

ADOLESCENCIA EN RIESGO: UNA ENCUESTA DE SALUD ENTRE ESTUDIANTES DE C.O.U.

M. Luisa López González¹ / Pilar Nájera Morrondo² / Consuelo López Nomdedeu² / Leticia Secall Mellén¹ / M^a del Olivo Valle Gómez¹ / Antonio Cueto Espinar¹

¹ Facultad de Medicina. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Oviedo. ² Instituto de Salud «Carlos III»

Resumen

El presente trabajo investiga el nivel de educación para la salud en una muestra representativa de 804 alumnos de C.O.U. asturianos, seleccionada aleatoriamente a partir del listado oficial del Ministerio de Educación y Ciencia. Se ha utilizado como instrumento de medida un cuestionario de elaboración propia, construido con variables destinadas a valorar conocimientos, actitudes y conductas en relación con algunos de los más importantes factores determinantes de la salud. La encuesta se desarrolló en aulas docentes, en pequeño grupo, garantizando el anonimato.

Aunque la mayoría de los alumnos se autopercebe sano o muy sano, los jóvenes conviven con importantísimos factores de riesgo: 12% ha tenido más de 25 borracheras durante el año anterior; 43,53% fuma en alguna medida y sólo 3,86% identifica los días de máximo riesgo de embarazo en un ciclo supuesto, si bien 31% mantiene relaciones heterosexuales. Teóricamente, el 92% cita a la salud entre los tres valores importantes de su vida. También estiman que las drogas ilegales son el más importante problema de salud actual para los adolescentes y jóvenes.

Hay una cierta contradicción entre la alta importancia teórica concedida a la salud, la buena autocalificación de la misma y la constatada convivencia con importantes factores de riesgo. Se podría imputar un cierto fracaso del sistema educativo en la prevención primaria intraescolar.

Palabras clave: Educación Sanitaria. Adolescencia. Factores de riesgo.

ADOLESCENTS AT RISK: A HEALTH SURVEY AMONG PRE-UNIVERSITY STUDENTS

Summary

The present study investigates the level of health education in a representative sample of 804 pre-university Asturian students, randomly selected from the official list of the Ministry of Education and Science. We used a questionnaire (designed by us) in order to measure the knowledge, attitudes and behaviour related to some of the most important health determining factors. The survey was carried out by interviewing small groups of students in the classroom situation.

Although it was found that the majority perceived themselves as healthy or very healthy, these young people are widely exposed to risk factors: 12% have suffered from more than 25 episodes of drunkenness during the previous year; 43.53% smoked to some extent and only 3.86% identified the days of maximum risk of pregnancy in a supposed menstrual cycle, although 31% maintained sexual relationships. Theoretically, 92% selected health as the most important factor among the three most fundamental values for life. They also think that illegal drugs are the most important health problem at present for young people.

There is a contradiction between the high theoretical importance given to health, the good self-qualification of it, and the observed presence of important risk factors. A certain failure of the educational system with respect to primary prevention can be claimed.

Key words: Health Education. Adolescence. Risk Factors.

Introducción

Las causas actuales de morbimortalidad general en los países desarrollados están íntimamente relacionadas con los hábitos y conductas practicados a lo largo de la vida. La mayoría de éstos son adoptados en la etapa infanto-juvenil, a través del proceso de socialización y, posteriormente, resulta muy difícil su modificación o erradicación. Por otro lado, se acepta que la educación para la salud podría ser un instrumento capaz de orientar las actitudes y conductas humanas en un sentido saludable, para algunos autores incluso en el difícil campo de las toxicomanías^{1,2}.

Para diseñar programas educativos capaces de prevenir los factores de riesgo habituales entre los jóvenes se hace preciso investigar más acerca de lo que saben e ignoran sobre la salud, la actitud que

tienen hacia ésta y las conductas de riesgo que comúnmente practican.

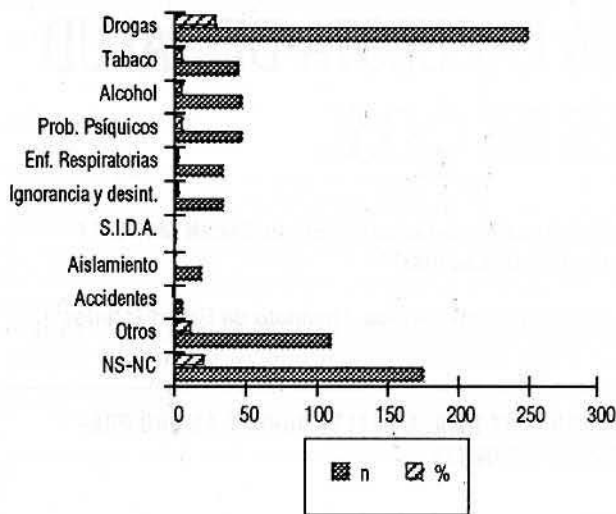
Por ello se ha llevado a cabo el siguiente estudio, con el objetivo de: a) conocer la importancia teórica dada a la salud -y la autopercepción de ésta- por un colectivo de jóvenes culturalmente privilegiados, y b) medir su nivel de conocimientos, así como sus actitudes y conductas, en relación con algunos de los factores de riesgo para la salud más comunes.

Material y método

Se eligió como población de estudio a los alumnos de C.O.U. de la comunidad autónoma asturiana, 9.073 jóvenes en el curso

Correspondencia: M. Luisa López González. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Julián Clavería s/n 33006 Oviedo. Este artículo fue recibido el 4 de abril de 1991 y fue aceptado tras revisión el 17 de febrero de 1992.

Figura 1. Principales problemas de salud en la adolescencia



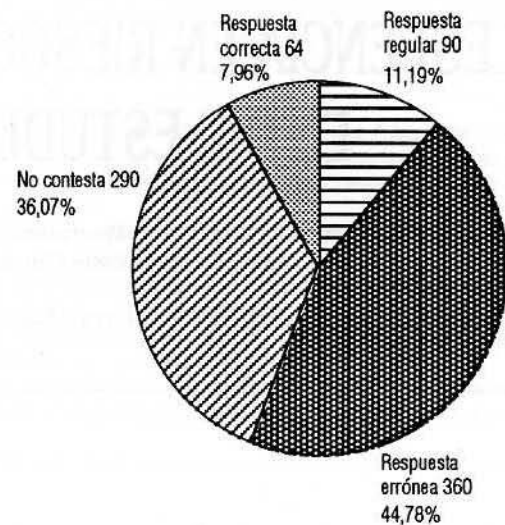
1989-90. Con los datos facilitados por la unidad informática de la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia en Asturias, se hizo una estratificación proporcional por sexo, centro docente y condición pública/privada del mismo -se encuestaron todos los centros de la comunidad-, y se seleccionó una muestra aleatoria representativa de 804 alumnos de C.O.U., para un nivel de confianza del 95% y un error de $\pm 3,4\%$, tomando como unidad de muestreo el individuo. La muestra estaba porcentualmente estructurada conforme a la distribución real en el universo. Los alumnos a encuestar en cada centro eran elegidos de forma aleatoria numérica, a partir del listado oficial y, en ausencia de alguno de ellos, se extraía sucesivamente el que ocupaba el puesto inmediatamente superior o inmediatamente inferior en dicha lista.

Se elaboró un cuestionario escrito (ver Anexo) con cuatro grupos de preguntas según su objetivo:

a) Las preguntas destinadas a recoger información acerca del *conocimiento* de algunos de los principales factores que posiblemente determinen la salud de estos jóvenes a corto, medio o largo plazo, como son la alimentación, las drogodependencias o la sexualidad (en este grupo se preguntaba, por ejemplo, el significado de «grado alcohólico», la identificación de los días con máximo riesgo de embarazo en un caso práctico, etc.); b) las preguntas dirigidas a conocer las *actitudes* sobre algunos de los referidos factores, como son la aceptación o el rechazo de las drogas, o determinados comportamientos alimentarios; c) las preguntas orientadas a la detección de posibles conductas de riesgo, como el consumo tabáquico y otras drogas, tanto legales como ilegales, y las prácticas sexuales, y d) las preguntas formuladas para valorar la importancia teórica dada a la salud por los jóvenes, la autocalificación de la propia salud, y la percepción subjetiva del estado actual, así como para conocer el principal problema de salud en este grupo etario -a juicio de los encuestados- y a quién cuentan habitualmente sus confidencias más íntimas.

En cuanto a la estructura de las preguntas se incluyeron preguntas de respuesta abierta, como las formuladas sobre conocimientos recogidas en el apartado a) anterior. Algunas de éstas

Figura 2. Conocimiento del significado de «grado alcohólico»



demandaron una evaluación matizada, del tipo: respuesta correcta, si se respondía exactamente a lo preguntado; respuesta regular, si se respondía con algún margen de error establecido; o respuesta incorrecta: cualquier otra no ajustada a la pregunta, ni siquiera por aproximación. Finalmente también se incluyeron preguntas cerradas de opción múltiple, excluyente o no.

Previamente a la encuesta general, el cuestionario se ensayó en una submuestra del 5% del total muestral. Personal específicamente entrenado se encargó de la recogida de los datos mediante encuesta directa, en pequeño grupo y en el aula docente, en condiciones medioambientales que garantizaban el anonimato.

La información obtenida se estructuró en una base de datos a través del programa informático dBASE III plus, y el análisis estadístico (comparación de proporciones mediante la prueba del χ^2), se efectuó con el programa SPSS-PC.

Resultados

Para conocer la importancia teórica concedida al valor Salud, se pidió a los estudiantes que citaran en orden de prelación tres elementos importantes de su vida, obteniéndose que el 92% tiene a la salud entre los tres elementos más importantes, al menos en teoría.

Subjetivamente 50,1% se autopercebieron nerviosos, 40,3% fatigados y 16,5% tristes, declarándose significativamente más fatigados los consumidores de cualquier tipo de droga ($\chi^2=14,66$; $p=0,023$), y los consumidores de tabaco en particular ($\chi^2=22,87$; $p=0,011$), y más nerviosos quienes no comentan con nadie los aspectos trascendentes de su vida y sus problemas íntimos ($\chi^2=99,34$; $p=0,00001$).

Al pedirles que calificaran su propia salud, el 20,40% estimó que su salud es regular, y el 1,62% la calificó como mala o muy mala. Dicha calificación fue significativamente mejor en los alumnos que tienen a la salud como un valor importante en sus vidas (χ^2

Figura 3. Consumo de alcohol. Nº de borracheras por año

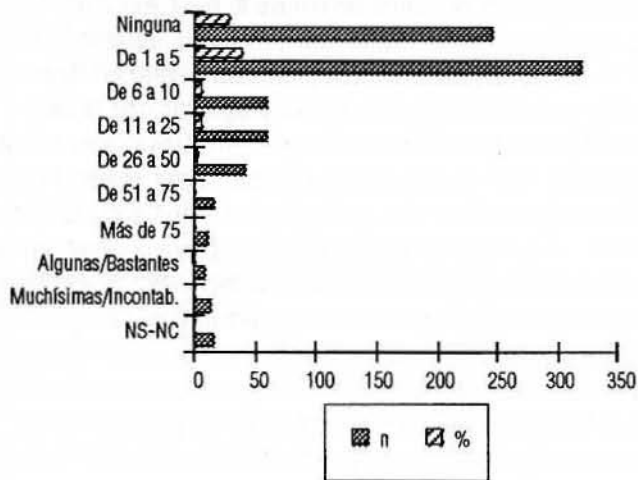


Figura 5. Conocimiento de los días del ciclo con máximo riesgo de embarazo



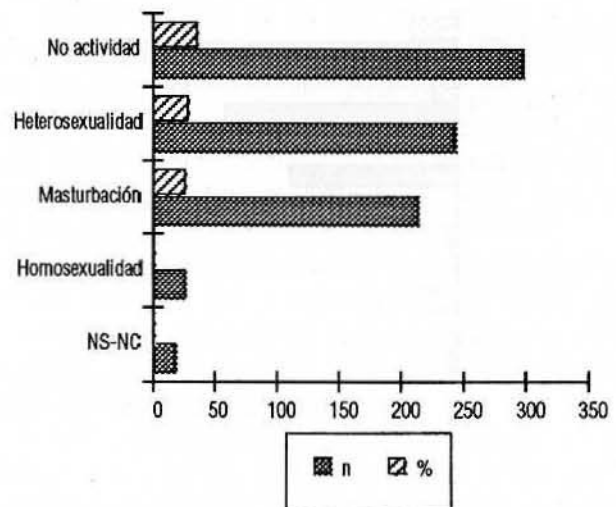
= 43,59; $p= 0,008$), y en los que no consumen ningún tipo de drogas ($\chi^2= 51,59$; $p= 0,00001$).

Al preguntarles por el problema de salud más importante en la adolescencia -juventud, casi el 40% citó a las drogas ilegales, seguidas del tabaco (8,9%), el alcohol (7,8%) y los trastornos psíquicos (7,8%) (figura 1), si bien las enfermedades que más temen son el cáncer (casi el 50%) y el SIDA (36,9%).

En relación con las drogas, 41,9% es capaz de reconocer, en una terna, la droga con efecto estimulante, mientras que 10,4% admite el consumo de todo tipo de drogas, y 45,6% las consume (incluidos alcohol y tabaco), de los cuales 5,4% consume drogas ilegales en España.

En lo que concierne al alcohol, el 7,9% conoce exactamente el significado de «grado alcohólico» (respuesta correcta) y un 11,2% sabe que se trata de un porcentaje de alcohol en la bebida, si bien confunde el volumen con el peso (respuesta regular) (figura 2). Más de las dos terceras partes han estado borrachos alguna vez

Figura 4. Actividad sexual



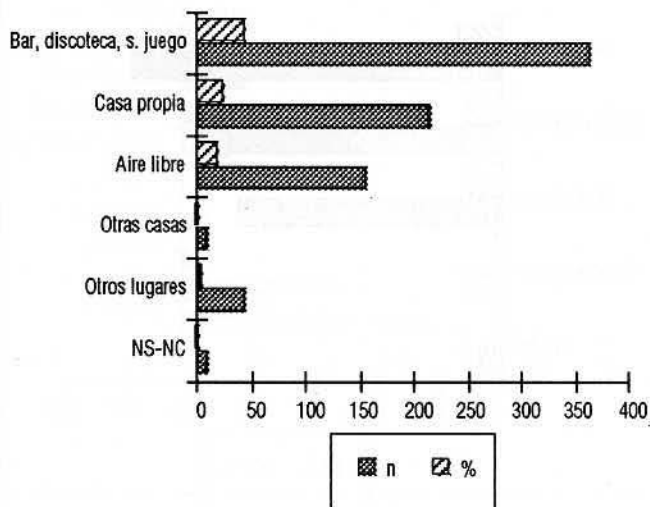
durante el año anterior a la encuesta, y el 12% ha tenido más de 25 borracheras en ese período de tiempo, o ha estado claramente bajo la influencia del alcohol (figura 3). Al ser la respuesta abierta, a fin de no sesgarla con límites preestablecidos, algunos alumnos no fueron capaces de precisar el número, y recurrieron a pronombres indefinidos, que se incluyen en el gráfico. Apenas la cuarta parte afirma no beber alcohol en absoluto, y sólo el 4,6% elige una bebida alcohólica con el menú.

Las preguntas referentes a la alimentación arrojan que el 20,8% sabe el número de calorías por día que debe ingerir. No obstante, al pedirles que eligiesen entre tres menús ofertados, el 42,3% eligió el más equilibrado; el 33,2% escogió un menú hiperproteico-hipercalórico y el 24,1% se decantó por un tercer menú típicamente regional y algo excesivo. En un pequeño porcentaje de alumnos se aprecian ciertos errores de criterio: 16,2% cree que si el peso es normal y la apariencia sana, la alimentación debe ser correcta; 5,6% mantiene que la lactancia materna hoy es innecesaria y 4,6% afirma la excelencia de las llamadas «comidas rápidas».

Todos sin excepción admiten la nocividad del tabaco, si bien 43,5% fuma en alguna medida y 20% lo hace diariamente, sin diferencias significativas por sexo o zona geográfica. Menos del 1% conoce la cantidad máxima de nicotina que puede aportar un tabaco «light». Para el 64,2% habría que extremar las medidas para que los niños y jóvenes no comenzaran a fumar, y son los no fumadores los más empeñados en que las nuevas generaciones no se incorporen al tabaquismo ($\chi^2 = 368,91$; $p= 0,00001$).

En lo que concierne a la *sexualidad*, el 30,3% dice tener relaciones heterosexuales, el doble con pareja estable que con pareja variable (figura 4). Pero ante un supuesto práctico sobre un ciclo menstrual, sólo 3,9% identifica los días de máximo riesgo teórico de embarazo (respuesta correcta), y 9,1% lo hace con un error de ± 2 días (respuesta regular), sin diferencias significativas entre la población teóricamente expuesta al riesgo de embarazo y la no expuesta (figura 5). Un 27,6% vive la sexualidad como problema,

Figura 6. Lugar donde pasan la mayor parte del tiempo libre



siendo para este grupo las causas principales: la desinformación (33,3%), los problemas psicológicos previos o asociados (11,3) y el riesgo de embarazo (9,9%).

Cafeterías, bares, discotecas y sitios análogos son los lugares más frecuentados en el tiempo de ocio (45,41% de los encuestados) (figura 6). Los amigos/as son los confidentes habituales del 50,5% de los encuestados, seguidos de un 25,6% para quien este rol lo desempeñan el padre y/o la madre.

Discusión

Llama la atención que el 80% de los encuestados califique a su salud de buena o muy buena, a pesar de los importantes factores de riesgo con los que los jóvenes encuestados conviven, de acuerdo con nuestros resultados. Entresacamos de tales factores de riesgo que el 12% se intoxica con alcohol más de 25 veces al año, y que más de los dos tercios de la muestra lo hacen al menos una vez al año. También Comín³ halla que en torno al 17% de los escolares de 8º de EGB catalanes, se habían emborrachado alguna vez.

No hay que insistir en la importancia del alcohol como factor de riesgo: bastará recordar su influencia en la producción de accidentes⁴ -primera causa de muerte en estas edades⁵-, y en la adopción de diversas conductas de riesgo, por ejemplo en relación con el sexo^{6,7}. Para algunos investigadores^{8,9}, la transición a la adolescencia inicia o incrementa el consumo alcohólico, tanto más cuanto más bajo es el nivel educativo del adolescente. Los jóvenes serían sobre todo bebedores sociales^{10,11} que utilizan el alcohol como nexo de comunicación con sus iguales; posiblemente ello explique que sólo el 4,6% de la población a estudio beba alcohol en la comida.

Siguiendo con la enumeración de factores de riesgo detectados, el 45,6% consume drogas; de ellos 5,36% drogas ilegales en

España, y casi 20% fuma diariamente. Este último hallazgo coincide con los datos de otros autores^{12,14}, quienes encuentran que el porcentaje aumenta conforme disminuye el nivel educativo. Se logra una impregnación menor con programas intraescolares preventivos y de deshabitación^{15,16}, que la OMS enfatiza¹⁷. Sobre este asunto, Aubá¹⁸ comprueba que los programas más eficaces para reducir el número de los que se inician en el tabaquismo en la edad escolar, son los que refuerzan la capacidad personal de resistir a las presiones sociales, hallazgo que confirma la conclusión de Kohli¹⁹: «La educación para la salud que ignora la dimensión social de la conducta, está condenada al fracaso». Pero, a pesar de que sabemos que el tabaquismo es muy adictivo y que se inicia en la escuela primaria, para algunos autores²⁰⁻²³ los jóvenes acceden al tabaquismo con más facilidad que sus iguales de hace 20 o 30 años, porque las restricciones legales no se cumplen, y los programas preventivos llegan tarde. Otros estudios recientes²⁴⁻²⁶, sin embargo, señalan un cierto descenso en el consumo de tabaco en jóvenes, que permite mirar al futuro con relativo optimismo.

Es coherente con los datos anteriores sobre consumo de alcohol y tabaco, que casi la mitad de los estudiantes pase la mayor parte de su tiempo libre en bares, cafeterías, discotecas y salas de juego, lugares propicios al consumo de tales tóxicos. Pero no ignoran los efectos nocivos de éstos sobre la salud: ni uno solo admite que el tabaco sea inocuo, y más del 43% juzga a las drogas en sentido lato, incluidos tabaco y alcohol, el problema de salud más acuciante de la adolescencia. Otros autores²⁷ han llegado a la misma conclusión en sus investigaciones.

En el ámbito de la sexualidad, aproximadamente las tres cuartas partes de los jóvenes encuestados la viven exenta de problemas. Casi el 31% tiene relaciones heterosexuales, lo que no obsta para que únicamente el 3,8% sea capaz de identificar los días con riesgo de embarazo del ciclo menstrual. Encontramos una manifiesta diferencia entre el porcentaje de conductas sexuales con potencial riesgo de embarazo (30,34%), y el conocimiento de los días probablemente fértiles del ciclo femenino (3,86%). Este hallazgo podría justificar las altas tasas de embarazo en la adolescencia señaladas por la O.M.S.²⁸: entre 1 y 2,5% de nacimientos por cada 100 adolescentes europeas, estando la tasa de fecundidad de las jóvenes españolas entre 15-20 años muy próximas al límite superior citado²⁹. Y quizá sustente la opinión de Henshaw³⁰, quien afirma que existe una falta de educación sobre la responsabilidad de la paternidad en los adolescentes y jóvenes, imputable al fracaso de la familia y la sociedad, para fomentar conductas reproductivas responsables. En lo que coinciden distintos autores³¹⁻³⁵ es en que la conducta que genera efectos nocivos (enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.) es la conducta sexual indocumentada, no la correcta y exhaustiva información acerca de la sexualidad, siendo ésta en nuestro estudio, mucho menos frecuente.

Sobre la alimentación, los datos recogidos son aceptablemente buenos, aunque se observa cierta preferencia por menús hiperproteicos e hipercalóricos, y hay algunos errores de criterio sobre la lactancia materna y las comidas rápidas en un pequeño porcentaje de estudiantes.

También cabe destacar que las enfermedades más temidas por los mismos son el cáncer y el SIDA, que suman casi el 90%, a pesar

de que la primera causa de muerte sean las enfermedades cardiovasculares en la población general, y los accidentes en el grupo etario que nos ocupa. En el marco de esta realidad, la salud es citada entre los tres elementos más importantes de la vida de los adolescentes en el 92% de los casos.

El grupo de trabajo de la O.M.S. que analizó los problemas de salud de los adolescentes europeos a finales de los años setenta, advertía de la importancia de todos y cada uno de los problemas de salud aquí referidos. En el comentario que Peterson e Ichimura³⁶ hacían de aquel trabajo, se remarcaba la preponderancia de los problemas psicosociales (droga, sexo, alimentación, paro), y la necesidad de que los servicios de salud escolar y la medicina del adolescente se adaptaran a esta realidad, incluyendo servicios de consejo y consulta en materia educativa, psicosocial y vocacional.

De los resultados de nuestra investigación cabría deducir que hay una cierta contradicción, en los jóvenes encuestados, entre la alta importancia teórica concedida al valor salud, la buena autocalificación concedida a ésta, en conjunto, y la constatada convivencia con importantes factores de riesgo para esa misma salud, acaso porque tienen un concepto de salud negativo: simple ausencia de enfermedad. Puesto que, como se ha dicho al principio, son jóvenes culturalmente privilegiados dado que han terminado la

enseñanza primaria obligatoria, la secundaria voluntaria, y se preparan para su ingreso en la universidad, se podría imputar un cierto fracaso del sistema educativo en la prevención primaria intraescolar de alguno de los problemas de salud infanto-juvenil ya advertidos por la O.M.S. en los años 70. La mayoría de los problemas de salud detectados y los señalados como más importantes por la población a estudio obedecen a la adopción de conductas de riesgo pretendidamente voluntarias, como ya señalaba Friedman³⁷, pero en gran parte inducidas por los factores de socialización y el «contagio de roles», en un entorno social que muchos autores³⁸⁻⁴⁰ juzgan enfrentado a la salud.

Por todo ello, estimamos que sería oportuno multiplicar las investigaciones en el grupo etario objeto de este trabajo, para conocer mejor sus conocimientos, actitudes y conductas -y motivaciones de éstas- relacionados con la salud, y poder diseñar programas de educación sanitaria efectivos.

Asimismo, debería conseguirse que los centros docentes sean realmente factores de socialización saludables, en los que la educación sanitaria ocupe un lugar destacado, tanto en el *currículum* escrito como en el no escrito. La reforma de la legislación, como Chaudière⁴¹ propone, y el desarrollo adecuado del nuevo plan de estudios podrían, facilitar este objetivo.

Bibliografía

1. Wright JD, Pearl L. Knowledge and experience of young people regarding drug abuse, 1969-89. *Br Med J* 1990; 300: 99-103.
2. Kozlowski LT, Coombs RB, Ferrence RG, Adlaf EM. Preventing smoking and other drug use: let the buyers beware and the interventions be apt. *Can J Public Health* 1989; 80: 452-6.
3. Comín E, Nebot M, Villalbí JR. Ejercici i consum de tabac i alcohol dels escolars de Barcelona. *Gac Sanit* 1989; 3: 355-65.
4. Gestal JJ. Accidentes. En: Piédrola G, Rey J del, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 9ª ed. Barcelona, Masson-Salvat Medicina. 1991; 954-77.
5. González J, Cerdá T, Regidor E, Medrano M. *Atlas de mortalidad evitable en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
6. Hingson RW, Strunin L, Berlin BM, Heeren T. Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *Am J Public Health* 1990; 80: 295-9.
7. Sarvela PD, Pape DJ, Odulana J, Barjracharya SM. Drinking, drug use and driving among rural midwestern youth. *J Soc Health* 1990; 60: 215-9.
8. Hammer T, Vaglum P. Use of alcohol and drugs in the transitional phase from adolescence to young adulthood. *J Adolesc* 1990; 13: 129-42.
9. Romelsjö A. The relationship between alcohol consumption and social status in Stockholm. Has the social pattern of alcohol consumption changed? *Int J Epidemiol* 1989; 18: 842-51.
10. Thompson KM. Effects of early alcohol use on adolescents' relations with peers and self-esteem: patterns over time. *Adolescence* 1989; 24: 837-49.
11. Mc Laughlin D. Young people and alcohol-free way of life. *Health Educ J* 1989; 48: 134-6.
12. Pirie PL, Murray DM, Luepker RV. Smoking prevalence in a cohort of adolescents, including absentees, dropouts and transfers. *Am J Public Health* 1988; 78: 176-8.
13. Anonym: Health of adolescents. Results from the National Adolescent Student Health Survey. *Wkly Epidem Rec* 1989; 64: 233-5.
14. Pierce JP. International comparison of trends in cigarette smoking prevalence. *Am J Public Health* 1989; 79: 152-7.
15. Pentz MA, Brannon BR, Charlín VL, et al. The power of policy: the relationship of smoking policy to adolescents smoking. *Am J Public Health* 1989; 79: 857-62.
16. Van Roosmalen EH, Mc Daniel SA. Peer group influence as a factor in smoking behaviour of adolescents. *Adolescence* 1989; 24: 801-16.
17. Anonym. Tobacco or Health. *Wkly Epidem Rec* 1989; 34: 257-9.
18. Aubá J, Villalbí JR. Prevención desde la escuela del uso del tabaco y de otras sustancias adictivas. *Gac Sanit* 1990; 4: 70-5.
19. Kohli HS. A comparison of smoking and drinking among asian and white school-children in Glasgow. *Pub Health* 1989; 103: 433-9.
20. Warner KE. Smoking and Health: A 25-Year Perspective. *Am J Public Health* 1989; 79: 141-3.

21. Swan AV, Creeser R, Murray M. When and why children first start to smoke. *Int J Epidemiol* 1990; 19: 323-30.
22. Di Franza JR, Tye JB. Who profits from tobacco sales to children? *JAMA* 1990; 263: 2784-7.
23. Altman DG, Foster V, Rasenick-Douss L, Tye JB. Reducing the illegal sale of cigarettes to minors. *JAMA* 1989; 261: 80-3.
24. Departament de Sanitat, Seguretat Social: *Tabac i salut avui*. Barcelona Publicacions de la Generalitat de Catalunya 1987; 9-13.
25. Nebot M. Los jóvenes y el tabaco: ¿podemos ser optimistas? *Gac Sanit* 1991; 5: 111-3.
26. Salleras L. *The context in Catalonia: attitudes and smoking prevalence*. Health, Smoking and the Olympics. Barcelona, 1990.
27. Black D, Weare K. Knowledge and attitudes about alcohol in 17 and 18 years old. *Health Educ J* 1989; 48: 69-74.
28. Anonym: Adolescent Health. Adolescent reproductive behaviour. *Wkly Epidem Rec* 1990; 65: 77-81.
29. Portella E, Castillo A. Aspectos sociales del embarazo en adolescentes. *Gac Sanit* 1988; 2: 150-3.
30. Henshaw SK. Reducing teenage childbearing. *Am J Public Health* 1988; 78: 619-20.
31. Mac Donald NE, Wells GA, Fisher WA, Warren WK, King MA, Doherty JA et al. High-risk STD/HIV behaviour among college students. *JAMA* 1990; 263: 3155-9.
32. Balassone ML. Risk of contraceptive discontinuation among adolescents. *J Adolesc Health Care* 1989; 10: 527-33.
33. Berger DK, Pérez G, Kyman W, Pérez L, Garson J, Menéndez M, et al. Influence of family planning counselling in an adolescents clinic on sexual activity and contraceptive use. *J Adolesc Health Care* 1987; 8: 436-40.
34. Hingson R, Strunin L, Berlin B. Acquired immunodeficiency syndrome transmission changes in knowledge and behaviours among teenagers, Massachusetts statewide surveys, 1986 to 1988. *Pediatrics* 1990; 85: 24-9.
35. Bowie C, Ford N. Sexual behaviour of young people and the risk of HIV infection. *J Epidemiol Community Health* 1989; 43: 61-5.
36. Petersson PO, Ichimura K. Child Health in Europe. A review of WHO activities. *Acta Paediatr Scand* 1979; suppl 275: 7-15.
37. Friedman HL. The significance of law and policy for adolescent health: observations on a new WHO publication. *Int Digest Health Legislation* 1987; 38: 665-9.
38. Robinson TN, Killen JD, Taylor CB, Telch MJ, Bryson SW, Saylor KE, et al. Perspectives on adolescent substance use. A defined population study. *JAMA* 1987; 258: 2072-6.
39. Marston AR, Jacobs DF, Singer RD, Widaman KF, Little TD. Adolescents who apparently are invulnerable to drug, alcohol, and nicotine use. *Adolescence* 1988; 23: 593-8.
40. Brown SA. Life events of adolescents in relation to personal and parental substance abuse. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 484-9.
41. Chaudière C. Legislation on the health protection of children of school age. *Int Digest Health Legislation* 1987; 38: 870-4.