

Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género*

Eugenia Gil García¹, José Rafael González López¹ y Carmen Meneses Falcón²

1. Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla

2. Departamento de Sociología y Trabajo Social. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid

* Los resultados de este trabajo forman parte de los resultados obtenidos en el Proyecto "Género y Clase Social en la Percepción y Valoración de las Conductas de Riesgo en Adolescentes Urbanos", subvencionado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo. Complementa los resultados del estudio financiado por el Ministerio de Educación: "Adolescentes y Riesgo: Un Estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas". El trabajo fue presentado como comunicación a las VIII Jornadas Andaluzas de Investigación en Salud. Sevilla, octubre 2008.

Resumen

Introducción: El objetivo de este trabajo es conocer el significado que los y las adolescentes le otorgan al concepto de "riesgo" y las acciones promotoras de salud que llevan a cabo para minimizarlo. Conocer su percepción sobre el riesgo y sus argumentos a favor de las acciones promotoras de salud y las limitaciones que encuentran para llevarlas a cabo ayudará a fomentar líneas de actuación y desarrollar programas de educación y promoción de salud.

Método: Diseño cualitativo. 12 Grupos de Discusión de adolescentes urbanos (entre 16 y 18 años). Realizado de abril a junio del 2008 en Institutos de Enseñanza Secundaria y organizaciones que trabajan con adolescentes en Madrid, Granada y Sevilla. Análisis de contenido teniendo en cuenta los niveles sintáctico, semántico y pragmático.

Resultados: Grupo etario que se preocupa por su salud y es crítico con las situaciones, entornos y contextos que facilitan su implicación en conductas de riesgo. Asocian riesgo a peligro, actitud exploratoria y acción probabilística. Las prácticas de riesgo que destacan son: consumo de sustancias tóxicas, practicar sexo sin protección y el exceso de velocidad asociado al consumo de tóxicos. Conocen acciones promotoras de salud que practican tratando de evitar las consecuencias para la salud física.

Conclusiones: Las acciones formativas deben potenciar la participación y empoderamiento y la formación en acciones preventivas, sobre todo relacionadas con el exceso de velocidad y las Infecciones de Transmisión Sexual. En ellas, además, se debe trabajar el fomento de la individualidad, "la pareja" constituye una fuente de riesgo para ellas.

Palabras Clave

Adolescencia, conductas de riesgo, promoción de salud, género, investigación cualitativa.

Correspondencia a:
Eugenia Gil García
E-mail: egil@us.es



Abstract

Objective: To discover what adolescents understand by “risk” and which health-promoting actions they carry out in order to minimise it. Identifying their perceptions, reasoning, and limitations will aid the development of courses of action and educational and health promotion programmes and policies.

Methodology: Qualitative design. 12 Discussion Groups of urban adolescents (between 16 and 18 years of age). Carried out between April and June 2008 in Secondary Schools and organisations that work with adolescents in Madrid, Granada and Seville. Content analysis taking into account syntactic, semantic and pragmatic levels. In order to obtain reliable results we established a threefold approach.

Results: This is an age group concerned with their health, critical to situations, places and contexts that encourage their involvement in risk behaviour activities. They associate risk with danger, an exploratory attitude and probabilistic action. The risk activities which stand out are: toxic substances abuse, unprotected sex and unsafe driving (speeding) under the effect of toxic substances. They are aware of health promoting behaviours which they practice in order to avoid negative consequences for their physical health.

Conclusions: Educational activities concerning health promotion must foster participation and empowerment and emphasise education in preventive behaviour, particularly concerning speeding and STDs. We must also work on the development of individuality in the young women since “the partner” is a source of risk for them.

Key Words

Adolescence, risk behaviour, health promotion, gender, qualitative research.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa que la Organización Mundial de la Salud sitúa entre los 10 y los 19 años, en ella tienen lugar cambios en la maduración física, sexual y cognitiva. Cambios que favorecen un pensamiento más abstracto, hipotético y crítico que facilita la reflexión y la réplica a lo que procede del mundo adulto, al tiempo que favorece la construcción de la propia identidad mediante la exploración y búsqueda de nuevas sensaciones (Oliva y Pa-

rra, 2004). En general, es una etapa percibida como problemática, ya que aumenta la inestabilidad emocional (Buchanan et ál., 1992), los conflictos con los progenitores (Laursen et ál., 1992; Steinberg y Morris, 2001) y favorece el desarrollo de determinadas conductas de riesgo (Arnett, 1992).

Las conductas de riesgo que en España asumen con más frecuencia los y las adolescentes son el consumo de sustancias tóxicas, mayoritariamente alcohol y tabaco (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), prácticas relaciona-



das con los vehículos a motor; primera causa de defunción entre los 5 y 24 años (Nadal, 2007) y mantener relaciones sexuales sin protección: el 16,2% de jóvenes que mantienen relaciones sexuales no utilizan método anticonceptivo o profiláctico (Ministerio de Igualdad, 2008).

Algunos autores consideran que las conductas de riesgo constituyen comportamientos experimentales de aprendizaje y favorecen la construcción de la identidad (Dworkin, 2005), otros creen que son formas de resistencia y rebeldía hacia el modelo social que proponen los adultos (Wearing et ál., 1994). En cualquier caso, el abordaje preventivo de las conductas de riesgo requiere incluir la dimensión simbólica del riesgo y sus significados (Stalker, 2003; Douglas, 1996) y no olvidar que estas están influidas por los contextos sociales en los que se produce y gestiona el riesgo (France, 2000). Las expectativas sociales, las pautas culturales y la presión de los grupos, de iguales (Gustafson, 1998) o familiares (Pons, 1998), influyen en cómo se construyen las amenazas o peligros y cómo estos son percibidos (Evans et ál., 1996). Expectativas sociales y pautas culturales que están mediatizadas por un sistema de socialización basado en la diferencia y desigualdad entre varones y mujeres que Benhabib y Cornella (1990) denominan sistema sexo/género. Este sistema favorece una construcción identitaria que sitúa de forma desigual a las mujeres (Ortiz, 1999), a la vez que favorece o minimiza determinadas actitudes y comportamientos relacionados con el riesgo (Meneses et ál., 2009).

Por otra parte, la promoción de salud es una estrategia que tiene como objetivo incrementar la salud mediante la formación, el desarrollo de habilidades y la capacitación técnica de las

organizaciones (Davies y MacDonald, 1998); dirige sus acciones a todos los colectivos, especialmente a los y las adolescentes, ya que en este periodo se desarrollan actitudes y adquieren hábitos que pueden favorecer conductas de salud (Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, 1995). Pero, para que estas acciones sean efectivas, deben partir de la definición que realizan sus protagonistas y conocer las barreras que experimentan para su utilización o rechazo (Guthrie et ál., 1994). Por ello, nuestro objetivo se centra en conocer la percepción del riesgo y las dinámicas o acciones que los y las adolescentes realizan para minimizarlo, a la vez que analizaremos si están o no influidas por el género. A partir de sus discursos propondremos líneas que ayuden a diseñar programas educativos y de promoción de salud.

MÉTODOS

Para profundizar en la percepción y significado del riesgo y acciones promotoras de salud, apostamos por la metodología cualitativa basada en Grupos de Discusión (GD) con adolescentes de 16 a 18 años. Los GD, a diferencia de las entrevistas, permiten la interacción entre los componentes y favorecen la riqueza perceptiva (Murillo y Mena, 2006).

Se realizaron 12 Grupos de Discusión en Madrid, Granada y Sevilla, entre abril y junio de 2008 (véase tabla 1). Todos los grupos fueron moderados por el mismo investigador: una persona joven y especialmente entrenada para no inhibir las respuestas, y se realizaron en lugares neutrales (cafeterías, asociaciones de vecinos y asociaciones juveniles).

En todas las sesiones fue utilizado el mismo guión de temas. La sesión se iniciaba con la



Tabla I. Perfiles de los Grupos de Discusión

GD de chicas de 16 a 18 años de clase social media baja
I GD en Granada
I GD en Sevilla
I GD en Madrid
GD de chicos de 16 a 18 años de clase social media baja
I GD en Granada
I GD en Sevilla
I GD en Madrid
GD de chicas de 16 a 18 años de clase social media alta
I GD en Granada
I GD en Sevilla
I GD en Madrid
GD de chicos de 16 a 18 años de clase social media alta
I GD en Granada
I GD en Sevilla
I GD en Madrid

misma pregunta, pero el orden se alteraba para favorecer la espontaneidad de las respuestas y la elaboración de los discursos.

Los grupos estuvieron formados de cinco a siete jóvenes. El profesorado de los institutos y los técnicos de juventud facilitaron el primer contacto con los y las candidatas. A los progenitores y/o tutores legales de los participantes menores de edad se les hizo llegar la autorización con el objetivo de preservar los derechos de los menores.

Las sesiones tuvieron una duración media de 60-90 minutos, fueron grabadas previo consentimiento y se transcribieron literalmente. En este caso, el grupo de discusión propició la expresión libre al amparo del grupo en un ambiente relajado de confianza.

Las transcripciones literales, resultantes de las conversaciones mantenidas, se triangularon entre el equipo investigador y se analizaron mediante el procedimiento de *análisis de contenido* siguiendo las recomendaciones de Krippendorff (1990), quien lo define como "técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto"; tuvimos en cuenta el nivel sintáctico al analizar la estructura del texto, el nivel semántico al profundizar en el significado de las palabras o categorías de análisis y el nivel pragmático al contextualizar los significados y relacionarlos con los perfiles de los participantes (Gil, 2009).

Para conocer las dimensiones del concepto de "riesgo", realizamos una primera pregunta en todos los Grupos (¿Qué es el riesgo para



vosotros/as?). En el análisis se presta especial atención a las primeras respuestas emitidas, a las ideas o conceptos que asocian con el riesgo y en cómo argumentan dicha asociación. Para conocer las dinámicas y acciones promotoras de salud que utilizan los y las participantes actuamos de forma distinta, ya que el guión no disponía de una pregunta explícita, sino que construimos categorías emergentes a partir de los relatos. Así construimos tres categorías relacionadas con la promoción de salud y consumo de sustancias tóxicas, conducción vial y práctica de relaciones sexuales.

3. RESULTADOS

3.1. Percepción del riesgo

En los discursos de los y las adolescentes aparece, mayoritariamente, el concepto de "riesgo" con una connotación negativa vinculada al concepto de peligro. También aparecen otras dos asociaciones del concepto riesgo, por un lado la asociación *riesgo/ "probar de todo"*, lo que puede revelar una actitud exploratoria propia de la etapa y, por otro lado, una asociación más probabilística/especulativa al asociar *riesgo/ "perder o ganar"*. La identificación de "riesgo" con peligro para la salud se realiza de forma espontánea, no necesita aclaraciones. La salud se muestra mayoritariamente en su acepción física/corporal más que psicológica o social. Sólo una declaración es realizada en torno al riesgo para la salud mental, admitiéndose que existe un riesgo para la salud mental ante el consumo abusivo de sustancias tóxicas "*peligro mental también*" o también de "*volverte loco*".

La importancia de lo físico aparece tanto en manifestaciones explícitas repetidas, como en la mención del tipo de consecuencias que sobrevienen tras el desarrollo de las conductas de riesgo y claramente la peligrosidad percibida de alguna conducta de riesgo. Si no hay consecuencia directa negativa para la salud, se dificulta el vínculo de una conducta de riesgo con un peligro real "*si veo que alguien fuma un porro y no le pasa nada, pues a mí tampoco*".

3.2. Prácticas de riesgo

Las prácticas de riesgo que los adolescentes destacan en sus discursos son consumir sustancias tóxicas, practicar sexo sin protección y el binomio exceso de velocidad y alcohol en la conducción. Entre las sustancias que provocan riesgo para la salud destacan el "alcohol", "tabaco" y "porros", siendo las referencias al alcohol mucho más frecuentes. El riesgo en las prácticas sexuales lo relacionan con los embarazos. Con respecto a las prácticas de conducción vial, el riesgo se asocia a ellas de forma menos contundente y sólo aparecen en algunos grupos, en estos hacen referencias a los accidentes con vehículos de motor, especialmente con las motocicletas, y al exceso de velocidad.

Los y las adolescentes perciben que la desinhibición que ocasiona consumir sustancias tóxicas como alcohol y hachís, provoca un efecto multiplicador del riesgo asociado a la conducción vial y a las prácticas sexuales. En los discursos no aparecen referencias que vinculen el riesgo con Trastornos Alimentarios ni con Infecciones de Transmisión Sexual.

- Consumo de sustancias tóxicas:

Consideran que el consumo de sustancias tóxicas es una práctica "normal a su edad"



y la realizan, fundamentalmente, para sentirse integrados. Consumir alcohol o fumar hachís son prácticas que realizan principalmente en la calle, también las llevan a cabo en lugares cerrados, pero siempre en presencia de iguales: *"botellón, con mis amigos"*, *"yo en el botellón porque sale más barato y vamos todos juntos"*, *"yo si vamos a una discoteca fumo porros y bebo alcohol"*.

La acción de consumir sustancias tóxicas siempre la realizan en presencia de iguales. El consumo más extendido es el de alcohol y hachís, y en ambos casos la interacción con el grupo favorece el consumo. Por regla general, tanto chicos como chicas, creen saber cómo controlar el consumo y, de manera excepcional, reconocen haber sobrepasado sus límites. En este aspecto, aunque el hábito de consumo es cada vez más parecido entre ambos sexos, en los discursos reconocen diferencias en la frecuencia y cantidad de alcohol ingerido y en la manera que perciben el hábito de consumo en el otro sexo. Ellos piensan que beben más cantidad de alcohol y más frecuentemente, pero consideran que controlan más que las chicas. Las chicas consideran que los chicos beben mayor cantidad de alcohol, también creen que se exceden en su consumo, pero con la característica de ser un consumo menos intensivo y más esporádico. En ambos casos, dicen conocer las acciones que deben llevar a cabo para minimizar las consecuencias de los excesos.

- Práctica de relaciones sexuales:

En todos los grupos se aprecia interés al hablar de sexo, pero hablan de forma distinta chicos y chicas. Ellos expresan más interés,

las conversaciones se muestran más fluidas, intervienen más, le dedican más tiempo a los temas sexuales, relatan mayor número de parejas sexuales y en la reunión de los grupos se aprecia un ambiente más distendido. Las chicas, sin negarle importancia al sexo, muestran un discurso más reflexivo y dubitativo, se repiten, escuchan y retroalimentan. Hablan más desde las emociones y hasta cuando adoptan una actitud de deseo sienten que deben matizar su discurso. Consideran que el encuentro sexual supone una cierta culminación de una relación que incluye amistad y confianza. La influencia que perciben del grupo es distinta en ellos y ellas. En los discursos de los chicos se aprecia una relación entre conducta sexual y éxito social. En ellas, la influencia del grupo puede actuar como elemento disuasorio. Comportamientos que en ellos se valoran como exitosos, en ellas producen críticas. Tanto los chicos como las chicas consideran que el riesgo en las prácticas sexuales se asocia a los embarazos y piensan que el consumo de sustancias tóxicas actúa en contra de llevar a cabo conductas sexuales de protección: *"muchas veces va uno pasado de alcohol y se olvida ponérselos"*.

- Prácticas de conducción vial:

Chicas y chicos son conscientes del riesgo que ocasiona conducir tras consumir sustancias tóxicas o no llevar puesto el casco o el cinturón. En sus discursos aparecen muchas referencias a accidentes con vehículos de motor, especialmente se menciona la moto: *"yo he tenido varios accidentes con la moto"*, *"yo dos por ir un poco mamaillo"*. En ocasiones asumen "riesgo de acompañantes", lo que es mucho más frecuente en el caso de las chicas.



Los chicos, en su mayoría, reconocen haber vivido situaciones de riesgo asociadas a prácticas de conducción vial, así afirman que *"nuestros amigos lo hacen e incluso algunas veces nosotros cuando salimos"*, *"yo iba metido en el coche pero no conducía, era un amigo que iba pasaillo"*.

3.3. Acciones promotoras de salud

En los discursos de los y las adolescentes aparecen acciones y dinámicas que propician conductas minimizadoras de riesgo como: *"no bebo más de la cuenta"*, *"no mezclo"*, *"me pongo el casco"* o *"utilizo el condón"*. Siempre relatadas en presente, primera persona del singular y relacionadas con conductas que afectan al cuerpo: son acciones que realizan de forma individual. No aparecen acciones promotoras que minimicen consecuencias de las conductas de riesgo en la salud psicológica o en el bienestar futuro. Son conscientes del peligro de la asociación conducción/consumo de sustancias tóxicas: *"si cojo la moto... yo sólo dos cervezas"*, y de la necesidad de cumplir las normas de tráfico: *"cuando cojo coche no fumo porros"*.

Todos, sin distinción de sexo, afirman llevar a cabo conductas promotoras de salud en materia de conducción vial cuando ven a la autoridad policial: *"me pongo el casco por miedo"*, *"cuando veo a la poli me pongo el cinturón"*, *"dejo el coche y me llevan porque hacen controles"*.

Para minimizar el riesgo de embarazos utilizan métodos anticonceptivos. Generalmente, los jóvenes con parejas esporádicas utilizan métodos de barrera, fundamentalmente preservativos. Aquellos que consideran tener una pareja estable utilizan los métodos hormona-

les. El método que dicen utilizar con mayor frecuencia es la "marcha atrás": *"cuando no hay más remedio, la marcha atrás"*. Encontramos muy pocas referencias a las Infecciones de Transmisión Sexual.

En todos los grupos se aprecia diferencia de género a la hora de afrontar conductas de salud. Los chicos actúan, fundamentalmente, para evitar las consecuencias en términos de castigo o multas asociado a las conductas de riesgo y no pensando en las consecuencias para la salud, a ellos les importa que les multen, no controlar sus acciones *"me multan si voy tajado"* o *"no se controla borracho o fumado"*; las chicas hacen más hincapié en evitar mezclar sustancias, están más preocupadas por los efectos que les puede provocar en la salud presente y futura. La actitud preventiva de ellas se ve mediatizada, en muchos casos, por la acción de las parejas: *"yo le digo a él que no beba"*, *"por mí no coge el coche cuando se ha pasado, pero no me hace mucho caso..."*. Además, las chicas reconocen asumir una mayor responsabilidad en el tema de prevención que los chicos: *"nos preocupa más"*, *"hemos tenido susto y te cagas"* o *"a mí me sentó fatal la pastilla del día después, no hay que arriesgarse"*.

4. DISCUSIÓN

Los y las adolescentes son conscientes de las situaciones de peligro asociadas a las conductas de riesgo y le otorgan una connotación negativa asociada a la pérdida de salud. Es un grupo etario que actúa racionalmente, que se preocupa por su salud y es crítico con las situaciones, entornos y contextos que facilitan su implicación en conductas de riesgo, resultado también puesto de manifiesto mediante



metodología cuantitativa por Sánchez et ál. (2007). Nuestros resultados indican que la asunción del riesgo no es un comportamiento irreflexivo, sino que depende de la valoración y la percepción de las consecuencias y esta es interpretada dentro de una jerarquía de valores que adopta su significado dentro del contexto del grupo de iguales, lo que está en concordancia con los resultados obtenidos por Rhodes (1997). Pero ellos no siempre se ven capaces de afrontar por sí solos las situaciones de riesgo.

Las prácticas de riesgo que reconocen como más frecuentes coinciden, en algunos casos, con los estudios de prevalencia existentes, sobre todo al señalar el riesgo asociado al consumo de sustancias tóxicas (alcohol, hachís y tabaco), la asociación de estas con el exceso de velocidad en la conducción vial y el riesgo de embarazo asociado a las prácticas sexuales sin protección. Sin embargo, olvidan que el exceso de velocidad en la conducción vial es en sí mismo una práctica de riesgo y no tienen en cuenta las Infecciones de Transmisión Sexual en las relaciones sexuales sin protección (Gil y Romo, 2008). Consideramos que los planes y programas de prevención, regularmente implementados en centros de estudios secundarios y organizaciones colaboradoras, han dejado huella entre los y las adolescentes, pero creemos conveniente ampliar/realizar campañas que informen del riesgo asociado a la velocidad en la conducción y de las Infecciones de Transmisión Sexual y sus consecuencias.

El concepto de salud lo asocian, exclusivamente, a la acepción biológica y no tienen en cuenta que la salud está condicionada por otros factores socioculturales como el

entorno social y familiar en el que viven y las políticas públicas que sustentan la vida social. En los discursos se aprecia una autoconciencia de vulnerabilidad, a la vez que hacen gala de una capacidad crítica que les lleva a controlar situaciones de riesgo cotidianas que se aprecia al relatar la facilidad con la que encuentran sustancias tóxicas en su vida cotidiana y la capacidad de rechazar el consumo. La autoconciencia de vulnerabilidad les lleva a sentir una falta de control sobre situaciones que vienen determinadas por el entorno y que no se sienten capaces de cambiar o predecir, esto hace que disminuya también la esperanza de éxito de cualquier iniciativa a título individual, encaminada a evitar situaciones de riesgo. Observamos que la presión que ejercen los grupos de iguales sobre los individuos es muy eficiente y efectiva. En todo momento sus comportamientos deben contar con la aprobación del grupo, de sus iguales y, la mayoría de las veces, las conductas de riesgo las llevan a cabo en presencia de iguales. La valoración que hacen los y las otras es importante para favorecer o disuadir una determinada conducta o acción. Por ello, consideramos más efectivas las estrategias de la participación y empoderamiento de los jóvenes como grupo (Rodríguez et ál., 1999), en las que se debe apostar por un enfoque basado en la participación de políticas y programas de juventud que ayuden a encontrar fórmulas de trabajo conjunto entre personas jóvenes y adultas.

Todas las personas entrevistadas poseen información sobre actuaciones promotoras de salud y en muchos casos las realizan. En este sentido, proponemos intervenciones que partan de sus conocimientos del riesgo



y profundicen a partir de ellos, es decir, intervenciones basadas en el desarrollo de sus competencias en las que se utilicen métodos interactivos y estrategias de pares, que por otro lado han resultado ser las más efectivas (Hernán et ál., 2001).

En relación a las diferencias de género observadas a la hora de optar por acciones promotoras de salud, los chicos actúan, en mayor medida que ellas, para minimizar las consecuencias y ellas para prevenirlas. Pero la acción preventiva de ellas está mediatizada por el interés por cumplir los deseos del otro, de su pareja. En este sentido, creemos preciso realizar actuaciones dirigidas a disminuir la preocupación por la asertividad emocional o deseo de agradar de las chicas (Piko, 2001; Taquette et ál., 2004). Así como, fomentar acciones que favorezcan la individualidad de ellas y minimicen las pérdidas de sus redes sociales. Se trataría de evitar lo que algunos autores denominan la "emigración femenina" (Navarro et ál., 2006) o pérdida de la red social de la chica en favor de la red social del novio.

En nuestros resultados coincidimos con Faílde et ál. (2008), al observar que el tipo de pareja influye en la decisión de usar métodos anticonceptivos. En relaciones que consideran estables utilizan con más frecuencia métodos anticonceptivos (Rodríguez et ál., 2007), sobre todo los métodos hormonales. Si no tienen parejas estables el método más utilizado es el preservativo. Esto ocurre porque la preocupación principal es el embarazo y no las ITS.

Los resultados de la investigación aportan información de interés de cara al diseño y puesta en marcha de medidas, programas y/o

estrategias destinadas a la prevención de conductas de riesgo para la salud en adolescentes. Creemos que los resultados que presentamos suponen un avance en la profundización del conocimiento de las percepciones del riesgo que realizan los jóvenes y de las acciones promotoras de salud que llevan a cabo, al tiempo que invita al planteamiento de futuras investigaciones que profundicen en las cuestiones planteadas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración prestada por chicos y chicas participantes en los grupos, a los tutores de los centros que lo hicieron posible y al Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo por su financiación.

5. BIBLIOGRAFÍA

Arnett, J. (1992) Reckless behaviour in adolescence: A developmental perspective. *Developmental review* : DR. 12:339-373.

Benhabib, S. y Cornella, D. (1990) *Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim.

Buchanan, C.M., Eccles, J. y Becker, J. (1992). Are adolescents the victims of ranging hormones? Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological bulletin*. 111:62-107.

Davies, J. K. y MacDonald, G (1998). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. London. Ed. Routledge.

Douglas, M (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona. Paidós.



- Dworkin, J (2005). Risk taking as developmentally appropriate experimentation for College Students. *Journal of adolescent research* 20 (2):219-214.
- Evans, R.G., Barer, M.L. y Marmor T.R (1996) *¿Por qué alguna gente esta sana y otra no?* Madrid. Díaz de Santos.
- Faílde Garrido, J.M., Lameiras Fernández, M. y Bimbela Pedrola, J.L (2008). Prácticas sexuales de chicas y chicos españoles de 14 a 24 años. *Gaceta Sanitaria* 22(6): 511-519.
- France, A (2000). Towards a Sociological Understanding of Youth and their Risk-taking. *Journal of Youth Studies*. 3(3):317-331.
- Gil García, E (2009) Análisis de datos cualitativos. En: Pantoja, A. (coord.) *Manual básico para la realización de tesis, tesis y trabajos de investigación*. Madrid: EOS.
- Gil García, E. y Romo Avilés N (2008). Conductas de riesgo en adolescentes urbanos andaluces. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*. 66(129): 493-509.
- Gustafson, E (1998). Gender differences in risk perception: Theoretical And Methodological Perspectives. *Risk Analysis*. 18:805-812.
- Guthrie, B.J., Loveland-Cherry, C., Frey, M.A. y Dielman, T.E (1994). A theoretical approach to studying health behaviours in adolescents: An at risk population. *Family & community health*. 17: 35-48.
- Hernán García, M., Ramos Monserrat, M. y Fernández Ajuria, A (2001). Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Revista Española de Salud Pública*. 75: 491-504.
- Krippendorff, K (1990). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona. Paidós.
- Laursen, B., Coy, K.C y Collins, W.A. (1989). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: A meta-analysis. *Child Development*. 69: 817-832.
- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S. y Vega, A (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*. 11(1):51-63.
- Ministerio de Igualdad. Gobierno de España. Informe Juventud en España. 2008.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>
- Murillo, S. y Mena, L (2006). *Detectives y camaleones: el grupo de discusión. Una propuesta para la investigación cualitativa*. Madrid: Talasa.
- Nadal, M (2007). Epidemia Silenciosa. *Tráfico y Seguridad Vial*. 183: 26-27.
- Navarro Pertusa, E., Barberá Heredia, E. y Ferrer Cascale, R (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente. Diferencias de género. *International Journal Clinical and Elath Psychology*. 6(1): 79-96.
- Oliva, A. y Parra, A. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En: *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid. Pearson Prentice Hall.



Ortiz Gómez, T (1999). Feminismo, Ciencias Naturales y Biomédica: debates, encuentros y desencuentros. *La Aljaba. Revistas de Estudios de la Mujer*. 4: 11-30.

Piko, B (2001) Gender differences similarities in adolescent's ways of coping. *The Psychological Record*. 51: 223-235.

Pons Diez, J (1998). 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*. 72 (3): 251-266.

Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (1995). *Promoción de la Salud de la Juventud Europea. Manual de formación para el profesorado y otros agentes educativos*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rhodes, T (1997). Theory in epidemic times: sex, drugs and the social organization of risk behaviour. *Sociology of health and illness*. 19(2): 208-227.

Rodríguez García, A., Hernán García, M., Cabrera León, A., García Calleja, J.M. y Romo Avilés, N (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*. 19 (2): 153-168.

Rodríguez García, R., Russell, J., Maddaleno, M., Kastrinakis, M (1999). *El ambiente legislativo y de políticas relacionado con la Salud del Adolescente en América Latina y el Caribe*. OPS / W.K.Kellogg.

Sánchez Quejía, M.I., Moreno Rodríguez, M.C., Muñoz Tinoco, M.V. y Pérez Moreno, P.J (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo relacional. *Apuntes de Psicología*. 25(3): 305-324.

Stalker, K (2003). Managing risk and uncertainty in Social Work: A literature review. *Journal of Social Work*. 3 (2): 211-233.

Steinberg, L. y Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual review of psychology* 52: 83-110.

Taquette, S.R, Vilhena, M.M y Campos de Paula, M (2004). Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(1), 282-290.

Wearing, B., Wearing, S. y Kelly, K (1994). Adolescent women, identity and smoking: leisure experience as resistance. *Sociology of health & illness*. 16 (5): 626-643.