

Estudio médico social en un grupo de adolescentes hispanos

M. BERNAL, F. J. GÓMEZ Y J. G. GÓMEZ

FACULTAD DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Introducción: La emigración hacia Estados Unidos de América del Norte, es un hecho social que se da frecuentemente entre los pueblos de habla hispana. Esto condiciona la adaptación a ciertas costumbres y hábitos diferentes a los propios.

Material y pacientes: Se han estudiado una población representativa de hispano parlantes residentes en Washington D.C. con el fin de conocer que características médicas, sociales y culturales sufren estas poblaciones. El método ha sido una encuesta directa y mediante ella se exploran las necesidades y carencias de la población emigrante.

Resultados: Muestran las particularidades de la población estudiada en cuanto al grado de adaptación, aprendizaje del lenguaje, integración, hábitos sexuales y características económicas de los hispanos residentes en Washington.

Discusión: El trabajo concluye con la problemática de desarraigo social que se observa entre estos adolescentes hispanos emigrantes: no asistencia a la escuela, maternidades prematuras, escaso poder económico y dificultad en la integración son las características más comunes observadas.

Palabras clave: Hábitos, inmigrantes.

Estudio médico social en un grupo de adolescentes hispanos

M. Bernal, F. J. Gómez y J. G. Gómez

1. Introducción

La emigración de los pueblos hispanos hacia América del Norte que ha ocurrido en los últimos treinta años de una manera creciente¹, constituye un hecho social que ha de ser estudiado con el fin de conocer los problemas sociales, médicos y culturales, que plantean y dar las posibles soluciones que tengan como consecuencia una integración lo más adecuada posible.

Los pueblos hispanos tienen que adaptarse cuando emigran² a una manera particular de vivir. Habrá modificaciones en sus costumbres³, en su lengua, en su ámbito social y llegará hasta su entorno familiar⁴, ya que en muchos de los casos, la emigración la inicia la madre de familia por ser quien más fácilmente encuentra trabajo sin cualificar en el país al que llega.

Posteriormente trae a los hijos que dejó, y éstos harán su adolescencia en el nuevo país, en condiciones la mayoría de las veces, precarias ya que el salario de la madre es escaso.

La primera consecuencia de la ruptura familiar condiciona en la mayoría de los casos un abandono familiar al adoles-

¹ LOVELL, A. J. (1989): *Minorities and cancer*. Springer-Verlag, New York.

² RUTTER, M.H. (1985): *Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell ed.

³ NALL, F. C. y SPEIBERG, J. (1967): "Social and cultural factors in the responses of Mexican-Americans to medical treatment". *J. Health Soc. Behav.*, 8: pp. 299-308.

⁴ RHEIN, L.M.; GINSBURG, K.R.; SCHWARZ, D.F. et al. (1997): "Teen father participation in child rearing: Family perspectives". *J. Adolesc. Health*, 21/4, pp. 244-252.

cente, quien crecerá fuera de su ámbito cultural, y sometido a las presiones del entorno⁵. Su principal núcleo de apoyo suelen ser los amigos que, como él, encuentran o se encuentran en la calle.

Es frecuente la organización de "guetos" y pandillas, sin ningún fin beneficioso para la sociedad o para ellos mismos. El ambiente que les envuelve no les ofrece posibilidades de un futuro halagador ni con esperanzas de alcanzar un oficio cualificado. Podría decirse que se trata en general de grupos que "vive viviendo de día en día sin ninguna meta" y por supuesto desconociendo los riesgos para su salud⁶.

Si esto no es saludable para ningún pueblo, menos debiera de serlo para unos adolescentes que están encauzando su vida y hábitos hacia una meta que debe de configurar su vida.

Si, como dice Lalonde⁷ de los cuatro determinantes de salud, el "modo de vida" es el que mayor proporción ocupa entre todos, hemos de entender, que las condiciones de vida en las que se desarrollan, no son las más adecuadas para conseguir el objetivo de la Organización Mundial de la Salud, de "Salud para todos en el año 2.000".

Todas estas consideraciones obligan a no pocos estudios sociales que permiten conocer las condiciones económicas, ambientales y de hábitos nocivos para la salud por los que se mueven estos grupos minoritarios, con el fin de conocer qué recursos son los más necesarios para conseguir una adecuada calidad de vida en estos adolescentes y una integración lo más adecuada posible de tal forma que no lesione sus tradiciones, pero que les permita adaptarse de una manera natural a su nuevo modo de vida.

⁵ MILLIGAN, R. A. K.; BURKE, V.; BEILIN, L.J. *et al.* (1997): "Health -related behaviours and psycho-social characteristics of 18 year-old Australians". *Soc. Sci Med.* 45/10, pp. 1549-1562.

⁶ O.M.S. (1989): *La Santé des Jeunes*. Discussions techniques. Ginebra.

⁷ LALONDE, M. A. (1974): *New Perspective on the health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

2. Personas y métodos

Características de la población hispana en Washington D.C.⁸:

Censo

Los cambios demográficos en el distrito de Columbia entre 1980 y 1990, reflejan una Ciudad en transición aumentando la población hispana de una manera dramática. Constituyen una minoría lingüística y cultural, que en 1990 representaba el 5,4% de la población total.

Edad

La media de edad para el grupo hispano fue de 27,4 años en los hombres y 30,5 en mujeres.

Raza

El 43% de los hispanos son identificados como de raza blanca, 11% de raza negra, distribuyéndose el resto en pequeños porcentajes.

Centros de origen

Los pueblos hispanos emigrados en USA son de origen mejicano, seguidos de Centro americanos. Asiáticos y Africanos son en menor proporción.

La población diana del estudio ha sido los adolescentes hispanos que acuden al LATIN AMERICAN YOUTH CENTER para recibir los diferentes programas de educación sanitaria que allí se imparten. Se trata de una organización no gubernamental que patrocina programas de atención al adolescente hispano entre los 11 y los 21 años de edad. Los programas que se imparten tratan temas de higiene personal, educación y comportamiento ante las enfermedades de transmisión sexual, prevención y conocimiento del S.I.D.A. y otras enfermedades venéreas. Conducta ante el embarazo y protección de la madre adolescente soltera. Cuidados y protección del recién nacido.

Programas de liderazgo, que les enseñan leyes y costumbres que han de conocer en el nuevo país.

⁸ SHARON PRATT, K. (1993): *Mayor Report on 1990 census data: Hispanic Origin Population in Washinton D.C.* The Mayor's office on Latino Affairs. Government of the Distrit of Columbia.

Programas de alimentación y comedores colectivos.
Tiempo libre, ocio y ocupación del tiempo libre.
Programas culturales, especialmente de conocimiento y perfeccionamiento del idioma inglés.

Como método de investigación de factores de riesgo, se utilizó la encuesta que se adjunta. Se realizaron 200 encuestas a los jóvenes que acudieron a dicho centro a recibir los programas.

El tiempo de la encuesta se realizó durante los meses de Julio y Agosto de 1994 en dicho centro, utilizando media hora para rellenar los items preguntados. La encuesta y el bolígrafo para respuesta se las proporcionó la entrevistadora que fue común para todos los entrevistados, y les reunía por grupos pero en puestos de trabajo independientes un ambiente tranquilo para las respuestas fueran reales. Dicha encuesta era anónima y así se lo hacía saber a los encuestados.

Esta encuesta había sido constatada y aprobada por el Consejo director del LATIN AMERICAN YOUTH CENTER y posteriormente validada por los investigadores se ofrecía tanto en lengua española como inglesa.

El método utilizado para el tratamiento de los datos, fue el epidemiológico descriptivo, calculando los porcentajes de cada ítem que figura en la encuesta y estudiando el coeficiente de correlación entre algunos de ellos. Como tratamiento estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS.

3. Resultados

En un 85% de los casos prefirieron utilizar la encuesta en inglés, a pesar de que el conocimiento del castellano era correcto.

Del total de los 200 encuestados 55,5% fueron hombres y 44,5% mujeres.

Se establecieron tres grupos étnicos de procedencia: Caucásico al que pertenecían 2,5% de los encuestados, hispánico, el más numeroso con un 90,5% y negro, con un 7%.

La edad media en hombres fue de 18 años (mínimo 13, máximo 21, y moda 17) y en mujeres la media de edad fue de 17,3 años (mínimo 13, máximo 21, moda 17).

El peso se calculó en libras por ser la medida utilizada por la mayoría, siendo la media en hombres 147 y en mujeres de 132. La altura media en hombres fue de 472 pies y en mujeres 409,2.

El país de origen de los encuestados se distribuyó de la manera siguiente:

El Salvador 48%, Dominicanos 13%, Guatemala 6%, México 4%, Honduras 4%, Nicaragua 4%, Perú 3%, Colombia 3%, Bolivia 1,5%, Etiopía 1,5%. El resto se repartió en pequeños porcentajes entre otros países de habla hispana y hubo un 6% que no quiso manifiesta su país de origen.

La distribución dentro de Washington D.C., del grupo estudiado fue la siguiente: Distrito de Columbia 93,7%, Maryland 4,5%, Virginia 1,8%.

Tiempo medio que estaban viviendo en Washington: hombres: 5,6 meses (mínimo 1, máximo 18) y las mujeres 6 meses (mínimo 1, máximo 23).

Acudían a la escuela un 72,7% de los hombres y un 56,2% de las mujeres, habiendo completado el grado 12 un 22% de los chicos y un 12,4% de las chicas. Están trabajando a la vez que estudian algún grado el 54% de los chicos y 56% de las chicas. El número medio de horas que trabajan es de 11,53 por semana los hombres y 14,5 las mujeres.

Respecto al estado civil 4,6% estaban casados, 80,7% solteros, 10% viven junto con su pareja, y no responden 4,6%. Respecto a las mujeres 3,4% están casadas, 87,6% solteras, 6,7% viven con su pareja y no responden 2,2%.

La agrupación en la vivienda se realiza en el caso de los varones, en un 35% con padres y hermanos, 4,6% dicen vivir solos 3,7% con otros parientes y el resto con pareja estable o casados.

Las familias son numerosas y la media de hermanos que dicen tener es 1,95 y de hermanas 1,60. La media de los encuestados estaba entre el puesto 2 y 3 de todos los hermanos.

En el caso de las mujeres, con los padres viven un 33,7%, solos viven 34,5%, 12,6% se agrupan con amigos y otros parientes, entre los que se incluyen hermanos y 11,2% viven casados o con pareja estable.

Reconocen no verse nunca con su familia un 33,7% de las chicas y 34,9% de los hombres y sólo una vez al año 22,9% de los hombres y 31,5% de las mujeres.

Tabla 1. ¿Con qué idioma te expresas mejor? (en %)

	Hombres			Mujeres		
	HABLO	LEO	ESCRIBO	HABLO	LEO	ESCRIBO
Español sólo	17,1	18	22,5	10,1	10,1	10,1
Español mejor que inglés	31,5	27,9	27	33,7	36	37
Español e inglés igualmente	35,1	28,6	28,8	40,4	31,5	33,7
Inglés mejor que español	10,8	15,3	10,8	10,1	18	12,4
Inglés solamente	4,5	9	9,9	4,5	4,5	6,7
No contestan	0,9	0,9	0,9	1,1	0	0

Su adaptación al idioma se resume en la tabla 1, en la que se observa con detalle su adaptación a la nueva lengua.

A la pregunta de quién forma principalmente su grupo de amistades, en un 95% responden tanto hombres como mujeres que fundamentalmente hispanos, sólo en un 5% sus amistades son fundamentalmente estadounidenses, aunque en ambos casos en un 30% confiesan que participan de ambas amistades.

Los hábitos religiosos en los hombres se expresan en un 51% de religión católica y agnósticos en un 30,5%. Los porcentajes restantes se distribuyen en otras religiones. Las mujeres confiesan profesar la religión católica en un 57,3% y ninguna en un 21%.

Los años de estudios que han tenido los padres son escasos ya que manifiestan una media de estudios del padre de 1,5 años y de la madre 1,12.

Durante la estancia en el LATIN AMERICAN YOUTH CENTER se realizan diferentes cursos de educación sexual, y en el caso de los hombres lo han realizado un 80,6% de los alumnos y un 87,6% de las mujeres.

Los cursos impartidos se exponen en el detalle de la encuesta, habiendo realizado cada persona una media de dos cursos. En un 13,9% de los jóvenes. En un 30% lo recibieron en español, en un 34,3% en inglés, y en un 15% en inglés y español recibieron todos los cursos.

Se realizaron en la encuesta preguntas en torno a sus actitudes sexuales a la pregunta de donde habían recibido la mayor parte de información sexual que poseían, respondieron en un

38,9% de los casos que en el LATIN AMERICAN YOUTH CENTER, 10% en casa, 17,6% en la escuela y el resto en otros sitios.

A la pregunta de que con quién habla con más frecuencia de temas referidos a la sexualidad, hay diferencias entre las respuestas de hombres y mujeres, ya que en el primer caso un 53% dicen que hablan con los amigos y un 13% con la novia, en tanto que en las mujeres un 64,5% dicen que lo hablan con las amigas.

Entre los varones un 73,1% declaran tener relaciones sexuales con asiduidad y en el caso de las mujeres 49,4%.

A la pregunta de a que edad tuvo la primera relación sexual, la media de edad en los hombres fue de 13,5 años (mínimo 6 años y máxima 18 años) y la persona con quien la tuvo tenía como media de edad 15,76 años (mínimo 10, máximo 30).

En el caso de las mujeres el primer contacto sexual lo tuvieron como media a los 15,7 años y su pareja tenía una media de 18,5 años.

Tanto en el caso de los hombres como en las mujeres en un 52,7% de los casos encuestados, el primer contacto sexual fue su novio, el resto no lo fue necesariamente.

Respecto a cuanto tiempo hacía que se conocían en el momento de la primera relación sexual, la media en días fue de 9,5 en hombres y de 5,21 en mujeres. En los hombres la media de personas diferentes con las que ha tenido relaciones durante su vida ha sido de 10,5 y las mujeres con 4,36; esta cifra se reduce a 1,1 en el caso de los varones cuando se les pregunta que con cuantas personas diferentes han tenido relaciones sexuales durante los últimos tres meses, y a 0,5 en el caso de las mujeres.

Preguntados si es frecuente que tengan relaciones sexuales con diferentes personas en la misma época, en el caso de los hombres 19,8% dice que sí, el 44,1% dice que no y el resto no responde. En el caso de las mujeres 4,5% dice que sí y 39,3% dice que no.

A la pregunta de si utilizan métodos anticonceptivos responden en general una baja utilización de dichos métodos. El detalle se expone en la tabla 2.

El método que empleó para evitar el embarazo en las últimas relaciones sexuales en el caso de los hombres un 40,5% de los casos no utilizó ningún método para evitar el embarazo, en un 4,5% la mujer tomaba píldoras anticonceptivas y en un 22,5% utilizaron los condones. Las mujeres respondieron que un 20,2%

no utilizó ningún método, 2,2% tomaba píldoras anticonceptivas, 18% de los casos ellos utilizaban condones 1,1% se separaron antes de eyacular, 2,2% métodos vaginales y 2,2% utilizaron anticonceptivos orales.

Tabla 2. ¿Utilizas frecuentemente preservativo? (en %)

	HOMBRES	MUJERES
Siempre	40,5	15,7
Nunca	4,5	10,1
A veces	22,5	20,2

A la pregunta concreta de con qué frecuencia utilizas el condón 52,3% dicen que cada vez que tienen relaciones sexuales, 5,4 dicen que casi siempre y 6,3 dicen que casi nunca. El resto contesta cuando la pregunta es que por qué motivo utilizan el condón, responden en un 54% de los casos que para evitar el SIDA y sólo un 6% de las veces para evitar el embarazo. La clínica anexa al LATIN AMERICAN YOUTH CENTER, les proporciona los condones que necesitan y les enseña la forma de utilizarlo. En el caso de las mujeres un 3,4% reconocen haber tenido regalos a cambio de sexo.

Los hábitos en las relaciones sexuales manifiestan que en su mayoría tanto hombres como mujeres son heterosexuales, si bien en los hombres hay un 1,8% que dicen tener indistintamente sus relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres, y 0,9% que ocasionalmente las tiene con el mismo sexo. Entre mujeres, también mayoritariamente se declaran heterosexuales y un 2,2% responden que las tienen con hombres y mujeres por igual.

Entre las mujeres solteras se les preguntó si se habían quedado embarazadas en alguna ocasión, a lo que no respondieron el 53% y de las restantes 31% dijeron que nunca, 4,5% dijeron que habían tenido un hijo y lo están criando con su pareja, 6,7% declararon estar criando al hijo ellas solas, 1,1% lo dieron en adopción, 1,1% abortó voluntariamente y 1,1% aborto espontáneamente.

Declararon fumar habitualmente un 23,4% de los hombres, no fuman 65,8% y el resto no contestan. Entre las mujeres fuman 14,6%, no lo hacen 80,9% y no contestan el resto.

Bebidas alcohólicas, se preguntó cuantas veces por semana se bebían más de 4 cervezas o más de media botella de licor o bebida que contenía alcohol. Las respuestas se distribuyen según se indica en la tabla 3.

El hábito de diferentes drogas no institucionalizadas entre la población encuestada se muestra con detalle en la tabla 4.

Otro de los problemas presentes en la población es la carencia de seguro de enfermedad, así entre el 55% y 58% declaran no tener seguro médico. El detalle se ofrece en la tabla 5.

Tabla 3. ¿Cuánto bebes habitualmente? (en %)

Cantidad de bebida	HOMBRES	MUJERES
Más de 2 veces por semana	6,3	4,5
1-2 veces por semana	8,1	5,6
1-2 veces por mes	10,8	9
1-2 veces cada 6 meses	9,9	9
nunca	55,9	66,3
no responden	9	5,6

Tabla 4. Hábito de diferentes drogas no institucionalizadas entre la población encuestada (en %)

Tipo de droga	HOMBRES	MUJERES
Nunca probaron	59,5	68,5
Marihuana	14,4	13,5
Marihuana+heroína	0,9	0
Marihuana+cocaína	2,7	1,1
Marihuana+anfetaminas	0	1,1
Marihuana+crack	0	2,2
No responden	17,1	10

Tabla 5. Pregunta sobre si tienen seguro médico (en %)

Tipo de seguro	HOMBRES	MUJERES
No tienen	58,6	55,1
Tienen con sus padres	16,2	19,1
Tienen por la escuela	1,8	1,1
Tienen por el trabajo	2,7	4,5
Medicaid	3,6	7,9
No responden	12,6	7,8
Otro	3,6	4,5

Tabla 6. Respecto al salario (en %)

Salario en Dólares	HOMBRES	MUJERES
5.999 o menos	0,9	11,2
6.000-9.999	6,3	2,2
10.000-14.999	2,7	2,2
15.000-19.999	5,4	3,4
20.000-24.999	3,6	2,2
25.000-29.999	2,7	2,2
30.000-34.999	0,9	1,1
35.000 o más	0	4,5
No saben	66,7	62,9
No responden	10,8	7,9

A este problema se puede unir la escasez de salarios como se detalla en la tabla 6.

Por último a la pregunta de si reciben ayuda por parte del gobierno en el caso de los hombres, no contestaron en un 10,8%, sí reciben un 9%, no reciben 58,6%, y no saben 21,6%. Respecto a las mujeres, a la misma pregunta no respondieron 4,5%, sí reciben ayuda 10%, no reciben 71,9% y no lo saben 13,5%.

4. Discusión

Los problemas que se presentan en la adolescencia son un fenómeno frecuente en la sociedad desarrollada, en sí mismo por los cambios biológicos que aparecen a estas edades, y que conllevan problemas de todo tipo: emocionales, de adaptación⁹, de selección de trabajo, estudios, amigos, y conocimiento de su sexo y del sexo opuesto.

Es un momento tormentoso en la vida de las personas y además decisivo en muchos aspectos de la vida, tanto desde el punto de vista personal¹⁰ como profesional.

⁹ VAN DEN HOEK, A. (1997): "STD control in drug users and street youth". *Genitourin. Med.* 73/4, pp. 240-244.

¹⁰ WATERS, J. ROBERTS, A. R. and MORGEN, K. (1997): "High risk pregnancies: Teenagers, poverty, and drug abuse". *J. Drug issues*, 27/3, pp. 541-562.

Estos cambios, si se desarrollan en un ambiente familiar agradable y en un entorno sociocultural que proteger al adolescente, posiblemente se minimizan o cuando menos se viven en un ambiente protegido para el adolescente.

Cuando el ambiente en el que se realiza el desarrollo del adolescente es diferente tanto social como culturalmente y además en el seno de familias desprotegidas y con carencias económicas, facilidad de drogas¹¹, la dificultad de alcanzar una madurez adecuada¹² se complica en sumo grado, o cuando menos aparecen numerosos estilos de vida que no son favorables para la salud¹³.

El núcleo de población que hemos estudiado ha pasado de vivir en un entorno familiar, cultural y climático diferente al que se encuentran, y lo que es más problemático, las causas que en la mayoría de los casos les ha obligado a salir de su país natal, han sido inminentemente vitales, de tal forma que se han visto obligados en casi la totalidad de los casos encuestados a emigrar por obligación.

Las consecuencias de estas "emigraciones forzosas" condicionan la existencia de personas con graves deficiencias y que además habitualmente viven agrupadas tratando de no olvidar sus costumbres de origen.

Solamente entre el 33% y 35% de los jóvenes entre 11 y 24 años viven con los padres, cifra mucho menor si se compara con los datos de otros países especialmente con los europeos y concretamente con los españoles, entre los que cada vez se prolonga más el tiempo medio de permanencia de los jóvenes en el hogar paterno.

A una media de edad en donde en los países desarrollados los adolescentes acuden a la escuela, el porcentaje de varones que continúa sus estudios es muy bajo, además hay que tener en cuenta que el grado que realizan es bastante por debajo del

¹¹ PRESTWICH, P. E. (1997): "Addiction History. Paul-Maurice Legrain (1860-1939)". *Addiction*, 92/10, pp. 1255-1263.

¹² STOCK, J. L.; BELL, M. A. and BOYER, D. K. (1997): "Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abuse girls". *FAM PLANN Perspect*, 29/5, pp. 200-203.

¹³ SPIRITO, A.; RASILE, D. A.; VINNICK, L. A. *et al.* (1997): "Relationship between substance use and self-reported injuries among adolescents". *J. Adolesc. health*, 21/4, pp. 221-224.

que realizaría un adolescente de la misma edad en un país desarrollado, ya que según se ha visto por la encuesta sólo han alcanzado el grado 12 un 22% de los varones y un 12% de las mujeres. Curiosamente éstas comienzan a trabajar antes y durante más horas que los varones, aunque sus trabajos son siempre no cualificados.

Un dato curioso que se desprende de la encuesta es la facilidad con la que se adaptan al nuevo idioma, ya que a una media de 6 meses entre un 35% a 40% hablan con la misma fluidez tanto su lengua nativa como el inglés, a pesar de que sus amigos se encuentran fundamentalmente entre los demás hispanos. La correlación entre el tiempo medio de estancia en Washington con el aprendizaje del idioma, muestra unas cifras medias (0,35-0,55) pero siempre son estadísticamente significativas, $P=0,001$. Sin embargo el coeficiente de correlación es muy elevado entre el aprendizaje de leer, hablar y escribir (0,84-0,86) $p=0,0001$.

El LATIN AMERICAN YOUTH CENTER, se dedica a dar clases de educación sanitaria a los emigrantes hispanos¹⁴, e imparte sus cursos indistintamente en inglés o en castellano. Los temas tratados se mencionan en la encuesta y como término medio cada alumno ha recibido cinco de los cursos que se imparten en los que se refuerzan los comportamientos en salud¹⁵. Este aspecto es importante porque las relaciones sexuales son tempranas en ese círculo, si bien en comparación con la perspectiva mundial, es muy parecida la edad del primer contacto. El aspecto fundamental respecto a las zonas europeas o americanas es que en éstas el porcentaje de adolescentes que utiliza diferentes tipos de preservativos es mayoría ya que los hombres declaran utilizarlo siempre solamente en el 40% de los casos y las mujeres en un 15,7%. Cifras bastante más bajas en comparación con otros países.

Es importante la cifra de embarazos no deseados y que en el grupo estudiado de las 89 mujeres quedaron embarazadas y criaron ellas solas a su hijo un 6,7%, además de los otros eventos de abortos y adopciones citados en el apartado de resultados.

¹⁴ (1990): *Guide to clinical Preventive Services, an Assessment of the Effectiveness of 169 interventions. Report US Preventive Services Task Force.* Williams and Wilkins. Baltimore.

¹⁵ JANZ, N.K. and BECKER, M.H. (1984): "The health belief model: A decade later". *Health Educ. Q.*, 11, pp. 1-47.

El gobierno americano protege a estas madres adolescentes proporcionándoles una casa colectiva adonde acuden voluntariamente quienes están en las mismas circunstancias. Se les protege para que puedan cuidar a su hijo y se promociona la salud de ambos¹⁶.

Otro aspecto importante es el elevado número de contactos sexuales con personas distintas, si a ello le unimos el que no utilizan el preservativo en la mayoría de las ocasiones, es fácil pensar que las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA¹⁷, constituye uno de los principales problemas de salud de esa población¹⁸. Además en ocasiones el comportamiento sexual de las adolescente se da con personas mayores que ella, con el consiguiente mayor riesgo de enfermedad sexual¹⁹.

Al estudiar la correlación entre los cursos de educación sanitaria recibida y la información recibida tienen un $r=0,43$, $p=0001$. La correlación entre si realizaban relaciones sexuales y utilizaban método anticonceptivo²⁰ también era moderada ($r=0,41$; $p=0,0001$), sin embargo se aumenta la correlación entre la frecuencia e las relaciones sexuales y el empleo de métodos anticonceptivos ($r=0,71$; $p=0,002$).

Curiosamente la correlación entre la información recibida de educación sexual y el número de cursos realizados es baja, aunque estadísticamente significativa ($r= 0,25$; $p=0,0009$).

Respecto a las drogodependencias es de destacar la diferencia con los países europeos, ya que el hábito de fumar que es frecuente en España y otros países Europeos²¹ entre la población adolescente, no lo es en el grupo de hispanos estudiado. Quizás por la

¹⁶ SEAL, D.W. (1997): "Interpartner concordance of self-reported sexual behavior among college dating couples". *J. Sex. Res.*, 34/1, pp. 39-55.

¹⁷ SCHILD, G. C. and MINOR, P. D. (1990): *Human immunodeficiency virus and AIDS*. Lancet. pp. 335,1081.

¹⁸ GODIN, G.; FORTIN, C.; MICHAUD, F. *et al.* (1997): "Use of condoms: Intention and behaviour of adolescents living in juvenile rehabilitation centres". *Health Educ. Res.*, 12/3, pp. 289-300.

¹⁹ MILLER, K. S.; CLARK, L. E. and MOORE, J. S. (1997): "Sexual initiation with older male partners and subsequent Hiv risk behavior among female adolescents". *FAM PLANN. Perspect*, 29/5, pp. 212-214.

²⁰ DE WIT, R.; VICTOIR, A. and VAN DEN BERGH, O. (1997): "«To touch them, is to love them»: Effects of direct experience with condoms on adolescents attitudes toward condoms". *Health educ. Res.*, 12/3, pp. 301-310.

²¹ PUSKA, P. and KOSKELA, K. (1983): "Community based strategies to fight smoking. Experiences from the North Karelia project in Finland". *NY State J. Med.*, 83, pp. 1335-1338.

influencia y presión americana que se ejerce sobre el tabaco²², quizás también por la escasez de recursos con los que cuentan o por los planes antitabaquismo desarrollados²³, o cursos concretos anti-tabaco desarrollados en escuelas²⁴ y adolescentes²⁵.

También es relativamente poco frecuente el empleo de bebidas alcohólicas, menos que en países Europeos²⁶, o por lo menos así lo declaran en la encuesta, ya que existen leyes prohibitivas tajantes hasta los 21 años, y especialmente son importantes para las personas inmigrantes por las consecuencias que de su incumplimiento se derivan.

Sin embargo el uso de diferentes drogas parece ser relativamente frecuente²⁷, en total 28% de los encuestados declaran haber probado la marihuana, que es la más frecuentemente utilizada²⁸, seguida de cocaína²⁹ y 6% una amplia combinación de ellas por desconocimiento de los efectos nocivos que producen³⁰. Son menos utilizados los esteroides anabolizantes³¹, pero sí es frecuente la inhalación de pegamentos, tanto como en otros ambientes³² existiendo una correlación moderada entre con-

²² FLY, BR. (1987): "Mass media and smoking cessation: A critical review". *Am. J. public Health*, 77, pp. 153-161.

²³ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1989): "Public Health Service Office of Smoking and Health: Reducing the Health Consequences of Smoking 25 years of Progress". *A report of the Surgeon General*. Rockville.

²⁴ PERRY, C. *et al.* (1980): "Modifying smoking behavior of teenagers: a school based intervention". *Am. J. Public Health*, 70, pp. 722-725.

²⁵ STEIN, J.; GLASS, K.; CURN, K. *et al.* (1997): "A Medical School's plan for anti-tobacco-use education in community Schools and Hospitals". *J. cancer Educ.*, 12/3, pp. 157-160.

²⁶ PARTENEN, A. (1997): "The European Alcohol Action Plan and nursing in Finland". *J. Subst Misuse*: 2/4, pp. 2280-2330.

²⁷ APPLEBY, L.; DYSON, V.; LUCHINS, D. J. and COHEN, L. S. (1997): "The impact of substance use screening on a public psychiatric inpatient population". *Psychiatr. ser.*, 48/10, pp. 1311-1316.

²⁸ MACCOUN, R. and REUTER, P. (1997): "Interpreting dutch cannabis-policy: reasoning by analogy in the legalization debate". *SCIENCE*, 278/5335, pp. 47-52.

²⁹ LESTER, B. M.; LA GASSE, L. and BRUNNER, S. (1997): "Data base studies on prenatal cocaine exposure and child outcome". *J. Drug Issues*, 27/3, pp. 487-499.

³⁰ GALASCO, G.I. W. (1997): "Cocaine: a risk factor for myocardial infarction". *J. Cardiovas Risk*. 4/3, pp. 185-190.

³¹ MIDDLEMAN, A. B.; FAULKER, A.H.; WOODS, E.R. *et al.* (1995): "High risk behaviors among high school students in Massachusetts who use anabolic steroids". *Pediatrics*, 96, pp. 268-272.

³² MIKKELSEN, S. (1997): "Epidemiological update on solvent neurotoxicity. Environ". *RES*, 73/1-2, pp. 101-112.

sumo de tabaco, drogas y bebidas. Se hace preciso en este entorno incrementar las estrategias en orden a la prevención de drogadicción³³, cuyo patrón es casi exclusivo de consumo de cocaína y marihuana y menos frecuente de utilización de drogas tranquilizantes, como en otros países³⁴.

Por último, es de notar la escasez de salarios, que junto con la carencia de seguros sociales, determina una especial forma de vivir, con innumerables carencias, respecto a los adolescentes de los países más desarrollados.

El gobierno americano trata de proteger a esta población³⁵ y favorece la asistencia al LATIN AMERICAN YOUTH CENTER, con un cheque semanal que recibe el adolescente que asiste regularmente a los cursos de educación sanitaria que se imparten³⁶.

No obstante el trabajo a realizar ha de ser continuo por las enormes carencias a las que está sometido este grupo de población. El contacto con drogas³⁷, tanto institucionalizadas³⁸ como no institucionalizadas³⁹ y las actitudes frente a ellas⁴⁰. El problema, a pesar de los cursos realizados de la escasa prevención en los contactos sexuales⁴¹, el grado de hacinamiento y escaso salario, dan una idea de que posiblemente habría que regular o mejorar internacionalmente la situación de los emigrantes.

³³ MUNDLE, G. (1997): "Modern strategies of addiction treatment". *SUCHT*, 43/4, pp. 283-287.

³⁴ LEDOUX, S.; CHOQUET, M. and MANFREDI, R. (1994): "Self-reported use of drugs for sleep or distress among French adolescents". *J. Adolescec. health*, 6, pp. 495-502.

³⁵ ABRAMS, D.B. et al (1986): "Social learning principles for organizational health promotion: An integrated approach". In CATALDO, M. and COATES, T. (eds.) *Health and Industry: A Behavioral Medical Perspective*. New York. John Wiley & sons.

³⁶ HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION (1986): "Home Health Agency Manual. Washington DC. superintendent of Documents?" *HCDAD Publication HIM 11*. Section 203 and 204.

³⁷ BADER, T. (1997): "Pros and cons of abstinence-oriented treatment of drug dependence". *SUCHY*, 43/4, pp. 270-276.

³⁸ BATRA, A. and FAGERSTROM, K. O. (1997): "New aspects of tobacco dependency and smoking cessation". *SUCHY*, 43/4, pp. 277-282.

³⁹ BEST, D.W. and BARRIE, A. (1997): "Impact of illicit substance activity on young people". *J. SUBST Misuse*, 2/4, pp. 197-202.

⁴⁰ CHOQUET, M. and LEDOUX S. (1992): *Les 11-20 ans et leur santé. II Drogues illicites et attitudes face au sida*. Paris. Publications de l'INSERM, pp. 24-27.

⁴¹ DAVIS, W. R.; DEREN, S.; BEARDSLEY, M. et al. (1997): *AIDS. Educ. Prev.*. 9/4, pp. 342-358.