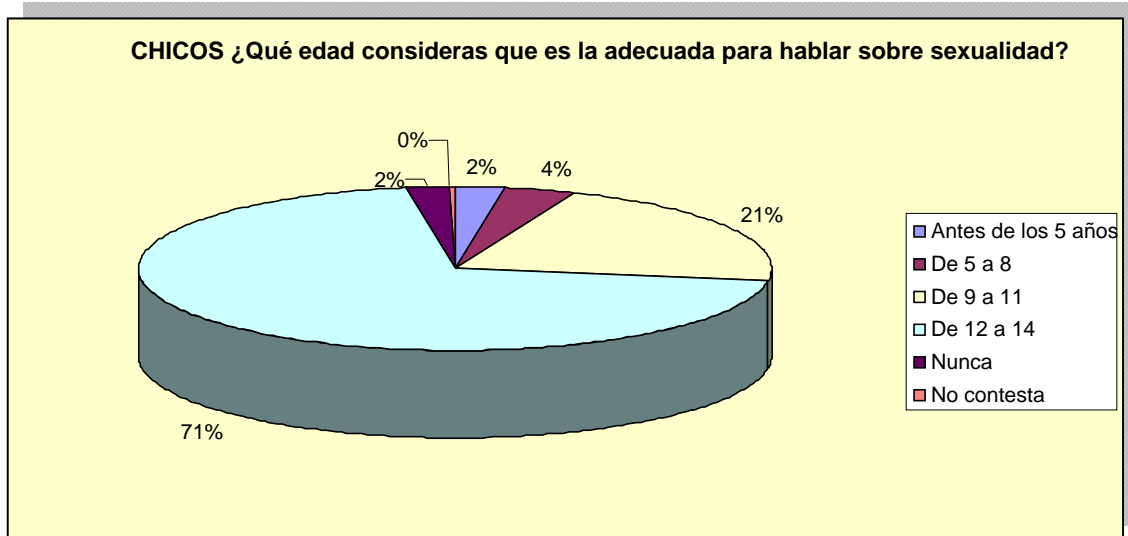


Figura 162: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad. Chicos.

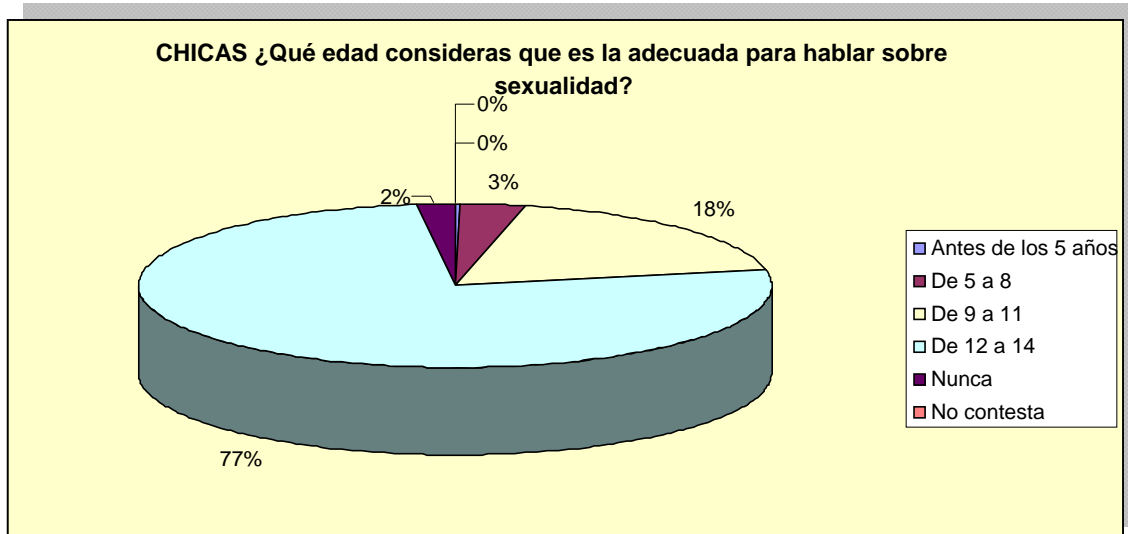


Figura 163: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla XCVII: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad según edad

¿Qué edad consideras que es la adecuada para hablar sobre sexualidad?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Antes de los 5 años	4	9	4	17
De 5 a 8	18	10	17	45
De 9 a 11	74	105	74	253
De 12 a 14	292	391	262	945
Nunca	14	5	7	26
No contesta		1	1	2
Total	402	521	365	1288

En esta cuestión, no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra y las diferencias existentes no son estadísticamente significativas ($p=0,0531$, $\chi^2 =15,33$).

Así, **antes de los 5 años** considera que es la edad adecuada para hablar sobre sexualidad el **1%** de los de 12 y 13 años, el **1,7%** de los de 14 años y el **1,1%** de los de 15, 16 y 17 años.

De 5 a 8 años considera que es la edad adecuada el **4,5%** de los de 12-13 años, el **1,9%** de los de 14 años y el **4,7%** de los de 15-16-17.

De 9 a 11 años es la edad adecuada para el **18,4%** de los de 12-13 años, el **20,2%** de los de 14 años y el **20,3%** de los de 15-16-17 años.

De 12 a 14 años considera que es la edad adecuada el **72,6%** de los de 12-13 años, el **75%** de los de 14 años y el **71,8%** de los de 15-16-17.

Para el **3,5%** de los de 12-13 años, el **1%** de los de 14 años y el **1,9%** de los de 15-16-17 años **nunca** se debería hablar sobre sexualidad.

A pesar de que hay 2 casillas con menos de 5 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suma un 13,3% de las 15 casillas estudiadas).

4. En la pregunta 21 preguntamos a los adolescentes: “¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad?”

Tabla XCVIII: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad?

	Chicos	Chicas	Total
Nada	7	5	12
Poco	40	63	103
Regular	171	253	424
Bastante	269	350	619
Mucho	76	55	131
Total	563	726	1289

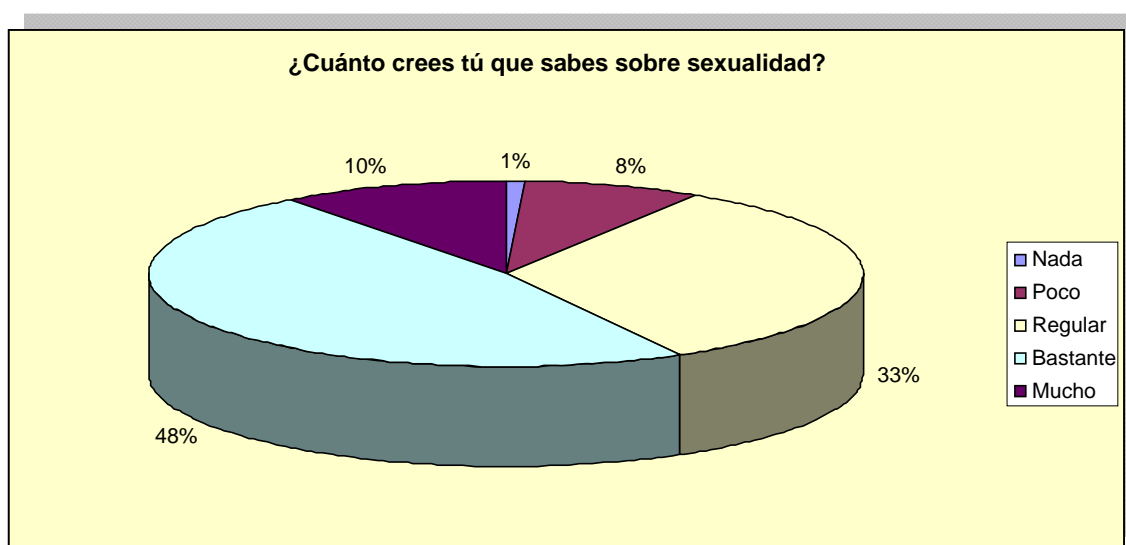


Figura 164: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad?

Podemos observar que **casi la mitad de los adolescentes cree saber “bastante” sobre sexualidad**. Así lo revela el **48%** del total, sin apenas diferencias entre sexos (**47,8%** de los chicos y **48,2%** de las chicas).

También hay pocas diferencias entre sexos entre los que dicen saber **“poco”**, que son el **8%** del total (**7,1%** de los chicos y **8,7%** de las chicas) y los que afirman no saber **“nada”**, que son el **0,9%** del total (**1,2%** de ellos y **0,6%** de ellas).

Donde sí hay más diferencias es entre los que refieren saber **“mucho”** de sexualidad (el **10,2%** del total). Hay una diferencia de casi 6 puntos porcentuales entre chicos (**13,5%**) y chicas (**7,6%**).

En sentido contrario, hay una diferencia de casi 5 puntos porcentuales entre **chicas (34,8%)** y **chicos (30,4%)** entre los que dicen saber **“regular”** sobre sexualidad (**32,9%** el total).

Estos datos sugieren que hay un **porcentaje de chicos** (en torno al 5%) que **creen que saben más sobre sexualidad que sus compañeras**.

Hemos demostrado usando el estadístico chi cuadrado que las diferencias encontradas entre **chicos y chicas** son **estadísticamente significativas** ($p=0,0049$, $\chi^2 =14,92$).

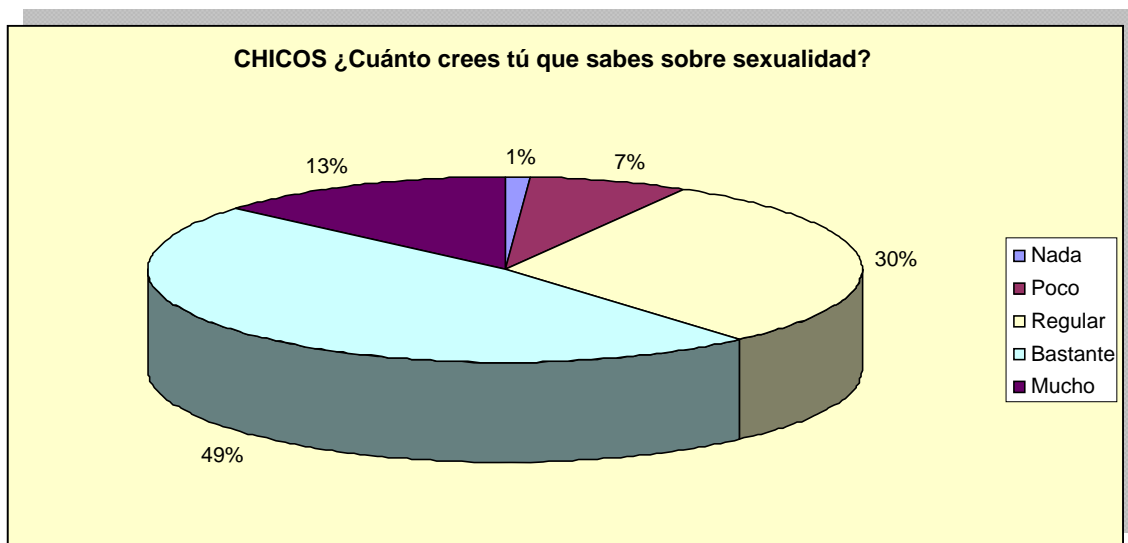


Figura 165: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? Chicos.

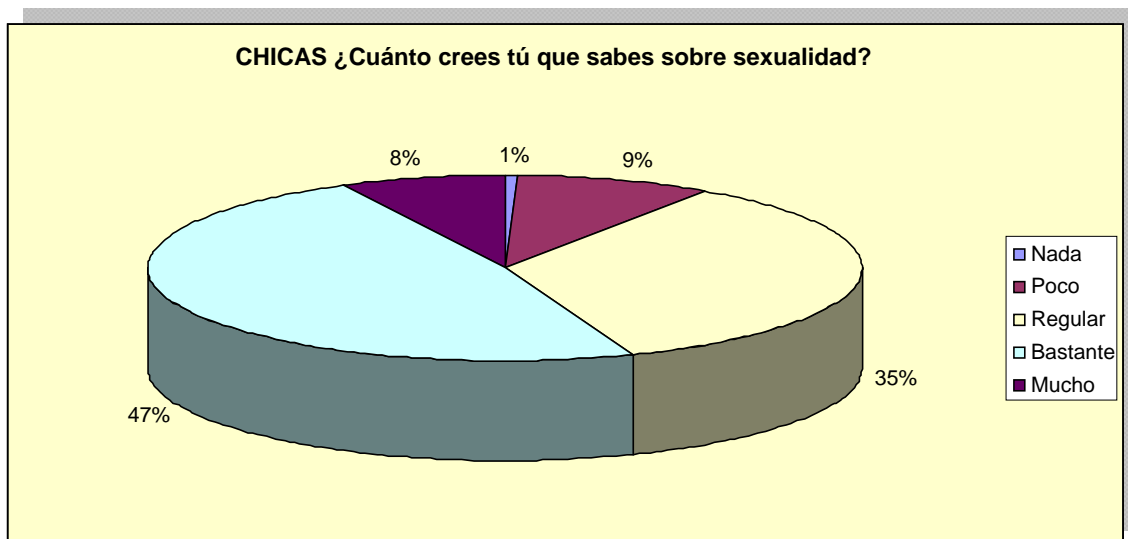


Figura 166: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla XCIX: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? Según edad.

¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Nada	5	3	4	12
Poco	43	35	25	103
Regular	154	173	96	423
Bastante	160	264	195	619
Mucho	40	46	45	131
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, parece que según avanza la edad de nuestros encuestados éstos creen saber más sobre sexualidad. Así, de un 10,7% de los de 12-13 años que dicen **saber poco**, baja a un 6,7% de los de 14 años y a un 6,8% para los de 15-16-17 años. De la misma manera, refiere **saber regular** el 38,3% de los de 12-13 años, que baja al 33,2% de los de 14 años y al 26,3% de los de 15-16-17. Dice **saber bastante** el 39,8% de los 12-13 años, que sube al 50,6% de los de 14 años y al 53,4% de los de 15-16-17. Los que dicen **saber mucho**, apenas se modifican con la edad (de un 10% de los de 12-13 años, pasa a un 8,8% de los de 14 años y a un 12,3% para los de 15-16-17). Tampoco se modifican apenas los que dicen **no saber nada** (de un 1,2% de los de 12-13 años, pasa a un 0,6% de los de 14 años y a un 1,1% para los de 15-16-17).

Hemos demostrado usando el estadístico chi cuadrado que las **diferencias encontradas son estadísticamente significativas** ($p=0,001$, $\chi^2 =26,24$).

A pesar de que hay 2 casillas con menos de 5 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suma un 13,3% de las 15 casillas estudiadas).

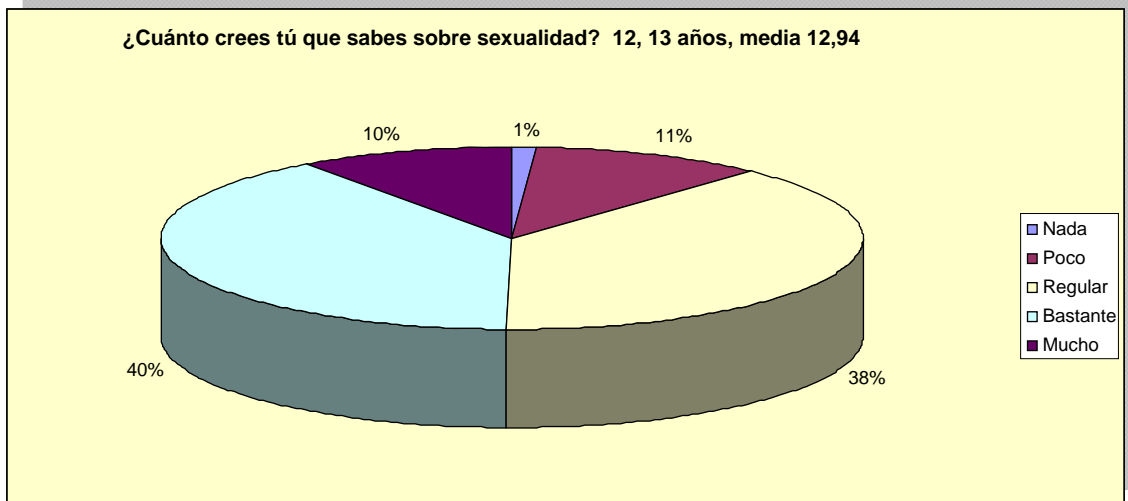


Figura 167: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? 12-13 años.

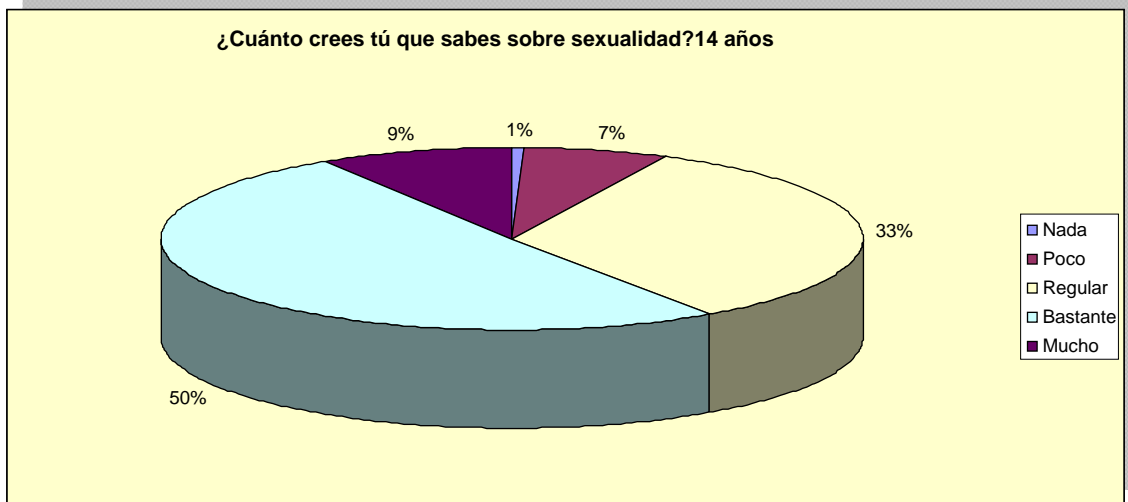


Figura 168: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? 14 años.

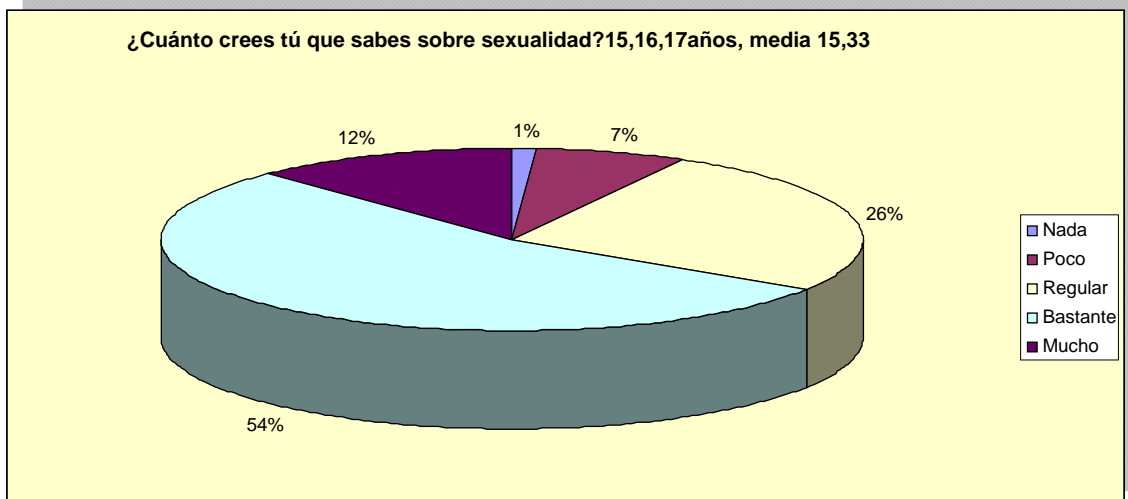


Figura 169: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? 15-16-17 años.

5. En la pregunta 22 se pregunta a los encuestados: “Y lo que sabes (de sexualidad) consideras que es para ti”

Tabla C: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti:

	Chicos	Chicas	Total
Muy insuficiente	19	20	39
Insuficiente	64	103	167
Suficiente	355	494	849
Más que suficiente	122	105	227
No contesta	3	4	7
Total	563	726	1289

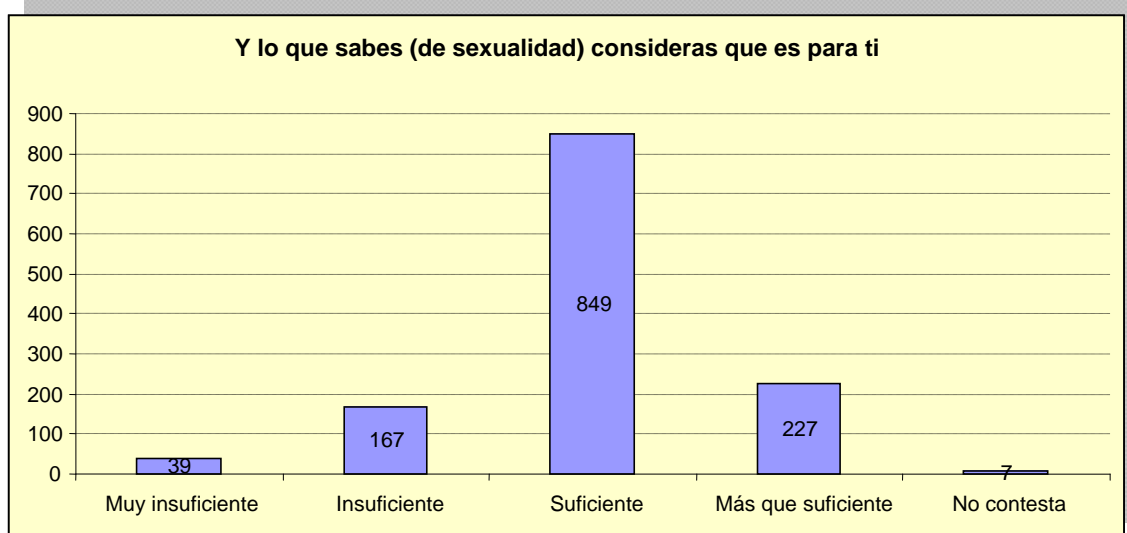


Figura 170: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti...

La mayoría de los adolescentes piensa que lo que sabe de sexualidad es suficiente. Se trata del 65,9% del total (el 63,1% de los chicos y el 68% de las chicas).

Un 17,6% de los encuestados cree que lo que sabe de sexualidad es más que suficiente. Este porcentaje es mayor en los varones (21,7%) que en las chicas (14,5%).

Un 13% considera que lo que sabe es insuficiente (el 11,4% de los chicos y el 14,2% de las chicas). Finalmente, el 3% de los encuestados considera que lo que sabe de sexualidad es muy insuficiente (el 3,4% de los chicos y el 2,8% de las chicas).

Parece que las diferencias entre chicos y chicas residen en que hay un porcentaje mayor de chicos que presumen que lo que saben de sexualidad es más que suficiente. Por otro lado, es mayor el porcentaje de chicas que creen que lo que saben de sexualidad es insuficiente o muy insuficiente (16,9% frente a 11,4% de chicos).

Se demuestra con el test chi cuadrado que **estas diferencias son estadísticamente significativas** ($p=0,0049$ y $\chi^2 =12,9$).

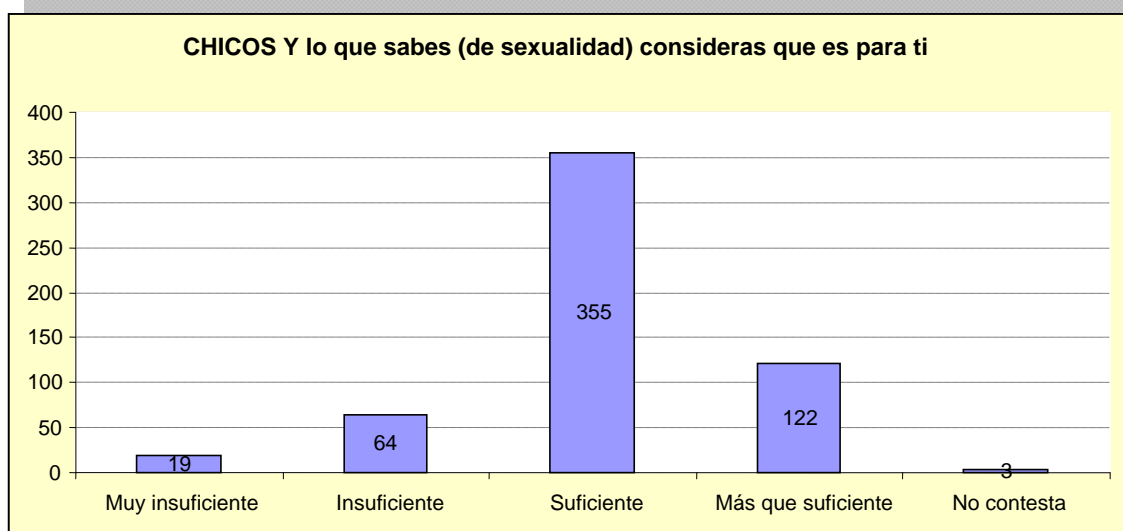


Figura 171: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti...Chicos.

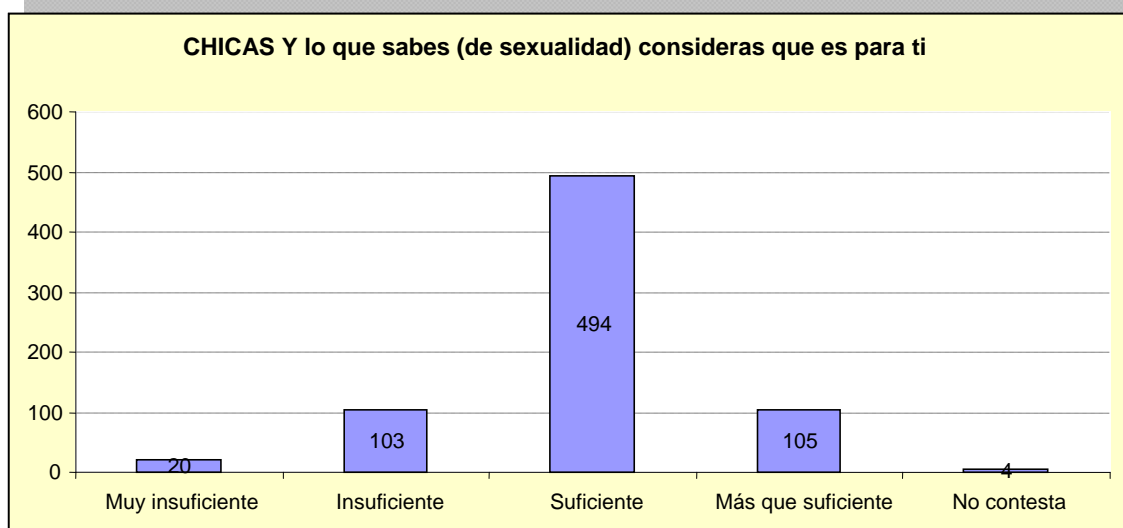


Figura 172: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti...Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CI: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti: Según edad.

Y lo que sabes (de sexualidad) consideras que es para ti	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Muy insuficiente	12	14	13	39
Insuficiente	50	69	48	167
Suficiente	255	355	239	849
Más que suficiente	84	79	63	226
No contesta	1	4	2	7
Total	402	521	365	1288

En esta cuestión no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra y las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p=0,4561$, $\chi^2 =5,713$). Así, considera que lo que sabe de sexualidad es **muy insuficiente** el 3% de los de 12-13 años, el 2,7% de los de 14 años y el 3,6% de los de 15-16-17 años.

Considera que lo que sabe es **insuficiente** el 12,4% de de los de 12-13 años, el 13,2% de los de 14 años y el 13,2% también de los de 15-16-17 años.

Cree que lo que sabe es **suficiente** el 63,4% de los de 12-13 años, el 68,1% de los de 14 años y el 65,5% de los de 15-16-17.

Piensa que lo que sabe de sexualidad es **más que suficiente** el 20,9% de los de 12-13 años, el 15,2% de los de 14 años y el 17,3% de los de 15-16-17.

6. En la pregunta 23 se pregunta a los estudiantes: “¿Cómo calificarías la reacción de los compañeros de tu clase al hablar de sexualidad?”.

- En esta cuestión hay que tener en cuenta que, aunque no estaba planteada como pregunta de respuesta múltiple, muchos encuestados (51) ponen más de una respuesta. Para evitar desechar estos cuestionarios, analizaremos la pregunta como si fuera de posible respuesta múltiple (con lo que la suma final de las respuestas es mayor de 1289).

Tabla CII: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad.

¿Cómo calificarías la reacción de los compañeros de tu clase al hablar de sexualidad?	Chicos	Chicas	Total
Madura, muestran interés	121	118	239
Inmadura, no muestran interés, se ríen, hacen gracias y bromas...	316	436	752
Vergüenza	55	80	135
Participan muy poco	37	48	85
Nunca se habla de este tema	45	75	120
No contesta	3	6	9
Total respuestas	577	763	1340

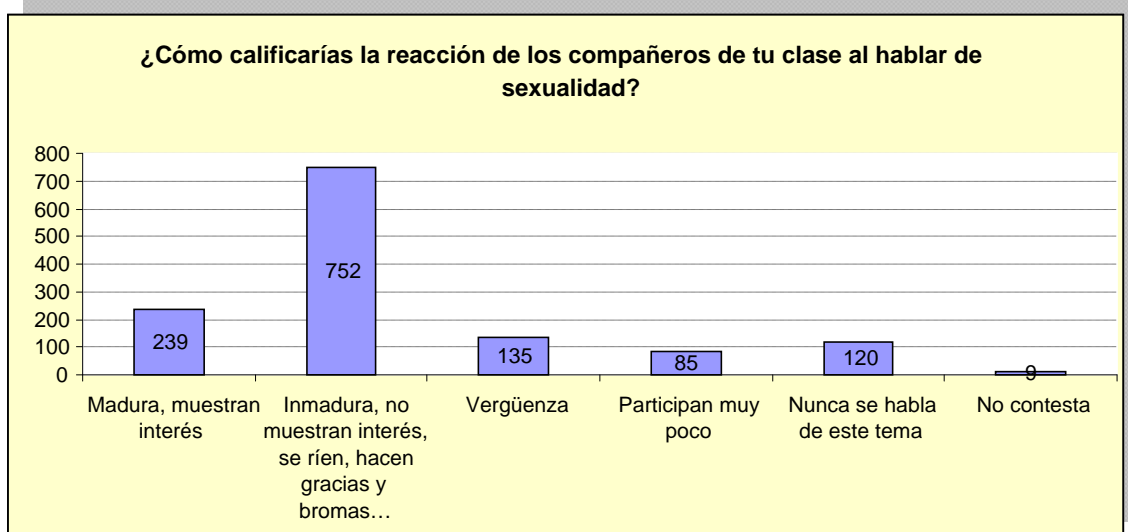


Figura 173: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad.

Como conclusión a estos datos vemos que la mayoría (el 58,3%) de los encuestados califica la reacción de sus compañeros al hablar de sexualidad como *Inmadura, no muestran interés, se ríen, hacen gracias y bromas...* Este porcentaje es algo mayor en el caso de las chicas (60,1%) que en el de los chicos (56,1%).

El 18,5% de los adolescentes cree que la respuesta de sus compañeros es *Madura, muestran interés*. Este porcentaje es algo mayor en el caso de los chicos (21,5%) que en el de las chicas (16,3%).

Estos datos sugieren que, aunque para ambos sexos la respuesta mayoritaria sea que la reacción al hablar de sexualidad de sus compañeros es *Inmadura*, las chicas la ven aún más inmadura que los chicos.

El resto de las opciones son bastante minoritarias: el 10,5% (9,8% chicos, 11% chicas) de los encuestados marca *Vergüenza*. El 9,3% (8% chicos y 10,3% chicas) refiere que *Nunca se habla de este tema*. Finalmente el 6,6% (mismo porcentaje para ambos sexos) cree que *Participan muy poco*.

Podemos representar gráficamente por separado a chicos y chicas:

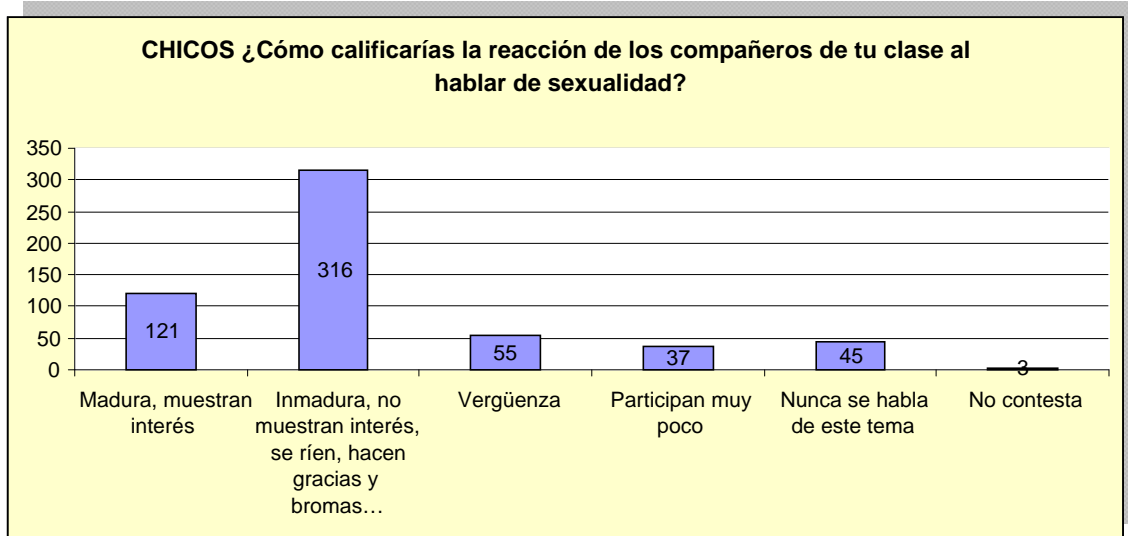


Figura 174: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad. Chicos.

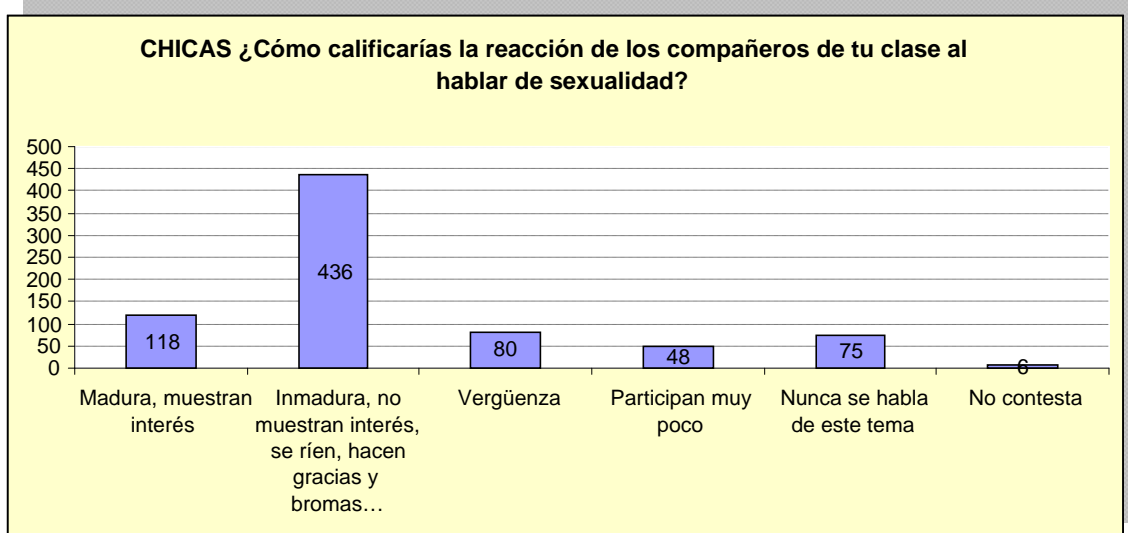


Figura 175: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CIII: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad según edad

¿Cómo calificarías la reacción de los compañeros de tu clase al hablar de sexualidad?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Madura, muestran interés	70	101	68	239
Inmadura, no muestran interés, se ríen, hacen gracias y bromas...	247	304	200	751
Vergüenza	47	45	43	135
Participan muy poco	25	34	26	85
Nunca se habla de este tema	29	55	36	120
No contesta	1	5	3	9
Total respuestas	419	544	376	1339

En esta cuestión, no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra en la mayoría de las respuestas. Así:

- **Madura, muestran interés:** Así es como califica la reacción de sus compañeros el **17,4%** de los de 12 y 13 años, el **19,4%** de los de 14 años y el **18,6%** de los de 15, 16 y 17 años.
- **Vergüenza.** Así la califica el **11,7%** de los de 12-13 años, el **8,6%** de los de 14 años y el **11,8%** de los de 15-16-17.
- **Participan muy poco:** Así lo considera el **6,2%** de los de 12-13 años, el **6,5%** de los de 14 años y el **7,1%** de los de 15-16-17.
- **Nunca se habla de este tema:** Para el **7,2%** de los de 12-13 años, el **10,6%** de los de 14 años y el **9,9%** de los de 15-16-17.

Donde sí se ve una tendencia es en la respuesta: **Inmadura, no muestran interés, se ríen, hacen gracias y bromas...** Lo marca el **61,4%** de los de 12-13 años, que baja al **58,3%** de los de 14 años y al **54,8%** de los de 15-16-17. Parece que, aunque sigue siendo la respuesta mayoritaria, conforme avanza la edad de nuestros encuestados, cada vez es menor el porcentaje que califica la respuesta de sus compañeros al hablar de sexualidad de inmadura.

7. En la pregunta 24 se pregunta a los estudiantes refiriéndose a la sexualidad: “Y cuando se habla de este tema en el centro, ¿cuál es el nivel de participación?”.

Tabla CIV: Nivel de participación al hablar de sexualidad.

	Chicos	Chicas	Total
Bastante bueno	104	120	224
Normal	298	358	656
Les cuesta participar	135	208	343
No participan	25	30	55
No contestan	1	10	11
Total	563	726	1289

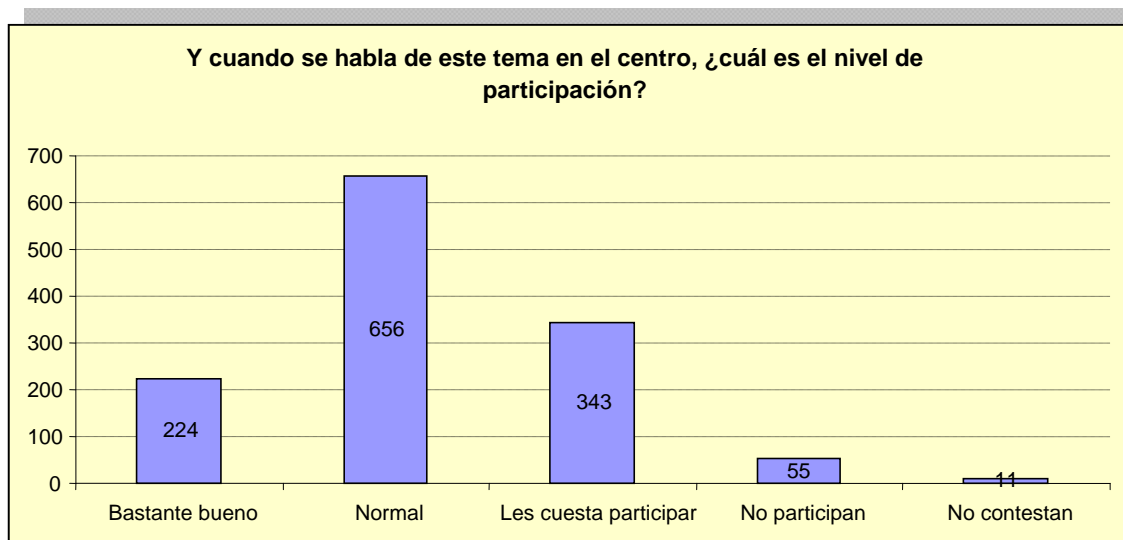


Figura 176: Nivel de participación al hablar de sexualidad.

La mitad de los encuestados (50,1% del total, el 52,9% de los chicos y el 49,3% de las chicas) opina que el nivel de participación en su centro es normal cuando se habla de sexualidad.

A un 26,6% (24% de los chicos y 28,7% de las chicas) les parece que en su centro les cuesta participar.

El 17,4% (18,5% de los chicos y 16,5% de las chicas) de los encuestados cree que el nivel de participación cuando se habla de sexualidad en su centro es bastante bueno. Finalmente un 4,3% (4,4% de los chicos y 4,1% de las chicas) opina que en su centro no participan.

En este tema hay pocas diferencias entre chicos y chicas y las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p=0,2483$ y $\chi^2 =4,12$). Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CV: Nivel de participación al hablar de sexualidad según edad.

Y cuando se habla de este tema en el centro, ¿cuál es el nivel de participación?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Bastante bueno	80	78	66	224
Normal	191	281	183	655
Les cuesta participar	108	139	96	343
No participan	21	18	16	55
No contestan	2	5	4	11
Total	402	521	365	1288

En esta cuestión, no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra y las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p=0,3313$ y $\chi^2 =6,89$).

Así, considera que el nivel de participación es **bastante bueno** el **19,9%** de los de 12 y 13 años, el **15%** de los de 14 años y el **18,1%** de los de 15, 16 y 17 años.

Considera que la participación es **normal** el **47,5%** de los de 12-13 años, el **53,9%** de los de 14 años y el **50,1%** de los de 15-16-17.

Considera que **les cuesta participar** el **26,9%** de los de 12-13 años, el **26,7%** de los de 14 años y el **26,3%** de los de 15-16-17.

Considera que **no participan** el **5,2%** de los de 12-13 años, el **3,5%** de los de 14 años y el **4,4%** de los de 15-16-17 años.

8. En la pregunta 25 se les pide a los estudiantes: “Menciona tres formas efectivas de evitar un embarazo”

8.a) Esta cuestión trata de los métodos anticonceptivos que los estudiantes conocen. Para analizarla primero analizaré cuántos son capaces de poner tres formas efectivas de evitar un embarazo.

Tabla CVI: N° de métodos anticonceptivos mencionados.

	Chicos	Chicas	Total
Ningún método	69	49	118
Un método	47	103	150
Dos métodos	149	204	353
Tres métodos	298	370	668
Total	563	726	1289

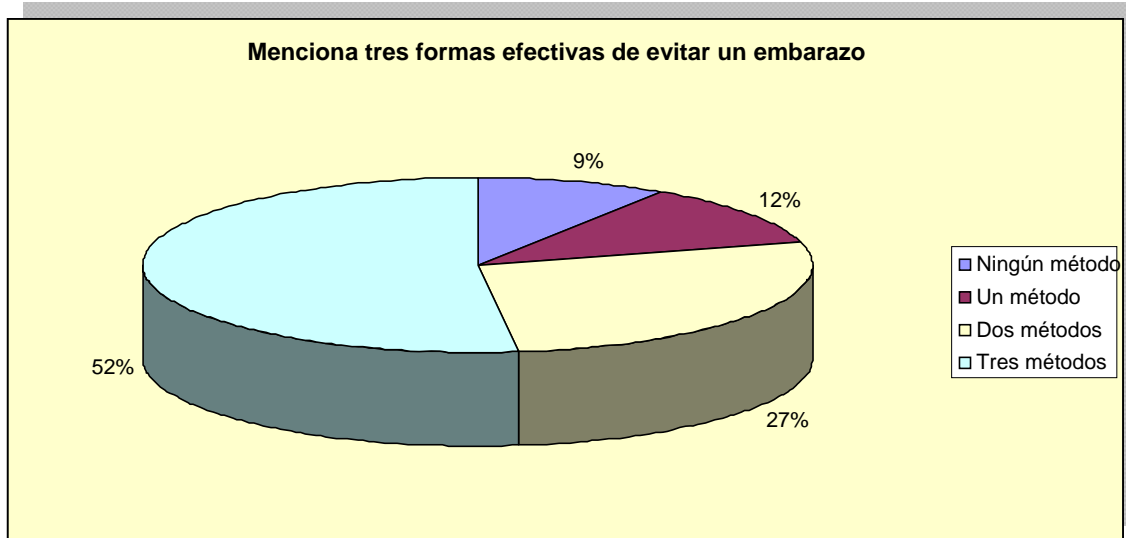


Figura 177: N° de métodos anticonceptivos mencionados.

Al analizar estos datos vemos que algo más de la mitad (el **51,8%**) de los estudiantes es capaz de nombrar **tres métodos** para no tener un embarazo. El porcentaje varía poco entre **chicos (52,9%)** y **chicas (51%)**.

El **27,4%** de los alumnos escribe **dos métodos** y tampoco hay apenas diferencias entre sexos (el **28%** de las **chicas** y el **26,5%** de los **chicos**).

El **11,6%** de los encuestados sólo nombra un método. En este caso, son mayoría las **chicas (14,2%)** frente a los **chicos (8,3%)**.

Sin embargo, lo más preocupante es que el **9,2%** de los encuestados no nombra ningún método y, en el caso de los **chicos**, este porcentaje llega al **12,3%**. Es decir, según nuestros datos el **12,3%** de los **chicos** y el **6,7%** de las **chicas** de 2º y 3º de ESO de Castilla y León no conoce ningún método para evitar un embarazo.

Las diferencias encontradas entre **chicos** y **chicas** son estadísticamente significativas ($p=0,0001$ y $\chi^2=20,34$).

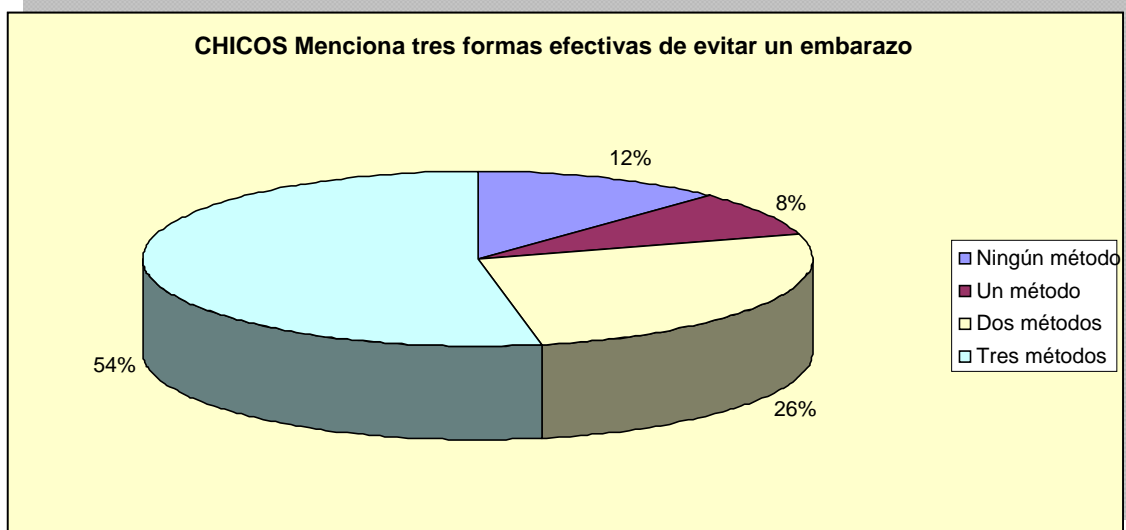


Figura 178: N° de métodos anticonceptivos mencionados. Chicos.

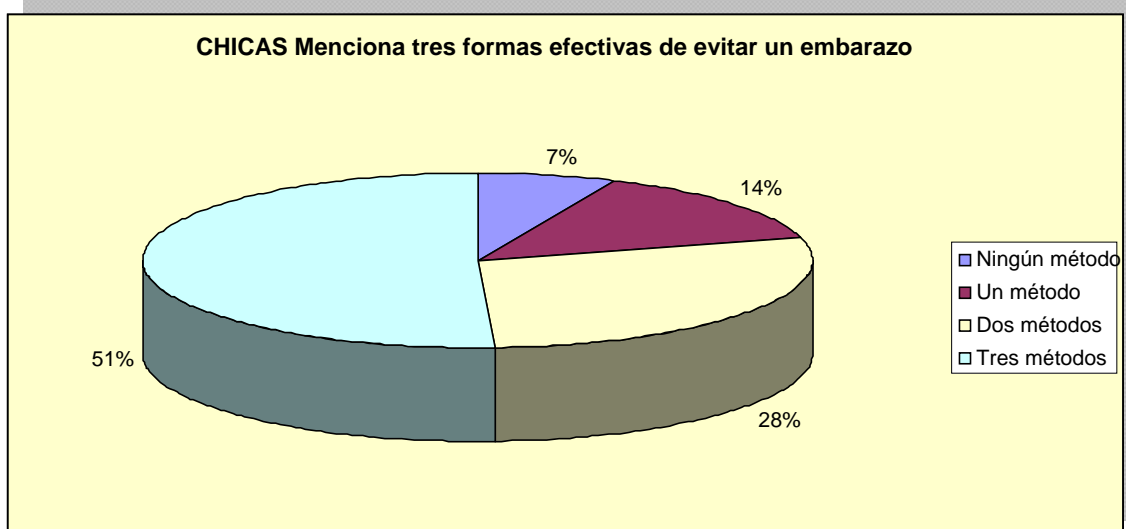


Figura 179: N° de métodos anticonceptivos mencionados. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CVII: N° de métodos anticonceptivos mencionados según edad.

Menciona tres formas efectivas de evitar un embarazo	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Ningún método	38	43	37	118
Un método	58	53	39	150
Dos métodos	108	153	92	353
Tres métodos	198	272	197	667
Total	402	521	365	1288

En esta cuestión no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra y las escasas diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p=0,3128$ y $\chi^2 =7,088$).

Así, menciona **tres métodos** para evitar un embarazo el **49,3%** de los de 12 y 13 años, el **52,2%** de los de 14 años y el **54%** de los de 15, 16 y 17 años.

Menciona **dos métodos** anticonceptivos el **26,9%** de los de 12-13 años, el **29,4%** de los de 14 años y el **25,2%** de los de 15-16-17 años.

Sólo menciona **un método** el **14,4%** de los de 12-13 años, el **10,2%** de los de 14 años y el **10,7%** de los de 15-16-17.

No es capaz de mencionar **ningún método** el **9,5%** de los de 12-13 años, el **8,3%** de los de 14 años y el **10,1%** de los de 15-16-17 años.

8.b) Ahora vamos a analizar cuáles son los métodos enunciados por los estudiantes:

Tabla CVIII: Métodos anticonceptivos mencionados.

	Chicos	Chicas	Total, estudiantes que lo mencionan
Preservativo o condón	430	536	966
ACO o píldora	231	342	573
Píldora del día después	79	111	190
Abstinencia sexual	183	228	411
Anticonceptivos en general	48	80	128
DIU	18	33	51
Aborto	47	33	80
Condón femenino	14	20	34
Método no válido	119	158	277
Otros	50	53	103
TOTAL métodos mencionados	1219	1594	2813

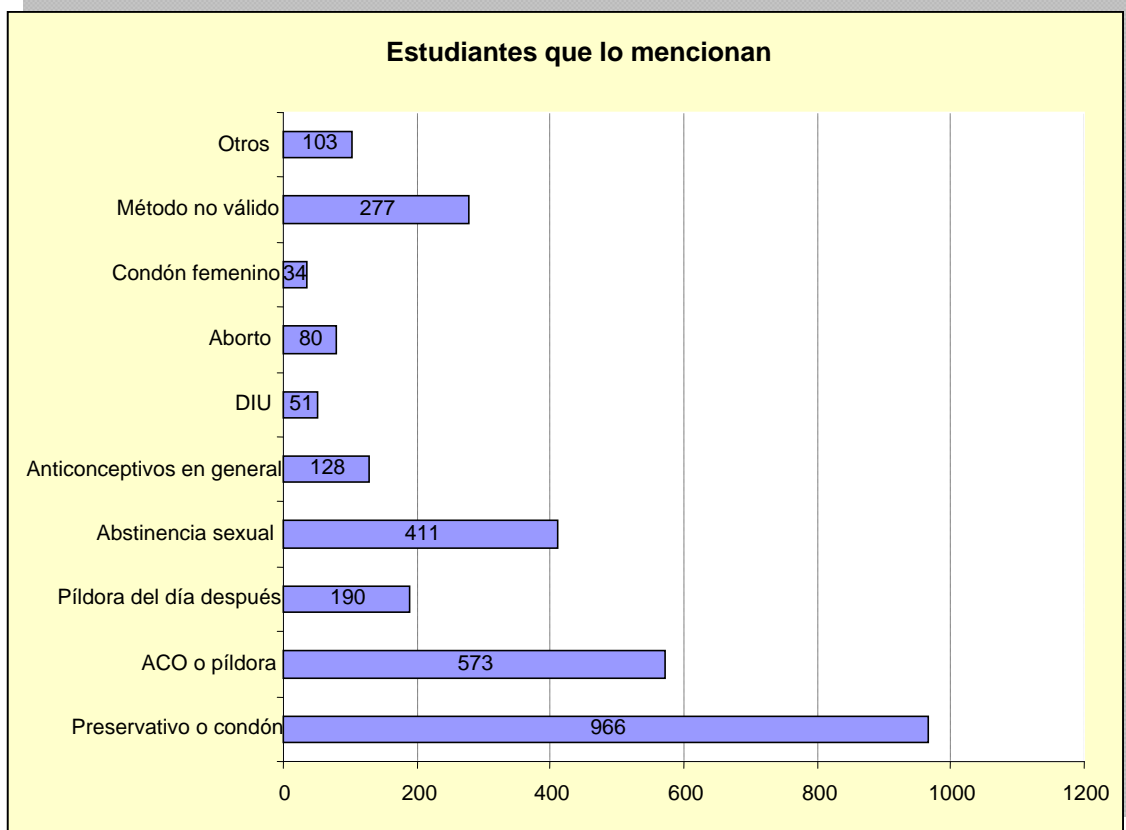


Figura 180: Métodos anticonceptivos mencionados

Si ahora vemos gráficamente las respuestas de los chicos:

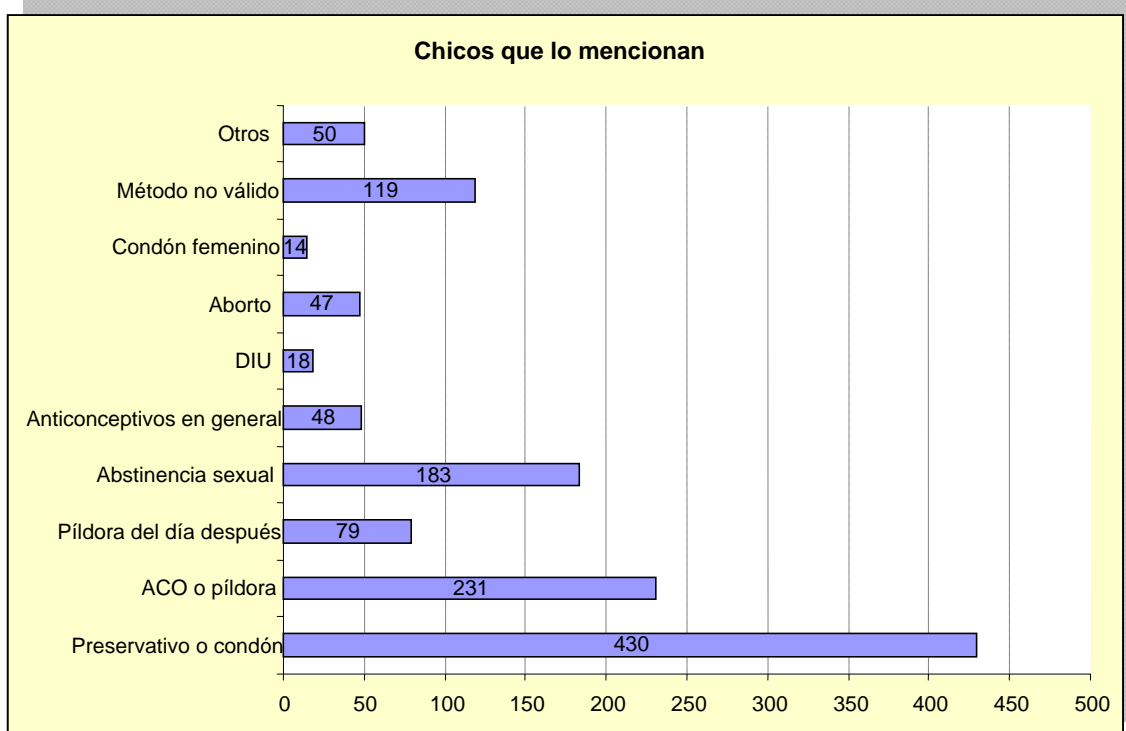


Figura 181: Métodos anticonceptivos mencionados. Chicos

Si ahora vemos gráficamente las respuestas de las chicas:

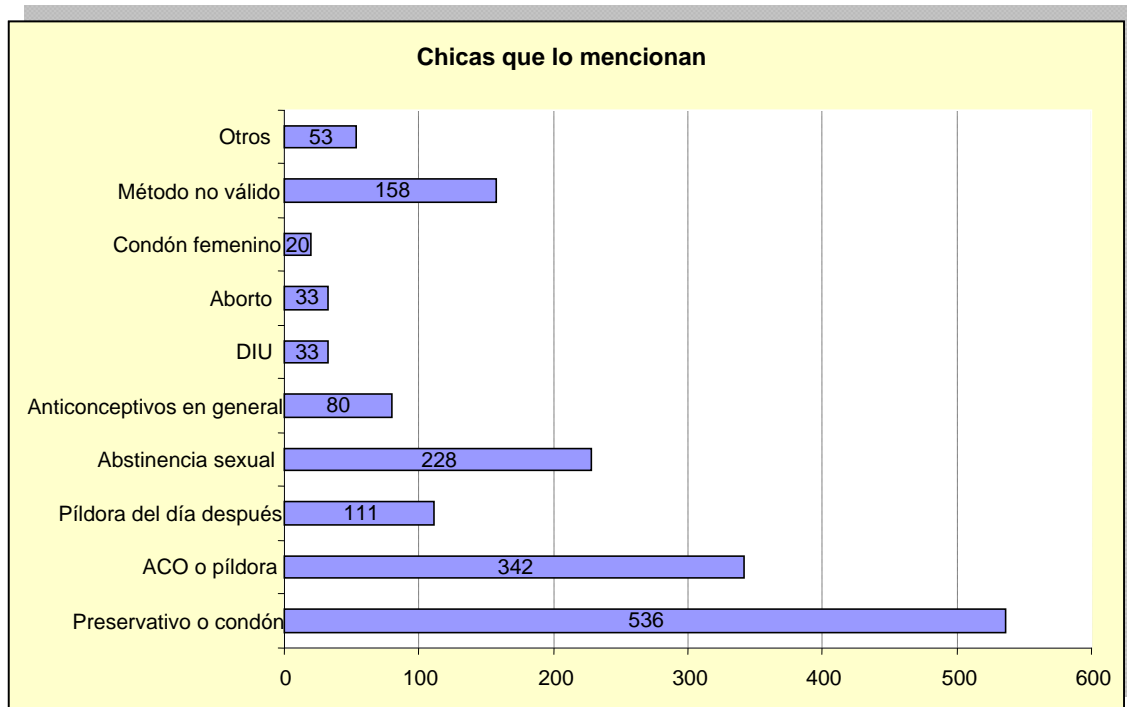


Figura 182: Métodos anticonceptivos mencionados. Chicas

Como conclusión a estos datos vemos que **el Preservativo o Condón es el gran método conocido por los adolescentes para evitar un embarazo**. Lo cita el **74,9%** de los encuestados con pocas diferencias entre chicos (**76,4%**) y chicas (**73,8%**).

En **segundo lugar** tenemos a los **Anticonceptivos Orales o Píldora**. Lo menciona el **44,5%** de los encuestados, pero es más frecuentemente citado por **chicas (47,1%)** que por **chicos (41%)**. Quizá la causa sea que es un método en el que la mujer es la responsable principal de su uso.

En **tercer lugar** está la **Abstinencia sexual**. Es citado por el **31,9%** de los adolescentes, con pocas diferencias entre sexos (**chicos 32,5%, chicas 31,4%**).

En **cuarto lugar**, como método para evitar un embarazo está la **Píldora del día después**. El **14,7%** de los adolescentes habla de ella (**14%** de los chicos y **15,3%** de las chicas).

El resto de los métodos efectivos para evitar un embarazo son mucho menos mencionados y no llegan a ser citados por el 10% del total de adolescentes:

- Un **9,9%** habla de **anticonceptivos en general** sin destacar ninguno (**8,5% chicos** y **11% chicas**).
- Un **6,2%** cita al **aborto** como método para evitar un embarazo, con una importante diferencia entre **chicos (8,3%)** y **chicas (4,5%)**.
- El **4%** menciona al **DIU** (**chicos 3,2%**, **chicas 4,5%**).
- El **condón femenino** es citado sólo por un **2,6%** (**chicos 2,5%**, **chicas 2,8%**).
- Un **8%** cita **otros métodos** (**8,9% chicos**, **7,3% chicas**)

Lo más sorprendente y preocupante es que un **21,4%** de los adolescentes habla de métodos que son **erróneos, inválidos y no efectivos para evitar un embarazo** (como por ejemplo: “la marcha atrás”, “hacerlo con una virgen”, “hacerlo cuando tenga la regla”...). El porcentaje es tan alto en chicos (21,1%) como en chicas (21,8%).

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CIX: Métodos anticonceptivos mencionados según edad

Menciona tres formas efectivas de evitar un embarazo	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Preservativo o condón	296	394	275	965
ACO o píldora	160	233	180	573
Píldora del día después	54	94	41	189
Abstinencia sexual	157	159	94	410
Anticonceptivos en general	32	65	31	128
DIU	3	19	29	51
Aborto	41	28	11	80
Condón femenino	3	23	8	34
Método no válido	93	105	79	277
Otros	15	37	51	103
Total	854	1157	799	2810

En esta cuestión, no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra en los siguientes métodos anticonceptivos:

- **Preservativo o condón:** lo menciona el **73,6%** de los de 12 y 13 años, el **75,6%** de los de 14 años y el **75,3%** de los de 15, 16 y 17 años.
- **Píldora del día después:** lo indica el **13,4%** de los de 12-13 años, el **18%** de los de 14 años y el **11,2%** de los de 15, 16 y 17 años.
- **Anticonceptivos en general:** lo señala el **8%** de los de 12-13 años, el **12,5%** de los de 14 años y el **8,5%** de los de 15, 16 y 17 años.
- **Condón femenino:** lo menciona el **0,7%** de los de 12-13 años, el **4,4%** de los de 14 años y el **2,2%** de los de 15, 16 y 17 años.
- **Método no válido:** lo indica el **23,1%** de los de 12-13 años, el **20,2%** de los de 14 años y el **21,6%** de los de 15, 16 y 17 años.

Sin embargo hay métodos que conforme **avanza la edad de los encuestados cada vez son más importantes:**

- **ACO o píldora:** lo menciona el **39,8%** de los de 12-13 años, el **44,7%** de los de 14 años y sube al **49,3%** de los de 15-16-17.
- **DIU:** lo señala el **0,7%** de los de 12-13 años, el **3,6%** de los de 14 años y sube al **7,9%** de los de 15-16-17.
- **Otros:** lo indica el **3,7%** de los de 12-13 años, el **7,1%** de los de 14 años y sube al **14%** de los de 15-16-17 años.

Y también hay otros métodos que, conforme **avanza la edad de los encuestados, cada vez son menos importantes.**

- **Abstinencia sexual:** lo menciona el **39,1%** de los de 12-13 años, el **30,5%** de los de 14 años y baja al **25,8%** de los de 15-16-17.
- **Aborto:** lo señala el **10,2%** de los de 12-13 años, el **5,4%** de los de 14 años y baja al **3%** de los de 15-16-17 años.

9. La pregunta 26 es de respuesta múltiple (con lo que la suma de las respuestas será mayor de 1289) y dice: “La palabra condón o preservativo te hace pensar en...”

Tabla CX: La palabra condón te hace pensar en...

	Chicos	Chicas	Total
Prevención de enfermedades de transmisión sexual	441	577	1018
Prevención de embarazos	464	645	1109
Vergüenza	19	21	40
Perversión, depravación, inmoralidad, promiscuidad	14	8	22
Otras cosas	13	14	27
Total respuestas	951	1265	2216

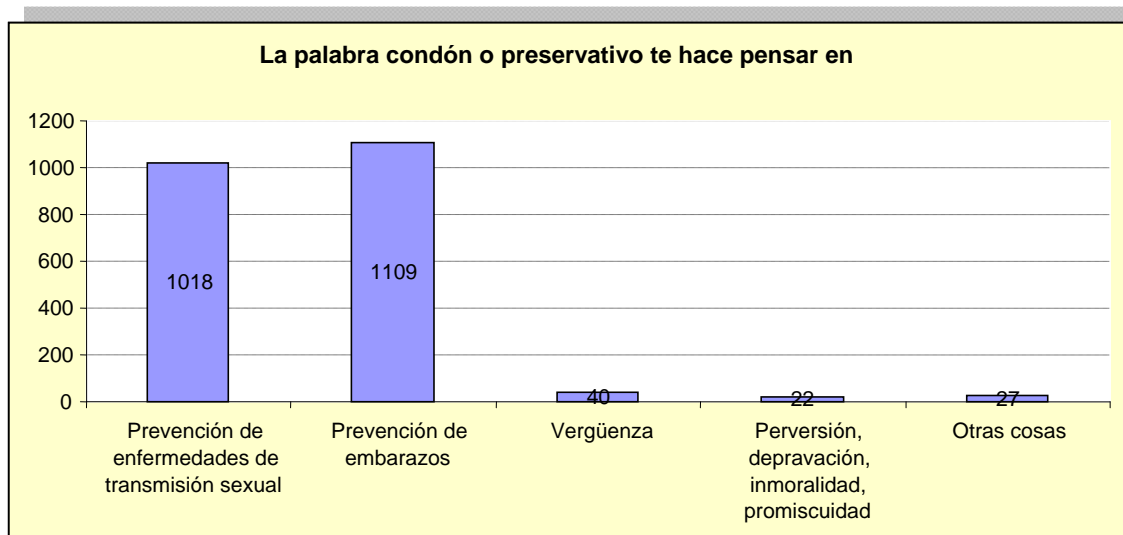


Figura 183: La palabra condón te hace pensar en...

Como conclusión a estos datos vemos que a la **gran mayoría** de los adolescentes la palabra condón o preservativo le hace pensar en *Prevención de enfermedades de transmisión sexual* (al 79% del total, sin apenas diferencias entre sexos: 78,3% de los chicos y 79,5% de las chicas) y en *Prevención de embarazos* (al 86% del total). En este caso vemos una pequeña pero interesante diferencia entre chicos (82,4%) y chicas (88,8%) que quizás se pudiera interpretar como una mayor preocupación de ellas por evitar los embarazos.

A una ínfima minoría la palabra condón o preservativo le hace pensar en *Vergüenza* (3,1% del total, 3,4% de chicos y 2,9% de chicas) o en *Perversión,*

depravación, inmoralidad, promiscuidad (1,7% del total, 2,5% de chicos y 1,1% de chicas) o en *Otras cosas* (2,1% del total, 2,3% de chicos y 1,9% de chicas).

Si ahora representamos gráficamente las respuestas de chicos y chicas por separado:

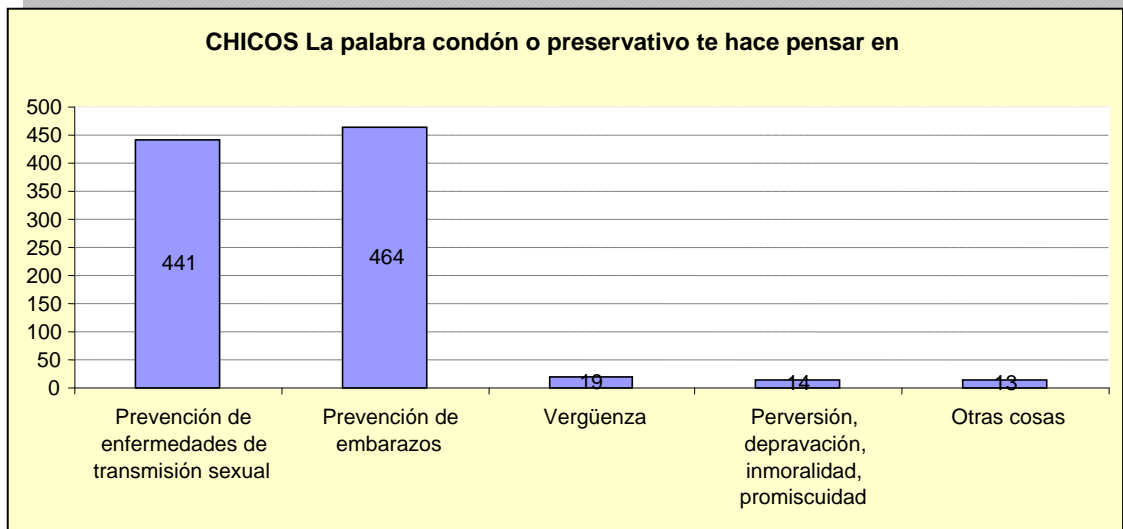


Figura 184: La palabra condón te hace pensar en...Chicos

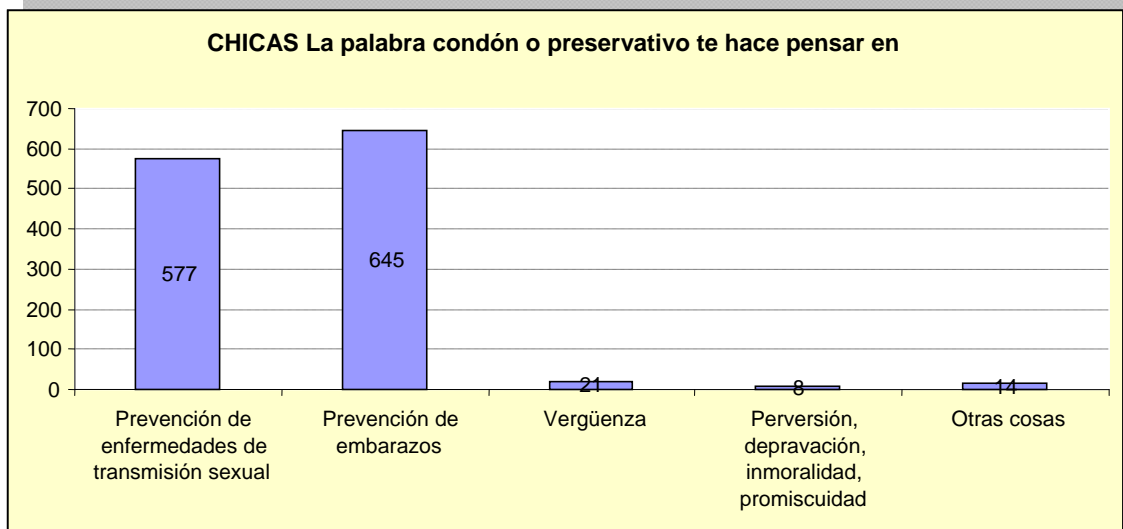


Figura 185: La palabra condón te hace pensar en...Chicas

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXI: La palabra condón te hace pensar en...Según edad

La palabra condón o preservativo te hace pensar en...	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Prevención de enfermedades de transmisión sexual	289	425	303	1017
Prevención de embarazos	354	457	297	1108
Vergüenza	19	16	5	40
Perversión, depravación, inmoralidad, promiscuidad	4	9	9	22
Otras cosas	5	13	9	27
Total respuestas	671	920	623	2214

En esta cuestión no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra en las siguientes cuestiones:

- La palabra condón o preservativo le hace pensar en ***Prevención de embarazos*** al **88,1%** de los de 12 y 13 años, al **87,7%** de los de 14 años y al **81,4%** de los de 15, 16 y 17 años.
- Le hace pensar en ***Perversión, depravación, inmoralidad, promiscuidad*** al **1%** de los de 12-13 años, al **1,7%** de los de 14 años y al **2,5%** de los de 15-16-17
- Le hace pensar en ***Otras cosas*** al **1,2%** de los de 12-13 años y al **2,5%** de los de 14 años y de los de 15-16-17 años.

Sin embargo, hay significados de la palabra condón que **conforme avanza la edad** de los encuestados **cada vez son más importantes:**

- La palabra condón o preservativo le hace pensar en ***Prevención de enfermedades de transmisión sexual*** al **71,9%** de los de 12-13 años, que sube al **81,6%** de los de 14 años y después al **83%** de los de 15-16-17 años.

Y otras consideraciones que, conforme **avanza la edad** de los encuestados **cada vez son menos importantes:**

- La palabra condón o preservativo le hace pensar en *Vergüenza* al 4,7% de los de 12-13 años, que baja al 3,1% de los de 14 años y después al 1,4% de los de 15-16-17 años.

10. La pregunta 27 dice: “Si necesitas orientación sobre tu sexualidad, hablarías con (señala a todos los que estarías dispuesto a acudir)”.

También es una pregunta de respuesta múltiple, con lo que la suma de las respuestas será mayor de 1289.

Tabla CXII: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con... Respuesta múltiple.

	Chicos	Chicas	Total
Padres	300	449	749
Profesores	48	61	109
Amigos	354	526	880
Internet	170	217	387
Especialistas profesionales	130	165	295
Nadie	52	35	87
Otros	23	63	86
Total respuestas	1077	1516	2593

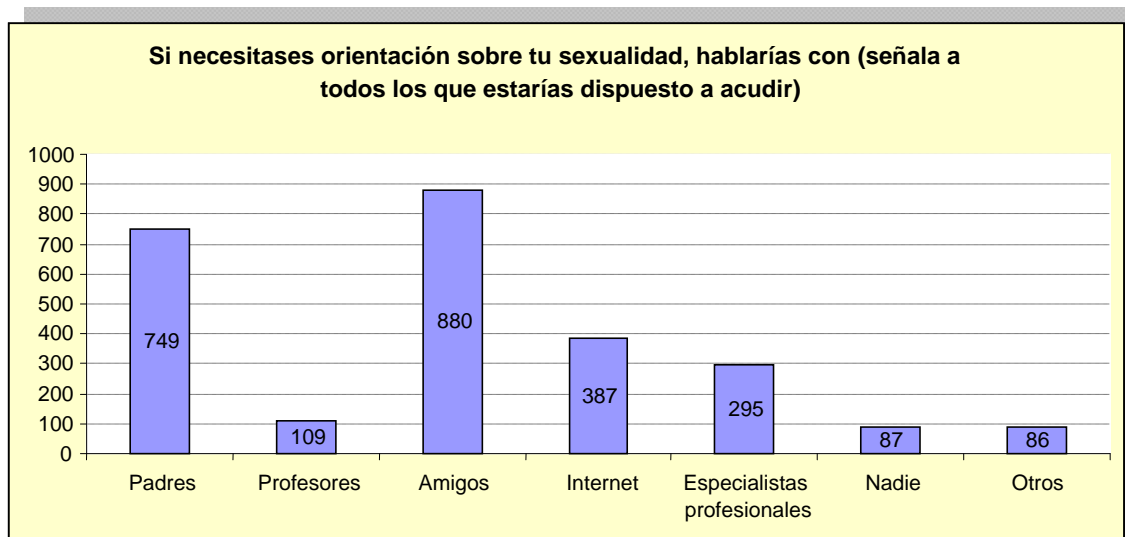


Figura 186: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con... Respuesta múltiple.

Como conclusión a estos datos vemos que la gran mayoría (el 68,3%) de los adolescentes, si necesitase orientación sobre su sexualidad, estarían

dispuestos a acudir a **sus amigos**. Este porcentaje es aún más mayoritario en **chicas (72,5%)** que en **chicos (62,9%)**.

También **la mayoría (el 58,1%)** de los encuestados, si necesitase orientación sobre su sexualidad, estarían dispuestos a acudir a **sus padres**. También aquí las **chicas (61,8%)** parecen más dispuestas que los **chicos (53,3%)**.

El **30%** de los encuestados estaría dispuesto a acudir a **Internet** y no hay apenas diferencias entre **chicos (30,2%)** y **chicas (29,9%)**.

El **22,9%** de los adolescentes estaría dispuesto a acudir a **especialistas profesionales** y tampoco hay apenas diferencias entre **chicos (23,1%)** y **chicas (22,7%)**.

El **8,5%** de los adolescentes estaría dispuesto a acudir a **sus profesores** con pocas diferencias entre **chicos (8,5%)** y **chicas (8,4%)**.

A **nadie** estaría dispuesto a acudir el **6,7%**. Este porcentaje es mucho más alto en **chicos (9,2%)** que en **chicas (4,8%)**.

Finalmente el **6,7%** de los encuestados, si necesitase orientación sobre su sexualidad, estaría dispuesto a acudir a **"Otros"**. También aquí las **chicas (8,7%)** ganan a los **chicos (4,1%)**.

Todos estos datos parecen indicar que **las chicas están más dispuestas a pedir orientación sobre su sexualidad que los chicos** (ya que ellas siempre tienen mayores porcentajes en las posibles fuentes de pedir orientación sexual respecto a ellos, que sólo "ganan" a las chicas cuando no se está dispuesto a acudir a nadie para ser orientado).

Podemos representar a chicos y chicas por separado:

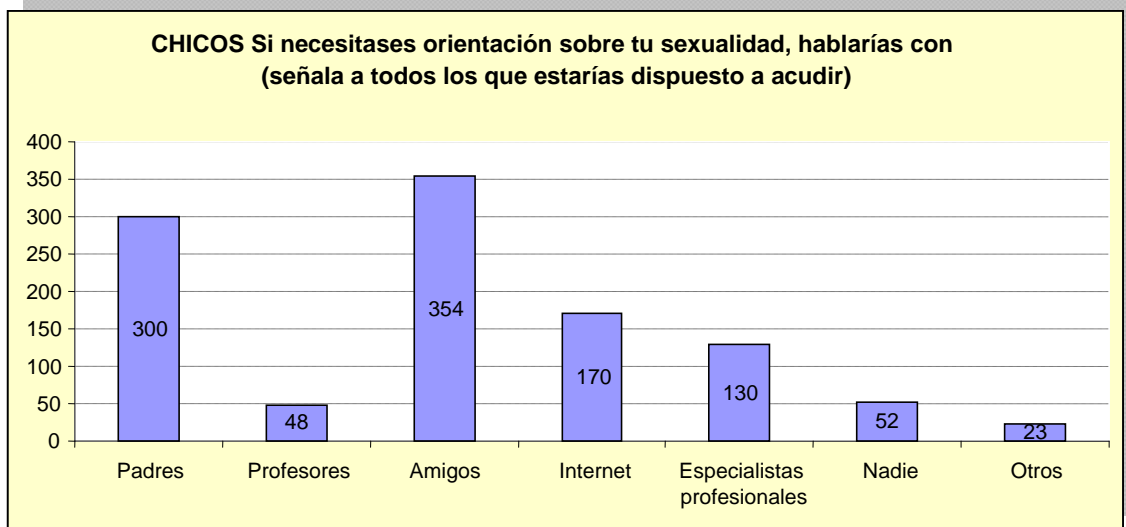


Figura 187: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta múltiple. Chicos.

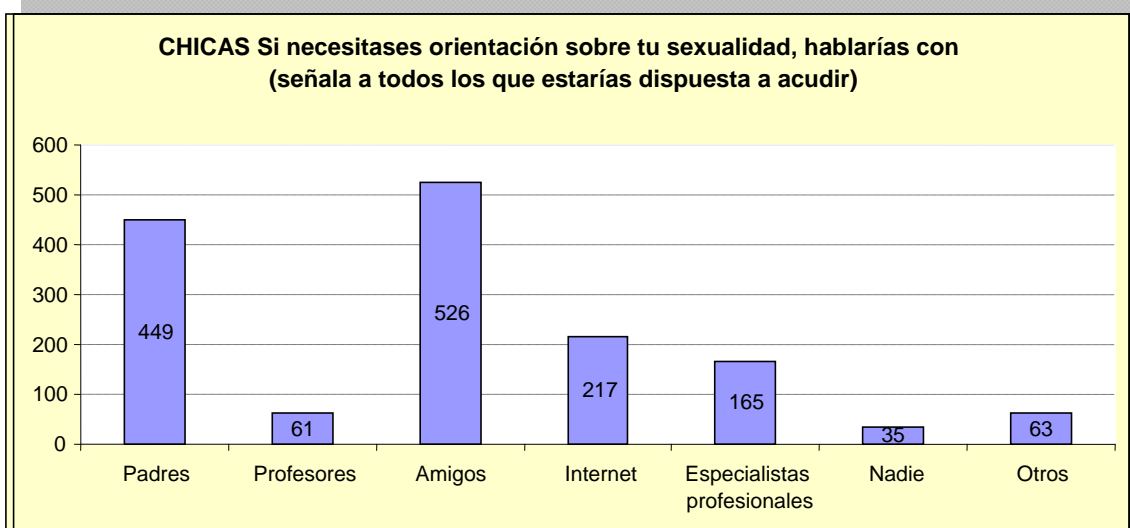


Figura 188: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta múltiple. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXIII: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta múltiple. Según edad

Si necesitas orientación sobre tu sexualidad, hablarías con (señala a todos los que estarías dispuesto a acudir)	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Padres	239	306	203	748

Profesores	36	43	30	109
Amigos	280	359	241	880
Internet	113	174	99	386
Especialistas profesionales	75	129	90	294
Nadie	31	28	28	87
Otros	20	35	31	86
Total respuestas	794	1074	722	2590

En esta cuestión, hay pocas diferencias entre las diferentes edades de la muestra. Así, si necesitase orientación sobre su sexualidad hablaría con sus **amigos** el **69,7%** de los de 12-13 años, el **68,9%** de los de 14 años y el **66%** de los de 15-16-17 años.

Hablaría con **sus padres** el **59,5%** de los de 12-13 años, el **58,7%** de los de 14 años y el **55,6%** de los de 15-16-17.

Consultaría por **Internet** el **28,1%** de los de 12-13 años, el **33,4%** de los de 14 años y el **27,1%** de los de 15-16-17.

Hablaría con **especialistas profesionales** el **18,7%** de los de 12-13 años, el **24,8%** de los de 14 años y el **24,7%** de los de 15-16-17 años

Hablaría con los **profesores** el **9%** de los de 12-13 años, el **8,3%** de los de 14 años y el **8,2%** de los de 15-16-17.

No hablaría con **nadie** el **7,7%** de los de 12-13 años, el **5,4%** de los de 14 años y el **7,7%** de los de 15-16-17 años.

Finalmente consultaría a **otros** el **5%** de los de 12-13 años, el **6,7%** de los de 14 años y el **8,5%** de los de 15-16-17 años.

11.La pregunta 28 dice: “Y de todos los señalados antes, ¿a quién acudirías preferentemente?”

Tabla CXIV: Si necesitases orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única.

	Chicos	Chicas	Total
Padres	220	273	493
Profesores	8	5	13
Amigos	210	292	502
Internet	38	54	92
Especialistas profesionales	37	40	77
Nadie	37	22	59

Otros	12	31	43
No contesta	1	9	10
Total	563	726	1289

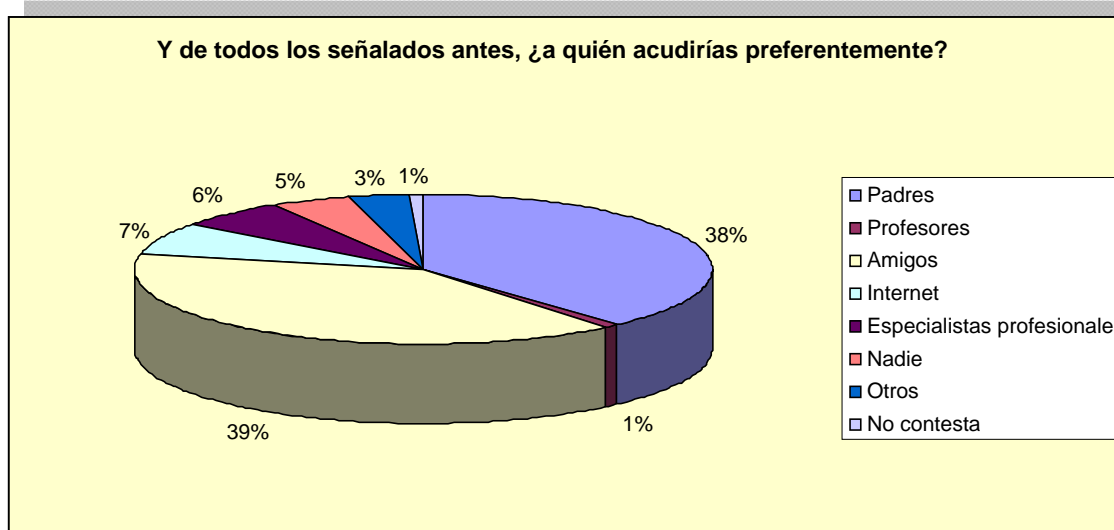


Figura 189: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única.

Según nuestros datos **la gran mayoría, el 77,2%** de los encuestados, tiene como primera opción para buscar orientación sobre sexualidad **a sus padres o a sus amigos**. Entre estas dos opciones se reparten casi equitativamente los adolescentes (**38,2%** a los **padres** y **38,9%** a los **amigos**).

Cuando separamos por sexos, vemos cómo **hacia los padres los chicos** tienen una ligera ventaja (**39,1%** frente a **37,6%** de las **chicas**) y que **las chicas** tienen también una ligera ventaja en el caso de **los amigos (40,2%** de las **chicas** frente a **37,3%** de los **chicos**).

El resto de las opciones son minoritarias:

- El **7,1%** (**6,7%** chicos y **7,4%** chicas) acudiría preferentemente a **Internet**.
- El **6%** de los adolescentes (**6,6%** chicos y **5,5%** chicas) acudiría preferentemente a **especialistas profesionales**.
- No acudiría a **nadie** el **4,6%** de los encuestados. **Son mayoría los chicos (6,6%)** frente a las **chicas (3%)** los que prefieren no acudir a nadie ante dudas sobre sexualidad.
- El **3,3%** de los encuestados (**2,1%** chicos y **4,3%** de chicas) acudiría preferentemente a **Otros**.

- Finalmente el 1% de los adolescentes (1,4% chicos y 0,7% de chicas) acudiría preferentemente a **sus profesores**.

Hemos demostrado usando el estadístico chi cuadrado que **las diferencias encontradas entre chicos y chicas son estadísticamente significativas** ($p=0,012$ y $\chi^2 =16,35$).

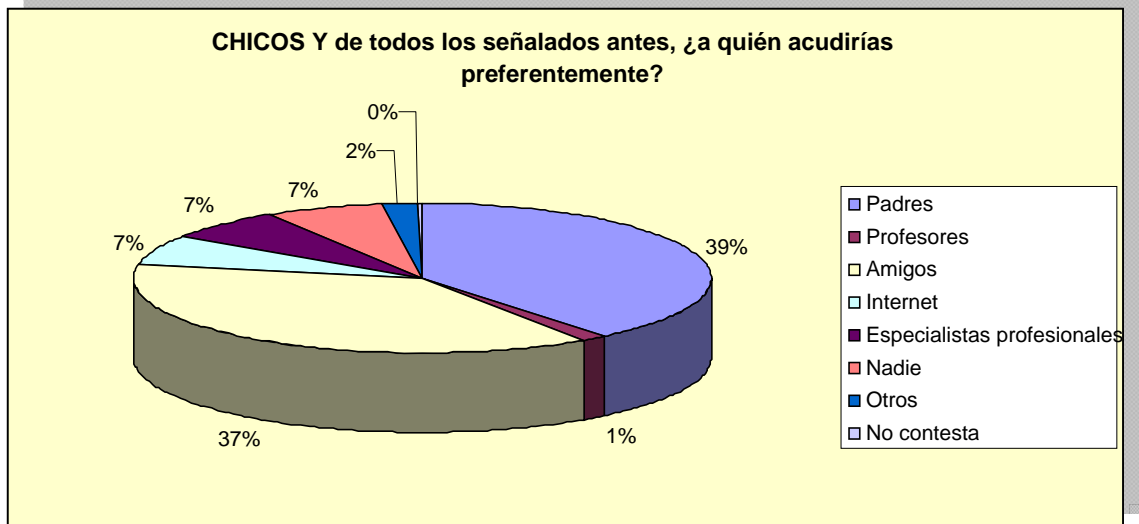


Figura 190: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única. Chicos.

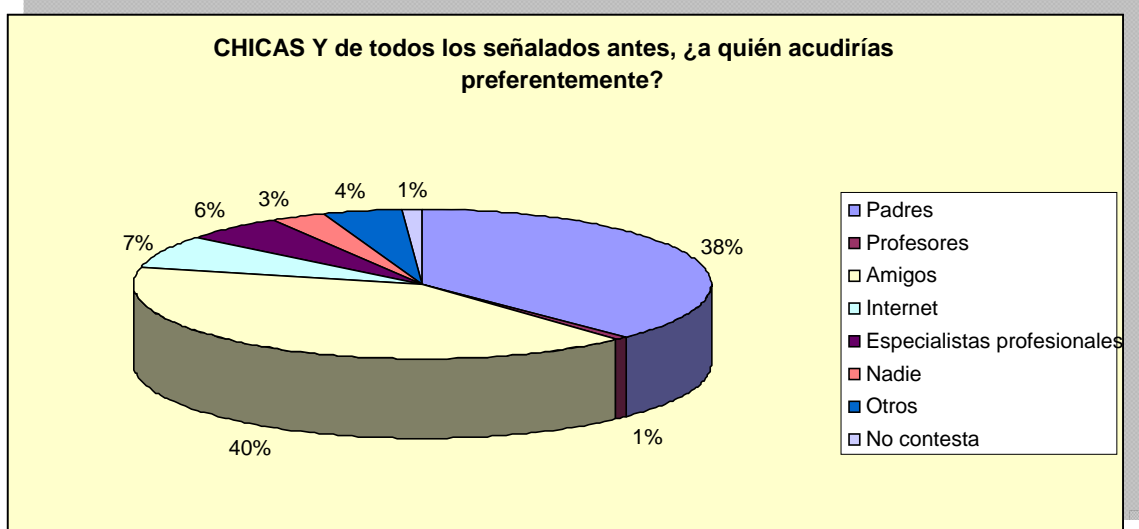


Figura 191: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** tendríamos los siguientes resultados:

Tabla CXV: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única. Según edad.

Y de todos los señalados antes, ¿a quién acudirías preferentemente?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Padres	159	197	136	492
Profesores	8	2	3	13
Amigos	159	209	134	502
Internet	23	47	22	92
Especialistas profesionales	18	29	30	77
Nadie	22	20	17	59
Otros	11	14	18	43
No contesta	2	3	5	10
Total	402	521	365	1288

En esta cuestión, hay pocas diferencias entre las diferentes edades de la muestra en las siguientes cuestiones:

- Acudiría preferentemente a **sus padres** el **39,6%** de los de 12 y 13 años, el **37,8%** de los de 14 años y el **37,3%** de los de 15, 16 y 17 años.
- Acudiría a **sus amigos** el **39,6%** de los de 12-13 años, el **40,1%** de los de 14 años y el **36,7%** de los de 15-16-17.
- Acudiría preferentemente a los **profesores** el **2%** de los de 12-13 años, el **0,4%** de los de 14 años y el **0,8%** de los de 15-16-17.
- Acudiría a **Internet** el **5,7%** de los de 12-13 años, el **9%** de los de 14 años y el **6%** de los de 15-16-17.
- No acudiría a **nadie** el **5,5%** de los de 12-13 años, el **5%** de los de 14 años y el **4,7%** de los de 15-16-17.
- Acudiría preferentemente a **Otros** el **2,7%** de los de 12-13 años y de los de 14 años y el **4,9%** de los de 15-16-17 años.

Sin embargo, conforme avanza la edad de los encuestados, los adolescentes estarían más dispuestos a acudir a especialistas profesionales:

- Acudiría preferentemente a **especialistas profesionales** el 4,5% de los de 12-13 años, que sube al 7,2% de los de 14 años y al 8,2% de los de 15-16-17.

Hemos demostrado usando el estadístico chi cuadrado que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p=0,0471$, $\chi^2 =21,23$).

A pesar de que hay 2 casillas con menos de 5 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suma un 9,5% de las 21 casillas estudiadas).

12. La pregunta 29 dice: “¿Por cuál de los siguientes motivos no tendrías relaciones sexuales?” Se trata de una pregunta de respuesta múltiple, con lo que la suma de las respuestas será mayor de 1289.

Tabla CXVI: Motivos para no tener relaciones sexuales.

	Chicos	Chicas	Total
Embarazos no deseados	391	587	978
Infecciones de transmisión sexual	346	517	863
Mis padres	93	169	262
Vergüenza	47	130	177
Razones morales o religiosas	25	25	50
Otros	30	43	73
Total motivos	932	1471	2403

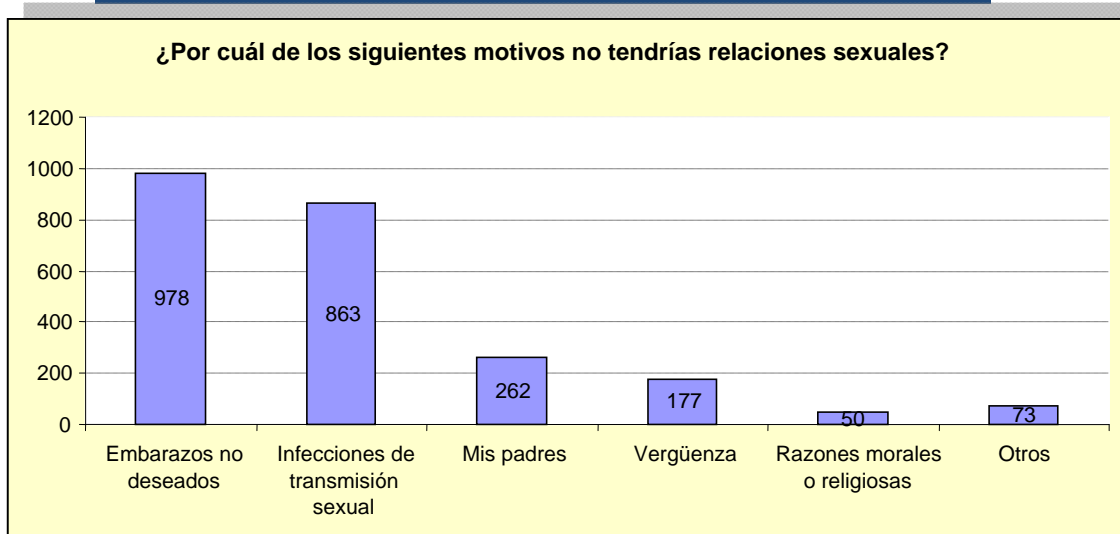


Figura 192: Motivos para no tener relaciones sexuales.

Como conclusión a estos datos podemos decir que **las chicas parecen tener más motivos que los chicos para no tener relaciones sexuales**. Mientras cada **chica** pone una **media** de **2,03 motivos**, cada **chico** pone una **media** de **1,66 motivos**.

Por esta razón **los porcentajes son siempre mayores en las chicas** (salvo en el caso de *Razones morales o religiosas* y de *Otros motivos* en los que apenas hay diferencias entre sexos):

La gran mayoría de los adolescentes (el **75,9%** del total, **69,4%** de chicos y **80,9%** de chicas) no tendría relaciones sexuales por los ***Embarazos no deseados***.

La mayoría de los encuestados (el **67%** del total, **61,5%** de chicos y **71,2%** de chicas) no lo haría por las ***Infecciones de Transmisión sexual***.

El resto de los motivos son menos importantes:

- El **20,3%** de los encuestados (**16,5%** de chicos y **23,3%** de chicas) no lo haría por ***sus padres***.
- El **13,7%** de los adolescentes (**8,3%** de chicos y **17,9%** de chicas) no tendría relaciones sexuales por ***Vergüenza***. Obsérvense que son más del doble de chicas que de chicos los que marcan esta opción.
- El **5,7%** (**5,3%** de chicos y **5,9%** de chicas) no tendría relaciones sexuales por ***Otros motivos***.
- Finalmente, el **3,9%** de los encuestados (**4,4%** de chicos y **3,4%** de chicas) no lo haría por ***Razones morales o religiosas***.

Si representamos gráficamente las respuestas de **chicos** y **chicas** por separado:

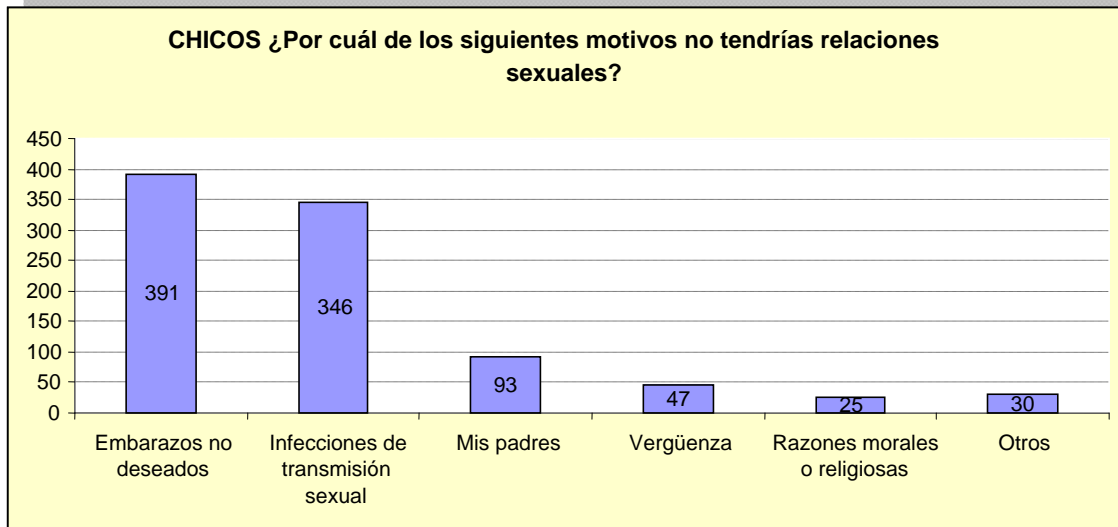


Figura 193: Motivos para no tener relaciones sexuales. Chicos.

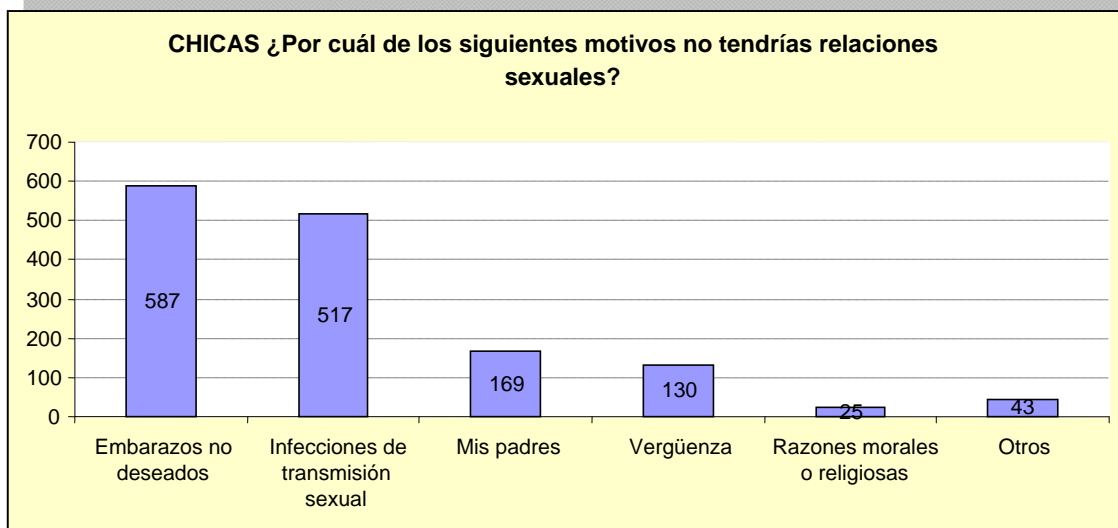


Figura 194: Motivos para no tener relaciones sexuales. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXVII: Motivos para no tener relaciones sexuales según edad.

¿Por cuál de los siguientes motivos no tendrías relaciones sexuales?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Embarazos no deseados	300	396	282	978
Infecciones de transmisión sexual	261	362	239	862
Mis padres	102	115	44	261

Vergüenza	60	75	42	177
Razones morales o religiosas	15	22	13	50
Otros	28	29	16	73
Total motivos	766	999	636	2401

En esta cuestión, no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra en las siguientes cuestiones:

- No las tendría por las **infecciones de transmisión sexual** el **64,9%** de los de 12 y 13 años, el **69,5%** de los de 14 años y el **65,5%** de los de 15, 16 y 17 años.
- No tendría relaciones sexuales por **razones morales o religiosas** el **3,7%** de los de 12-13 años, el **5,5%** de los de 14 años y el **3,6%** de los de 15-16-17 años

Sin embargo, conforme **avanza la edad de los encuestados, bajan la importancia de algunos motivos para no tener relaciones sexuales:**

- Así, no las tendría por sus **padres** el **25,4%** de los de 12-13 años, que baja al **22,1%** de los de 14 años y luego al **12,1%** de los de 15-16-17.
- No las tendría por **vergüenza** el **14,9%** de los de 12-13 años, que baja al **14,4%** de los de 14 años y luego al **11,5%** de los de 15-16-17.
- No las tendría por **otros motivos** el **7%** de los de 12-13 años, que baja al **5,6%** de los de 14 años y luego al **4,4%** de los de 15-16-17 años

También, conforme **avanza la edad de los encuestados, aumenta la importancia de los embarazos no deseados como motivo para no tener relaciones sexuales:**

- No tendría relaciones sexuales por los **embarazos no deseados** el **74,6%** de los de 12-13 años, que sube al **76%** de los de 14 años y luego al **77,3%** de los de 15-16-17 años

Asimismo, **a partir de los 15 años los encuestados marcan menos motivos para no tener relaciones sexuales.** Así, los de 12 y 13 años ponen **1,91** motivos de

media cada uno, los de 14 años ponen 1,92, mientras que los de 15-16-17 años bajan a 1,74 motivos por persona.

13. En la pregunta 30 se pregunta a los encuestados: “¿Qué opinan tus padres sobre las relaciones sexuales entre los adolescentes?”

Aunque no estaba planteada como pregunta de respuesta múltiple, algunos encuestados (33) ponen más de una respuesta. Para evitar desechar estos cuestionarios, analizaremos la pregunta como si fuera de posible respuesta múltiple (con lo que la suma final de las respuestas es mayor de 1289).

Tabla CXVIII: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes.

¿Qué opinan tus padres sobre las relaciones sexuales entre los adolescentes?	Chicos	Chicas	Total
No lo sé	310	249	559
Que pueden tenerlas si se cuidan responsablemente	145	208	353
Que deben esperar hasta el matrimonio	20	52	72
No hablamos del tema	61	147	208
No les interesa	8	3	11
Otra respuesta	28	85	113
No contesta	2	4	6
Total respuestas	574	748	1322

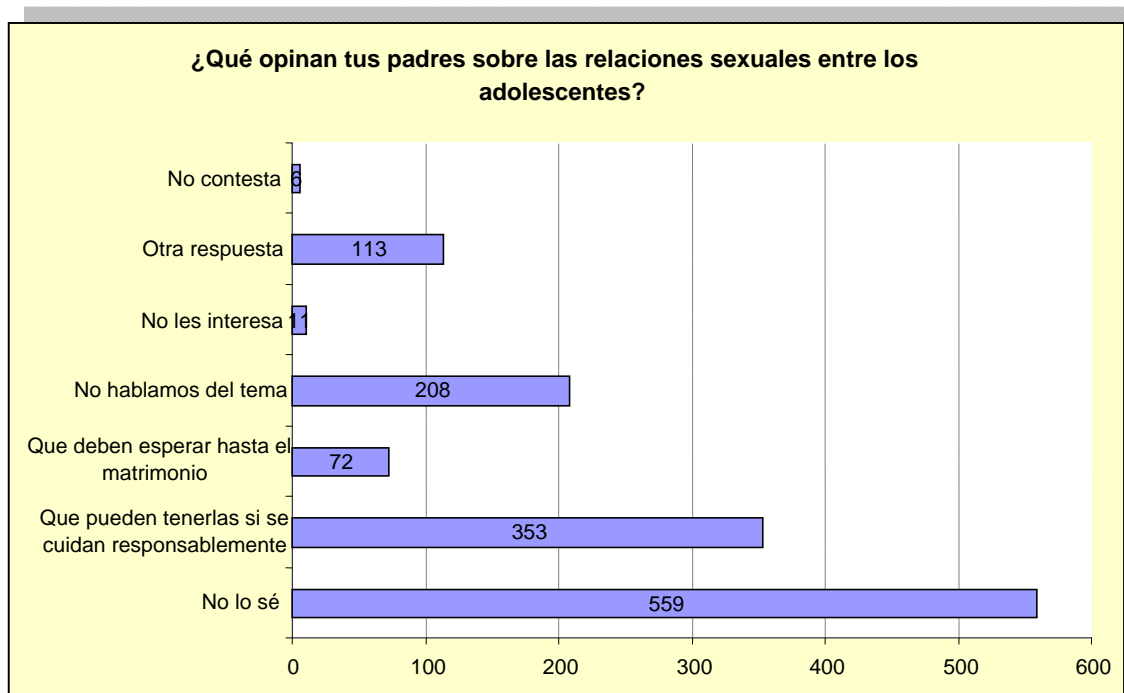


Figura 195: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes.

Tras observar estos datos vemos que hay **importantes diferencias entre chicos y chicas:**

El **43,4%** de los encuestados contesta que *No sabe* lo que opinan sus padres sobre las relaciones sexuales entre los adolescentes. Este porcentaje es **mucho más alto en chicos** (que son más de la mitad, el **55,1%**) que en **chicas** (que sólo lo desconoce el **34,3%**). Estos datos podrían reflejar o bien que los padres dejan bastante más claro a sus hijas que a sus hijos su opinión sobre las relaciones sexuales entre adolescentes, o que ellas están más interesadas en conocer esa opinión que ellos.

El **27,4%** refiere que sus padres opinan *Que pueden tenerlas si se cuidan responsablemente*. Existen pocas diferencias en esta cuestión entre **chicos** (**25,8%**) y **chicas** (**28,7%**).

Un **16,1%** reconoce que *No habla del tema* con sus padres. Este porcentaje es mayor en **chicas** (**20,2%**) que en **chicos** (**10,8%**).

Un **8,8%** de los adolescentes escribe que sus padres opinan *Otra cosa*. Este porcentaje es mayor en **chicas** (**11,7%**) que en **chicos** (**5%**).

El **5,6%** de los encuestados refiere que sus padres opinan *Que deben esperar hasta el matrimonio*. Este porcentaje es mayor en **chicas** (**7,2%**) que en **chicos** (**3,6%**).

Finalmente el **0,9%** (**1,4%** de los **chicos** y **0,4%** de las **chicas**) de los encuestados contesta que a sus padres *No les interesa*.

Todas estas diferencias entre sexos nos sugieren que los padres dan una educación sexual diferente según sea el sexo de sus hijos.

Si representamos las respuestas de chicos y chicas por separado:

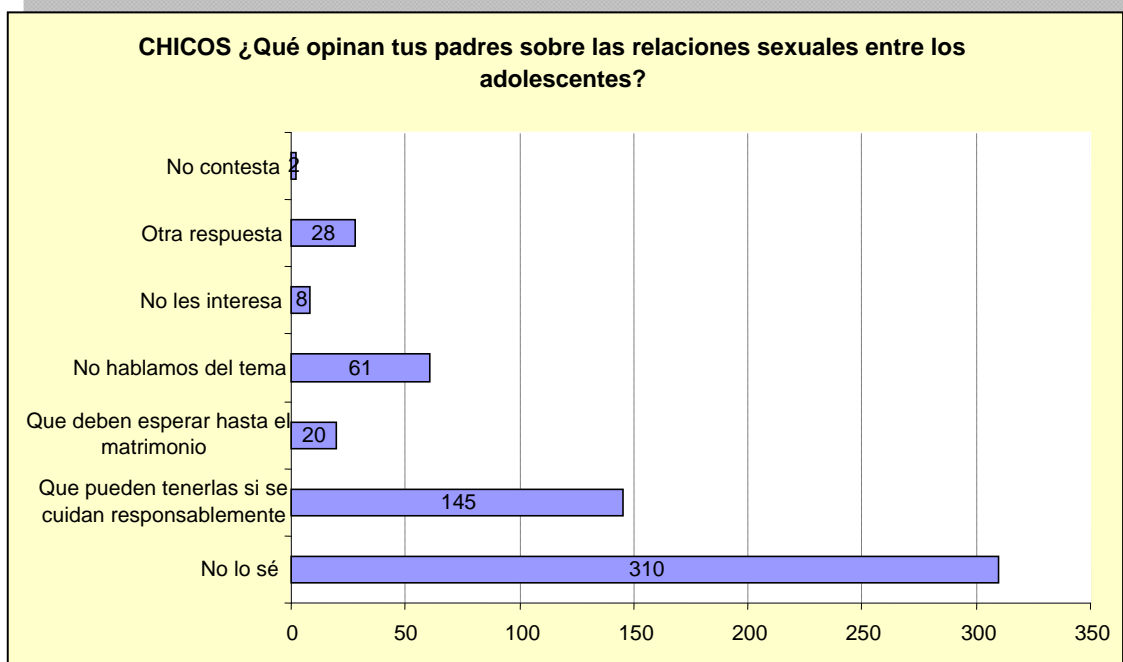


Figura 196: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes. Chicos.

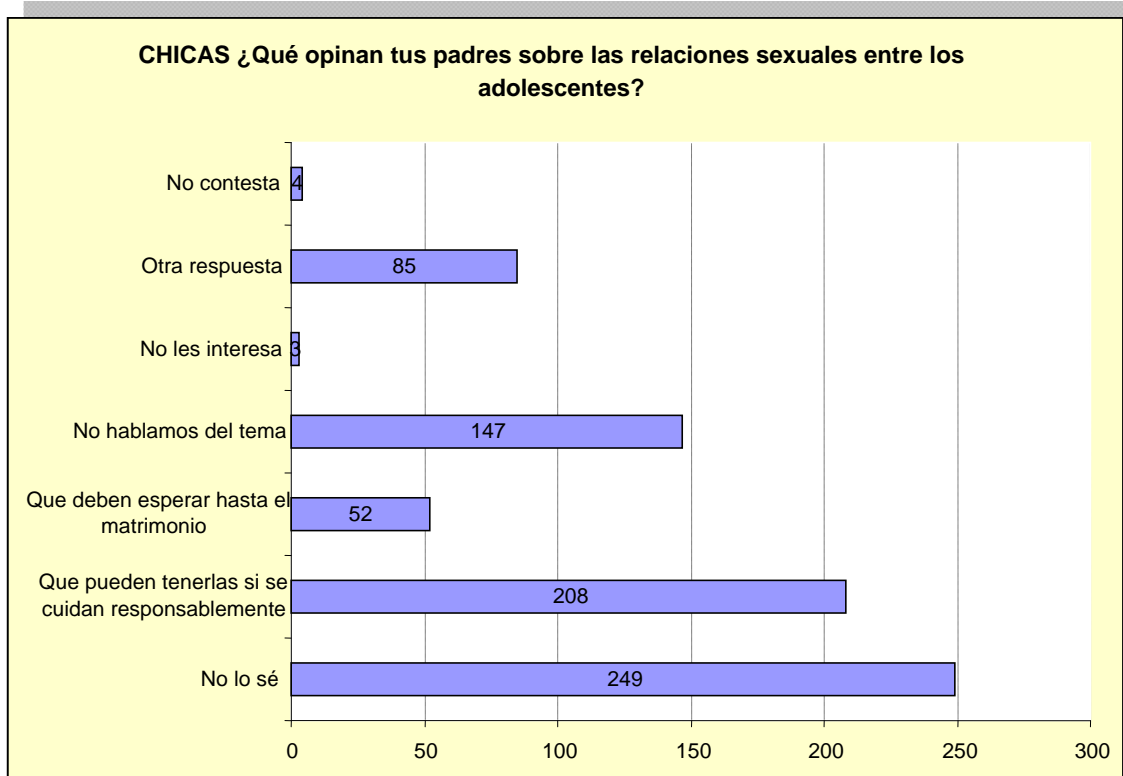


Figura 197: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXIX: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes. Según edad.

¿Qué opinan tus padres sobre las relaciones sexuales entre los adolescentes?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
No lo sé	190	227	141	558
Que pueden tenerlas si se cuidan responsablemente	88	138	127	353
Que deben esperar hasta el matrimonio	25	27	20	72
No hablamos del tema	66	86	56	208
No les interesa	5	4	2	11
Otra respuesta	38	52	23	113
No contesta		3	3	6
Total respuestas	412	537	372	1321

En esta cuestión, no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra en las siguientes cuestiones:

- **Que deben esperar hasta el matrimonio** opinan los padres del **6,2%** de los de 12-13 años, del **5,2%** de los de 14 años y del **5,5%** de los de 15-16-17 años).
- **No hablamos del tema** para el **16,4%** de los de 12-13 años, el **16,5%** de los de 14 años y el **15,3%** de los de 15-16-17.
- **No les interesa** para el **1,2%** de los de 12-13 años, el **0,8%** de los de 14 años y el **0,5%** de los de 15-16-17.
- **Otra respuesta** escribe el **9,5%** de los de 12-13 años, el **10%** de los de 14 años y el **6,3%** de los de 15-16-17 años

Sin embargo, conforme **avanza la edad de los encuestados**, **cada vez menos adolescentes dicen desconocer la opinión de sus padres:**

- **No sabe** lo que opinan sus padres el **47,3%** de los de 12-13 años, que baja al **43,6%** de los de 14 años y luego al **38,6%** de los de 15-16-17 años.

Asimismo, conforme **avanza la edad de los encuestados, cada vez más** creen que sus padres opinan que los adolescentes pueden tener relaciones sexuales si se cuidan:

- *Que pueden tenerlas si se cuidan responsablemente* refiere que es lo que opinan los padres el **21,9%** de los de 12-13 años, que sube al **26,5%** de los de 14 años y luego al **34,8%** de los de 15-16-17 años.

14. En la pregunta 31 se pregunta a los encuestados: “¿Has tenido relaciones sexuales con penetración?”

Tabla CXX: Relaciones sexuales con penetración

	Chicos	Chicas	Total
Sí	114	112	226
No	448	609	1057
No contesta	1	5	6
Total	563	726	1289

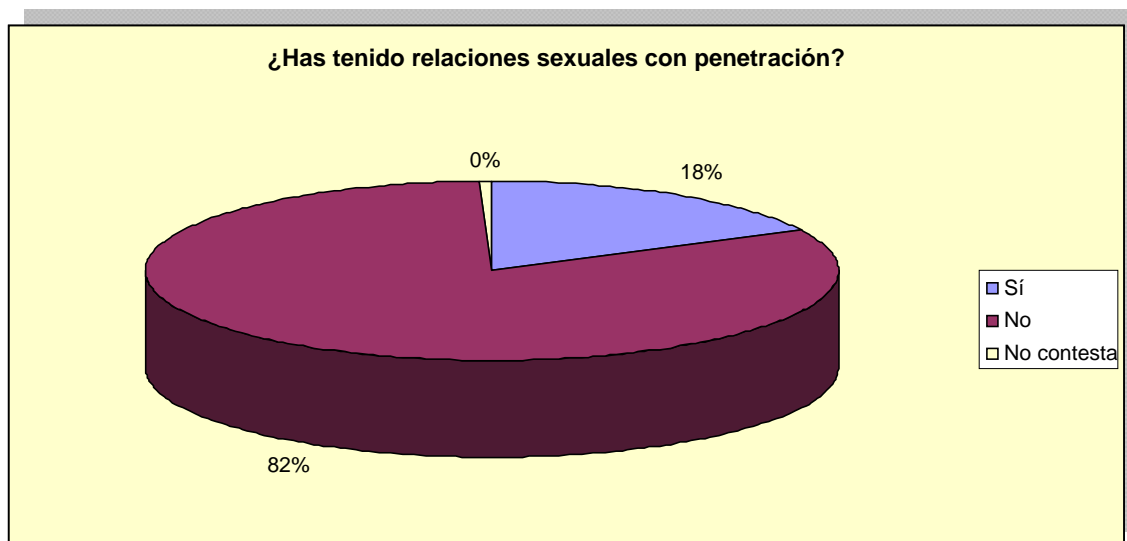


Figura 198: Relaciones sexuales con penetración

Según nuestros datos, el **17,5%** de los adolescentes de nuestra encuesta afirman haber tenido **relaciones sexuales con penetración**. Este porcentaje es mayor en los **chicos** (el **20,2%**) que en las **chicas** (**15,4%**).

El **82%** de los encuestados (el **79,6%** de los **chicos** y el **83,9%** de las **chicas**) **niega** haber tenido ese tipo de relaciones.

Las diferencias entre chicos y chicas son **estadísticamente significativas** ($p=0,0267$, $\chi^2 =4,91$).

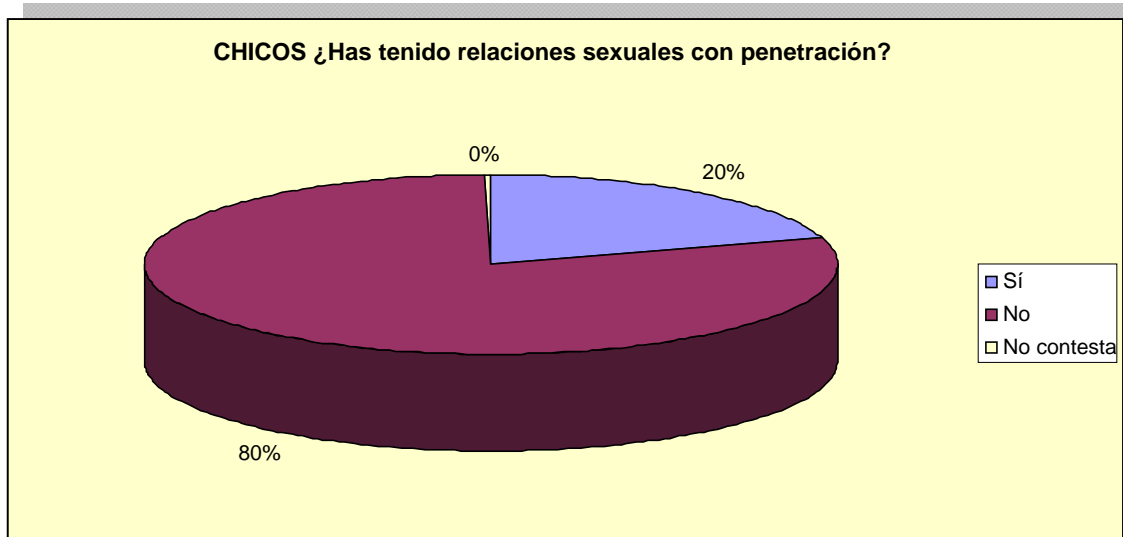


Figura 199: Relaciones sexuales con penetración. Chicos.

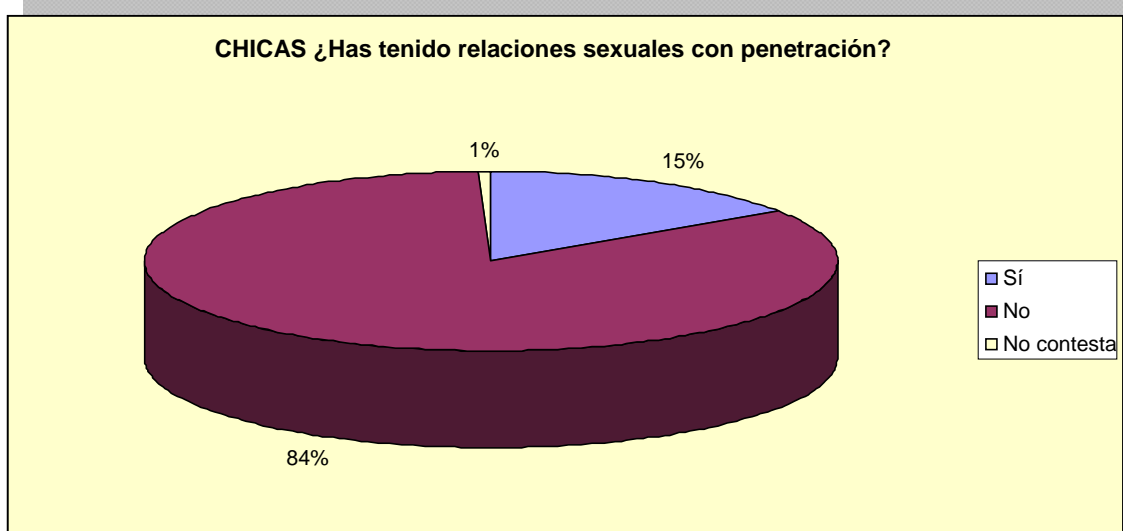


Figura 200: Relaciones sexuales con penetración. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXXI: Relaciones sexuales con penetración según edad

¿Has tenido relaciones sexuales con penetración?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Sí	25	55	146	226
No	376	463	217	1056

No contesta	1	3	2	6
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, **según avanza la edad** de nuestros encuestados, **cada vez más han tenido relaciones sexuales con penetración**. Así, de un **6,2%** de 12-13 años que dicen tener **haberlas tenido**, sube a un **10,6%** de los de 14 años y luego sube a un **40%** para los de 15-16-17 años. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 180,97$).

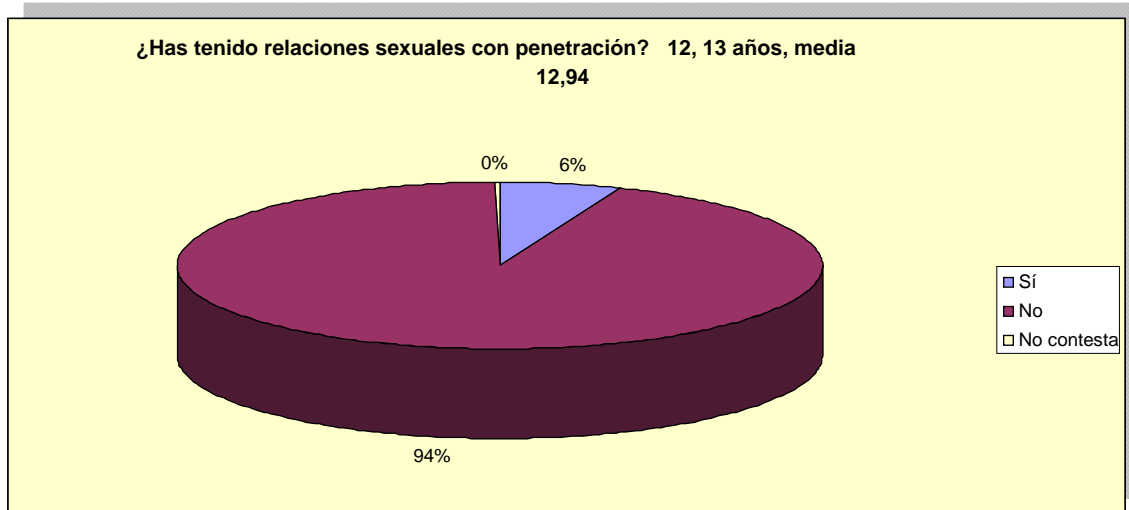


Figura 201: Relaciones sexuales con penetración. 12-13 años.

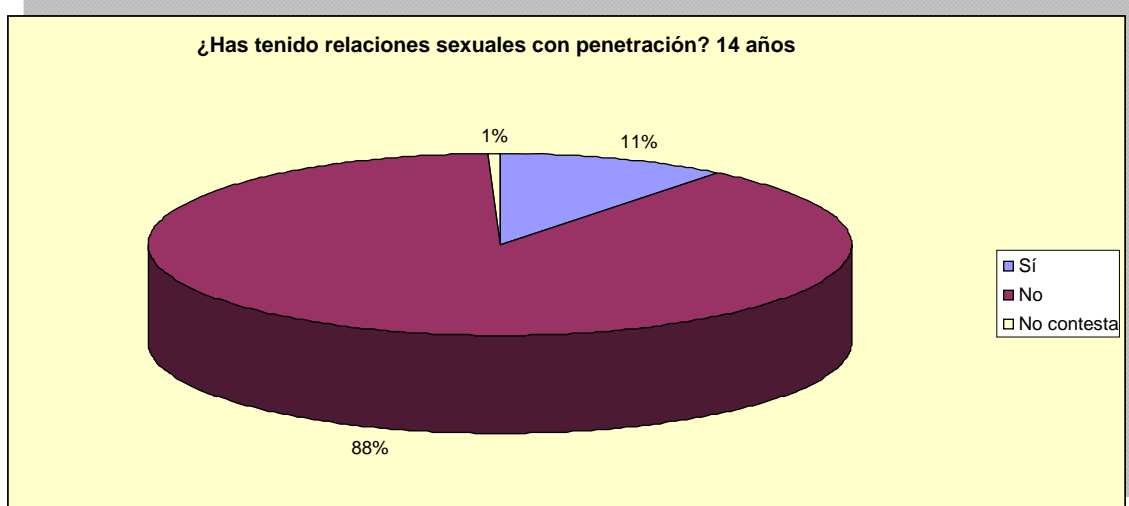


Figura 202: Relaciones sexuales con penetración. 14 años.

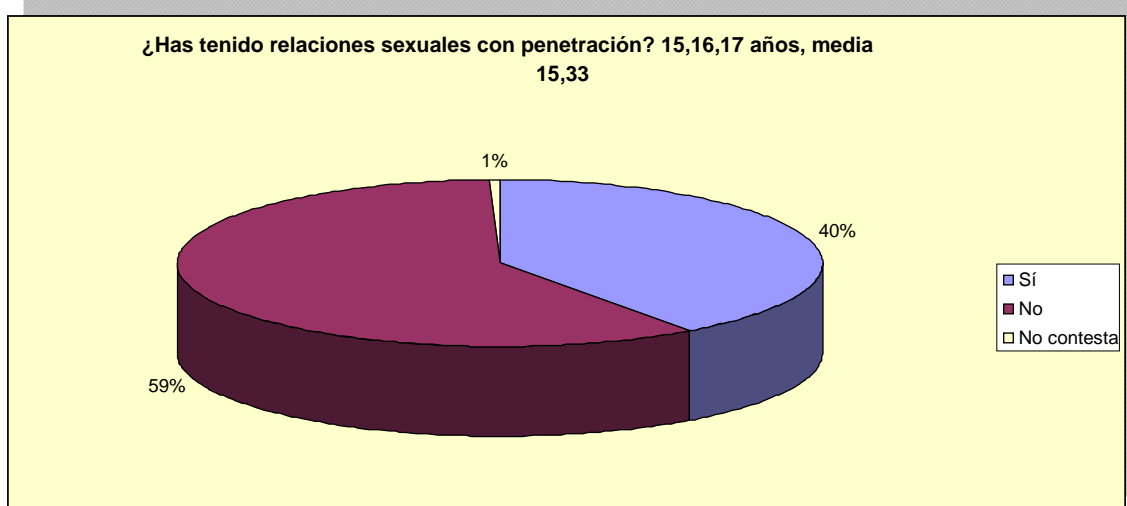


Figura 203: Relaciones sexuales con penetración. 15-16-17 años.

15. La pregunta 32 se hace sólo a los encuestados que han respondido afirmativamente a la pregunta 31, es decir, a los que han tenido relaciones sexuales con penetración (226 adolescentes, 114 chicos y 112 chicas). La pregunta dice: “¿Con quién has tenido relaciones sexuales con penetración?”

Tabla CXXII: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración

	Chicos	Chicas	Total
Con mi novio/a	61	88	149
Con un amigo/a	31	15	46
Con una persona nueva en mi vida	10	4	14
Con mi novio y con un amigo/a	6	3	9
Con mi novio y con una persona nueva en mi vida	1	1	2
Con mi novio, con un amigo/a y con una persona nueva en mi vida	5	1	6
Total	114	112	226

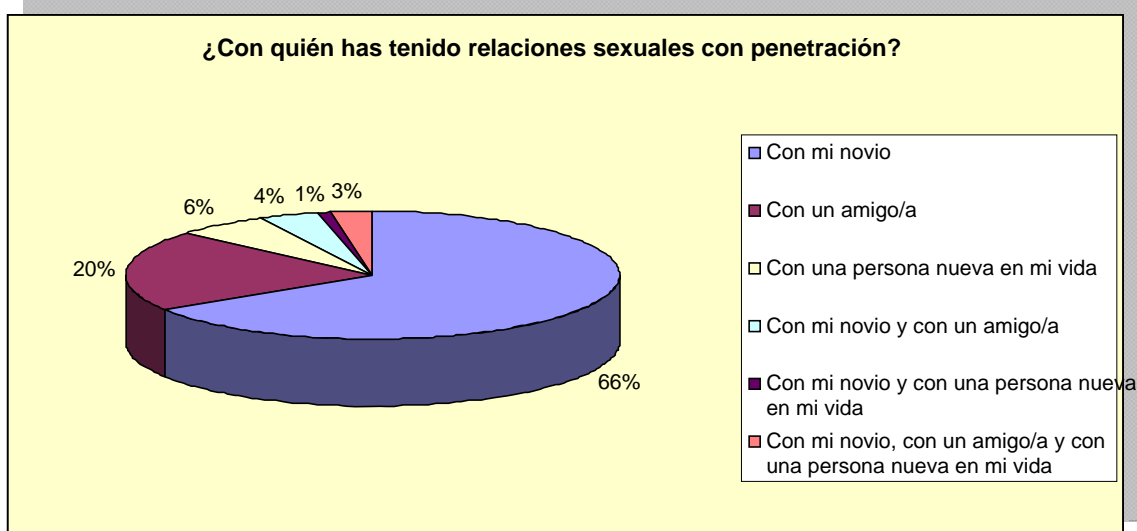


Figura 204: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración.

La **mayoría** de los adolescentes (el **65,9%**) que ha tenido relaciones sexuales con penetración ha sido **sólo con su novio/a**. Sin embargo hay una **gran disparidad entre sexos** en esta cuestión. Este porcentaje es de poco más de la mitad en los **chicos** (el **53,5%**), mientras que en las **chicas** es la **gran mayoría** (el **78,6%**).

El **20,4%** de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales con penetración ha sido **sólo con un amigo/a**. También aquí hay **gran disparidad entre sexos**, ya que es bastante más frecuente en los **chicos** (**27,2%**) que entre las **chicas** (**13,4%**).

El **6,2%** de los encuestados que han tenido relaciones sexuales con penetración ha sido **sólo con una persona nueva en su vida**. El porcentaje es más del doble en **chicos** (**8,8%**) que en **chicas** (**3,6%**).

El **4%** de los que han tenido relaciones sexuales con penetración ha sido con su **novio/a** y **también con un amigo/a**. También aquí el porcentaje es **mayor en chicos** (**5,3%**) que en **chicas** (**2,7%**).

El **0,9%** de los que han tenido relaciones sexuales con penetración ha sido con su **novio/a** y **también con una persona nueva en su vida**. En este caso no hay diferencias entre sexos (**0,9%** tanto para **chicos** como para **chicas**).

Finalmente, el **2,7%** de los que han tenido relaciones sexuales con penetración ha sido con su **novio/a**, **también con un amigo/a** y **también con una persona**

nueva en su vida. También aquí el porcentaje es mayor en chicos (4,4%) que en chicas (0,9%).

Todos estos datos nos sugieren que las chicas necesitan una relación de afecto, de pareja, para tener relaciones sexuales con penetración con mucha más intensidad que los chicos (mucho más frecuente en ellos que las relaciones sean con amigas o con personas nuevas).

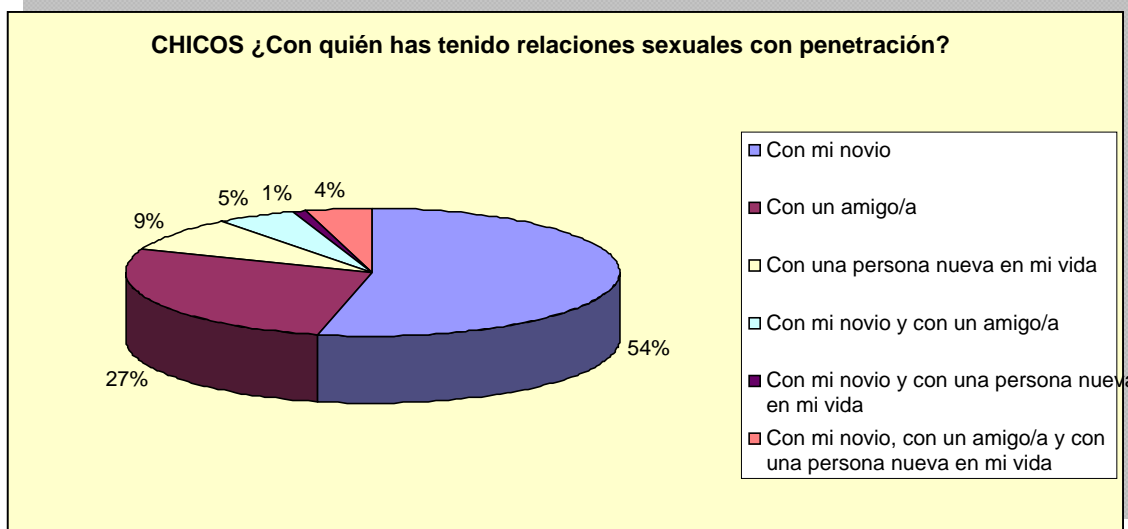


Figura 205: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración. Chicos.

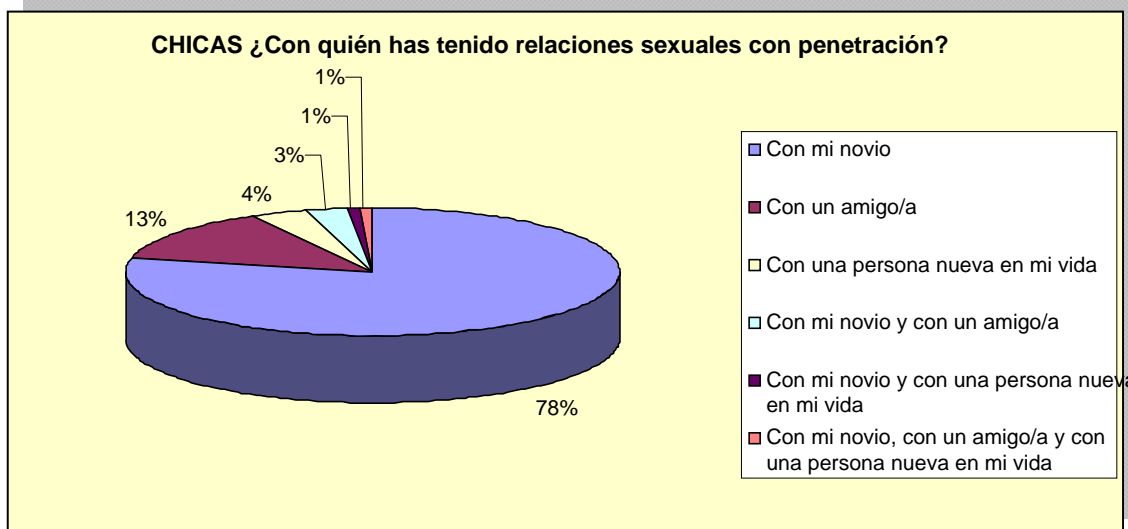


Figura 206: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXXIII: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración. Según edad

¿Con quién has tenido relaciones sexuales con penetración?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Con mi novio/a	13	34	102	149
Con un amigo/a	7	12	27	46
Con una persona nueva en mi vida	2	5	7	14
Con mi novio y con un amigo/a	2	2	5	9
Con mi novio y con una persona nueva en mi vida			2	2
Con mi novio, con un amigo/a y con una persona nueva en mi vida	1	2	3	6
Total	25	55	146	226

Al interpretar estos datos, hay que tener cuidado, ya que sólo se refieren a los que han tenido relaciones sexuales con penetración. Por tanto, sólo tenemos datos de 25 encuestados de 12 y 13 años, de 55 adolescentes de 14 años y sube a 146 alumnos de 15, 16 y 17 años. Esto implica que los grupos son muy diferentes entre sí en cuanto al tamaño lo que implica que sea muy fácil entrar en sesgos al comparar sus resultados. Por ejemplo, cada una de las 25 respuestas del grupo de más jóvenes implica un 4% de variación en los resultados. En el grupo de 14 años (que son 55 individuos) cada respuesta de cada uno significa un 1,82% del resultado total. Y por último, los de 15, 16 y 17 años (que son 146 individuos) cada respuesta de cada uno implica un 0,68%. Por todo ello, como precaución previa a los resultados de las preguntas 32, 33, 34 y 36 cuando analizamos la edad, deberíamos tener en poca consideración los porcentajes del grupo de 12-13 años (que son sólo 25 encuestados).

Los porcentajes y los gráficos nos hablan de que, **conforme avanza la edad, los que tienen relaciones sexuales con penetración las tienen con su novio/a** (el porcentaje sube del **52%** de los de 12-13 años, al **61,8%** de los de 14 años y al **69,9%** de los de 15-16-17).

El resto de porcentajes va cayendo poco a poco a favor de las relaciones sexuales con su novio/a.

Así, con un **amigo/a** las han tenido el **28%** de los de 12-13 años, que baja al **21,8%** de los de 14 años y luego al **18,5%** de los de 15-16-17.

Con una **persona nueva** en su vida las han tenido el **8%** de los de 12-13 años, el **9,1%** de los de 14 años y baja al **4,8%** de los de 15-16-17.

Con su **novio** y con un **amigo** las han tenido el **8%** de los de 12-13 años, que baja al **3,6%** de los de 14 años y baja al **3,4%** de los de 15-16-17.

Con su **novio**, con un **amigo** y con una **persona nueva** en su vida han tenido relaciones sexuales el **4%** de los de 12-13 años, el **3,6%** de los de 14 años y baja al **2,1%** de los de 15-16-17.

Finalmente la combinación con su **novio** y con una **persona nueva** sólo la marca el **1,4%** de 15-16-17 años.

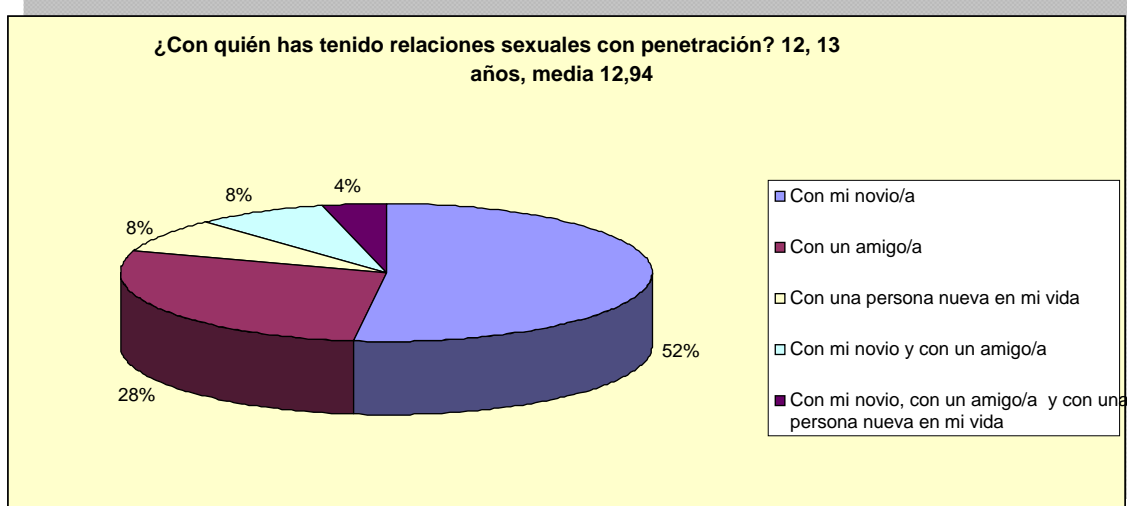


Figura 207: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración.12-13 años.

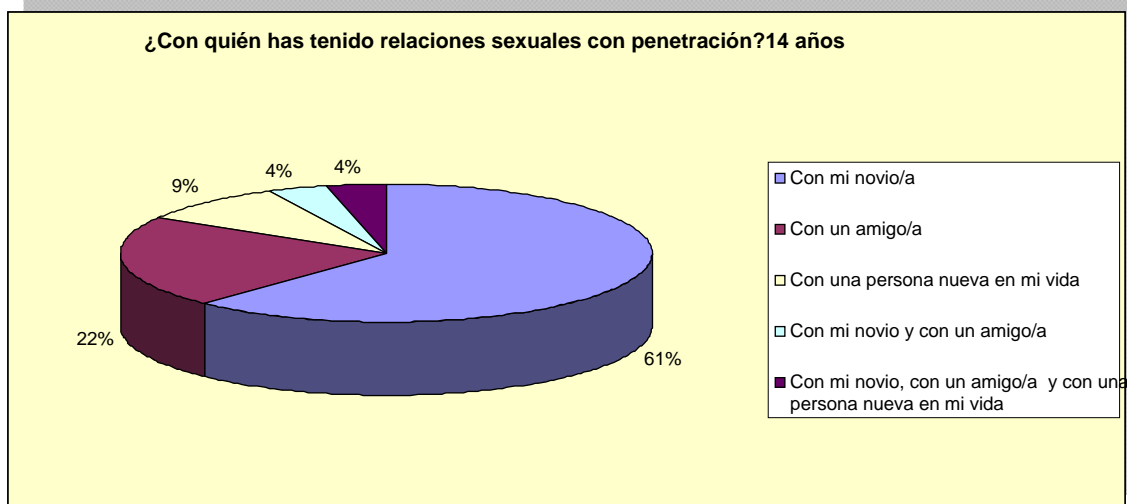


Figura 208: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración.14 años.

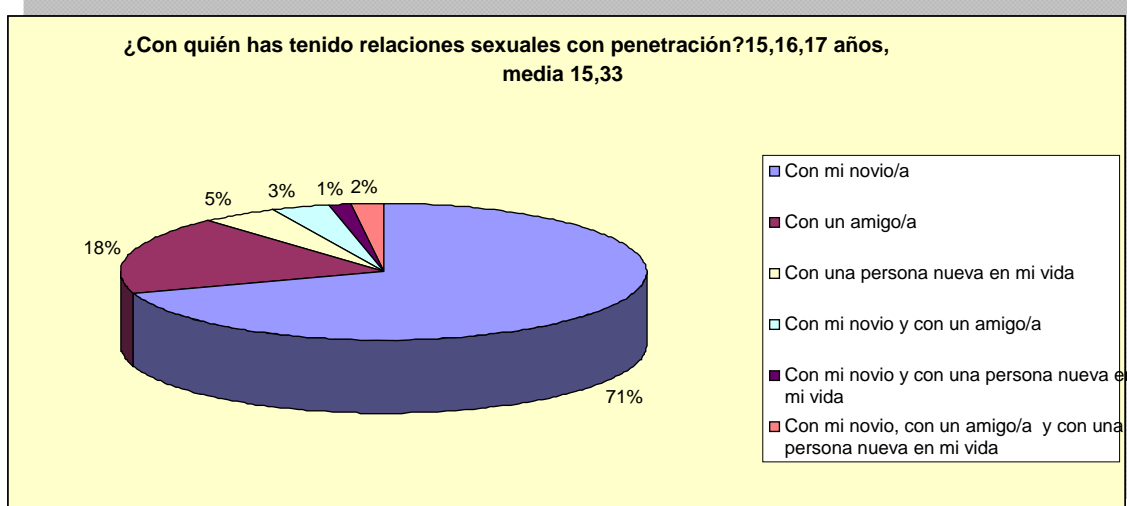


Figura 209: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración. 15-16-17 años.

16. La pregunta 33 se hace también sólo a los encuestados que han respondido afirmativamente a la pregunta 31, es decir, a los que han tenido relaciones sexuales con penetración (226 adolescentes, 114 chicos y 112 chicas). La pregunta dice: “¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración en el último año?”

Tabla CXXIV: N° de compañeros sexuales en el último año

	Chicos	Chicas	Total
Solamente con mi novio/a	56	80	136
Dos personas	16	20	36
Más de dos	37	12	49
No contesta	5	0	5
Total	114	112	226

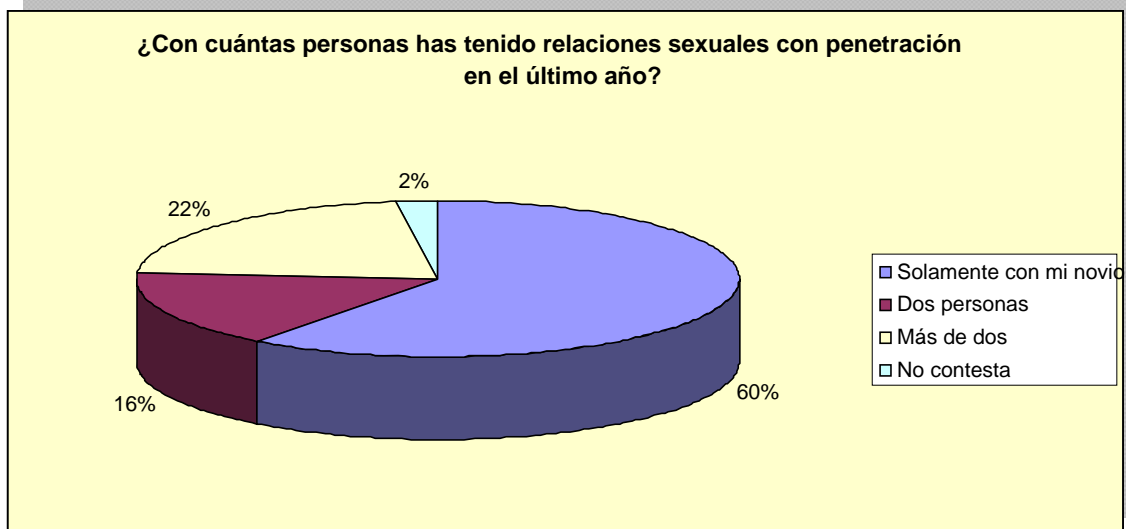


Figura 210: N° de compañeros sexuales en el último año.

Observando estos datos podemos afirmar que **la mayoría (el 60,2%)** de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales con penetración **lo han hecho sólo con su novio/a en el último año**. Sin embargo, este porcentaje es **mucho mayor en chicas (71,4%)** que en chicos (que no llega a la mitad, el **49,1%**).

El **15,9%** de los que han tenido relaciones sexuales con penetración lo han hecho con **dos personas** en el último año. En este caso hay pocas diferencias entre chicos (**14%**) y chicas (**17,9%**).

El **21,7%** de los encuestados que han tenido relaciones sexuales con penetración lo han hecho **con más de dos personas** en el último año. Este porcentaje es **mucho mayor en chicos (32,5%)** que en chicas (**10,7%**).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p=0,0002$ y $\chi^2 = 17,397$).

Todos estos datos nos sugieren que, en general, **los chicos son más promiscuos que las chicas**.

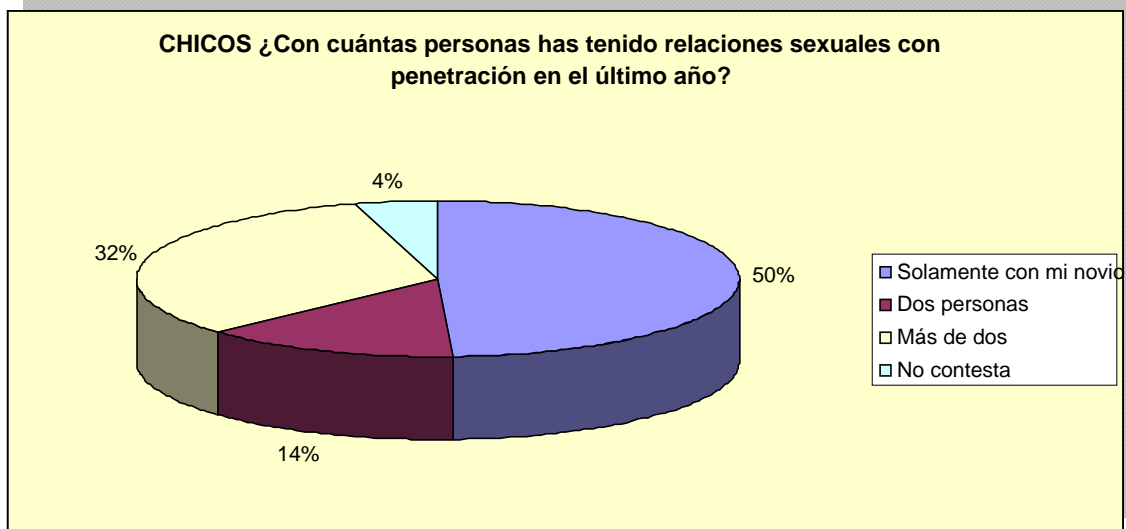


Figura 211: N° de compañeras sexuales en el último año. Chicos.



Figura 212: N° de compañeros sexuales en el último año. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXXV: N° de compañeros sexuales en el último año según edad.

¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración en el último año?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Solamente con mi novio/a	15	34	87	136
Dos personas	3	7	26	36
Más de dos	7	12	30	49
No contesta		2	3	5
Total	25	55	146	226

El porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales **sólo con su novio** en el último año se mantiene en torno **al 60%** en las diferentes franjas de edad (sería de un 60% para los de 12-13 años, de un 61,8% para los de 14 años y de un 59,6% para los de 15-16-17).

Conforme avanza la edad parece subir levemente el porcentaje que ha tenido relaciones sexuales con dos personas en el último año (del **12%** de los de 12-13 años, sube al **12,7%** de los de 14 años y luego al **17,8%** de los de 15-16-17). De forma paralela, parece bajar levemente el porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales con más de dos personas (del **28%** de 12-13 años, pasa al **21,8%** de los de 14 años y luego baja al **20,5%** de los de 15-16-17).

Sin embargo, usando el estadístico chi cuadrado demostramos que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p=0,8327$, $\chi^2=1,466$).

A pesar de que hay 1 casilla con menos de 5 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suma un 11,1% de las 9 casillas estudiadas).

17. La pregunta 34 se hace también sólo a los encuestados que han respondido afirmativamente a la pregunta 31, es decir, a los que han tenido relaciones sexuales con penetración (226 adolescentes, 114 chicos y 112 chicas). La pregunta dice: “¿En tu última relación sexual has usado preservativo?”.

Tabla CXXVI: Uso del preservativo en la última relación sexual

	Chicos	Chicas	Total
Sí	96	97	193
No	18	15	33
Total	114	112	226

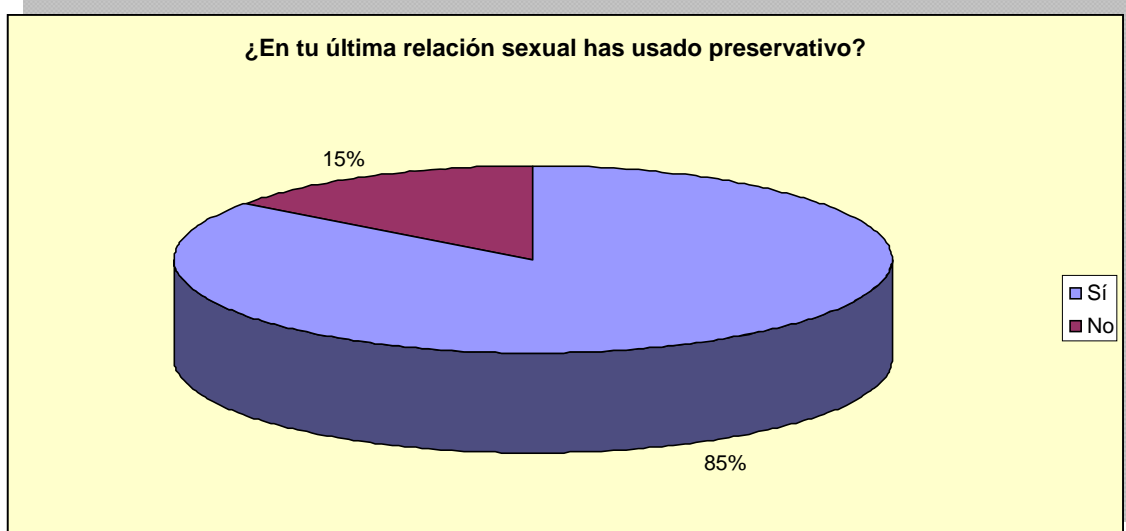


Figura 213: Uso del preservativo en la última relación sexual

Con estos datos podemos afirmar que **la gran mayoría (el 85,4%) de los adolescentes que afirman haber tenido relaciones sexuales con penetración ha usado preservativo en su última relación sexual.** En esta cuestión no hay diferencias estadísticamente significativas entre **chicos (84,2%)** y **chicas (86,6%)** ($p=0,61$, $\chi^2 =0,26$).

Sin embargo, existe una **minoría nada desdeñable que niega haber usado preservativo en su última relación sexual.** Se trata de un **14,6%** de los adolescentes que afirman haber tenido relaciones sexuales con penetración (sin diferencias estadísticamente significativas entre **chicos, el 15,8%**, y **chicas, el 13,4%**). Estos adolescentes estarían **expuestos al contagio de enfermedades de transmisión sexual y, si no usan otro método anticonceptivo, a embarazos no deseados.**

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXXVII: Uso del preservativo en la última relación sexual según edad

¿En tu última relación sexual has usado preservativo?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Sí	23	46	124	193
No	2	9	22	33
Total	25	55	146	226

En esta cuestión, **no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra** y podemos volver a concluir que la gran mayoría de los adolescentes ha usado preservativo en su última relación sexual. El **92%** de los de 12-13 años que han tenido relaciones sexuales han usado preservativo en su última relación sexual. Este porcentaje baja al **83,6%** de los de 14 años y al **84,9%** de los de 15, 16 y 17 años.

Usando el estadístico chi cuadrado demostramos que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p=0,5956$, $\chi^2 =1,036$).

A pesar de que hay 1 casilla con menos de 5 observaciones podemos usar chi cuadrado (ya que sólo suma un 16,7% de las 6 casillas estudiadas).

18. La pregunta 35 se hace también sólo a los encuestados que han respondido afirmativamente a la pregunta 31, es decir, a los que han tenido relaciones sexuales con penetración (226 adolescentes, 114 chicos y 112 chicas). La pregunta dice: “¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?”.

Tabla CXXVIII: Edad de la primera relación sexual con penetración

	Chicos	Chicas	Total
A los 13 años o antes	53	17	70
A los 14 años	36	52	88
A los 15 años	22	34	56
A los 16 años	3	8	11
A los 17 años		1	1
Total	114	112	226

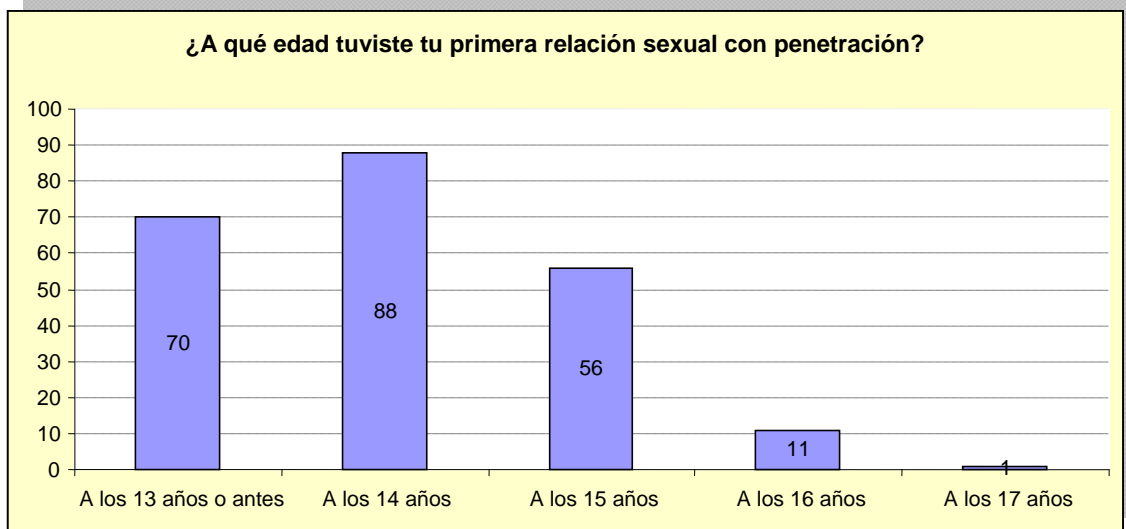


Figura 214: Edad de la primera relación sexual con penetración.

El **31%** de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales con penetración afirma haberlo hecho por primera vez a los **13 años o antes**. Este porcentaje es mucho mayor en **chicos (46,5%)** que en **chicas (15,2%)**.

El **38,9%** de los que han tenido relaciones sexuales con penetración refiere haberlo hecho por primera vez a los **14 años**. Son más las **chicas (46,4%)** que los **chicos (31,6%)**.

El **24,8%** de los encuestados que han tenido relaciones sexuales con penetración afirma haberlo hecho por primera vez a los **15 años**. Este porcentaje es mayor en **chicas (30,4%)** que en **chicos (19,3%)**.

El **4,9%** de los que han tenido relaciones sexuales con penetración afirma haberlo hecho por primera vez a los **16 años**. Son más las **chicas (7,1%)** que los **chicos (2,6%)**.

Finalmente, el **0,4%** de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales con penetración afirma haberlo hecho por primera vez a los **17 años** y corresponde únicamente a una **chica (0,9%** de ellas).

Para poder analizar estadísticamente las diferencias entre sexos agrupamos las categorías **16 y 17 años**:

Tabla CXXIX: Edad de la primera relación sexual con penetración, modificada

	Chicos	Chicas	Total
A los 13 años o antes	53	17	70
A los 14 años	36	52	88

A los 15 años	22	34	56
A los 16 años o más	3	9	11
Total	114	112	226

Ahora sí que puedo usar el test chi cuadrado (a pesar de que hay 1 casilla con menos de 5 observaciones podemos usarlo ya que sólo suman un 12,5% de las 8 casillas estudiadas).

Al analizar estos datos podemos concluir que los chicos son más precoces que las chicas en cuanto al inicio de las relaciones sexuales con penetración y que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 26,98$).

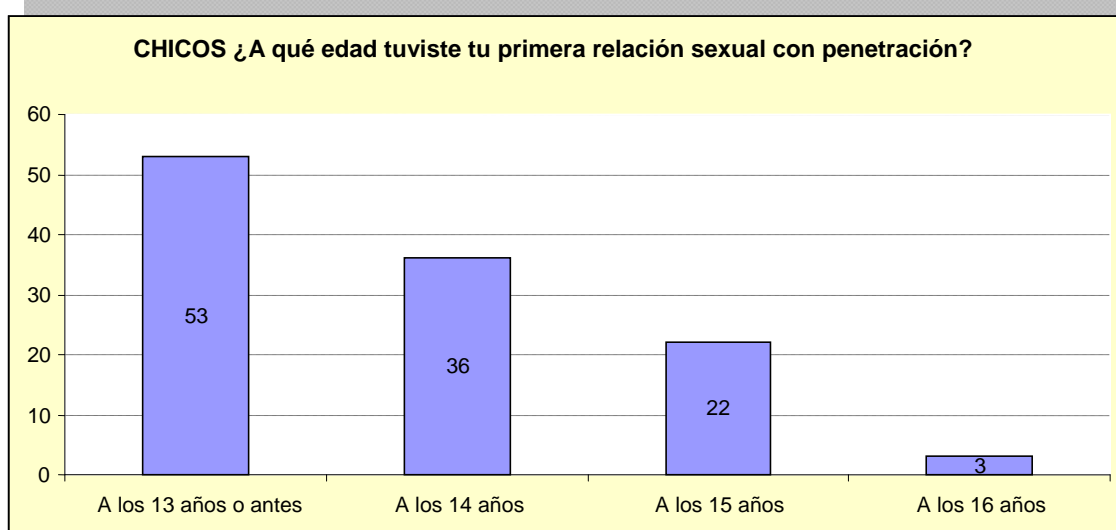


Figura 215: Edad de la primera relación sexual con penetración. Chicos.

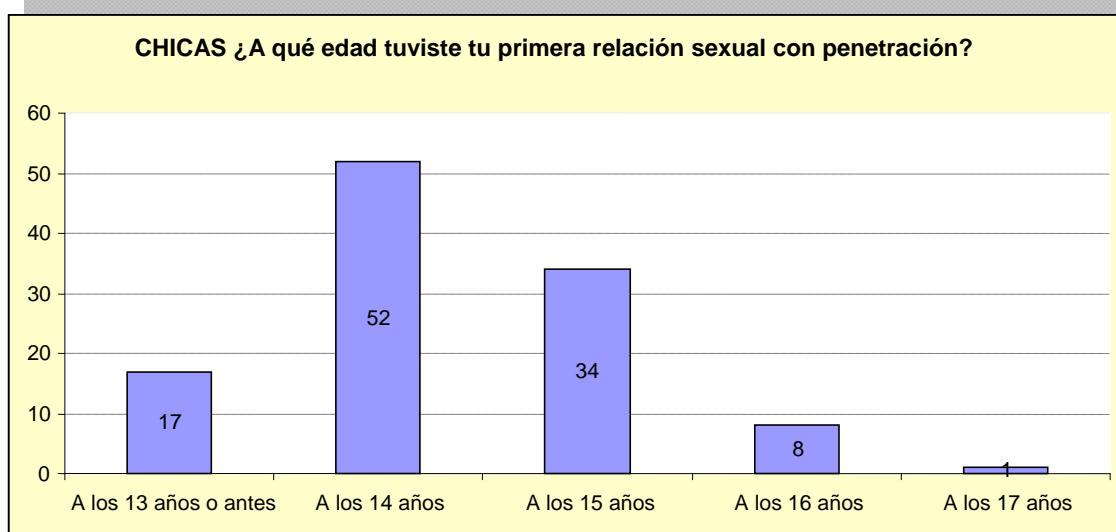


Figura 216: Edad de la primera relación sexual con penetración. Chicas.

19. La pregunta 36 se hace también sólo a los encuestados que han respondido afirmativamente a la pregunta 31, es decir, a los que han tenido relaciones sexuales con penetración (226 adolescentes, 114 chicos y 112 chicas). La pregunta dice: “¿En tus relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo?”.

Tabla CXXX: Uso de anticonceptivos.

	Chicos	Chicas	Total
Sí, preservativo	89	91	180
Sí, píldoras	0	3	3
Ninguno	11	5	16
Depende, a veces sí, a veces no	12	11	23
Otros	2	1	3
No contesta	0	1	1
Total	114	112	226

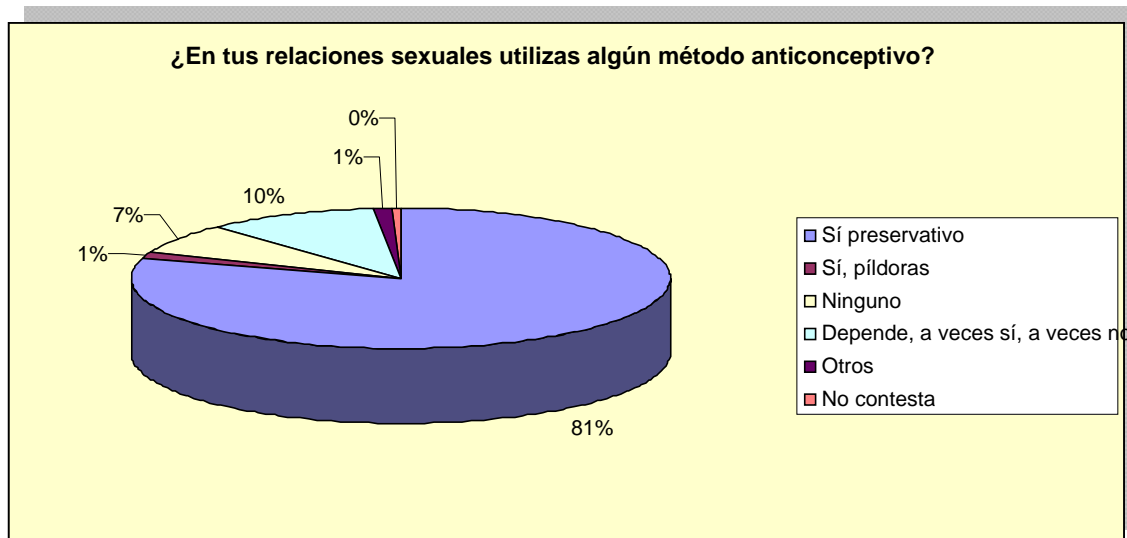


Figura 217: Uso de anticonceptivos.

Para poder analizar estadísticamente las diferencias entre sexos agrupé las categorías de la siguiente manera:

Tabla CXXXI: Uso de anticonceptivos modificada.

¿En tus relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo?	Chicos	Chicas	Total
Sí, (preservativo, píldoras, otros)	91	95	186
Ninguno	11	5	16
Depende, a veces sí, a veces no	12	11	23

No contesta	0	1	1
Total	114	112	226

Gracias a esta tabla y con el test chi cuadrado demostramos que las diferencias en la utilización de métodos anticonceptivos entre chicos y chicas no son estadísticamente significativas ($p=0,31$, $\chi^2 =2,34$).

Como conclusión a estos datos podemos decir lo siguiente:

La gran mayoría (el 79,6%) de los adolescentes con relaciones sexuales usa el preservativo como método anticonceptivo. Hay pocas diferencias entre chicos (78,1%) y chicas (81,3%).

El 2,7% de las chicas con relaciones sexuales usa la píldora como método anticonceptivo. Ningún chico de nuestra encuesta afirma usarla.

El 1,3% de de los adolescentes con relaciones sexuales utiliza en ellas otros métodos anticonceptivos. Hay pocas diferencias entre chicos (1,8%) y chicas (0,9%).

El 10,2% de de los que tienen relaciones sexuales usa métodos anticonceptivos sólo a veces y existen pocas diferencias entre chicos (10,5%) y chicas (9,8%).

El 7,1% de de los encuestados con relaciones sexuales no usa ningún método anticonceptivo. Este porcentaje es mayor en los chicos (9,6%) que en chicas (4,5%).

Si ahora analizamos los datos por edades nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXXXII: Uso de anticonceptivos según edad.

¿En tus relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Sí, preservativo	23	43	114	180
Sí, píldoras			3	3
Ninguno	2	5	9	16
Depende, a veces sí, a veces no		6	17	23
Otros		1	2	3
No contesta			1	1
Total	25	55	146	226

Para poder analizar estadísticamente las diferencias entre las diferentes edades agrupo las categorías de la siguiente manera:

Tabla CXXXIII: Uso de anticonceptivos según edad modificada

¿En tus relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Sí (preservativo, píldoras, otros)	23	44	119	186
Ninguno y Depende, a veces sí, a veces no	2	11	26	39
No contesta			1	1
Total	25	55	146	226

Gracias a esta tabla y con el test chi cuadrado demostramos que las diferencias en la utilización de métodos anticonceptivos entre las diferentes edades no son estadísticamente significativas ($p=0,4$, $\chi^2 = 1,83$).

En esta cuestión, no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra:

- Los que usan **preservativo**: del **92%** de los de 12 y 13 años pasa al **78,2%** de los de 14 años y al **78,1%** de los de 15, 16 y 17 años.
- Los que no usan **ninguno**: del **8%** de 12-13 años pasa al **9,1%** de los de 14 años y al **6,2%** de los de 15-16-17.
- Los que **a veces usan y a veces no**: ninguno de los de 12-13 años, el **10,9%** de los de 14 años y el **11,6%** de los de 15-16-17.
- Los que **usan otros**: ninguno de los de 12-13 años, el **1,8%** de los de 14 años y el **1,4%** de los de 15-16-17.

Un **2,1%** de los de 15-16-17 años usa la **píldora** como método anticonceptivo, frente a ninguno de los de 12, 13 o 14 años.

20. En la pregunta 37 se pide a los estudiantes: “Nombra tres enfermedades que pueden ser adquiridas mediante relaciones sexuales”. Esta pregunta (y el resto de la encuesta a partir de aquí) se realiza a todos los encuestados (a diferencia de las preguntas 32 a 36).

20.a) Esta cuestión trata de las enfermedades de transmisión sexual que los estudiantes conocen. Para analizarla primero analizaré cuántos son capaces de poner tres enfermedades que pueden ser adquiridas mediante relaciones sexuales.

Tabla CXXXIV: N° de ETS mencionadas

	Chicos	Chicas	Total
Ninguna enfermedad	90	105	195
Una enfermedad	213	284	497
Dos enfermedades	114	195	309
Tres enfermedades	146	142	288
Total	563	726	1289

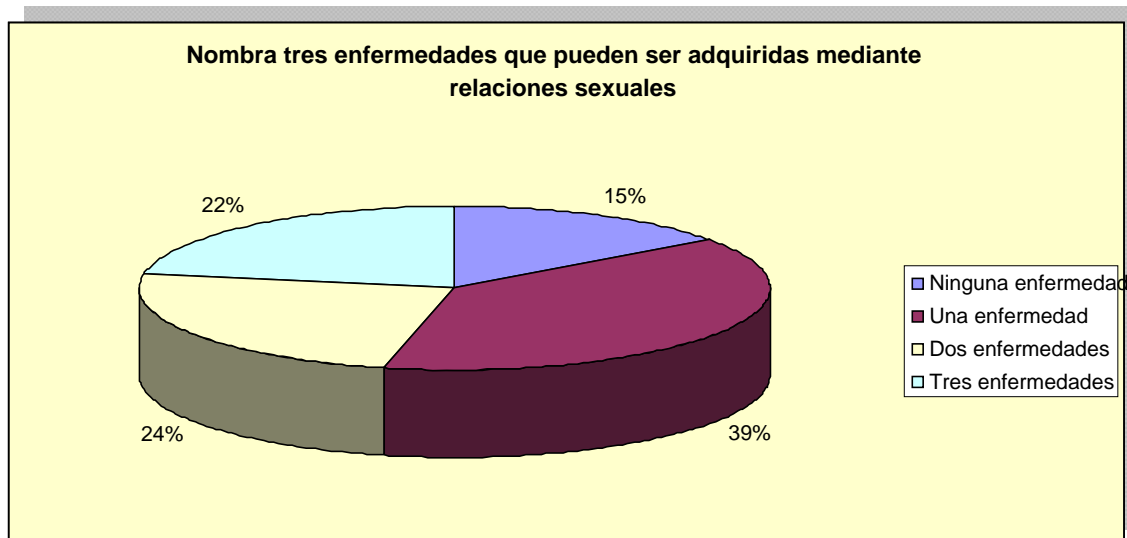


Figura 218: N° de ETS mencionadas

Al analizar estos datos vemos que sólo el **22,3%** de los adolescentes es capaz de nombrar **tres** enfermedades de transmisión sexual. Los **chicos** (el **25,9%** nombra tres ETS), en general, conocen más ETS que las **chicas** (**19,6%**).

El **24%** de los adolescentes nombra **dos** enfermedades. En este caso son mayoría las **chicas (26,9%)** frente a los **chicos (20,2%)**.

El **38,6%** de los encuestados sólo escribe **una** enfermedad. Son algo más las **chicas (39,1%)** que los **chicos (37,8%)**.

El **15,1%** de los encuestados no es capaz de escribir **ninguna** enfermedad. Son algo más los **chicos (16%)** que las **chicas (14,5%)**.

Las diferencias encontradas entre chicos y chicas son estadísticamente significativas ($p=0,0068$ y $\chi^2 = 12,168$).

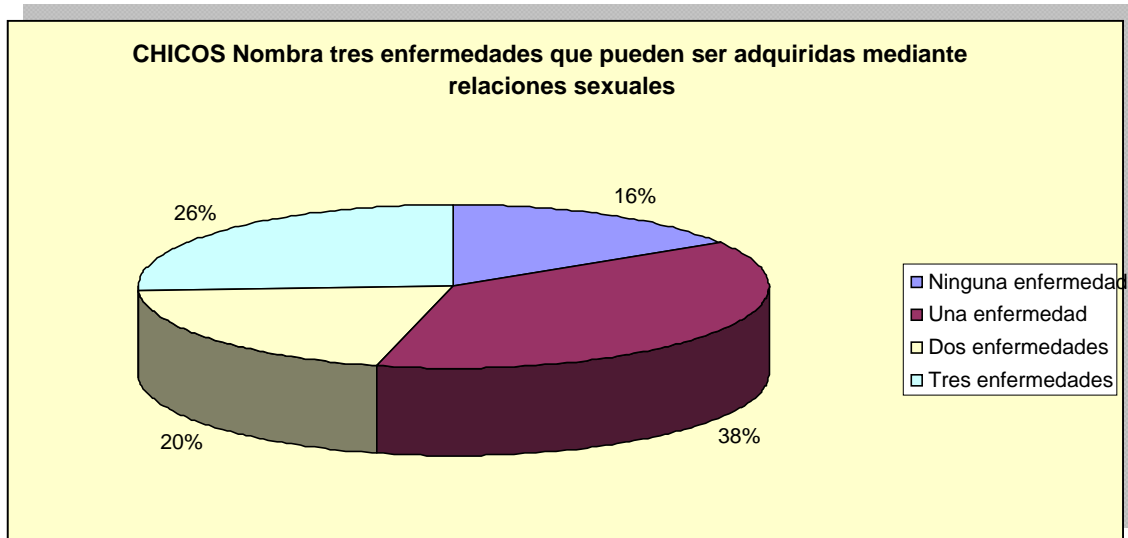


Figura 219: N° de ETS mencionadas. Chicos.

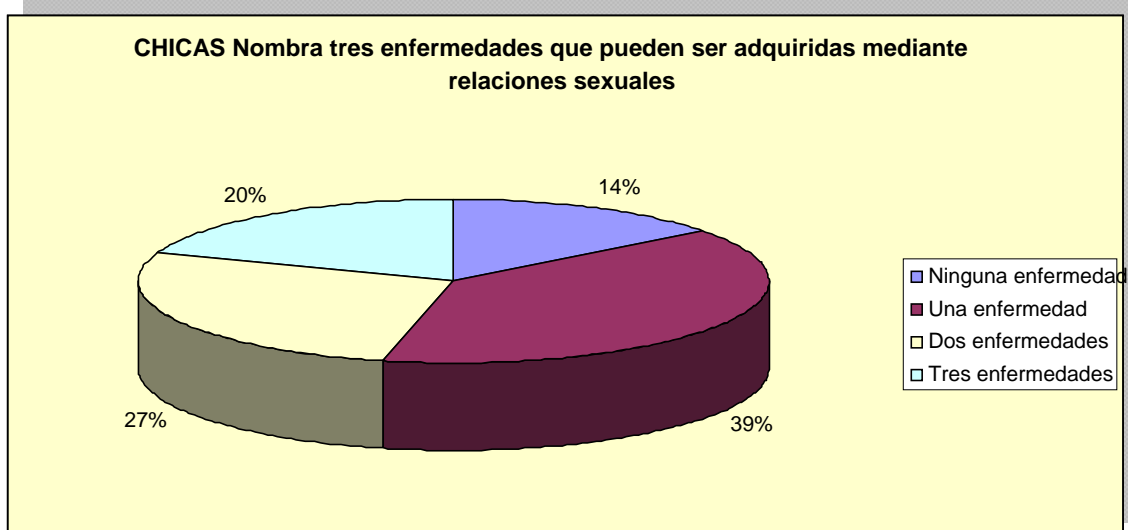


Figura 220: N° de ETS mencionadas. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXXXV: N° de ETS mencionadas según edad

Nombra tres enfermedades que puedan ser adquiridas mediante relaciones sexuales	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Ninguna enfermedad	69	66	60	195
Una enfermedad	189	196	111	496
Dos enfermedades	77	152	80	309
Tres enfermedades	67	107	114	288
Total	402	521	365	1288

Como se ve en los siguientes gráficos, **según avanza la edad** de nuestros encuestados **cada vez nombran más enfermedades que puedan ser adquiridas mediante relaciones sexuales**. Así, de un **16,7%** de 12 y 13 años, que pone **tres enfermedades**, sube a un **20,5%** de los de 14 años y luego sube a un **31,2%** para los de 15, 16 y 17 años.

De la misma manera va bajando el porcentaje de los que ponen sólo **una**: del **47%** de 12-13 años baja a un **37,6%** de los de 14 años y luego a un **30,4%** para los de 15-16-17 años.

Los que ponen **dos** enfermedades van del **19,1%** de los de 12-13 años al **29,2%** de los de 14 años y al **21,9%** de los de 15-16-17.

Los que no ponen **ninguna** enfermedad van del **17,2%** de los de 12-13 años al **12,7%** de los de 14 años y al **16,4%** de los de 15-16-17 años.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 47,335$).

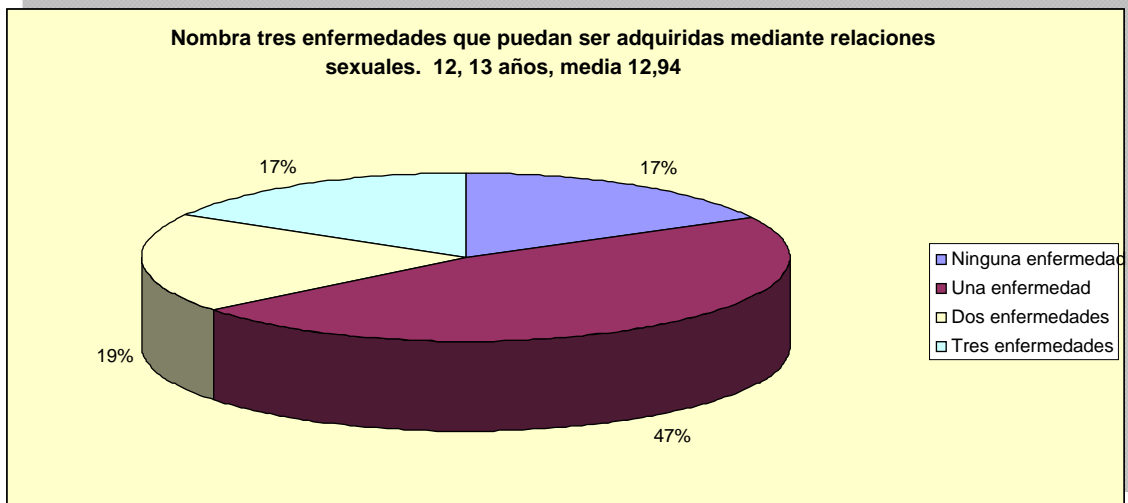


Figura 221: N° de ETS mencionadas.12-13 años.

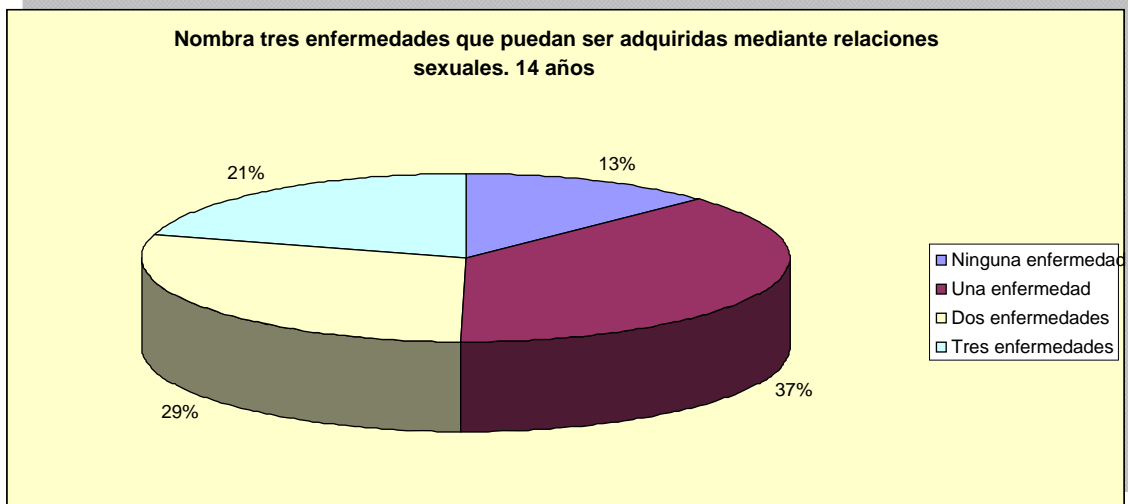


Figura 222: N° de ETS mencionadas.14 años.

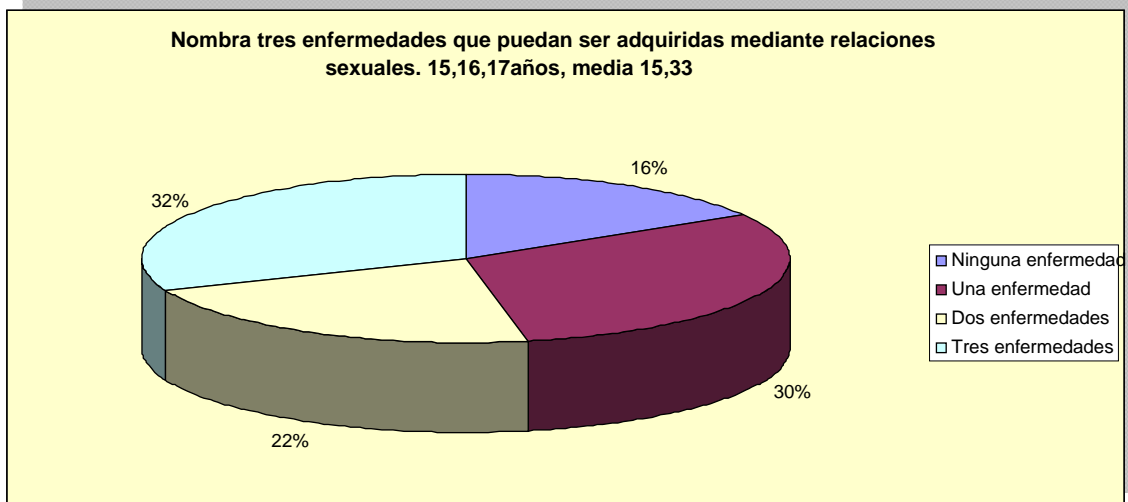


Figura 223: N° de ETS mencionadas. 15-16-17 años.

20.b) Ahora vamos a analizar cuáles son las enfermedades nombradas por los estudiantes:

Tabla CXXXVI: ETS mencionadas

	Chicos	Chicas	Estudiantes que nombran cada ETS
SIDA/VIH	448	572	1020
Sífilis	74	46	120
Gonorrea	88	108	196
Ladillas	21	17	38
Infecciones/ETS	10	32	42
Cáncer cuello útero/VPH	101	179	280
Herpes	18	20	38
Hepatitis	69	66	135
No válido	36	45	81
Otros	14	15	29
Total enfermedades nombradas	879	1100	1979

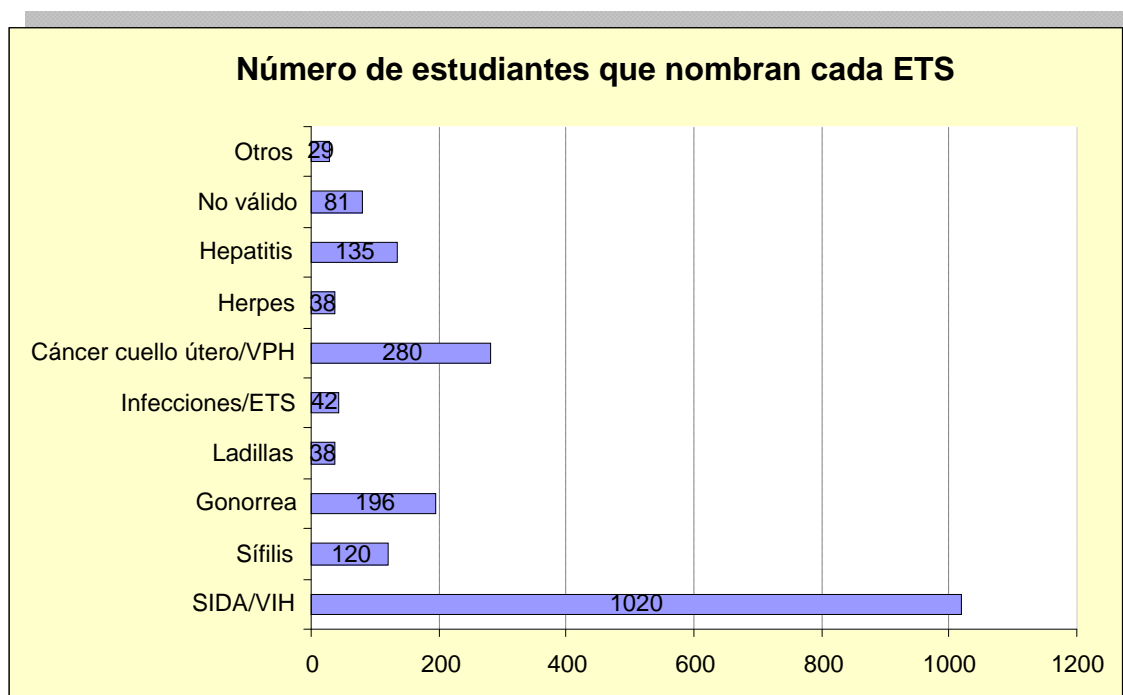


Figura 224: ETS mencionadas.

Como resumen de estos datos vemos que el **SIDA/VIH es la gran enfermedad de transmisión sexual conocida por los adolescentes**. Lo cita el 79,1% de los encuestados, con pocas diferencias entre chicos (79,6%) y chicas (78,8%).

A mucha distancia del VIH están el resto de ETS:

- El 21,7% de los estudiantes nombra al *cáncer de cuello de útero o VPH o Virus del Papiloma Humano*. Este porcentaje es mayor en las chicas (24,7%) que en los chicos (17,9%). Esta diferencia parece lógica, ya que son ellas las que reciben la vacuna contra el VPH.
- El 15,2% cita a la *Gonorrea*. Hay pocas diferencias entre chicos (15,6%) y chicas (14,9%).
- El 10,5% nombra a la *Hepatitis*. Es ligeramente más citada por los chicos (12,3%) que por las chicas (9,1%).
- Un 9,3% de los encuestados cita a la *Sífilis*. Es mucho más referida por los chicos (13,1%) que por las chicas (6,3%).
- Un 6,3% cita enfermedades *no válidas o erróneas*, que en realidad no se transmiten por vía sexual. Hay pocas diferencias entre chicos (6,4%) y chicas (6,2%).
- El 3,3% nombra *infecciones o ETS* sin definir más. Es bastante más citada por las chicas (4,4%) que por los chicos (1,8%).
- El resto de ETS son referidas por menos de un 3% de los encuestados y con pocas diferencias entre chicos y chicas. Son las *ladillas* (2,9%), los *Herpes* (2,9%) y *Otras ETS* (2,2%).

Si representamos las respuestas de chicos y chicas por separado:

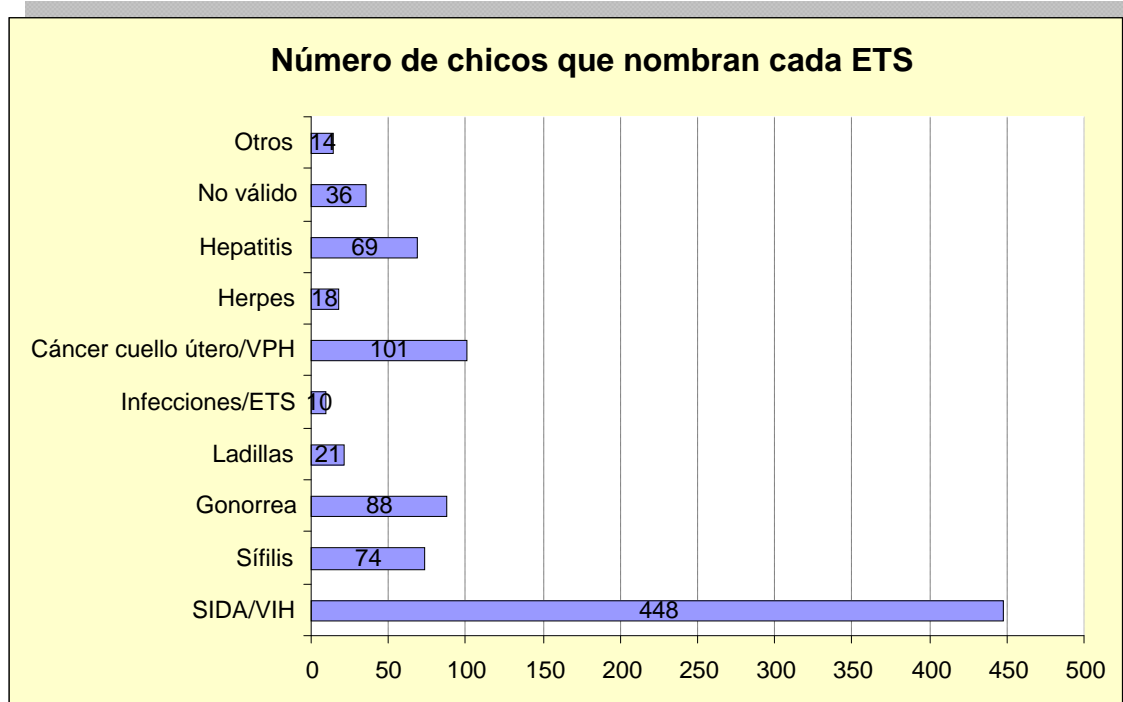


Figura 225: ETS mencionadas. Chicos.

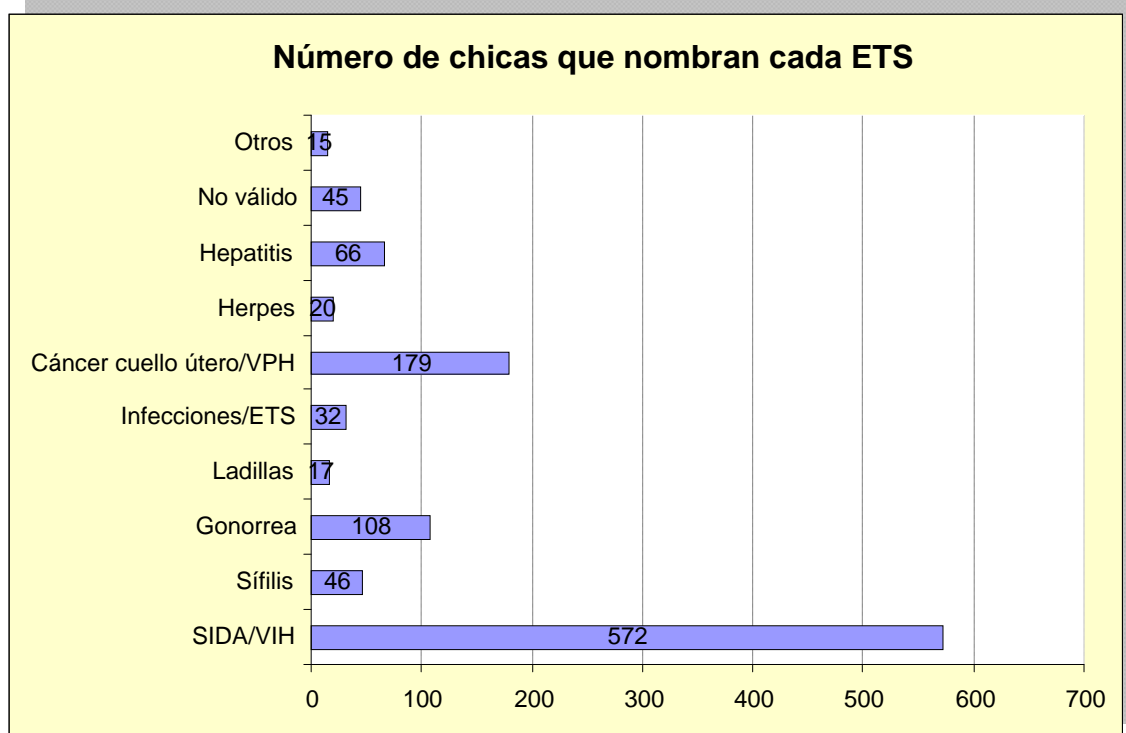


Figura 226: ETS mencionadas. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXXXVII: ETS mencionadas según edad

Nombra tres enfermedades que puedan ser adquiridas mediante relaciones sexuales	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
SIDA/VIH	315	417	287	1019
Sífilis	31	36	53	120
Gonorrea	47	79	70	196
Ladillas	1	10	27	38
Infecciones/ETS	17	15	10	42
Cáncer cuello útero/VPH	68	142	70	280
Herpes	3	15	20	38
Hepatitis	27	59	49	135
No válido	23	38	20	81
Otros	12	10	7	29
Total enfermedades nombradas	544	821	613	1978

En este aspecto no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra en las siguientes cuestiones:

- Los que citan al **SIDA/VIH**: del **78,4%** de los de 12 y 13 años pasa al **80%** de los de 14 años y al **78,6%** de los de 15, 16 y 17 años.
- Los que nombran a las **Infecciones/ETS**: del **4,2%** de los de 12-13 años pasa al **2,9%** de los de 14 años y al **2,7%** de los de 15-16-17.
- Los que citan **enfermedades no válidas o que no se transmiten por vía sexual**: del **5,7%** de los de 12-13 años pasa al **7,3%** de los de 14 años y al **5,5%** de los de 15-16-17.
- Los que nombran **Otras enfermedades** que sí se pueden transmitir por vía sexual: el **3%** de los de 12-13 años y el **1,9%** de los de 14 años y de los de 15-16-17 años.

Sin embargo, sí que hay otras **enfermedades de transmisión sexual que son más citadas conforme avanza la edad de los encuestados**:

- Los que citan a la **sífilis**: del **7,7%** de los de 12-13 años pasa al **6,9%** de los de 14 años y sube al **14,5%** de los de 15-16-17.
- Los que nombran a la **gonorrea**: del **11,7%** de los de 12-13 años sube al **15,2%** de los de 14 años y luego al **19,2%** de los de 15-16-17.
- Los que citan a las **ladillas**: del **0,2%** de los de 12-13 años sube al **1,9%** de los de 14 años y luego al **7,4%** de los de 15-16-17.
- Los que nombran al **herpes**: del **0,7%** de los de 12-13 años sube al **2,9%** de los de 14 años y luego al **5,5%** de los de 15-16-17.
- Los que citan a las **hepatitis**: del **6,7%** de los de 12-13 años sube al **11,3%** de los de 14 años y luego al **13,4%** de los de 15-16-17 años.

Además hay que destacar el caso de los que citan al **Cáncer de cuello de útero o VPH**: del **16,9%** de los de 12-13 años pasa al **27,3%** de los de 14 años y al **19,2%** de los de 15-16-17 años. Es lógico que a los **14 años** sea cuando más se cite al Virus del Papiloma Humano, ya que es a esa edad cuando **se vacuna** a las chicas según el Calendario Vacunal de Castilla y León.

21. En la pregunta 38 se pregunta a los encuestados: “¿Crees que embarazarse tiene algún riesgo para los adolescentes?”

Tabla CXXXVIII: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes?

	Chicos	Chicas	Total
Sí	515	691	1206
No	44	31	75
No contesta	4	4	8
Total	563	726	1289



Figura 227: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes?

Como conclusión a estos datos podemos decir que la inmensa mayoría (el 93,6% de los encuestados) cree que embarazarse tiene algún riesgo para los adolescentes. Este porcentaje es aún más mayoritario en el caso de las chicas (el 95,2%) que en el de los chicos (91,5%).

Sólo una pequeña minoría (el 5,2% de los encuestados) cree que no hay ningún riesgo para los adolescentes al embarazarse. Este porcentaje es aún más pequeño en las chicas (4,3%) que en los chicos (7,8%).

Las diferencias encontradas entre chicos y chicas son estadísticamente significativas ($p=0,0068$ y $\chi^2 = 7,34$).

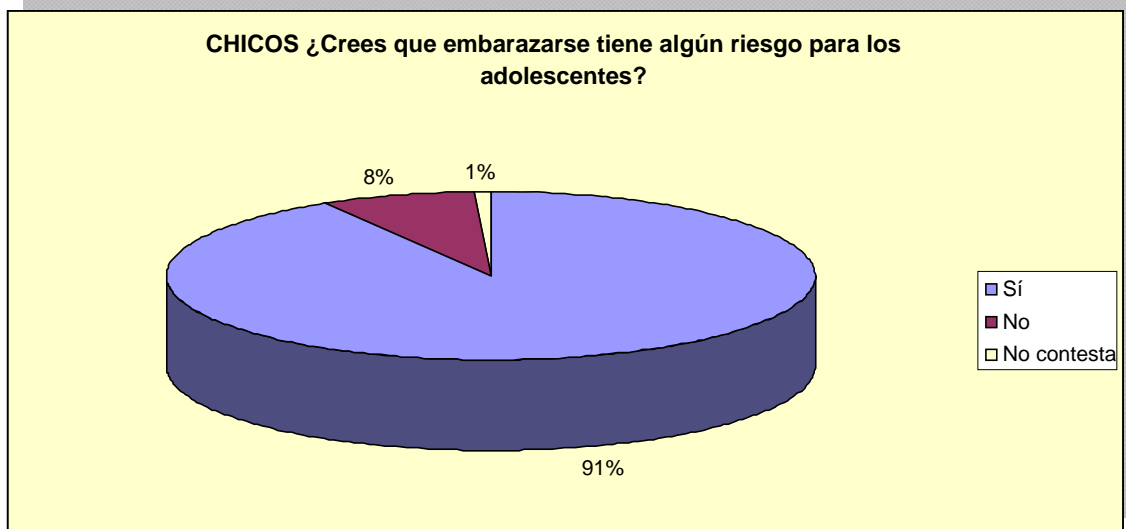


Figura 228: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes? Chicos.



Figura 229: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes? Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXXXIX: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes? Según edad.

¿Crees que embarazarse tiene algún riesgo para los adolescentes?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Sí	383	489	333	1205
No	18	30	27	75
No contesta	1	2	5	8
Total	402	521	365	1288

Según estos datos puede parecer que, conforme avanza la edad de nuestros encuestados, cada vez más creen que embarazarse no es un riesgo para los adolescentes. Así, de un 4,5% de los de 12-13 años, sube a un 5,8% de los de 14 años y luego a un 7,4% de los de 15-16-17 años.

De la misma manera parece ir bajando el porcentaje (aunque sigue siendo muy mayoritario) de los que piensan que embarazarse tiene algún riesgo para los adolescentes: del 95,3% de los de 12-13 años baja a un 93,9% de los de 14 años y luego a un 91,2% para los de 15-16-17 años.

Sin embargo, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p=0,2093$ y $\chi^2 = 3,13$).

22. En la cuestión 39 se pregunta a los encuestados: “¿Cuáles son los riesgos de los adolescentes al embarazarse?” Esta cuestión tiene dos aspectos a tener en cuenta:

- El primero es que sólo la deben contestar los encuestados que en la pregunta 38 han contestado afirmativamente (esto es, 1206 adolescentes, 515 chicos y 691 chicas).
- El segundo es que es una pregunta de respuesta múltiple, con lo que la suma final de las respuestas es mayor de 1206.

Tabla CXL: Riesgos del embarazo adolescente

¿Cuáles son los riesgos de los adolescentes al embarazarse?	Chicos	Chicas	Total
Responsabilidades maternas o paternas	448	605	1053
Interrupción de la labor formativa	300	476	776
Posibilidad de carencias en el recién nacido	180	244	424
Depende, a veces sí, a veces no	37	46	83
Otros	27	54	81
Total respuestas	992	1425	2417

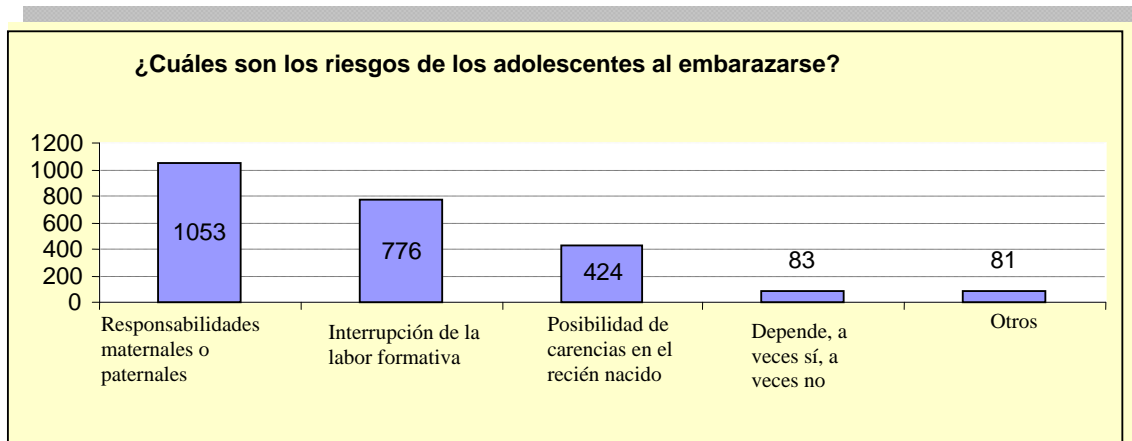


Figura 230: Riesgos del embarazo adolescente.

Como conclusión a estos datos podemos decir que los adolescentes que creen que embarazarse es un riesgo (que son el **93,6%** de los encuestados) piensan que estos riesgos son:

- Las ***Responsabilidades maternas o paternas***: lo marca la gran mayoría (el **87,3%**). Es el riesgo más importante y no hay diferencias apenas entre chicos (**87%**) y chicas (**87,6%**).

- La ***Interrupción de la labor formativa***: es el segundo riesgo en importancia. Así lo indica el **64,3%**. Sin embargo, hay diferencias sensibles entre sexos. En este sentido, para las chicas (**68,9%**) es bastante **más importante** que para los chicos (**58,3%**).

- La ***Posibilidad de carencias en el recién nacido***: es el tercer riesgo en importancia. Lo marca el **35,2%** y no hay diferencias apenas entre chicos (**35%**) y chicas (**35,3%**).

- ***Depende, a veces sí, a veces no*** y ***Otros*** son riesgos mucho menos importantes y los marca una minoría (respectivamente el **6,9%** y el **6,7%**). Tampoco tienen diferencias importantes entre sexos: ***Depende, a veces sí, a veces no***: 7,2% de chicos y 6,7% de chicas; ***Otros***: 5,2% de chicos y 7,8% de chicas.

Si ahora representamos gráficamente los datos de los chicos y chicas por separado:

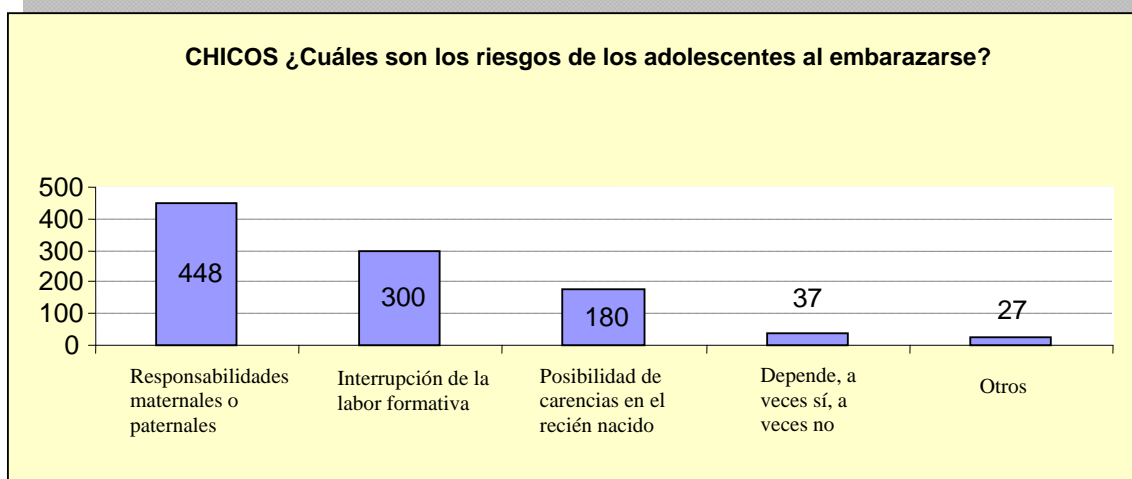


Figura 231: Riesgos del embarazo adolescente. Chicos.

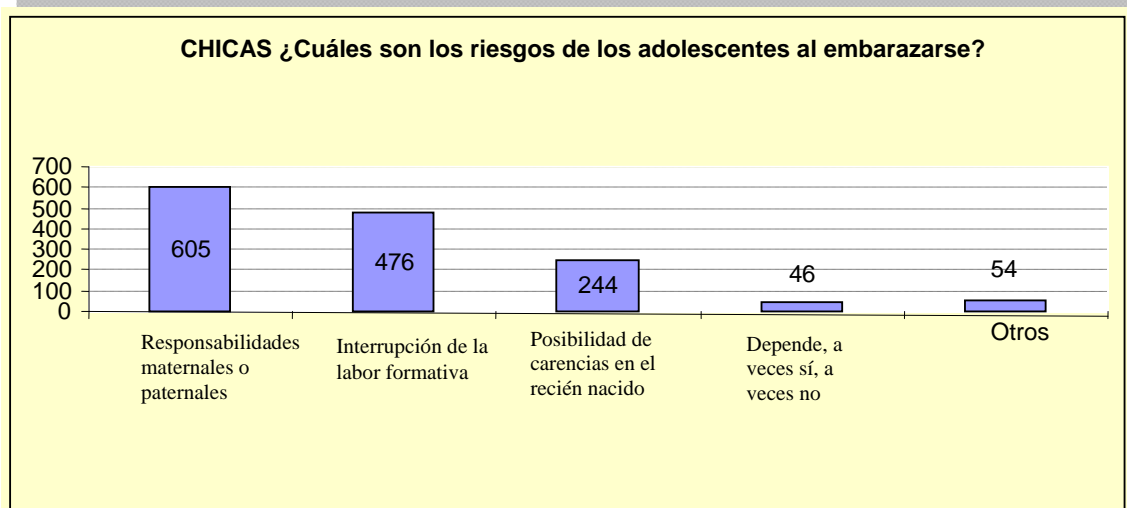


Figura 232: Riesgos del embarazo adolescente. Chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXXI: Riesgos del embarazo adolescente. Según edad.

¿Cuáles son los riesgos de los adolescentes al embarazarse?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
Responsabilidades maternas o paternas	332	439	282	1053
Interrupción de la labor formativa	245	344	186	775
Posibilidad de carencias en el recién nacido	153	167	104	424

Depende, a veces sí, a veces no	28	23	31	82
Otros	23	33	25	81
Total respuestas	781	1006	628	2415

En esta cuestión, no hay apenas diferencias entre las diferentes edades de la muestra en las siguientes cuestiones:

- Las *Responsabilidades maternas o paternas*: del 86,7% de los de 12-13 años pasa al 89,8% de los de 14 años y al 84,7% de los de 15-16-17.
- La *Interrupción de la labor formativa*: del 64% de los de 12-13 años pasa al 70,3% de los de 14 años y al 55,9% de los de 15-16-17.
- La *Posibilidad de carencias en el recién nacido*: del 40% de los de 12-13 años pasa al 34,2% de los de 14 años y al 31,2% de los de 15-16-17.
- *Depende, a veces sí, a veces no*: lo marca el 7,3% de los de 12-13 años, el 4,7% de los de 14 años y el 9,3% de los de 15-16-17.
- *Otros*: lo marca el 6% de los de 12-13 años, el 6,7% de los de 14 años y el 7,5% de los de 15-16-17 años

Sin embargo, el riesgo percibido de *Posibilidad de carencias en el recién nacido* parece que conforme los encuestados son más mayores va siendo cada vez menos importante. Así, lo marca el 40% de los de 12-13 años, baja al 34,2% de los de 14 años y luego al 31,2% de los de 15-16-17 años.

23. En la cuestión 41 se pide a los encuestados que rellenen la versión castellana y reducida del Sexual Opinion Survey.

Con objeto de operacionalizar el grado de erotofobia-erotofilia (según Fisher es la disposición a responder ante los estímulos sexuales a lo largo de una dimensión negativa-positiva de afecto y evaluación) de las personas, White, Fisher, Byrne y Kingma desarrollaron en 1977 el Sexual Opinion Survey. Se trata de un test compuesto por 21 ítems a través de los que se pretende conocer la respuesta afectiva y evaluativa de las personas ante diversos estímulos sexuales. El rango de estímulos evaluados abarca conductas autoeróticas, heterosexuales, homosexuales, fantasías sexuales y estímulos visuales.

Gracias a este cuestionario se han realizado muchos trabajos sobre erotofobia y erotofilia y se ha puesto de manifiesto que la erotofilia se asocia positivamente a:

- Una mayor frecuencia de actividad autoerótica, más experiencias sexuales en el pasado y mayor número de parejas sexuales.
- La retención y el aprendizaje de información sexual, con la posibilidad de anticipar una posible relación sexual, con la adquisición de métodos anticonceptivos y con el uso consistente de éstos.
- La utilización de fantasías sexuales.

En 1994 los doctores Carpintero y Fuertes publicaron en la revista Cuadernos de Medicina Psicosomática la “Validación de la versión castellana del Sexual Opinion Survey”. Además de traducir y validar el cuestionario para su uso en castellano, proporcionaban una versión reducida de 10 ítems capaz de predecir el 92% de la varianza de las puntuaciones en la escala completa.

Esta versión castellana y reducida (SOS-r) es la que hemos facilitado a los encuestados.

Para corregir este test hay que sumar la puntuación obtenida de los ítems directos (en nuestra encuesta: 2, 6, 7 y 8) y restarles la suma de los ítems inversos (1, 3, 4, 5, 9 y 10). A este resultado se le suma 38 para conseguir que las puntuaciones oscilen entre 0 (mayor erotofobia) y 60 (mayor erotofilia). [35]

Las puntuaciones de los adolescentes son las siguientes:

Tabla CXLII: Sexual Opinion Survey versión reducida

Puntuación SOS-r	Chicos	Chicas	Total
0 puntos	1	15	16
1 punto		3	3
2 puntos	2	4	6
3 puntos	1	12	13
4 puntos	1	2	3
5 puntos	2	9	11
6 puntos	8	17	25
7 puntos		11	11
8 puntos	4	11	15
9 puntos	5	16	21
10 puntos	5	12	17

Puntuación SOS-r	Chicos	Chicas	Total
11 puntos	3	11	14
12 puntos	1	17	18
13 puntos	5	16	21
14 puntos	4	18	22
15 puntos	8	10	18
16 puntos	4	15	19
17 puntos	3	12	15
18 puntos	12	19	31
19 puntos	14	19	33
20 puntos	13	27	40
21 puntos	12	27	39
22 puntos	19	18	37
23 puntos	9	24	33
24 puntos	16	24	40
25 puntos	9	29	38
26 puntos	15	27	42
27 puntos	11	19	30
28 puntos	14	21	35
29 puntos	24	14	38
30 puntos	21	18	39
31 puntos	19	12	31
32 puntos	20	16	36
33 puntos	16	16	32
34 puntos	18	15	33
35 puntos	20	16	36
36 puntos	24	15	39
37 puntos	17	12	29
38 puntos	18	5	23
39 puntos	20	11	31
40 puntos	14	3	17
41 puntos	12	4	16
42 puntos	17	12	29
43 puntos	13	6	19
44 puntos	14	3	17
45 puntos	8	4	12
46 puntos	5	6	11
47 puntos	2	4	6

48 puntos	6	1	7
49 puntos	4	2	6
50 puntos	7	1	8
51 puntos	3	2	5
52 puntos	2	1	3
53 puntos	1		1
54 puntos	5		5
55 puntos		1	1
56 puntos		1	1
No válidos o No contesta	32	60	92
Total	563	725	1289

Test SOS-r

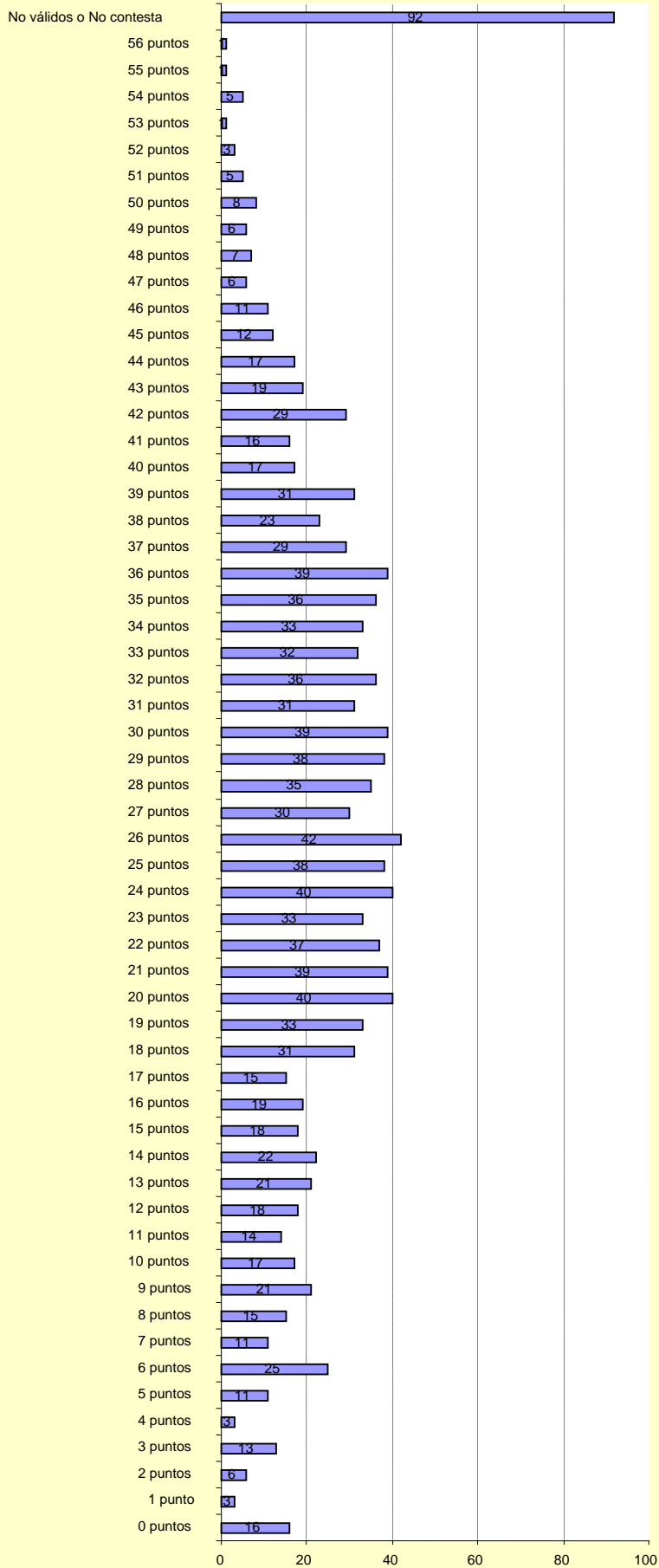


Figura 233: Test SOS-r

La puntuación **media** de nuestros encuestados en el test SOS-r es de **26,3 puntos** y la moda es de **26 puntos**. La puntuación media de los **chicos** es de **30,7 puntos** y con dos modas, una en 29 y otra en 36 puntos. La puntuación media de las chicas es de **22,8 puntos** con una moda de 25 puntos.

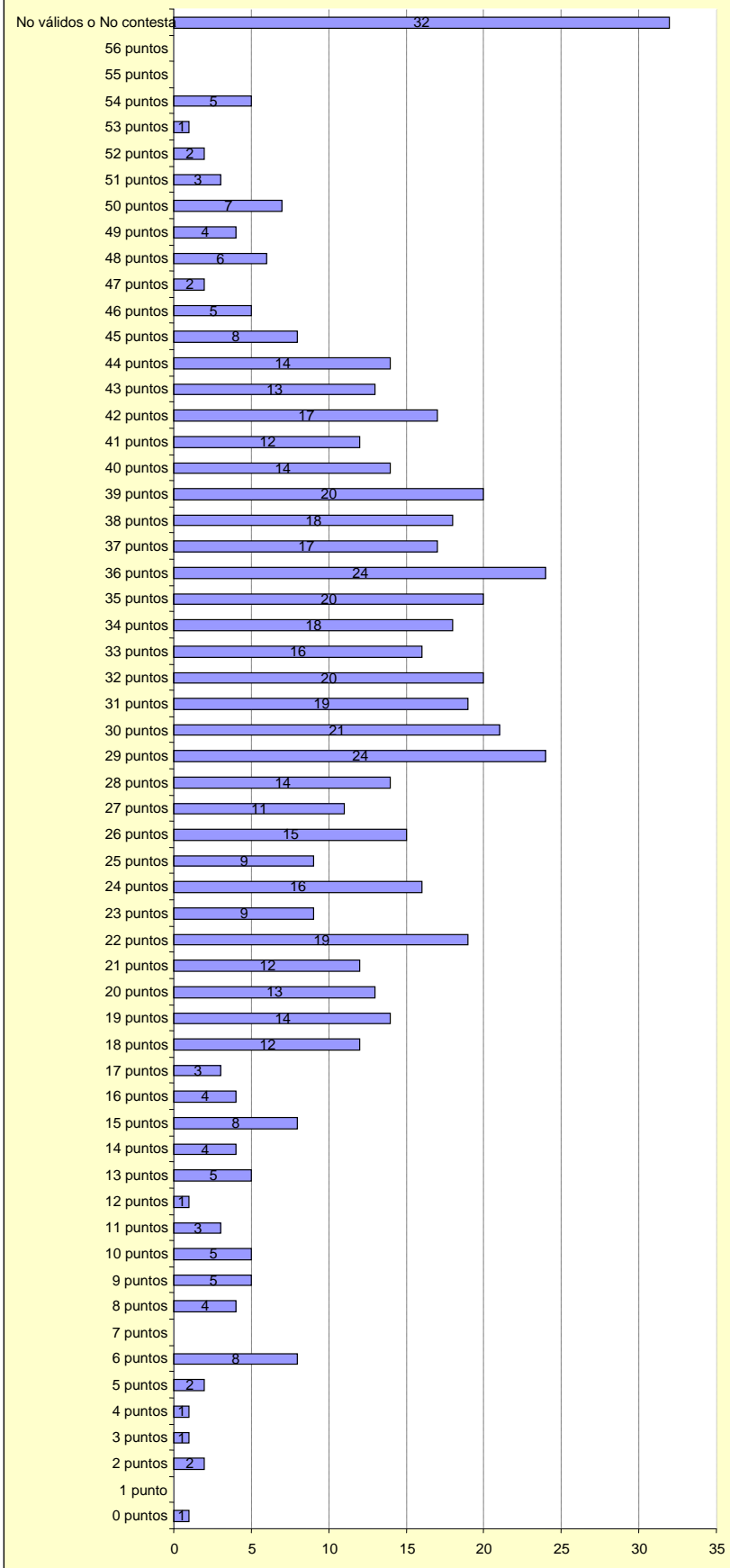
Las **diferencias** entre sexos son **estadísticamente significativas** lo que se demuestra con el estadístico t de Student que nos da una $p < 0,0001$. Demostramos con nuestros datos que **los chicos son mucho más erotofílicos que las chicas, que son mucho más erotofóbicas que ellos**.

El alto porcentaje de tests nulos o no contestados (7,1% del total) puede ser debido a las siguientes razones:

- La primera es que los tests que tengan más de 2 ítems no contestados o mal contestados (por ejemplo, marcan más de un valor en el mismo ítem) son considerados ya como nulos.
- La segunda es que las preguntas del Sexual Opinion Survey tratan de situaciones y pensamientos muy íntimos y muchos adolescentes habrán preferido no contestarlas.

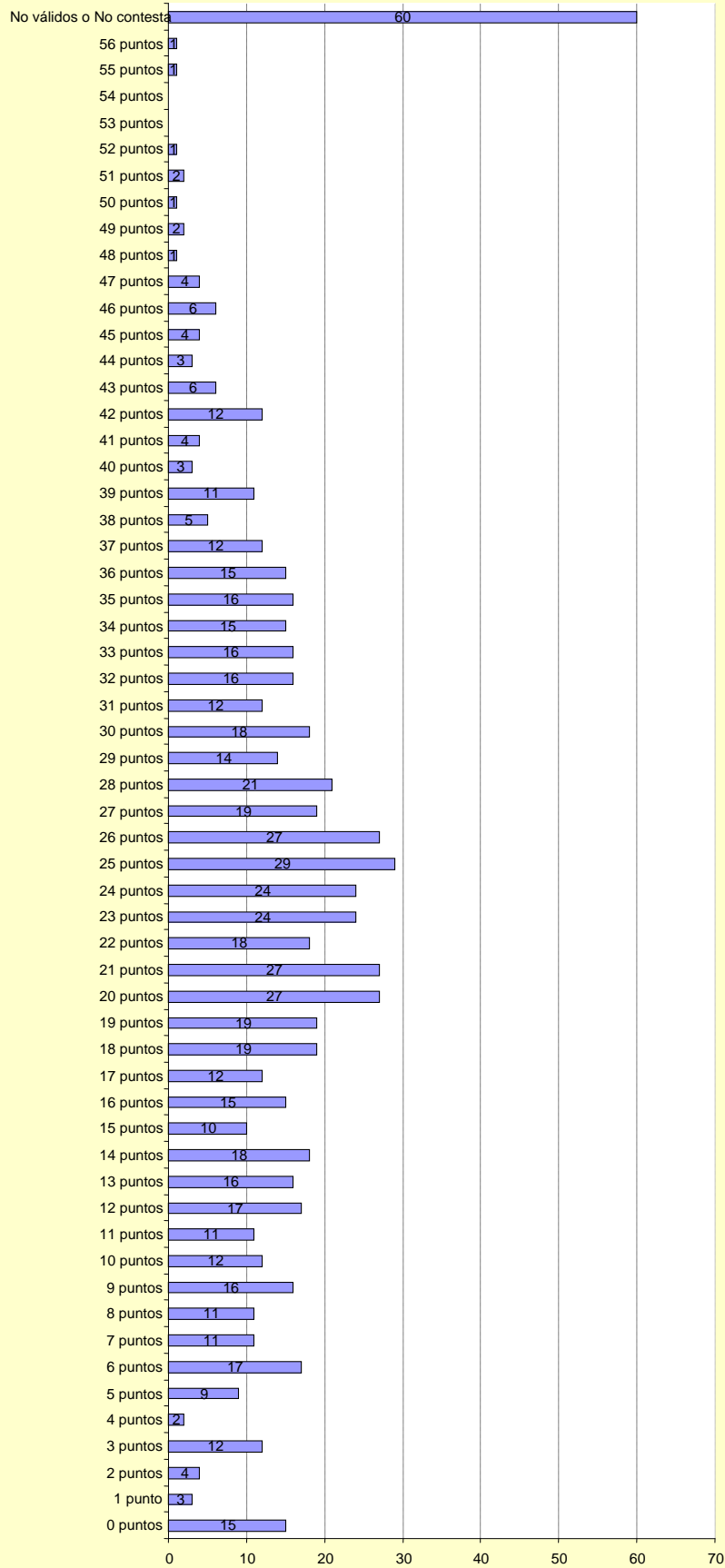
En las siguientes páginas representaré por separado las puntuaciones obtenidas de chicos y chicas en el test SOS-r:

Test SOS-r Chicos



F. 234: Test SOS-r Chicos

Test SOS-r Chicas



F.235: Test SOS-r Chicas

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXLIII: Sexual Opinion Survey versión reducida. Según edad.

Puntuación SOS-r	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
0 puntos	7	8	1	16
1 punto	2	1		3
2 puntos	1	5		6
3 puntos	6	3	4	13
4 puntos		2	1	3
5 puntos	3	8		11
6 puntos	15	8	2	25
7 puntos	6	4	1	11
8 puntos	7	8		15
9 puntos	8	12	1	21
10 puntos	13	3	1	17
11 puntos	8	6		14
12 puntos	8	6	4	18
13 puntos	13	7	1	21
14 puntos	9	10	3	22
15 puntos	8	9	1	18
16 puntos	5	9	5	19
17 puntos	4	6	5	15
18 puntos	10	14	7	31
19 puntos	11	17	4	32
20 puntos	14	12	14	40
21 puntos	13	17	9	39
22 puntos	10	15	12	37
23 puntos	12	10	11	33
24 puntos	13	13	14	40
25 puntos	9	16	13	38
26 puntos	14	15	13	42
27 puntos	8	9	13	30
28 puntos	10	13	12	35
29 puntos	11	16	11	38
30 puntos	16	11	12	39
31 puntos	10	9	12	31

Puntuación SOS-r	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17años, media 15,33	Total
32 puntos	9	15	12	36
33 puntos	4	13	15	32
34 puntos	12	14	7	33
35 puntos	8	17	11	36
36 puntos	7	18	14	39
37 puntos	3	18	8	29
38 puntos	7	9	7	23
39 puntos	10	9	12	31
40 puntos	9	5	3	17
41 puntos	5	7	4	16
42 puntos	7	11	11	29
43 puntos	2	8	9	19
44 puntos	2	10	5	17
45 puntos	3	5	4	12
46 puntos	2	4	5	11
47 puntos	1	3	2	6
48 puntos	2	3	2	7
49 puntos		4	2	6
50 puntos	2	6		8
51 puntos		2	3	5
52 puntos	1		2	3
53 puntos			1	1
54 puntos		1	4	5
55 puntos			1	1
56 puntos			1	1
No válidos o No contesta	22	37	33	92
Total	402	521	365	1289

La puntuación media de los de 12 y 13 años en el test SOS-r es de **23,16 puntos**. La puntuación media de los de 14 años es de **26,19 puntos**. La puntuación media de los de 15, 16 y 17 años es de **30,08 puntos**.

Demostramos con la t de Student que las diferencias son **estadísticamente significativas** entre los diferentes grupos de edad ($p=0,003$ si comparamos los

de 12-13 años con los de 14 y $p < 0,0001$ si la comparación es entre los de 12-13 años con los de 15-16-17 o entre los de 14 años con los de 15-16-17).

Por tanto, **conforme aumenta la edad de nuestros encuestados cada vez obtienen puntuaciones más altas en el test SOS-r, lo cual significa que son más erotofílicos y menos erotofóbicos.**

Gráficamente podemos verlo así:

Puntuación SOS-r 12, 13 años, media 12,94

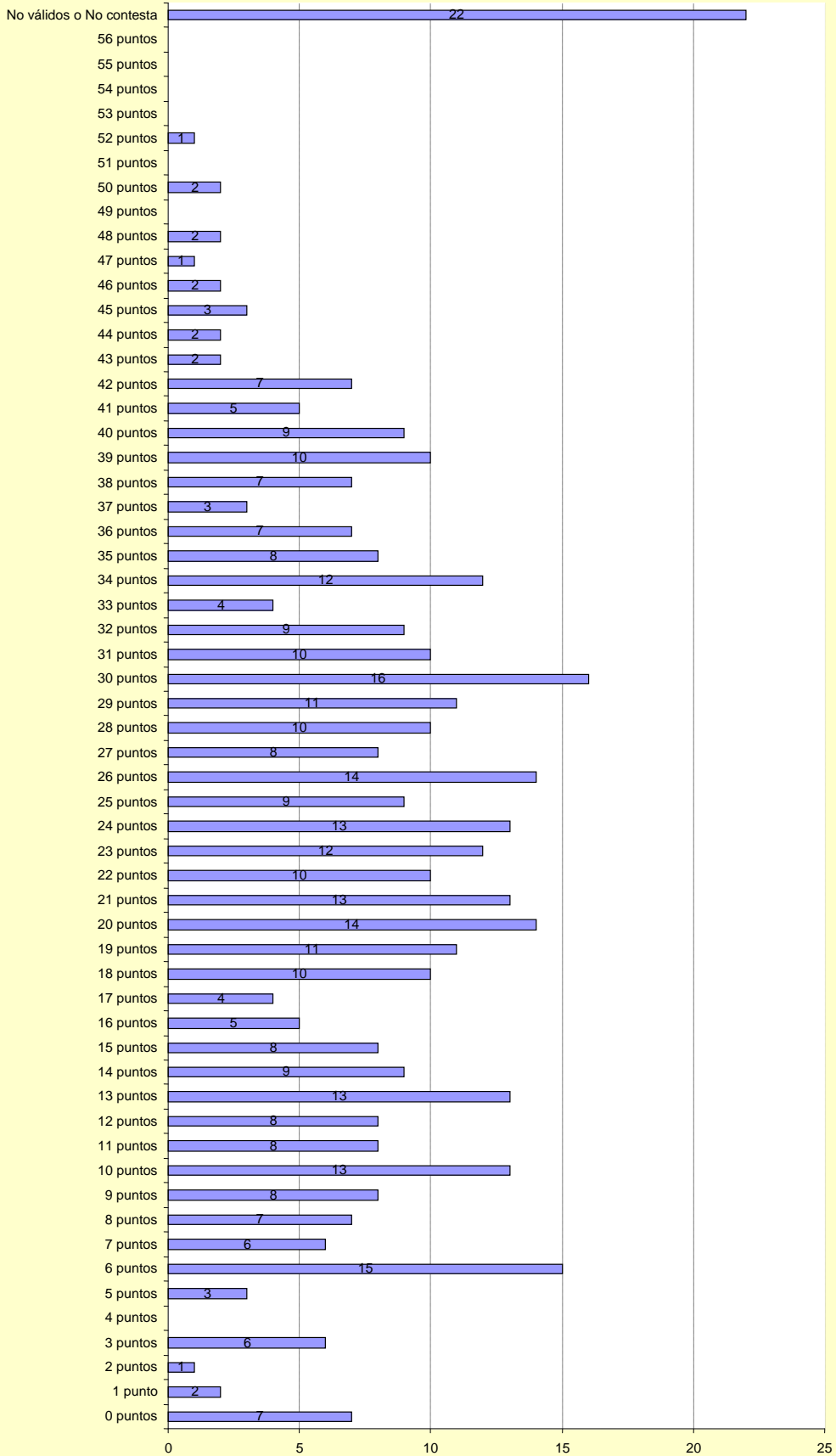


Fig. 236: Test SOS-r. 12-13 años

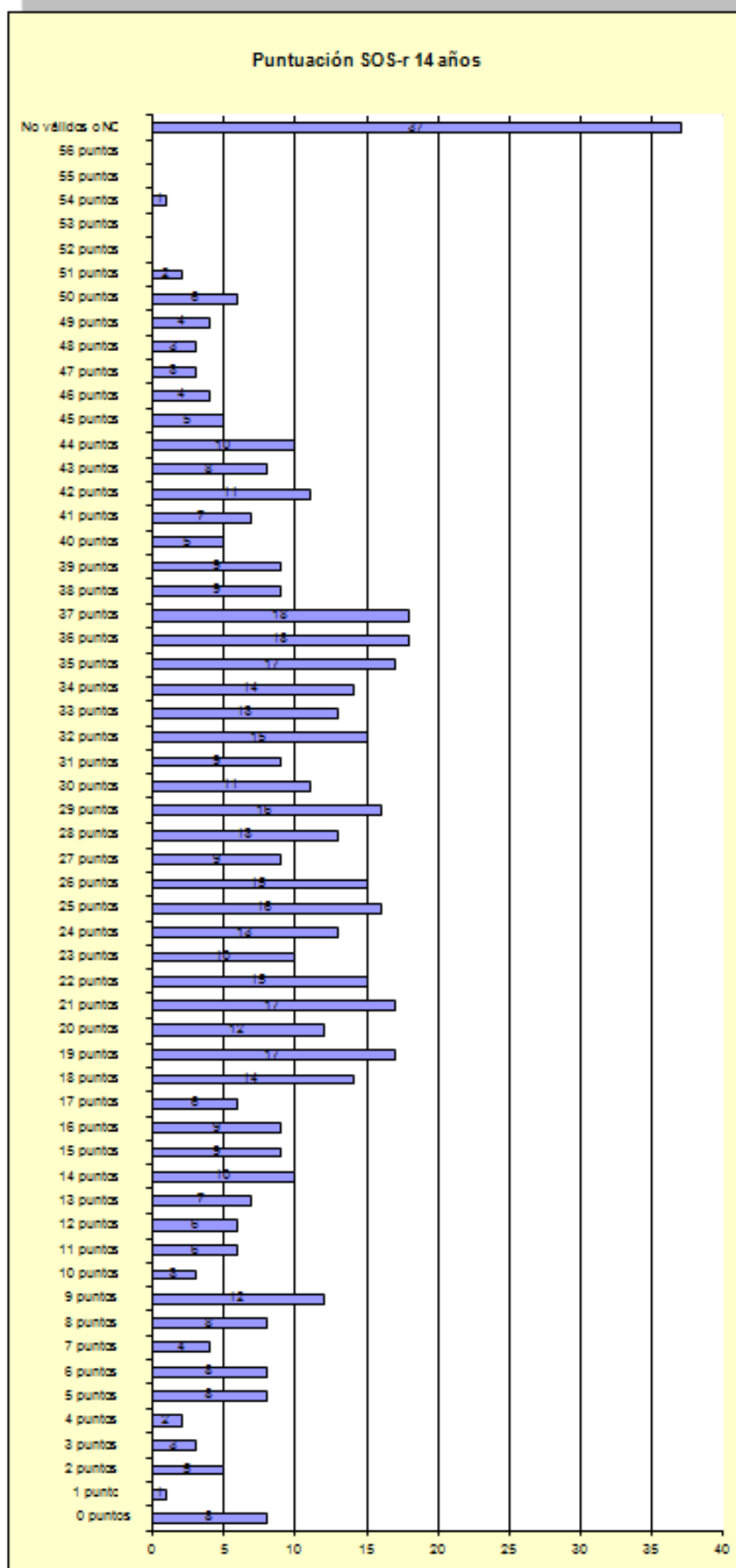


Fig. 237: Test SOS-r. 14 años

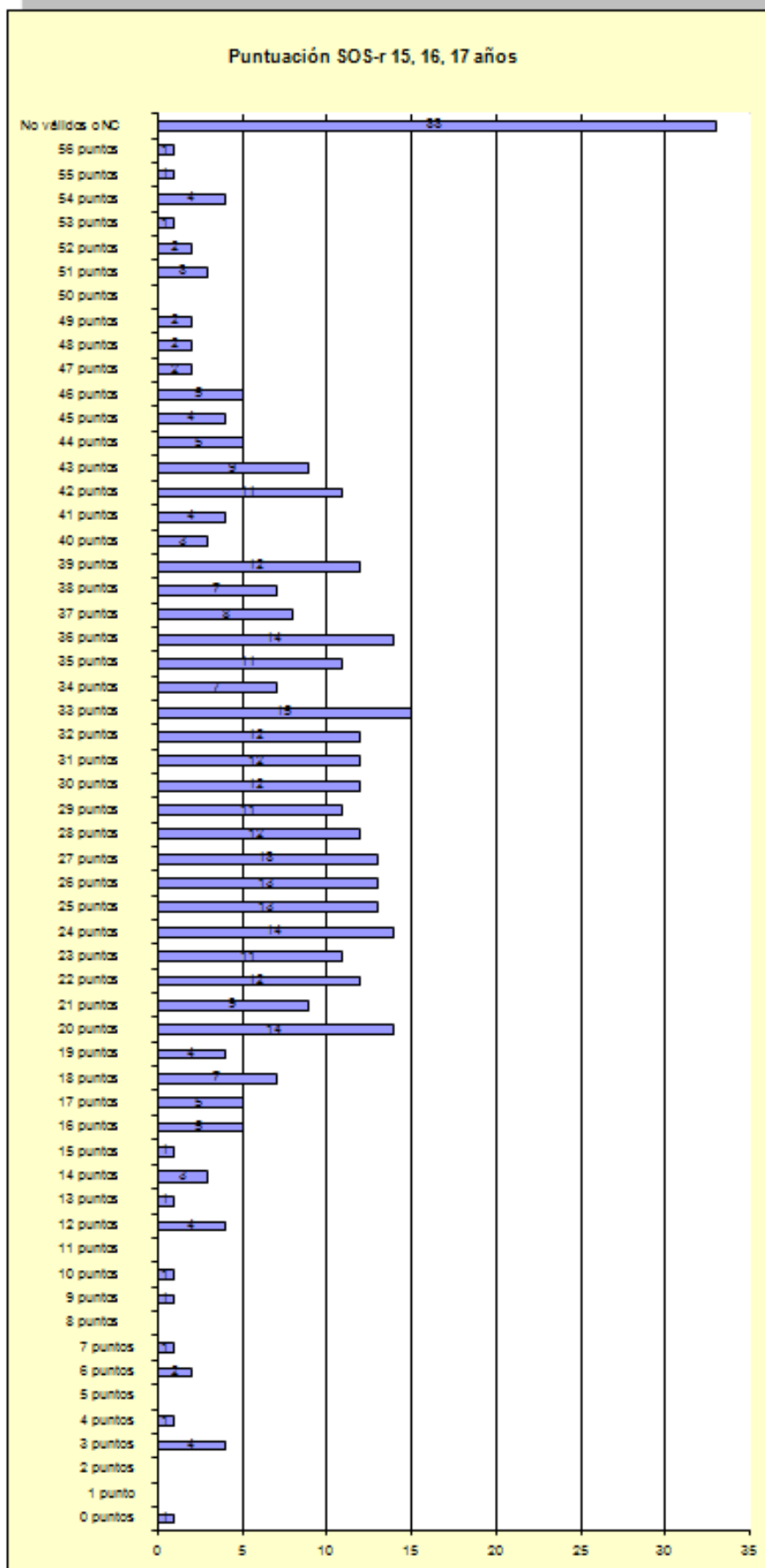


Fig. 238: Test SOS-r. 15-16-17 años

24. Finalmente llegamos a la pregunta 42 que es la última del cuestionario. Se pregunta a los encuestados: “¿Cuál es tu orientación sexual?”.

Tabla CXLIV: Orientación sexual.

	Chicos	Chicas	Total
Heterosexual	511	644	1155
Homosexual	19	31	50
Marca las dos	2	2	4
No contesta	31	49	80
Total	563	726	1289

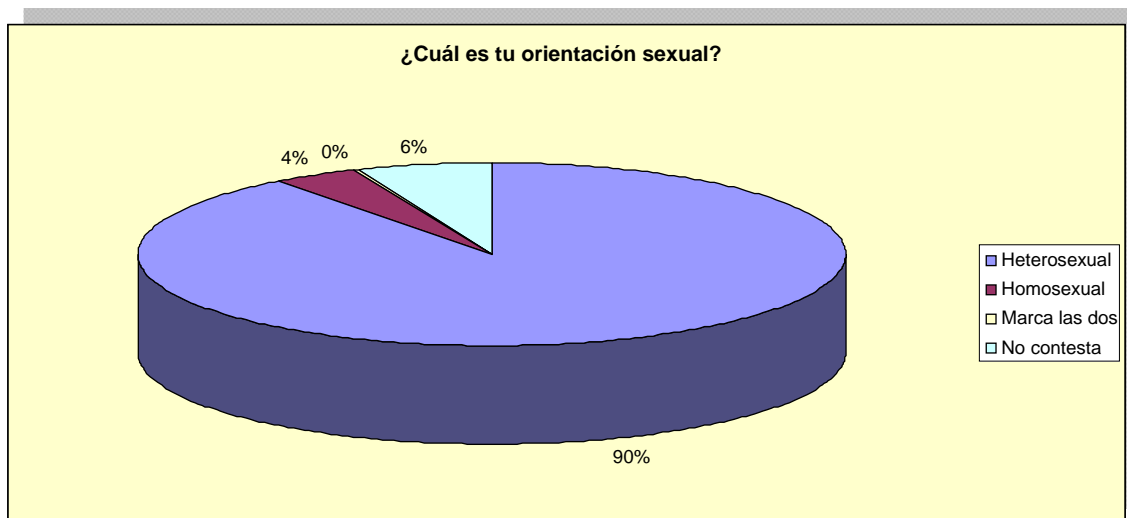


Figura 239: Orientación sexual.

Con estos datos podemos concluir que **la gran mayoría de los adolescentes (el 89,6%) se considera heterosexual**. No hay diferencias apenas entre chicos (90,8%) y chicas (88,7%). El 3,9% de los encuestados se define como **homosexual**. También en este caso hay pocas diferencias entre chicos (3,4%) y chicas (4,3%).

Con la chi cuadrado demostramos que las diferencias en orientación sexual entre chicos y chicas no son estadísticamente significativas ($p=0,3840$ y $\chi^2 = 0,758$).

Cuatro encuestados (dos chicos y dos chicas) de los 1289 adolescentes marcan la casilla de homosexual y de heterosexual. Podría significar que se consideran bisexuales, aunque es difícil de saber. En todo caso sólo

representan al 0,3% de la muestra y no les tengo en cuenta para calcular la chi cuadrado.

Lo que sí nos parece reseñable es el gran porcentaje de **No contestados**: 6,2% de los encuestados, 5,5% de los chicos y 6,7% de las chicas.

Si ahora analizamos los datos por **edades** nos encontramos con los siguientes resultados:

Tabla CXLV: Orientación sexual. Según edad.

¿Cuál es tu orientación sexual?	12, 13 años, media 12,94	14 años	15,16,17 años, media 15,33	Total
Heterosexual	367	471	316	1154
Homosexual	12	21	17	50
Marca las dos		1	3	4
No contesta	23	28	29	80
Total	402	521	365	1288

La opción **heterosexual** es siempre la **mayoritaria**, aunque conforme avanza la edad de los encuestados parece ser elegida por menor porcentaje de encuestados. Así, del **91,3%** de los de 12 y 13 años que se definen como heterosexuales baja al **90,4%** de los de 14 años y al **86,6%** de los de 15, 16 y 17 años.

Por el contrario, conforme avanza la edad de los encuestados, parece ser que cada vez más se declaran **homosexuales**. Así, del **3%** de 12-13 años que se definen como homosexuales sube al **4%** de los de 14 años y al **4,7%** de los de 15-16-17 años.

Sin embargo, las diferencias en orientación sexual entre las diferentes edades no son estadísticamente significativas ($p=0,427$ y $\chi^2 = 1,702$).

Además está la minoría que marca las dos opciones (¿podría significar que se consideran bisexuales?). Ninguno de los de 12-13 años lo hace, pero 1 de 14 años (el **0,2%**) y 3 de los de 15-16-17 años (el **0,8%**) las marcan. Son muy pocos y no los tengo en cuenta para calcular chi cuadrado, pero es una situación que parece ir en aumento conforme avanza la edad.

DISCUSIÓN

CAPÍTULO I. ENTORNO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES.

Tanto el modelo familiar como la composición de los hogares han sufrido importantes cambios en los últimos años. Cada vez con más frecuencia hogar y familia no son equivalentes, ya que algunos hogares están constituidos por personas entre las que no existe relación de parentesco, hay familias que no viven en el mismo hogar y han surgido formas alternativas de familia. [36]

Según el estudio del INE *Mujeres y hombres en España 2010*, dentro de los hogares familiares lo más frecuente son los formados por pareja en núcleo (82,8%). Dentro de ellos, el mayor número corresponde a los que tienen hijos menores de 18 años (44,0%), seguidos de los que no tienen hijos (31,1%) y de los que tienen hijos de 18 y más años (24,8%). Un 4,1% de los hogares familiares corresponden a familias monoparentales con hijos menores de 18 años, de estos hogares el 87,1% corresponden a madre sola.

Según el estudio HBSC del año 2010 sobre adolescentes españoles de 11 a 18 años, el 79,1% tiene una estructura familiar biparental, el 11,5% monoparental, el 3,7% reconstituida y en el 3,5% de las familias los cuidadores principales son los hermanos. [37]

Estos datos del INE y del HBSC son coherentes con los nuestros según los cuales el **88,3%** de los alumnos encuestados vive con sus padres. Un **10%** afirma que sus padres están separados o divorciados y vive con alguno de los dos. La suma del resto de las opciones sólo la marca el **1,7%**. Resultados similares también aparecen en otros estudios sobre adolescentes de los últimos años [38, 39].

La influencia de la familia

El sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de diferentes conductas desadaptativas en los hijos. Los padres son la

influencia más poderosa para sus hijos y las influencias de medios de comunicación, grupo de iguales o de la escuela son filtradas normalmente por la familia (que puede amplificar o disminuir sus efectos, sean estos positivos o negativos) [40]. Más tarde, en el desarrollo del adolescente, la familia y la escuela serán los contextos más influyentes. [41]

La familia es donde se inicia la socialización y, por tanto, la personalidad del individuo. Se puede considerar a la familia como un sistema social, formado por un número relativamente restringido de individuos reunidos por lazos íntimos y complejos. Está basado esencialmente en acuerdos voluntarios entre adultos y predomina una tendencia democrática en las relaciones, pero con una clara delimitación de roles -cada uno cumple su papel social definido: padre, madre, hijo, hija - encontrándose los hijos en el rol de protegidos y guiados, frente a los adultos que son los protectores y guías. [40]

La familia, en el ejercicio de su función socializadora, crea en el hijo las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir, a desarrollar su autoconcepto y su autoestima. Cuando, con la llegada de la adolescencia, se incrementa la importancia del juicio de los iguales para valorarse a uno mismo, el adolescente con buena autoestima podrá ser menos vulnerable a la presión grupal y evitar conductas de riesgo inapropiadas. [40]

En nuestro estudio la relación con sus padres es calificada con puntuaciones altas por los adolescentes. La puntuación media es de **8,18** puntos sobre 10. Sólo 44 de los 1289 encuestados (un 3,4%) tiene una puntuación menor de 5. No hay diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas, sin embargo esta relación se deteriora conforme va avanzando la adolescencia.

En el año 1991 se realizó en la provincia de Valladolid un estudio similar sobre una muestra de 850 adolescentes de 15 a 19 años [4]. En ese estudio la relación con sus padres era calificada como *buena* para el 73%, *regular* para el 23,4% y *mala* para el 2,7%.

Nuestros datos son similares a los del estudio HBSC de 2010 sobre adolescentes de 11 a 18 años. En ese estudio, los encuestados calificaban las relaciones dentro de su familia con una puntuación media de 8,37 y, al igual

que en nuestro estudio, los encuestados de más edad tenían puntuaciones más bajas que los más jóvenes (9,09 los de 11-12 años, 7,88 los de 17-18 años). [37]

La disfunción familiar

Ya hemos visto la gran influencia de la familia en el adolescente y ahora comentaremos qué es lo que ocurre cuando la familia no funciona de una manera adecuada. La disfunción familiar se asocia a:

- problemas de salud mental en adolescentes. Por ejemplo, un bajo nivel socioeconómico, convivir con un único padre y el fracaso escolar se han encontrado preferentemente asociados a los trastornos por conductas perturbadoras. [42]
- alteración del rendimiento académico
- mayor deserción escolar
- aumento de la violencia [41]

Además, son factores de riesgo de intento suicida las siguientes características de mala función familiar:

- dificultades en las relaciones familiares
- comunicación conflictiva
- bajos niveles de cercanía afectiva
- altos niveles de control parental
- estructura familiar inestable
- historia familiar de depresión, de desórdenes psiquiátricos o abuso de sustancias
- conducta suicida y conflictos legales del padre. [43]

El estudio HBSC del 2010 refiere que el 33,5% de los adolescentes se queja de que su madre intenta controlar todo lo que hace (26,3% en el caso del padre). En ese mismo estudio leemos que el 15,8% de los encuestados se queja de que su madre le trata casi siempre como a un niño pequeño (el 14,8% se queja de que lo hace su padre). [37]

Se ha demostrado que un mayor apoyo percibido por la familia se asocia a un menor consumo de tabaco, alcohol [44] y drogas en el adolescente, incluso cuando su grupo de iguales presenta un consumo extremo. [45]

Sin embargo, ciertos ambientes familiares pueden favorecer las conductas de riesgo en los adolescentes. Así, la existencia de normas explícitas en la familia que prohíben sólo el uso de drogas ilegales predice un mayor riesgo de consumo de alcohol y tabaco. Probablemente este hecho es debido a que los hijos entienden que las drogas legales son menos peligrosas o menos dañinas para la salud al no ser expresamente rechazadas por los padres.

Una mala comunicación con los padres se asocia a:

- dificultad de comunicación con los amigos
- malestar físico y psicológico
- mayor consumo de tabaco y alcohol desde edades tempranas.

La escasa presencia física o accesibilidad de los padres, la falta de supervisión de éstos, acompañada por una ausencia de comunicación con los hijos en relación con las actividades de la vida diaria, se asocian a una mayor tendencia a relacionarse con iguales conflictivos y a realizar conductas de riesgo o de carácter antisocial [47]. Dichas conductas los van alejando de los iguales adaptados y de los requisitos de rendimiento exigidos en la escuela, lo que a su vez consolida su aislamiento social respecto a los compañeros de clase y el progresivo alejamiento de la vida escolar. Estos adolescentes, más adelante, se relacionarán con iguales conflictivos y ganarán estatus social al servir de modelo de comportamiento adulto (fumar, beber, tener relaciones sexuales) para los otros adolescentes adaptados, lo que les reforzará más aún las conductas de riesgo o de carácter antisocial. [48]

En nuestro estudio, el **cariño** hacia la madre aparece en un 89% de los encuestados y no hay diferencias significativas ni con la edad ni con el sexo. Este dato es coherente con el estudio HBSC 2010 en el que el 81,9% de los

adolescentes refería que su madre era cariñosa casi siempre y sólo un 1,7% admitía que nunca era cariñosa. [37]

Al 84,7% de los adolescentes del estudio HBSC 2010 le resulta fácil o muy fácil hablar con su madre (porcentaje que el caso del padre es del 67,7%). Para el 80,9% de los adolescentes de ese estudio su madre casi siempre le ayuda tanto como necesitan, para el 63,4% casi siempre comprende sus problemas y preocupaciones y para el 62,7% casi siempre consigue hacerle sentir mejor si está triste. [37]

Las relaciones con la madre son importantes, pero también son cruciales las relaciones con el padre en la adolescencia. Especialmente son claves:

- su implicación en los asuntos del hijo o hija
- su capacidad de comunicación
- el grado de apoyo paterno que percibe el adolescente. [49]

En nuestro estudio, el **cariño** hacia el padre aparece en un 58% de los encuestados, representando el 63% de las chicas frente al 52% de los chicos; esta diferencia es estadísticamente significativa. Además, va disminuyendo conforme avanza la edad de nuestros encuestados de forma también estadísticamente significativa. Este dato es coherente con el estudio HBSC 2010 en el que el 65,4% de los adolescentes refería que su padre era cariñoso casi siempre; también era un porcentaje que disminuía con la edad de los encuestados (del 80,1% de los de 11-12 años bajaba hasta el 52% de los de 17-18 años). [37]

Para el 67,3% de los adolescentes del estudio HBSC de 2010 su padre casi siempre les ayuda tanto como necesitan, para el 48,2% casi siempre comprende sus problemas y preocupaciones y para el 53,5% casi siempre consigue hacerle sentir mejor si está triste. [37]

En un estudio reciente se observó el predominio entre los encuestados de una buena comunicación y apoyo instrumental y emocional con ambos padres. Sin embargo, en el grupo de adolescentes referidos por los Servicios Sociales o los que asistían a otros recursos educativos como Garantía Social

predominaban los problemas en la comunicación padres-hijos y el bajo apoyo percibido de éstos. [49]

En suma, las **buenas relaciones familiares** son un **factor protector** de primer orden que irradia su influencia hacia los contextos de los iguales y la escuela y que puede minimizar las influencias sociales adversas. [49]

Psicopatología parental

Otra variable familiar que ha mostrado un influjo constatado sobre los trastornos infantiles es la psicopatología parental. Entre otros hallazgos, se ha señalado que:

(a) cuanto **más graves** son los problemas psicopatológicos paternos mayor es la probabilidad de que los hijos manifiesten algún trastorno psicológico. [50]

(b) la presencia de sociopatía parental en los primeros años de vida del niño eleva el riesgo de comportamientos perturbadores (negativismo desafiante y trastorno disocial), mientras que los problemas emocionales de la madre aumentan el riesgo de depresión mayor y ansiedad excesiva, y los del padre afectan también al trastorno de ansiedad excesiva. [42]

(c) la presencia concurrente de depresión mayor y trastorno de pánico en los padres aumenta la probabilidad de que los niños experimenten a su vez depresión mayor y algún trastorno de ansiedad. [51]

Numerosos estudios revisados por Downey y Coyne [52] evidencian de forma consistente que los hijos de madres depresivas tienen tasas elevadas de depresión. No obstante, los datos aportados por Fergusson, Horwood y Lynskey [53] ponen en entredicho la naturaleza causal de esta asociación, así como la pretendida transmisión familiar de la depresión. Estos autores sólo pudieron encontrar una clara correlación entre los síntomas depresivos de las madres y los de sus hijos en las mujeres, pero no en los varones.

Asimismo está bien documentado que el alcoholismo parental es un importante predictor de la psicopatología infantil. Los hijos de padres alcohólicos tienen significativamente más problemas psicopatológicos que los hijos de padres no alcohólicos. [54]

En cuanto a la edad de los padres, los hijos de los padres más jóvenes tienen más probabilidad de sufrir trastornos de conducta y eliminación que los hijos de padres de mayor edad, mientras que éstos últimos tienen más posibilidades de padecer trastornos de ansiedad. Sin embargo, el nivel económico, el grado de educación y la situación laboral de los padres no mostraron ninguna relación con los trastornos. [55]

Si esquematizamos los resultados encontrados [55] podemos asegurar que el riesgo de sufrir *trastornos de conducta* se relaciona con:

- la juventud del padre
- estar muy preocupado por la muerte de un ser querido (factor importante)
- discusiones y peleas familiares (factor importante)
- estrés familiar
- **haber sido maltratado físicamente** (el factor más importante, multiplica casi por siete el riesgo de trastornos de conducta)
- fracaso escolar
- problemas de comportamiento en la primera infancia.

Los *trastornos de ansiedad* se asocian con:

- la edad de la madre
- problemas en el parto
- miedo a ser maltratado
- estar preocupado por la familia
- tomar medicación a diario.

Los mejores predictores de los *trastornos depresivos* son:

- tener más edad
- estar preocupado por la familia
- el alcoholismo familiar
- las complicaciones durante el embarazo
- tener enfermedades frecuentes
- las minusvalías físicas

- el estado psicopatológico de la madre. [55]

Por último, los factores relacionados con los *trastornos de eliminación* son:

- ser varón
- tener menos edad
- el retraso en las pautas de desarrollo.

Conflictividad de los padres

Los conflictos entre los padres podemos definirlos como una oposición mutua entre ambos progenitores que refleja la expresión de diferencias entre ambos. De acuerdo con la teoría del modelado, parece probable que los niños y adolescentes expuestos a frecuentes conflictos entre sus padres aprendan que el comportamiento agresivo es una forma apropiada de resolver los problemas, comportándose de igual forma en sus relaciones con los demás. [56]

Cuando se analiza cómo influyen los conflictos en la adaptación de los hijos deben tenerse en cuenta sus dimensiones específicas: frecuencia, intensidad, no resolución y contenido [57]. Algunos estudios señalan que la exposición de los hijos a conflictos frecuentes se relaciona con problemas de conducta agresiva y delictiva [58], mientras que otros no encuentran esa relación. [59]

Aunque la frecuencia es importante, el impacto sobre los hijos depende también de su forma de expresión. Presenciar conflictos de baja intensidad, aunque se produzcan con frecuencia, puede que no tenga unos efectos tan negativos en los hijos como los de elevada intensidad, sobre todo los que implican agresión física [60], que se asocian a un número mayor de conductas agresivas y antisociales [61]. Además, los conflictos cuyo contenido gira en torno a los hijos predicen su comportamiento agresivo [62] y delictivo [63].

Según la edad de los hijos, algunos autores sugieren que los conflictos tienen un impacto más negativo en los preescolares [63], mientras que otros señalan a la adolescencia como el período de mayor vulnerabilidad [64], aunque hay también investigaciones que no encuentran diferencias [65]. Por tanto, es difícil saber cuál es el grupo de edad más vulnerable [66].

Estudios recientes [56] muestran que, en familias normativas, la frecuencia de los conflictos entre los padres predice los problemas de conducta de los hijos. Este resultado apoyaría la hipótesis de que la mayor frecuencia de conflictos entre los padres sensibiliza más a los hijos ante el conflicto, y se asocia con una mayor incidencia en sus problemas de adaptación. Así, la frecuencia de los conflictos informada por la madre predice la conducta agresiva de los hijos cual sea cual sea su edad [65]. Mientras que la frecuencia de los conflictos informada por los hijos predice el comportamiento agresivo de los adolescentes, pero no de los niños. [56]

Parece entonces que **la adolescencia sería un período de mayor vulnerabilidad** [64], en el sentido de que aunque los adolescentes se ven menos expuestos a los conflictos, éstos les afectan más que a los niños. Quizá su mayor capacidad para comprender los aspectos sociales de las relaciones implicadas en los conflictos, les hace ser más conscientes de ellos y de las consecuencias que pueden tener. [56]

Hay estudios [56] que indican la existencia de una diferencia de género en cuanto al contenido de los conflictos, de manera que los hijos (niños y adolescentes), comparados con las hijas, atribuyen a su propio comportamiento los conflictos entre los padres, aunque antes de señalar a los varones como más problemáticos se deberían hacer más investigaciones.

Como conclusión, y **teniendo en cuenta la influencia paterna, si los padres limitan la frecuencia de sus conflictos en presencia de los hijos, estos últimos no deben verse afectados negativamente por ellos**, o incluso pueden hacerlo positivamente, aprendiendo estrategias de resolución de conflictos que pueden utilizar en sus propias relaciones. [56]

En nuestro estudio la relación entre sus padres es calificada con puntuaciones altas por los adolescentes. La puntuación media es de **8,21** puntos sobre 10. Sólo 94 de los 1289 encuestados (un 7,3%) tiene una puntuación menor de 5. No hay diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas, sin embargo esta relación se deteriora conforme va avanzando la adolescencia. Así, los de 12-13 años tienen una puntuación media de 8,57

que baja a 8,29 de los de 14 años y a 7,7 de los de 15-16-17, siendo diferencias estadísticamente significativas.

El divorcio

En 1981 se aprobó en España la Ley del Divorcio. A partir de ese momento, el número de separaciones y divorcios se ha incrementado de forma considerable, produciéndose en el año 2010 más de 110.321 disoluciones matrimoniales. [36]

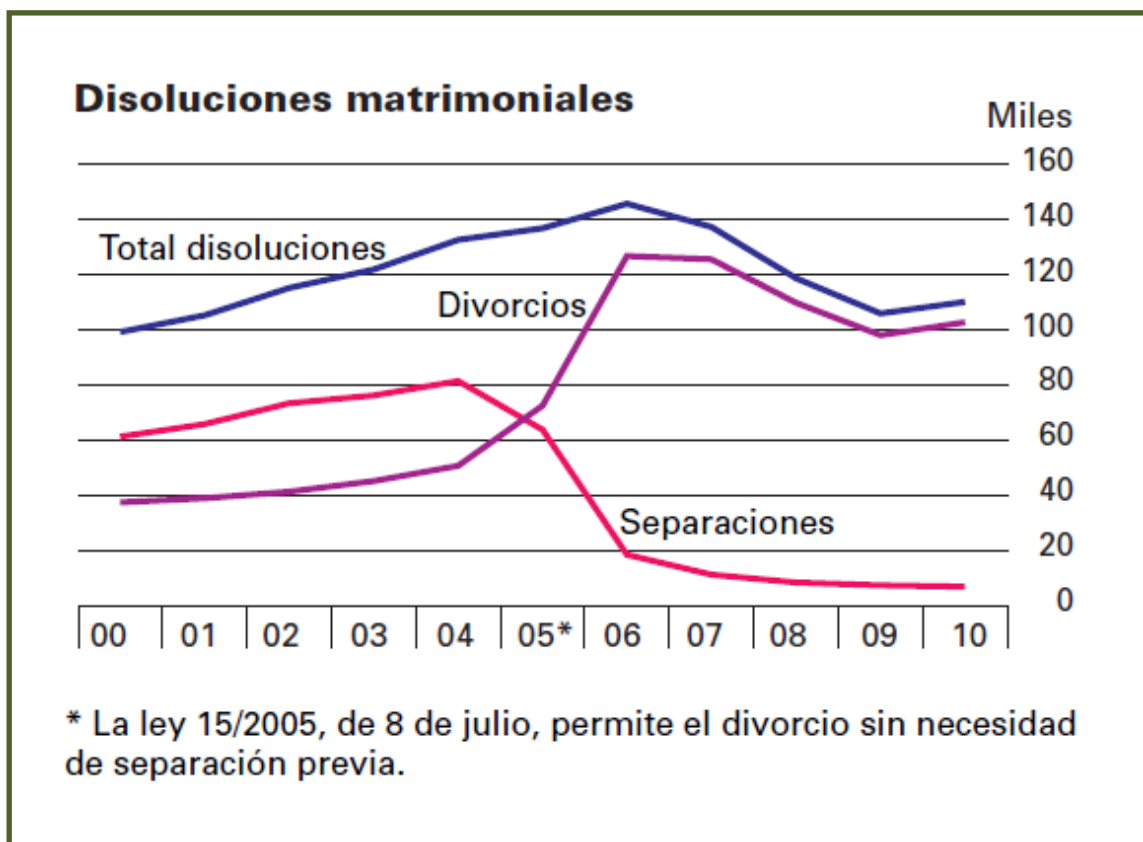


Figura 240: Evolución de las disoluciones matrimoniales. [36]

En aproximadamente el 49% de los divorcios y el 63% de las separaciones existen hijos menores de edad, lo que significa que un alto porcentaje de niños pasará parte de su infancia y niñez con un solo progenitor. [36]

La ruptura de pareja implica un cambio en la estructura familiar y, por ello, modifica la relación entre todos sus miembros. Sin embargo, a pesar de la reestructuración que debe producirse, la disolución conyugal no exime de la

responsabilidad de la pareja como padres, por lo que los intereses de los hijos deben prevalecer sobre la ruptura. Sin embargo, es frecuente la aparición de numerosas dificultades para establecer acuerdos entre los ex cónyuges respecto al bienestar y pautas educativas de los hijos después de la separación. [67]

De hecho, a pesar de haberse producido un aumento significativo en las rupturas de mutuo acuerdo, los divorcios contenciosos todavía son muy frecuentes, influyendo en esos casos el conflicto interparental en el bienestar de los hijos. [67]

En nuestro estudio hay un **10%** de adolescentes que afirma que sus padres están separados o divorciados y que vive con alguno de los dos. Las relaciones entre esos padres divorciados parecen algo conflictivas ya que sus hijos la califican con una puntuación media de **3,9**, que contrasta con la puntuación de los padres no divorciados (**8,72**). Las diferencias son estadísticamente significativas.

La Asociación Americana de Psiquiatría [68] considera el divorcio de los padres como una experiencia muy estresante para los hijos que puede tener consecuencias a corto, medio y largo plazo. Tradicionalmente, la unidad familiar se ha concebido como una estructura que protege a los niños, a la vez que la ruptura conyugal es capaz de generar en el menor problemas físicos, emocionales, escolares y sociales.

La problemática se agudiza cuando la separación o divorcio se desarrolla de forma contenciosa. En estos casos, los hijos presentan creencias más problemáticas sobre la ruptura conyugal que los niños cuyos padres han resuelto el conflicto mediante mediación familiar. [69]

Kasen, Cohen, Brook y Hartmark [70] en 1996 constataron que la situación familiar postdivorcio ejercía una notable influencia sobre algunos trastornos emocionales; efecto que se mostraba independiente del temperamento previo del niño y de otros factores educacionales, pero que variaba en función del sexo. Concretamente, estas autoras hallaron que, en comparación con los hijos de familias intactas, los hijos varones de padres divorciados que vivían sólo con la madre presentaban un alto riesgo de sufrir depresión, pero este efecto no se confirmó en las mujeres. En contraposición,

en el grupo de familias rehechas, caracterizadas por la presencia de un padrastro, se observó un riesgo muy elevado para los trastornos de ansiedad y depresión en las mujeres, pero no en los varones. Por otro lado, estudios previos [70] indican que los niños expuestos a las condiciones estresantes que rodean el divorcio de los padres sufren importantes desajustes psicológicos y déficits de aprendizaje, y que se encuentran sobrerrepresentados en los servicios de salud mental.

Se demuestra, por tanto, que la ruptura de una pareja genera cambios personales, económicos, sociales y familiares y que los niños y adolescentes nacidos de la unión conyugal tienen una probabilidad mayor de presentar **problemas psicológicos** [71]. Así, los hijos de padres separados tienen más trastornos conductuales [55] y diferentes estudios han señalado que la separación o divorcio de los padres en los primeros años de vida ocurren con mayor frecuencia entre los niños enuréticos [72] o encopréticos [73] que entre los normales.

Los hijos de padres separados presentan niveles más altos de ansiedad que sus compañeros pertenecientes a familias intactas [74]. Wallerstein y Kelly observaron que las variables que se relacionan con la manifestación de ansiedad de estos niños son:

- los sentimientos de responsabilidad por la ruptura
- el conflicto de lealtad debida a cada uno de los padres
- la preocupación ante el rechazo de los padres,
- el miedo al abandono y
- el miedo a la posibilidad de no ser querido. [75]

Entre estos problemas de ansiedad, el **trastorno de ansiedad por separación** se considera el más frecuente en hijos de padres divorciados. [76] La ansiedad por separación se caracteriza por la presencia de ansiedad excesiva ante la separación de las figuras de apego o del hogar, o ante la anticipación de estas situaciones. Se acompaña de una serie de síntomas como malestar excesivo, quejas somáticas, preocupación persistente y negativa a permanecer o dormir solo. Cuando no están con sus padres sienten molestias físicas, como dolor de cabeza o de barriga, tienen ganas de llorar, y

tratan de evitar la separación física con ellos, telefoneándoles o tratando de retrasar su marcha. Los niños con padres separados se muestran más intranquilos cuando sus padres se marchan de viaje, cuando les resulta difícil hablar con ellos por teléfono, o, por ejemplo, al levantarse para ir al colegio. Su diagnóstico requiere una persistencia de dichos síntomas al menos durante cuatro semanas y una repercusión negativa en la vida y en el desarrollo del niño.

Respecto a la edad y género, los niños de 8 y 9 años con padres separados presentan más ansiedad que los niños más mayores, y las niñas manifiestan más miedo a la separación. Esto es coherente con otros estudios, que confirman la mayor prevalencia del trastorno de ansiedad por separación a los 9 años y en el sexo femenino. [77]

Sin embargo, después del primer año se va produciendo un ajuste psicológico al divorcio, aumentando progresivamente a medida que transcurre el tiempo y tal adaptación depende sobre todo del ambiente familiar [74, 78]. Y es que la relación que mantienen los padres separados es una de las variables que más influyen en los niveles de ansiedad. Cuanto peor se llevan los padres después de la separación más altos niveles de ansiedad se detectan en sus hijos [78-80]. Por lo tanto, si los padres continúan discutiendo después de la separación y se critican mutuamente, están haciendo más difícil la adaptación del niño aumentando la disonancia y la inestabilidad ambiental. [81]

También Pons-Salvador y del Barrio en 1995 [81] concluyen que la ruptura de pareja en sí misma no determina la presencia de problemas de ansiedad en los niños, sino que más bien estaría determinada por otros factores que modulan el bienestar de los menores, como por ejemplo la conflictividad en la relación de los padres.

Por tanto, la ruptura de la estructura familiar no es la que provoca la aparición de la ansiedad en los niños, al menos después del primer año transcurrido desde la separación parental. La manifestación de la ansiedad en estos niños está más bien en función del tipo de interacción que tienen los padres entre sí y de la frecuencia de visitas del padre no custodio. [81]

En conclusión, lo que más afecta a la elevación de la ansiedad de los niños de padres separados o divorciados es que sus padres se lleven mal

después de la separación (discutiendo delante de los niños o criticándose mutuamente). Y también que el padre no custodio visite con una frecuencia casi diaria a sus hijos. Estos resultados están íntimamente relacionados, de modo que a más frecuencia de visitas del padre no custodio se da también una mayor probabilidad de conflicto entre los padres. Todo ello nos puede estar indicando que no es el divorcio o separación en sí mismo lo que aumenta el nivel de ansiedad de los hijos, sino una serie de circunstancias que rodean al mismo, que conociéndolas nos pueden ayudar a controlar la manifestación de ansiedad en los niños. [81]

Violencia familiar

La violencia familiar se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos. [82]

La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas, tanto a nivel físico como psicológico, y el impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental, tanto de las víctimas como de los convivientes [83-86]. La violencia familiar tiene un impacto significativo en la salud individual, al igual que la salud comunitaria y los recursos sanitarios. [87, 88]

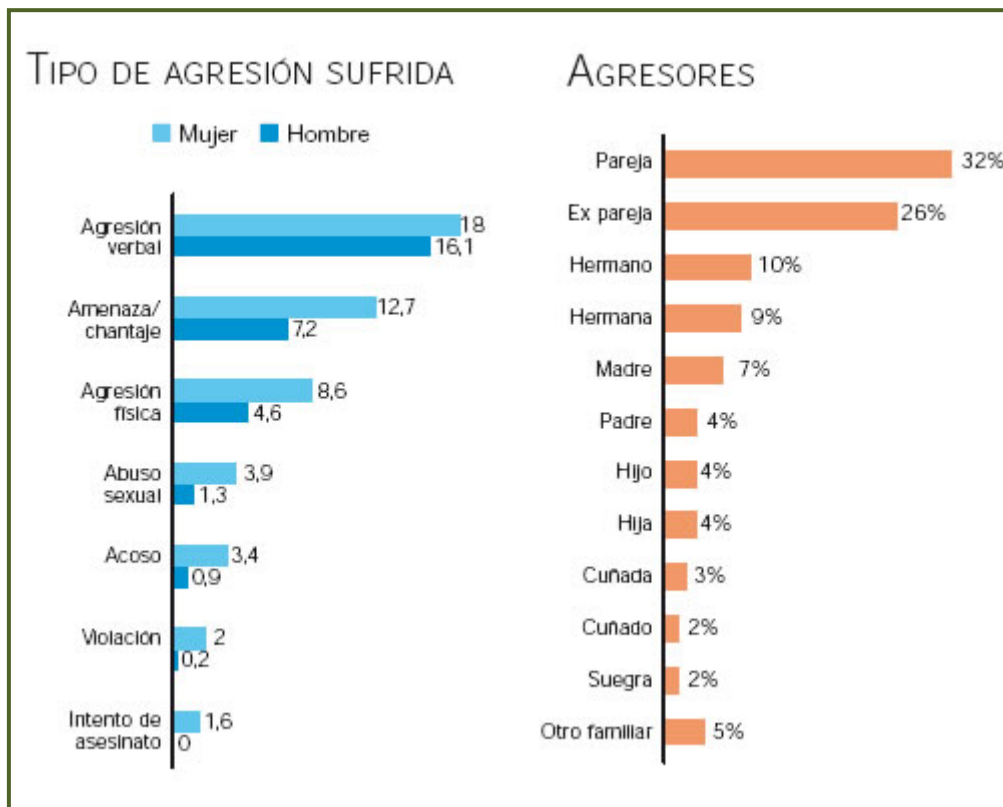


Figura 241: Encuesta OCU 2009 sobre violencia familiar. [89]

Jewkes [90] considera que los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de Violencia Doméstica son la relación de desigual posición de la mujer, tanto en las relaciones personales como sociales, y la existencia de una “cultura de la violencia”, que supone la aceptación de la violencia en la resolución de conflictos.

Los cambios sociales de las últimas décadas respecto al papel de la mujer tanto en el ámbito privado (pareja, familia), como público (laboral, social) hacia una relación más igualitaria entre hombre y mujer, han hecho posible que el problema de la violencia doméstica haya salido a la luz, debido en parte a una mayor conciencia de la mujer respecto a sus derechos y a su papel en la pareja, en la familia y en la sociedad, y también a una mayor sensibilidad social respecto al problema. La no-aceptación de estos cambios por el hombre, y el ver peligrar lo que para algunos era vivido como privilegio, ha podido favorecer la aparición de violencia en ocasiones. [82]

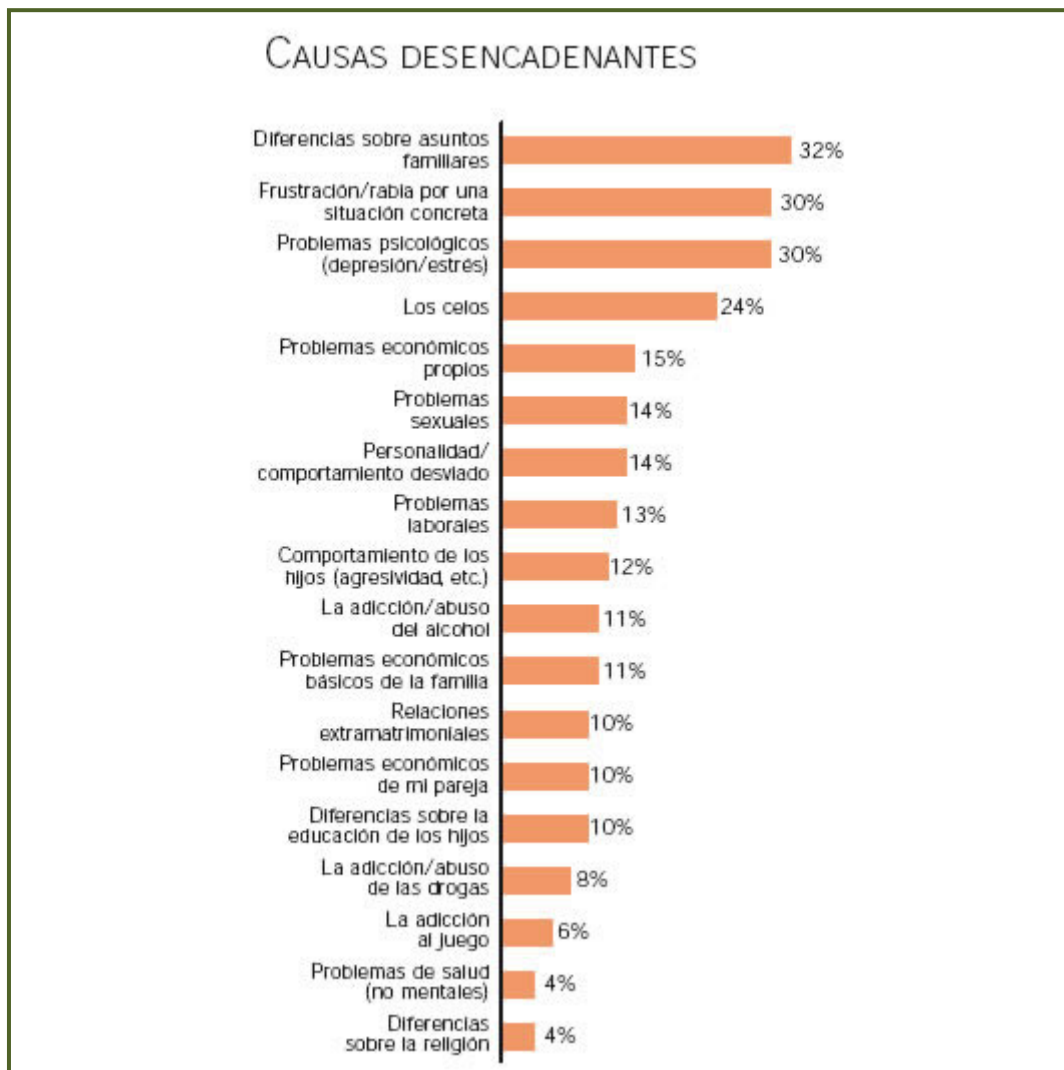


Figura 242: Causas desencadenantes. Encuesta OCU 2009. [89]

La incidencia real de este problema es desconocida. Conocemos cifras del número de denuncias presentadas en España por esta causa y el de mujeres que murieron a manos de su cónyuge o pareja (en el año 2011 hubo 61 asesinadas [91] y hubo 134.002 denuncias [92]). Sin embargo, se estima que las denuncias solo representan entre el 5 y el 10% de los casos que se producen. [82]

Por ejemplo, en EEUU, el 30% de los niños vive en hogares donde hay violencia familiar [93]. Y es que en EEUU la prevalencia de la violencia doméstica en las estadísticas clínicas es alta. Un 15-30% de las mujeres que visitan los servicios de urgencias [94], y un 12-13% de las que visitan el departamento de asistencia familiar [95, 96] revelaron haber sufrido abusos físicos o amenazas por parte de su compañero durante el último año. El 75 %

de las mujeres maltratadas que habían pasado por centros sanitarios siguió sufriendo agresiones. [94-97]

Consecuencias sobre los hijos testigos de violencia doméstica

Ser testigo de violencia familiar es una gran amenaza para la salud infantil y su bienestar [99]. La exposición a violencia íntima tiene efectos a corto y largo plazo en el desarrollo emocional, social y cognitivo de los niños. Así, muchos niños que presencian violencia familiar exhiben un mayor comportamiento externo agresivo, con conductas desordenadas e impulsividad [100-102]. También pueden sufrir ansiedad, pensamientos intrusos violentos y depresión [100, 101, 103].

En el caso extremo de que los niños presencien actos que pongan en riesgo la vida de sus padres pueden tener síntomas de estrés postraumático [104-108]. Los niños que están expuestos de forma repetida a la violencia podrían tener una visión fatalista del mundo, que les llevaría a tener comportamientos de riesgo (por ejemplo, abuso de drogas, promiscuidad sexual, conducción temeraria o incumplimiento de la medicación). [109]

Si los adolescentes son testigos de violencia doméstica pueden tener un comportamiento inapropiado (por ejemplo, vestir como si fueran más jóvenes o más viejos de lo que realmente son). Pueden deprimirse [110], abusar de sustancias para escapar del dolor o actuar de forma agresiva. [111]

En cuanto al sexo, las niñas de familias violentas tendrían más síntomas interiorizados (depresión, baja autoestima y mayores niveles de ansiedad). En contraste, los niños externalizarían más su comportamiento (conductas desordenadas, impulsividad y poco control de impulsos). Estos comportamientos afectarían a su competencia social. Los niños también sufren de depresión, angustia y retraimiento. [112]

A nivel emocional, los niños que son testigos de violencia familiar pueden tener temor, miedo a la muerte, miedo a perder a alguno de sus padres, rabia, culpa y un sentimiento de responsabilidad [113]. Pueden sentirse indefensos y ver el mundo de forma impredecible, hostil y amenazadora.

CONSECUENCIAS a corto plazo de de sufrir Violencia Domestica para los niños y adolescentes [82]:

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral
- Sentimientos de amenaza (su equilibrio emocional y su salud física están en peligro ante la vivencia de escenas de violencia y tensión)
- Dificultades de aprendizaje
- Dificultades en la socialización
- Adopción de comportamientos violentos con los compañeros
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas y trastornos psicopatológicos secundarios
- Con frecuencia son víctimas de maltrato por el padre o la madre.

CONSECUENCIAS a largo plazo sufrir Violencia Domestica para los niños y adolescentes [95, 103, 114,115]:

Las investigaciones indican que la exposición a la violencia (como la violencia familiar) tiene efectos adversos en el desarrollo cerebral del niño lo que tiene consecuencias a largo plazo que persisten en la edad adulta [116, 117]. Se han descrito las siguientes:

- **Violencia transgeneracional:** se ha establecido relación entre los niños maltratados y la violencia familiar en el futuro. En este sentido, una revisión de 52 estudios encontró que, de un total de 97 factores potenciales de riesgo estudiados, el haber sido **testigo de violencia familiar en la niñez o en la adolescencia** era el más claramente relacionado con ser una esposa maltratada.[115]
- Alta tolerancia a situaciones de violencia.
- Depresión.
- Baja autoestima.
- Estrés postraumático.
- Desajuste social.
- Conducta desordenada.
- Comportamiento antisocial.
- Conductas autolesivas.
- Pederastia.

- Ser un futuro agresor de violencia doméstica.
- Abuso de sustancias o comportamiento sexual de alto riesgo durante la adolescencia.

En conclusión, y teniendo en cuenta la **incidencia y consecuencias de la violencia** doméstica, muchos autores opinan que debería hacerse un cribado a los adolescentes para identificar a los que puedan ser testigos de violencia doméstica y prevenir su propia implicación en relaciones íntimas violentas [118, 119].

CAPÍTULO II. SALUD, DEPORTE Y MENTE DE NUESTROS ADOLESCENTES:

Salud física de los adolescentes

Los adolescentes constituyen un grupo de población con unos indicadores de morbilidad y mortalidad bajos si se comparan con otros sectores, pero ello no debe hacer olvidar que corren riesgo de sufrir enfermedades y trastornos que pueden condicionar decisivamente su salud y su vida. La importancia de estos problemas no sólo se puede medir en términos del número de afectados, sino de la magnitud de sus consecuencias, ya que afectan a una población con una larga expectativa de vida [120]. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionadas con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia [121]. Por eso es tan importante la promoción de prácticas saludables durante la adolescencia.

Según la Comisión Europea [122], las enfermedades más prevalentes en los jóvenes de 15 a 24 años son las infecciones respiratorias de las vías altas y la gripe, seguidas de las fracturas y/o contusiones y el acné, en este último caso con diferencias significativas a favor de las mujeres. Ello concuerda con los estudios realizados en nuestro país, tanto locales [4, 123] como nacionales [124], donde entre el 7 y el 15% de una muestra de jóvenes con edades comprendidas entre los 13 y los 29 años declararon tener alguna enfermedad crónica (correspondiendo a enfermedades alérgicas más de la mitad).

En 1995 se describieron [1] los problemas de salud más prevalentes en la adolescencia:

- Causas de mortalidad: accidentes, neoplasias y enfermedades del sistema nervioso.

- Motivos de ingreso hospitalario: en chicas el aborto y el parto; y en chicos, los traumatismos.
- Patología “menor” prevalente: tos y catarros (13%), fiebre (5%), enfermedades de la piel (5%) y asma (5%).
- Motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria: enfermedades respiratorias, infecciones, parasitosis, alteraciones neurológicas y problemas de la piel.
- Problemas “mayores” a largo plazo: tabaquismo, consumo de drogas ilegales y alcohol (que trataré en el Capítulo III) actividad sexual precoz (que trataré en el Capítulo IV) y alteraciones psicopatológicas.

Los problemas de salud más típicos de los adolescentes podemos resumirlos de la siguiente manera [1]:

Alteraciones de la pubertad:

Se denomina **pubertad retrasada** a aquella en la que no se objetiva desarrollo de caracteres sexuales secundarios a los 13 años en las niñas y a los 14 años en los niños. La causa más frecuente (80%) es el Retraso Constitucional del Crecimiento y de la Pubertad, siendo una variante de la normalidad. Suelen ser niños con peso y talla al nacimiento normales, con una edad ósea retrasada, con antecedentes familiares (60-90%) de pubertad tardía (normalmente 2 o más años), con una talla para la edad ósea en concordancia con la talla familiar y una talla definitiva normal. No necesitan tratamiento.

Los **hipogonadismos hipogonadotropos** (niveles bajos o ausentes de FSH y LH) e hipergonadotropos tendrían como tratamiento la inducción de desarrollo puberal a los 11-12 años de edad ósea o 13 años de edad cronológica en las niñas y a los 12 años de edad ósea o 14 años de edad cronológica en los niños. [1]



Figura 243: Paciente de 18 años de edad, con infantilismo sexual, amenorrea primaria y proporciones eunucoïdales. [125]

Aparato respiratorio:

Las **neumonías** del adolescente suelen aparecer en individuos previamente sanos y ser adquiridas en la comunidad. Los patógenos más frecuentemente implicados son el neumococo, los virus y el micoplasma, aunque en ciertas zonas geográficas habría que tener también en cuenta a la *Legionella pneumophila*. En el caso de adolescentes inmunocomprometidos puede aparecer el *Pneumocystis carinii*. [1]

El **asma bronquial** en el adolescente tiene unas connotaciones diferentes al pediátrico y al del adulto que podríamos resumir en:

- Mala aceptación de la enfermedad (rebeldía).
- Resistencia manifiesta a ciertas terapias (incumplimiento).
- Falta de confianza-empatía con el médico.
- Inicio de hábitos tóxicos (tabaco).

En el caso del asma inducido por el ejercicio (crisis de asma inmediata o posterior al ejercicio físico) se ha demostrado que con el uso preventivo de beta2-agonistas de acción corta se consigue la mejoría física y psíquica (ya que no limita la actividad física) del adolescente. [1]

Aparato digestivo:

Dolor abdominal recurrente: Suele ir acompañado de otros síntomas y tiene un curso crónico o recidivante (al menos 3 meses de duración son necesarios para que sea incluido en este diagnóstico). Es poco frecuente que tenga causa orgánica ya que más del 90% son debidos a disfunción intestinal. Es típico en familias con predisposición a trastornos psicósomáticos y en adolescentes con ciertos rasgos psicológicos (baja autoestima, ansiedad, aislamiento social, con absentismo escolar y poca participación en actividades sociales, escolares o deportivas).

Síndrome del intestino irritable: Es la causa más frecuente de dolor abdominal crónico en adolescentes y se acompaña de hábito intestinal alterado o episodios alternantes de diarrea y estreñimiento.

Dispepsia no ulcerosa: Se caracteriza por dolor epigástrico que se acentúa al comer, distensión abdominal, sensación de plenitud postprandial, náuseas, saciedad precoz, eructos y anorexia. Los pacientes suelen tener rasgos parecidos al de los pacientes con intestino irritable y para poder diagnosticarlo hay que descartar primero organicidad (como el reflujo gastroesofágico o procesos hepatobiliares). [1]

Dientes:

Los cambios hormonales, la dieta y hábitos de higiene inadecuados hacen que los adolescentes sean un grupo de riesgo para la salud bucodental y que aumenten la **caries** y la **enfermedad periodontal**. [1]

Según el estudio HBSC del 2010, el 62,6% de los adolescentes españoles de 11 a 18 años se cepilla los dientes más de una vez al día, un 27,8% lo hace diariamente, el 6% semanalmente, un 2,1% menos de una vez a la semana y el 1,4% no lo hace nunca. [37]

Órganos de los sentidos:

Un 20% de los adolescentes desarrollará **miopía** antes de cumplir los 16 años y en un 4% se detectará **estrabismo** entre los 12 y 17 años. [1]

La **hipoacusia** va en aumento entre los adolescentes. Un estudio reciente [126] demuestra un aumento de la prevalencia de hipoacusia de un 30% entre los adolescentes de entre 12 y 19 años evaluados entre 2005 y 2006 en comparación con los estudiados entre 1988 y 1994. En este estudio un 20% de los adolescentes tendrían ya hipoacusia. Puede que este aumento sea debido a la mayor exposición a música muy alta con los nuevos dispositivos electrónicos (móvil, MP3, MP4...).

Aparato cardiovascular:

HTA infantojuvenil: Tiene una prevalencia de 1,5-3% y la mayoría son de origen multifactorial. Para prevenirla, además de la dieta mediterránea (con bajo contenido en sal), es importante el ejercicio físico y evitar el alcohol, el tabaco, el estrés y la obesidad. [1]

Hipercolesterolemia: Los estudios de Bogalusa y de Muscatine [127, 128] describieron el fenómeno de “tracking” o tendencia a mantenerse en el mismo percentil los niveles de colesterol desde niños a toda su vida adulta.

Síncope vasovagal: es la forma más frecuente de síncope, y se produce por un descenso de la presión arterial mediado por reflejos vasculares iniciados por el dolor, ansiedad o punción venosa. Suele ir precedido de taquicardia y cede rápidamente a menos que exista enfermedad cerebral o cardiovascular subyacente que dé lugar a una persistencia de la alteración del nivel de conciencia. Son típicos de la edad escolar y de la pubertad y se estima que un 20% de los adultos jóvenes ha tenido al menos un episodio sincopal. [129]

Patología endocrinológica:

La **diabetes mellitus tipo 1**, insulino dependiente, representa el 5% de todas las diabetes, pero es la mayoritaria en la adolescencia. Tiene una incidencia de 12-

20 casos/100.000 habitantes/año en menores de 15 años en España y la etiología es autoinmune (se comprueba en el 85-98% de los pacientes una asociación con antígenos HLA-clase II y autoanticuerpos). La base del tratamiento es la insulino terapia, el control educativo nutricional y el ejercicio físico regular. Los factores biológicos y la influencia de los factores psicosociales hacen más difícil el control metabólico al llegar la adolescencia.

La **patología tiroidea** se presenta en el 3,7% de los adolescentes entre 11 y 18 años. La tiroiditis linfocitaria es la causa más frecuente de hipotiroidismo (causa de bocio, hipocrecimiento y obesidad en el adolescente). La tirotoxicosis (hipertiroidismo) es poco frecuente en el adolescente. La enfermedad de Graves provoca el 5-6% de casos de hipertiroidismo y el 75% ocurre entre los 11-15 años, estando presente el bocio en el 98%. El nódulo tiroideo es más frecuente en adolescentes que sufrieron radiaciones de cabeza y cuello durante su infancia. Por último, el cáncer de tiroides es poco frecuente (0,6-1,6% de los tumores malignos en adolescentes). [1]

Patología del Sistema nervioso:

Hay **epilepsias** que desaparecen antes o durante la adolescencia, otras que persisten durante ella y otras que comienzan durante estos años. En el adolescente epiléptico hay varios factores que pueden desencadenar las crisis: consumo de alcohol, privación de sueño, fotoestimulación, estrés y mal cumplimiento del tratamiento. [1]

Patología dermatológica:

El **acné** afecta a un 85% de los adolescentes. La prevalencia es máxima entre los 14 y los 16 años en las mujeres y entre los 16 y 19 años en los varones. La cara es la principal área afectada (lo que provoca mayor afectación psicológica), pudiendo también afectarse espalda, tórax, nalgas, muslos y antebrazos. Típicamente el acné respeta las axilas, las manos, los antebrazos, las pantorrillas y los pies. [1]

Patología del aparato locomotor:

La aceleración del crecimiento somático puberal podría contribuir a un aumento de las enfermedades musculoesqueléticas siendo comunes los **dolores de crecimiento**. Se localizan preferentemente en la musculatura de los miembros inferiores, sobre todo en la cara anterior de los muslos y las piernas y detrás de las rodillas. Suelen ser bilaterales, sin antecedente traumático y sin signos inflamatorios ni compromiso motor. Tienen carácter intermitente y predominio vespertino o nocturno. Son más frecuentes en varones y su etiología es desconocida (se ha pensado que pueden influir factores de crecimiento, factores psicológicos, climáticos, cambios puberales o fibrositis). [1]

La **escoliosis** es la deformidad del esqueleto axial en el plano anteroposterior. Incluye deformidad tridimensional con rotación vertebral y puede acompañarse de alteraciones en el plano sagital. Para que se considere escoliosis debe tener más de 10° de angulación. La prevalencia de escoliosis idiopática se aproxima al 2% de la población, siendo cinco veces más frecuente en niñas que en niños. La escoliosis idiopática aparece en un 89% en la adolescencia. [130]



Figura 244: Adolescente con escoliosis[131]

La **enfermedad de Osgood-Schlatter** es una causa frecuente de dolor en el segmento anterior de la rodilla en niños de 10 a 15 años de edad. No se conoce la causa exacta de la enfermedad y la teoría más aceptada es la que describe la apofisitis como una tracción de la tuberosidad tibial en el periodo de crecimiento. Se ha demostrado que los microtraumatismos repetidos sobre la tuberosidad tibial a través de la contracción del cuádriceps y del tendón rotuliano producen pérdida de la continuidad del tendón-hueso con la consecuente fragmentación de la tuberosidad tibial, lo que desencadena un proceso inflamatorio alrededor de él. Este padecimiento afecta con mayor frecuencia al sexo masculino en una proporción de 3:1 y aparece en los niños entre los diez y los quince años de edad, mientras que en las niñas puede presentarse entre los ocho y trece años. El proceso generalmente es unilateral, aunque clínicamente puede observarse un aumento de volumen bilateral. [132] También se ha observado que existe una mayor incidencia en niños que practican algún deporte, afectando entre el 10% y el 20% de esta población, frente a los que no participan en deportes que tienen una prevalencia del 4.5%. [133]

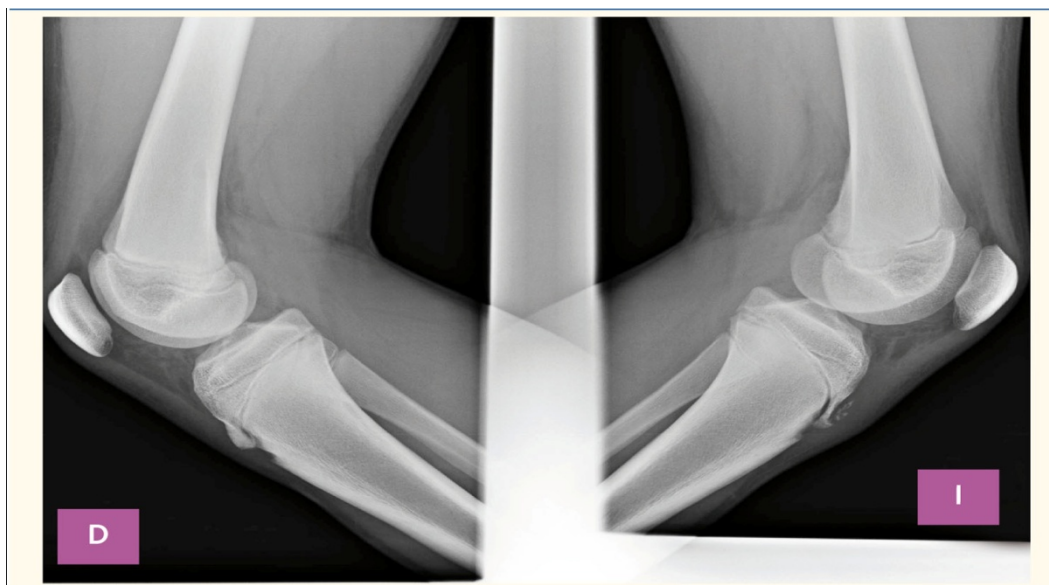


Figura 245: Enfermedad de Osgood-Schlatter. Densidad de la cortical irregular y despegamiento de la cortical en ambas tibias.[134]

La **enfermedad de Scheuerman** es una de las causas más importantes de cifosis. Aparece al final de la infancia o al inicio de la adolescencia como una

deformidad cifótica de la columna dorsal o dorsolumbar. Tiene una prevalencia del 0,5 al 8% de la población y parece afectar por igual a ambos sexos. [135]

Además, en la adolescencia son frecuentes las **lesiones** físicas. Así, según el estudio HBSC del 2010 sólo el 38,1% de los adolescentes no ha tenido ninguna lesión en los últimos 12 meses (el 27,2% ha tenido una, el 16,2% dos, el 8,9% tres y el 9,4% cuatro o más). [37]

Patología oncológica:

Las **leucemias**, tanto la linfoblástica aguda (LLA), la mielóide aguda (LMA) o la mielocítica crónica (LMC) pueden afectar a los adolescentes. La incidencia de LLA en pacientes de 10 a 19 años es de 2,3 casos/100.000 individuos/año. La incidencia de LMA es menor y la LMC sólo es responsable del 3% de los casos.

El 60% de los casos de **enfermedad de Hodgkin** aparece entre los 10 y los 15 años y es más frecuente en varones.

Tras las leucemias, los tumores malignos más frecuentes en menores de 21 años son los **tumores encefálicos** (siendo los tumores sólidos más frecuentes). Los **tumores óseos** representan el 20-25% de las lesiones malignas en adolescentes (ocupan el segundo lugar en frecuencia dentro de los tumores sólidos). Los **tumores de células germinales** aparecen en testículos, en ovarios y también en localizaciones extragonadales (retroperitoneo y regiones sacrococcígea, mediastínica y pineal). Entre los 15 y los 19 años el cáncer testicular tiene una incidencia de 21 casos/millón de habitantes/año, mientras que el de ovario es de 16 casos/millón de habitantes/año.[1]

Las afecciones y tratamientos oncológicos afectan mucho a la calidad de vida de los adolescentes y a su estado de ánimo. Alopecia, náuseas, vómitos, susceptibilidad a las infecciones, pérdida de escolaridad y de sus actividades sociales son algunas de las repercusiones negativas típicas del adolescente con cáncer.

Otras patologías benignas:

La **ginecomastia** es un crecimiento benigno de los tejidos glandulares y estromales que se produce en la pubertad. Se presenta en el 19,6% de los varones de 10,5 años con un pico de prevalencia del 64% en estadios III y IV de Tanner, descendiendo después la frecuencia. No necesita tratamiento ya que se suele resolver antes de un año (sólo un 27% dura más de un año y sólo un 7,7% más de 2 años).



Figura 246: Adolescente con ginecomastia [136]

Otra patología típica de la adolescencia, que podemos considerar benigna, es la **dismenorrea**, que afecta al 50% de las adolescentes y es el problema ginecológico más común.[1]

En nuestro estudio, los adolescentes encuestados puntúan **su salud actual** con **4,48** sobre 5 puntos. Esto es coherente con otros estudios en los que el 91% de los adolescentes perciben su salud como buena o muy buena [137]. En el estudio HBSC de 2010, por ejemplo, el 38,6% de los adolescentes decía tener una salud excelente y un 53,4% la definía como buena [37]. Se ha investigado, además, que tener una buena relación con los padres se asocia con la percepción de una salud mejor. [124]

La puntuación media para nuestros **chicos** es de **4,53** puntos y para las **chicas** es de **4,44** puntos. Las diferencias son estadísticamente significativas luego, en general, **los chicos creen que tienen mejor salud que las chicas**. Este

hecho también se ha observado en otros estudios recientes [37, 49]. En el estudio realizado en el año 1991 en Valladolid en adolescentes de 15 a 19 años, la salud que tenían era calificada de *buen*a para el 79,8%, *regular* para el 18,5% y *mala* para el 0,8%. Además también los varones referían tener mejor salud que las mujeres (calificaba como buena el 81,6% de ellos frente al 78,4% de ellas). [4]

Además, parece que *la percepción sobre la propia salud actual empeora conforme avanza la edad de nuestros encuestados*. Este hecho también se recoge en otros estudios [37] y algunos de ellos han demostrado que tener peores notas académicas y haber repetido algún curso se asocian con una peor percepción de la propia salud [32, 124]. Y es que muchos de nuestros encuestados más mayores eran repetidores.

En cuanto a la puntuación de nuestros encuestados sobre cómo fue su **salud infantil** la media es de **4,43** sobre 5 puntos. En este caso no hay diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas ni tampoco hay una relación clara con la edad. En el estudio realizado en el año 1991 en Valladolid en adolescentes de 15 a 19 años, la salud que tuvieron en la infancia fue *buen*a para el 72,5%, *regular* para el 21,3% y *mala* para el 4,5%. [4]

Salud mental de los adolescentes

Se estima que la prevalencia de trastornos mentales en los jóvenes europeos de 15 a 24 años está en torno al 20% [122]. Entre el 10 y el 20% de los jóvenes españoles podrían presentar problemas de salud mental según las puntuaciones obtenidas en el test GHQ (de 3 o más puntos en la versión abreviada de 12 ítems del General Health Questionnaire-Goldberg, para la detección de posibles casos psiquiátricos para los médicos de atención primaria). [137]

Depresión en el adolescente:

Algunos estudios realizados en nuestro país han puesto de manifiesto que hay determinados problemas de salud, como los trastornos depresivos, por los que los adolescentes habitualmente no consultan [138]. La escasa detección de los problemas psicológicos de los jóvenes ha sido señalada por la

Comisión Europea como un aspecto mejorable [122]. Se ha sugerido que la somatización en los adolescentes es una forma de expresar un problema emocional [139]. De hecho, algunos estudios longitudinales han demostrado la asociación entre la presencia de síntomas psicósomáticos y el diagnóstico de depresión unos años más tarde. [140]

La aparición en la adolescencia temprana de **depresión y ansiedad** se ha incrementado en las últimas décadas. Síntomas como sentirse triste más de tres horas, más de tres veces a la semana, despertares nocturnos, hipersomnias, cambios de apetito, inapetencia sexual, retraso psicomotor o fatiga, falta de concentración, sentimiento de culpa, inutilidad y desesperanza son signos de depresión adolescente. [1]

Y es que **el riesgo de depresión aumenta en la adolescencia** [141]. Mientras que la prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor en la infancia es del 2%, en adolescentes se estima que es del 4 al 8% [142]. De forma similar, algunos estudios sobre trastornos distímicos refieren una prevalencia en niños de 0,6 a 1,7% y del 1,6 al 8% en adolescentes [143]. La incidencia acumulada de Trastorno Depresivo Mayor en la adolescencia se estima del 15 al 20%. Los expertos interpretan estos datos sugiriendo que la depresión en adultos tiene sus raíces en la adolescencia. [144-146]

Las adolescentes tienen mayor riesgo de depresión que sus compañeros varones. En la infancia el ratio de Trastorno Depresivo Mayor es comparable en niños y en niñas, pero en la adolescencia las depresiones son el doble de frecuentes en chicas que en chicos [147, 148]. Esta diferencia de género aparece en la adolescencia temprana y persiste durante la edad adulta, apoyando la idea de que la depresión en adultos tiene su origen en la adolescencia. [149]

Esta diferencia entre chicos y chicas también aparece en nuestro estudio. Cuando les preguntamos directamente **qué tal estado de ánimo** tienen, la puntuación media global es de **4,18** sobre 5 puntos. La puntuación media para los **chicos** es de **4,28** puntos y para las **chicas** es de **4,11** puntos y las **diferencias** entre sexos son **estadísticamente significativas**. Esta diferencia es debida a que, en puntuaciones muy bajas (es decir en estados de ánimo muy bajos) hay muchas más chicas que chicos. Así, hay 17 chicas con 1 punto

sobre 5 (un 2,34% de las chicas), frente a 2 chicos con esa puntuación (un 0,36% de los varones). En cuanto a los encuestados que definen su estado de ánimo como de 2 sobre 5 tenemos a 40 chicas (el 5,51% de chicas) y a 20 chicos (el 3,55% de los chicos). Estos datos pueden observarse en la Tabla LVII.

Por tanto, el 7,85% de las chicas (57 de 726) y el 3,9% de los chicos (22 de 563) tendrían un estado de ánimo bajo o muy bajo (como vemos, algo más del doble de chicas que de chicos).

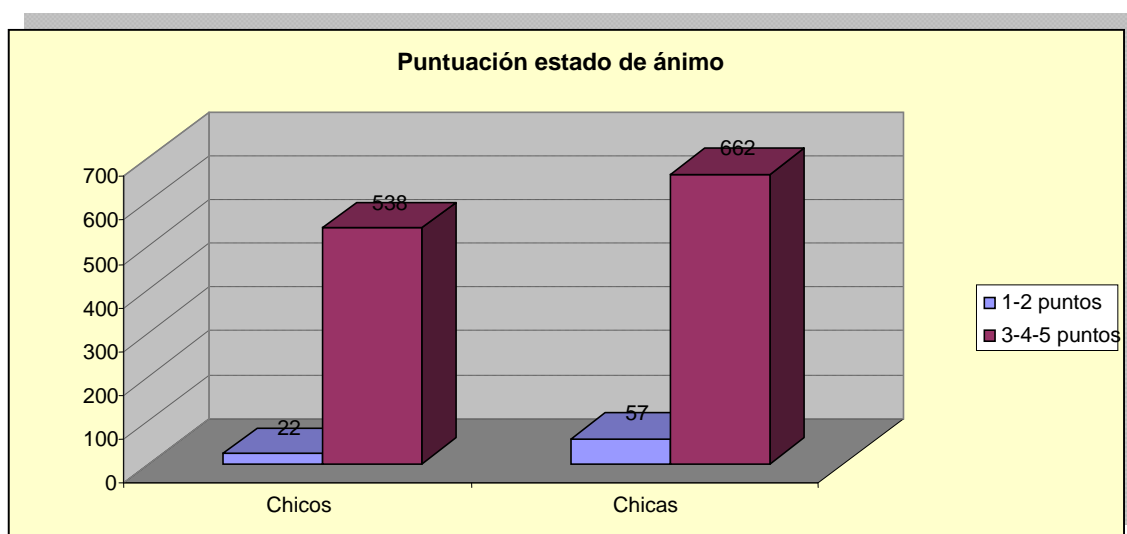


Figura 247: Puntuación estado de ánimo.

Podemos comparar nuestros datos con otros estudios, como el HBSC del 2010, en el que el 8,1% de los adolescentes decía haberse sentido triste en la última semana casi siempre y el 3% haberlo estado siempre. [37]

Los factores de riesgo de depresión en la adolescencia incluyen [150, 151]:

- Historia familiar de depresión en parientes de primer grado.
- Episodios depresivos previos.
- Antecedentes personales de ansiedad, TDAH o problemas de aprendizaje.
- Disfunción familiar.
- Dificultades académicas.
- Enfermedades crónicas.

El **Trastorno Depresivo Mayor** típico de la adolescencia dura de 7 a 9 meses y el 90% de las depresiones de los adolescentes remite en 2 años. Las recaídas son comunes; la probabilidad acumulada de recurrencia es del 40% durante los 2 primeros años y del 70% durante los 5 primeros años [141]. Los adolescentes deprimidos tienen más riesgo de tener comportamientos peligrosos como la promiscuidad, el tabaquismo, el abuso del alcohol y otras sustancias y los intentos de suicidio. [152, 153]

Clasificación:

Los trastornos depresivos se clasifican como Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico o como Trastorno Depresivo no especificado.

1. Trastorno Depresivo Mayor: Se caracteriza por una historia de uno o más episodios depresivos mayores en ausencia de manía, hipomanía o episodios mixtos de perturbación del humor. Para tener los criterios del DSM-IV [68], el adolescente debe tener al menos cinco de los siguientes síntomas depresivos:

- Humor deprimido o irritable.
- Anhedonia para casi todas las actividades.
- Cambio en el apetito o en el peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Indecisión, falta de concentración.
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

Uno de los síntomas debe ser humor deprimido o irritable o anhedonia que se presenta la mayor parte del día, casi todos los días, al menos dos semanas, con el resto de los síntomas presentes durante el mismo periodo. Los síntomas deben causar angustia o daño significativo y representar un cambio respecto a su vida previa. Además, no deben estar causados por una sustancia (fármaco o droga) o un trastorno orgánico (por ejemplo, hipotiroidismo). Si ha existido un episodio

maniaco previo estos síntomas sugieren el diagnóstico de Trastorno Bipolar.

El criterio de irritabilidad sólo lo admite DSM-IV para niños y adolescentes, porque muchos de los adolescentes y la mayoría de los niños aún no tienen la suficiente madurez cognitiva para identificar y organizar sus experiencias emocionales. [154]

Trastorno del sueño: Es común en adolescentes deprimidos, muchos de los cuales definen su sueño como no reparador y refieren dificultad para levantarse de la cama por la mañana. Los trastornos del sueño se manifiestan como insomnio, hipersomnia o cambios significativos en el patrón del sueño.

En la adolescencia son frecuentes las alteraciones del sueño; los trastornos más frecuentes son la privación de sueño y las alteraciones del ritmo circadiano, en concreto, el retraso de fase. Los problemas de sueño de los adolescentes dificultan el aprendizaje y afectan negativamente a la conducta, las relaciones sociales y la calidad de vida. Por otra parte, el inicio en el consumo de sustancias, como cafeína, alcohol y otros tóxicos, también afectan al sueño. Un adolescente debería dormir al menos 9 horas cada día, pero pocos lo hacen. La prevalencia de los trastornos del sueño de los adolescentes es del 6-10%. [155]

En este sentido, en nuestro estudio los encuestados dan una puntuación de **4,29** sobre 5 puntos cuando les preguntamos **qué tal duermen**, sin diferencias significativas entre chicos y chicas. Sin embargo, parece que **los adolescentes duermen peor conforme avanza su edad.**

Esta peor calidad del sueño conforme aumenta la edad de los adolescentes también aparece en un estudio reciente [155]: la importancia que los adolescentes daban al sueño iba en aumento según eran más mayores, aunque un 45% creía que no dormía lo suficiente y sólo un 10% consideraba que dormía muy bien.

En ese estudio se observó un descenso paulatino de las horas de sueño según aumentaba la edad: pasaban de casi 9 horas de sueño a los 13

años a 7 horas a los 18 años, con una diferencia de 2 horas entre los días laborables (media de 7,7 h) y los fines de semana (media de 9,24 h). Hasta un 50% de los adolescentes encuestados consideraba que debería dormir al menos 2 horas más; casi un 20%, 3 horas más y hasta un 10% consideraba que le faltaban 4 horas de sueño al día. Los adolescentes que tomaban más estimulantes (café y colas) eran los que menos horas dormían, aumentando más del doble el consumo de estas sustancias durante los días laborables. [155]

En el estudio HBSC del 2010 también se observa esta disminución de las horas de sueño conforme los adolescentes se hacen más mayores. Así, los adolescentes de 11-12 años duermen una media de 9,55 horas al día los días laborables y 9,7 horas los fines de semana. Frente a ellos, los adolescentes de 17-18 años duermen 7,77 horas los días laborables y 8,74 horas los fines de semana. [37]

2. Trastorno Distímico: Sus síntomas son menos intensos pero más prolongados en el tiempo que los del Trastorno Depresivo Mayor. En adolescentes se caracteriza por humor deprimido o irritable al menos durante un año (en adultos el criterio es de dos años) y al menos dos de los siguientes síntomas:

- Trastornos del apetito.
- Trastorno del sueño.
- Cansancio.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Sentimientos de melancolía.

Al igual que el Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno Distímico puede presentarse con rasgos atípicos. Los adolescentes distímicos son a menudo desobedientes y se muestran inadecuados e irritables. [68]

3. **Trastorno Depresivo no especificado:** Aparece si un adolescente tiene síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

Como **conclusiones** a este apartado sobre depresión en el adolescente, deberíamos recordar:

- La depresión en adolescentes con mucha frecuencia no se trata (se estima que de un 70 a un 80% de los adolescentes deprimidos no reciben tratamiento) lo que tiene muchos efectos perjudiciales. [156]
- En la evaluación de todo adolescente deprimido se debe investigar la posible ideación suicida u homicida y si tiene factores protectores de riesgo suicida. [157]

Autoestima del adolescente:

La autoestima es considerada como un aspecto evaluativo del autoconcepto basado en la percepción global que el individuo tiene de su persona [158], lo que no excluye la existencia de autoestimas parciales referidas a distintas facetas o dominios [159]. La importancia de la autoestima viene avalada por el hecho de que puede considerarse como uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez [160]. Una autoestima positiva facilita a los jóvenes tener un buen ajuste psicológico, lo que a su vez favorece su adaptación social y puede mediar en la prevención de determinadas conductas de riesgo. [161]

La autoestima, por tanto, tiene gran interés clínico por su relevancia en los diversos cuadros psicopatológicos [162], así como por su asociación con la conducta de búsqueda de ayuda psicológica [163], con el estrés [164] y con el bienestar general [32]. Muy particularmente se ha asociado con cuadros como la depresión [163,165,166], los trastornos alimentarios [167-169], los trastornos de personalidad, la ansiedad [163, 165] y la fobia social [170]. Asimismo se ha señalado que el nivel de autoestima es un excelente predictor de la depresión [32, 171].

El estudio de la autoestima es, por tanto, un aspecto esencial en la investigación psicopatológica, siendo de interés la disponibilidad de instrumentos adecuadamente validados para su evaluación.

Uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la autoestima global es la *Escala de Autoestima de Rosenberg* [172]. Desarrollada originalmente por Rosenberg en 1965 [165] para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo. La puntuación total permite diferenciar entre una autoestima elevada, normal (30-40), media (26-29) y baja (10-25). Existen diversos estudios que apoyan sus adecuadas características psicométricas en diversos idiomas [163, 165, 171, 173-175]. La adaptación española de esta escala ha sido validada tanto en población adolescente [176] como universitaria. [177]

En cuanto a los factores asociados a la autovaloración durante la adolescencia, son numerosos los estudios que señalan la relación entre el estilo educativo parental y la autoestima o la satisfacción vital, mostrando que los chicos y chicas que se sienten apoyados y queridos por sus progenitores son quienes obtienen puntuaciones más altas en las escalas de autoestima, aunque otras influencias parentales, como el uso de técnicas de control inductivas o la promoción de autonomía, también se han asociado positivamente a las autovaloraciones favorables. [178, 179]

Así, cuando el afecto y la comunicación caracterizan las relaciones entre padres y adolescentes, éstos últimos muestran una mejor autoestima y satisfacción vital, así como una mejor autoeficacia [180]. A su vez, un estilo parental caracterizado por una actitud alegre, relajada y optimista, es decir el buen humor, contribuye a generar un clima familiar que favorece la socialización promoviendo el bienestar de niños y adolescentes [181]. En cambio, el control psicológico, basado en la utilización de tácticas disciplinarias que se sirven del chantaje emocional o la inducción de culpa, se ha relacionado negativamente con las variables de autoestima y satisfacción vital. [161, 182].

En nuestro estudio la puntuación en chicos es más alta que en chicas de forma estadísticamente significativa, lo que indica que **las adolescentes de**

Castilla y León tienen la autoestima más baja que sus compañeros. En la mayor parte de las investigaciones ocurre lo mismo y se encuentran diferencias significativas en la autoestima, que observan menores puntuaciones en las chicas [183-185], aunque en algunos estudios la magnitud de las diferencias es baja. [186]

Esta mayor autoestima y satisfacción vital en los varones [161, 184, 187] algunos autores lo atribuyen al mayor impacto negativo que muchos de los cambios físicos propios de la pubertad tienen sobre las chicas [188]. Además aún se mantienen diferencias de género en los procesos de socialización a nivel familiar y cultural, que hacen que a partir de la pubertad el abanico de posibilidades y experiencias (llegar más tarde a casa o ir de vacaciones con los amigos) se amplíe de forma más clara para los chicos que para las chicas, que, incluso, llegan a experimentar algunas restricciones como consecuencia de su nuevo estatus puberal. [189]

Estas diferencias de género resultan muy preocupantes si tenemos en cuenta que una pobre autoestima o satisfacción vital suele asociarse a problemas de ajuste psicológico y social, ya que sitúa a las chicas en una posición de mayor vulnerabilidad en la adolescencia. En este sentido, y como indican los estudios epidemiológicos, la prevalencia de trastornos psicológicos suele aumentar durante la adolescencia sobre todo entre las chicas. [190]

En cuanto a la edad, nuestros datos indican una **disminución de la autoestima en los adolescentes de 15, 16 y 17 años.** Sin embargo, en los estudios que estudian la tendencia evolutiva de la autoestima a lo largo de la adolescencia, el consenso tampoco es total. Algunas investigaciones coinciden en encontrar un descenso durante la adolescencia temprana, que tiende a recuperarse en los años posteriores, especialmente en el caso de los chicos, ya que en las chicas los niveles de autoestima suelen mantenerse bajos durante toda la adolescencia. [160]

En otro estudio [161] en el caso de los varones las diferencias evolutivas no fueron significativas. Sin embargo, cuando se trataba de las chicas, se observó un descenso significativo en las puntuaciones en autoestima y satisfacción vital a lo largo de la adolescencia. Los análisis indicaban

diferencias significativas en ambas variables, entre el grupo de edad de 12-13 años y el de 16-17 años. [161]

Alimentación de los adolescentes

Diversos estudios sugieren una pérdida progresiva de la dieta variada y equilibrada entre los jóvenes de nuestro medio [191]. Un 15,6% de los adolescentes españoles no desayuna ningún día antes de ir a clase y sólo un 61,8% lo hace todos los días. Sólo un 36,1% come fruta todos los días y un 39,8% no toma leche u otros lácteos diariamente [37].

Se ha demostrado que el sobrepeso y la obesidad se dan en mayor medida entre los varones y en el medio rural [124, 192]. Sin embargo son las chicas las que se perciben a sí mismas más «gordas» de lo que realmente están, mientras que a los chicos les sucede lo contrario. Se ha sugerido que esto está relacionado, por una parte, con el hecho de que las chicas se exigen estándares difíciles de alcanzar [193], mientras que los chicos son menos exigentes con su cuerpo y se ven a sí mismos, más que «gordos», fuertes [124, 194]. En concordancia con lo anterior, la frecuencia de realización de algún tipo de dieta es mayor en las chicas que en los chicos [138] (según el estudio HBSC del 2010 hacía dieta el 17,4% de las chicas frente al 11,4% de los chicos) [37].

Estos datos previos son coherentes con nuestro estudio, en el que preguntamos a los adolescentes **cómo creen que se alimentan**. La puntuación media para los **chicos** es de **4,19** puntos y para las **chicas** es de **3,94** puntos y las diferencias entre sexos son estadísticamente significativas. Así, a nivel global, observamos que la puntuación más frecuente entre los encuestados es de 4 puntos. Si separamos por sexos comprendemos que es debido a las chicas (que mayoritariamente han puntuado 4 sobre 5) mientras que la mayoría de los chicos otorga la máxima puntuación como primera opción. Desde la premisa de que los chicos y chicas de Castilla y León tienen las mismas posibilidades de tener una buena alimentación, la conclusión es que **el sexo femenino es mucho más crítico frente a su propia nutrición que los hombres**.

Esto explicaría la frecuencia mucho mayor de desórdenes alimentarios en chicas que en chicos. Así, la anorexia nerviosa es 9 veces más frecuente en chicas que en chicos y la bulimia nerviosa es 5 veces más frecuente [31]. Por cierto, ya en el estudio sobre adolescentes de 15 a 19 años de Valladolid de 1991, los varones pensaban que se alimentaban mejor en mayor porcentaje que las chicas (72,4% se alimentaban *Bien* frente a un 66,3% de ellas). [4]

En relación con la edad **parece que nuestros adolescentes creen que se alimentan peor conforme son más mayores**. Nuestros datos son coherentes con los del estudio HBSC del 2010, en el que el porcentaje de adolescentes que consideraba que su peso era correcto y que no necesitaba hacer dieta iba bajando paulatinamente desde el 57% a los 11-12 años al 48% a los 17-18 años. [37]

Actividad física de los adolescentes

Parece que el porcentaje de jóvenes que practica deportes ha aumentado en los últimos años [124, 195]. Este hecho también lo hemos comprobado en nuestro medio. Así, en nuestro estudio el **73,7%** de los encuestados practica algún deporte habitualmente; sin embargo, en el estudio de 1991 sobre adolescentes de 15 a 19 años de la provincia de Valladolid [4] practicaba deporte sólo el 57,8%.

Tanto la familia como los amigos desempeñan un papel importante en la práctica de deporte en los jóvenes. La familia facilita el contacto con el deporte y los amigos ejercen un papel importante en el mantenimiento de la práctica de actividad física [124, 195]. Aún así, se observa un declive en la práctica deportiva a medida que aumenta la edad [196]. Este hecho se refleja tanto en nuestro estudio como en el HBSC del 2010. [37]

La principal razón por la que los jóvenes hacen deporte es divertirse, pero también son identificadas otras razones, como la salud [197] o hacer ejercicio [195]. Ello puede sugerir que las actividades deportivas podrían ser una buena alternativa al ocio basado en el consumo de alcohol y drogas.

En nuestro estudio la principal razón para hacer deporte es porque los divierte y los relaciona con amigos (lo marca el 57,9% de los deportistas, en el

estudio de 1991 lo marcó el 51,9% [4]) y la segunda razón es por salud y para mantenerse en forma (lo marca el 45,8% de los deportistas, en el estudio de 1991 lo marcó el 44,4% [4]).

En nuestro estudio la principal razón para no hacer deporte es no tener tiempo (lo marca el 59,3% de los no deportistas) y la segunda razón es por pereza o desgana (lo marca el 39,5% de los no deportistas). En el estudio de 1991 la principal razón para no hacer deporte fue *Otras razones (39,8%)*, seguido de *Soy malo, me da vergüenza y no tengo tiempo (25,1%)*, *No tengo medios (11,4%)* y *No me gusta; es un sacrificio (10,9%)* [4].

Los chicos españoles practican más deporte que las chicas, pero éstas practican una mayor variedad de deportes y realizan otras actividades que también pueden ser beneficiosas para su salud [137]. Esta diferencia de género también se observa en nuestro estudio en el que, si separamos los resultados según el sexo, observamos que existe una gran diferencia entre chicos y chicas. Mientras que casi todos **ellos** refieren hacer deporte habitualmente (el **92%**), sólo el **59%** de las **chicas** dice practicarlo. Habría que señalar, por tanto, que entre los adolescentes castellano-leoneses, **los chicos son más deportistas que las chicas**. Este hecho también se refleja en el estudio HBSC del 2010 en el que el 43,6% de los chicos hacían deporte más de 3 veces a la semana frente al 19,9% de las chicas. [37]

En relación con este hecho, existen evidencias de que las diferencias en la práctica de actividad física con relación al sexo son culturales, ya que en algunos países donde se ha invertido recursos para lograr la equidad de género, las chicas practican más actividad física que los chicos. [198]

A los 15 años se empieza a producir el abandono del deporte tanto en los chicos como en las chicas [137]. También observamos en nuestro estudio que **la práctica habitual de deporte va disminuyendo conforme avanza la edad de nuestros encuestados**. Así, de un **80%** de prevalencia para los de 12-13 años, pasa a un **74%** para los de 14 años y baja a un **65%** para los de 15-16-17 siendo diferencias estadísticamente significativas. También aparece este descenso en el HBSC del 2010 cuando se pasa de un 39,5% de los de 11-12

años que hace deporte más de 3 veces a la semana a un 25,3% de los de 17-18 años.

Además la actividad deportiva está muy relacionada con la pertenencia a algún grupo cultural, deportivo o musical. Algo más de la mitad de nuestros adolescentes (el 52%) pertenece a algún grupo o asociación. Sin embargo si separamos los resultados por sexos aparece una gran diferencia, ya que la mayoría de los chicos (el 66%) pertenece a algún grupo, mientras que la mayoría de las chicas (el 57%) no pertenece a ningún grupo (siendo una diferencia estadísticamente significativa).

Podemos demostrar que la actividad deportiva y la pertenencia a algún grupo cultural, deportivo o musical están muy relacionadas. Si colocamos nuestros datos en una tabla 2x2 y hacemos el estadístico chi cuadrado observamos que las dos variables están relacionadas de manera estadísticamente significativa ($p < 0,0001$ y una $\chi^2 = 229,7$).

Tabla CXLVI: Relación entre el deporte y la pertenencia a un grupo

	Pertenencia a grupo	No pertenencia a grupo	Total
Hace deporte	619	323	942
No hace deporte	60	278	338
Total	679	601	1280

Orientación religiosa de los adolescentes:

La sociedad española ha cambiado mucho en cuanto a su orientación religiosa en muy pocos años. El cambio experimentado por la sociedad en el último tercio del siglo XX se ha reflejado también en el ámbito de la religión. En el transcurso de unos pocos años hemos asistido en España a una transformación radical de las relaciones entre la religión, el Estado y la sociedad dando lugar a un rápido proceso de secularización [199]. Según Davie Grace: “lo que ha durado cerca de un siglo en casi toda Europa se ha producido en España en sólo una generación” [200]. Durante el régimen

franquista, el catolicismo era imperante y dominaba todos los ámbitos de la sociedad civil. Sin embargo, en 1978, la Constitución Española [201] garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto y confirma que ninguna confesión tendrá carácter estatal (aunque pide la cooperación del Estado con la Iglesia Católica y las demás confesiones).

La modernización de España, iniciada en los años sesenta, transformó radicalmente la cultura y los estilos de vida de la sociedad española en las décadas posteriores dando lugar a un acusado alejamiento de ésta respecto a la Iglesia [199]. En este sentido, un estudio del CIS de 2002 muestra que la desconexión entre las creencias religiosas y otros aspectos de la vida es mayor entre las nuevas generaciones que entre los adultos. Así, mientras que el 50% de las personas mayores de 55 años afirmaban “que les preocupaba mucho o bastante sus propias creencias religiosas cuando tienen que tomar decisiones en asuntos de mucha importancia”, sólo el 20% de las personas jóvenes comprendidas entre los 18 y los 24 años compartían esta opinión. [202]

La religión para la mayoría de los jóvenes tiene escasa trascendencia y esto es así incluso entre los jóvenes que se declaran “católicos practicantes” [199]. Se observa en la siguiente tabla no sólo que la Iglesia ocupa el último lugar en este ranking de influencias, sino que además ha sufrido una reducción sustancial del porcentaje de jóvenes que consideran que en ella se dan orientaciones importantes. Así, en tan solo 10 años, de 1989 a 1999, se ha pasado de un 16% a un insignificante 2,7%. [203-206]

(Jóvenes 15-24 años)

	1989	1994	1999	2005
En casa, en familia	23	50.5	53.3	50,1
Entre amigos	31	34.6	47.0	39,4
En los libros	28	20.2	21.9	20,8
En prensa, radio y televisión	34	30.5	33.6	36,5
Centros de enseñanza	14	21.3	18.7	21,4
En la calle				16,8
Partidos Políticos	16	3.8	--	7,3
En la Iglesia (sacerdote, parroquia)	16	4.0	2.7	2,2
En Internet				5,1
En ningún sitio	8	1.6	2.6	2,9
Otros	--	1.4	0.6	0,1
NS/NC	4	0.4	1.1	

La suma de porcentajes es superior a 100 debido a la posibilidad de respuestas múltiples.
Fuente: Jóvenes españoles 89, 94, 99 y 2005 Fundación Santa María, pág. 302, 62, 294 y 308 respectivamente.

Figura 248: ¿Dónde se dicen las cosas más importantes en cuanto a ideas e interpretaciones del mundo?

Estas actitudes muestran un claro distanciamiento entre la religiosidad de los jóvenes y la Iglesia que les permite afirmar, en la mayoría de los casos, que pueden mantener sus creencias sin necesidad de la mediación eclesial. [199]

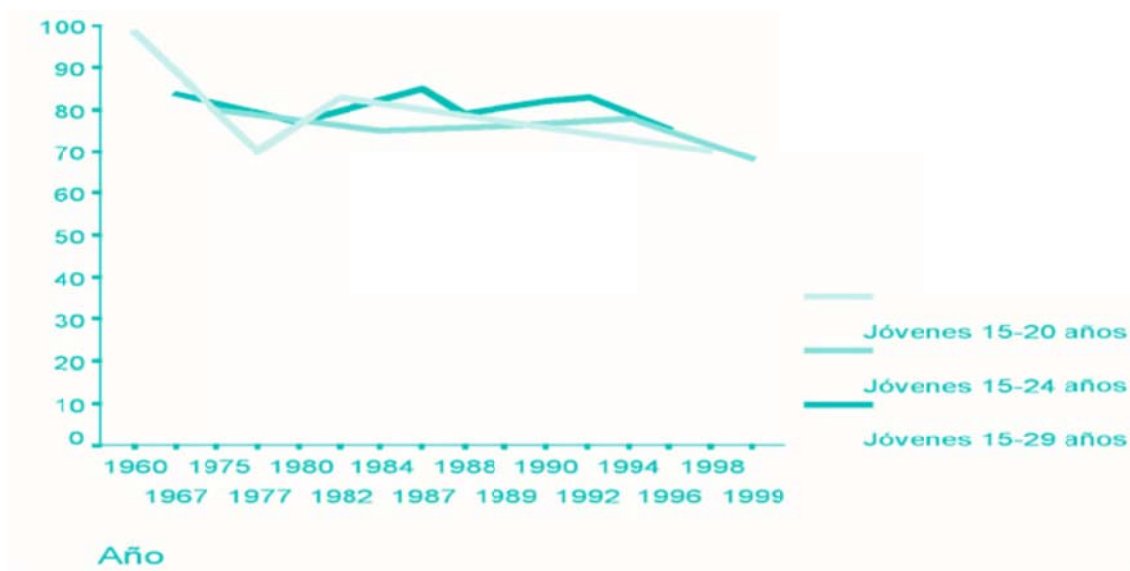


Figura 249: Evolución de la identificación como creyente.

Como se puede comprobar en el gráfico anterior, el número de personas jóvenes que a lo largo de estos años se declaran creyentes cae de forma sostenida: desde prácticamente el 100% a principios de los años 60, a un 65%

o 70% a finales de los años 90. La caída es fuerte y rápida en los años 60 y 70. En cambio en los años 80 y 90 el porcentaje de creyentes parece quedar asentado entre un 70% y un 80%. A finales de los 90 y principios del nuevo milenio las encuestas parecen detectar una nueva caída de los que se declaran creyentes. [199]

En el 2008 [207] la población juvenil que se declara creyente es el 69,4%, aunque el 7,9% se declara creyente de una religión distinta a la católica. A nivel general, en febrero de 2012, la población española mayor de 18 años se declaraba católica en un 75% y creyente de otra religión en un 2%, mientras que la suma de no creyentes y ateos era del 20,8%. [208]

Hay que tener en cuenta también que entre los que se declaran católicos los hay practicantes y no practicantes y podemos ver su evolución a lo largo de los años de la siguiente manera [209]:

Histórico de práctica religiosa (IEs)

	1967	1975	1980	1984	1988	1992	1996	2000
Católico practicante	77	32	33	32	26	26	28	28
Católico no practicante	17	47	43	47	52	56	47	44
No creyentes, indiferents	03	20	20	19	19	14	23	24
Otras religiones	-	-	01	02	01	01	02	02

Práctica religiosa en los Sondeos Injuve Jóvenes 15 a 29 años (%)

	mar02	jun02	sep02	dic02	mar03	jun03	sep03	dic03	jun04	oct04	mar05	jun05	sep05	dic05
Católico practicante	29,5	33,8	29,4	18,4	15,1	16,9	25,9	27,7	26,4	25,3	14,8	13,7	11,9	13,5
Católico no practicante	39,9	38,1	40,7	49,8	48,6	50,1	41,3	41,9	39,3	42,1	50,1	50,7	52,8	50,6
Otras religiones	02,1	01,3	01,8	02,4	01,9	01,9	02,5	02,2	01,9	01,4	02,1	01,4	02,4	04,5
No creyente	10,0	09,5	10,2	12,3	11,3	10,5	10,7	10,4	11,1	12,6	12,8	12,2	11,1	10,8
Indiferente	10,5	10,1	11,0	10,0	15,0	09,9	10,0	09,1	10,7	10,2	10,3	10,8	12,0	10,5
Ateo	06,2	06,0	06,2	06,3	07,4	09,6	08,8	07,4	09,4	06,9	09,1	09,9	08,4	08,4
No contesta	01,7	01,3	00,7	00,7	00,8	01,1	00,9	01,2	01,1	01,5	00,8	01,4	01,4	01,6

	mar06	jun06	oct06	feb07	may07	oct07	mar08	jul08	sep08	oct09	may10	nov10
Católico practicante	10,2	13,4	12,1	12,8	11,4	11,1	09,8	10,8	10,2	12,0	10,3	10,3
Católico no practicante	51,3	50,4	51,8	51,0	50,7	52,5	49,1	52,4	52,2	41,9	48,6	44,8
Otras religiones	06,4	05,2	04,2	05,5	06,0	06,2	06,7	02,7	06,9	07,2	07,6	07,7
No creyente	11,5	10,8	12,6	13,9	13,1	13,2	15,4	14,2	12,6	18,5*	14,9*	19,1*
Indiferente	10,2	09,2	10,6	08,3	09,1	09,1	11,0	09,1	09,2	08,5	09,6	07,2
Ateo	09,3	10,3	07,4	06,8	08,4	07,2	07,3	09,0	07,4	10,4	07,8	09,6
No contesta	01,2	00,9	01,2	01,8	01,2	00,8	00,8	01,8	01,6	01,5	01,2	01,3

(* Incluye no creyentes y agnósticos)

Figura 250: Evolución de la práctica religiosa.

En 1967 un 94% de la gente joven se decía católica y, sobre todo, practicante (77%). Apenas ocho años después aflora un 20% de no creyentes o indiferentes. En consecuencia quienes se dicen católicos descienden

rápidamente en esos ocho años, pasando del 94% anterior a un 79% y, sobre todo, el porcentaje de 'practicantes' cae 45 puntos, del 77% al 32%. Este dato hay que ponerlo en el contexto de la muerte de Franco y la llegada de la democracia.

Desde entonces (1975), el número total de católicos jóvenes va descendiendo paulatinamente, y de modo poco perceptible, a lo largo del último cuarto del siglo XX y hasta septiembre del 2002. En ese largo periodo de 27 años la cifra cae apenas 10 puntos, incidiendo especialmente en los no practicantes; los practicantes se mantienen, de tal modo que si en 1975 eran un 32%, en junio del 2002 estaban incluso por encima, con un 33,8% y en septiembre 2002 eran casi un 30%.

En diciembre de 2002 se produce un cambio de tendencia que dura unos seis años y que se caracteriza, sobre todo, por un trasvase rápido en el seno del colectivo de jóvenes católicos: el porcentaje de practicantes se reduce precipitadamente a favor del porcentaje de los no practicantes. En este periodo de seis años (de diciembre de 2002 a marzo de 2008) el porcentaje total de católicos cae otros diez puntos de modo precipitado, es decir, tanto como en los 27 años precedentes.

A partir de marzo 2008 y hasta ahora, el total de jóvenes católicos se sitúa por debajo del 60%, con tendencia continua a disminuir: el número de jóvenes católicos practicantes se estabiliza en torno al 10% y el de no practicantes desciende por debajo del 50%.

Entretanto, el grupo compuesto por jóvenes no creyentes e indiferentes evoluciona sobre todo en esta primera década del siglo XXI, creciendo desde el 24% en el año 2000 al 27% en septiembre de 2002, 31% en septiembre de 2005 y 33% en octubre de 2009. [209]

En nuestro estudio la mayoría de los adolescentes encuestados se define como *católico no practicante* (el 27,5%). Si sumamos a los que se definen como *no creyentes* con los *indiferentes, agnósticos/ateos* llegamos al 24,8%. El 24,7% se considera *católico no muy practicante*. Los *católicos practicantes* serían el 18,2%. Finalmente hay un 2,9% de *creyentes de otra religión*.

Además, en cuanto a la edad, nuestros datos son coherentes con datos de otros estudios y describen que conforme los adolescentes crecen se van alejando de la Religión Católica.

CAPÍTULO III. DROGAS LEGALES E ILEGALES:

Introducción

El consumo de drogas ilegales entre los adolescentes ha aumentado durante los últimos años. Los datos muestran que prácticamente uno de cada 4 jóvenes ha consumido alguna sustancia durante el último mes (el alcohol, el tabaco, los derivados cannábicos y la cocaína son las sustancias más consumidas). Este aumento del consumo no se puede explicar por una sola causa. Algunos de los factores de mayor peso que explican en buena parte este fenómeno tienen que ver con la gran disponibilidad de las sustancias, el aumento de las familias con problemas relacionales y el aumento de los trastornos mentales. [210]

El consumo de sustancias en la adolescencia tiene considerables implicaciones sociales y personales. Constituye un problema de salud pública y genera gran preocupación social [211]. La preocupación está justificada a partir de la abundante evidencia sobre las consecuencias graves y diversas que el consumo de sustancias tiene para la salud. Así, de forma general, el consumo de tabaco se relaciona con enfermedades graves, tales como el cáncer, las enfermedades broncopulmonares y cardiovasculares; el consumo de alcohol puede provocar daños orgánicos múltiples, conductas de riesgo, agresivas y violentas; y el consumo de *cannabis* puede conllevar alteraciones de memoria y aprendizaje, enfermedades broncopulmonares y alteraciones psiquiátricas. [212]

Se dispone de suficientes pruebas para asegurar que las repercusiones del consumo son más peligrosas para los adolescentes que para los adultos, tanto por el efecto perjudicial de las sustancias como por los efectos adversos referentes al ajuste psicosocial, que en el caso de los jóvenes son más pronunciados y tienden a disminuir al aumentar la edad del consumidor. Al

mismo tiempo, es previsible que aproximadamente el 10% de los adolescentes consumidores tenga alguna repercusión derivada del consumo de drogas, ya sea de forma directa (intoxicaciones, trastornos mentales inducidos, etc.) como de forma indirecta (accidentes de moto, caídas, quemaduras, peleas, etc.). [210]

La experimentación con las conductas no saludables suele iniciarse en la adolescencia temprana, incrementándose en la adolescencia media y alcanzar su pico en la adolescencia tardía [212]. Diversos estudios han puesto de manifiesto la asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes. En ellos, casi la totalidad de los adolescentes que habían probado la cocaína y la heroína habían consumido previamente tabaco, alcohol y cannabis [213]. Y es que generalmente el consumo de drogas ilegales viene precedido por el consumo de sustancias legales, siendo el proceso habitual: alcohol-tabaco-marihuana-otras drogas ilegales. [214]

Proporción de consumidores de drogas en el último año (%)
ESTUDES, 2010



FUENTE: ESTUDES 2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSI.

Figura 251: Proporción de consumidores de drogas en el año 2010.

Proporción de consumidores de drogas en el último año SEGÚN SEXO (%). ESTUDES, 2010

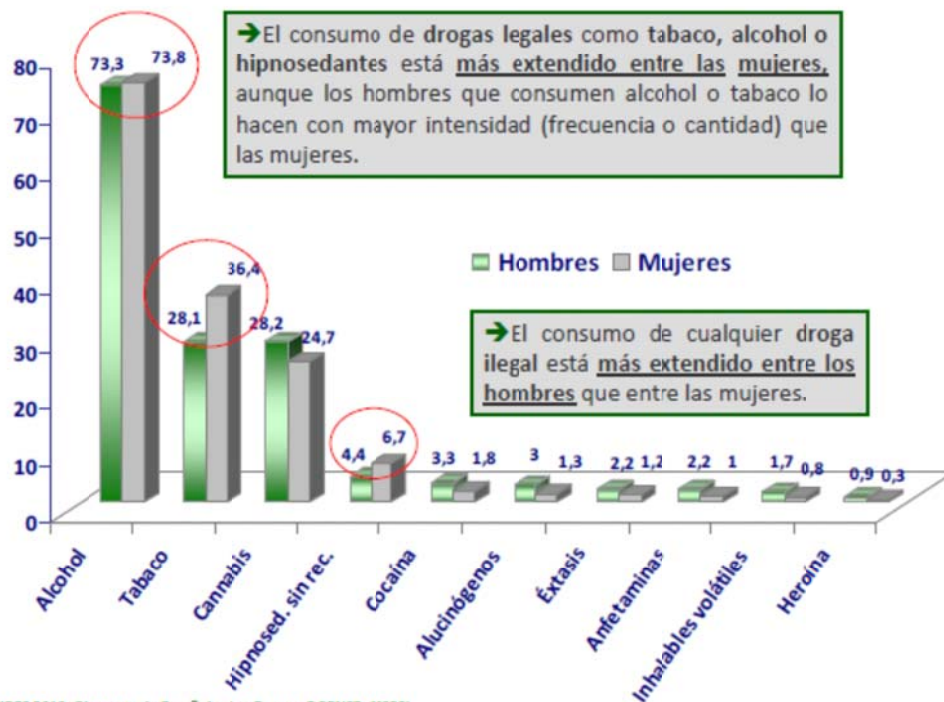


Figura 252: Proporción de consumidores de drogas en el año 2010 según sexo.

Factores de riesgo y de protección:

La adolescencia es una etapa de cambio vital que presenta una gran vulnerabilidad condicionada, en parte, por un **espíritu experimentador** y por las particulares normas sociales del grupo. Una de las características que definen este periodo es la necesidad de experimentación en todos los ámbitos. Muchos comportamientos que son aspectos normales del desarrollo, como la limitada habilidad para evaluar los riesgos, tomar decisiones y mantener las emociones y deseos bajo control, pueden aumentar la tendencia de los adolescentes a experimentar con las drogas. Algunos adolescentes pueden ceder a las presiones de los amigos que abusan de las drogas para compartir estas experiencias con ellos. Otros pueden pensar que si toman ciertas sustancias podrán disminuir su ansiedad ante eventos sociales. [213, 215]

Además, existe una elevada prevalencia de comorbilidad entre el trastorno por uso de sustancias y los trastornos mentales en los adolescentes (entre el 65 y el 75%) (Figura 253). Esta situación provoca que muchos de los adolescentes atendidos en los servicios de salud mental por un trastorno

mental estén realizando un abuso o tengan dependencia de sustancias, lo que interfiere en sus síntomas y dificulta el diagnóstico y la posible evolución de su trastorno principal. [210]

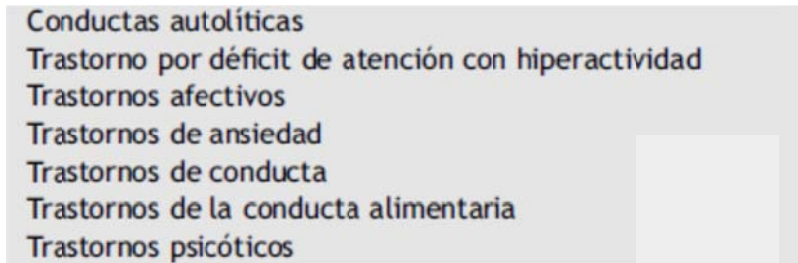


Figura 253: Trastornos mentales más prevalentes en los adolescentes consumidores de drogas

Además de los trastornos mentales, serían factores de riesgo para drogarse [211, 213, 215, 216]:

- **Factores de riesgo de la comunidad:** transiciones y movilidad personal y en la comunidad, desorganización comunitaria, escaso apego al vecindario, leyes y normas favorables al consumo de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas.
- **Factores de la familia:** historia familiar de comportamiento antisocial, conflicto familiar, actitudes de los padres favorables a la conducta antisocial y al consumo de drogas, escasa disciplina y supervisión y escaso apego familiar.
- **Factores escolares:** el fracaso escolar y tener un escaso compromiso con la escuela.
- **Factores individuales y de los iguales:** las actitudes favorables al comportamiento antisocial y al consumo de drogas, el comienzo temprano de los comportamientos problemáticos, el consumo de drogas de los amigos, la interacción con iguales antisociales, la escasa percepción del riesgo de consumir, obtener recompensas por el comportamiento antisocial o la rebeldía y la búsqueda de sensaciones.

Si tenemos en cuenta el **estado anímico**, se ha hecho referencia a la *intolerancia psicofísica al estrés o malestar emocional*, potenciado por las crisis emocionales típicas del adolescente, de modo que se recurre a las drogas como vía de escape. Las *crisis de identidad y el estrés vital* en el adolescente representan un factor crítico en la génesis del consumo. Un sentimiento

infravalorado de uno mismo, así como déficits interpersonales varios –pocas habilidades sociales, desequilibrios en el afrontamiento de acontecimientos vitales negativos, entre otros –, pueden favorecer la iniciación al consumo de drogas [216, 217]. Por ejemplo, se sabe que a mayores niveles de depresión, mayor tendencia a fumar. [211]

En cuanto al **sexo**, hay claras diferencias en los patrones de consumo de chicos y chicas y los factores de riesgo y protección actúan de modo distinto en ellos y ellas [211]. Los chicos tienen significativamente más factores de riesgo, tanto personales como contextuales, y menos factores de protección que las chicas. Para ellas, los factores de protección son más personales y familiares, al igual que sus factores de riesgo, y en el caso de los chicos su protección es solo comunitaria. [211]

En cuanto a la **edad**: a más edad, más riesgo y menos protección. Por tanto es fundamental la prevención en los preadolescentes ya que cuanto antes construya el adolescente su identidad personal y psicosocial y mejores habilidades sociales tenga, mejor podrá enfrentarse a las presiones que pueden inducirle al consumo de drogas. [211, 215]

La edad en el consumo de drogas:

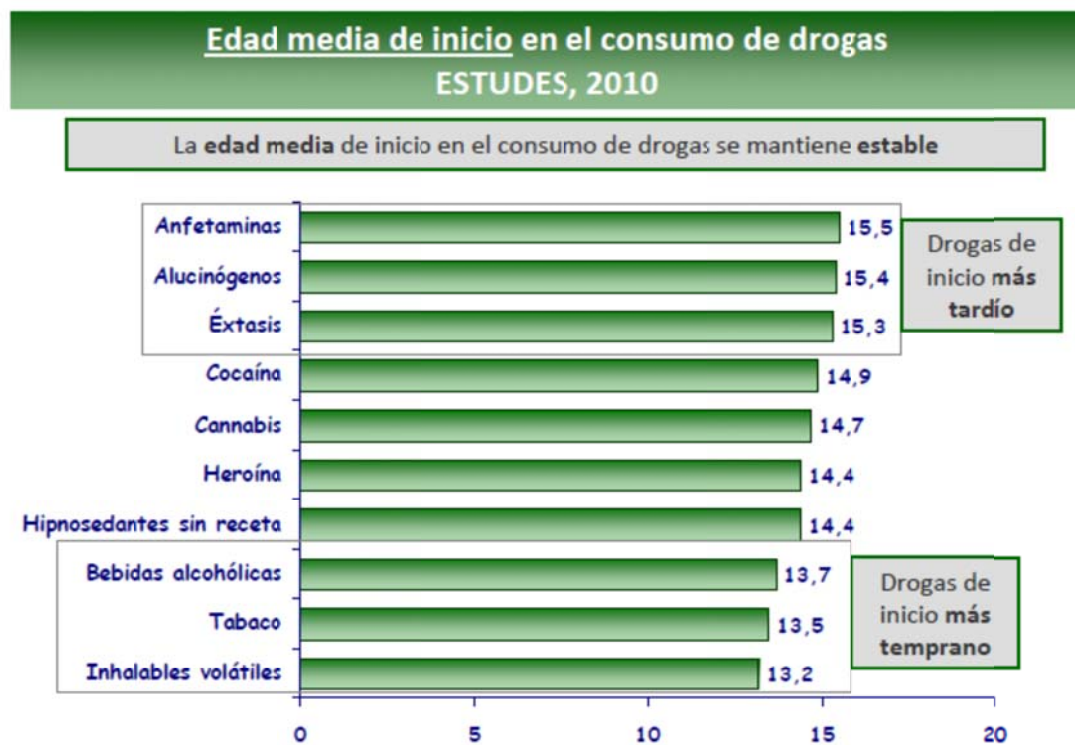
La edad influye de forma decisiva en los patrones de consumo: un bajo porcentaje de adolescentes con 12-13 años reconoce consumir y hay un incremento significativo a los 14-15 años, edad en la que se pasa de un consumo de prueba a otro ligado a los momentos de ocio. Los adolescentes con 16-17 años presentan un porcentaje muy elevado de consumo de sustancias tóxicas, por encima de la media del grupo estudiado y de la población general, por lo que se convierten en un grupo de especial riesgo. [218]

Es preciso recordar que la edad de inicio del consumo que se pone de manifiesto a través de las encuestas escolares no refleja exactamente la edad del inicio del consumo de drogas en la población general: debido a la edad de los entrevistados, es probable que algunos no se inicien en el uso de sustancias hasta bastante después de la encuesta, de manera que la edad

media de inicio del consumo de drogas entre los adolescentes que consumen drogas siempre será menor que en la población general. [219]

Aunque el consumo de drogas puede producirse a cualquier edad, numerosos estudios muestran que cuanto más temprano se comienza a consumir, mayor es la probabilidad de progresar al abuso. Esto puede ser debido al efecto directo de las drogas sobre el cerebro en su fase de desarrollo; pero también puede ser la expresión de una variedad de factores, tanto biológicos como sociales, que incluyen la susceptibilidad genética, la enfermedad mental, las relaciones familiares inestables, los compañeros y la exposición al abuso físico o sexual. [213]

Diversos estudios evidencian que estamos ante consumidores cada vez más jóvenes, para quienes estos consumos son actos triviales, cuyos riesgos minusvaloran. [213]



FUENTE: ESTUDES 2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSL.

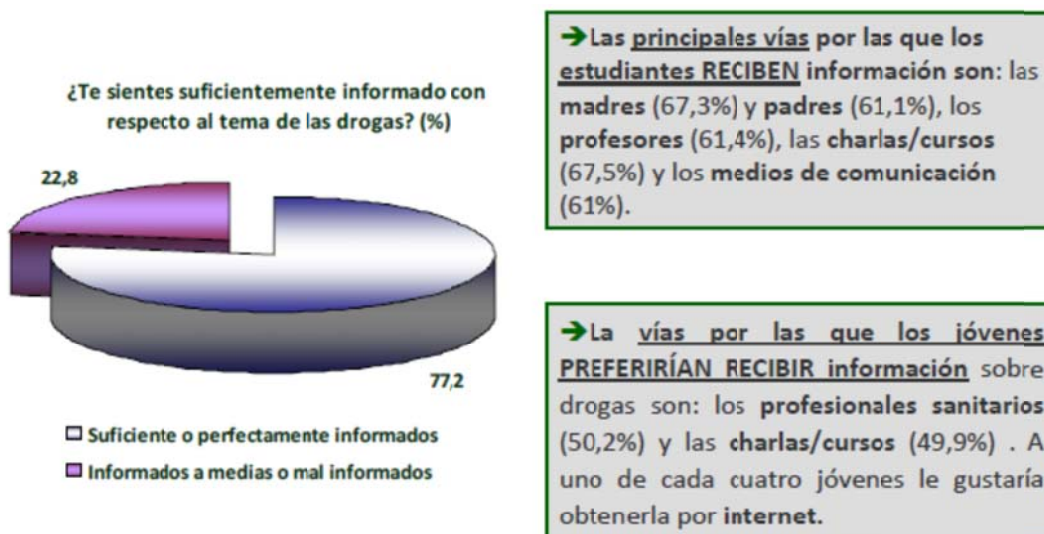
Figura 254: Edad media de inicio en el consumo de drogas. ESTUDES 2010.

Información sobre las drogas:

Según la encuesta ESTUDES del 2010, casi la mitad de los adolescentes desconocen los problemas de salud que puede ocasionar la sustancia por la que se les pregunta. La tercera parte de los que las consumen tampoco conocen los problemas que ocasionan sobre su salud. [220]

Según nuestros datos, el **77,6%** de los encuestados dice tener **información suficiente** sobre el efecto de las drogas. Un **15,9%** afirma tener **poca información** y un **6,1%** dice no tener **nada** de información. Además, el nivel de información sobre el efecto de las drogas va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Estos porcentajes son comparables a los obtenidos en la encuesta ESTUDES del 2010. [220]

INFORMACIÓN RECIBIDA sobre las drogas y los efectos y problemas asociados. ESTUDES, 2010.



FUENTE: ESTUDES 2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSI.

Figura 255: Información recibida sobre las drogas. ESTUDES 2010.

Riesgo percibido por los adolescentes:

El adolescente desea experimentar el mundo y, frecuentemente, lo hace a través de conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, las encuestas realizadas a adolescentes muestran la escasa percepción que tienen del riesgo relacionado con su consumo. [221]

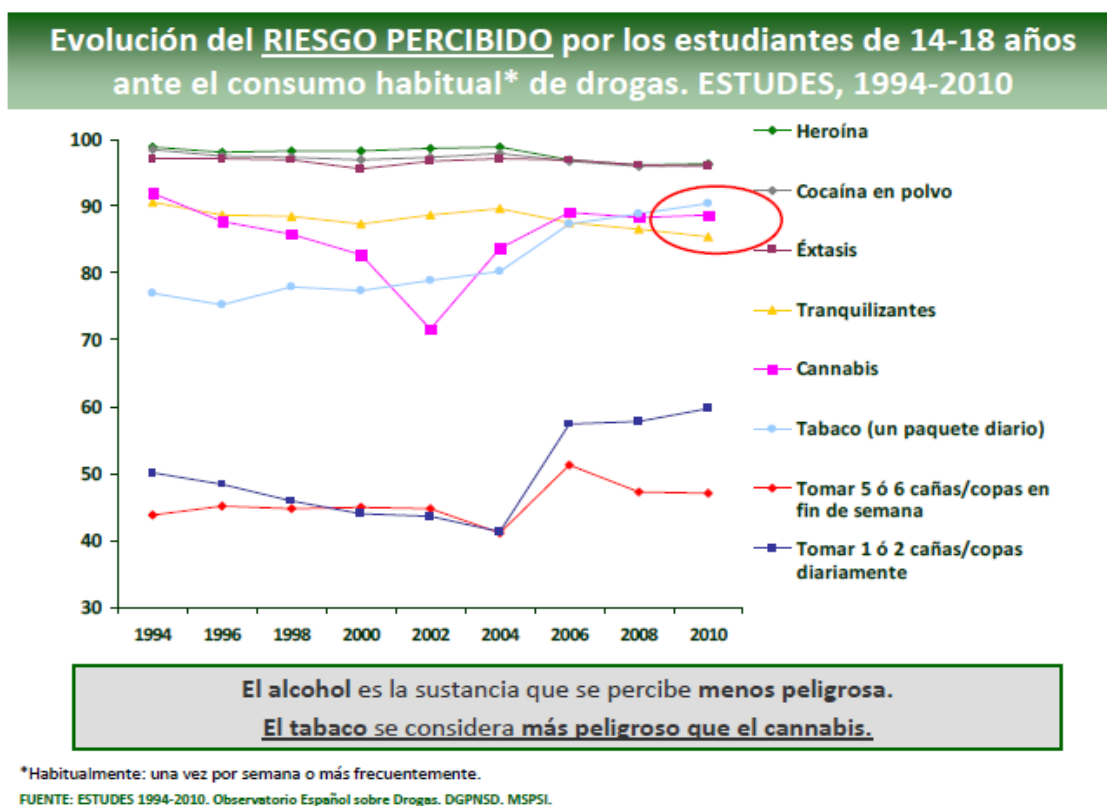


Figura 256: Evolución del riesgo percibido por los estudiantes de 14-18 años ante el consumo habitual de drogas.

Drogas legales:

Tabaco:

En los últimos años se han producido avances en las políticas de control del tabaquismo en España. De forma concomitante, ha disminuido la prevalencia en la población general, en buena parte gracias al aumento de abandonos precoces entre los fumadores. [222]

El inicio en el consumo de tabaco se produce a una edad media de 13,5 años [220] y en un trabajo reciente que analiza cinco encuestas escolares (ESTUDES, ECERS-HBSC, SIVFRENT-J, FRESC y EMCSAT) se estima que la prevalencia en España de consumo diario de tabaco en los chicos está entre el 8,5% y el 13,3%, y en las chicas entre el 12,7% y el 16,4%, al final de la Enseñanza Secundaria Obligatoria [223]. Según la encuesta ESTUDES del

2010 [220] el 39,8% de los estudiantes de 14 a 18 años fumó tabaco alguna vez en la vida, el 32,4% en los últimos 12 meses y el 12,3% (25,2% entre los de 18 años) lo hizo diariamente en los últimos 30 días. El consumo medio de cigarrillos diarios es de 5,17, inferior al de 2004 (7,7) y 2006 (5,5) [220]. Datos muy parecidos podemos observar en el estudio HBSC-2010 en donde un 33,4% de los adolescentes españoles habría probado el tabaco. [37]

En nuestro estudio un **78,8% de los adolescentes no fuman (76,4% de chicas frente al 81,9% de chicos)**. Un 10% reconoce que fuma alguno de vez en cuando (8,2% de chicos, 11,4% de chicas). Un 4,4% fuma menos de 5 cigarrillos al día (5,5% de ellas frente al 3% de ellos) y un 4,2% fuma entre 5 y 10 al día (4,1% de chicos y 4,3% de chicas). Un 1,6% fuma entre 10 y 20 al día (1,8% de ellos frente al 1,5% de ellas). Más de 20 cigarrillos al día fuma el 0,6% de los encuestados (0,7% de chicos y el 0,6% de chicas).

En el estudio sobre adolescentes vallisoletanos de 1991 un 68,6% de los encuestados no fumaba (71,7% de chicos y 66,3% de chicas), un 18,8% fumaba menos de 10 cigarrillos al día (15,6% de ellos y 21,2% de ellas), un 10,7% fumaba entre 10 y 20 (10,8% de chicos y 10,4% de chicas) y un 1,7% fumaba más de 20 cigarrillos al día (1,6% de ellos y 1,9% de ellas). [4]

Es un hecho que los datos de prevalencia de fumadores diarios a los 15-16 años son un buen indicador de la incidencia de nuevos fumadores en la población, pues apenas se producen inicios pasados los 18 años [222]. Normalmente los adolescentes se inician en el tabaco con un consumo semanal, pero gran parte de ellos se convertirán en fumadores habituales. [223]

1. Descenso del consumo:

Aunque el inicio del consumo se produce a una edad muy precoz (a los 13,72 años de media [37]), la buena noticia es que se aprecia un claro patrón de descenso de la prevalencia de fumadores diarios adolescentes en España respecto a la situación de finales de los años ochenta y principios de los noventa (hecho que hemos confirmado en el párrafo anterior comparando los datos de nuestro estudio con los del estudio de 1991). Estos datos concuerdan con la información derivada de las ventas de tabaco y de las encuestas en población adulta, que sugieren en todos los casos una clara tendencia al

descenso [222]. En la encuesta ESTUDES 2010 se confirma la tendencia descendente del consumo de tabaco, iniciada en 2004 y que coincidió con el debate social suscitado por la elaboración de la Ley 28/2005 del Tabaco. En 2004 el 21,5% de estudiantes fumaba diariamente, frente a un 14,8% en 2006 y 2008, y un 12,3% en 2010. Se puede estimar que, en España, en los últimos años, el declive ponderado de la prevalencia de tabaquismo en la adolescencia ha sido del 6,47% anual para los varones y del 6,96% para las chicas. [222]

Además, la percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco sigue aumentando y la casi totalidad (>90%) de los jóvenes opinan que puede producir muchos problemas de salud [231]. Este hecho también aparece en nuestro estudio en el que el **87,5% de los fumadores cree que debe dejar de fumar** y la razón mayoritaria (lo indica el 86,9%) es *Porque es perjudicial para mi salud y la de los demás*. Esta razón también era la fundamental (88,6% lo indicaba) en el estudio de 1991 y también una gran mayoría de fumadores creía que debía dejarlo (el 85,2%). [4]

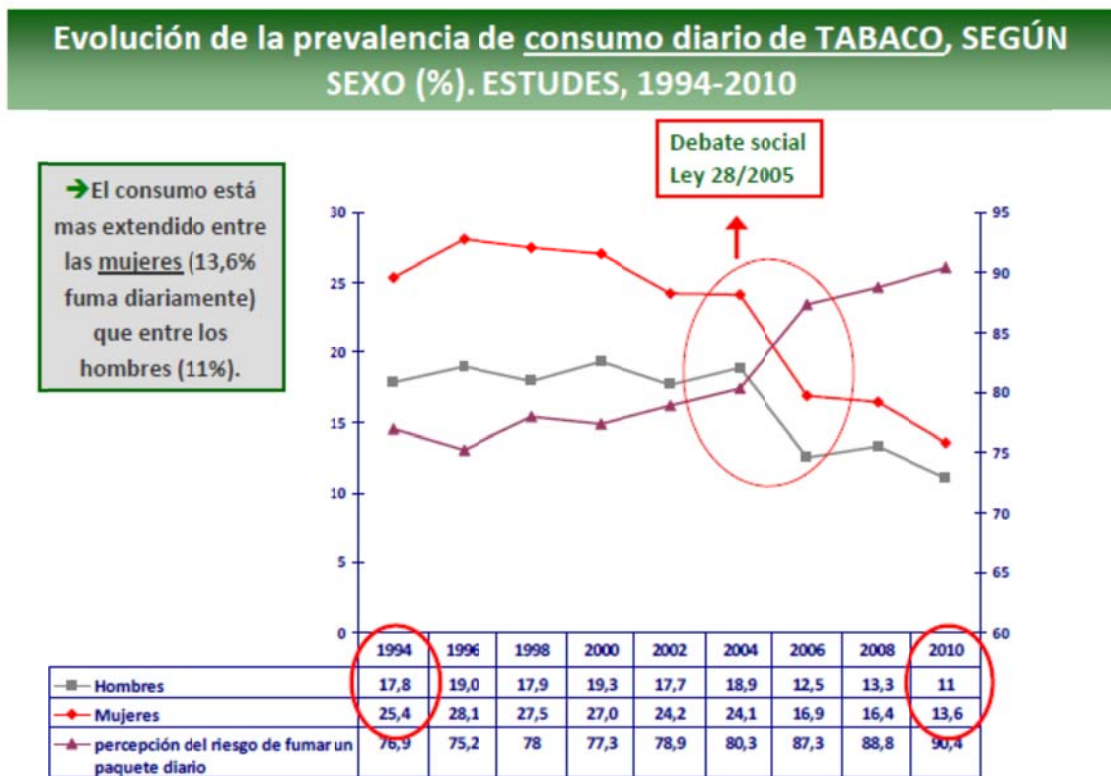
En perspectiva internacional, hay que valorar que los datos de las encuestas españolas muestran un patrón de descenso similar al documentado en EE.UU y Reino Unido, donde también se aprecian descensos consistentes a lo largo de los últimos años, aunque en ambos países hubo un importante repunte en los años noventa (atribuido a estrategias específicas de *marketing* de la industria tabaquera). De todos modos, su prevalencia actual es inferior a la nuestra y nos muestra hacia dónde debemos tender. Mirando a nuestro entorno inmediato, nuestro patrón de descenso parece ser similar al de Francia, aunque no esté tan claro en Portugal. En Francia parece que está emergiendo entre adolescentes el consumo de tabaco en otras formas, como el tabaco de mascar o los narguiles, algo que por ahora resulta aún anecdótico en España pero que representa una nueva amenaza que deberíamos controlar. [222]

2. Diferencias entre chicos y chicas:

Otro aspecto relevante es que en España en esta franja de edad el tabaquismo es más frecuente en las chicas que en los varones, al contrario de lo que sucedía años atrás [222]. En este sentido, la incorporación de la mujer al hábito tabáquico puede estar provocada por el hecho de que el tabaco se

relaciona más con aspectos como la autoestima, el estrés, la preocupación por la propia imagen y, sobre todo, el control del peso corporal. Las mujeres están más preocupadas por su peso que los hombres y para las mujeres jóvenes la imagen corporal es muy importante. Estudios recientes relacionan el mantenimiento del consumo de tabaco en mujeres escolares con la ansiedad relacionada con el control del cuerpo, el miedo a sentirse demasiado gordas y a perder el control sobre la ingesta. Otros estudios confirman que se utiliza el tabaco como elemento para controlar el peso entre las adolescentes. [224]

En nuestro estudio hay un **23,6% de fumadoras frente a un 18,1% de fumadores**. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas.



FUENTE: ESTUDES 1994-2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPRSD. MSPSL.

Figura 257: Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco según sexo.

3. Diferencias según la edad:

Si tenemos en cuenta las edades de los adolescentes, es un hecho que los más jóvenes fuman menos, los mayores algo más [212, 223] y la franja de edades de 15-16 años (que es aquella en la que se producen más inicios)

refleja la posición central [222]. Ello es acorde con otros estudios que encuentran un aumento progresivo del consumo con la edad. Muy probablemente debido a que la experimentación con las conductas no saludables, como es el caso del consumo de tabaco, suele iniciarse en la adolescencia temprana, incrementándose en la adolescencia media y alcanzar su pico en la adolescencia tardía. [212]

Este hecho también se refleja en nuestro estudio, ya que **el consumo de tabaco va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados**. Así, de un **94%** de los de 12 y 13 años que no fuman, pasa a un **81%** de los de 14 años y baja a un **61%** para los de 15, 16 y 17 años. Asimismo parece que el consumo de cigarrillos va pasando de ser ocasional a diario.

La edad temprana de inicio del consumo de tabaco tiene repercusión en el hábito del adulto, pues el inicio prematuro se asocia a un mayor hábito adictivo, objetivado tanto en el número de cigarrillos consumidos diariamente, como en la duración del hábito, lo que conlleva un aumento de la morbi-mortalidad. A esto hay que añadir que el tabaco se ha descrito como un potente predictor del consumo de alcohol y de otras drogas. [213]

4. Factores de riesgo y de protección:

El inicio e instauración del hábito tabáquico puede deberse a la influencia que ejercen los adolescentes como medio de inclusión en diferentes grupos sociales [224]. Otros factores de riesgo que se han relacionado con el tabaquismo de los adolescentes son el nivel socioeconómico bajo, el abandono de los estudios y la pertenencia a un grupo de amigos con el mismo hábito [225]. También lo serían el sentimiento de tristeza, el malestar emocional, el sentirse presionados por sus padres y una baja cohesión intrafamiliar. [223]

Son factores de protección en cuanto a la iniciación en el consumo la autonomía, la intimidad familiar y una buena comunicación con los padres. [223]

En nuestro estudio cuando preguntamos a nuestros adolescentes por qué fuman, la razón más importante es *Porque me gusta y me relaja* (63,9% de los fumadores). También se trataba de la razón mayoritaria en el estudio de 1991. [4]

5. Salud mental:

El consumo de tabaco es una causa bien conocida de morbimortalidad y menos conocida de problemas de salud mental, ya sea en forma de trastornos mentales (como la depresión mayor) o de malestares subclínicos, como es el caso de los estados de ánimo negativos. [223]

Diversos estudios muestran una evidencia de bidireccionalidad entre consumo de tabaco y malestares emocionales en la adolescencia, aunque sin llegar a una conclusión sobre la relación causal de esta asociación. En consonancia con este argumento, la evidencia empírica indica que los adolescentes con depresión mayor presentan una frecuencia más alta de consumo y una mayor dependencia nicotínica en comparación con los no afectados. La existencia de síntomas subclínicos de depresión, por su parte, predice la iniciación temprana en el consumo de tabaco, la progresión a ser fumador habitual y el aumento en el número de cigarrillos fumados diariamente. [223]

Por otro lado, algunos estudios indican que el consumo habitual de tabaco es un factor de riesgo para la aparición de depresión y de estados de ánimo negativos. Desde esta perspectiva, el hábito tabáquico aumentaría la propensión a padecer malestares asociados al espectro depresivo como consecuencia de alteraciones neuroquímicas y neurofisiológicas generadas por el consumo de nicotina, ya sea diaria (sobre todo) o incluso semanalmente. [223]

Alcohol:

El consumo de alcohol sigue representando en la cultura mediterránea el uso de una droga asociada tradicionalmente a cultos báquicos, ritos grupales, sobreactivaciones lúdicas e imaginarios colectivos [226]. En España el alcohol provoca la adicción con mayor prevalencia, pues el 87% de la población ha consumido esta sustancia en alguna ocasión y, entre los 15 y los 65 años, el 47% consume con una frecuencia semanal y un 13% diariamente. [227]

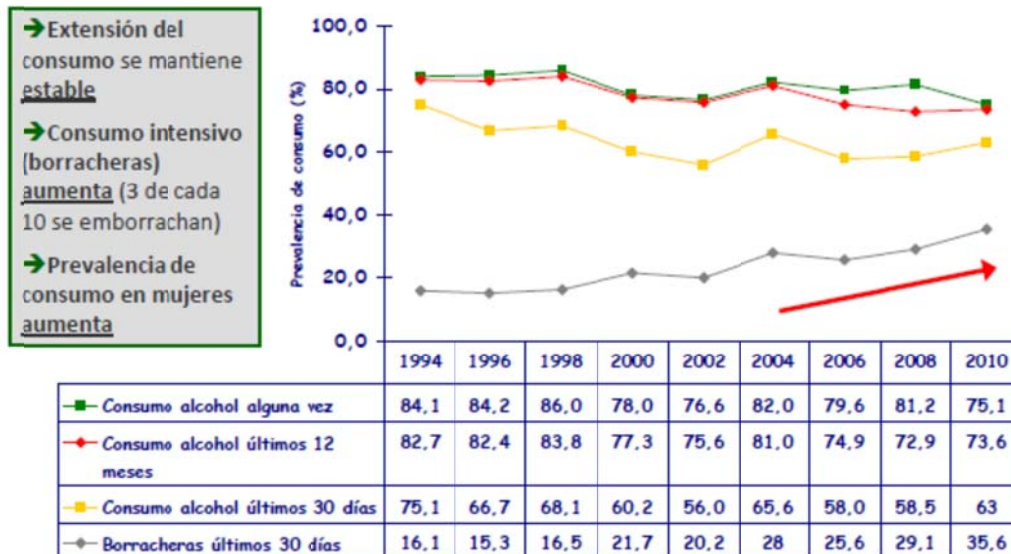
En nuestro país aparecen ciertos indicios que apuntan a un cambio cultural en los últimos años, aunque no se puede asegurar que ese cambio sea para mejor. Tendencias como la reducción de los niveles de consumo de

alcohol puro *per cápita* (asociado a una reducción en el consumo de vino) o el incremento de la conciencia social sobre los riesgos del alcohol para la salud, especialmente en lo que se refiere a su relación con la conducción, son datos sin duda positivos. Pero paralelamente se observan otros cambios preocupantes como el incremento en el consumo de bebidas como la cerveza o el cambio en el patrón de consumo tradicional del alcohol, que evoluciona desde un consumo diario, pero moderado, asociado a las comidas, hacia un consumo más intermitente, relacionado con el tiempo de ocio y el fin de semana y que, con mayor frecuencia, acaba en episodios de embriaguez. [228]

Aunque el consumo de alcohol ha disminuido en los últimos años, ésta sigue siendo la droga psicoactiva más consumida en nuestro país, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa. El consumo de alcohol se relaciona con accidentes de tráfico, violencia doméstica, maltrato infantil, problemas laborales, urgencias e ingresos hospitalarios y, en general, con mayor morbilidad y mortalidad por todas las causas [229]. La Unión Europea estima el coste económico del abuso de alcohol entre el 2% y el 5% del PIB, según qué países. [216]

Es importante señalar que el consumo de bebidas alcohólicas no es exclusivo de la población adulta. El alcohol se ha convertido en la sustancia psicoactiva de abuso más extendida entre los adolescentes a nivel mundial. En Europa más del 90% de los jóvenes entre 15 y 16 años la han probado [230]. En nuestro país es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14–18 años: más del 75% lo han probado alguna vez, más del 70% lo han consumido en el último año y el 63% en el último mes. A diferencia de los adultos, el consumo de alcohol se concentra en el fin de semana: casi la cuarta parte de todos los jóvenes beben todos los fines de semana con una mayor preferencia por alcoholes de alta graduación y ligado al consumo de otras drogas. Estos cambios, incluida la alta frecuencia de intoxicaciones agudas entre los jóvenes (el 35,6 % se ha emborrachado en los últimos 30 días), hacen del consumo de alcohol entre adolescentes uno de los principales problemas de salud pública. [220, 231, 232]

Evolución de la prevalencia de consumo de **BEBIDAS ALCOHÓLICAS** y prevalencia de **borracheras** (últimos 30 días) (%). ESTUDES, 1994-2010



FUENTE: ESTUDES 1994-2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSI.

Figura 258: Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y prevalencia de borracheras (últimos 30 días).

1. Causas del consumo adolescente de alcohol

España es uno de los países con mayor consumo de alcohol por habitante y año. Gran parte de este consumo se realiza en el contexto familiar, produciéndose de forma claramente perceptible para el niño. Desde hace tiempo se sabe que la familia juega un papel básico en lo que respecta al consumo de los hijos. La actitud de los progenitores ante las drogas ilegales suele ser de claro rechazo, si bien existe mayor permisividad respecto al consumo de alcohol. Los hábitos de los familiares y personas cercanas al adolescente influyen a la hora de fijar, mantener o eliminar sus propias pautas de comportamiento. El modelado desempeña un papel significativo en la conducta de consumo de alcohol, tanto en su inicio como en su frecuencia e intensidad. La influencia del modelado paterno en el inicio del consumo está respaldada por numerosas investigaciones. Asimismo, la predisposición al consumo es mayor en jóvenes cuyos modelos de referencia son consumidores dependientes. Diversos estudios han constatado la influencia de los hábitos de

consumo de los padres y amigos sobre la conducta de consumo de los adolescentes [214, 230]. Se ha observado que los adolescentes cuyos modelos beben tienen en general una mayor predisposición a probar el alcohol y otras drogas. Aquellos adolescentes con una percepción normalizada del consumo del alcohol tendrán una mayor frecuencia e intensidad de consumo de drogas legales y una mayor disponibilidad a probar sustancias ilegales. [214]

Un estudio reciente afirma que tienden a consumir los adolescentes de más edad, que tienen amigos o algún hermano consumidores y que perciben el alcohol como poco peligroso. Las variables que mejor predicen el consumo de alto riesgo son el sexo, la edad y el consumo de alcohol por parte de algún hermano. Así, la probabilidad de realizar un consumo de riesgo sería mayor entre las chicas, los adolescentes mayores y aquellos que tienen algún hermano consumidor de alcohol [230]. Otro estudio encuentra una asociación positiva entre beber y haber abandonado los estudios. [225]

En un estudio reciente se encontró que los adolescentes consumidores de alcohol rechazaban la práctica de actividad físico-deportiva alegando su buena forma física sin necesidad de practicar [224]. En otro estudio encontraron diferencias significativas en indicadores de depresión/ansiedad en adolescentes consumidores de alcohol respecto a no usuarios. [215]

En una investigación de 2008 se encuentra que, entre los motivos por los cuales afirman consumir alcohol los adolescentes más jóvenes están la presión de grupo y *poder hacer cosas que de otra manera no harían*. Mientras que para los de mayor edad destaca la *mejora de las relaciones con otros*. El efecto más esperado por todos es el de sentirse más hablador (51.2%), seguido por desinhibirse (35.4%) y estar eufórico (35.3%). Los adolescentes manifiestan querer sentirse bien, confiar más en sí mismos, ser más valientes y relajarse. [233]

Con nuestros datos podemos concluir que ***Porque me gusta y me divierte es el principal motivo por el que los adolescentes beben alcohol***. Lo indica el **72,6%** de los que refieren beber alcohol y las otras razones son mucho menos importantes.

2. Riesgo percibido del consumo adolescente de alcohol

A pesar de los efectos perjudiciales del alcohol, su uso tiende a ser evaluado como poco peligroso por parte de la población. Por ejemplo, entre estudiantes de 14 a 18 años un consumo de 5/6 cañas o copas en fin de semana o en un solo día es considerado muy poco peligroso. No obstante, la OMS especifica que cualquier consumo en edad adolescente representa un peligro, y entre adultos también lo es un consumo semanal igual o superior a 17 Unidades de Bebida Estándar (UBE) en mujeres y 28 en hombres. Una UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro, de modo que a una cerveza le corresponde 1 UBE mientras que a un combinado 2 UBE.

Esta percepción de benignidad de la sustancia a menudo es compartida por los propios progenitores: sólo un 15% de los padres estarían a favor de la prohibición absoluta de consumir alcohol para sus hijos adolescentes, mientras que el 60% lo estarían en el caso del cannabis y el 86% en referencia a otras drogas. Es posible que esta mayor permisividad, por lo que se refiere al consumo de alcohol, pueda estar relacionada con el hecho de tratarse de una droga legal (aunque su consumo esté prohibido a los menores de 18 años), socialmente aceptada y ampliamente utilizada en situaciones cotidianas y de celebración. El *riesgo percibido* respecto al consumo de una sustancia está inversamente relacionado con su uso: a medida que aumenta la percepción de riesgo tiende a disminuir la extensión o intensidad de su consumo. [230]

Esta baja percepción de riesgo sugiere que el alcohol no es considerado por los adolescentes como una sustancia nociva [214]. Además es un hecho que los consumidores de alcohol lo perciben menos peligroso que los no consumidores [230]. En una encuesta reciente casi el 80% de los alumnos consideraba el consumo de alcohol como moderadamente peligroso, lo que es consistente con la aceptación social que dicho consumo tiene en los países mediterráneos. [213]

3. La edad en el consumo de alcohol

En la última década se ha producido una reducción significativa de la edad de inicio en el consumo de alcohol, que se ha estabilizado alrededor de los 13 años y medio. [215, 220]

Posteriormente aparece un aumento progresivo del consumo con la edad y la primera borrachera se produce a una edad media de 14,24 años [37]. Muy probablemente este aumento progresivo es debido a que la experimentación con las conductas no saludables, como es el caso del consumo de sustancias, suele iniciarse en la adolescencia temprana, incrementándose en la adolescencia media y alcanzar su pico en la adolescencia tardía. [212]

Este hecho también aparece en nuestra encuesta en donde **el consumo de alcohol va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados**. Así, de un **65%** de los de 12-13 años que no bebe, pasa a un **43%** de los de 14 años que **no bebe** y baja a un **24%** para los de 15-16-17 años.

En otros estudios similares también aparece este aumento del consumo con la edad [37]. Así, en un estudio reciente, se reconocen consumidores de alcohol a los 12 años un 4.8% de los adolescentes de la muestra, porcentaje que se eleva al 41,1% en el grupo de 16 años o más [230]. En otro estudio del 2010 se observa cómo se va reduciendo con la edad el porcentaje de abstemios: 90% a los 11-12, 62% a los 13-14, 26% a los 15-16 y 13% a los 17-18 años. También la frecuencia de episodios de embriaguez registra un aumento con la edad, siendo más alta en los adolescentes de mayor edad: a los 11-12 años nunca se han embriagado un 98,1% de los adolescentes escolarizados frente a un 34,7% a los 17-18 años. [212]

Del mismo modo, en nuestro estudio, **la frecuencia de borracheras va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados**. Así, de un **63%** de los de 12 y 13 años que no se han emborrachado en el último año, pasa a un **52%** de los de 14 años y baja a un **26%** para los de 15, 16 y 17 años.

Resultados muy parecidos a los nuestros encontramos en la siguiente tabla del estudio HBSC-2010 [37]:

Tabla CXLVII: Borracheras estudio HBSC-2010.

¿Alguna vez has bebido tanto alcohol que te has llegado a emborrachar?

	Total de la muestra		Sexo		Grupo de Edad			
	n	%	Chbo %	Chica %	11-12 años %	13-14 años %	15-16 años %	17-18 años %
No, nunca	7427	66,3%	66,2%	66,5%	96,5%	82,3%	52,5%	31,2%
Si, una vez	1173	10,5%	9,6%	11,4%	2,4%	9,0%	15,0%	14,5%
Si, 2-3 veces	1056	9,4%	9,0%	9,8%	,5%	4,6%	14,2%	19,0%
Si, 4-10 veces	611	5,5%	5,1%	5,8%	,1%	1,9%	8,5%	11,8%
Si, más de 10 veces	927	8,3%	10,1%	6,5%	,5%	2,2%	9,9%	23,6%

4. El sexo en el consumo adolescente de alcohol

En los últimos años se ha detectado una equiparación en los patrones de consumo de alcohol de chicos y chicas adolescentes [214], incluso en algunos casos se observa una inversión en la tendencia a favor de un mayor consumo de riesgo entre ellas. Este hecho es preocupante debido a los aspectos diferenciales de metabolización del alcohol entre ambos sexos, que hace que, a igual consumo, las mujeres alcancen mayores concentraciones en sangre que los hombres y, por lo tanto, una mayor afectación. Este hecho se explica principalmente por dos factores: una menor actividad en las mujeres de la enzima *alcohol-deshidrogenasa* (ADH) encargada de la metabolización del alcohol y una menor cantidad de agua en el organismo femenino que facilita una mayor velocidad de absorción de la sustancia. [230]

En adolescentes y jóvenes, en un estudio reciente con una muestra de 14 a 17 años con problemas por abuso de alcohol, se informó de patrones de actividad cerebral más anómalos mediante Resonancia Magnética Nuclear Funcional en mujeres que estaban realizando pruebas de memoria de trabajo espacial. Empleando pruebas neuropsicológicas otras investigaciones llegaron a conclusiones semejantes en jóvenes. Además de los factores antes mencionados, se han esgrimido diferencias sexuales en procesos neuromadurativos. [216]

En el caso de las intoxicaciones étlicas agudas, tampoco se da el patrón de consumo clásico de alcohol en el que el sexo masculino era el principal consumidor, sino que ambos sexos se ven implicados de forma similar [221]. En el informe ESPAD del año 2003, realizado entre estudiantes de 15-16 años

de edad, encontramos que, por primera vez, la embriaguez era más frecuente entre las mujeres en ciertos países, como el Reino Unido, Irlanda y Noruega. [234]

Según nuestros datos, el consumo de alcohol no tiene grandes diferencias entre chicos y chicas. El **55,7%** de los adolescentes encuestados **bebe alcohol** (el 56,6% de las chicas y el 54,5% de los chicos).

Sólo el **43,6%** de los adolescentes encuestados que bebe alcohol (el 45,3% de los chicos y el 42,3% de las chicas) asegura **no haberse emborrachado** en el último año. En este caso, podemos concluir que la frecuencia de borracheras entre nuestros encuestados está muy repartida entre ambos sexos.

5. Tipos de bebidas consumidas

Desde hace unos años las preferencias alcohólicas de los adolescentes están cambiando. El vino y la cerveza, bebidas preferidas por los adolescentes en el pasado, están siendo progresivamente sustituidos por los combinados durante el fin de semana, actividad que surge como una nueva forma de ocio entre iguales asociada con el fenómeno del policonsumo y con consumos excesivos en cortos períodos. [218]

El tipo de bebidas más consumidas por los adolescentes son los combinados: un 75,2% de los chicos y un 85,6% de las chicas refiere consumirlos. El segundo y tercer lugar lo ocupan la cerveza (53,3% y 38,4% respectivamente) y los chupitos (33,3% vs. 34,9%), siendo menos frecuente el consumo de vino o cava (19,3% vs. 10,9%) o de licores (12,8% vs. 6,2%). Es de destacar también que la bebida preferida de los adolescentes son los combinados que generalmente contienen alcohol de alta graduación [230]. Según el estudio HBSC-2010, un 9,9% de los adolescentes españoles bebe licores o combinados semanalmente, frente a un 7,2% que bebe cerveza y un 2,3% que bebe vino [37].

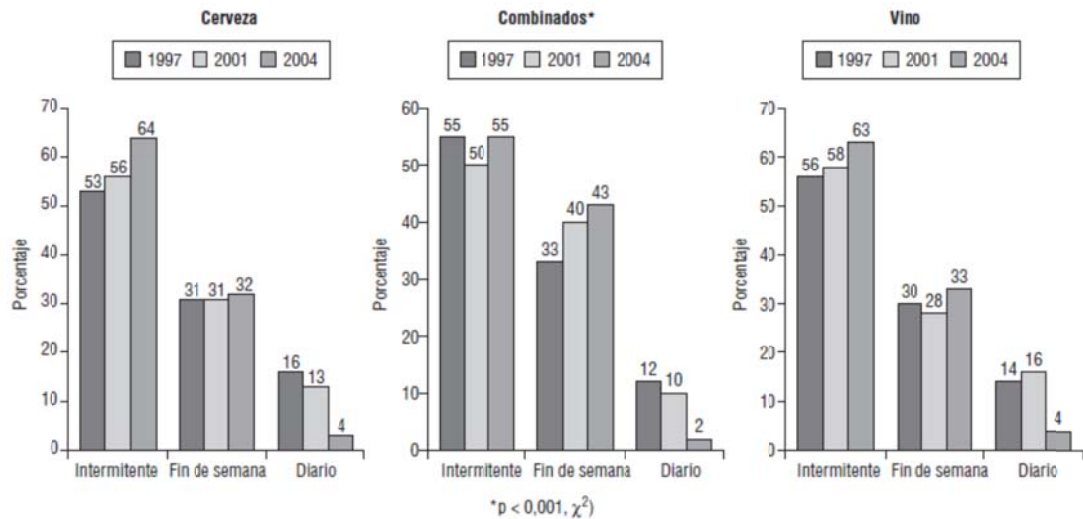


Figura 259: Diferencias en el patrón de consumo de cerveza, combinado y vino en adolescentes que consumen alcohol. [218]

Tipo de BEBIDA ALCOHÓLICA consumida según el día de la semana ESTUDES, 2010

- ➔ En los últimos 30 días, el 66,3% de los consumidores había bebido en bares o pubs, un 64,1% en espacios abiertos y un 57,5% en discotecas.
- ➔ Los lugares donde los estudiantes consiguieron con más frecuencia bebidas alcohólicas fueron bares o pubs (52,1%), discotecas (43,5%) y supermercados (49,3%).

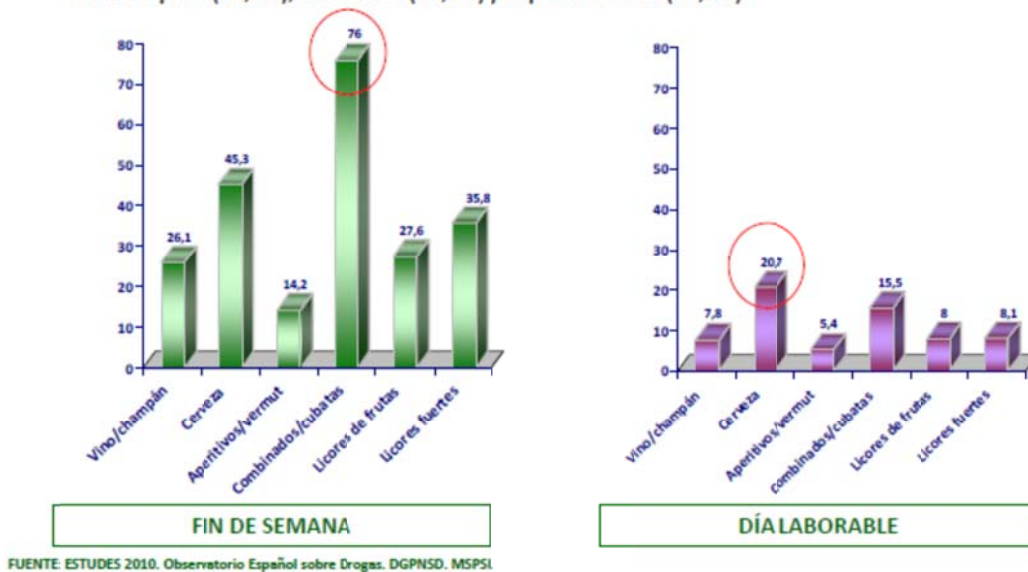


Figura 260: Tipo de bebida alcohólica consumida según el día de la semana.

6. Consecuencias del consumo adolescente de alcohol

La adolescencia es una etapa del ciclo vital especialmente vulnerable a la iniciación al consumo de alcohol puesto que muchos jóvenes no se muestran preocupados por la prevención de enfermedades en el futuro, sino que se

plantean sobre todo vivir el presente. Sin embargo son numerosos y graves los efectos del consumo de alcohol en la vida de los jóvenes pudiendo afectar su salud física o psicológica. Asimismo puede interferir en otros aspectos cruciales como el rendimiento académico, o la propensión a realizar conductas de riesgo tales como mantener relaciones sexuales desprotegidas, la conducción temeraria de vehículos o las conductas violentas o vandálicas. Tampoco debemos obviar que el tabaco y el alcohol pueden actuar como facilitadores para una posterior experimentación con marihuana y una posible progresión hacia al consumo de otras drogas. [216, 229, 230]

Actualmente, los jóvenes se inician en el consumo de bebidas alcohólicas cada vez a una edad más temprana para, posteriormente, alcanzar niveles de consumo superiores con el consiguiente riesgo de desarrollar **dependencia alcohólica**. Se estima que un 40% de los adolescentes que comienzan a beber antes de los 15 años de edad desarrollará problemas relacionados con el consumo de alcohol en edades posteriores, incluso en ausencia de vulnerabilidad genética y factores premórbidos [216, 227]. Estos jóvenes, con inicio al consumo de alcohol antes de los 15 años, tendrán cuatro veces más probabilidad para desarrollar dependencia respecto a jóvenes con inicio a partir de los 20. [216, 229]

Todo ello viene agravado por la peculiar relación que los jóvenes establecen con el consumo de alcohol ya que, si bien algunos son conscientes de los posibles efectos negativos que ocasiona el consumo, una gran mayoría le atribuye efectos positivos que favorecen la socialización y la desinhibición. Las consecuencias negativas que puede provocar el consumo abusivo son de índole muy diversa y pueden ir desde la dependencia alcohólica hasta llegar, incluso, a la muerte. [227]

El **cerebro adolescente** parece especialmente vulnerable a los efectos del alcohol siendo probablemente una de las regiones de maduración diana más tardía [216]. Entre ellas debemos destacar la corteza prefrontal. Los procesos neuromadurativos en esta región se extienden hasta la tercera década de la vida y tiene importantes repercusiones en funciones cognitivas relevantes como planificación, toma de decisiones, control del comportamiento, memoria de trabajo y procesos de atención. Los efectos perjudiciales que

provoca el alcohol pueden continuar en la etapa adulta incluso habiendo dejado de consumir alcohol [227]. Además el abuso de alcohol en la adolescencia se ha asociado a menor volumen en el cortex prefrontal. [216]

El alcohol puede alterar tanto la estructura como la función del Sistema Nervioso Central (SNC) de manera significativa provocando la aparición de un cierto grado de deterioro neuropsicológico. Sin embargo, este deterioro puede presentar una alta variabilidad debido a causas tales como la cantidad de alcohol consumida, los antecedentes y el patrón de consumo, el consumo concomitante de otras sustancias tóxicas y adictivas o las características intrínsecas del consumidor (estado premórbido, enfermedades sistémicas, el estado nutricional, etc.). La existencia de factores de riesgo tales como lesiones cerebrales previas, cuadros epilépticos o el consumo de otras drogas de manera simultánea al consumo de alcohol pueden estar en la base de muchas de las alteraciones cerebrales ocasionadas por el consumo abusivo. Sin embargo, para algunos autores, la abstinencia alcohólica es la responsable más directa de la mayoría de dichas alteraciones. [227]

Además el patrón de consumo en el alcoholismo de fin de semana implica una **secuencia borrachera-abstinencia** que se repite cada siete días, lo que implica que los jóvenes bebedores van a sufrir el daño neurocognitivo propio del consumo abusivo más el correspondiente al inicio de la abstinencia, y esto con la regularidad que implica repetir el proceso cada fin de semana. Este hecho incrementa los efectos neurotóxicos del etanol sobre el cerebro. [227]

Estos efectos perjudiciales se han comprobado en ensayos científicos. Así, los adolescentes que acumulaban al menos 100 sesiones de consumo intensivo de alcohol obtuvieron peores rendimientos en test de aprendizaje, memoria y visión espacial. En el estudio de seguimiento efectuado durante 8 años (desde los 16 a los 24) se comprobó un efecto acumulativo que se trasladaba a los resultados en pruebas de aprendizaje y memoria. [216]

7. El fenómeno del botellón

En las últimas décadas se ha producido en España un cambio progresivo en los patrones de consumo de alcohol por parte de los jóvenes,

tanto en varones como en mujeres, siendo cada vez más frecuente una ingesta de cantidades elevadas de alcohol, realizada durante pocas horas, principalmente en momentos de ocio nocturno [230] de fin de semana, con algún grado de pérdida de control y con aparición de períodos de abstinencia entre episodios. Este patrón se asemeja claramente al tipo de consumo que realizan otros jóvenes europeos [235]. Para referirse al mismo se han utilizado términos tan diversos como *binge drinking*, *heavy episodic drinking*, *risky single-occasion drinking*, *heavy sessional drinking*, episodios de consumo intensivo de alcohol, consumo concentrado o en atracón, etc. En un intento de llegar a un consenso en España, el grupo de expertos reunidos en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica definieron el episodio de **consumo intensivo de alcohol** en función de criterios de cantidad, duración y frecuencia, considerándolo como la ingesta de 60 o más gramos de alcohol (6 UBEs) en varones y de 40 o más gramos (4 UBEs) en mujeres, concentrada en una única sesión (habitualmente 4-6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8). [216, 226, 229, 235]

Uno de los fenómenos que en España favorece la aparición de este patrón de consumo de riesgo juvenil es el conocido como **botellón** [235]. Desde los años sesenta, los jóvenes han venido *reinventando* periódicamente nuevas formas de relacionar alcohol y diversión. Si en los años sesenta la moda fueron los guateques, en los años setenta surgió el fenómeno de las *zonas de vinos* y en los ochenta el de *la movida* y *las litronas*. A partir de mediados de los noventa parece que le toca el turno al *botellón*. Este fenómeno puede definirse como una reunión de jóvenes en espacios públicos (calles, plazas, parques) en los que charlan, escuchan música y, fundamentalmente, consumen bebidas alcohólicas que, previamente, han comprado en supermercados, tiendas o grandes almacenes. La primera referencia periodística en la que se emplea el término *botellón* se puede datar en 1995, cuando el diario *El País*, en un reportaje sobre la *movida* en distintas ciudades, lo usa para referirse a la práctica de los jóvenes cacereños de reunirse para beber en las plazas de la zona vieja de la ciudad. Progresivamente esta práctica se va extendiendo por

otras localidades de la geografía española, pudiendo afirmarse hoy en día que es un fenómeno habitual en la mayoría de las ciudades españolas. [228]

El *botellón* se podría categorizar como una actividad de ocio desestructurada, caracterizada por desarrollarse en un contexto grupal compuesto por jóvenes, donde la supervisión adulta es inexistente y donde las limitaciones impuestas a las conductas son mínimas. [228]

Los diversos estudios epidemiológicos que han informado sobre la prevalencia del patrón de consumo intensivo de alcohol muestran una gran variabilidad en el porcentaje de jóvenes que se podrían clasificar como consumidores intensivos de alcohol (entre el 7% y el 40%) [229]. Por ejemplo, en un estudio reciente llevado a cabo con una muestra de estudiantes representativa de la Comunidad Autónoma Valenciana se encuentra que la participación en el *botellón* ya es superior al 30% en los estudiantes de 14 años. En otro estudio del 2008 se estima que un 27% de los alumnos de la ESO asisten habitualmente al *botellón*. [228]

Respecto a la cuestión económica, suelen destinar al botellón una media de 5,88 € y la media de consumiciones es de 5,33, principalmente destilados, y sin diferencias en función de la edad. [233]

El motivo más aludido por los jóvenes para hacer botellón es la diversión (75.2%), seguido por el ahorro (37.5%) y estar con los amigos (36.3%). En general, los que hacen botellón esperan sentirse más *divertidos*, *charlatanes* y *sociables*, sensaciones agradables derivadas de un consumo moderado de alcohol. [233]

Sin embargo, los episodios de consumo excesivo se asocian repetidamente con actividades de riesgo, infracciones y accidentes de tráfico, problemas con la policía y el vecindario [228], peleas, pero también con lagunas de memoria, con mayor dificultad para pensar con claridad o para realizar correctamente tareas académicas [233]. Los jóvenes que asisten regularmente al *botellón* presentan mayores problemas relacionados con el abuso del alcohol, con el consumo de otras drogas y con la realización de actos vandálicos. Esta relación es más intensa en los estudiantes de menor edad. Los alumnos de la ESO, en líneas generales, presentan menores consumos y menor participación en los botellones respecto a jóvenes de más edad, pero los

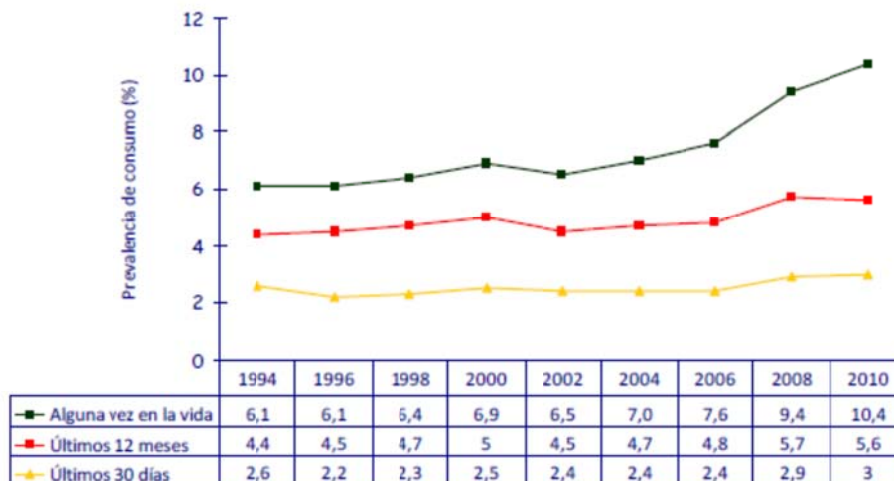
que asisten habitualmente a estas concentraciones manifiestan mayor número de problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, siendo también los que realizan más conductas vandálicas. [228]

Hipnosedantes:

Según la última encuesta ESTUDES 2010, la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta va en aumento y la edad media de inicio de consumo se sitúa en los 14,4 años [220]. Asimismo, según el estudio HBSC-2010, el 4,5% de los adolescentes españoles habría tomado medicamentos “para colocarse” alguna vez en la vida. [37]

Evolución de la proporción de consumidores de HIPNOSEDANTES sin receta, (%). ESTUDES, 1994-2010

El consumo de hipnosedantes es más elevado en las mujeres (5,7% en el último año) que en los hombres (4,4% en el último año).



FUENTE: ESTUDES 1994-2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSI.

Figura 261: Evolución de la proporción de consumidores de hipnosedantes sin receta.

Drogas ilegales

La gran mayoría de los adolescentes de nuestra encuesta nunca ha consumido drogas ilegales (el 87% del total, en el caso de los chicos un 85,1% y en el de las chicas un 88,6%). El 8,3% de los encuestados afirma haber consumido alguna vez para probarlo (en el caso de los chicos un 9,9% y en el de las chicas un 7%). El 2,8% refiere consumir de vez en cuando (2,1% de chicos y 3,3% de chicas). El 1,1% de los encuestados dice consumir siempre que puede (1,8% de los chicos y 0,6% de las chicas). Finalmente, el 0,5% de los adolescentes se considera “enganchado” a las drogas ilegales (0,7% de los chicos y 0,3% de las chicas). Estos datos confirman que los chicos consumen más drogas ilegales que las chicas de forma estadísticamente significativa, al igual que sucede en otros estudios. [221]

Además el consumo de drogas ilegales va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados de forma estadísticamente significativa. Así, de un 98% de 12 y 13 años que nunca han consumido, pasa a un 91% de los de 14 años y baja a un 71% para los de 15, 16 y 17 años.

En el estudio de 1991 [4] sobre adolescentes vallisoletanos se recogía que un 12,1% de los adolescentes de 15 a 19 años había consumido drogas ilegales. *Alguna vez* lo había hecho el 8,5%, *Sí de vez en cuando* el 2,8%, *Sí siempre* el 0,6% y *Me considero enganchado* el 0,2%. El porcentaje de consumidores también era mayor en chicos (18,2%) que en chicas (7,5%) y también aumentaba con la edad.

En un estudio reciente, un 28% de los adolescentes afirmaba consumir drogas: un 78%, sólo marihuana; un 12%, marihuana acompañada de cocaína, éxtasis y fármacos; un 6%, fármacos, y un 3%, sólo éxtasis [155]. En otro estudio actual el 18% de los adolescentes consumía drogas ilegales. [215]

Cannabis:

El cannabis es una especie herbácea conocida en botánica como *Cannabis sativa*. Con la resina, hojas, tallos y flores de las subespecies *sativa* e *indica* se elaboran la marihuana y el hachís. Se trata de la sustancia ilegal de abuso más consumida en España [236], en Europa [215, 237] y en el mundo.

La prevalencia de consumo del año 2007 estimada entre las personas de 15 a 64 años fue del 6,8% en Europa y entre un 3,3 % y un 4,4% a nivel mundial. [238]

España ocupa, además, los primeros puestos en consumo de cannabis de Europa [213, 215]. En efecto, en el informe del Observatorio Europeo sobre la Droga del año 2006 se indica que ha probado esta sustancia alguna vez en la vida un 29% de nuestra población general (sólo nos supera Dinamarca con un 31% y el Reino Unido con un 30%); si nos referimos a la población estudiantil de 15-16 años, la frecuencia es del 41%, sólo superada por la República Checa con un 44%; si hablamos de uso durante el último año en la población general, la frecuencia española es la más alta con un 11,3% (la media europea está en el 7%); finalmente, si nos referimos al uso durante el último mes en la población adulta, el porcentaje más alto nuevamente es español con el 7,6%, cuando la media europea es de alrededor del 4%. [234]

1. Evolución del consumo:

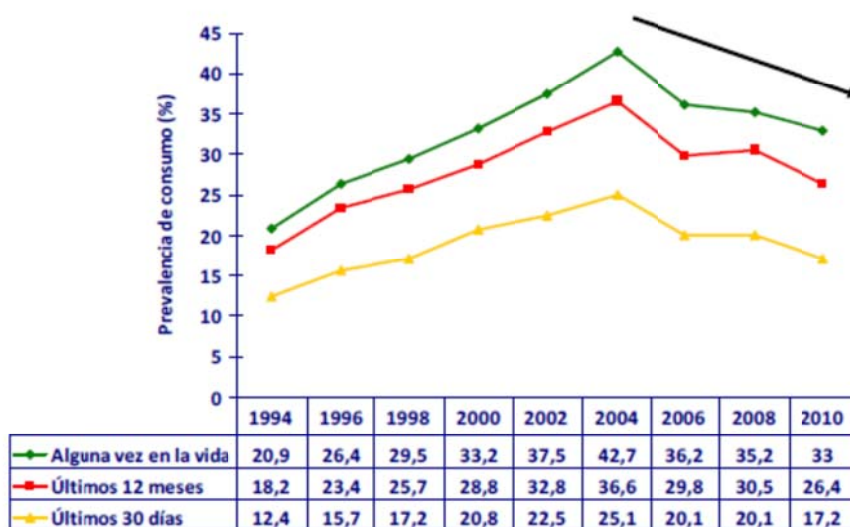
El consumo de cannabis, sobre todo entre los jóvenes, aumentó de manera notable en la década de los noventa en España y en casi todos los países de la Unión Europea [236] (España fue, junto a Bélgica, el país europeo donde el consumo creció más rápidamente [234]) y desde el año 2004 va descendiendo poco a poco. [220, 236, 238]

Desde 1994 hasta el año 2004 el consumo habitual entre la población escolarizada española de 14-18 años aumentó del 12,2% al 25% [236, 239]. Este incremento coincide con el descenso en 21 puntos de la percepción de riesgo respecto al uso experimental y en 10 respecto al uso habitual en esos mismos jóvenes. En este descenso de la percepción de riesgo tenemos posiblemente una de las explicaciones de este aumento del consumo. En un seguimiento desde el año 1976 hasta 1996 de las razones que explicaban los aumentos y las disminuciones anuales entre la población americana en el consumo de diversas drogas –entre ellas el cannabis– se halló que algunos factores, como el seguimiento de los estudios, la participación en actividades antisociales o el número de salidas, eran buenos factores predictores del uso. Pero lo único que realmente explicaba los cambios históricos año tras año eran las modificaciones en la percepción del riesgo o en la desaprobación de una

determinada droga. Además, esta baja percepción del riesgo es importante no sólo para iniciarse, sino también para seguir consumiendo. [234]

Evolución de la proporción de consumidores de CANNABIS (%). ESTUDES, 1994-2010

→ Se confirma tendencia descendente iniciada en 2004
 → La prevalencia de consumo diario es de un 3% (4,3% en chicos y 1,8% en chicas): España participa en un proyecto Europeo de CONSUMO PROBLEMÁTICO DE CANNABIS (OEDT*)



FUENTE: ESTUDES 1994-2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSI. * OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Figura 262: Evolución de la proporción de consumidores de cannabis.

2. Perfil del consumidor de cannabis:

Al igual que sucede en el resto de Europa, la prevalencia más elevada de consumo de cannabis en España se registra entre los jóvenes [215, 239], aunque luego tiende a prolongarse en la edad adulta [234]. En el año 2010, el 33% de los estudiantes de 14–18 años lo habían consumido alguna vez en la vida y el 17,2% lo habían consumido en los últimos 30 días. En el estudio HBSC-2010 se observa que el 29% de los adolescentes españoles de 11 a 18 años ha consumido cannabis en el último año. [37].

Otro dato relevante es que la edad media de inicio en el consumo en los estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14–18 años se encuentra en los 14,7 años (14,58 años para el estudio HBSC-2010 [37]), siendo similar en ambos sexos y sin cambios respecto a años anteriores [220]. Es, por tanto, la droga ilegal de consumo más extendido en nuestro país y a una edad más temprana

[239] (en algunos estudios, incluso el 50% de los escolares de 13 años había probado ya el cannabis y, en los países de mayor consumo, entre el 5% y el 9% de los escolares habían comenzado a consumir cannabis a los 13 años e incluso antes [213]).

En nuestro país, la extensión y la frecuencia de consumo de cannabis aumenta desde los 14 a los 18 años, produciéndose el mayor incremento entre los 14 y los 15 años [213]. Así, por ejemplo, en los últimos 12 meses han consumido *cannabis* un 27,2% a los 15-16 frente a un 38,7% a los 17-18 años [212]. Los datos de prevalencia de consumo indican que alcanza su máximo a los 18 años [238]. Así, en algunos estudios [228], el 50% de los estudiantes de Bachillerato consume cannabis.

Entre las causas de inicio al consumo de cannabis se señalan como razones más frecuentes el sexo masculino, el consumo de tabaco y alcohol, tener una relación problemática con los padres [236] y el consumo de cannabis por parte de los amigos. [234]

El consumo de *cannabis* suele asociarse a experiencias y tiempos de ocio (es más frecuente los fines de semana), tiene finalidad recreativa y es muy frecuente el policonsumo (tabaco y alcohol, pero también éxtasis, alucinógenos, cocaína. . .). [236, 238].

3. Efectos del consumo de cannabis:

Los efectos de los derivados del cannabis se manifiestan a los pocos minutos del consumo y pueden durar entre 2 y 3 horas. Los efectos psicoactivos se deben a uno de sus principios activos, el Δ^9 tetrahidrocannabinol (THC-COOH). El *cannabis* que se consume en España procede en su mayoría de Marruecos y no suele tener alta concentración de THC [238]. Las peculiaridades de éste y el hecho de que los derivados del cannabis habitualmente se consuman fumados y frecuentemente mezclados con tabaco, condicionan riesgos tanto psicosociales como orgánicos. [236]

Efectos orgánicos

Prácticamente todos los sistemas del organismo se ven afectados por el consumo de *cannabis* [238]:

Tabla CXLVIII: Efectos orgánicos del cannabis.

Aparato	Efectos del cannabis.
Oftalmológico	Enrojecimiento de las conjuntivas, dificultades de acomodación, disminución del reflejo pupilar y de la presión intraocular.
Digestivo	Sequedad de boca, disminución del peristaltismo intestinal y del vaciado gástrico.
Cardiovascular	Taquicardia, hipertensión arterial.
Respiratorio	Broncodilatación.
Hormonal	Disminución de hormonas sexuales.
Inmunológico	Alteraciones de la inmunidad.
General	Efecto antiemético, aumento del apetito, relajación muscular, somnolencia, analgesia, etc.

Efectos psíquicos

Tradicionalmente se ha considerado al cannabis como una droga blanda de escasas consecuencias médicas y que no generaba dependencia. Hoy día, sin embargo, están demostradas severas implicaciones sanitarias y sociales, tanto agudas como crónicas [237], relacionadas con su consumo. [238]

Además, el inicio del consumo de cannabis antes de los 16 años se ha relacionado con una mayor gravedad de los efectos negativos, debido a los cambios neurobiológicos provocados por el cannabis durante el desarrollo del cerebro [213]. Pueden producirse diferentes síntomas clínicos, en función básicamente de la dosis y del contenido de THC y de la vía de administración. Influye también la expectativa del sujeto, sus experiencias previas y su personalidad, así como el contexto donde se produce el consumo. [238]

Los efectos psíquicos del **consumo agudo** son:

Tabla CXLIX: Efectos neuropsicológicos del cannabis

Fase inicial	Estimulación, euforia, bienestar.
Fase posterior	Sedación, somnolencia.
Síntomas asociados	Risa fácil, verborrea, agudización de las

	percepciones, etc.
Síntomas neurocognitivos	Alteraciones de la concentración y de la coordinación motora, disminución del rendimiento psicomotor.

A más largo plazo, el *cannabis* produce tolerancia, abstinencia y dependencia [213]:

- **Tolerancia:** Fenómeno subjetivo de necesidad de incremento de dosis para alcanzar ciertos efectos.
- **Abstinencia:** Es un cuadro más leve que el que provocan otras sustancias, y previsiblemente se incorporará al futuro DSM-V. Los síntomas que aparecen son disforia e irritabilidad, ansiedad, insomnio con pesadillas, hipertermia, temblor y deseo intenso del consumo.
- **Dependencia:** Es la pérdida de control sobre el consumo aún a sabiendas de las nocivas consecuencias que genera al sujeto. No todas las sustancias tienen igual capacidad de provocar dependencia, siendo el *cannabis* la sustancia menos adictógena de las ilegales. Aunque diversos estudios longitudinales señalan que entre un 9% y un 14% de todas las personas que lo han probado acabarán siendo consumidores dependientes [234]. El consumo intensivo, el inicio precoz [213], la aparición de síntomas en el primer consumo y el uso repetido son los mejores marcadores de riesgo para el desarrollo de la dependencia [238]. Además la genética parece jugar un papel muy importante [234].

El consumo de *cannabis* duplica el riesgo de desarrollar **psicosis**. El inicio temprano en el consumo y su uso intensivo incrementan dicho riesgo, al igual que la concentración de THC de la sustancia. También adelanta la edad de inicio de la esquizofrenia en las personas predispuestas. En el Trastorno Bipolar, el cannabis favorece las fases maníacas, las recaídas y la presencia de clínica psicótica. [238]

La causa es que la adolescencia es una etapa crítica y el cerebro del adolescente está aún en transición y difiere tanto anatómica como neuroquímicamente del adulto. El sistema endocannabinoide es un

determinante importante para la maduración cerebral, por lo que su estimulación a través del THC podría conducir a cambios neurobiológicos, que pueden afectar las funciones cerebrales y el comportamiento incluso cuando ya es adulto. [240]

El cannabis puede producir **ansiedad** (síntomas ansiosos con crisis de pánico), **depresión**, **síndrome amotivacional** (anergia, abulia con disminución del rendimiento), y **delirium** con alteraciones de la personalidad (modificación de hábitos, alteraciones conductuales o cambios de personalidad). [238]

La afectación a nivel **neuropsicológico** (atención, memoria, velocidad psicomotora y alguna función ejecutiva), que es más marcada en consumidores intensivos y en quienes se iniciaron más tempranamente en el consumo, condiciona el rendimiento del sujeto y es dudosa su irreversibilidad.

Probablemente este tipo de alteraciones (incluyendo el síndrome amotivacional) condicionen la **disminución del rendimiento escolar**, que es una de las complicaciones más importantes. Este descenso se asocia frecuentemente al absentismo y a la conflictividad en las escuelas e incluso al abandono del programa formativo. Las consecuencias de estas conductas sobre la futura vida laboral (menor grado de formación alcanzado, mayor riesgo de paro, menores ingresos económicos) y social (insatisfacción con el mundo, mayor dependencia de la ayuda social) del sujeto son importantes. La edad de inicio en el consumo de *cannabis* se relaciona significativamente con el bajo rendimiento escolar y formativo, pudiendo explicar hasta un 17% de dicho fracaso. [213, 238]

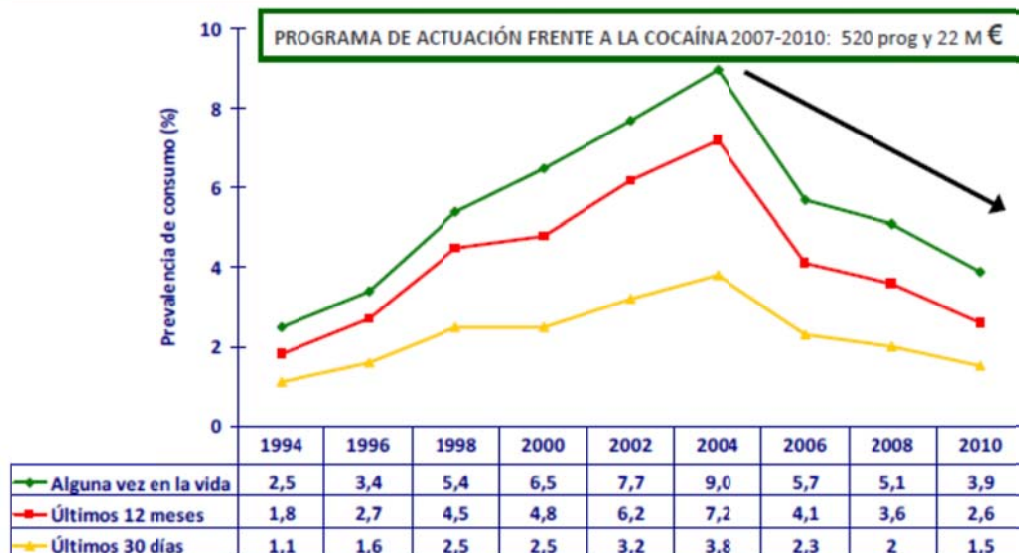
En cuanto al **sexo**, en las mujeres hay más urgencias por intoxicaciones agudas y en varones hay más síndromes de dependencia. Esto podría deberse a una diferente susceptibilidad (menor tolerancia de las mujeres al cannabis, al igual que sucede con otras sustancias como el alcohol). También podría explicarse por diferentes patrones de consumo: más agudo y puntual en mujeres y más crónico en varones. [237]

Cocaína:

En la última década el consumo de cocaína entre los jóvenes está disminuyendo [218]. Lo podemos observar en el siguiente gráfico [220]:

Evolución de la prevalencia de consumo de COCAÍNA (general) (%) ESTUDES, 1994-2010

→ Se confirma la **tendencia descendente** del consumo de cocaína, iniciada en 2004. Las prevalencias de consumo, en 2010, son inferiores a las de 1998.



FUENTE: ESTUDES 1994-2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSI.

Figura 263: Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína.

Estos datos son similares a los del estudio HBSC-2010 en el que el 4,8% de los adolescentes españoles habría tomado cocaína alguna vez en la vida [37].

Respecto a las características de los consumidores de cocaína destacaríamos personalidades del tipo *histriónico, rebelde, rudo, opositorista y tendencia límite*; mayor *inclinación al abuso de sustancias, predisposición a la delincuencia y propensión a la impulsividad, tendencia al suicidio y a la difusión de la identidad, insensibilidad social, discordancia familiar y abusos en la infancia*.

En cambio, aquellos que nunca han consumido cocaína destacan en personalidades del tipo *sumiso y conformista*.

Así, los adolescentes consumidores de estimulantes (cocaína, pero también éxtasis o anfetaminas) tendrían más problemas en las relaciones familiares, mostrándose rebeldes y opositoristas con los padres e indiferentes ante las necesidades de las personas que les rodean. [241]

Éxtasis y anfetaminas:

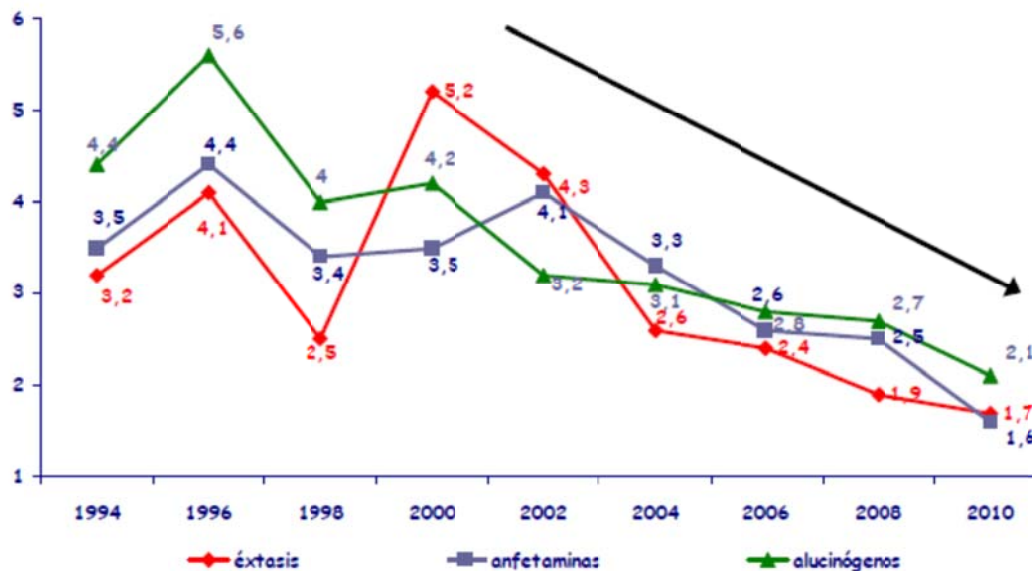
Bajo la denominación de «drogas de síntesis» o «drogas de diseño» se agrupa una serie de sustancias de origen sintético, creadas a partir de la modificación de la estructura química de determinados productos naturales o de sustancias utilizadas como medicamentos. En su mayor parte adoptan la forma de «pastillas» y son fácilmente sintetizadas por métodos químicos sencillos. Las diferentes sustancias que conforman este grupo son los derivados de las anfetaminas, los opiáceos (derivados del fentanilo o de la meperidina), los derivados de la metacualona, el grupo de las arilhexilaminas, como la fenciclidina, y otras drogas de diseño, como el gamma-hidroxi-butirato (GHB).

Lo que habitualmente se conoce con el nombre de «éxtasis» es químicamente un derivado de la molécula de anfetamina: 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA). La mayoría de las pastillas analizadas en Europa en 2006 contenían MDMA u otras sustancias similares, 2,3-metilenodioxietilamfetamina o 3,4-metilenodioxianfetamina (MDA) como única sustancia psicoactiva presente (17 países indicaron que así era en más del 70% del total de las pastillas analizadas). España y Polonia constituían excepciones, ya que el análisis de las pastillas decomisadas detectó con frecuencia 2,3-metilenodioxietilamfetamina y/o MDA además de MDMA. También se comprobó una gran variabilidad en el contenido cuantitativo de MDMA de las pastillas de éxtasis analizadas (9-90 miligramos), aunque la mayoría se situaba entre los 25 y 65 miligramos. [242]

Según el estudio HBSC-2010, el 4,9% de los adolescentes españoles ha probado las anfetaminas [37]. Según el informe ESTUDES correspondiente al año 2010, la prevalencia del consumo de anfetaminas entre los jóvenes de edad comprendida entre 14 y 18 años fue del 1,6% en los últimos 12 meses, lo que supone la continuación de una tendencia descendente iniciada en el año 2000. Como se ve en el siguiente gráfico también desciende la prevalencia de consumo de éxtasis (1,7%) y de alucinógenos (2,1%). [220]

Evolución de la prevalencia de consumo de ANFETAMINAS, ÉXTASIS y ALUCINÓGENOS en el último año (%). ESTUDES, 1994-2010

→ Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2000 para todos los consumos en ambos sexos. Son las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas



FUENTE: ESTUDES 1994-2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSI.

Figura 264: Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos en el último año.

Asimismo, en ese estudio se demostraba un patrón de policonsumo por parte de esta población [220]. Este policonsumo también se observa en otro estudio [242] en el que el 81% de los pacientes atendidos en Urgencias por intoxicación por anfetaminas reconocía el consumo acompañante de otros tóxicos, entre los que destacaban el alcohol (53%), la cocaína (36%) y el GHB o el éxtasis líquido (25%).

Clínica de la intoxicación por anfetaminas:

El cuadro clínico provocado se caracteriza sobre todo por la afectación de la esfera neuropsiquiátrica y cardiovascular, ya que es una droga en cuyos mecanismos de acción participa la interferencia con el sistema catecolaminérgico.

Así, la MDMA se absorbe rápidamente por vía oral y su acción se inicia a los 30 minutos con un pico máximo a los 60 minutos y una duración de los efectos que oscila entre 2 y 6 horas. El 65% de la dosis absorbida se excreta

inalterada por vía renal. El 35% se metaboliza en el hígado, principalmente la MDA, que es también activa. Atraviesa bien las barreras orgánicas por su liposolubilidad, especialmente la hematoencefálica, de ahí sus manifiestos efectos sobre el SNC.

La MDMA incrementa la liberación de serotonina, dopamina y noradrenalina, inhibe la recaptación de estos neurotransmisores a escala presináptica e interfiere en la acción degradadora de la monoaminoxidasa; también aumenta la síntesis de dopamina. Todo esto comporta una acumulación de serotonina, dopamina y noradrenalina en los espacios sinápticos intracraneales y extracraneales. De las dos primeras dependen fundamentalmente los efectos en la esfera psíquica, en tanto que de la última dependen los efectos físicos. Así, el efecto de MDMA más señalado por los consumidores es su capacidad para inducir un determinado estado emocional caracterizado por la empatía. Además, tiene efectos simpaticomiméticos similares a los de la cocaína o la anfetamina (taquicardia, arritmias, hipertensión, midriasis, hipertermia, anorexia) y provoca alteraciones perceptivas (visión borrosa, cromatismo visual, alteraciones táctiles y de la percepción temporal). La capacidad alucinógena de la MDMA es mínima.

Los síntomas más frecuentes que presentan los pacientes son ansiedad, agitación, alteraciones del pensamiento, disminución del nivel de consciencia, crisis de pánico, agitación psicomotriz, palpitaciones y delirio.

El perfil epidemiológico de las consultas urgentes generadas por la intoxicación por éxtasis es prácticamente superponible a la de otras drogas de abuso, como la cocaína o el éxtasis líquido (GHB). Son protagonizadas mayoritariamente por varones jóvenes (edad media 26,5 años), y se atienden fundamentalmente durante los fines de semana y en las horas nocturnas. El consumo tiene una finalidad lúdica y está directamente relacionado con actividades de ocio. [242]

Respecto a las características de los consumidores de éxtasis destacaríamos personalidades del tipo *rebeld*, *rudo* y *oposicionista*, mayor *inclinación al abuso de sustancias*, *predisposición a la delincuencia* y *propensión a la impulsividad* y tendencia a la *difusión de la identidad*, *insensibilidad social*, *discordancia familiar* y *abusos en la infancia*. En cambio,

aquellos que nunca han consumido éxtasis destacan en personalidades del tipo *Sumiso y Conformista*; mayor *Incomodidad respecto al sexo* y *Sentimientos de ansiedad*. [241]

Aunque las intoxicaciones tienen baja morbimortalidad (sólo son graves el 5,8% y mortales el 0,8%), no se debe olvidar que el consumo de éxtasis se asocia con complicaciones muy graves, incluso letales, como la cardiopatía isquémica, el golpe de calor, la rhabdomiólisis o la hepatitis aguda fulminante. [242]

Heroína:

La heroína es la droga menos consumida por los adolescentes de 14 a 18 años. En el 2010 un 1% la había probado alguna vez, un 0,6% la había consumido en el último año y un 0,5% en el último mes [231]. En el estudio HBSC-2010, un 2,4% de los adolescentes reconocía haberla consumido alguna vez. [37]

Hay que reseñar que la edad media de inicio en el consumo de heroína (14,4 años) es más temprana que en el caso de otras drogas (cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos). [220]

Otras drogas:

En el año 2010, el 2,1% de los adolescentes de 14 a 18 años había probado alguna vez en la vida las setas mágicas. El spice y la ketamina lo habían probado el 1,1% de los adolescentes. Los adolescentes reconocían que estas tres sustancias eran muy accesibles [220]. En ese mismo año, el 3,1% de los adolescentes reconocía haber esnifado pegamento o disolvente al menos una vez [37].

Según los últimos estudios, las sustancias más difíciles de conseguir para los adolescentes son el nexus, la mefedrona y las piperazinas. [220]

CAPÍTULO IV. SEXUALIDAD ADOLESCENTE:

1. Introducción:

Los valores ante la sexualidad han cambiado en las últimas décadas en nuestro entorno sociocultural. La realidad es que los jóvenes españoles han sido socializados a partir de valores más liberales que han dado paso a otro sistema regulador de la sexualidad que la define como una experiencia placentera, prestigiosa, saludable y que compete únicamente a una decisión personal. [13]

La importancia que dan los jóvenes a la sexualidad aumenta de forma paralela a como aumentan los deseos de objetivos vinculados a un placer inmediato y sin compromisos. Son cambios profundos que se producen de forma paralela a otros cambios de la estructura socioeconómica y que son coherentes con una sociedad que tiende hacia el liberalismo y que cede en parte las regulaciones éticas al mercado [13]. Se puede destacar su progresiva disociación de las normas morales tradicionales y, al mismo tiempo, su mayor vinculación con un sistema de motivaciones que valora la sexualidad como una experiencia placentera que depende cada vez más de decisiones estrictamente individuales [243]. Sin embargo, según muchos autores, se mantienen grandes continuidades en la relación desigual de género, como puede ser un estilo de sexualidad androcéntrica dominante. [13]

La sexualidad ocupa un lugar importante en la mayoría de nuestros adolescentes, tanto de chicos como de chicas. Según estudios recientes, la mayoría tiene unas u otras conductas sexuales y sólo entre el 5% y el 8% de los adolescentes no siente atracción sexual hacia alguien. [244]

Podemos asegurar que el interés por la sexualidad adolescente está sobradamente justificado si tenemos en cuenta los importantes cambios socioeconómicos y culturales que han acontecido, la importancia que tiene la sexualidad en la salud (podemos mencionar como riesgos a las enfermedades de transmisión sexual o a los embarazos no deseados) y el desarrollo adolescente, y que el comportamiento sexual no es algo estático, sino que

existen una multiplicidad de factores influyentes (la familia, los padres, la educación sexual, la equidad, el consumo de sustancias...). [245]

2. Información y Educación sexual:

La adolescencia se considera una etapa fundamental en la adquisición de hábitos, ya sean saludables o peligrosos para la salud, cuyas consecuencias se expresarán en la edad adulta. Debido a ello, la OMS insiste en la necesidad de trabajar intensamente para promover la salud y el correcto desarrollo, tanto físico como mental, de los adolescentes. Dentro de esta promoción de hábitos saludables, junto con el control del hábito de fumar o la promoción de actitudes contrarias al uso de drogas y al consumo de alcohol, se encuentra el amplio campo de la promoción de estilos de conducta capaces de encuadrar la vivencia sexual dentro de hábitos sanos, evitando lo que se suele denominar como «conductas de riesgo». [246]

Además, existen una serie de factores que influyen en las conductas sexuales y reproductivas de los jóvenes y contribuyen a aumentar los riesgos en relación con su salud sexual. Entre estos factores se pueden destacar: la transmisión errónea de información, la baja percepción de situaciones de riesgo y, finalmente, la dificultad de acceso a los servicios preventivos y la falta de habilidades sociales para conseguir asesoría. Es por ello que los responsables ministeriales han intentado incorporar la educación sexual en las aulas. La Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo Español (LOGSE) establece que la educación sexual se introduzca como enseñanza transversal obligatoria en las enseñanzas generales no universitarias; sin embargo, en la práctica diaria se ha observado que esta educación, en los pocos lugares donde se lleva a cabo, se reduce a actividades de asociaciones especializadas o grupos de voluntarios. [247]

Las intervenciones en salud sexual en los adolescentes deben tener dos objetivos fundamentales: mejorar la calidad de las relaciones sexuales y reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual, tanto infecciones de transmisión sexual como de embarazos no deseados [248]. Este último objetivo viene apadrinado por las recomendaciones de la OMS y se han promocionado

con énfasis la anticoncepción y el empleo consistente de métodos de barrera, especialmente el preservativo. [249]

Así, desde 1990, periódicamente se repiten las campañas de salud sexual por parte del Ministerio de Sanidad. Los matices y lemas escogidos entre dichas campañas suelen oscilar poco, teniendo habitualmente como población diana a los adolescentes y jóvenes y la propuesta que se ofrece es siempre la misma: el uso de métodos de barrera mediante la utilización del preservativo. [246]

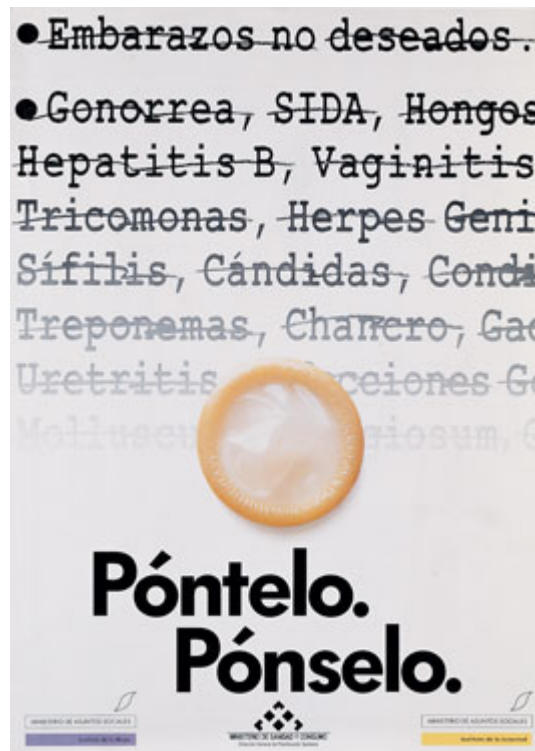


Figura 265: Campaña de 1990[250]



Figura 266: Campaña de 2008. [251]

Sin embargo, los resultados de las campañas sobre educación sexual no han sido hasta ahora muy evidentes. El exhaustivo metanálisis de DiCenso [252] sobre efectividad de la educación sexual realizado sobre 26 estudios llevados a cabo en EEUU, Australia, Nueva Zelanda y Europa, encontró que las estrategias de prevención realizadas hasta ahora, mediante educación directa impartida en centros escolares, no han logrado que las jóvenes retrasen las relaciones sexuales ni que se disminuya el índice de embarazos. La evidencia indica que la educación sexual puede incrementar los conocimientos, pero que no cambia las conductas; de hecho, muchas investigaciones no estudian los cambios conductuales. Oakley et al. [253] realizaron una revisión metodológica sobre intervención en educación sexual en gente joven y de 7 estudios con intervenciones efectivas en educación sexual sólo 2 mostraron algún efecto en la conducta sexual [254]. En EEUU, por ejemplo, los programas de educación sexual basados en contracepción han aportado poca evidencia en disminuir la tasa de embarazos entre adolescentes. En Canadá, donde los programas de sexualidad están establecidos en centros escolares desde hace más tiempo que en EEUU, las ITS y las tasas de embarazos continúan siendo estables y la evidencia clínica es que las estrategias de prevención no están funcionando. En Suecia la educación sexual de carácter obligatorio comienza desde edades tempranas y existe atención sanitaria pública dirigida específicamente a adolescentes. Incluso así, las tasas de embarazos y de ITS persisten sin haberse logrado mejoras significativamente considerables. [249]

Uno de los problemas podría ser que la información sobre sexualidad se presenta dispersa y errónea:

- La familia puede no ofrecer información o darla sólo basada en la transmisión de miedos y tabúes, pero no en el fomento de relaciones saludables y sin riesgo [255]. A pesar de que los padres tienen un papel fundamental en la educación sexual de sus hijos y en la prevención del VIH, sólo un tercio de los adolescentes de un reciente estudio manifestaron recibir educación sexual de su familia. [225]
- Las campañas educativas escolares son poco efectivas (como hemos visto previamente) o no incluyen los contenidos demandados por la juventud.

- Fuentes informales (revistas, televisión, Internet y conversaciones con amigos, hermanos mayores) [254, 255]: son las fuentes más accesibles para nuestros jóvenes, pero también las que les dan una información menos veraz y más peligrosa. En este sentido podemos señalar que ya hace más de diez años que el sexo constituye el tema más buscado en Internet [256].

En un estudio reciente la mayoría de los adolescentes refirió estar bien o muy bien informados sobre educación sexual y que los conocimientos habían sido obtenidos de los amigos o de contextos no formales como los medios de comunicación (televisión, Internet...), lo cual también es coincidente con otros estudios. [245]

Esto es coherente con nuestros datos en los que la mayoría de los adolescentes cree tener **suficiente información sobre sexualidad** (72,3% del total). Además, ese conocimiento sobre sexualidad referido por los propios adolescentes va aumentando conforme avanza su edad.

Un **17,6%** de los encuestados cree que lo que sabe de sexualidad es **más que suficiente**. Este porcentaje es mayor en los **varones (21,7%)** que en las **chicas (14,5%)**. Por otro lado, es mayor el porcentaje de chicas que creen que lo que saben de sexualidad es insuficiente o muy insuficiente (**16,9%** frente a **11,4%** de chicos).

Estos datos contrastan con los obtenidos en un estudio reciente [254] en el que eran las chicas más jóvenes quienes creían que la información que tenían sobre ETS era suficiente, mientras que el resto la consideraba insuficiente.

Otro factor importante que hay que tener en cuenta en la educación sexual es en qué momento debe ser impartida. **La gran mayoría (el 73,4%)** de los adolescentes de nuestra encuesta cree que **la edad adecuada para hablar sobre sexualidad es de 12 a 14 años**. Este porcentaje es aún más alto en las chicas (76%) que en los chicos (70%). En este tema hay cierta polémica: algunos autores piensan que es necesario iniciar los programas sobre salud sexual y afectiva cuanto antes mejor [257]; pero, en otros estudios, los

adolescentes refieren que el momento en que recibieron la educación sexual no fue el más adecuado para que toda la información se transformara en conocimientos. [254]

Si preguntamos a nuestros encuestados a quién acudirían como primera opción si necesitasen orientación sobre sexualidad, **la gran mayoría** (el 77,2%) señala **a sus padres o a sus amigos**. Entre estas dos opciones se reparten casi equitativamente los adolescentes (38,2% a los padres y 38,9% a los amigos). El resto de las opciones son minoritarias.

Respecto a que sólo el 6% de nuestros encuestados quisiera acudir preferentemente a especialistas profesionales, podemos comentar que un estudio británico de 2004 encontró que los jóvenes utilizan más los servicios de salud sexual cuando tienen un mejor conocimiento de ellos, mayor confianza con la educación impartida en el ámbito escolar y cuando mejora la coordinación entre estos servicios y los centros escolares. [254]

En otro estudio reciente la mayoría de adolescentes respondía que nunca recurriría a su médico de atención primaria ante dudas o para obtener información sobre sexualidad. Lo consideraban una pérdida de tiempo y sólo lo harían si tuvieran un problema de salud o si necesitaran la anticoncepción de emergencia. Además no confiaban en que la confidencialidad estuviera siempre garantizada. [254]

Con todo, considero que el desarrollo de programas de educación sexual en nuestro medio resulta útil. Ofreciendo a los jóvenes una información objetiva acerca del uso, las ventajas e inconvenientes de los diversos métodos anticonceptivos y desmitificando las creencias erróneas acerca de su empleo, se puede mejorar la calidad y seguridad de las relaciones sexuales en los adolescentes. [247]

3. Inicio en las relaciones sexuales de los adolescentes:

La adolescencia es un período de iniciación y esto incluye muchas veces la iniciación en el sexo [243]. Diversos estudios indican la aparición de cambios en las actitudes y los comportamientos sexuales. En este sentido, se observa que las conductas sexuales de los jóvenes y adolescentes se dan cada vez con

mayor precocidad, lo que pone de manifiesto que comienzan a tener relaciones sexuales a edades más tempranas que sus iguales de hace varias décadas. [12, 257, 258]

Es sabido que las conductas sexuales adolescentes más convencionales siguen una secuencia evolutiva (secuencia: caricias no genitales, caricias en genitales por encima de la ropa, caricias genitales directas, coito vaginal), incrementándose con la edad todas estas manifestaciones sexuales; mientras el sexo oral y anal son variantes menos frecuentes (especialmente el anal) y no siguen una clara secuencia evolutiva en relación con la edad (las relaciones anales son más frecuentes en los más jóvenes, seguramente por una función sustitutiva). [244]

Según el INJUVE la primera relación sexual coital en jóvenes durante el año 2008 ocurrió a una edad media de 16 años y 10 meses, habiéndose reducido la edad en casi 1 año desde 2004. [207]

El problema es que la actividad sexual en edad precoz (antes de los 16 años) se ha relacionado con conductas de riesgo que pueden comportar un mayor número de parejas sexuales [8], embarazos no deseados [246], interrupciones voluntarias del embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. [257]

Numerosas investigaciones recientes se centran en la edad media de inicio en las relaciones sexuales con penetración: 15,25 años de media para algunos, 15,9 años para otros [245], alrededor de los 15 años [8, 258] o de los 16 años. [246, 247]

Otros estudios, además, diferencian según el sexo de los encuestados: así encontraban que la media de edad al tener la primera relación eran los 15,8 años en las chicas y los 15,5 en los chicos [258]. Otra investigación reciente española halló que los varones y las mujeres adolescentes empezaron a mantener relaciones sexuales coitales con una media de edad de 15,33 y 15,52 años respectivamente [8]. Según el HBSC-2010, los chicos tienen una media de inicio sexual a los 14,8 años y las chicas a los 14,96 [37]. Como podemos observar con estos datos, los varones refieren un inicio sexual más temprano. [245]

Es importante recordar que los datos previos se refieren a estudios sobre población adolescente escolarizada. Las medias de inicio en las relaciones sexuales están falsamente descendidas porque sólo tienen en cuenta a aquellos adolescentes que las han tenido, dejando de lado los datos de los encuestados menos precoces.

Si los estudios no se hacen en adolescentes escolarizados, sino en población más mayor, encontramos que en España en el año 2003 la edad media de inicio en las relaciones sexuales coitales era a los 17,5 años para los chicos y a los 18,2 años para las chicas [12]. En el 2008, la edad media se situaba en los 16,8 años en los hombres y en los 17,5 años en las mujeres [257]. Como se puede ver, existe un adelanto importante en la iniciación sexual.

Además, la primera relación sexual no se convierte en un acontecimiento aislado, ya que el 90% de los jóvenes que ya han tenido una primera experiencia sexual afirman haber mantenido otras experiencias en los últimos 12 meses. Este incremento de la frecuencia de las relaciones sexuales debe situarse en el marco de los importantes cambios sociales, culturales y políticos que han tenido lugar en las sociedades occidentales desde el final de la segunda guerra mundial. [243]

Estos datos españoles son coincidentes con los de un reciente estudio entre jóvenes portugueses. El 83,3% había tenido relaciones sexuales y la edad media de inicio de la actividad sexual era de 16,9 años. En los doce meses anteriores el 96,3% de los participantes que habían iniciado su vida sexual se mantuvieron sexualmente activos y, por término medio, cada joven practicó sexo tres veces en ese período. El promedio de parejas sexuales fue de 1,9. [259]

Godeau et al. estudiaron el comportamiento sexual de jóvenes de 15 años en diferentes países europeos. En España, el 17% de los chicos y el 14% de las chicas de esta edad habían iniciado las relaciones sexuales. [260] Estos datos son muy parecidos a los de nuestro estudio, en el que el **17,5% de los adolescentes afirma haber tenido relaciones sexuales con penetración**. Este porcentaje es mayor en los **chicos (el 20,2%)** que en las **chicas (15,4%)**, siendo las diferencias estadísticamente significativas (coherente con el inicio sexual

más temprano anteriormente descrito de los varones). Nuestro porcentaje es menor que el de otros estudios sobre adolescentes (como el 32,3% de la encuesta de García-Vega [245], el 29,1% de la de Hernández-Martínez [247] o el 34,6% de la HBSC-2010 [37]), pero nuestra investigación se refería a población más joven que en esos estudios (en el caso de la HBSC-2010 sólo tiene en cuenta a los adolescentes de 15 a 18 años).

En una investigación realizada en España se puso de manifiesto que la actividad sexual era mayor en adolescentes de centros públicos [261]. Sin embargo en otro estudio reciente se afirmó que son los adolescentes de centros privados los que se implican en conductas de riesgo (con más parejas sexuales y menor uso del preservativo) en mayor porcentaje que los adolescentes de centros públicos [8]. Este último estudio es coherente con nuestros datos, ya que observamos mayor precocidad sexual en los adolescentes de centros privados o concertados (Lope de Vega, La Milagrosa, Colegio Santo Ángel, Santa Teresa de Jesús y CC Sagrado Corazón) respecto a los de centros públicos. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 821,27$).

Tabla CL: Relación entre tipo de centro y precocidad sexual

	Centro público	Centro privado/concertado	Total
Ha tenido relaciones sexuales coitales	152	74	226
No ha tenido relaciones sexuales coitales	1001	256	1057
No contesta	5	1	6
TOTAL	1158	331	1289

Gráficamente lo podemos ver:

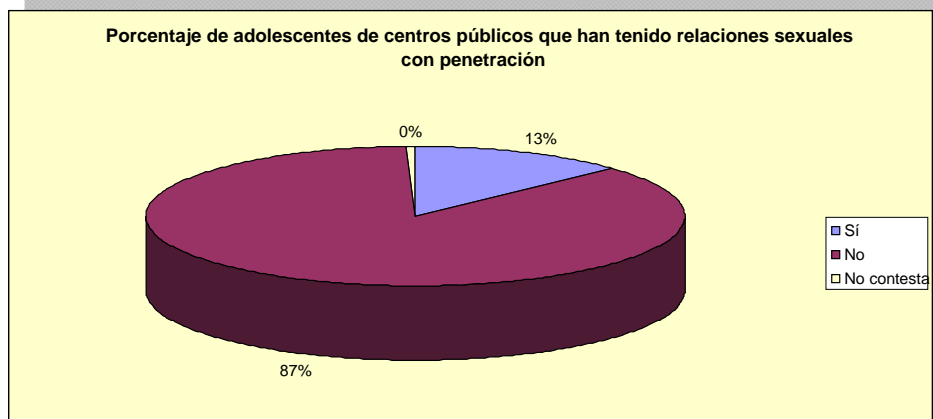


Figura 267: Porcentaje de adolescentes de centros públicos que han tenido relaciones sexuales con penetración.

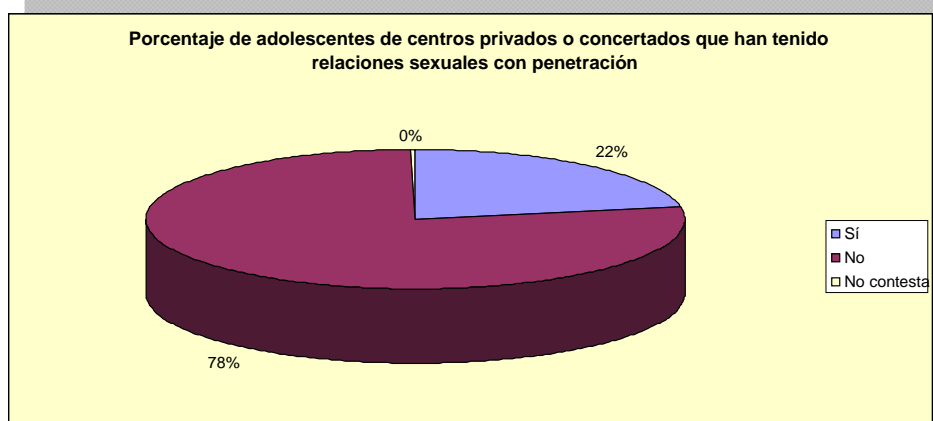


Figura 268: Porcentaje de adolescentes de centros privados/concertados que han tenido relaciones sexuales con penetración.

En el estudio HBSC-2010 la edad media de inicio en las relaciones sexuales coitales era de 14,84 años en los centros privados y de 14,9 en los centros públicos. [37]

Según avanza la edad de nuestros encuestados, **cada vez más han tenido relaciones sexuales con penetración**. Así, de un 6,2% de los de 12-13 años que dicen haberlas tenido, sube a un 10,6% de los de 14 años y luego sube a un 40% para los de 15, 16 y 17 años. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas. Estas diferencias con respecto a la edad son lógicas y seguramente se deban a que los adolescentes más mayores han tenido más tiempo que los jóvenes para exponerse a estas conductas. [8]

En cuanto al número de parejas sexuales, aunque conforme aumenta la edad sube levemente el porcentaje que ha tenido relaciones sexuales con dos personas en el último año (del 12% de los de 12-13 años, sube al 12,7% de los de 14 años y luego al 17,8% de los de 15-16-17), las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas. Estas diferencias sí que se encuentran en otros estudios y la explicación lógica es que los adolescentes más mayores han vivido más años para tener más experiencia sexual y un mayor número de parejas [8]. Por ejemplo, en el estudio HBSC-2010 los adolescentes de 15-16 años habrían tenido relaciones sexuales completas con una media de 2,16 personas y los de 17-18 años las habrían tenido con una media de 2,61. [37]

El principal **objetivo** de nuestro estudio se centra en el debut sexual de las adolescentes. Son ellas las que reciben la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano a los 14 años y si se han tenido relaciones sexuales con penetración la eficacia de la vacunación es mucho menor. Pues bien, según nuestros datos, **69 chicas de las 726 encuestadas habían tenido relaciones sexuales con penetración antes de los 15 años** (52 a los 14 años y 17 a los 13 años o antes). Esto supone un porcentaje del **9,5%**. Gráficamente podemos verlo así:

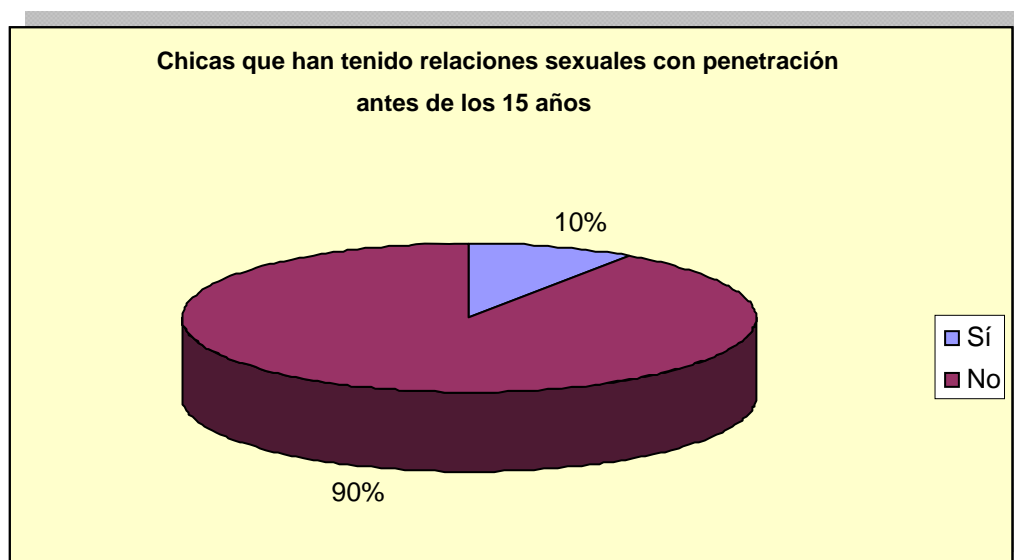


Figura 269: Chicas que han tenido relaciones sexuales con penetración antes de los 15 años.

El porcentaje de chicos que han tenido relaciones sexuales con penetración antes de los 15 años es del **15,8%** (89 chicos de los 563 encuestados). Las diferencias con las chicas son estadísticamente significativas. Gráficamente podemos verlo así:

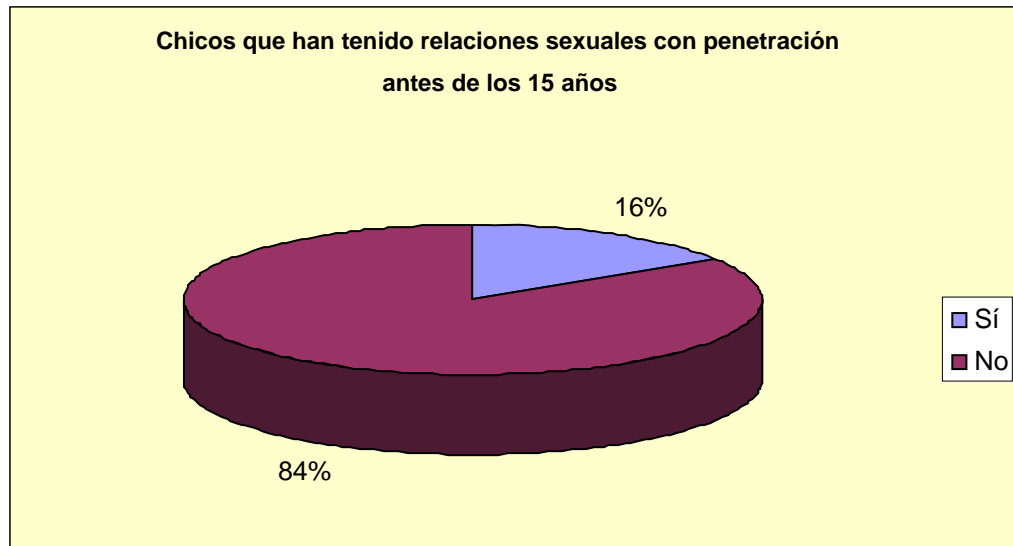


Figura 270: Chicos que han tenido relaciones sexuales con penetración antes de los 15 años.

4. Anticonceptivos:

La implementación de programas preventivos orientados a reducir los embarazos no deseados se ha convertido en una prioridad de la salud pública en todos los países desarrollados, con el fin de evitar los efectos negativos que pueden tener para la salud. Para conseguir este objetivo es necesario que la población joven y adolescente tenga información sobre los métodos anticonceptivos y también que éstos sean accesibles. [257]

Para ello, en las revisiones sistemáticas publicadas se proponen actuaciones como una educación e información sexual adecuada, impulsar la comunicación familiar sobre sexualidad y la promoción de la anticoncepción en general y en la atención primaria en particular. [254]

Estas estrategias no se han asociado a un incremento de las tasas de embarazos ni a mayores tasas de ITS, y tampoco con un incremento de las conductas sexuales de riesgo. [257]

En cuanto a las conductas sexuales de riesgo referidas por los propios adolescentes de una muestra reciente están: no llevar siempre preservativos, aún sabiendo que puede surgir la ocasión; mantener relaciones sexuales en la primera cita sin protección; mantener relaciones sexuales «casuales» sin preservativo y haberse sentido presionado a mantener relaciones sexuales sin preservativo. La mayoría de los adolescentes de esa muestra (el 72,4%) no había realizado ninguna conducta de riesgo, pero las diferencias entre chicos (70,2%) y chicas (74,4%) eran estadísticamente significativas. [245]

Sin embargo, a pesar de la información disponible sobre la anticoncepción, aproximadamente un 12% de la población adolescente no usa ningún método de protección en sus primeras relaciones sexuales [225, 257, 258] y en una encuesta reciente un 49,5% de los jóvenes no había controlado siempre un posible embarazo en sus relaciones sexuales en el último año. [13]

En nuestra encuesta, la **gran mayoría (el 79,6%)** de los adolescentes con relaciones sexuales usa el **preservativo** como método anticonceptivo y existen pocas diferencias entre el uso de chicos (78,1%) y chicas (81,3%).

Sin embargo, lo preocupante es que el **17,3% de los adolescentes con relaciones sexuales no usen anticonceptivos o los usen sólo a veces**. Este porcentaje es aún más alto en los chicos (20,2%) y es del 14,3% en las chicas. Además de manifestar una mala educación sexual, este alto porcentaje de **irresponsabilidad juvenil alerta de la alta posibilidad embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual entre nuestros estudiantes**. Si somos más minuciosos en la clasificación de estos imprudentes:

- El **7,1%** de de los encuestados con relaciones sexuales no usa **ningún método anticonceptivo**. Este porcentaje es mayor en los chicos (9,6%) que en las chicas (4,5%).

- El **10,2%** de de los que tienen relaciones sexuales usa métodos anticonceptivos **sólo a veces** y existen pocas diferencias entre chicos (10,5%) y chicas (9,8%).

No obstante, si queremos ser optimistas, debemos recordar que en el estudio sobre adolescentes vallisoletanos de 15 a 19 años de 1991 los datos

sobre uso de anticonceptivos eran peores que los actuales: sólo usaba preservativo el 59% de los que tenían relaciones sexuales, no usaba ningún método el 10,9% y lo usaba sólo a veces el 19,1%. [4]

Cuando analizamos los métodos anticonceptivos mencionados por los estudiantes vemos que **el Preservativo o Condón es el gran conocido por los adolescentes**. Lo cita el **74,9%** de los encuestados con pocas diferencias entre chicos (76,4%) y chicas (73,8%). Esta abrumadora mayoría no es de extrañar ya que, como ya he señalado, las campañas de educación sexual se centran en la promoción del preservativo. Este gran conocimiento del preservativo por nuestros jóvenes respecto a otros métodos también aparece en otros estudios recientes. [247, 254]

En segundo lugar tenemos a los **Anticonceptivos Orales o Píldora**. Lo menciona el **44,5%** de los encuestados, pero es más frecuentemente citado por chicas (47,1%) que por chicos (41%). Quizá la causa sea que es un método en el que la mujer es la responsable principal de su uso.

En **tercer lugar** está la **Abstinencia sexual**. Es citado por el **31,9%** de los adolescentes, con pocas diferencias entre sexos.

En **cuarto lugar**, como método para evitar un embarazo está la **Píldora del día después**. El **14,7%** de los adolescentes habla de ella.

El resto de los métodos efectivos para evitar un embarazo no llegan a ser citados por el 10% del total de adolescentes.

Sin embargo lo que es más sorprendente y preocupante es que un **21,4% de los adolescentes** habla de métodos que son **erróneos, inválidos y no efectivos para evitar un embarazo** (como por ejemplo: “la marcha atrás”, “hacerlo con una virgen”, “hacerlo cuando tenga la regla”...). El porcentaje es tan alto en chicos (21,1%) como en chicas (21,8%) y, además de reflejar una mala educación sexual, **hace temer una gran incidencia de embarazos no deseados**.

También es alarmante que el **9,2%** de los encuestados **no nombre ningún método** y, en el caso de los chicos, este porcentaje llegue al 12,3%. Es decir, según nuestros datos **el 12,3%** de los chicos y el **6,7%** de las chicas de

2º y 3º de ESO de Castilla y León no conoce ningún método para evitar un embarazo.

Esta falta de información sobre anticonceptivos en un porcentaje importante de los encuestados, también aparece en otro estudio reciente, en el que un 15% de los jóvenes consideraba otros métodos diferentes al preservativo y a los hormonales como los más seguros para evitar un embarazo. [247]

Asimismo, en el estudio HBSC-2010, se pone de manifiesto que del total de adolescentes españoles de 15 a 18 años que tienen relaciones coitales, un 80,4% usa un método anticonceptivo seguro y que previene ETS, un 5,6% usa un método anticonceptivo seguro, pero que no previene ETS, y el 14% restante no usa ningún método seguro. [37]

A continuación trataré sobre algunos de los métodos mencionados por los adolescentes: el preservativo, la píldora del día después o anticoncepción de emergencia y el aborto:

El preservativo:

El preservativo es el método anticonceptivo ideal para los adolescentes ya que, además de evitar embarazos no deseados, impide el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

En un estudio reciente, los adolescentes pensaban que el preservativo era uno de los métodos más seguro, barato, cómodo, sano y accesible (ya que no necesitan ir a ningún médico para usarlo y no tenían problemas para adquirirlo) [254]. En otro estudio, chicos y chicas (especialmente ellas), consideraban que el preservativo era bien aceptado por su grupo de iguales [12]. Además los jóvenes consideran que el condón es el mejor anticonceptivo cuando no se tiene pareja estable. [254]

A la **gran mayoría** de los adolescentes de nuestra encuesta la palabra condón o preservativo le hace pensar en *Prevención de enfermedades de transmisión sexual* (al 79% del total, sin apenas diferencias entre sexos: 78,3% de los chicos y 79,5% de las chicas) y en *Prevención de embarazos* (al 86%).

En este caso vemos una pequeña pero interesante diferencia entre chicos (82,4%) y chicas (88,8%) que quizás se pudiera interpretar como una mayor preocupación de ellas por evitar los embarazos.

A una ínfima minoría la palabra condón o preservativo le hace pensar en *Vergüenza* (3,1%) o en *Perversión, depravación, inmoralidad, promiscuidad* (1,7%) o en *Otras cosas* (2,1%).

Numerosas investigaciones han observado que el uso del condón se incrementa cuando se mantienen relaciones sexuales con una pareja ocasional o cuando los jóvenes tienen menos de 18 años.

En el primer caso, se sabe que cuando las parejas tienden a estabilizarse se reduce el uso del preservativo, en beneficio de otros métodos, como la píldora, al tiempo que disminuye la percepción de riesgo [12]. En cuanto a la edad, en una encuesta realizada en España entre jóvenes de 18 a 29 años se determinó que, conforme se incrementa la edad, existía un descenso en el porcentaje de jóvenes que informaba del uso del preservativo en la última relación sexual (lo que parece relacionado con la estabilización de las parejas) [8]. Datos similares fueron observados en el estudio británico NATSAL 2000, en el que se apreció que los chicos y las chicas que habían tenido dos o más parejas usaban el preservativo más frecuentemente que los que sólo habían tenido una pareja. [12]

Independientemente de la edad y del tipo de pareja, los jóvenes y adolescentes de ambos sexos hacen mayor uso del preservativo en las prácticas coito-vaginales que en las bucogenitales y coito-anales, a pesar del riesgo que comportan estas últimas sin protección frente al contagio del VIH y otras ITS. Este hecho apoya la idea de que el condón se utiliza fundamentalmente para evitar embarazos y, en menor medida, para prevenir las ITS. [12]

Sin embargo, un porcentaje muy importante de jóvenes (un 68,7% en un estudio reciente) no utiliza siempre preservativos en sus relaciones sexuales. [13]

Las razones argumentadas por los jóvenes para no usar el preservativo son:

- **Tener pareja estable:** En un estudio reciente fue la razón más mentada (68,7%) para no usar condón. El problema es que un 80% de los jóvenes tienen dos o más parejas al año de media con lo que la transmisión de ITS sigue siendo muy posible. [13]
- **El alcohol y otras drogas:** una gran mayoría de los adolescentes de una reciente encuesta (76,6%) ha tenido relaciones bajo los efectos del alcohol, por lo menos en alguna ocasión, y un 55,2% bajo los efectos de alguna droga ilegal. Un 26,5% declaró que no había utilizado el preservativo en alguna ocasión por 'estar demasiado pasado', siendo mayoría los varones [13]. En este sentido, en un estudio sobre jóvenes que van a discotecas, se observó un menor uso de los preservativos que en la juventud en general. Esto puede ser debido a que son lugares donde se abusa del alcohol y otras drogas. [259]
- **Razón cultural:** en las culturas latinoamericana y magrebí, por ejemplo, la prevalencia de utilización del preservativo es baja y existe una actitud negativa hacia él [11]. Este hecho hay que tenerlo en cuenta dada la importante proporción de inmigrantes en nuestra sociedad.
- **Otras razones:** no tener un condón en ese momento (sobre todo citado por los varones), exceso de entusiasmo (también más alegada por los varones), por olvido o incomodidad en preguntar. [13]

En nuestro estudio, **la gran mayoría (el 85,4%) de los adolescentes que afirman haber tenido relaciones sexuales con penetración ha usado preservativo en su última relación sexual.** En esta cuestión no hay diferencias estadísticamente significativas entre chicos (84,2%) y chicas (86,6%) ni en relación con la edad de los encuestados.

Sin embargo, existe una **minoría nada desdeñable que niega haber usado preservativo en su última relación sexual.** Se trata de un 14,6% de los adolescentes que afirman haber tenido relaciones sexuales con penetración. Estos adolescentes estarían **expuestos al contagio de enfermedades de**

transmisión sexual y, si no usan otro método anticonceptivo, a embarazos no deseados.

Nuestros datos son coherentes con otros estudios recientes. Por ejemplo, en uno de ellos, el 87% de los varones y el 90% de las mujeres de entre 15 y 24 años afirmaron haber usado métodos anticonceptivos en su última relación sexual siendo el preservativo el más utilizado [8]. En el estudio HBSC-2010 el 87,9% reconoció haber usado algún método anticonceptivo (la gran mayoría el condón) en su última relación sexual [37]. Asimismo, Godeau et al. mostraron que el 81,4% de los adolescentes españoles de 15 años utilizaron el preservativo durante su última relación sexual. [260]

Otros estudios encuentran tasas más bajas de uso: en el estudio de Calafat sobre contextos recreativos, sólo el 55% utilizó el preservativo la última vez que tuvo una relación sexual siendo significativamente más los varones (61,7%) que las mujeres (48,6%) quienes lo hicieron [13]. Puede que este bajo porcentaje sea debido al consumo de alcohol y otras drogas inherente a las discotecas y bares.

La anticoncepción de emergencia:

Desde el punto de vista de la Salud Pública, la anticoncepción de emergencia puede considerarse un método de prevención primaria de un embarazo no deseado que sólo debe usarse después de una relación sexual coital sin protección o cuando ha fallado el método anticonceptivo habitual. El levonorgestrel fue aprobado en el año 2001 por el Ministerio de Sanidad y Consumo para la anticoncepción de emergencia. Diversos estudios han comprobado que es el mejor método debido a su eficacia y facilidad de uso. Aunque no tiene efectos secundarios graves (nauseas, vómitos, mareo, fatiga, cefalea o tensión mamaria) y su uso repetido no es un problema, no debería utilizarse como método anticonceptivo habitual, ya que no protege frente a las ETS.

Se dispensa la anticoncepción de emergencia a partir de los 15 años sin prescripción médica en países como Francia desde 1999, Finlandia desde 2002 e Irlanda desde 2003. En España, desde septiembre de 2009 , tras la regulación aprobada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, se autoriza

la dispensación de la anticoncepción de emergencia en las farmacias sin receta [257]. Este fácil acceso ha conducido a grandes controversias entre expertos y en la población. Por una parte, ofrece la posibilidad de reducir los embarazos no deseados y las interrupciones voluntarias, pero por otra parte hay riesgo de que se abuse de él, acabe por utilizarse como un método de anticoncepción habitual y aumenten las relaciones sin protección. [258]

En diferentes países se han realizado estudios analizando si la facilidad de acceso a la pastilla poscoital afecta a las tasas de embarazos, las enfermedades de transmisión sexual o los comportamientos sexuales y anticonceptivos. Estos estudios muestran que la accesibilidad al comprimido no influye en la reducción de los embarazos no planificados. Lo que sí se observaba era un aumento de su uso y una reducción en el tiempo entre la relación de riesgo y la toma del comprimido cuando las mujeres disponían de la pastilla por anticipado. [258]

En un reciente estudio catalán se pone de manifiesto que el uso de la anticoncepción de emergencia es mayor entre las chicas más jóvenes, concretamente entre las de 16 a 19 años, seguidas de las de 20 a 24 años (como se ve en el siguiente gráfico). [258]

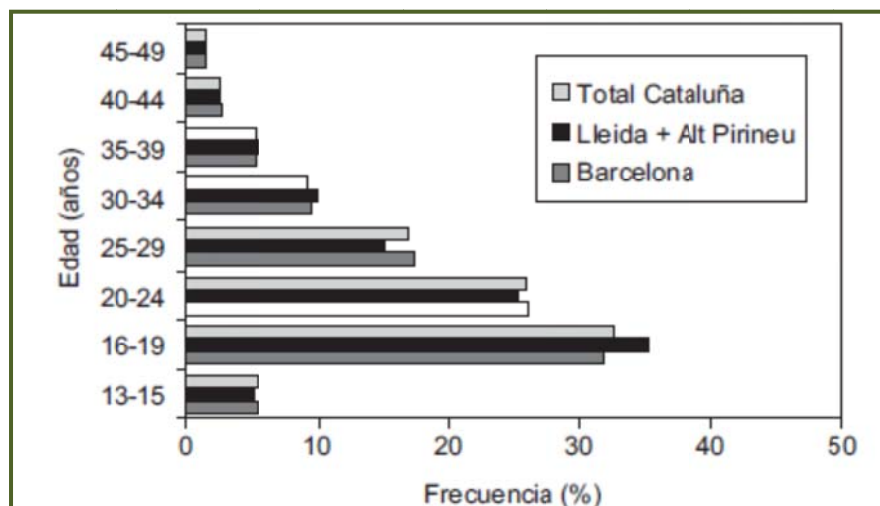


Figura 271: Uso de la anticoncepción de emergencia en mujeres catalanas en función de su edad. [258]

La mayoría de las mujeres habían usado la anticoncepción de emergencia 2 veces (78,5% de los casos). Alrededor de un 9% la había usado

4 veces o más. Sólo un 1,8% la había utilizado 1 vez. Estos resultados apuntan a que no todo el mundo tiene claro que esta pastilla sólo debe usarse para emergencias y no como método anticonceptivo habitual.

La distribución semanal de la dispensación de la pastilla, con una mayor frecuencia entre sábado y lunes, hace pensar que en la mayoría de los casos se trata de relaciones esporádicas. Los fines de semana, cuando la gente joven sale por la noche, se dan más a menudo este tipo de relaciones. [258]

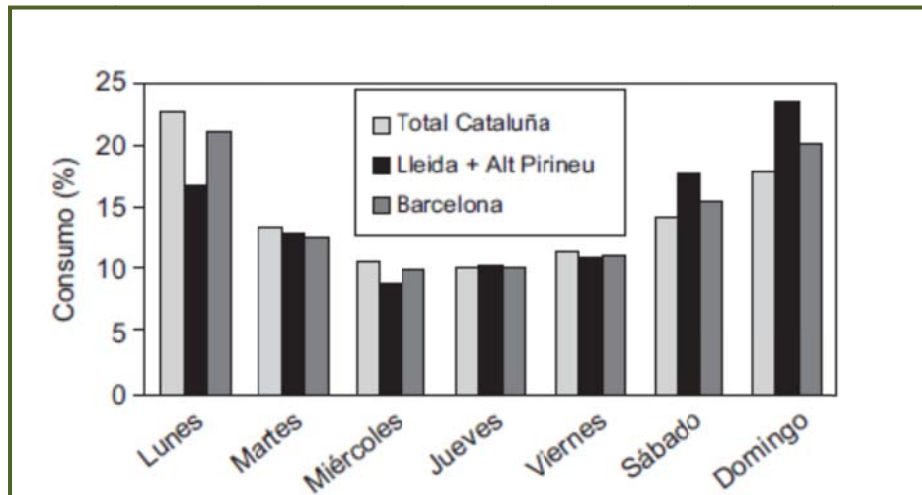


Figura 272: Distribución semanal del consumo de la anticoncepción de emergencia. [258]

En otro estudio sobre población escolarizada, de los 390 alumnos que declararon haber mantenido relaciones sexuales con penetración, un 24,6% dijo haber utilizado la anticoncepción de emergencia alguna vez (sin diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas). De esas 96 personas, 51 declararon haberla usado una vez, 27 dos veces, 10 tres veces o más y 8 no indicaron la frecuencia. [257]

En ese estudio escolar, tanto en los chicos como en las chicas, el uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia se asoció con el consumo abusivo de alcohol (relación también encontrada en un estudio irlandés y en otro finlandés que también lo asociaba al consumo de tabaco) y con tener relaciones sexuales con penetración semanalmente. No obstante, cabe destacar algunos factores diferenciales según el sexo, como es no haber trabajado temas de sexualidad en el aula en los chicos y el consumo de cannabis en las chicas. Estas diferencias podrían explicarse por un mayor acceso de las chicas a otras fuentes de información (consulta ginecológica y

otros profesionales de la salud) y por una mayor implicación personal en la prevención de un embarazo no deseado. Por otro lado, el consumo de cannabis entre las chicas parece estar asociado a conductas sexuales de más riesgo. [257]

Entre los aspectos negativos de la anticoncepción de emergencia (ACE) podemos destacar:

- El acceso a la ACE no ha conseguido disminuir las tasas de embarazo o los abortos. Según algunos autores, el perfil socioeconómico de las mujeres que usan la anticoncepción de emergencia es distinto al de las mujeres que abortan, las cuales, en general, tienen un nivel socioeconómico inferior y son más vulnerables a edades más tempranas. [258]
- La ACE evita el embarazo, pero no las ITS. El preservativo es el único método que evita ambos. Teniendo en cuenta que en las edades más jóvenes es habitual tener relaciones esporádicas, aún resulta más importante el uso del preservativo entre los adolescentes. [258]
- La mayor accesibilidad a la pastilla puede llevar a mantener más relaciones sexuales no protegidas entre las chicas más jóvenes. Además un estudio sobre adolescentes mostró que el uso de la ACE fue significativamente mayor en las más jóvenes que disponían de la pastilla por anticipado. [258]

Para concluir este apartado añadiré que las chicas que han tomado la ACE en alguna ocasión refieren que no la han utilizado como método anticonceptivo, sino cuando han tenido un “problema” con el preservativo. En diferentes estudios aparece que las adolescentes saben que pueden ir a buscar la anticoncepción de emergencia como último recurso para evitar el embarazo. [254]

El aborto:

Se estima que unas 18.000 chicas menores de 19 años quedan embarazadas cada año en España y que de ellas aborta la mitad [10]. El índice de interrupciones voluntarias de embarazos entre las menores de 19 años (al

igual que en el resto de edades) ha crecido en los últimos años pasando en 2005 a una tasa de 10,9, el doble de la que se registraba en 1997 [243]. Este incremento también lo podemos ver en el siguiente gráfico:

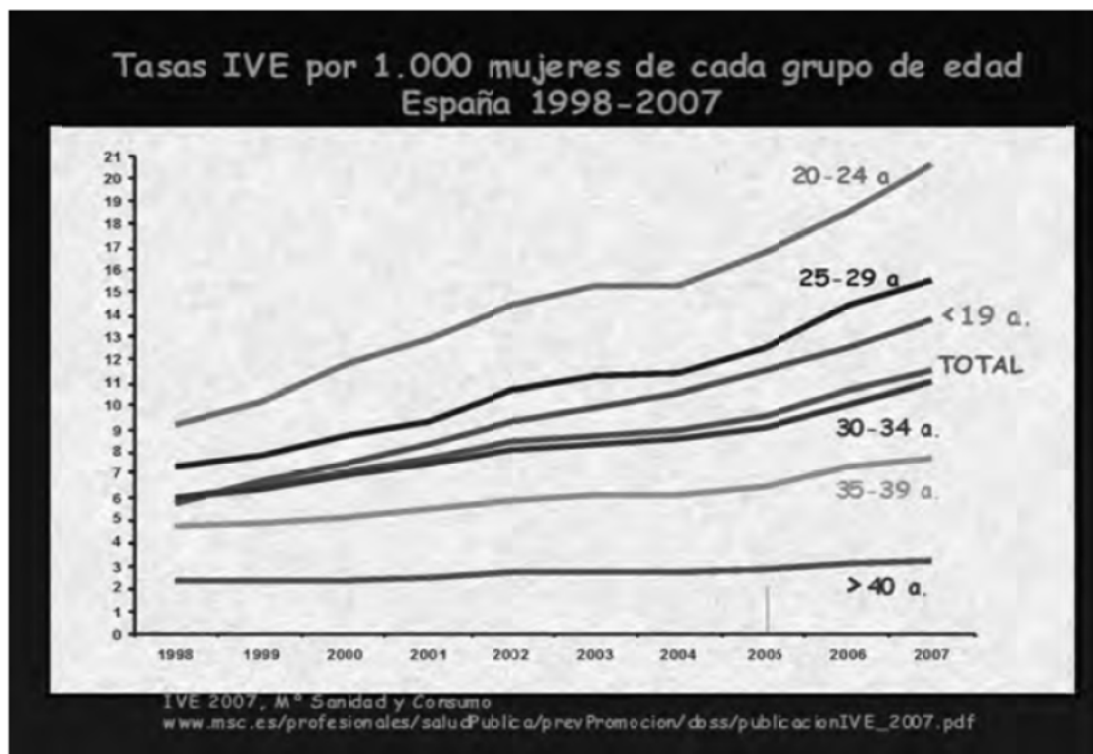


Figura 273: Evolución de las Tasas IVE/1000 mujeres según su edad. 1998-2007[2]

Simultáneamente habría aumentado la reincidencia en el hecho de abortar. Así, el 25% de las mujeres que abortan ya lo habría hecho antes. [246]

Es una realidad que la inmensa mayoría (más del 97%) de las IVE se efectúan en centros privados [10]. Además, hay que destacar que, si tenemos en cuenta a mujeres de cualquier edad, un 44% de los abortos se practican a mujeres inmigrantes. [249]

5. Enfermedades de transmisión sexual:

La adolescencia es un período de la vida que se caracteriza por la búsqueda de nuevas experiencias y la asunción de riesgos [8]. Si a esto unimos la nueva actitud de los jóvenes ante la conducta sexual, considerada una actividad más a la que pueden acceder fácilmente, nos encontramos con importantes repercusiones en la Salud Pública debido al riesgo de contraer VIH

y otras enfermedades de transmisión sexual y al incremento de los embarazos no deseados. [259]

Así, se ha observado un auge de las ITS dentro de este grupo de población, especialmente de las infecciones por clamidias, sífilis, virus del papiloma humano y herpes virus. En el caso del SIDA, a fecha de 30 de junio de 2006, se registraron en España 21.851 casos en menores de 30 años, lo cual supone el 30% del total de casos declarados, lo que es un hecho común al resto de los países del mundo.

Estudios empíricos demuestran cómo se incrementaron en Europa los diagnósticos de VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual entre 1995 y 2000 [2] y que ese aumento ha seguido produciéndose al menos en España. Así, frente a las 700 infecciones de sífilis y a las 805 de gonorrea declaradas en 2001, en 2005 se registraron 1.255 y 1.174, respectivamente, según datos del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Esto es, se produjo un incremento del 79% en las infecciones por sífilis y un 45,8% en las gonocócicas en sólo 5 años. [246]

Los adolescentes sexualmente activos son un grupo de riesgo para las ETS por el poco control, falta de información y número de compañeros sexuales [10]. Conductas como no usar el preservativo, tener múltiples parejas sexuales y la frecuencia de las relaciones sexuales constituyen un riesgo para la infección por las ETS. Entre los **factores de riesgo** para la infección por las ETS se encuentran:

- una edad de inicio temprana de las relaciones sexuales coitales (a los 15 años o antes), que se ha asociado con un mayor número de parejas sexuales;
- mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas;
- tener múltiples parejas sexuales ocasionales. [8]

Además, un concepto importante que vemos en nuestros jóvenes es el de la **monogamia serial**, en el que se tienen varias relaciones consecutivas en el tiempo y se es fiel mientras dura cada relación. Al considerar que tienen una relación monógama pueden no ver la necesidad de prevenir ETS y la

probabilidad de usar el preservativo es menor debido a que el tiempo de relación genera confianza. [12, 254]

En las relaciones sexuales con un amigo o conocido, el riesgo vendría porque no se esperan problemas y se realizan con una persona de confianza de la que suponen no tiene ninguna enfermedad. En las relaciones esporádicas con desconocidos la mayoría utiliza el preservativo para protegerse tanto del embarazo como de las ETS, aunque esta conducta puede no seguirse en ocasiones, como cuando han consumido alcohol. [12, 254]

La **promiscuidad** es un factor de riesgo muy importante. Estudios recientes confirman que a medida que aumenta el número de parejas sexuales que se han tenido, disminuye el número de veces que se usa el preservativo [254]. Además, el hecho de tener una nueva pareja sexual se considera una situación de riesgo, ya que la probabilidad de que un individuo se infecte con un cambio de pareja se incrementa y, a medida que un individuo cambie más a menudo de pareja y mantenga más relaciones sexuales sin protección con ellas, más rápido se diseminarán las ITS. [14]

El conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual va aumentando conforme avanza la edad de nuestros encuestados. Así, del **50%** de 12-13 años que dice tener **suficiente información**, pasa a un **61%** de los de 14 años y sube al **70%** de los de 15-16-17 años.

Además según avanza la edad de nuestros encuestados cada vez nombran más enfermedades que puedan ser adquiridas mediante relaciones sexuales. Así, de un **16,7%** de los de 12-13 años que pone **tres enfermedades**, sube a un **20,5%** de los de 14 años y luego sube a un **31,2%** para los de 15-16-17 años.

Si analizamos las ETS mencionadas vemos que el **SIDA/VIH** es la gran enfermedad de transmisión sexual conocida por los adolescentes (es citada por el **79,1%** de los encuestados). La siguiente ETS nombrada es el **cáncer de cuello de útero** o **VPH** o **Virus del Papiloma Humano** (citado por el **21,7%**). Este porcentaje es mayor en las chicas (**24,7%**) que en los chicos (**17,9%**), aunque parece lógica esta diferencia, ya que son ellas las que reciben la vacuna contra

el VPH. El resto de las ITS son nombradas por menos del 16% de los adolescentes.

Nuestros datos son coherentes con otro estudio en el que la mitad de los entrevistados sólo supo mencionar el SIDA como única infección de transmisión sexual [225]. En otra investigación se observó que las otras ETS eran desconocidas para la mayoría de los adolescentes y además, suponían que ninguna era demasiado grave. [254]

En otro estudio reciente sobre adolescentes, el 2,8% de los encuestados había tenido una ETS en los últimos 12 meses y el 2,5% no sabía qué era una ETS. [8]

Sin embargo, lo que más influye en las conductas protectoras de nuestros jóvenes es la percepción del riesgo de embarazo. El riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual se percibe como bajo y está basado en los conocimientos que tienen sobre el SIDA. [254]

6. Embarazo adolescente:

El embarazo es una experiencia vital generalmente positiva en la vida de la mujer. Sin embargo, esto no suele ser así cuando se refiere al embarazo adolescente. Las características específicas de este periodo de la vida hacen que en muchas ocasiones se trate de un embarazo no deseado ni planificado, suponiendo un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven. Por todo ello, el embarazo adolescente constituye un problema más social que médico [248] y la OMS los considera embarazos de alto riesgo. [10]

A nivel mundial, se estima que cada año hay unos 15 millones de adolescentes que son madres, el 80 % de ellas en los países en desarrollo [10]. Los datos en España muestran que, en la franja de edad entre 15 y 19 años, tanto la tasa de fecundidad como la tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) han aumentado en la década entre 1998 y 2008 [248]. Los embarazos en las chicas entre 14 y 17 años han aumentado de un 4 por mil en 1990 a casi un 12 por mil en 2006. Como hemos dicho, en la mayoría de las ocasiones son embarazos no deseados y muchos de ellos terminarán en abortos (la tasa de abortos en menores de 19 años ha pasado de un 4,91 por

cada 1.000 mujeres en 1993 a un 12,53 en 2006 [247]). Esto quiere decir que en muchos casos no se utilizan o no se usan correctamente los métodos anticonceptivos, lo que puede conllevar además otros problemas, como pueden ser las infecciones de transmisión sexual. [258]

Por tanto, a pesar de los avances científicos, las campañas publicitarias y las nuevas estrategias docentes no se ha conseguido disminuir el número de embarazos en adolescentes en España [247] sino que siguen en aumento. Son varios los **factores** que pueden influir en este aspecto y entre ellos destacan:

- una mayor **permisividad y liberalidad** respecto a las conductas sexuales de los jóvenes;
- el inicio precoz de las relaciones sexuales y la promiscuidad;
- el consumo de tabaco, alcohol y drogas; [10]
- el aumento de la **inmigración** durante los últimos años: con una visión cultural particular respecto al embarazo en edades tempranas y un mayor desconocimiento de las infraestructuras habilitadas para abordar este tema. Estudios recientes destacan una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, menor uso de métodos anticonceptivos y mayor porcentaje de jóvenes con embarazos no deseados en el colectivo de inmigrantes. [248]
- **aspectos tradicionales, sociales, culturales o religiosos**. Es decir, el contexto sociocultural en que se desenvuelven las adolescentes ejerce una gran influencia sobre su conducta sexual y reproductiva. [255]
- la exposición a programas de **televisión** de contenido sexual se relaciona con el inicio temprano de relaciones sexuales y el embarazo adolescente. En un reciente trabajo realizado en EEUU se ha observado que la visión de gran cantidad de programas de televisión de contenido sexual dobla la posibilidad de embarazo en los 3 años siguientes, en relación con la situación contraria. [2]
- la expresión de **sentimientos o discursos ambivalentes hacia el embarazo** por parte de las adolescentes indican un mayor riesgo de quedarse embarazada [255];
- el **abandono escolar** favorece una mayor predisposición al embarazo. Además hay estudios que han relacionado el menor nivel educativo de la

pareja con la actitud favorable hacia el embarazo y el rechazo al aborto. [255].

Para algunos autores, el perfil de la madre adolescente es el de una joven de entre 15 y 19 años, soltera, de nivel socioeconómico bajo, sin información adecuada sobre el sexo y medios anticonceptivos, con inestabilidad emocional, que no ha finalizado los estudios, consumidora de tabaco, alcohol o drogas y carente de independencia económica. [10]

Los resultados de un estudio reciente muestran que el embarazo durante la adolescencia no es el resultado de un proceso de toma de decisiones entre los dos miembros de una pareja, sino que ocurre como consecuencia de la no utilización de métodos anticonceptivos o de su uso incorrecto. Pero tampoco es el resultado de un encuentro ocasional o esporádico no previsto por las chicas, sino que sucede en el marco de una relación de noviazgo socialmente conocida. [255]

Se consideran **factores de protección** para el embarazo adolescente los siguientes:

- una buena integración familiar: con una familia organizada, que valore los estudios y la cultura, con una buena comunicación; afectiva y confianza en los hijos;
- un nivel de instrucción medio o alto;
- un trabajo estable. [10]

En España se producen anualmente unas 4000 gestaciones en menores de 17 años que finalizan en parto [255]. Tienen los siguientes **riesgos**:

- **Mayor morbimortalidad perinatal:** debido a una mayor presencia de partos pretérmino, recién nacidos de bajo peso, crecimiento intrauterino retardado y anemia ferropénica. [247]
- **Consecuencias para la madre adolescente:** La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja pues se acumulan las dificultades personales, con su pareja, con su familia y con su entorno. Sienten un vacío afectivo, tristeza, estrés, baja autoestima y sentimiento de culpabilidad. Pueden tener reacciones depresivas, incluso tendencias de suicidio, si no aceptan el problema. Bruscamente se cercena su

adolescencia y se encuentran en la obligación de ser madres, algo para lo que no están preparadas.

Además el embarazo de la adolescente suele conllevar que abandone los estudios y a los 2 años la mayoría se ha desconectado de sus amigas. [10]

- **Consecuencias para el padre adolescente:** Se ve sometido a un estrés emocional, que le dificulta el vínculo con el hijo y la aceptación de la paternidad. Toleran mal las frustraciones, ya que el niño no es como ellos quieren en el momento que quieren, por lo que es frecuente el enojo y las reacciones desajustadas. Si tiene que ponerse a trabajar la remuneración suele ser baja y tiene dificultades económicas a la par que ejerce una paternidad para la que no está preparado. [10]

La inmensa mayoría (el **93,6%**) de nuestros encuestados cree que embarazarse tiene algún **riesgo para los adolescentes**. Este porcentaje es aún más mayoritario en el caso de las **chicas** (el 95,2%) que en el de los **chicos** (91,5%), siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Los riesgos más importantes que nuestros encuestados advierten para el embarazo adolescente son:

- *Responsabilidades maternas o paternas* lo marca la gran mayoría (el 87,3%).
- La *Interrupción de la labor formativa* es el segundo riesgo en importancia. Así lo indica el 64,3%. Sin embargo hay diferencias sensibles entre sexos. En este sentido, para las chicas (68,9%) es bastante más importante que para los chicos (58,3%).

Por otro lado, se observa que alrededor del 45% de las adolescentes embarazadas acaba abortando. El aborto está contemplado dentro del marco legal, pudiéndose realizar en centros públicos. Aún así, esto no exime de que se trate de un proceso duro y difícil, en el que debería asegurarse un adecuado soporte psicológico a la adolescente en todo momento. [246, 248]

Para terminar, añadiré que la prevención del embarazo adolescente requiere información adecuada y adaptada a la edad, el sexo, la cultura y las

experiencias sexuales de los adolescentes. Precisa de un gran esfuerzo coordinado y dirigido no sólo a los adolescentes, sino también a las esferas política, económica, médica y educativa. [262]

7. Diferencias en la sexualidad adolescente entre chicos y chicas:

En nuestro estudio (y en casi todos los estudios sobre adolescentes) se compara cada respuesta en función del sexo del encuestado. Y es que chicos y chicas viven la sexualidad de modo esencialmente diferente, a pesar de que en los últimos años parecen haberse diluido algo esas diferencias.

Hay que tener en cuenta que estas diferencias no son algo que surja en la adolescencia, sino que ya se hace patente en la primera infancia [244]:

Diferencias en la sexualidad de niños y niñas:

Por un lado, los niños en general tienen más conductas sexuales que las niñas: masturbación, tocamientos, mostrar genitales, observar genitales, fantasías sexuales explícitas, juegos sexuales explícitos, intentos de coito, etc. En general, los niños tienen más frecuencia en relación a casi todas las conductas sexuales posibles, observándose en la masturbación una de las diferencias más claras. Del mismo modo, en diferentes estudios los niños han mostrado niveles de excitación y de respuesta orgásmica mayores. [244]

Por otro lado, las niñas superan a los niños en la masturbación con objetos (conducta muy condicionada por la anatomía del niño –poco apropiada para ello – y de la niña), imitación de besos, caricias, conductas de seducción y enamoramientos. Se trata de conductas con un significado sexual, pero también con contenidos afectivos más explícitos.

En este sentido, parece que la sexualidad de las niñas es más afectivo-relacional que la de los niños; mientras que la de éstos está más directamente relacionada con la excitación y el placer sexual. Parece, por tanto, bien evidente que hay diferencias en las motivaciones, en las conductas y en el significado de las conductas sexuales y afectivas antes de la pubertad. [244]

Diferencias en la sexualidad de los adolescentes:

Como he señalado previamente, las diferencias entre chicos y chicas eran más claras hace unos años: los chicos, comparativamente con las chicas, eran mucho más liberales y erotofílicos.

Hoy en día, la mayor parte de los chicos y chicas tienen opiniones liberales y sentimientos erotofílicos, que son cada vez más semejantes. De hecho, por ejemplo, les parece legítimo masturbarse, admiten las relaciones prematrimoniales, no ponen como condición necesaria el compromiso de pareja, ni los afectos, aunque estos dos últimos aspectos juegan, de hecho, un rol importante. [244]

Si tenemos en cuenta las conductas sexuales:

- **INICIO EN LAS RELACIONES SEXUALES:** Si tomamos como referencia el inicio de las relaciones coitales y otras manifestaciones de la conducta sexual, las diferencias entre chicos y chicas son mucho menores en la actualidad y en algunos estudios incluso no se aprecian.
- **MASTURBACIÓN:** La conducta de la masturbación la práctica un número mucho mayor de chicos (entre el 80-90% frente al 50-60% de chicas), haciéndolo, además, con mayor frecuencia.
- **SEXO OCASIONAL:** Los varones están más dispuestos al sexo ocasional, es decir, a tener relaciones sexuales sin especiales afectos o compromisos. Esto hace que tengan mayor tendencia a la promiscuidad que las chicas. [244]

Así, se refleja en numerosos estudios actuales que los chicos tienen más parejas sexuales que las chicas y tienen más conductas de riesgo que ellas [8, 12]. Entre las conductas de riesgo podemos incluir el de dar o recibir dinero para tener relaciones sexuales. En el estudio de Calafat sobre jóvenes en contextos recreativos, un 7,3% había pagado para tener relaciones sexuales, con diferencias significativas entre varones (14,3%) y mujeres (sólo el 0,9%); o bien, les han pagado por mantener sexo con diferencias significativas nuevamente entre ambos sexos (el 6,7% los varones, el 0,4% las mujeres). [13]

En relación al tipo de conductas sexuales, las mujeres encuentran mayor placer por la comunicación, las caricias y los juegos afectivo-sexuales, mientras los varones suelen buscar más directamente la conducta coital. Por eso en las

primeras manifestaciones sexuales (besos, caricias, etc.), las diferencias entre chicos y chicas son menores que en cuanto a las relaciones coitales.

Y es que las mujeres asocian la actividad sexual más a los afectos, la intimidad y el compromiso que los varones. De hecho suelen tener menos parejas y dar un significado afectivo y social más fuerte a la pareja que han tenido o tienen. Por ejemplo, las primeras parejas suelen tener más contenido emocional y social para las mujeres que para los varones. Son también más las mujeres las que ponen la condición, más o menos explícita, de los afectos, de que sus relaciones sexuales tengan lugar en un contexto amoroso. De hecho, su actividad sexual está más vinculada al hecho de tener pareja.

Incluso en las conductas sexuales más ocasionales, también es más frecuente que las chicas acaben atribuyéndole más contenido afectivo y tienen más dificultades para que la experiencia sexual haya sido sólo eso: un encuentro para compartir el placer sexual. [244]

Otro hecho diferencial es que los chicos presentan una mayor frecuencia de fantasías sexuales y mayor deseo sexual que las chicas y son más activos en la búsqueda de relaciones. [244, 263].

Estos patrones descritos se mantienen en la vida adulta y vejez básicamente de manera similar, por lo que hay una cierta estabilidad en ellos desde la primera infancia hasta la vejez. [244]

Estas diferencias en motivación, exclusividad, atracción, deseo, fantasías e iniciativa reflejan un **patrón** bien evidente: los **chicos** tienen motivaciones sexuales más explícitas y más abiertas a diferentes personas, a la vez que la sexualidad ocupa más su mente y sus afectos sexuales; mientras las **chicas** vinculan más la sexualidad a los afectos y a una pareja o un número más reducido de personas, a la vez que piensan menos explícitamente en la sexualidad. Aún así, este cuadro deja fuera a un número relevante de adolescentes, por lo que parece tratarse de un patrón en proceso de cambio. Proceso que aparece especialmente claro por los cambios que se dan en relación con la edad, aproximándose en general las chicas a los chicos a medida que van cumpliendo años. [244, 245]

Es decir, con la edad son más las chicas que reconocen la motivación sexual, lo que parece demostrar que reducen distancias con el patrón sexual

de los chicos. Las diferencias de edad no pueden tener una base fisiológica porque la pubertad de las chicas, como es sabido, es anterior; por ello, los expertos creen que se trata de efectos de una socialización sexual de las chicas en las que se les ha insistido mucho en el valor de los afectos y menos en el del sexo. Es decir, los menores de edad y muy especialmente las chicas dependen más de las actitudes familiares. [244]

La mayor vinculación de la afectividad con la sexualidad de las chicas también se refleja en nuestro estudio cuando le preguntamos **con quién han tenido relaciones sexuales con penetración**. Aunque la mayoría de los adolescentes (el **65,9%**) ha sido **sólo con su novio/a**, hay una gran disparidad entre sexos en esta cuestión. Este porcentaje es de poco más de la mitad en los chicos (el 53,5%), mientras que en las chicas es la gran mayoría (el 78,6%).

El **20,4%** de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales con penetración ha sido **sólo con un amigo/a**. También aquí hay gran disparidad entre sexos, ya que es bastante más frecuente en los chicos (27,2%) que entre las chicas (13,4%).

El **6,2%** de los encuestados que han tenido relaciones sexuales con penetración ha sido **sólo con una persona nueva en su vida**. El porcentaje es más del doble en chicos (8,8%) que en chicas (3,6%).

Todos estos datos nos sugieren que **las chicas necesitan una relación de afecto, de pareja, para tener relaciones sexuales con penetración con mucha más intensidad que los chicos** (es mucho más frecuente en ellos que las relaciones sean con amigas o con personas nuevas).

Para ver el grado de **erotofobia-erotofilia** (según Fisher, es la disposición a responder ante los estímulos sexuales a lo largo de una dimensión negativa-positiva de afecto y evaluación) de nuestros encuestados, les pedimos que respondieran la versión en castellano y reducida del Sexual Opinion Survey.

White, Fisher, Byrne y Kingma desarrollaron en 1977 el Sexual Opinion Survey. Se trata de un test compuesto por 21 ítems a través de los que se pretende conocer la respuesta afectiva y evaluativa de las personas ante diversos estímulos sexuales. El rango de estímulos evaluados abarca

conductas autoeróticas, heterosexuales, homosexuales, fantasías sexuales y estímulos visuales.

Gracias a este cuestionario se ha puesto de manifiesto que la erotofilia se asocia positivamente a:

- Una mayor frecuencia de actividad autoerótica, más experiencias sexuales en el pasado y mayor número de parejas sexuales.
- La retención y el aprendizaje de información sexual, con la posibilidad de anticipar una posible relación sexual, con la adquisición de métodos anticonceptivos y con el uso consistente de éstos.
- La utilización de fantasías sexuales.

Para corregir este test hay que sumar la puntuación obtenida de los ítems directos (en nuestra encuesta: 2, 6, 7 y 8) y restarles la suma de los ítems inversos (1, 3, 4, 5, 9 y 10). A este resultado se le suma 38 para conseguir que las puntuaciones oscilen entre 0 (mayor erotofobia) y 60 (mayor erotofilia). [35]

La puntuación **media** de nuestros encuestados en el test SOS-r es de **26,3 puntos** y la moda es de 26 puntos. La puntuación media de los **chicos** es de **30,7 puntos** y con dos modas, una en 29 y otra en 36 puntos. La puntuación media de las chicas es de **22,8 puntos** con una moda de 25 puntos.

Las diferencias entre sexos son estadísticamente significativas lo que demuestra que los chicos son mucho más erotofílicos que las chicas, que son mucho más erotofóbicas que ellos.

En otras encuestas recientes donde se administraba el Sexual Opinion Survey también los chicos eran más erotofílicos que las chicas con diferencias significativas entre sexos. [245]

También encontramos diferencias importantes entre chicos y chicas cuando les preguntamos en nuestra encuesta por los **motivos para no tener relaciones sexuales** en la pregunta 29. Se trata de una pregunta de respuesta múltiple, con lo que los encuestados podían poner más de un motivo.

Pues bien, como conclusión a nuestros datos podemos decir que **las chicas parecen tener más motivos que los chicos para no tener relaciones**

sexuales. Mientras cada chica pone una media de 2,03 motivos, cada chico pone una media de 1,66 motivos.

La **mayor promiscuidad de los varones** también se refleja en nuestro estudio. La mayoría (el 60,2%) de nuestros adolescentes que han tenido relaciones sexuales con penetración lo han hecho sólo con su novio/a en el último año. Sin embargo, este porcentaje es mucho mayor en chicas (71,4%) que en chicos (que no llega a la mitad, el 49,1%).

Las causas de este patrón tan diferenciado entre chicos y chicas se han intentado explicar desde distintos campos:

Algunos científicos piensan que las diferencias son de base **biológica**. A favor de esta interpretación está el hecho de que se mantengan a lo largo del ciclo vital y aparezcan en culturas muy dispares. Esta base podría explicarse por las diferencias anatómicas de los genitales, las diferencias hormonales y posiblemente diferencias cerebrales. Algunos expertos consideran que las diferencias prepuberales se deben a factores biológicos, como son el tamaño y ubicación del pene (facilita el descubrimiento del placer y la masturbación) y del clítoris.

Los **evolucionistas** ponen el acento en la diferente función biológica que varones y mujeres tienen en la reproducción. A lo largo de la historia de la especie habría llevado a los varones a aceptar mejor que las mujeres el sexo ocasional y la búsqueda del placer sin compromiso, mientras las mujeres aprendieron a ser más selectivas y a valorar más otras cosas para no asumir en solitario la crianza de los hijos.

Otros expertos ponen el énfasis en la explicación **cultural**. Según ésta, los varones dominantes sometieron a las mujeres a sus intereses sexuales o a un rol de “objetos de placer propiedad del varón” o “madres de los hijos”. Por eso reprimieron su sexualidad (la eliminación del clítoris sería la versión más dramática) e impusieron una doble moral en la que los varones se sentían libres para tener conductas sexuales con diferentes mujeres, mientras las mujeres veían sus opciones limitadas a la monogamia. El hecho de que ellas se sientan más culpables teniendo menos fantasías sexuales, menos intereses

sexuales, menos deseos y menos conductas sexuales que los varones sería la demostración más clara.

Lo que parece más razonable es que hay razones biológicas, evolucionistas y culturales para explicar este doble patrón. Lo que es un hecho es que las razones evolucionistas deben ser cada vez menos importantes ya que las mujeres tienen menos dependencia económica y social del varón y pueden tener actividad sexual sin miedo a quedarse embarazadas. Por eso actualmente las mujeres pueden tomar la iniciativa en las relaciones sexuales y pueden decir libremente “sí o no” y han dejado de cumplir con la función asignada en las sociedades tradicionales: “decir NO a los varones, si no era en el matrimonio heterosexual y con el fin de tener hijos”. Este es el cambio más importante que se ha producido en la sociedad actual en los últimos años. [244]

8. Orientación sexual de los adolescentes:

La gran mayoría de los adolescentes de nuestra encuesta (el **89,6%**) se considera **heterosexual**. No hay diferencias apenas entre chicos (90,8%) y chicas (88,7%). El **3,9%** de los encuestados se define como **homosexual**. También en este caso hay pocas diferencias entre chicos (3,4%) y chicas (4,3%) y no son estadísticamente significativas.

Nuestros datos son coherentes con los de otros estudios recientes en los que la gran mayoría de los adolescentes se declaraba heterosexual (95% en el estudio de Teva [8], 90,4% en el de Calafat [13] o 92,9% en el de Lomba [259]) y los porcentajes de homosexuales eran también minoritarios (para algunos el 2,4% [8], para otros el 2,9% [259], etc.).

En estos estudios se consideraba como opción también la **bisexualidad** y los porcentajes se movían desde el 2,6% [8] al 3,8% [259]. En nuestro estudio no aparece esa casilla, aunque cuatro encuestados (dos chicos y dos chicas) de los 1289 adolescentes marcan la casilla de homosexual y de heterosexual. Podría significar que se consideran bisexuales, aunque es difícil de saber. En todo caso sólo representan al 0,3% de la muestra.

Lo que sí nos parece reseñable es el gran porcentaje de **No contestados**: **6,2%** de los encuestados, **5,5%** de los chicos y **6,7%** de las

chicas. Es, con diferencia, la mayor tasa de no respuesta en una pregunta simple y podría ser debido a:

- Dudas respecto a la propia orientación sexual.
- Cansancio, ya que es la última pregunta del cuestionario (aunque se tardaban menos de 20 minutos en rellenarlo).
- Miedo a las burlas de sus compañeros en caso de que se tenga una orientación sexual minoritaria.

9. Sexualidad adolescente y drogas:

Los accidentes de tráfico, las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados y el consumo de drogas son algunas de las consecuencias más sobresalientes del reciente fenómeno de *salir de marcha* que caracteriza el ocio nocturno de los jóvenes [13, 264]. Calafat et al. lo han denominado como Modelo de Diversión Hegemónico, caracterizado por importantes consumos de alcohol y drogas y por mantener relaciones sexuales con parejas diferentes. [264]

Esta forma de diversión es muy popular desde hace años entre los jóvenes españoles y según la Encuesta Escolar española del 2004, realizada a partir de una muestra representativa de jóvenes escolarizados de 14 a 18 años, más de la mitad ha “salido de marcha” durante el último mes. En su última salida un 44,8% se emborrachó, un 26,4% fumó cannabis, un 3,8% consumió cocaína, un 1,4% usó éxtasis y otro 1,4% alucinógenos. El horario de regreso a casa está relacionado con el consumo de sustancias. Así, refiriéndonos únicamente a las embriagueces, casi la mitad (un 47,2%) de los que se emborracharon regresaron a su casa después de las 4 de la madrugada, mientras que tan sólo un 17,9% corresponde a los que regresaron antes de las dos. [243]

El consumo de drogas en el contexto recreativo nocturno también está relacionado con un mayor número de relaciones sexuales [13]. Estos consumos son valorados positivamente por parte de los más jóvenes porque consideran estas sustancias como un instrumento facilitador de las relaciones sexuales. En muchos casos el consumo de drogas va asociado a la búsqueda de distintos efectos a la hora de mantener relaciones sexuales: el alcohol es

una sustancia valorada positivamente porque facilita el encuentro sexual, involucrarse en experiencias más arriesgadas y aumenta la excitación. La segunda sustancia más valorada por los jóvenes es la cocaína porque permite prolongar la relación sexual.

Pero también encontramos consecuencias negativas derivadas de la asociación entre consumo de drogas y relaciones sexuales. Esto es debido a la disminución de la percepción de riesgo que producen estas sustancias lo que hace más probable mantener relaciones sexuales sin protección, lo cual incrementa los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. [264]

En los ambientes recreativos hay estudios que muestran que cuando hay perspectiva de encuentros sexuales se puede derivar hacia un mayor consumo de drogas. Son muchos los jóvenes que valoran las sustancias (muy en especial el alcohol, pero también otras como cannabis, cocaína o éxtasis) por sus efectos facilitadores de logros sexuales que abarcan un amplio abanico de objetivos que van desde la relajación hasta una completa desinhibición. En las entrevistas a jóvenes de un estudio reciente se admitía que la mejor forma de ligar es ir directamente a ciertos locales en los que se sabe que es habitual que quienes acuden estén bajo la influencia del alcohol o las drogas. [243]

Los efectos de las diferentes drogas sobre el deseo y el acto sexual se han estudiado a fondo: el alcohol, el cannabis, la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas, «poppers» (nitrito de isobutilo), y GHB (ácido *gamma*-hidroxibutírico o éxtasis líquido). Muchas de estas drogas se valoran y consumen por sus efectos sobre las prácticas sexuales. Pero su consumo se asocia a menudo con conductas sexuales de riesgo y experiencias sexuales efímeras como «ligues de una sola noche» [259]. A continuación hablaré de las cuatro primeras:

El *alcohol* no sólo es la droga más consumida, es también la que interviene más habitualmente en la sexualidad. El alcohol es la sustancia más valorada por los jóvenes en relación con el sexo [257], excepto a la hora de prolongar la relación, aspecto para el que la cocaína es la sustancia preferida [243]. El alcohol es la sustancia más utilizada para iniciar las relaciones, para los primeros contactos. También es una estrategia para lograr sexo, ya que los

varones creen que baja la resistencia de algunas chicas que se muestran tímidas o indecisas. Del mismo modo, algunas de las chicas buscan por sí mismas esos efectos a través del alcohol: la sensación de ser atrevidas y de eliminar la timidez. [243, 259]

Sin embargo, hay mujeres que critican el uso del alcohol por parte de los hombres como medio para facilitar los encuentros sexuales. Muchas mujeres reconocen alejarse de hombres excesivamente embriagados y difícilmente los ven como posibles parejas sexuales. Es decir, hay varones que beben para desinhibirse pero si se pasan y se embriagan ello puede transformarse en un problema para conseguir ligar (o para lograr una erección). Entonces, para los varones, el alcohol puede convertirse en un arma de doble filo.

En cambio, para los varones, el que una chica esté embriagada es visto muchas veces como una ventaja de cara a conseguir tener relaciones sexuales con ella. La estrategia más clásica para crear un contacto que puede dar lugar a una relación sexual es invitar a una copa. La estrategia también es utilizada entre adolescentes, buscando la desinhibición de las chicas. [243]

Calafat et al. en dos estudios concluyeron que las mujeres son más conscientes que los hombres de los riesgos que supone tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, pero que esto no se traduce en acciones preventivas. Cabe subrayar la asociación que encontraron entre el consumo de alcohol y la práctica de conductas de riesgo, especialmente en las primeras experiencias relacionadas con la sexualidad. [257]

El *cannabis* es una droga poco valorada como aliado sexual, pero quienes sí lo hacen argumentan que aumenta la excitación al estar más sensible y receptivo. Las mujeres suelen ser quienes más hacen esta valoración positiva del cannabis en relación al sexo. Sin embargo, la mayoría de los jóvenes considera que el cannabis adormece, atonta, y estos efectos son vistos como contrarios a la relación sexual.

El cannabis está muy asociado a movimientos contraculturales de los años 60. Dicha cultura, además de presentar una visión muy positiva de dicha sustancia, también promocionaba una sexualidad más hedonista y libre. Teniendo en cuenta todo esto, la marihuana era descrita como sexualmente evocadora y gratificante. Al principio de los 80 la marihuana se asociaba con un

estilo de vida marcado por una actividad sexual precoz y frecuente. Actualmente, sin embargo, parece ser poco valorado por los jóvenes a la hora de la sexualidad. [243]

La *cocaína* tiene una larga historia como droga con supuestas ventajas para la actividad sexual, por ejemplo, por su supuesto efecto afrodisiaco. Hay quienes creen que la cocaína ayuda a retrasar el orgasmo y prolongar la actividad sexual (a veces en exceso). En un estudio reciente, la cocaína era valorada en segundo lugar, por detrás del alcohol, y en cierto modo como complemento de éste como aliada sexual. La mayoría pensaba que favorece el inicio de las relaciones (atreverse, desinhibirse...), y una cuarta parte consideraba que favorece el acceso a prácticas sexuales más atrevidas y que aumenta la excitación y las sensaciones. [243]

Es reseñable el hecho de que las mujeres manifiestan especial predilección por esta sustancia y, especialmente, el reconocimiento de un cierto intercambio implícito de sexo por drogas (en una encuesta reciente, un 2,5% de los encuestados reconocía haber intercambiado sexo por drogas [13]). Al ser una droga que da prestigio y poder, ello facilita que sea utilizada por los varones como anzuelo para atraer posibles parejas sexuales. [243]

El *éxtasis* (MDMA) es de las sustancias menos seleccionadas por sus efectos positivos sobre la sexualidad, a pesar de que ha sido etiquetada como “droga del amor” por algunos de sus supuestos efectos.

Se trata de una de las sustancias que más se popularizó en los años 90 en los contextos recreativos de fin de semana. Se le atribuían efectos como mejorar el contacto con la gente, la capacidad para bailar y escuchar la música y, además, el de aumentar la sensualidad y la sexualidad. Sin embargo, en una revisión reciente sobre 24 estudios en que se mencionan efectos subjetivos del éxtasis, sólo en 5 de ellos se menciona el aumento de la excitación y el aumento de la sensualidad. Podría pensarse que la etiqueta ‘droga del amor’ y todo el interés que despertó en los 80 y los 90 por su relación con la sexualidad fuesen exageradas y muy influidas por las circunstancias sociales específicas de aquel momento (relación del éxtasis con el movimiento rave, dance, etc.).

Además, al ser las salidas nocturnas en España más largas y más tardías, los jóvenes españoles parece que buscan en esta sustancia más una

forma de conseguir estar activos durante muchas horas que una ayuda específica para mejorar el encuentro sexual. [243]

Tabla CLI: Percepción de la influencia de las drogas en las relaciones sexuales [243]

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Éxtasis
Facilitar el inicio	Sustancia más valorada. Mujeres y hombres valoran positivamente su efecto desinhibidor, especialmente sobre las mujeres. Las mujeres advierten de que puede convertirse en un arma de doble filo para los hombres.	Complemento al alcohol. Valorada positivamente. Se asocia a posiciones de status y privilegio, lo que ayuda al cumplimiento de una función clave como mecanismo implícito de intercambio: cocaína a cambio de sexo.	Reduce las habilidades para la interacción, produce pasividad.	Críticas.
Prácticas menos frecuentes	Sustancia más valorada.	Valorada positivamente. Complemento al alcohol.	Críticas: adormece, atonta, produce pasividad.	Críticas.
Aumento de la excitación	Sustancia más valorada.	Valorada positivamente. Especialmente es señalado su efecto positivo por y para las mujeres. Crítica: puede dificultar la erección y el orgasmo masculino.	Las mujeres, principalmente, señalan su efecto positivo.	Críticas.
Prolongación de la relación	Valoración menos entusiasta.	Sustancia más valorada. Aunque puede llegar a derivar en problema al provocar dolor.	Críticas: adormece, atonta, produce pasividad.	Críticas.

Drogas y salud sexual:

Desde hace años se ha observado una relación directa entre el consumo de drogas y la salud sexual de los pacientes. En España, al existir una prevalencia de consumo elevada (primer país consumidor mundial de cocaína y segundo europeo de cannabis, según el informe de la ONU del 2007) los problemas sexuales producidos por el consumo de sustancias serían frecuentes. Asimismo, es común el consumo de estas sustancias con fines sexuales.

Y es que el efecto de las drogas en la sexualidad humana ha sido ampliamente investigado, evidenciándose una causalidad entre su consumo y la salud sexual. Por un lado, se ha observado que, a dosis bajas y a corto plazo, el alcohol, las benzodiazepinas, el cannabis, la cocaína, los opioides, las anfetaminas y las metanfetaminas y los alucinógenos pueden llegar a mejorar diversas áreas del funcionamiento sexual, aunque habitualmente estos efectos son efímeros ya que se produce una rápida habituación. A dosis más elevadas y/o en periodos de tiempo más prolongados, los efectos de las drogas son devastadores, afectando tanto a los aspectos fisiológicos del ciclo sexual, como

a los aspectos psicológicos de la sexualidad. Asimismo, es importante destacar la influencia que el tabaco tiene sobre la respuesta sexual humana, tanto a corto, como a largo plazo.

La sexualidad es una dimensión compleja y multifacética del ser humano, donde interactúan variables psicológicas, biológicas, sociales e interpersonales de forma que sólo bajo un estricto equilibrio ésta acontecerá de forma natural y sana. De esta manera, cualquier agente que irrumpa en dicho equilibrio (estrés, problemas de pareja, rutina, alteraciones biológicas, etc.) provocará una alteración en la función sexual. Las drogas pueden afectar a cualquiera de las cuatro facetas propuestas por lo que su consumo puede perturbar la sexualidad muy intensamente. [265]

Agresividad y drogas:

Son muchas las investigaciones que han hallado que el consumo de sustancias incrementa la probabilidad, tanto en varones como en mujeres adolescentes, de emplear diferentes tipos de agresión en sus relaciones de noviazgo. Así, en un estudio reciente se comprobó que el nivel de consumo de sustancias incrementó significativamente la probabilidad de perpetrar agresión física o sexual. Concretamente, un nivel elevado de consumo aumentó entre dos y tres veces el riesgo de agresión física o sexual tanto para varones como para mujeres. [266]

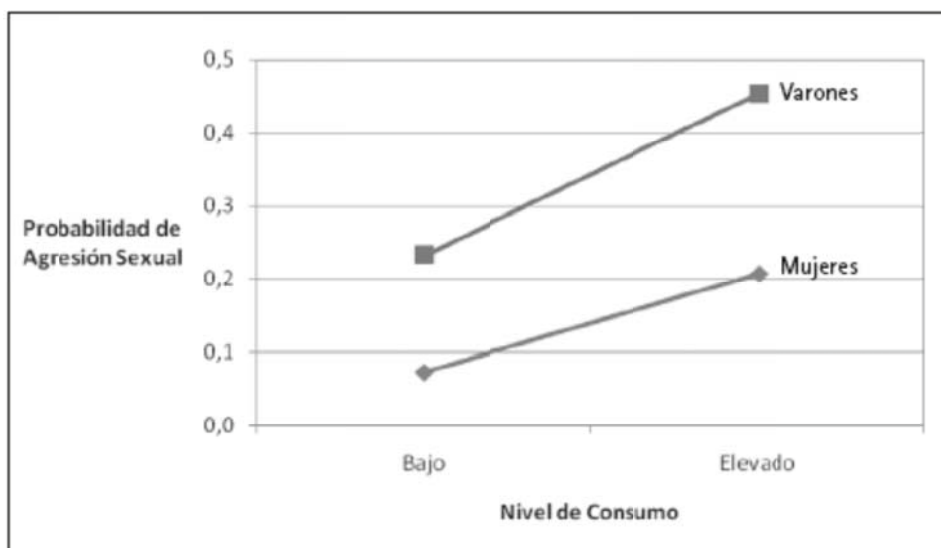


Figura 274: Probabilidad de agresión sexual en los niveles de bajo y elevado consumo de drogas ilegales. [266]

Son diversas las explicaciones teóricas que podrían dar cuenta de estos hallazgos. Además de los efectos farmacológicos directos del consumo de alcohol y otras drogas, es posible que el uso de sustancias y la violencia, junto con otros comportamientos de riesgo para la salud, formen parte de una constelación de conductas problemáticas en la adolescencia. En consecuencia, consumo de sustancias y violencia en el noviazgo podrían constituir dos facetas de un patrón más generalizado de conductas de riesgo. En esta línea, los individuos con altos niveles de consumo de sustancias podrían tender también a asociarse con otros iguales problemáticos, a implicarse en actividades de búsqueda de sensaciones o a verse envueltos en un estilo de vida antisocial. Igualmente, la relación hallada entre consumo de sustancias y violencia podría ser de carácter bidireccional con influencias recíprocas, de forma tal que el uso de sustancias durante la adolescencia incrementa la probabilidad de agresión y viceversa. Esta relación podría verse modificada en el transcurso de la adolescencia, siendo de mayor magnitud entre los catorce y los quince años, lo que apunta a la conveniencia de realizar intervenciones preventivas tempranas. [266]

Conductas de riesgo y drogas:

En un reciente estudio se encuentra que existe relación entre el consumo de psicoestimulantes (cocaína y éxtasis) y determinadas conductas con efectos negativos para la salud, como son el consumo intenso de alcohol (borracheras), los accidentes de tráfico y las conductas sexuales de riesgo. [264]

Estos datos coinciden con otros estudios que señalan que el consumo de sustancias como el alcohol, cannabis, cocaína o éxtasis antes de los 16 años está relacionado con un inicio más temprano en las relaciones sexuales. Además, los consumidores de drogas en el ámbito de salir de marcha han mantenido relaciones sexuales con un mayor número de parejas e, incluso, es más probable que hayan pagado por mantener relaciones sexuales [264]. Por otro lado, se ha observado una relación entre el consumo de drogas y el uso de la anticoncepción de emergencia. [257]

Por tanto, hay una clara la relación entre las conductas sexuales de los jóvenes y el consumo de alcohol y drogas. **Así, los consumidores de alcohol y drogas tienden a iniciar su vida sexual antes, a tener más parejas sexuales y a adoptar mayor número de conductas sexuales potencialmente peligrosas, si se comparan con los no consumidores.** Si restringimos el análisis al grupo de consumidores, hay diferencias que indican un mayor número de parejas sexuales y conductas de riesgo entre el grupo que consume sustancias más a menudo, con mayor prevalencia entre los consumidores de alcohol y cannabis. [259]

En un estudio reciente se puso de manifiesto que, a pesar de que las mujeres consumían menos drogas y tenían más conciencia de posibles problemas, no se encontraban diferencias entre sexos ni en la utilización de preservativos, ni en adoptar medidas de control de natalidad, ni en haber practicado sexo del que luego se han arrepentido, pero sí en que los varones tenían más relaciones bajo los efectos del alcohol y de las drogas. [13]

Es un hecho que el consumo de drogas relaja las costumbres sexuales y, en consecuencia, lleva a mantener relaciones descuidadas e inseguras. El 46,75% de los jóvenes de un estudio reciente reconocieron que las drogas y el alcohol habían influido en que mantuviesen relaciones sexuales inseguras. Sin embargo, en los 12 meses anteriores, el 8,2% mantuvieron relaciones de las que se arrepintieron posteriormente debido al consumo de sustancias, y el 24,5% se sometieron a pruebas de detección de ETS, lo cual demuestra la percepción del riesgo de adoptar estas conductas sexuales.

Si en nuestro estudio vemos la relación entre los que beben **alcohol** o no y los que han tenido o no relaciones sexuales, tenemos el siguiente cuadro:

Tabla CLII: Relación entre beber alcohol y tener relaciones sexuales

	Bebe alcohol	No bebe	No contesta	Total
Ha tenido relaciones sexuales coitales	194	31	1	226
No ha tenido relaciones sexuales coitales	522	535		1057

No contesta	2	4		6
Total	718	570	1	1289

Gráficamente lo podemos ver:

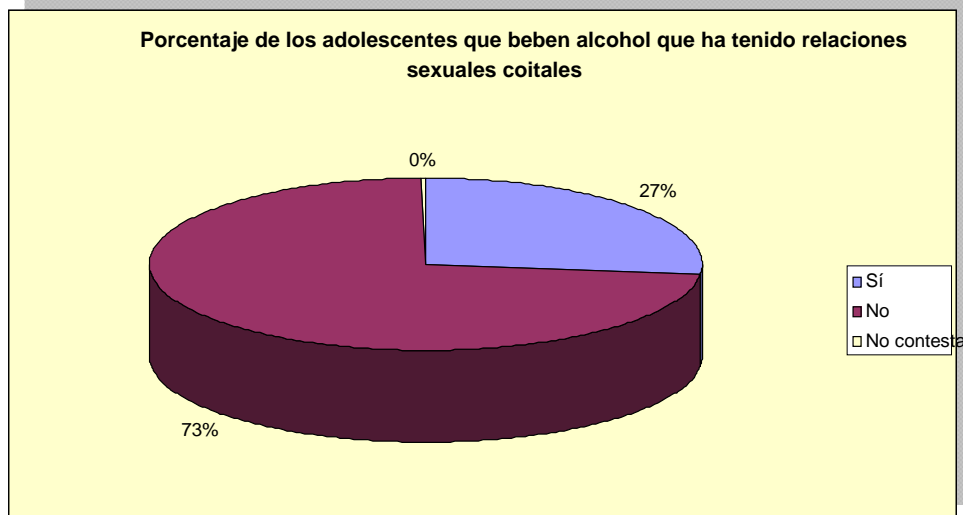


Figura 275: Porcentaje de los adolescentes que beben alcohol que ha tenido relaciones sexuales coitales

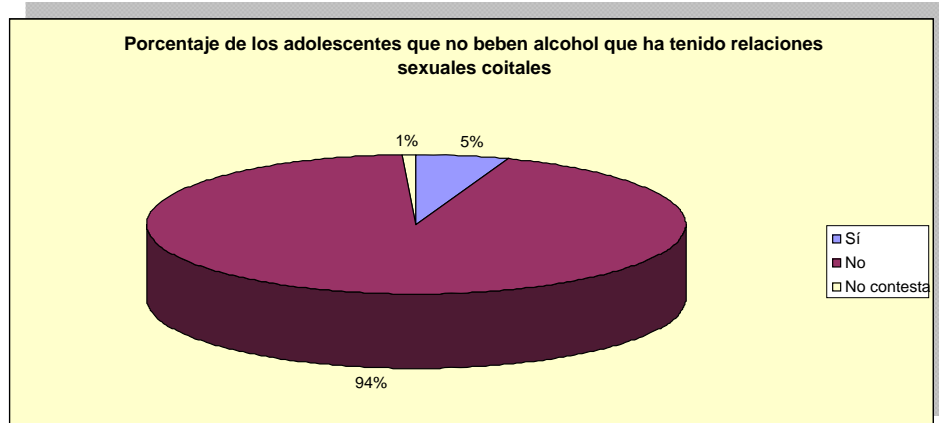


Figura 276: Porcentaje de los adolescentes que no beben alcohol que ha tenido relaciones sexuales coitales

Se observa, por tanto, también en nuestra encuesta una **fuerte relación** entre beber alcohol y haber tenido relaciones sexuales con penetración. Esta relación es estadísticamente significativa ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 265,36$)

Si además vemos la relación entre los que toman **drogas ilegales** o no y los que han tenido o no relaciones sexuales, tenemos el siguiente cuadro:

Tabla CLIII: Relación entre consumir drogas ilegales y tener relaciones sexuales

	Ha consumido drogas ilegales	Nunca ha consumido drogas	No contesta	Total
Ha tenido relaciones sexuales coitales	94	131	1	226
No ha tenido relaciones sexuales coitales	69	985	3	1057
No contesta		6		6
Total	163	1122	4	1289

Gráficamente lo podemos ver:

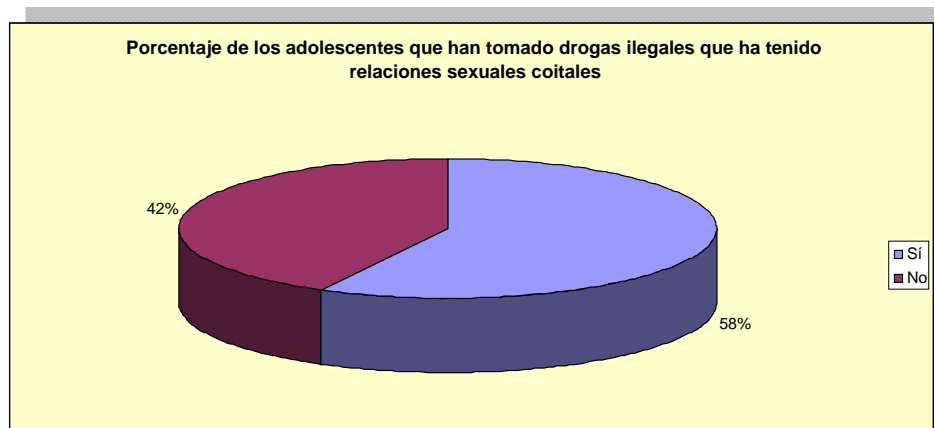


Figura 277: Porcentaje de los adolescentes que han tomado drogas ilegales que ha tenido relaciones sexuales coitales

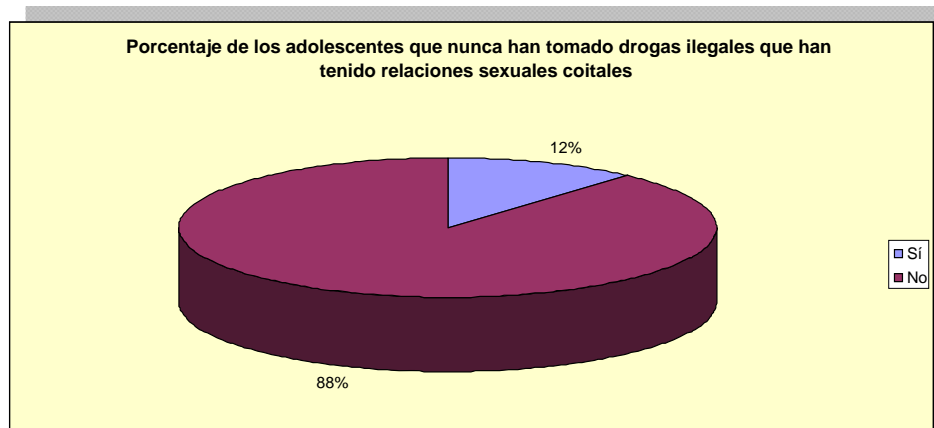


Figura 278: Porcentaje de los adolescentes que nunca han tomado drogas ilegales que ha tenido relaciones sexuales coitales

Se observa, por tanto, también en nuestra encuesta una **fuerte relación entre haber tomado drogas ilegales y haber tenido relaciones sexuales con penetración**. Esta relación se demuestra aún más fuerte que con el alcohol y también es estadísticamente significativa ($p < 0,0001$ y $\chi^2 = 2232,29$).

La relajación, la euforia, la desinhibición, la disminución del autocontrol y de la percepción del riesgo provocado por las sustancias psicoactivas llevan a los consumidores a ser menos cuidadosos y a que olviden los mensajes de sexo seguro que habrían puesto en práctica si estuviesen sobrios. [259]

Sin embargo, hay también diferentes teorías que intentan explicar que se realicen estas conductas de riesgo bajo los efectos de drogas. Para Bellis et al. [267] que los jóvenes realicen estas conductas sexuales de riesgo se debe a la alteración que produce el consumo de drogas en la toma de decisiones, incrementando la probabilidad de que mantengan relaciones sexuales sin protección. En esta línea, Leeman, Grant y Potenza [268] apuntan que hay una clara relación entre consumo de sustancias y desinhibición, que la intoxicación por sustancias produce en el cerebro alteraciones similares al deterioro cognitivo que se encuentra en sujetos con abuso de sustancias crónico e incluso a la desinhibición característica de las lesiones en el lóbulo frontal. Gonzalez et al. [269] señalan que el principal factor que explica la realización de prácticas sexuales de riesgo en consumidores de drogas como la cocaína o la heroína es el rasgo de personalidad de búsqueda de sensaciones, mientras que Espada, Antón y Torregrosa [270] señalan el autoconcepto como factor predictor de la realización de conductas de riesgo bajo los efectos de las drogas (sin el alcohol) por encima de la búsqueda de sensaciones. Por otro lado, Gullette y Lyons [271] señalan que la baja autoestima es el factor que explica que algunos jóvenes realicen consumos más altos de alcohol, mantengan relaciones sexuales con un mayor número de parejas y tengan conductas de riesgo como la no utilización de preservativos. Además, la presencia del trastorno de personalidad antisocial, frecuente en consumidores de cocaína, también aumenta la probabilidad de que la persona lleve a cabo conductas sexuales de riesgo, ya que este trastorno se caracteriza por la impulsividad y la irresponsabilidad. [264]

Sin embargo, Rhodes y Stimson observan que no se sabe si las drogas son una característica de la conducta sexual de alto riesgo, si el consumo de drogas conduce al sexo de alto riesgo, si el sexo de alto riesgo conduce al consumo de drogas, o si existen combinaciones. [272]

Vacaciones, sexo y drogas:

El Modelo de Diversión Hegemónico se ha propagado de forma acelerada en Europa desde mediados de los 80, a partir en gran medida de los modelos de diversión nocturna creados en los enclaves turísticos mediterráneos. Todavía hoy los centros turísticos ejercen una considerable influencia y, de hecho, los jóvenes que viajan a lugares turísticos aumentan durante la estancia la frecuencia de sus relaciones sexuales, el número de parejas con que se relacionan y, también, las prácticas sexuales de riesgo y el consumo de drogas. [243, 273]

En un estudio realizado durante varios años a jóvenes británicos que han viajado a Ibiza se demuestra que la motivación principal para realizar este viaje es la participación en actividades recreativas nocturnas (sobre todo en discotecas, pubs...), lo cual se traducirá en la práctica en un mayor número de relaciones sexuales, con más parejas distintas y mayores consumos de alcohol y drogas. Tanto las drogas como el sexo son vistos casi exclusivamente como instrumentos a través de los cuales pasarlo bien, lograr diversión y placer. [243]

Los jóvenes aprecian mucho estos períodos, pero los excesos vacacionales perjudican la salud (intoxicación por drogas), sobrecargan los servicios de salud y de orden público de los centros turísticos y los de los países de origen de los turistas cuando las consecuencias de las conductas de riesgo (ITS por ejemplo) regresan con el viajero.

En un estudio reciente se observó que un tercio de los jóvenes turistas que había practicado sexo durante sus vacaciones en las Baleares lo hizo sin protección con una pareja nueva, y en torno al 16% practicó sexo con varias personas. La práctica de sexo con múltiples parejas se asoció al consumo de tabaco y el sexo sin protección al consumo de cuatro o más drogas durante las vacaciones. El sexo sin protección y tener parejas múltiples ponen a los individuos en riesgo de sufrir ITS y, si no se utilizan métodos anticonceptivos,

embarazos no deseados. Es un hecho que tras los períodos vacacionales se producen picos en la actividad de las clínicas que tratan enfermedades de transmisión sexual. Por tanto, es prioritario fomentar la salud sexual en los centros turísticos para jóvenes. [273]

La **globalización** ha llegado también al ocio juvenil y, como no podía ser de otra manera, a las conductas sexuales de riesgo y al abuso de drogas. Los datos de los otros estudios occidentales son similares a los españoles.

En Portugal, por ejemplo, el 35.2% de los jóvenes que habían iniciado su vida sexual admitieron que lo habían hecho bajo la influencia del alcohol, y el 22,4% bajo la influencia de las drogas. El 51% de los jóvenes tuvo relaciones sexuales en los 12 meses previos bajo la influencia del alcohol y el 22,9% bajo la influencia de las drogas. Al igual que en España, los varones portugueses son más propensos que las mujeres a practicar sexo bajo la influencia del alcohol o de las drogas.

El 42% de los participantes de un estudio portugués practicaban sexo siempre o casi siempre sin condón y el 20,3% lo hacían a veces. El 8,7% justificó dicha conducta alegando que estaban demasiado borrachos o «colocados» para usar condón. En los 12 meses anteriores el 24,5% de los encuestados se habían sometido a pruebas para detectar ETS. [259]

CONCLUSIONES:

- Un **9,5%** (con un error de estimación del 2,55%) de las adolescentes de 2º y 3º de ESO han tenido relaciones sexuales con penetración a los 14 años o antes. Descubrir este porcentaje era el objetivo principal de este estudio, porque en esas chicas la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano tiene una eficacia mucho menor. Por eso, una vez conocido este dato, creemos necesaria la adecuación de la edad de vacunación, adelantándola en uno o, aún mejor, en dos años.
- Los chicos son más precoces ya que el **15,8%** de ellos han tenido relaciones sexuales con penetración a los 14 años o antes. Además de una mayor precocidad, encontramos que los chicos son más promiscuos y erotofílicos. Por el contrario, las chicas vinculan más la sexualidad a los afectos y a una pareja sentimental. Aún así, parece tratarse de un patrón en proceso de cambio. Proceso que aparece especialmente claro por los cambios que se dan en relación con la edad, acercando en general las chicas a los chicos a medida que van cumpliendo años.
- El consumo de alcohol y de tabaco tiene pocas diferencias entre chicos y chicas, pero parece que son las adolescentes las que lideran las drogas legales. Así, el 56,6% de las chicas y el 54,5% de los chicos encuestados bebe alcohol; el 23,6% de ellas fuman frente al 18,1% de ellos.
- Sin embargo, en el caso de las drogas ilegales son los varones los que tienen mayor prevalencia de consumo (14,9% frente al 11,4% de las chicas).
- Las adolescentes de Castilla y León tienen un peor estado de ánimo y una autoestima más baja que sus compañeros, lo que puede hacerlas más vulnerables frente a la presión grupal.
- La iniciación sexual y las drogas son más prevalentes conforme los adolescentes son más mayores. Asimismo, conforme aumenta su edad, cada vez menos hacen deporte y empeora la relación con sus padres.

- En cuanto a la educación sexual, esta tesis ha puesto sobre la mesa datos preocupantes (que hacen temer un aumento de las ETS o de los embarazos entre adolescentes). Así, el 12,3% de los chicos y el 6,7% de las chicas no conoce ningún método para evitar un embarazo y, lo que es más preocupante, un 21,4% de los adolescentes habla de métodos anticonceptivos erróneos, inválidos y no efectivos. Otro dato interesante es que el 15,1% de los encuestados no es capaz de escribir ninguna enfermedad de transmisión sexual. Para concluir esta lista de porcentajes pesimistas: un 14,6% de los adolescentes no usaron preservativo en su último coito y el 17,3% de los que tienen relaciones sexuales no usan anticonceptivos o los usan sólo a veces.
- Aunque la orientación sexual mayoritaria de los adolescentes es la heterosexual (89,6%) es necesario que los educadores tengan en cuenta que no es la única opción.
- Para terminar esta tesis me gustaría reseñar que la adolescencia es una **etapa fundamental** en la adquisición de hábitos, cuyas consecuencias se expresarán en la edad adulta. Profesores, maestros, padres, médicos, pediatras y políticos tenemos la responsabilidad de promover la salud y el correcto desarrollo, tanto físico como mental, de nuestros adolescentes, Dentro de esta promoción de hábitos saludables (como evitar el tabaco, alcohol y otras drogas, hacer deporte o seguir una dieta saludable) no debemos olvidar una buena educación sexual que consiga evitar las “conductas de riesgo” de nuestros jóvenes. Para poder realizar esta educación sexual de manera adecuada son y serán necesarios estudios epidemiológicos frecuentes sobre los hábitos y conductas de nuestros adolescentes.

ANEXO I. EL CUESTIONARIO



“COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES DE CASTILLA Y LEÓN. DATOS PARA VALORAR LA EDAD DE VACUNACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.”

Cuestionario de Evaluación:

El cuestionario es **anónimo**, Deseamos que te expreses con **libertad y sinceridad**.

INTRUCCIONES: Lee primero la pregunta. Luego pon una X con lápiz o bolígrafo en la respuesta que hayas seleccionado. Existen preguntas que pueden tener varias respuestas.

Te agradecemos tu colaboración.

1 Sexo: Chico Chica

2 ¿Cuántos años tienes?

12 13 14 15 16 17 18 19

3 ¿Con quiénes vives actualmente?

Con mis padres
 Mis padres están separados o divorciados y vivo con alguno de los dos
 Vivo con otros familiares
 Vivo con un grupo de chicos
 Vivo solo
 En colegio, pensión, etc.
 Otros.

4 ¿Pertenece a algún grupo cultural, deportivo, musical etc.? Sí No

5 ¿Cómo es la relación con tus padres? Calificala de 0 a 10 puntos, siendo 0 muy mala y 10 muy buena

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6 ¿Cómo es la relación que tus padres tienen entre ellos? Calificala también de 0 a 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 Responde sinceramente a las siguientes preguntas. Califica desde 1 a 5, siendo 1 la peor calificación y 5 la mejor.

	1	2	3	4	5
¿Cómo es tu salud actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo fue tu salud de niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tal duermes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo crees que te alimentas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo es tu estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tal memoria tienes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 ¿Qué nivel de información tienes sobre?

	Suficiente	Poco	Nada
Efecto de las drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 ¿Practicas algún deporte habitualmente? Sí No (Si marcas No pasa a la pregunta 11)

10 ¿Por qué haces deporte? Señala la que más se adapta a tu criterio

Porque es sano y me mantiene en forma.
 Me divierte y me relaciona con amigos
 Me mejora la imagen física
 Me relaja y estimula
 Otras, escríbelas _____

11 ¿Por qué no haces deporte?

No le veo beneficio o utilidad
 No tengo tiempo
 Por pereza o desgana

12 ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

Ninguno, no fumo (Si marcas esta opción pasa a la pregunta 16)
 Sólo fumo alguno de vez en cuando
 Menos de 5
 Entre 5 y 10
 Entre 10 y 20
 Más de 20

13 ¿Por qué fumas?

Porque lo veo hacer

Porque me facilita las relaciones con los amigos

Porque me gusta y me relaja

No lo sé

Porque no lo puedo dejar

14 ¿Crees que debes dejar de fumar? Sí No Si marcas esta pasa a la pregunta 16

15 ¿Cuál es la principal razón por la que crees que debes dejar de fumar? (Se pueden escoger varias respuestas)

Porque es perjudicial para mi salud y la de los demás

Porque es un vicio

Porque es caro

Porque me lo prohíben

Otras razones

16 ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas?

Nunca (Si marcas ésta pasa a la pregunta 19)

Algunas veces

Los fines de semana

Casi todos los días

17 ¿Cuál es el principal motivo por el que bebes alcohol? (Se pueden escoger varias respuestas)

Porque me gusta y me divierte

Porque me desinhibe y facilita las relaciones sociales

Porque si no lo haces te dejan fuera los amigos

Por otras razones, escríbelas _____

18 ¿Cuántas veces te has emborrachado en el último año?

Ninguna vez

Una o dos veces

De 3 a 5

Entre 5 y 10

Más de 10

19 ¿Has consumido drogas ilegales alguna vez?

No, nunca

Sí, alguna vez para probarlo

Sí, de vez en cuando

Sí, siempre que puedo

Sí, me considero "enganchado"

20 ¿Qué edad consideras que es la adecuada para hablar sobre sexualidad?

Antes de los 5 años

De 5 a 8

De 9 a 11

De 12 a 14

Nunca

21 ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad?

Nada

Poco

Regular

Bastante

Mucho

22 Y lo que sabes consideras que es para ti

Muy insuficiente

Insuficiente

Suficiente

Más que suficiente

23 ¿Cómo calificarías la reacción de los compañeros de tu clase al hablar de sexualidad?

Madura, muestran interés

Inmadura, no muestran interés, se ríen, hacen gracias y bromas...

Vergüenza

Participan muy poco

Nunca se habla de este tema

24 Y cuando se habla de este tema en el centro, ¿Cuál es el nivel de participación?

Bastante bueno

Normal

Les cuesta participar

No participan

25 Menciona tres formas efectivas de evitar un embarazo

26 La palabra condón o preservativo te hace pensar en (Se pueden escoger varias respuestas)

- Prevención de enfermedades de transmisión sexual
- Prevención de embarazos
- Vergüenza
- Perversión, depravación, inmoralidad, promiscuidad
- Otras cosas (especificar)

27 Si necesitas orientación sobre tu sexualidad, hablarías con (señala a todos los que estarías dispuesto a acudir)

- Padres
- Profesores
- Amigos
- Internet
- Especialistas profesionales
- Nadie
- Otros, ¿Cuáles?

28 Y de todos los señalados antes, ¿A quién acudirías preferentemente?

- Padres
- Profesores
- Amigos
- Internet
- Especialistas profesionales
- Nadie
- Otros, ¿Cuáles?

29 ¿Por cuál de los siguientes motivos no tendrías relaciones sexuales? (Se pueden escoger varias respuestas)

- Embarazos no deseados
- Infecciones de transmisión sexual
- Mis padres
- Vergüenza
- Razones morales o religiosas
- Otros, ¿Cuál?

30 ¿Qué opinan tus padres sobre las relaciones sexuales entre los adolescentes?

- No lo sé
- Que pueden tenerlas si se cuidan responsablemente
- Que deben esperar hasta el matrimonio
- No hablamos del tema
- No les interesa
- Otra respuesta, escríbela

31 ¿Has tenido relaciones sexuales con penetración? Sí No Si marcas No pasa a la pregunta 37

32 ¿Con quién has tenido relaciones sexuales con penetración?

- Con mi novio/a
- Con una amigo/a
- Con una persona nueva en mi vida

33 ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración en el último año?

- Solamente con mi novio
- Dos personas
- Más de dos

34 ¿En tu última relación sexual has usado preservativo? Sí No

35 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?

- A los 13 años o antes
- A los 14 años
- A los 15 años
- A los 16 años
- A los 17 años
- A los 18 años
- A los 19 años

36 ¿En tus relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo?

- Sí, preservativo
- Sí, píldoras
- Ninguno
- Depende, a veces sí, a veces no
- Otros

37 Nombra tres enfermedades que pueden ser adquiridas mediante relaciones sexuales

38 ¿Crees que embarazarse tiene algún riesgo para los adolescentes?

- Sí No

39 Si has respondido a la pregunta anterior SI, ¿Cuáles? (Se pueden escoger varias respuestas)

- Responsabilidades maternas o paternas
- Interrupción de la labor formativa
- Posibilidad de carencias en el recién nacido
- Depende, a veces sí, a veces no
- Otros, ¿Cuáles?

40 ¿Cuál de las siguientes palabras que se indican a continuación reflejan mejor la relación con tu padre y con tu madre?

	A (Padre)	B (Madre)
Cariño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amistad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respeto, tolerancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sometimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indiferencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incomprensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfrentamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41 Actitudes hacia la sexualidad

	Totalmente de acuerdo					Totalmente en desacuerdo	
	1	2	3	4	5	6	7
Pienso que ver una película o un libro con contenido erótico-sexual podría ser algo entretenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sería agobiante para mí que la gente pensara que estoy interesado/a por el sexo oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me resulta entretenida la idea de participar en una experiencia sexual en grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual coital (con penetración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No es humillante la idea de sentirme atraído/a físicamente por personas de mi propio sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi todo el material erótico me produce náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me agrada ver una película erótica (de contenido sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento náuseas pensando que puedo ver una película en la que aparezca masturbándose una persona de mi propio sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es muy excitante imaginar prácticas sexuales poco comunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probablemente sería una experiencia excitante acariciar mis genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42 Autoestima. Marca una X según lo que sientas sobre tí mismo

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que tengo un buen número de cualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, estoy satisfecho/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desearía valorarme más a mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces me siento verdaderamente inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces pienso que no soy bueno/a para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43 En materia religiosa, ¿cómo te consideras?

- No creyente
- Indiferente, agnóstico/ateo
- Católico no practicante
- Católico no muy practicante
- Católico practicante
- Creyente de otra religión

44 ¿Cuáles es tu orientación sexual?

- Heterosexual
- Homosexual

ANEXO II. ÍNDICE DE TABLAS

1. <u>Tabla I: Tabla de recogida de muestras.</u>	Pág. 53
2. <u>Tabla II: Errores de estimación por sexo.</u>	Pág. 54
3. <u>Tabla III: Ficha Técnica.</u>	Pág. 54
4. <u>Tabla IV: Sexo y edad de los encuestados.</u>	Pág. 57
5. <u>Tabla V: ¿Con quiénes vives actualmente?</u>	Pág. 59
6. <u>Tabla VI: ¿Cómo es la relación con tus padres?</u>	Pág. 60
7. <u>Tabla VII: ¿Cómo es la relación que tus padres tienen entre ellos?</u>	Pág. 62
8. <u>Tabla VIII: Cariño hacia el padre.</u>	Pág. 64
9. <u>Tabla IX: Cariño al padre según edad.</u>	Pág. 66
10. <u>Tabla X: Cariño hacia la madre.</u>	Pág. 68
11. <u>Tabla XI: Cariño a la madre según edad.</u>	Pág. 68
12. <u>Tabla XII: Amistad hacia el padre.</u>	Pág. 69
13. <u>Tabla XIII: Amistad al padre según edad.</u>	Pág. 71
14. <u>Tabla XIV: Amistad hacia la madre.</u>	Pág. 72
15. <u>Tabla XV: Amistad a la madre según edad.</u>	Pág. 74
16. <u>Tabla XVI: Confianza en el padre.</u>	Pág. 74
17. <u>Tabla XVII: Confianza en el padre según edad.</u>	Pág. 76
18. <u>Tabla XVIII: Confianza en la madre.</u>	Pág. 76
19. <u>Tabla XIX: Confianza en la madre según edad.</u>	Pág. 78
20. <u>Tabla XX: Respeto, tolerancia hacia el padre.</u>	Pág. 78
21. <u>Tabla XXI: Respeto, tolerancia al padre según edad.</u>	Pág. 79
22. <u>Tabla XXII: Respeto, tolerancia hacia la madre.</u>	Pág. 81
23. <u>Tabla XXIII: Respeto, tolerancia a la madre según edad.</u>	Pág. 82
24. <u>Tabla XXIV: Sometimiento al padre.</u>	Pág. 83
25. <u>Tabla XXV: Sometimiento al padre según edad.</u>	Pág. 84
26. <u>Tabla XXVI: Sometimiento a la madre.</u>	Pág. 85
27. <u>Tabla XXVII: Sometimiento a la madre según edad.</u>	Pág. 86
28. <u>Tabla XXVIII: Temor al padre.</u>	Pág. 87
29. <u>Tabla XXIX: Temor al padre según edad.</u>	Pág. 87
30. <u>Tabla XXX: Temor a la madre.</u>	Pág. 89
31. <u>Tabla XXXI: Temor a la madre según edad.</u>	Pág. 91
32. <u>Tabla XXXII: Relación entre Sometimiento y Temor al padre.</u>	Pág. 91

33. <u>Tabla XXXIII: Relación entre Sometimiento y Temor a la madre.</u>	Pág. 92
34. <u>Tabla XXXIV: Indiferencia hacia el padre.</u>	Pág. 92
35. <u>Tabla XXXV: Indiferencia hacia el padre según edad.</u>	Pág. 93
36. <u>Tabla XXXVI: Indiferencia hacia la madre.</u>	Pág. 93
37. <u>Tabla XXXVII: Indiferencia hacia la madre según edad.</u>	Pág. 95
38. <u>Tabla XXXVIII: Incomprensión por el padre.</u>	Pág. 95
39. <u>Tabla XXXIX: Incomprensión por el padre según edad.</u>	Pág. 97
40. <u>Tabla XL: Incomprensión por la madre.</u>	Pág. 98
41. <u>Tabla XLI: Incomprensión por la madre según edad.</u>	Pág. 99
42. <u>Tabla XLII: Enfrentamiento con el padre.</u>	Pág. 100
43. <u>Tabla XLIII: Enfrentamiento con el padre según edad.</u>	Pág. 100
44. <u>Tabla XLIV: Enfrentamiento con la madre.</u>	Pág. 102
45. <u>Tabla XLV: Enfrentamiento con la madre según edad.</u>	Pág. 103
46. <u>Tabla XLVI: ¿Pertenece a algún grupo cultural, deportivo, musical, etc.?</u>	Pág. 103
47. <u>Tabla XLVII: ¿Pertenece a algún grupo cultural, deportivo, musical, etc.? Según edad.</u>	Pág. 105
48. <u>Tabla XLVIII: ¿Cómo es tu salud actualmente?</u>	Pág. 107
49. <u>Tabla XLIX: ¿Cómo es tu salud actualmente? Según edad.</u>	Pág. 108
50. <u>Tabla L: ¿Cómo fue tu salud de niño?</u>	Pág. 109
51. <u>Tabla LI: ¿Cómo fue tu salud de niño? Según edad.</u>	Pág. 110
52. <u>Tabla LII: ¿Qué tal duermes?</u>	Pág. 110
53. <u>Tabla LIII: ¿Qué tal duermes? Según edad.</u>	Pág. 111
54. <u>Tabla LIV: ¿Cómo crees que te alimentas?</u>	Pág. 112
55. <u>Tabla LV: ¿Cómo crees que te alimentas? Según edad.</u>	Pág. 114
56. <u>Tabla LVI: ¿Cómo es tu estado de ánimo?</u>	Pág. 114
57. <u>Tabla LVII: Estados de ánimo bajos- muy bajos frente a estados de ánimo normales- altos.</u>	Pág. 116
58. <u>Tabla LVIII: ¿Cómo es tu estado de ánimo? Según edad.</u>	Pág. 117
59. <u>Tabla LIX: ¿Qué tal memoria tienes?</u>	Pág. 117
60. <u>Tabla LX: ¿Qué tal memoria tienes? Según edad.</u>	Pág. 118
61. <u>Tabla LXI: ¿Practicas algún deporte habitualmente?</u>	Pág. 119
62. <u>Tabla LXII: ¿Practicas algún deporte habitualmente? Según edad.</u>	Pág. 120
63. <u>Tabla LXIII: ¿Por qué haces deporte?</u>	Pág. 122
64. <u>Tabla LXIV: ¿Por qué haces deporte? Según edad.</u>	Pág. 124

65. <u>Tabla LXV: ¿Por qué no haces deporte?</u>	Pág. 127
66. <u>Tabla LXVI: ¿Por qué no haces deporte? Según edad.</u>	Pág. 128
67. <u>Tabla LXVII: Puntuación Test Rosenberg.</u>	Pág. 132
68. <u>Tabla LXVIII: Puntuación Test Rosenberg según edad.</u>	Pág. 136
69. <u>Tabla LXIX: Orientación religiosa.</u>	Pág. 137
70. <u>Tabla LXX: Orientación religiosa según edad.</u>	Pág. 139
71. <u>Tabla LXXI: ¿Qué nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas?</u>	
	Pág. 141
72. <u>Tabla LXXII: ¿Qué nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas? Según edad.</u>	Pág. 142
73. <u>Tabla LXXIII: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?</u>	Pág. 143
74. <u>Tabla LXXIV: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? Según edad.</u>	Pág. 144
75. <u>Tabla LXXV: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? Según edad, modificada.</u>	
	Pág. 145
76. <u>Tabla LXXVI: ¿Por qué fumas?</u>	Pág. 148
77. <u>Tabla LXXVII: ¿Por qué fumas? Según edad.</u>	Pág. 149
78. <u>Tabla LXXVIII: ¿Crees que debes dejar de fumar?</u>	Pág. 150
79. <u>Tabla LXXIX: ¿Crees que debes dejar de fumar? Según edad.</u>	Pág. 151
80. <u>Tabla LXXX: Principal razón para dejar de fumar.</u>	Pág. 152
81. <u>Tabla LXXXI: Principal razón para dejar de fumar según edad.</u>	Pág. 154
82. <u>Tabla LXXXII: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas?</u>	Pág. 155
83. <u>Tabla LXXXIII: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? Según edad.</u>	Pág. 156
84. <u>Tabla LXXXIV: Principal motivo para beber alcohol.</u>	Pág. 158
85. <u>Tabla LXXXV: Principal motivo para beber alcohol según edad.</u>	Pág. 160
86. <u>Tabla LXXXVI: Borracheras en el último año.</u>	Pág. 161
87. <u>Tabla LXXXVII: Borracheras en el último año según edad.</u>	Pág. 162
88. <u>Tabla LXXXVIII: Consumo de drogas ilegales.</u>	Pág. 165
89. <u>Tabla LXXXIX: Consumo de drogas ilegales modificada.</u>	Pág. 165
90. <u>Tabla XC: Consumo de drogas ilegales según edad.</u>	Pág. 167
91. <u>Tabla XCI: Consumo de drogas ilegales según edad modificada.</u>	Pág. 167
92. <u>Tabla XCII: Información sobre ETS.</u>	Pág. 169
93. <u>Tabla XCIII: Información sobre ETS según edad.</u>	Pág. 170
94. <u>Tabla XCIV: Información sobre sexualidad.</u>	Pág. 172
95. <u>Tabla XCV: Información sobre sexualidad según edad.</u>	Pág. 173
96. <u>Tabla XCVI: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad.</u>	Pág. 175

97.	<u>Tabla XCVII: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad según edad.</u>	<u>Pág. 177</u>
98.	<u>Tabla XCVIII: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad?</u>	<u>Pág. 178</u>
99.	<u>Tabla XCIX: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? Según edad.</u>	<u>Pág. 180</u>
100.	<u>Tabla C: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti:</u>	<u>Pág. 182</u>
101.	<u>Tabla CI: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti: Según edad</u>	<u>Pág. 184</u>
102.	<u>Tabla CII: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad.</u>	<u>Pág. 185</u>
103.	<u>Tabla CIII: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad según edad.</u>	<u>Pág. 187</u>
104.	<u>Tabla CIV: Nivel de participación al hablar de sexualidad.</u>	<u>Pág. 188</u>
105.	<u>Tabla CV: Nivel de participación al hablar de sexualidad según edad.</u>	<u>Pág. 189</u>
106.	<u>Tabla CVI: N° de métodos anticonceptivos mencionados.</u>	<u>Pág. 190</u>
107.	<u>Tabla CVII: N° de métodos anticonceptivos mencionados según edad.</u>	<u>Pág. 191</u>
108.	<u>Tabla CVIII: Métodos anticonceptivos mencionados.</u>	<u>Pág. 192</u>
109.	<u>Tabla CIX: Métodos anticonceptivos mencionados según edad.</u>	<u>Pág. 195</u>
110.	<u>Tabla CX: La palabra condón te hace pensar en...</u>	<u>Pág. 197</u>
111.	<u>Tabla CXI: La palabra condón te hace pensar en...Según edad.</u>	<u>Pág. 199</u>
112.	<u>Tabla CXII: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta múltiple.</u>	<u>Pág. 200</u>
113.	<u>Tabla CXIII: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta múltiple. Según edad.</u>	<u>Pág. 202</u>
114.	<u>Tabla CXIV: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única.</u>	<u>Pág. 203</u>
115.	<u>Tabla CXV: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única. Según edad.</u>	<u>Pág. 206</u>
116.	<u>Tabla CXVI: Motivos para no tener relaciones sexuales.</u>	<u>Pág. 207</u>
117.	<u>Tabla CXVII: Motivos para no tener relaciones sexuales según edad.</u>	<u>Pág. 209</u>
118.	<u>Tabla CXVIII: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes.</u>	<u>Pág. 211</u>
119.	<u>Tabla CXIX: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes. Según edad.</u>	<u>Pág. 214</u>
120.	<u>Tabla CXX: Relaciones sexuales con penetración.</u>	<u>Pág. 215</u>
121.	<u>Tabla CXXI: Relaciones sexuales con penetración según edad.</u>	<u>Pág. 216</u>

122. <u>Tabla CXXII: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración.</u>	
	Pág. 218
123. <u>Tabla CXXIII: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración.</u>	
<u>Según edad.</u>	Pág. 221
124. <u>Tabla CXXIV: N° de compañeros sexuales en el último año.</u>	Pág. 223
125. <u>Tabla CXXV: N° de compañeros sexuales en el último año según edad.</u>	
	Pág. 225
126. <u>Tabla CXXVI: Uso del preservativo en la última relación sexual.</u>	Pág. 226
127. <u>Tabla CXXVII: Uso del preservativo en la última relación sexual según edad.</u>	
	Pág. 227
128. <u>Tabla CXXVIII: Edad de la primera relación sexual con penetración.</u>	Pág. 228
129. <u>Tabla CXXIX: Edad de la primera relación sexual con penetración, modificada.</u>	
	Pág. 229
130. <u>Tabla CXXX: Uso de anticonceptivos.</u>	Pág. 231
131. <u>Tabla CXXXI: Uso de anticonceptivos modificada.</u>	Pág. 231
132. <u>Tabla CXXXII: Uso de anticonceptivos según edad.</u>	Pág. 232
133. <u>Tabla CXXXIII: Uso de anticonceptivos según edad modificada.</u>	Pág. 233
134. <u>Tabla CXXXIV: N° de ETS mencionadas.</u>	Pág. 234
135. <u>Tabla CXXXV: N° de ETS mencionadas según edad.</u>	Pág. 236
136. <u>Tabla CXXXVI: ETS mencionadas.</u>	Pág. 238
137. <u>Tabla CXXXVII: ETS mencionadas según edad.</u>	Pág. 240
138. <u>Tabla CXXXVIII: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes?</u>	
	Pág. 242
139. <u>Tabla CXXXIX: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes? Según edad.</u>	
	Pág. 243
140. <u>Tabla CXL: Riesgos del embarazo adolescente.</u>	Pág. 244
141. <u>Tabla CXLI: Riesgos del embarazo adolescente. Según edad.</u>	Pág. 246
142. <u>Tabla CXLII: Sexual Opinion Survey versión reducida.</u>	Pág. 248
143. <u>Tabla CXLIII: Sexual Opinion Survey versión reducida. Según edad.</u>	Pág. 255
144. <u>Tabla CXLIV: Orientación sexual.</u>	Pág. 261
145. <u>Tabla CXLV: Orientación sexual. Según edad.</u>	Pág. 262
146. <u>Tabla CXLVI: Relación entre el deporte y la pertenencia a un grupo.</u>	Pág. 304
147. <u>Tabla CXLVII: Borracheras estudio HBSC-2010.</u>	Pág. 327
148. <u>Tabla CXLVIII: Efectos orgánicos del cannabis.</u>	Pág. 339
149. <u>Tabla CXLIX: Efectos neuropsicológicos del cannabis.</u>	Pág. 339

150. Tabla CL: Relación entre tipo de centro y precocidad sexual. Pág. 335

151. Tabla CLI: Percepción de la influencia de las drogas en las relaciones sexuales.

Pág. 386

152. Tabla CLII: Relación entre beber alcohol y tener relaciones sexuales. Pág.389

153. Tabla CLIII: Relación entre consumir drogas ilegales y tener relaciones sexuales.

Pág. 391

ANEXO III. ÍNDICE DE FIGURAS

1. <u>Figura 1: Virus VIH.</u>	<u>Pág.22</u>
2. <u>Figura 2: Bacteria Chlamydia trachomatis.</u>	<u>Pág. 23</u>
3. <u>Figura 3: Alumnos matriculados en los cursos de 2º y 3º de ESO en centros de Castilla y León. Curso 2010 / 2011.</u>	<u>Pág.38</u>
4. <u>Figura 4: Población de 12 a 16 años residente en Castilla y León. Años 1999-2011.</u>	<u>Pág. 39</u>
5. <u>Figura 5: Pirámide de población de Castilla y León a 1/1/2010.</u>	<u>Pág. 39</u>
6. <u>Figura 6: Alumnos matriculados en 2º y 3º de ESO en centros de Castilla y León por Provincia. Curso 2010/2011.</u>	<u>Pág. 40</u>
7. <u>Figura 7: Alumnos matriculados en 2º y 3º de ESO en centros de Castilla y León por Sexo. Curso 2010/2011.</u>	<u>Pág. 41</u>
8. <u>Figura 8: Alumnos matriculados en 2º y 3º de ESO en centros de Castilla y León por Tipo de Centro y Sexo. Curso 2010/2011.</u>	<u>Pág. 42</u>
9. <u>Figura 9: Representación gráfica del muestreo aleatorio por conglomerados.</u>	<u>Pág. 44</u>
10. <u>Figura 10: Sexo y edad de los encuestados.</u>	<u>Pág. 57</u>
11. <u>Figura 11: Sexo de los encuestados.</u>	<u>Pág. 58</u>
12. <u>Figura 12: ¿Con quiénes vives actualmente?</u>	<u>Pág. 59</u>
13. <u>Figura 13: ¿Con quiénes vives actualmente? Modificada.</u>	<u>Pág. 60</u>
14. <u>Figura 14: ¿Cómo es la relación con tus padres?</u>	<u>Pág. 61</u>
15. <u>Figura 15: ¿Cómo es la relación que tus padres tienen entre ellos?</u>	<u>Pág. 62</u>
16. <u>Figura 16: Relación entre los padres separados o divorciados.</u>	<u>Pág. 64</u>
17. <u>Figura 17: Relación entre los padres que conviven juntos.</u>	<u>Pág. 64</u>
18. <u>Figura 18: Cariño hacia el padre.</u>	<u>Pág. 65</u>
19. <u>Figura 19: Cariño hacia el padre. Chicos.</u>	<u>Pág. 65</u>
20. <u>Figura 20: Cariño hacia el padre. Chicas.</u>	<u>Pág. 66</u>
21. <u>Figura 21: Cariño hacia el padre. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 67</u>
22. <u>Figura 22: Cariño hacia el padre. 14 años.</u>	<u>Pág. 67</u>
23. <u>Figura 23: Cariño hacia el padre. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 67</u>
24. <u>Figura 24: Cariño hacia la madre.</u>	<u>Pág. 68</u>
25. <u>Figura 25: Amistad hacia el padre.</u>	<u>Pág. 70</u>
26. <u>Figura 26: Amistad hacia el padre. Chicos.</u>	<u>Pág. 70</u>

27. <u>Figura 27: Amistad hacia el padre. Chicas.</u>	<u>Pág. 70</u>
28. <u>Figura 28: Amistad hacia el padre. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 71</u>
29. <u>Figura 29: Amistad hacia el padre. 14 años.</u>	<u>Pág. 72</u>
30. <u>Figura 30: Amistad hacia el padre. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 72</u>
31. <u>Figura 31: Amistad hacia la madre.</u>	<u>Pág. 73</u>
32. <u>Figura 32: Amistad hacia la madre. Chicos.</u>	<u>Pág. 73</u>
33. <u>Figura 33: Amistad hacia la madre. Chicas.</u>	<u>Pág. 73</u>
34. <u>Figura 34: Confianza en el padre.</u>	<u>Pág. 75</u>
35. <u>Figura 35: Confianza en el padre. Chicos.</u>	<u>Pág. 75</u>
36. <u>Figura 36: Confianza en el padre. Chicas.</u>	<u>Pág. 75</u>
37. <u>Figura 37: Confianza en la madre.</u>	<u>Pág. 77</u>
38. <u>Figura 38: Confianza en la madre. Chicos.</u>	<u>Pág. 77</u>
39. <u>Figura 39: Confianza en la madre. Chicas.</u>	<u>Pág. 77</u>
40. <u>Figura 40: Respeto, tolerancia hacia el padre.</u>	<u>Pág. 79</u>
41. <u>Figura 41: Respeto, tolerancia hacia el padre. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 80</u>
42. <u>Figura 42: Respeto, tolerancia hacia el padre. 14 años.</u>	<u>Pág. 80</u>
43. <u>Figura 43: Respeto, tolerancia hacia el padre. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 80</u>
44. <u>Figura 44: Respeto, tolerancia hacia la madre.</u>	<u>Pág. 81</u>
45. <u>Figura 45: Respeto, tolerancia hacia la madre. Chicos.</u>	<u>Pág. 81</u>
46. <u>Figura 46: Respeto, tolerancia hacia la madre. Chicas.</u>	<u>Pág. 82</u>
47. <u>Figura 47: Sometimiento al padre.</u>	<u>Pág. 83</u>
48. <u>Figura 48: Sometimiento al padre. Chicos.</u>	<u>Pág. 84</u>
49. <u>Figura 49: Sometimiento al padre. Chicas.</u>	<u>Pág. 84</u>
50. <u>Figura 50: Sometimiento a la madre.</u>	<u>Pág. 85</u>
51. <u>Figura 51: Sometimiento a la madre. Chicos.</u>	<u>Pág. 85</u>
52. <u>Figura 52: Sometimiento a la madre. Chicas.</u>	<u>Pág. 86</u>
53. <u>Figura 53: Temor al padre.</u>	<u>Pág. 87</u>
54. <u>Figura 54: Temor al padre. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 88</u>
55. <u>Figura 55: Temor al padre. 14 años.</u>	<u>Pág. 88</u>
56. <u>Figura 56: Temor al padre. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 89</u>
57. <u>Figura 57: Temor a la madre.</u>	<u>Pág. 90</u>
58. <u>Figura 58: Temor a la madre. Chicos.</u>	<u>Pág. 90</u>
59. <u>Figura 59: Temor a la madre. Chicas.</u>	<u>Pág. 90</u>
60. <u>Figura 60: Indiferencia hacia el padre.</u>	<u>Pág. 92</u>
61. <u>Figura 61: Indiferencia hacia la madre.</u>	<u>Pág. 94</u>

62. <u>Figura 62: Indiferencia hacia la madre. Chicos.</u>	<u>Pág. 94</u>
63. <u>Figura 63: Indiferencia hacia la madre. Chicas.</u>	<u>Pág. 94</u>
64. <u>Figura 64: Incomprensión por el padre.</u>	<u>Pág. 96</u>
65. <u>Figura 65: Incomprensión por el padre. Chicos.</u>	<u>Pág.96</u>
66. <u>Figura 66: Incomprensión por el padre. Chicas.</u>	<u>Pág. 96</u>
67. <u>Figura 67: Incomprensión por el padre. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 97</u>
68. <u>Figura 68: Incomprensión por el padre. 14 años.</u>	<u>Pág. 98</u>
69. <u>Figura 69: Incomprensión por el padre. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 98</u>
70. <u>Figura 70: Incomprensión por la madre.</u>	<u>Pág. 99</u>
71. <u>Figura 71: Enfrentamiento con el padre.</u>	<u>Pág. 100</u>
72. <u>Figura 72: Enfrentamiento con el padre. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 101</u>
73. <u>Figura 73: Enfrentamiento con el padre. 14 años.</u>	<u>Pág. 101</u>
74. <u>Figura 74: Enfrentamiento con el padre. 15-16-17 años</u>	<u>Pág. 102</u>
75. <u>Figura 75: Enfrentamiento con el padre.</u>	<u>Pág. 102</u>
76. <u>Figura 76: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc.</u>	<u>Pág. 104</u>
77. <u>Figura 77: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. Chicos.</u>	<u>Pág.104</u>
78. <u>Figura 78: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. Chicas.</u>	<u>Pág.105</u>
79. <u>Figura 79: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 106</u>
80. <u>Figura 80: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. 14 años.</u>	<u>Pág. 106</u>
81. <u>Figura 81: Pertenencia a grupo cultural, deportivo, musical, etc. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 106</u>
82. <u>Figura 82: ¿Cómo es tu salud actualmente?</u>	<u>Pág. 107</u>
83. <u>Figura 83: ¿Cómo es tu salud actualmente? Chicos.</u>	<u>Pág. 108</u>
84. <u>Figura 84: ¿Cómo es tu salud actualmente? Chicas.</u>	<u>Pág. 108</u>
85. <u>Figura 85: ¿Cómo fue tu salud de niño?</u>	<u>Pág. 109</u>
86. <u>Figura 86: ¿Qué tal duermes?</u>	<u>Pág. 111</u>
87. <u>Figura 87: ¿Cómo crees que te alimentas?</u>	<u>Pág. 112</u>
88. <u>Figura 88: ¿Cómo crees que te alimentas? Chicos.</u>	<u>Pág. 113</u>
89. <u>Figura 89: ¿Cómo crees que te alimentas? Chicas.</u>	<u>Pág. 113</u>
90. <u>Figura 90: ¿Cómo es tu estado de ánimo?</u>	<u>Pág. 115</u>
91. <u>Figura 91: ¿Cómo es tu estado de ánimo? Chicos.</u>	<u>Pág. 115</u>
92. <u>Figura 92: ¿Cómo es tu estado de ánimo? Chicas.</u>	<u>Pág. 116</u>

93. <u>Figura 93: ¿Qué tal memoria tienes?</u>	<u>Pág. 118</u>
94. <u>Figura 94: Práctica habitual de actividad deportiva.</u>	<u>Pág. 119</u>
95. <u>Figura 95: Práctica habitual de actividad deportiva. Chicos.</u>	<u>Pág. 120</u>
96. <u>Figura 96: Práctica habitual de actividad deportiva. Chicas.</u>	<u>Pág. 120</u>
97. <u>Figura 97: Práctica habitual de actividad deportiva. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 121</u>
98. <u>Figura 98: Práctica habitual de actividad deportiva. 14 años.</u>	<u>Pág. 121</u>
99. <u>Figura 99: Práctica habitual de actividad deportiva. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 122</u>
100. <u>Figura 100: ¿Por qué haces deporte?</u>	<u>Pág. 123</u>
101. <u>Figura 101: ¿Por qué haces deporte? Chicos.</u>	<u>Pág. 123</u>
102. <u>Figura 102: ¿Por qué haces deporte? Chicas.</u>	<u>Pág. 123</u>
103. <u>Figura 103: ¿Por qué haces deporte? 12-13 años.</u>	<u>Pág. 125</u>
104. <u>Figura 104: ¿Por qué haces deporte? 14 años.</u>	<u>Pág. 125</u>
105. <u>Figura 105: ¿Por qué haces deporte? 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 125</u>
106. <u>Figura 106: ¿Por qué no haces deporte?</u>	<u>Pág. 127</u>
107. <u>Figura 107: ¿Por qué no haces deporte? Chicos.</u>	<u>Pág. 127</u>
108. <u>Figura 108: ¿Por qué no haces deporte? Chicas.</u>	<u>Pág. 128</u>
109. <u>Figura 109: ¿Por qué no haces deporte? 12-13 años.</u>	<u>Pág. 129</u>
110. <u>Figura 110: ¿Por qué no haces deporte? 14 años.</u>	<u>Pág. 129</u>
111. <u>Figura 111: ¿Por qué no haces deporte? 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 130</u>
112. <u>Figura 112: Puntuación Test Rosenberg.</u>	<u>Pág. 133</u>
113. <u>Figura 113: Puntuación Test Rosenberg. Chicos.</u>	<u>Pág. 134</u>
114. <u>Figura 114: Puntuación Test Rosenberg. Chicas.</u>	<u>Pág. 135</u>
115. <u>Figura 115: Orientación religiosa.</u>	<u>Pág. 138</u>
116. <u>Figura 116: Orientación religiosa. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 140</u>
117. <u>Figura 117: Orientación religiosa. 14 años.</u>	<u>Pág. 140</u>
118. <u>Figura 118: Orientación religiosa. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 140</u>
119. <u>Figura 119: Nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas.</u>	<u>Pág. 141</u>
120. <u>Figura 120: Nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 142</u>
121. <u>Figura 121: Nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas. 14 años.</u>	<u>Pág. 143</u>
122. <u>Figura 122: Nivel de información tienes sobre el efecto de las drogas. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 143</u>
123. <u>Figura 123: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?</u>	<u>Pág. 144</u>

124.	<u>Figura 124: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? 12-13 años.</u>	<u>Pág. 146</u>
125.	<u>Figura 125: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? 14 años.</u>	<u>Pág. 147</u>
126.	<u>Figura 126: ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? 15-16-17 años</u>	<u>Pág. 147</u>
127.	<u>Figura 127: ¿Por qué fumas?</u>	<u>Pág. 148</u>
128.	<u>Figura 128: ¿Por qué fumas? Chicos.</u>	<u>Pág. 149</u>
129.	<u>Figura 129: ¿Por qué fumas? Chicas.</u>	<u>Pág. 149</u>
130.	<u>Figura 130: ¿Crees que debes dejar de fumar?</u>	<u>Pág. 151</u>
131.	<u>Figura 131: Principal razón para dejar de fumar.</u>	<u>Pág. 152</u>
132.	<u>Figura 132: Principal razón para dejar de fumar. Chicos.</u>	<u>Pág. 153</u>
133.	<u>Figura 133: Principal razón para dejar de fumar. Chicas</u>	<u>Pág. 153</u>
134.	<u>Figura 134: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas?</u>	<u>Pág. 155</u>
135.	<u>Figura 135: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? Chicos.</u>	<u>Pág. 156</u>
136.	<u>Figura 136: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? Chicas.</u>	<u>Pág. 156</u>
137.	<u>Figura 137: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? 12-13 años.</u>	<u>Pág. 157</u>
138.	<u>Figura 138: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? 14 años.</u>	<u>Pág. 158</u>
139.	<u>Figura 139: ¿Sueles tomar bebidas alcohólicas? 15-16-17 años</u>	<u>Pág. 158</u>
140.	<u>Figura 140: Principal motivo para beber alcohol.</u>	<u>Pág. 159</u>
141.	<u>Figura 141: Principal motivo para beber alcohol. Chicos.</u>	<u>Pág. 160</u>
142.	<u>Figura 142: Principal motivo para beber alcohol. Chicas.</u>	<u>Pág. 160</u>
143.	<u>Figura 143: Borracheras en el último año.</u>	<u>Pág. 162</u>
144.	<u>Figura 144: Borracheras en el último año. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 164</u>
145.	<u>Figura 145: Borracheras en el último año. 14 años.</u>	<u>Pág. 164</u>
146.	<u>Figura 146: Borracheras en el último año. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 164</u>
147.	<u>Figura 147: Consumo de drogas ilegales.</u>	<u>Pág. 165</u>
148.	<u>Figura 148: Consumo de drogas ilegales. Chicos.</u>	<u>Pág. 166</u>
149.	<u>Figura 149: Consumo de drogas ilegales. Chicas.</u>	<u>Pág. 167</u>
150.	<u>Figura 150: Consumo de drogas ilegales. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 168</u>
151.	<u>Figura 151: Consumo de drogas ilegales. 14 años.</u>	<u>Pág. 169</u>
152.	<u>Figura 152: Consumo de drogas ilegales. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 169</u>
153.	<u>Figura 153: Información sobre ETS.</u>	<u>Pág. 170</u>
154.	<u>Figura 154: Información sobre ETS. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 171</u>
155.	<u>Figura 155: Información sobre ETS. 14 años.</u>	<u>Pág. 171</u>
156.	<u>Figura 156: Información sobre ETS. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 172</u>
157.	<u>Figura 157: Información sobre sexualidad.</u>	<u>Pág. 172</u>
158.	<u>Figura 158: Información sobre sexualidad. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 174</u>

159.	<u>Figura 159: Información sobre sexualidad.14 años.</u>	<u>Pág. 174</u>
160.	<u>Figura 160: Información sobre sexualidad.15-16-17 años.</u>	<u>Pág.174</u>
161.	<u>Figura 161: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad.</u>	<u>Pág.175</u>
162.	<u>Figura 162: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad. Chicos.</u>	<u>Pág.176</u>
163.	<u>Figura 163: Edad adecuada para hablar sobre sexualidad. Chicas.</u>	<u>Pág.176</u>
164.	<u>Figura 164: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad?</u>	<u>Pág. 178</u>
165.	<u>Figura 165: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? Chicos.</u>	<u>Pág. 179</u>
166.	<u>Figura 166: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? Chicas.</u>	<u>Pág. 179</u>
167.	<u>Figura 167: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? 12-13 años.</u>	<u>Pág. 181</u>
168.	<u>Figura 168: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? 14 años.</u>	<u>Pág. 181</u>
169.	<u>Figura 169: ¿Cuánto crees tú que sabes sobre sexualidad? 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 181</u>
170.	<u>Figura 170: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti...</u>	<u>Pág. 182</u>
171.	<u>Figura 171: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti...Chicos.</u>	<u>Pág. 183</u>
172.	<u>Figura 172: Y lo que sabes de sexualidad consideras que es para ti...Chicas.</u>	<u>Pág. 183</u>
173.	<u>Figura 173: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad.</u>	<u>Pág. 185</u>
174.	<u>Figura 174: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad. Chicos.</u>	<u>Pág. 186</u>
175.	<u>Figura 175: Reacción de tus compañeros al hablar de sexualidad. Chicas.</u>	<u>Pág. 186</u>
176.	<u>Figura 176: Nivel de participación al hablar de sexualidad.</u>	<u>Pág. 188</u>
177.	<u>Figura 177: N° de métodos anticonceptivos mencionados.</u>	<u>Pág. 190</u>
178.	<u>Figura 178: N° de métodos anticonceptivos mencionados. Chicos.</u>	<u>Pág. 191</u>
179.	<u>Figura 179: N° de métodos anticonceptivos mencionados. Chicas.</u>	<u>Pág. 191</u>
180.	<u>Figura 180: Métodos anticonceptivos mencionados.</u>	<u>Pág. 193</u>
181.	<u>Figura 181: Métodos anticonceptivos mencionados. Chicos.</u>	<u>Pág. 193</u>
182.	<u>Figura 182: Métodos anticonceptivos mencionados. Chicas.</u>	<u>Pág. 194</u>
183.	<u>Figura 183: La palabra condón te hace pensar en...</u>	<u>Pág. 197</u>
184.	<u>Figura 184: La palabra condón te hace pensar en...Chicos.</u>	<u>Pág. 198</u>
185.	<u>Figura 185: La palabra condón te hace pensar en...Chicas.</u>	<u>Pág. 198</u>
186.	<u>Figura 186: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta múltiple.</u>	<u>Pág.200</u>

187.	<u>Figura 187: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta múltiple. Chicos.</u>	<u>Pág. 202</u>
188.	<u>Figura 188: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta múltiple. Chicas.</u>	<u>Pág. 202</u>
189.	<u>Figura 189: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única.</u>	<u>Pág. 204</u>
190.	<u>Figura 190: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única. Chicos.</u>	<u>Pág. 205</u>
191.	<u>Figura 191: Si necesitas orientación sobre sexualidad hablarías con...Respuesta única. Chicas.</u>	<u>Pág.205</u>
192.	<u>Figura 192: Motivos para no tener relaciones sexuales.</u>	<u>Pág.207</u>
193.	<u>Figura 193: Motivos para no tener relaciones sexuales. Chicos.</u>	<u>Pág.209</u>
194.	<u>Figura 194: Motivos para no tener relaciones sexuales. Chicas.</u>	<u>Pág.209</u>
195.	<u>Figura 195: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes.</u>	<u>Pág. 211</u>
196.	<u>Figura 196: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes. Chicos.</u>	<u>Pág. 213</u>
197.	<u>Figura 197: Opinión de los padres sobre las relaciones sexuales entre adolescentes. Chicas.</u>	<u>Pág. 213</u>
198.	<u>Figura 198: Relaciones sexuales con penetración.</u>	<u>Pág. 215</u>
199.	<u>Figura 199: Relaciones sexuales con penetración. Chicos.</u>	<u>Pág. 216</u>
200.	<u>Figura 200: Relaciones sexuales con penetración. Chicas.</u>	<u>Pág. 216</u>
201.	<u>Figura 201: Relaciones sexuales con penetración. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 217</u>
202.	<u>Figura 202: Relaciones sexuales con penetración. 14 años.</u>	<u>Pág. 217</u>
203.	<u>Figura 203: Relaciones sexuales con penetración. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 218</u>
204.	<u>Figura 204: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración.</u>	<u>Pág. 219</u>
205.	<u>Figura 205: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración. Chicos.</u>	<u>Pág. 220</u>
206.	<u>Figura 206: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración. Chicas.</u>	<u>Pág. 220</u>
207.	<u>Figura 207: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración.12-13 años.</u>	<u>Pág. 222</u>
208.	<u>Figura 208: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración. 14 años.</u>	<u>Pág. 222</u>

209.	<u>Figura 209: Personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 223</u>
210.	<u>Figura 210: N° de compañeros sexuales en el último año.</u>	<u>Pág. 224</u>
211.	<u>Figura 211: N° de compañeras sexuales en el último año. Chicos.</u>	<u>Pág. 225</u>
212.	<u>Figura 212: N° de compañeros sexuales en el último año. Chicas.</u>	<u>Pág. 225</u>
213.	<u>Figura 213: Uso del preservativo en la última relación sexual.</u>	<u>Pág. 227</u>
214.	<u>Figura 214: Edad de la primera relación sexual con penetración.</u>	<u>Pág. 229</u>
215.	<u>Figura 215: Edad de la primera relación sexual con penetración. Chicos.</u>	<u>Pág. 230</u>
216.	<u>Figura 216: Edad de la primera relación sexual con penetración. Chicas.</u>	<u>Pág. 230</u>
217.	<u>Figura 217: Uso de anticonceptivos.</u>	<u>Pág. 231</u>
218.	<u>Figura 218: N° de ETS mencionadas.</u>	<u>Pág. 234</u>
219.	<u>Figura 219: N° de ETS mencionadas. Chicos.</u>	<u>Pág. 235</u>
220.	<u>Figura 220: N° de ETS mencionadas. Chicas.</u>	<u>Pág. 235</u>
221.	<u>Figura 221: N° de ETS mencionadas. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 237</u>
222.	<u>Figura 222: N° de ETS mencionadas. 14 años.</u>	<u>Pág. 237</u>
223.	<u>Figura 223: N° de ETS mencionadas. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 237</u>
224.	<u>Figura 224: ETS mencionadas.</u>	<u>Pág. 238</u>
225.	<u>Figura 225: ETS mencionadas. Chicos.</u>	<u>Pág. 239</u>
226.	<u>Figura 226: ETS mencionadas. Chicas.</u>	<u>Pág. 240</u>
227.	<u>Figura 227: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes?</u>	<u>Pág. 242</u>
228.	<u>Figura 228: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes?</u>	<u>Pág. 243</u>
229.	<u>Figura 229: ¿Tiene algún riesgo el embarazo para los adolescentes?</u>	<u>Pág. 243</u>
230.	<u>Figura 230: Riesgos del embarazo adolescente.</u>	<u>Pág. 245</u>
231.	<u>Figura 231: Riesgos del embarazo adolescente. Chicos.</u>	<u>Pág. 246</u>
232.	<u>Figura 232: Riesgos del embarazo adolescente. Chicas.</u>	<u>Pág. 246</u>
233.	<u>Figura 233: Test SOS-r.</u>	<u>Pág. 251</u>
234.	<u>Figura 234: Test SOS-r. Chicos.</u>	<u>Pág. 253</u>
235.	<u>Figura 235: Test SOS-r. Chicas.</u>	<u>Pág. 254</u>
236.	<u>Figura 236: Test SOS-r. 12-13 años.</u>	<u>Pág. 258</u>
237.	<u>Figura 237: Test SOS-r. 14 años.</u>	<u>Pág. 259</u>
238.	<u>Figura 238: Test SOS-r. 15-16-17 años.</u>	<u>Pág. 260</u>
239.	<u>Figura 239: Orientación sexual.</u>	<u>Pág. 261</u>
240.	<u>Figura 240: Evolución de las disoluciones matrimoniales.</u>	<u>Pág. 272</u>
241.	<u>Figura 241: Encuesta OCU 2009 sobre violencia familiar.</u>	<u>Pág. 277</u>
242.	<u>Figura 242: Causas desencadenantes. Encuesta OCU 2009.</u>	<u>Pág. 278</u>

243. <u>Figura 243: Paciente de 18 años de edad, con infantilismo sexual, amenorrea primaria y proporciones eunucoïdales.</u>	Pág. 284
244. <u>Figura 244: Adolescente con escoliosis.</u>	Pág. 288
245. <u>Figura 245: Enfermedad de Osgood-Schlatter.</u>	Pág. 289
246. <u>Figura 246: Adolescente con ginecomastia.</u>	Pág. 291
247. <u>Figura 247: Puntuación estado de ánimo.</u>	Pág. 294
248. <u>Figura 248: ¿Dónde se dicen las cosas más importantes en cuanto a ideas e interpretaciones del mundo?</u>	Pág. 306
249. <u>Figura 249: Evolución de la identificación como creyente.</u>	Pág. 306
250. <u>Figura 250: Evolución de la práctica religiosa.</u>	Pág. 307
251. <u>Figura 251: Proporción de consumidores de drogas en el año 2010.</u>	Pág. 310
252. <u>Figura 252: Proporción de consumidores de drogas en el año 2010 según sexo.</u>	Pág. 311
253. <u>Figura 253: Trastornos mentales más prevalentes en los adolescentes consumidores de drogas.</u>	Pág. 312
254. <u>Figura 254: Edad media de inicio en el consumo de drogas. ESTUDES 2010.</u>	Pág. 314
255. <u>Figura 255: Información recibida sobre las drogas. ESTUDES 2010.</u>	Pág. 315
256. <u>Figura 256: Evolución del riesgo percibido por los estudiantes de 14-18 años ante el consumo habitual de drogas.</u>	Pág. 316
257. <u>Figura 257: Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco según sexo.</u>	Pág. 319
258. <u>Figura 258: Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y prevalencia de borracheras (últimos 30 días).</u>	Pág. 323
259. <u>Figura 259: Diferencias en el patrón de consumo de cerveza, combinado y vino en adolescentes que consumen alcohol.</u>	Pág. 327
260. <u>Figura 260: Tipo de bebida alcohólica consumida según el día de la semana.</u>	Pág. 329
261. <u>Figura 261: Evolución de la proporción de consumidores de hipnosedantes sin receta.</u>	Pág. 334
262. <u>Figura 262: Evolución de la proporción de consumidores de cannabis.</u>	Pág. 337
263. <u>Figura 263: Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína.</u>	Pág. 342
264. <u>Figura 264: Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos en el último año.</u>	Pág. 344
265. <u>Figura 265: Campaña de 1990.</u>	Pág. 349

266. Figura 266: Campaña de 2008. Pág. 349
267. Figura 267: Porcentaje de adolescentes de centros públicos que han tenido relaciones sexuales con penetración. Pág. 356
268. Figura 268: Porcentaje de adolescentes de centros privados/concertados que han tenido relaciones sexuales con penetración. Pág. 356
269. Figura 269: Chicas que han tenido relaciones sexuales con penetración antes de los 15 años. Pág. 357
270. Figura 270: Chicos que han tenido relaciones sexuales con penetración antes de los 15 años. Pág. 358
271. Figura 271: Uso de la anticoncepción de emergencia en mujeres catalanas en función de su edad. Pág. 365
272. Figura 272: Distribución semanal del consumo de la anticoncepción de emergencia. Pág. 366
273. Figura 273: Evolución de las Tasas IVE/1000 mujeres según su edad. 1998-2007. Pág. 368
274. Figura 274: Probabilidad de agresión sexual en los niveles de bajo y elevado consumo de drogas ilegales. Pág. 387
275. Figura 275: Porcentaje de los adolescentes que beben alcohol que ha tenido relaciones sexuales coitales. Pág. 390
276. Figura 276: Porcentaje de los adolescentes que no beben alcohol que ha tenido relaciones sexuales coitales. Pág. 390
277. Figura 277: Porcentaje de los adolescentes que han tomado drogas ilegales que ha tenido relaciones sexuales coitales. Pág. 391

BIBLIOGRAFÍA:

1. Casas Rivero J, Redondo Romero A, Jurado Palomo J. Problemática y patología en la adolescencia. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán. *Pediatría Extrahospitalaria*. 4º ed. Madrid: Ergon SA; 2008: 791-8.
2. Nogales Espert A. Excesos de los adolescentes: El fracaso de la familia y de la sociedad. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. Año 2009; Tomo CXXVI Cuaderno Primero: 73-85.
3. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. El concepto de adolescencia, En: Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia*. La Habana: MINSAP; 1999: 16.
4. Rodríguez Molinero L. Aportación al estudio de la salud biosocial de los adolescentes de Valladolid 1991. [Tesis doctoral] Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina; 1993.
5. Zarco Montejo J, Caudevilla Galligo F, Martínez Osorio del Río S. Drogas y adolescentes. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán. *Pediatría Extrahospitalaria*. 4º ed. Madrid: Ergon SA; 2008: 839.
6. Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Medicina Clinica (Barcelona)*. 2012; 138(12): 534–540.
7. Kouznetsov L, Zippel S, Kuznetsov A. What is the accurate knowledge of the German population regarding sexual HIV transmission?. *International Journal of Public Health*. 2009; 3: 193–5.
8. Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España 2007. *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83: 309-20.
9. Logran identificar una prometedora vacuna contra el VIH. *Intereconomía*. 20 Septiembre 2011; Secciones Programa.
10. del Rey Calero J. La sexualidad de los adolescentes. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. 2010; 1: 67-88.
11. Ríos E, Ferrer L, Casabona J, Caylá J, Avecilla À, Gómez I Prat J, et al . Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2009; 23(6):533-8.
12. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22(6):511-9.
13. Calafat A, Juan M, Becoña E, Mantecón A, Ramón A. Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*. 2009; 21(2): 227-33.
14. Corbeto EL, Lugo R, Martró E, Falguera G, Ros R, Avecilla A, et al. Prevalencia de la infección por *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* y determinantes para su adquisición en jóvenes y adultos-jóvenes en Cataluña. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2011; 29(2): 96-101.
15. Boseley S. Health: Young people urged to have fewer sexual partners and more tests as infections rise. *The Guardian*; 16 Julio 2008; Health.

16. Abarca V K, Valenzuela B M T, Vergara F R, Luchsinger F V, Muñoz M A, Jiménez de la Jara J, et al. Declaración del Comité Consultivo de Inmunizaciones de la Sociedad Chilena de Infectología respecto a la vacuna anti-virus papiloma humano: Septiembre 2008. Revista chilena de infectología [revista en Internet]. 2008 Dic [citado 2012 Dic 28] ; 25(6): 428-434. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000600002&lng=es. doi: 10.4067/S0716-10182008000600002.
17. Gil A. Vacunación frente a VPH en adultos. Revista Española de Quimioterapia. 2009; 22(Suppl.1): 22-5.
18. Alameda González C, de Lorenzo-Cáceres Ascanio A. Vacuna contra el papilomavirus humano: actitud ante una consulta sobre una novedad terapéutica. Atención Primaria. 2008; 40(4): 205-8.
19. del Pino M, Rodríguez-Carunchio L, Alonso I, Torné A, Rodríguez A, Fusté P, et al. Clinical, colposcopic and pathological characteristics of cervical and vaginal high-grade lesions negative for HPV by Hybrid Capture 2. Gynecologic Oncology. 2011; Sep;122(3):515-20.
20. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Campaña de vacunación frente al Virus del Papiloma Humano. Lo que necesitas saber. [en línea] Valladolid: Sacyl; 2003; [acceso desde 2009] Disponible en: www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/vacunaciones/campana-vacunacion-frente-virus-papiloma-humano/necesitas-saber
21. Ministerio de Sanidad y Política Social. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. [en línea] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2001; [acceso desde 2009] Disponible en: www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf
22. Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano en el calendario de vacunación de la C.A. de Aragón 2008. [en línea] Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2001[acceso desde 2008] Disponible en: www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocial/Familia/Sanidad/Profesionales/13_SaludPublica/20_Programas_Salud/Documento_informativo_profesionales_vacuna_VPH_Aragon_2008.pdf
23. Cortés Bordoy J, García de Paredes M, Muñoz Zato E, Martínón Torres F, Torné Blade A, García Rojas A, et al. Documento de consenso de las sociedades científicas españolas. Vacunas profilácticas frente al VPH. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2009; 52 (1): 32-44.
24. Farjas Abadía MP, Zubizarreta Alberdi R. Capítulo XXIV. Papilomavirus. Manual de vacunaciones del adulto. Edición 2008. [en línea] La Coruña: Fisterra.com; 1990; [acceso desde 2008] Disponible en: www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/vacunas/pdf/Papilomavirus.pdf
25. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Calendarios españoles. [en línea] Madrid: AEPap; 2000; [actualizado 1/1/2013, acceso desde 2008] Disponible en: www.aepap.org/vacunas/calendarios-espanoles
26. España. Ministerio de Educación. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, número 106 (4 de Mayo de 2006).
27. Sierra Bravo R. Técnicas de Investigación Social. Madrid: Paraninfo; 1989.
28. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. Revista Epidemiológica de Medicina Preventiva. 2003; 1: 3-7.

29. Pérez López C. Muestreo Estadístico. Conceptos y problemas resueltos. Madrid: Pearson Educación S.A.; 2005.
30. Consejería de Educación. Portal de Educación de la Junta de Castilla y León[en línea] Valladolid: Educacyl.es; 2001[acceso desde 2005] Disponible en: www.educa.jcyl.es/es
31. Hidalgo Vicario MI, Muñoz Calvo MT. Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán. Pediatría Extrahospitalaria. 4º ed. Madrid: Ergon SA; 2008: 799-809.
32. Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. Apuntes de Psicología. 2004; 22: 247-55.
33. Rojas-Barahona C A, Zegers P B, Förster M C E. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Revista médica de Chile [revista en Internet]. 2009 Jun [citado 2011 Sep. 01]; 137(6): 791-800.
34. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. Año 2009. [en línea] Madrid: INE.es; 2009[acceso desde 2009] Disponible en: www.ine.es/prensa/np631.pdf
35. Carpintero E, Fuertes A. Validación de la versión en español del “Sexual Opinion Survey” (SOS). Cuadernos de Medicina Psicosomática. 1994; 31:52-61.
36. Instituto Nacional de Estadística. Hombres y mujeres en España.1ª ed. Madrid: INE; 2010.
37. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resultados del estudio HBSC-2010 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2012.
38. Pérez Milena A, Martínez Fernández ML, Mesa Gallardo I, Pérez Milena R, Leal Helmling FJ, Jiménez Pulido I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención Primaria. 2007; 39(2):61-7
39. Pérez Milena A, Martínez Fernández ML, Mesa Gallardo I, Pérez Milena R, Leal Helmling FJ, Jiménez Pulido I. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997–2007) Atención Primaria. 2009; Sep; 41(9): 479-85
40. Pons Diez J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. Revista española de Salud Pública. 1998; 72 (3): 251-66
41. Santander RS, Zubarew GT, Santelices CL, Argollo MP, Cerda LJ, Bórquez PM. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. Revista médica de Chile. 2008; 136(3): 317-24.
42. Velez CN, Johnson J, Cohen P. A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1989; 28: 861-4.
43. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villaruel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Revista médica de Chile. 2009; 137(2): 226-33.
44. Martínez JM, Robles, L. Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia. Psicothema. 2001; 13(2): 222-8.

45. Frauenglass S, Routh D, Pantin H, Mason C. Family support decreases influence of deviant peers on Hispanic adolescents substance use. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1997; 26: 15-23.
46. Muñoz-Rivas MJ, Graña JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 2001; 13(1): 87-94.
47. Serrano G, Godás A, Rodríguez D, Mirón L. Perfil psicosocial de los adolescentes españoles. *Psicothema*. 1996; 8(1): 25-44.
48. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course persistent offending: A complementary pair of development theories. En: Thornberry TP. *Developmental theories of crime and delinquency*. 1ª ed. New Brunswick NJ: Transaction Publishers;1997: vol 7 p. 11-54.
49. Rodrigo MJ, Máiquez ML, García M, Mendoza R, Rubio A, Martínez A, et al. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*. 2004; 16 (2): 203-10.
50. Kashani JH, Beck NC, Burk JP. Predictors of psychopathology in children of patients with major affective disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1987; 32: 287-90.
51. Mufson L, Weissman MM, Warner V. Depression and anxiety in parents and children: A direct interview study. *Journal of Anxiety Disorders*. 1992; 6: 1-13.
52. Downey, G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*. 1990; 108: 50-76.
53. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Maternal depressive symptoms and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1995; 36: 1161-78.
54. Aragón N, Bragado C, Carrasco I. Alcoholismo parental y psicopatología infantil. Una revisión. *Adicciones*. 1997; 9: 255-77.
55. Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*. 1999; 11 (4): 939-56.
56. Justicia Galiano MJ, Cantón Duarte J. Conflictos entre padres y conducta agresiva y delictiva en los hijos. *Psicothema*. 2011; 23 (1): 20-5.
57. Cortés MR, Cantón J. Función moderadora del género, de la edad del niño y de las dimensiones del conflicto en la adaptación. En: Cantón J, Cortés MR, Justicia MJ. *Conflictos entre los padres, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid: Ediciones Pirámide. 2007; p. 43-63.
58. El-Sheikh M, Buckhalt JA, Mize J, Acebo C. Marital conflict and disruption of children's sleep. *Child Development*. 2006; 77: 31-43.
59. Hart JL, O'Toole SK, Price-Sharps JL, Shaffer TW. The risk and protective factors of violent juvenile offending: An examination of gender differences. *Youth Violence and Juvenile Justice*. 2007; 5: 367-84.
60. Ybarra GJ, Wilkens SL, Lieberman AF. The influence of domestic violence on preschooler behavior and functioning. *Journal of Family Violence*. 2007; 22: 33-42.
61. Cummings EM, Goeke-Morey MC, Papp LM. Everyday marital conflicts and child aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2004; 32: 191-202.
62. Cui M, Donellan MB, Conger RD. Reciprocal influences between parents' marital problems and adolescent internalizing and externalizing behavior. *Developmental Psychology*. 2007; 43: 1544-52.

63. Mahoney A, Jouriles EN, Scavone J. Marital adjustment, marital discord over childrearing and child behavior problems: Moderating effects of child age. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1997; 26: 415-23.
64. Sim H, Vuchinich S. The declining effects of family stressors on antisocial behavior from childhood to adolescence and early adulthood. *Journal of Family Issues*. 1996; 17: 408-10.
65. Cummings EM, Davies PT. Children and marital conflict. The impact of family dispute and resolution. 1ª ed. Nueva York: The Guilford Press; 1994.
66. Davies PT, Cummings EM. Interparental discord, family process and developmental psychopathology. En: Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation*. 2ª ed. Nueva York: Wiley. 2006; vol. 3.
67. Orgilés Amorós M, Espada Sánchez JP, Méndez Carrillo X. Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*. 2008; 20(3): 383-8.
68. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
69. Ramírez M, Botella J, Carrobbles JA. Creencias infantiles sobre la separación parental. *Psicología Conductual*. 1999; 7(1): 49-73.
70. Kasen S, Cohen P, Brook JS, Hartmark C. A multiple-risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatry disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1996; 24: 121-50.
71. Rodríguez J. *Psicopatología infantil básica*. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2002.
72. Järvelin MR, Moilanen I, Vikeväinen-Tervonen L, Huttunen NP. Life changes and protective capacities in enuretic and non-enuretic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1990; 31: 763-74.
73. Bellman M. Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*. 1966; 170 (Suppl.): 1-151.
74. Hoyt LA, Cowen EL, Pedro-Carroll JL, Alpert-Gillis JL. Anxiety and depression in young children of divorce. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1990; 1: 26-32.
75. Wallerstein JS, Kelly JB. *Surviving the Breakup: How Children and Parents Cope with Divorce*. 1ª ed. New York: Basic Books; 1980.
76. Aguilar JM. *Con mamá y con papá*. 1ª ed. Málaga: Almuzara; 2006.
77. Echeburúa E. *Trastornos de ansiedad en la infancia*. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 1993.
78. Wallerstein JS, Kelly JB. Children of Divorce: Report of a Ten-Year Follow-Up of Early Latency-Age Children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1987; 57(2):199-211.
79. Tschann JM, Johnston JR, Kline M, Wallerstein JS. Family process and children's functioning during divorce. *Journal of Marriage and the Family*. 1989; 51(2): 431-44.
80. Johnston JR, Campbell LEG. A clinical typology of interparental violence in disputed-custody divorces. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1993; 63 (2): 190-9.
81. Pons-Salvador G, del Barrio V. El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*. 1995; 7 (3): 489-97.

82. Fernández Alonso MC, Herrero Velazquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. *Violencia Doméstica*. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
83. AAFP Home Study Self Assessment. *La Violencia en la Familia*. 1ª ed. Barcelona: Ed. Española; 1996: p.13-46.
84. Stringham P. Domestic Violence. *Primary Care*. 1999; 26 (2): 373-84.
85. Sassetti MR. Domestic Violence. *Primary Care*. 1993; 20 (2): 289-305.
86. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine*. 2002; 162: 1157-63.
87. Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more?. *Journal of Family Practice*. 1999; 48: 439.
88. National Center for Injury Prevention and Control. *Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2003.
89. Organización de Consumidores y Usuarios. *Violencia doméstica. El enemigo en casa*. OCU Compra maestra. 2009; 334 (Febr).
90. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*. 2002; 359: 1423-29.
91. Diariouridico.com. El 74% de las 62 mujeres fallecidas por violencia de género en el 2011 no había interpuesto denuncia alguna. *Diariouridico.com*. 3 Julio 2012; Actualidad.
92. Consejo General del Poder Judicial. Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en el año 2011. [en línea] Madrid: Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género; 2011; [acceso desde 2011] Disponible en: www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1334564939_Datos_a_nuales_2011.pdf
93. McDonald R, Jouriles EN, Ramisetty-Mikler S, Caetano R, Green CE.r S, et al., Estimating the number of American children living in partner-violent families. *Journal of Family Psychology*. 2006; 20(1): 137-42.
94. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*. 1995; 273(22): 1763-7.
95. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family Medicine*. 1992; 24(4): 382-7
96. Elliott BA, Johnson MM. Domestic violence in a primary care setting. *Archives of Familiar Medicine*. 1995; 4(2): 113-9.
97. Mc Lear S, Anwar R. Identification of abuse in emergency departament. *American Journal of Public Health*. 1998; 79: 65-6.
98. Edleson J. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 1999; 14: 839-70.
99. Whitaker RC, Orzol SM, Kahn RS. Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63(5): 551-60.

100. McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA, Watson K. Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white, and Hispanic children. *Pediatrics* 2003; 112: e202-7.
101. Hazen AL, Connelly CD, Kelleher KJ, Barth RP, Landsverk JA. Female caregivers' experiences with intimate partner violence and behavior problems in children investigated as victims of maltreatment. *Pediatrics* 2006; 117: 99-109.
102. Currie C. Animal cruelty by children exposed to domestic violence. *Child Abuse and Neglect*. 2006; 30: 425-35.
103. Hurt H, Malmud E, Brodsky NL, Giannetta J. Exposure to violence: psychological and academic correlates in child witnesses. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2001; 155: 1351-6.
104. Kilpatrick KL, Williams LM. Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1997; 67: 639-44.
105. Pynoos RS, Nader K. Children who witness the sexual assaults of their mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1988; 27: 567-72.
106. Kilpatrick KL, Williams LM. Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse and Neglect*. 1998; 22: 319-30.
107. Lehmann P. The development of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *Journal of Family Violence*. 1997; 12: 241-57.
108. McCloskey LA, Walker M. Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39: 108-15
109. Groves BM, Zuckerman B, Marans S, Cohen DJ. Silent victims. Children who witness violence. *JAMA*. 1993; 269: 262-4.
110. Lehrer JA, Buka S, Gortmaker S, Shrier LA. Depressive symptomatology as a predictor of exposure to intimate partner violence among US female adolescents and young adults. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2006; 160: 270-6.
111. Rollins J. Minimizing the impact of community violence on child witnesses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1997; 9(2): 211-9.
112. Jaffe PG, Hurley DJ, Wolfe D. Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1990; 35: 466-9.
113. Groves B. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*. 1999; 9: 122-32.
114. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse and Neglect*. 2008; 32: 797-810.
115. Hotelling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence and victims*. 1986; 1:101-124.
116. Stirling JJr, Amaya-Jackson L. Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics*. 2008; 122: 667-73.
117. Perry BD, Pollard R. Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 1998; 7(1): 33-51.
118. Massachusetts Medical Society. Use your "RADAR" to recognize and treat intimate partner violence. [en línea] Massachusetts: Massachusetts Medical

- Society; 2012; [acceso desde 2012]. Disponible en: www.massmed.org/AM/Template.cfm?Section=Home6&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=7357
119. Institute for Safe Families. RADAR for Pediatrics. [en línea] Philadelphia: Institute for Safe Families; 2007; [acceso desde 2007]. Disponible en: www.instituteforsafefamilies.org/radar.php
 120. Loayssa JR, Echagüe I. La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud. *Anales Sistema Sanitario Navarra*. 2001; 24 (2): 93-105.
 121. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud de los adolescentes. [en línea] Ginebra: OMS; 2008 [acceso desde 2008]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/index.html
 122. Directorate General of Health and Consumer Protection. European Commission. Report on the state of young people' Health in the European Union. [en línea] Bruselas: European Commission; 2000 [acceso desde 2000]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/ke01_en.pdf
 123. Llinares V, Serrano A, De Frutos MJ, Álvarez C, Azpiazu M, López F, et al. Motivos de consulta en adolescentes. *Atención Primaria*. 1994; 13: 442-5.
 124. Hernán M, Ramos M, Fernández A. *Salud y Juventud*. 1ªed. Madrid: Consejo de la Juventud España; 2002.
 125. Hung Llamas S. *Endocrinología en Ginecología*. 1ª ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
 126. Shargorodsky J, Curhan SG, Curhan GC, Eavey R. Change in prevalence of hearing loss in US adolescents. *JAMA*. 2010; 304(7): 772-8.
 127. Mahoney LT, Burns TL, Stanford W, Thompson BH, Witt JD, Rost CA, et al. Coronary risk factors measured in childhood and young adult life are associated with coronary artery calcification in young adults: the Muscatine Study. *Journal of the American College of Cardiology*. 1996; 27: 277-84.
 128. Wattigney WA, Harsha DW, Srinivasan SR, Webber LS, Berenson GS. Increasing impact of obesity on serum lipids and lipoproteins in young adults. The Bogalusa heart study. *Archives of Internal Medicine*. 1991; 151: 2017-22.
 129. Belzunegui Otano T, Aldaz Berruezo J, Lafuente Jiménez A. Síncope. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2001; 8: 378-89.
 130. Álvarez García de Quesada LI, Núñez Giralda A. Escoliosis idiopática. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2011; 13: 135-46.
 131. University of Utah Hospital - Radiology Department. X-ray of U.S. girl, age 16 years 8 months, with pre-operative scoliosis. Front, standing, clothed. [en línea]. Utah: University of Utah Hospital - Radiology Department; 2009 [accesado 2009]. Disponible en: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File%3AAmanda-Scoliosis.JPG>
 132. Galván Lizárraga R, Martínez Villalobos M. Enfermedad de Osgood-Schlatter. *Ortho-tips*. 2007; 3(2): 98-102.
 133. Fuentes Romero C. Síndrome de Osgood-Schlatter: Presentación de un caso y revisión. *Revista Médica Hondureña*. 2002; 70:117-119.
 134. Carabaño Aguado I, Llorente Otones L. Enfermedad de Osgood-Schlatter: deporte, adolescencia y dolor. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2011;13: 93-7.
 135. Fitzgerald RH, Kaufer H, Malkani AL. *Ortopedia*. 2ªed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.
 136. Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Evaluación diagnóstica de la ginecomastia. En: Reunión Científica Conjunta, SVNP-AVPAP; Gipuzkoa.

- Donostia, 16 de octubre de 2009. Disponible en: www.avpap.org/documentos/gipuzkoa2009/ginecomastia.htm
137. Hernán M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gaceta sanitaria*. 2004; 18(Supl 1):47-55.
 138. Colino R, Fernández A, Picasso A. Utilización de la consulta de atención primaria por los adolescentes y detección de problemas de salud no demandados. *Atención Primaria*. 1995; 16: 594-600.
 139. Taylor DC, Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Somatization and the vocabulary of everyday bodily experiences and concerns: a community study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996; 35: 491-9.
 140. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics*. 1999;103 :1203-9.
 141. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996; 35:1427-39.
 142. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1990; 29:571-80.
 143. Lewinsohn PM, Clarke G, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994; 33: 809-18.
 144. Carlson GA, Cantwell DP. Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 1980; 137: 445-49.
 145. Lewinsohn PM, Rhode P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38: 56-63.
 146. Rao U, Hammen C, Daley SE. Continuity of depression during the transition to adulthood: a 5-year longitudinal study of young women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38:908-15.
 147. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*. 1994; 30:15-26.
 148. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*. 1994; 115:424-43.
 149. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*. 1998; 107:128-40.
 150. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck M, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2004; 158:760-5.
 151. Zuckerbrot RA, Cheung AH., Jensen PS, Stein REK, Laraque D, The GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2007; 120:e1299-312.
 152. Deykin EY, Buka SL, Zeena TH. Depressive illness among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 1992; 149:1341-7.

153. Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996; 35:1602-10.
154. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*. 1998; 53: 221-41.
155. Albares Tendero J, Estivill Sancho E, Pascual Doménech M, Roure Miró N. Hábitos de sueño y consumo de tóxicos de los adolescentes. *Atención Primaria*. 2008; 40(11):581.
156. Rohde P, Lewinsohn P, Seeley JR. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100: 214-22.
157. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. AACAP Work Group on Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007; 46: 1503-26
158. Rosenberg M. Self-concept from middle childhood through adolescence. En: J. Suls J, Greenwald A, editores. *Psychological perspectives on the self*. 2ª ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1986: vol. 3 p. 107-36.
159. Harter S. The developmental of self-representation. En: Damon W, Eisenberg N, editores. *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development*. 4ª ed. New York: Wiley. 1998: vol. 3 p. 345-76.
160. Parra A, Oliva A, Sánchez-Queija I. Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. *Anuario de Psicología*. 2004; 35: 331-46.
161. Reina MC, Oliva A, Parra A. Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*. 2010; 2(1): 47-59.
162. Silverstone PH, Salsali M. Low self-esteem and psychiatric patients: part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*. 2003; 2(1): 2.
163. Kaplan HB, Pokorny AD. Selfderogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1969; 149: 421-434.
164. Wells EL, Marwell G. *Self-esteem: its conceptualisation and measurement*. 1ªed. Beverly Hills, CA: Sage; 1976.
165. Rosenberg M. *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. 1ªed. Buenos Aires: Paidós; 1973.
166. Brown GW, Bifulco A, Andrews B. Self-esteem and depression. III: Etiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1990; 25: 235-43.
167. Baird P, Sights JRL. Low self-esteem as a treatment issue in the psychotherapy of anorexia and bulimia. *Journal of Counselling Development*. 1986; 64: 449-51.
168. Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152: 64-71.
169. Ghaderi A, Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001; 104: 122-30.
170. Baños RM, Guillén V. Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. 2000; *Psychological Reports*. 2000; 87: 269-74.
171. Kernis M, Granneman BD, Mathis LC. Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61: 80-4.

172. Rosenberg M. Society and the adolescent Self-image. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press; 1989.
173. Silbert E, Tippett JS. Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*. 1965; 16: 1017-71.
174. Shahani C, Dipoye RL, Phillips AP. Global self-esteem as a correlate of work related attitudes: a question of dimensionality. *Journal of Personality Assessment*. 1990; 54: 276-88.
175. Hagborg WJ. The Rosenberg Self-esteem Scale and Harter's Self-perception Profile for adolescents: a concurrent validity study. *Psychology in the Schools*. 1993; 30: 132-6.
176. Atienza FL, Moreno Y, Balaguer I. Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*. 2000; 22: 29-42.
177. Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in University students. *Spanish Journal of Psychology*. 2007; 10: 458-67.
178. Ash C, Huebner ES. Environmental events and life satisfaction reports of adolescents: A Test of Cognitive Mediation. *School Psychology International*. 2001; 22: 320-36.
179. Lee SM, Daniels MH, Kissinger DB. Parental influences on adolescent adjustment: parenting styles versus parenting practices. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 2006; 14: 253-9.
180. Noller P, Callan V. The adolescent in the family. 1ªed. Londres: Routledge; 1991.
181. Oliva A, Parra A, Arranz A. Estilos relacionales materno y paterno y ajuste adolescente. *Infancia y aprendizaje*. 2008; 31: 93-106.
182. Silk J, Morris A, Kanaya T, Steinberg L. Psychological control and autonomy granting: Opposite ends of a continuum or distinct constructs?. *Journal of Research on Adolescence*. 2003; 13: 113-28.
183. Chabrol H, Carlin E, Michaud C, Rey A, Cassan D, Juilot M, et al. A study of the Rosenberg self-esteem scale in a sample of high-school students. *Neuropsychiatrie del'Enfance et del'Adolescence*. 2004; 52: 533-6.
184. Khanlou N. Influences on adolescent self-esteem in multicultural Canadian schools. *Public Health Nursing*. 2004; 21: 404-11.
185. Walker HR. An analysis of the relationship of human sexuality knowledge, self-esteem, and body image to sexual satisfaction in college and university students. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2000; 60: 45-60.
186. Matud MP, Ibáñez I, Marrero RJ, Carballeira M. Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2003; 29: 51-78.
187. Goldbeck L, Schmitz TG, Besier T, Herschbach P, Henrich G. Life satisfaction during adolescence. *Quality of Life Research*. 2007; 16: 969-79.
188. Susman EJ, Dorn LD. Puberty: Its role in development En: Lerner R, Steinberg L. (editores). *Handbook of adolescent psychology*. 3ª ed. Hoboken, NJ: Wiley, 2009: vol 1. p.116-51.
189. Oliva A. Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*. 2006; 37: 209-23.
190. Graber JA. Internalizing problems during adolescence. development En: Lerner R, Steinberg L.(editores). *Handbook of adolescent psychology*. 2ª ed. Hoboken, NJ: Wiley, 2004: vol 1. p.155-88.

191. Cruz P, Santiago P. Juventud y entorno familiar. Madrid: INJUVE, 1999.
192. Serra Majem L, Aranceta Bartrina J. Desayuno y equilibrio alimentario: Estudio enKid. Barcelona: Masson, 2000.
193. Chang VW, Chirstakis NA. Extent and determinants of discrepancy between self-evaluations of weight status and clinical standards. *Journal of General Internal Medicine*. 2001; 16: 538-43.
194. O’Dea JA, Caputi P. Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6- to 19-year-old children and adolescents. *Health Education Research*. 2001;16: 521-32.
195. García-Ferrando M. Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España. Madrid: INJUVE, 1993.
196. Sallis JF. Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medical and Science in Sports and Exercise*. 2000; 32:1598-600.
197. Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994.
198. Telama R, Yang X. Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Medical and Science in Sports and Exercise*. 2000; 32:1617-22.
199. Callejo González JJ. Privatización, desinstitucionalización y persistencia de la religión en la juventud española. *Revista de estudios de la Juventud*. 2010; 91: 29-48.
200. Davie G. Europe: L’exception qui confirme la règle. En: Berger P. (dir). “Le réenchancement du monde”. Paris: Bayard, 2001.
201. España. Constitución española (1978), Artículo 16. 15ªed. Madrid: Tecnos, 2008.
202. Centro de Investigaciones Sociológicas. Estudio nº 2443: Actitudes y creencias religiosas. [en línea] Madrid: CIS; 2002; [acceso desde 2002]. Disponible en: www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2440_2459/2443/ft2443.pdf
203. González Blasco P, Orizo Francisco A, Toharia Cortés JJ, Elzo Imáz J. Jóvenes españoles 1989. Madrid: Fundación Santa María, Ediciones SM, 1989.
204. Elzo Imaz J, Orizo Francisco A, González Blasco P, del Valle AI. Jóvenes españoles 1994. Madrid: Fundación Santa María, Ediciones SM, 1994.
205. Elzo Imaz J, Orizo Francisco A, González-Anleo J, González Blasco P, Laespada MT, Salazar L. Jóvenes españoles 1999. Madrid: Fundación Santa María, Ediciones SM, 1999.
206. González-Anleo J, González Blasco P, Elzo Imaz J, López Ruiz JA, Vallas Iparraguirre M. Jóvenes españoles 2005. Madrid: Fundación Santa María, Ediciones SM, 2005.
207. Funes Rivas MJ. Tomo IV: Cultura, política y sociedad. En: Ministerio de Igualdad. Informe 2008, Juventud en España. Madrid: INJUVE, 2008.
208. Centro de Investigaciones Sociológicas. Estudio 2932: Barómetro Febrero 2012. [en línea] Madrid: CIS; 2012; [acceso desde 2012]. Disponible en: www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2920_2939/2932/Es2932.pdf
209. Instituto de la Juventud. Serie histórica de índices de práctica religiosa de la juventud en España. Madrid: INJUVE, 2010.
210. Matalí Costa JL, Pardo Gallego M, Trenchs Saínz de la Maza V, Serrano Troncoso E, Gabaldón Fraile V, Luaces Cubells C. Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico. *Anales de Pediatría (Barcelona)*. 2009; 70(4): 386-90.

211. López Larrosa S, Rodríguez-Arias Palomo JL. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. 2010; 22(4): 568-73.
212. Jiménez-Iglesias A, Moreno C, Oliva A, Ramos P. Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en Educación Secundaria en Andalucía. *Adicciones*. 2010; 22(3): 253-65.
213. Pugés Romanosa X, Vilardebó Clascà A, Martínez Adell MA, García de Olalla Rizo P, Jansa López del Vallado JM. Consumo de drogas en menores residentes en un área urbana pequeña. *Adicciones*. 2010; 22(4): 331-8.
214. Espada Sánchez JP, Pereira JR, García-Fernández JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*. 2008; 20(4): 531-7.
215. Moral MV, Rodríguez FJ, Ovejero A. Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*. 2010; 52: 406-15.
216. Cadaveira Mahía F. Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*. 2009; 21(1): 9-14.
217. Calvete E, Estévez A. Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*. 2009; 21(1): 49-56.
218. Pérez Milena A, Leal Helming FJ, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Atención Primaria*. 2007; 39(6): 299-304.
219. Villalbí JR, Suelves JM, Saltó E, Cabezas C. Valoración de las encuestas a adolescentes sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis en España. *Adicciones*. 2011; 23(1):11-6.
220. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2010, España. [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [acceso desde 2011]. Disponible en: www.msc.es/novedades/docs/PRESENTACION_ESTUDES_2010.pdf
221. Arias Constantí V, Sanz Marcos N, Trenchs Sainz de La Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Matalí Costa J, Luaces Cubells C. Implicación de las sustancias psicoactivas en las consultas de adolescentes en urgencias. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2010;134(13):583-6.
222. Villalbí Hereter JR, Suelves JM, García Continente X, Saltó E, Ariza C, Cabezas C. Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España. *Atención Primaria*. 2012; 44(1): 36-42.
223. Martínez-Hernández Á, Marí-Klose M, Julià A, Escapa S, Marí-Klose P, DiGiacomo S. Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26 (5): 421-8.
224. Moreno JA, Moreno R, Cervello ER. Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones*. 2009; 21(2): 147-54.
225. López García A, Rodríguez González I, Almagro Martín-Lomena P, Garofano Gordo R, Fernández Cano EM, Maldonado Barrionuevo A. Conocer los hábitos de vida y factores de riesgo de los adolescentes atendidos por los centros de salud de dos poblaciones semiurbanas mediante una entrevista

- clínica estructurada con respuestas abiertas. *Atención Primaria*. 2011; 43(4):176-82.
226. Moral Jiménez MV, Rodríguez Díaz FJ, Ovejero Bernal A, Sirvent Ruiz C. Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones*. 2009; 21(3): 207-20.
227. García-Moreno LM, Expósito J, Sanhuesa C, Angulo MT. Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*. 2008; 20(3): 271-80.
228. Gómez-Fraguela JA, Fernández Pérez N, Romero Tríñanes E, Luengo Martín A. El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*. 2008; 20(2): 211-7.
229. Parada M, Corral M, Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín S, et al. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*. 2011; 23(1): 53-63.
230. Salamó Avellaneda A, Gras Pérez ME, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*. 2010; 22(2): 189-95.
231. Pérez Milena A, Redondo Olmedilla M, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Atención Primaria*. 2010; 42(12): 604-11.
232. Sanz Marcos N, Arias Constantí V, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Matalí Costa J, Luaces Cubells C. Consultas por intoxicación etílica aguda en un servicio de Urgencias Pediátricas. *Anales de Pediatría*. 2009; 70(2):132-6.
233. Cortés-Tomás MT, Espejo-Tort B, Giménez-Costa JA. Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*. 2008; 20(3): 396-402.
234. Calafat Far A. La escalada del cannabis. *Gaceta Sanitaria*. 2007; 21(3):187-8.
235. Cortés-Tomás MT, Espejo-Tort B, Martín del Río B, Gómez-Iñíguez C. Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*. 2010; 22(3): 363-8.
236. Velasco Arnaiz E, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Velasco Rodríguez J, Matalí Costa JLL, Luaces Cubells C. ¿Quién da positivo para cannabis en urgencias de pediatría?. *Anales de Pediatría*. 2010;72(6): 385-90.
237. González-Zobl G, Carrillo-Santistevé P, Rodríguez-Martos A, Brugal MT. Urgencias en consumidores de Cannabis en Barcelona. *Medicina Clínica (Barc)*. 2011; 136(7):310-1.
238. Madoz-Gúrpide A, Ochoa Mangado E. Manejo del consumo de cannabis en población joven en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2011; 43(6):319-24.
239. García-Algar O, Gómez A. Cannabis en urgencias de pediatría. *Anales de Pediatría*. 2010; 72(6): 375-6.
240. Parolaro D. Consumo de cánnabis de los adolescentes y esquizofrenia: evidencias epidemiológicas y experimentales. *Adicciones*. 2010; 22(3):185-90.
241. Becoña E, López A, Fernández del Río E, Martínez U, Fraga J, Osorio J, et al. ¿Tienen una personalidad distinta los adolescentes consumidores de psicoestimulantes?. *Psicothema*. 2011; 23(4):552-9.
242. Galicia M, Nogué S, Sanjurjo E, Miró O. Consultas urgentes derivadas del consumo de éxtasis (3,4-metilenodioximetanfetamina) y derivados anfetamínicos: perfil epidemiológico, clínico y evolutivo. *Revista Clínica Española*. 2010; 210(8): 371-8.

243. Calafat A, Juan M, Becoña E, Mantecón A. Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*. 2008; 20(1):37-48.
244. López F, Carcedo R, Fernández Rouco N, Blázquez MI, Kilani A. Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología*. 2011; 27(3): 791-9.
245. García-Vega E, Menéndez Robledo E, García Fernández P, Rico Fernández R. Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*. 2010; 22(4): 606-12.
246. Jara Rascón J, Alonso Sandoica E. Ética y eficacia en las campañas de salud sexual. *Cuadernos de Bioética*. 2008; 65: 81-93.
247. Hernández Martínez A, García Serrano I, Simón Hernández M, Coy Aunón R, García Fernández AM, Liante Penarrubia E, et al. Efectividad de la educación sexual en adolescentes. *Enfermería Clínica*. 2009; 19(3):121-8.
248. Triviño Rodríguez M, Muñoz-Santanach D, Trenchs Sainz de La Maza V, Valls Lafon A, Luaces Cubells C. Evolución de la incidencia de test de embarazo positivo en adolescentes atendidas en un servicio de urgencias. *Anales de Pediatría (Barcelona)*. 2011; 75(2):110-114.
249. Jara Rascón J, Alonso Sandoica E. Valoración ética de los programas de salud sexual en la adolescencia. *Cuadernos Bioética*. 2011;74: 77-91.
250. Fernández L. "Póntelo. Pónselo": 20 años después. *El Mundo*. 31 Enero 2010; Magazine.
251. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Yopongocondon.com*. [en línea]. Madrid: Gobierno de España; 2008; [acceso desde 2008]. Disponible en: www.yopongocondon.com/index.html
252. DiCenso A, Guyatt G, Griffith WI. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*. 2002; 324: 1426-34.
253. Oakley A, Fullerton D, Holland J, Arnold S, Dawson MF, Kelley P, et al. Sexual health education interventions for young people: A methodological review. *British Medical Journal*. 1995; 310: 158-62.
254. Saura Sanjaume S, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Vicens Vidal L, Puigvert Viu N, Mascort Nogué C, García Martínez J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Atención Primaria*. 2010; 42(3):143-8.
255. Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J, Rodríguez Olalla L. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*. 2012. 26(6): 497-503
256. Ballester Arnal R, Gil Llario MD, Gómez Martínez S, Gil Juliá B. Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema*. 2010. 22(4):1048-53.
257. López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. *Gaceta Sanitaria*. 2010; 24(5): 404-9.
258. Ros C, Miret M, Rue M, Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana. *Gaceta Sanitaria*. 2009; 23(6): 496-500.
259. Lomba L, Apóstolo J, Mendes F. Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones*. 2009; 21(4): 309-26.

260. Godeau E, Nic Gabhainn S, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2008; 162: 66-73.
261. Hidalgo I, Garrido G, Hernández M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. . *Journal of Adolescent Health*. 2000; 27: 351-60.
262. Luque Fernández MA, Bueno-Cavanillas A. La fecundidad en España, 1996–2006: mujeres de nacionalidad extranjera frente a españolas. *Gaceta Sanitaria*. 2009; 23 (Supl 1):67-71.
263. Bermúdez MP, Teva I, Buela-Casal G. Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*. 2009; 21(2): 220-6.
264. Becoña Iglesias E, López-Durán A, Fernández del Río E, Martínez Pradedu U, Osorio López J, Fraga Ares J, et al. Borracheras, conducción de vehículos y relaciones sexuales en jóvenes consumidores de cocaína y éxtasis. *Adicciones*. 2011; 23(3): 205-18.
265. Vallejo-Medina P, Guillén-Riquelme A, Sierra JC. Análisis psicométrico de la versión española del Brief Sexual Function Inventory (BSFI) en una muestra de hombres con historia de abuso de drogas. *Adicciones*. 2009; 21(3): 221-8.
266. Muñoz-Rivas MJ, Gámez-Guadix M, Graña JL, Fernández L. Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*. 2010; 22(2): 125-34.
267. Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodriguez JA, et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. . *BMC Public Health*. 2008; 8:155.
268. Leeman RF, Grant JE, Potenza MN. Behavioral and neurological foundations for the moral and legal implications of intoxication, addictive behaviors and disinhibition. *Behavioral Science and the Law*. 2009; 27: 237-59.
269. Gonzalez R, Vassileva J, Bechara A, Grbesic S, Sworowski L, Novak RM et al. The influence of executive functions, sensation seeking, and HIV serostatus on the risky sexual practices of substance-dependent individuals. *Journal of International Neuropsychological Society*. 2005; 11(2):121-31.
270. Espada JP, Antón FA, Torregrosa MA. Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de las conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Salud y Drogas*. 2008; 8: 137-55.
271. Gullette DL, Lyons MA. Sensation seeking, self-esteem, and unprotected sex in college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2006; 17: 23-31.
272. Rhodes T, Stimson G. What is the relationship between drug taking and sexual risk? Social relations and social research. *Sociology of Health and Illness*. 1994; 16: 209-28.
273. Hughes K, Bellis MA, Whelan G, Calafat A, Juan M, Blay N. Alcohol, drogas, sexo y violencia: riesgos y consecuencias para la salud entre los jóvenes turistas británicos en las Islas Baleares. *Adicciones*. 2009; 21(4): 265-78.

