

DISCURSO DEL DOCTORANDO
PROF. DR. D. JUAN DEL REY CALERO



INTRODUCCION

La inolvidable amplitud de la alegría no cabe en los estrictos límites de las sílabas (decía S. Agustín) y es así como quisiera yo expresar con la más profunda gratitud, que esta Universidad me haya acogido con tan pleclara distinción que agradezco de todo corazón, personificado en nuestro Rector y Junta de Gobierno, al ilustre microbiólogo Prof. Casal, Decano, y con él a la Facultad de Medicina que tuvieron la gentileza de proponerme, a los Ponentes que lo hicieron posible, y en todos los distintos Profesores y Juntas de Centro de las Facultades y que me honran, sobremanera en acogerme como uno de los Doctores.

Tuve la suerte de nacer en esta provincia, en Pozoblanco. Allí donde mis padres y mis maestros me enseñaron con la austeridad de su esfuerzo, el afán por el estudio y su ejemplaridad, porque "ser bueno y saber serlo es para mí la única fórmula del talento" —como diría Manuel Halcón—. Al Sur de Sierra Morena, que delimita nuestra tierra, y que como cuenta Chatobrian, cuando los 100.000 hijos de San Luis, al escarpar los agudos peñascales de la Sierra y ver la amplitud y belleza de nuestros valles con sus pueblos blancos sobre las faldas, "lirios de cal nacidos en el valle, recortados por la abrupta sierra", presentaron armas al unísono, estremecidos por este inconmensurable paisaje.

Así pues en esta Sierra, morena por falta de nieve, que el amor de Abderraman sembró de almendros en el monte de la amada, Yebes Alarus, para que al florecer fuera como nieve "perfumada", como velo blanco extendido de la novia enamorada. El aire se perfuma con tu nombre Azahara y como tu nombre no podías durar más que el incomprensible misterio de una flor, de tu nombre, Azahara.

En esta tierra nuestra donde nadie se siente extranjero, porque aquí se funden tantas culturas, tartesos con iberos, celtas y fenicios, romanos y visigodos, judíos y árabes, donde cada uno aporta su ser y se funden en un crisol de razas y de inteligencia, aderezados con esa sal que da sabor a la vida.

Aires de Roma andaluza
le doraban la cabeza
donde su risa era un nardo
de sal y de inteligencia

caificada a unos de sus personajes García Lorca.

Para el andaluz nada es pretérito, define Julián Marías, todo lo incorpora

"Todo pasa y todo queda" que decía el poeta

A su vez el andaluz disimula su antigüedad, se tiñe de blanco las canas de la historia. Si todo es perecedero lo importante es el aliento que hayamos podido impulsar a los que nos siguen. "La primavera pasa dejando entre las hierbas olorosas sus diminutas margaritas blancas".

En esta convivencia de distintas razas, de distintos credos, de distintas lenguas las que le hacen crisol de convivencia que sedimenta la historia, y es esta Córdoba la que personaliza la actitud andaluza de siempre "recepción, asimilación e irradiación de culturas".

El médico cordobés, en el siglo IX Abu Bakr Fariy trajo de Oriente sus conocimientos y extendió sus doctrinas initas en el valle de los Pedroches y enseñó doctrinas zahirhes, fue nombrado Abderramán III, Cadí supremo de Córdoba.

Averroes dicta lecciones de su sabiduría a través del cuál conocerá occidente a Aristóteles, y donde palpitan ya las luces del Renacimiento que había de venir 3 siglos después. Para ti, Ibn Rusd, Averroes, legitima el poder: La honestidad, la sabiduría y la prudencia, y claro le exilaron.

También otro hijo de un dayan -Juez, Moses Maimónides hijo del Rabi Maimon, nacido en Córdoba (1131), enamorada de los frescos y profundos aljibes, soñadora de aguas limpias, pone especial esmero en que no se contamine ese líquido precioso que es el agua, recogiendo en la obra de "regimene sanitatis".

Tiene que sentir también con su familia las amarguras del exilio, deambular por el Norte de Africa, y se asentó en Fostat, el viejo Cairo de hoy, con estancia en la Tierra Prometida, muere en Tiberíades, la Tierra Santa, en donde descansan sus restos. Es algo que conmueve al visitar su tumba ("otra tierra recogerá la tierra del cuerpo que me distes"), para alguien vinculado con nuestra tierra, como bien sabe nuestro Rector.

La sabiduría que destila una larga vida de templanza es algo que decanta el senequismo de nuestra raza. "No te precipites con la boca y no dejes que se apresure el corazón", así dice Moisés el español, el hijo del Juez Maimon.

Y nos plantea una serie de consejos y sobre la preparación científica previa que bien podemos aceptar hoy.

Cuando el hombre investiga se llena al punto de innumerables dudas pronto cruzan en su pensamiento objeciones, pues esta tarea es como demoler un edificio. Sólo se puede llegar a orientar la doctrina y disipar la duda con las ciencias preparatorias.

Lo mismo que Platón planteaba "Que no entre aquí, quien no haya estudiado matemáticas", Maimónides valora de un modo similar la propedeútica de las ciencias previas para alcanzar la Sabiduría. ¡Qué lección para los arrogantes arrebatados - puestos de todas las épocas! El verdadero mérito está en apartarse del camino de los necios no en derrotarlos. No alimentes en ti la arrogancia, honra a la inteligencia como a un padre y como a una hermana a la Sabiduría (aconsejaba a su discípulo Jose Ibn Akin).

En su "Guía de perplejos" realiza la conciliación entre revelación y filosofía, influyendo perdurablemente entre las religiones que había convivido los judíos, árabes y cristianos.

Pero su saber enciclopédico tiene una pragmática orientación hacia el saber médico, considerando al hombre en su espíritu y su cuerpo.

El arte de Galeno cura sólo el cuerpo,
el de Maimónides la carne y el espíritu,
cura también el mal de la ignorancia con la Sabiduría.

Es curioso que un manuscrito suyo en árabe, que existe en la Biblioteca Nacional de España y que se ha hecho versiones al francés e inglés, lamentablemente no en castellano, afirma la importancia de alteraciones emocionales en los procesos asmáticos. Hay que fortalecer "el cerebro y templar el ánimo". Cuando ahora se habla tanto de técnicas de entrenamiento en relajación muscular, de biofeedback, de desensibilización sistemática para disminuir la ansiedad; es todo un estímulo a los enfermos llevando por el aforismo hipocrático del "primum no nocere" de "fortalecer el cerebro y templar el ánimo", tan útiles en todo momento.

Por eso venir aquí, a Córdoba donde ayer se reflejó la opulencia, hoy la serenidad, y donde la tolerancia ha tenido su asiento, aquí en esta Universidad cuna de la sabiduría y bien hacer de tantos maestros, tiene el peso de un regalo infinito. Decía Fad Ibn Saraf:

"Enseñar es cultivar los espíritus,
pero no todas las tierras dan frutos.

Tu has fecundado mi espíritu Almutamid,
coge la primacía de sus frutos. Los frutos de la palmera
pertenecen a aquél que ha practicado la polinización.

Las cinco cualidades que hacen vivir o morir son la inteligencia, la sabiduría, la energía, la oportunidad de la palabra, y el silencio" como recordaba Husan al Dawla. El silencio porque "el que es parco en palabras es pródigo en sentido", de la "Romana y mora, Córdoba callada" M. Machado.

Por 4 cosas supera Córdoba a las demás metrópolis, por el puente sobre el Guadalquivir, por su gran Mezquita, por el palacio al Zahara y por la cosa más considerable, la ciencia, expresaba ya un poeta del siglo X. Y la religiosa sajona Hroswhtha, llamaba a Córdoba,

joya brillante del mundo
ciudad nueva y magnífica
orgullosa de su fuerza, celebrada por sus delicias
resplandeciente por la plena posesión de todos los
bienes.

Venir a Córdoba es un regalo bajo el patrocinio de S. Rafael, Patrón de los Caminantes, como nos recuerda esa esbelta columna, del puente romano de Bernabé Gómez del Río (1651), o la magnífica de Michel Verdignier (1781), o la de Juan Jiménez (1736) en la antigua plazuela de la Compañía, o la de Ruiz de Olmos, o la escultura de Gómez de Sandoval (1795) en la Iglesia de su nombre, con el Juramento de que Dios le puso por custodia de la Ciudad.

S. Rafael significa "Dios ha Sanado", el gran sanador, que con sus indicaciones cura la ceguera de Tobías, esa leucoma más bien que catarata, y cuyo patrocinio es toda una garantía para el matrimonio, pues en su paso por Ecbatana, aconsejó a Tobías que se casara con Sara, hija de Raguel, que había casado 7 veces y los 7 maridos habían muerto en la noche de bodas. Las vísceras del pez quemado en el brasero ahuyentaron al maligno, y así pudo sobrevivir a la noche de bodas. Es toda una garantía.

Venir pues a la Universidad de Córdoba estremece, mi corazón se parte al pensar en sus sabios eruditos, sus hombres de letras y espíritus delicados, como dijera un poeta.

LA SALUD DE LA POBLACION

Ahora que se recuerda tanto los derechos humanos nadie le niega a la Salud esta categoría, que junto a la calidad de la vida es un indicador del grado de desarrollo de una sociedad.

No hay duda que ha habido avances espectaculares en lo que va de siglo. De 36 años de media de la esperanza de vida al nacer, se ha doblado y viene a ser 75 (73 en el hombre, 80 en la mujer).

En el primer año de la vida morían 200 niños por cada 1.000 nacidos, (1 de cada 5) a principios de siglo, que es la que tienen hoy los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, y que en nuestro país se ha conseguido rebajar a cifras de 9‰, ocuparíamos pues el sexto lugar en la C.E. de los 12, y la media en la C.E. es de 8'7‰. El declive de la Mortalidad infantil se ha reducido en un 90% en los últimos 150 años, para McKeown debido fundamentalmente a las infecciones (sobre todo tuberculosis, neumonías y enfermedades diarreicas por aguas y alimentos). La eficacia de las vacunaciones no hubiera tenido tanto éxito, como la mejora cuantitativa y cualitativa del medio ambiente y de la alimentación.

Si analizamos los patrones de Mortalidad veremos que las Enfermedades Cardiovasculares con el 50% de las muertes, el Cáncer 20%, las Enfermedades respiratorias casi un 9%, los Accidentes y muertes violentas que superan el 5%, son las que representan las mayores rúbricas. Si intentamos profundizar en los determinantes de sus causas, vemos que son fac-

tores condicionados por estilos de vida, el fumar, consumo de grasas, abuso de drogas, stress, la falta de ejercicio físico, etc., es decir, condicionantes de una serie de comportamientos, y con razón se ha dicho que el hombre "no se muere sino que se mata".

Se pretende pues un esfuerzo sistemático para proteger al sujeto y a la comunidad frente a los efectos nocivos que acontecen a lo largo de la vida (Ellenczweig, 1984). La Salud es pues un proceso de adaptación del hombre al entorno social y a los fenómenos naturales.

El hecho de que existe un estancamiento en estas principales causas de muerte, eso hizo que se fijaran que "el principal objetivo social para los Gobiernos y OMS, debería ser que en las décadas venideras, para el año 2000, que todos los ciudadanos alcancen un nivel de Salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".

Acuñado como Salud para todo en el año 2000 (HFA: Health for all), se estableció una estrategia europea, en los 32 países de la región, aprobada en 1980, con 38 objetivos indicadores y planes de acción basado en unas ideas básicas, y que vienen a llamarse la nueva Salud pública.

a) Búsqueda de equidad, social; b) promoción de estilos de vida saludables y prevención de los procesos prevenibles; c) priorización de la atención primaria; d) participación de los propios sujetos y de la Comunidad; e) cooperación intersectorial e internacional.

Así pues, hay un cambio de mentalidad, de entender la medicina, enfocada sólo a la curación, a evitar el riesgo que puede causar la enfermedad para que permanezca la Salud. Este cambio es evidente. El enfoque ha cambiado "Curar por Cuidar", es lo que se pretende. Lo mismo que en el aspecto hospitalario, se pide que tengan abiertas las ventanas al exterior (window on the outside world), para coordinar la Medicina Primaria, Secundaria y Terciaria.

Un aspecto a destacar a título de ejemplo es el programa desarrollado en Canadá, sobre Healthy cities, dentro del programa "ciudades saludables" de la O.M.S. basado en metas concretas de Salud, y que en Europa se ha desarrollado en las reuniones de Lisboa (abril 1986 en la presentación del proyecto), Goteburgo (octubre 1986, sobre Estrategias), Barcelona (marzo 1987 sobre Indicadores), Düsseldorf (junio 1987 fin de la primera etapa) y que establece en España RECS (Red Española de Ciudades Saludables).

Una ciudad saludable está continuamente creando y mejorando su medio social y físico, y haciendo crear los recursos comunitarios que permitan a la gente apoyarse los unos a los otros a realizar sus funciones vitales y a desarrollarse como personas hacia su máximo potencial (Hanock y Duhl). Una ciudad no es saludable si no se les evita a sus ciudadanos el riesgo de la inseguridad, el riesgo de la pobreza y si no hay un adecuado saneamiento y un medio ambiente limpio (como demanda la Ley de Protección del Ambiente atmosférico de 22 de diciembre 1972, y como lo demanda la Constitución Española 1978, la Ley de Bases de Régimen Local (1985) y la Ley General de Sanidad 1986).

Se han logrado variaciones efectivas en las principales causas de muerte en la década de los 70 a los 80 en Quebec con los siguientes logros de reducción de la Mortalidad:

Afecciones perinatales	52%	(52,2 y 52,5 varones y hembras)
Anomalías congénitas	31%	(30,2 y 32,5 varones y hembras)
Enfermedades hipertensivas	40,5%	(39,1 y 42,1 varones y hembras)
Diabetes	39%	(34,7 y 43,5 varones y hembras)
Cáncer de estómago	34,4%	(29,0 y 29,8 varones y hembras)
Accid. de vehículo de motor	27,6%	(27,2 y 28,1 varones y hembras)
Enfermedades isquémicas del corazón	30%	(26,0 y 34,0 varones y hembras)
Enfermedades cerebrovasculares	25,5%	(23,3 y 27,7 varones y hembras)
Neumonías	12,3%	(9,8 y 14,8 varones y hembras)

y en la mujer baja en Cáncer de Cervix en 50% y Cáncer de mama en 11%.

En cuanto a la epidemiología de enfermedades cardiovasculares desarrolladas en Finlandia, caracterizado por la alta Mortalidad por esta causa se consigue una reducción efectiva al aplicar los consiguientes programas.

Una multitud de estudios epidemiológicos se han hecho y siguen haciéndose. Como el de los 7 países (A Keys) que destaca el papel de la dieta mediterránea, a partir de aquí se destaca la excelencia del aceite de oliva. El proyecto ERICA, MONICA, y tantos otros. Citemos el pionero, y del que más amplia literatura aún está desarrollando.

Un grupo de personas (Cohorte) se estudia en Framingham, a lo largo del tiempo, se comienza al final de la 2ª Guerra Mundial, empezaron a obtenerse resultados evidentes de Factores de riesgo a partir de los años 60 y con medidas preventivas contra ellas se notó una notable disminución de las causas de Muerte por estos factores en la década de los 70 al 80. Todavía se están sacando conclusiones muy valiosas de los distintos factores HTA, fumar, colesterol, Hipertrofia de ventrículo izquierdo, diabetes, pudiendo calcular mediante regresión logística la probabilidad de pronosticar un accidente cardiovascular, según la edad y presencia/ o ausencia de estos FR en los próximos 6 años.

Otros proyectos como el del distrito londinense de Bloomsbury utilizan servicios preventivos de Salud para familias sin hogar, planes de participación comunitaria y prevención de accidentes infantiles.

Así pues la Medicina Preventiva con la epidemiología pretenden identificar los problemas de Salud, y encontrar los factores asociados, en sus efectos sobre la misma, para una vez obtenida una información calificada, poder convertir "la información en decisión", con un programa de intervención, valorando las prioridades.

A este efecto es bueno recordar a Dever "An Epidemiological Model for Health Analysis (1976)", como la contribución potencial a la mortalidad en porcentajes, cifras que podríamos tomar igualmente de Lalonde en el modelo canadiense (1974), que han conseguido evaluar en

cuanto a la Mortalidad y a los gastos públicos, y cuya publicación inicia una nueva etapa para la Salud pública en los países industrializados.

Los estilos de vida suponen el 43% de Mortalidad y se aplica a él un 1,6% del Gasto público.

Los problemas de la biología humana 27% de Mortalidad con un 7,9% de Gastos.

El Entorno o los aspectos ecológicos 19% de Mortalidad con un 1,5% de Gastos.

El Sistema de Cuidados médicos 11% de Mortalidad con un 90% de Gastos.

Así pues las 4 mayores áreas de acción son: el sistema de cuidados médicos (que contribuye a un 11% de la Mortalidad se lleva un gasto sanitario del 90%), la **conducta o estilo de vida** (con el 43% de la Mortalidad, casi la mitad de los problemas se le atiende, con 1,6% de los gastos en Salud). Los problemas ambientales y el soporte técnico personal y político requerido (Health system management).

Europa necesita un Health system managers para lograr los objetivos propuestos para el año 2000, y en este sentido necesita una docencia médica y sanitaria acorde con estos perfiles y objetivos, como han establecido OMS/ASPHER y se pretende un programa integral de conocimientos, técnica, experiencia, sensibilidad política, aspectos personales y dirigido a la Comunidad.

Así pues tenemos: a) que plantearnos una nueva filosofía (HFA) de la Salud para todos, b) que analizar los principales Factores de riesgo que afectan a la Salud, c) evaluar el impacto en Salud de los cambios sociales, culturales y económicos, d) una adecuada negociación con la comunidad para establecer los programas de Salud, e) aprender haciendo (learning by doing), programas de educación orientados a la comunidad.

En cuanto a los Factores de riesgo tendremos que establecer los factores físicos, psíquicos, de conducta, sociales o económicos, que inciden en la Salud.

Así pues la principal causa de muerte en los países desarrollados son las enfermedades cardiovasculares, en las que contribuye de un modo evidente la cardiopatía isquémica, la Hipertensión y los Accidentes cerebrovasculares (ACV). La arterioesclerosis es la entidad clínica más importante del mundo occidental. La placa de ateroma según su localización, produce el Infarto de Miocardio, el ACV, o la isquemia periférica de las piernas, con su elevada Mortalidad. Pero su lucha no es estéril; están disminuyendo con adecuadas medidas preventivas en todos los países que se han tomado en serio los programas sanitarios. En nuestro país, si bien ha bajado la ACV, los infartos sin embargo siguen subiendo y por ende la cuantía de la ECV.

Cuando estudiamos las ECV y los factores biológicos y sociales implicados vemos que los 3 FR mayores son el tabaco, la Hipertensión y el Colesterol.

El hábito de fumar supuso en nuestro país 40.000 Muertes al año 1984, y se puede cuantificar en el 13% de todas las muertes. Las cuatro enfermedades con más muertes por este

FR fueron la cardiopatía isquémica (10.800), el Cáncer de pulmón (8.330), EPOC (7.500) y ACVA (6.630) (González, R. Artalejo, etc.). El fumar supone la muerte de 500.000 europeos al año, el equivalente a 4 jumbos cargados, las personas que sucumbieran cada día.

En el tratamiento de la Hipertensión arterial se utiliza los nuevos Conceptos de tratamiento individualizados y prevención del riesgo Cardiovascular.

La HTA ocasiona en España 50.000 muertes, 18 Millones de consultas y 6.000 Millones de ptas. de gastos. Además hay cierta interacción entre los FR, por ejemplo el MRC británico mostró que los fumadores no se benefician con el tratamiento por bloqueadores beta, que consiguen una disminución de la Mortalidad cardiovascular (estudio MAPHY).

El consumo de grasas, (la civilización de la hamburguesa como se ha indicado), es también FR consecuencia de un cierto comportamiento.

Con una adecuada prevención se ha logrado disminuir al 25% de las muertes por Infarto y del 30 al 38% de las muertes por ictus, y en ello ha influido una adecuada alimentación en el 33%, el tabaco el 25%, la UVI el 14%, mediación hipotensora 9%.

Instaurado el Infarto la medicación precoz APSAc, consigue la reducción de la Mortalidad en un 47% si se actúa en las 6 h. (AIMS) (Complejos Activados del Plasminógeno-anisoi) (LIS), el TPA (activador Tisular del Plasminógeno) en el 26%, Estreptoquinasa casi el 30% (ISSIS-21) GISSI el 23%, o el by pass pasado ya ese horario con un 3,5%.

Lo mismo podríamos establecer respecto al Cáncer, donde el tabaco o el alcohol puede jugar un papel importante, así como el tabaco en las EPOC, y el alcohol en la cirrosis y accidentes. El alcoholismo en nuestro país afecta a 1/10 familias.

Pues bien, de todo esto se destaca unos estilos de vida o de comportamiento adquiridos en la adolescencia.

El profundizar en estos estilos de vida, que se adquieren en la infancia o en la juventud y que van a ser los determinantes de los jinetes de la apocalipsis de nuestro tiempo, es la reflexión que hoy quería plantearles.

Si antes los sanitarios tenían un enfoque hacia las enfermedades infecciosas que eran las que dominaban los principales problemas epidemiológicos, hoy dada la larga esperanza de vida surgen estas otras enfermedades crónicas, en las que influyen heterogéneos factores de riesgo, quizás más complicados, por la multicausalidad y la multifactorialidad de los mismos, y que la nueva Salud pública, tiene que concienciar a la Comunidad participante en los programas de Salud.

Reducir el riesgo para la mayores enfermedades, y establecer unos dinteles que debieran controlarse periódicamente, sería uno de los programas sanitarios más destacados de nuestro tiempo. Un punto que bajemos en las cifras de colesterol, serán dos puntos los que

bajemos en la Mortalidad por Infarto (y sabemos la relación con la alimentación de grasas saturadas (S) e insaturadas de la dieta, (según la fórmula de Keys, Anderson y Grande)

$$C = 2,75 S - 1,3 P$$

Y por tanto una alimentación adecuada sería la que el aporte lípido fuese el 30% (10% de Saturadas, 10% de Poliinsaturadas y 10% monoinsaturadas [aceite de oliva]). En América se impulsa a consumir menos grasa con el acrónimo o lema: LEAN (Low eat fat american now), convencidos de que muchos americanos "mueren más por el tenedor que por las armas".

Características de la población española

En todo programa de actuación sanitaria hay que saber las características de la población a que se atiende, y conocer sus demandas.

En una Población como la nuestra podemos estimar que el 85% de la Población es sana, aunque ella tiene que ser atendida desde el punto de vista preventivo (Vacunaciones, Saneamiento, etc.), y un 15% requiere cuidados médicos, por enfermedad. Un 5% de éstos, el 0,75% necesitarían hospitalización, si funciona adecuadamente la Asistencia Primaria, si no se incrementaría dicha demanda. Los Gastos de la Asistencia Hospitalaria suponen el 50% y de la Asistencia primaria y secundaria el 22% (Fig. 1).

El gasto en atención primaria en los países de la OCDE están entre un 15 a un 25%. Los gastos sanitarios per cápita estamos en un 450\$, en Portugal y Grecia 240, en Bélgica, Austria e Italia 700, en Alemania 900, en Suiza y Canadá 1.000, en USA 1.500 (promedio del 82-85).

La población española tiene una disminución evidente del número de nacimientos, y un envejecimiento progresivo, lo que supone:

- 1) Un crecimiento lento 0,35 de crecimiento anual acumulativo.
- 2) La población < 15 años disminuirá un 10,3% (el porcentaje de los menores de 15 años es del 22% y en 1990 será 20%, hay ya 1 M. menos de escolares.
- 3) La población 15-64 se incrementaría en un 4,1% (por lo cual el empleo tendría que crecer a más de 1% anual, a lo que habría que sumar el empleo destruido.
- 4) La población > 65 años, crecerá hasta llegar a un 13% con una acumulación anual del 2,2%.

Las pautas son baja mortalidad, baja fecundidad, por debajo del relevo generacional, y envejecimiento progresivo.

El volumen de las pensiones crecerá un 2,5% y el P.I.B. tendrá que subir el 2,5 anual para paliar este hecho.

Hay pues un incremento de población que accede al primer empleo. Los costes sociales representan en España el 41,12%, (casi el 50% de lo que gana el trabajador hay que pagarlo a la S.S.) lo que penaliza al empleo, cuando en la O.C.D.E. representa el 23,9%.

Por otro lado, la presión fiscal ha subido de un 24,4% al 28,4% (4 puntos que supone la mayor subida relativa en la O.C.D.E.).

Si se tiene en cuenta que la esperanza de vida ha subido a unos 75 años (73 en el varón, unos 80 en la mujer), por tanto el número de Pensionistas tiende a una proyección ascendente.

No es lo mismo para todas las Comunidades, ya que el crecimiento es 0, Extremadura, Asturias, Castilla-León (0,05%), y en el otro extremo Baleares (1,28%), seguido de cerca por Andalucía, Canarias y Murcia.

Así pues hay una evidente reducción del número de hijos en la población española, de tal modo que el índice sintético de fecundidad que era de 2,8 hijos por mujer en (1979), baja a 2,16 en (1980). Esta cifra de 2,1 es la que se considera mínima para la sustitución de una generación por otra y en el momento actual estamos muy por debajo, siendo en (1989) de 1,5. Próximo a las cifras alemanas 1,4, invadida ya por una población extranjera debido a la falta de hijos.

El descenso de la fecundidad en España entre 1975-85 ha sido del 38%, lo que supone una reducción de más de 1 hijo por mujer en 9 años.

La fecundidad de las mujeres a los 25 años continúa en España descendiendo, el grupo 25-29 continúa estacionario, y el grupo 30-34 parece tener un ligero aumento inmediato. De todos modos los extremos en la edad de procreación son peligrosos.

Las madres adolescentes suponen un incremento del 2,6% (década de los 70-80) al 13% en algunas encuestas actuales.

Pero por otro lado las madres superiores a 35 años tienen un mayor riesgo y peligro de malformaciones congénitas. El dilatar la procreación a etapas tardías tiene pues sus inconvenientes.

La población juvenil

El hombre se diferencia de otras especies por el largo tiempo requerido para su maduración. Lo que le hace más vulnerable en los primeros años de la vida, lo que requiere una protección y una educación suficiente para asegurar su crecimiento y supervivencia.

La OMS define la adolescencia como la etapa entre los 10 y 19 años y la juventud entre los 15 y 24 años. Aunque estas definiciones son cómodas por la simplificación que ocasionan pero existe una gran diversidad en cuanto a las transformaciones biológicas, psíquicas y sociales, que caracterizan este período de transición, cuyo comienzo coincide con la pubertad.

Desde el punto de vista físico comprende el marcado impulso del crecimiento en cuanto a la talla y morfología que acentúan las diferencias entre ambos sexos. Estos cambios de la pubertad ocurren en los chicos entre los 11 a 16 años, así pues con 5 años de variación, y se adelantan unos 2 años en las chicas, en un tiempo más reducido.

En el plano **psicosocial** adquiere unos cambios marcados. La tarea principal es la de adquirir el sentido de su identidad, y para eso tiene que entrar en conflicto generacional con los miembros de su familia. Se plantean los problemas de desarraigo a valores anteriores y en la afiliación al grupo o pandilla "peer group" con la problemática de dependencia, rigidez, espontaneidad, identificación con el propio "rol", autoafirmación, rasgos obsesivos, integración en grupos, expresión afectiva, etc.

Se interroga "¿quién soy, qué puedo ser, y qué puedo hacer?". Se plantea examinar sus propias posibilidades, en autovaloración del concepto de sí mismo determinante del propio destino.

El sentimiento consciente que define al adolescente es la inseguridad. Inseguridad física, pues la imagen de su propio cuerpo cambia y experimenta sensaciones hasta entonces desconocidas. Inseguridad psíquica, ya que se cuestiona su propia personalidad. Inseguridad social, ha abandonado el status de niño y no ha alcanzado el status de adulto. Período que se alarga peligrosamente, debido a la mayor duración del aprendizaje.

En esa autoafirmación del yo y en esa crisis de identidad que lleva a la "contestación" con un monoformismo, debido a los medios de comunicación, llegando a lo que se ha denominado guerra civil institucionalizada. En la que el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, delincuencia juvenil, consumo de drogas, accidentes y suicidios, son aspectos parciales de toda una temática general.

El adolescente de todo el mundo es un ser "desesperanzado" con pérdida de esperanza, como indica Erickson. Agreden no sólo a sus padres; sino también a sus profesores, líderes políticos, y a todo lo que representa una figura parental. La intensidad de este ataque a los símbolos sociales guarda relación con la frustración sufrida, de acuerdo con la estructura social dominante. De un modo un tanto "esquizofrenogénico" y ambivalente. En esta sociedad, que viven de ella, se sienten como algo extraños a ella, en la que no han participado. Se sustituyen las creencias de los mayores, por las de los iguales, por las de "nuestros valores". Se sienten como clase o grupo social (juvenilismo). Se produce entre ellos una implantación coactiva de vigencias, descalificando a los que no se someten a ella, como descalifican también a los mayores de pocos más años. El no ingresar en el mundo laboral, el ingresar en el paraíso de la carne, y estar sólo para la desesperanza, no es halagüeño cuando se han aniquilado otros horizontes, que no sean los consumistas, y no olvidemos lo del Eclesiastés "Conviene no hacer esperar más a los jóvenes".

Estadísticas demográficas

De 1960 a 1980 la población mundial ha aumentado un 46%, mientras que el efectivo

de jóvenes 15 a 24 años ha supuesto un incremento del 66%.

En 1985 los niños menores de 15 años representan el 45% de la población de África, 38% de la población de América Latina, del 21 al 29% de la población de Asia oriental y de Europa; en nuestro país representa en el momento actual el 22% en una franca reducción.

Las consecuencias de esta población, en cuanto a su formación, previsiones de empleo, etc., con todos los riesgos de una sociedad cambiante, cuando los jóvenes necesitan unos factores de estabilidad a los que acogerse, ya que su mundo interior y físico con ese cambio necesita una estabilidad de referencia. Por ello es muy importante la célula fundamental de toda sociedad que es la familia, reducida en los países desarrollados a una familia elemental, que puede ofrecer un clima de orientaciones morales, educacionales y de orientación profesional.

La educación se ha incrementado de una forma espectacular en los países en desarrollo de 1960 a 1985 ha pasado por las escuelas los chicos de 12 a 17 años del 28% al 52% y en las chicas del 15 al 40%, mientras que en los países desarrollados la población escolarizada superaba el 85%.

Pero al abandonar los estudios el mercado de trabajo no les ofrece un empleo. De tal modo que el ocio permanente, la calle con las incitaciones del alcohol, el sexo, la droga y la desesperanza es un clima poco propicio a la maduración de su personalidad naciente.

Hoy se puede calcular que el paro juvenil representa de por sí el 50% de las cifras del paro global.

Demografía de la adolescencia en nuestro país

Considerando pues en un amplio sentido la adolescencia, de 10-19 años (OMS), en España, representa un 17% de la población, unos 6.565.640 (censo 1981) (6,5 millones). Dividida en los subperiodos de 10 a 14 años o prepubertad, de unos 3.302.000 y de 15 a 19, o propiamente de adolescencia, a 3.263.000. Aproximadamente 51,2% son varones. La esperanza de vida para las edades de 10, 15 y 20 años son de 67, 62 y 57 años en 1980, cuando eran de 46, 42 y 39 años en 1900, es decir, se ha superado en 20 años la esperanza de vida.

La mortalidad ha ido disminuyendo de los 1950 a 1980; bajando desde un coeficiente 0,3% (1950 con 8.601 fallecidos) a 0,079% (1976 con 2.854 defunciones). Lo que representaba el 2,86% de las defunciones de todas las edades (1950) y desde 1976 0,90% (1983), 0,25 para la edad 10-14, con 0,56 para los 15-19 años, mayor en los varones 69,1 que en las hembras. Los más bajos de cualquier otros decenios de la vida. Si tomamos los fallecidos de 15-19 años, se pasa de 5.693 (1959) con un 2%, a 1.848 defunciones en 1983, lo que representa 0,6% de las defunciones de todas las edades, supone pues con más baja incidencia de este período de la vida en la mortalidad general.

En el estudio de las diferentes rúbricas, representan más de la mitad (54%) las causas externas, los "accidentes, envenenamientos y violencias". Si nos referimos a la edad de los 15-19 años, donde se elevan estas cifras se ha pasado de 11% de todas las muertes (1950) a un 54% (1976) y a un 58% (1986), los suicidios (se suicidaron 105 adolescentes en 1986) son mucho más bajos que en los países nórdicos y del Este europeo.

En Europa 40 M sufrieron Accidentes al año, 20 M de niños y adolescentes, de los que mueren 10.000 y quedan incapacitados 30.000. En España la Mortalidad es de 9,8/100.000, en Europa 8,8/100.000. La Mortalidad por accidentes es unas 3 veces más alta para la población de < 14 años que para el resto de la población.

Por grupos de edad los Accidentes de tráfico 15-24 años es la más alta tasa pues representa 21/100.000, en los varones 32,4 (siendo la total nacional de 14,27 y para los varones 21,7/100.000). Representa el 28% de las muertes de adolescentes los accidentes de tráfico.

El segundo lugar lo ocupan los tumores (15,6%).

El tercer lugar, las enfermedades del aparato circulatorio (10%).

El cuarto lugar, las enfermedades del aparato respiratorio (10%).

El quinto lugar, las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (4,2%).

Estas cinco rúbricas representan las 4/5 partes de la mortalidad para los adolescentes. Las enfermedades del aparato digestivo suponen el 3%, infecciones y parasitosis 2,4%, anomalías congénitas 1,5%, sangre 1%, endocrinas y metabólicas 1%, etc.

La mortalidad es, pues baja; con una esperanza de vida a los 14 años de 62 años (58,9 y 64,8 hombre y mujer) (la esperanza de vida al nacer es de 75,6 años). La morbilidad es desconocida, pero destacan la agresividad y la violencia como factores externos; dadas las dificultades sociológicas para obtener el primer empleo en el segundo quinquenio de este grupo de edad, y la exaltación de la violencia, el sexo, drogas, etc., no es el mejor clima para una maduración armónica de la personalidad.

"El valor de una obra está en lo que no está", decía Picasso. La patología del adolescente está en no tener patología objetivable al llegar al Hospital.

En una encuesta reciente en el Hospital 12 de Octubre lo que coincide con otros de Madrid, el 67,4% carecen de antecedentes médicos, quirúrgicos y psiquiátricos. Sólo el 20% fueron enviados a Especialistas.

Los motivos psiquiátricos en los adolescentes fueron el 3,5% en las chicas el 0,82%. En cuanto ADVP el 10,6 en los chicos, ¡más antecedentes de drogas que quirúrgicos!, y en las chicas 0,96%.

Ciertas enfermedades como la Tuberculosis en la que un reconocido experto el Prof. Casal, el Riesgo Anual de Infección valorado por nuestro Departamento en los escolares de Madrid en la zona urbana es de 0,37% y en la periurbana 0,45% (de los 6 a los 14 años). En los

Estudiantes de Medicina del 1.º al 6.º Curso es de 1,56%.

Los programas de educación sanitaria, en cuanto a la salud, y el resolver el arduo problema del primer empleo de acuerdo con la orientación profesional, son aspectos fundamentales para la salud física, mental y social del joven.

Problemas que se plantean durante la Adolescencia

El estirón se suele producir entre los 11 y 12 años en las chicas y los 12 y 14 en los chicos.

El crecimiento en la maduración física de nuestros adolescentes y jóvenes es manifiesto. Así echando mano de la talla de los reclutas en 1970 era 168 cm. en 1978 era 170,8, 1985 era 172,3 y en 1988, 174 cm. los pesos de 65,4 y 66,5 kg. 66,7 y 66 respectivamente.

Los perímetros torácicos son 88,3 en 1970 y 88,6 en 1985.

Los grupos funcionales respiratorios que tenemos publicados en estudiantes de 18 a 20 años son CVF $4,5 \pm 2, \sigma$ ($\sigma = 0,75$) en los varones y en las hembras $3,25 \pm 2 \sigma$ ($\sigma = 0,85$), ej.: el VEMS 3,8 ($\sigma = 0,79$) y 2,71 ($\sigma = 0,64$) respectivamente, como tenemos publicado en Alergia e Infecciones respiratorias (Interamericana 1983).

Es importante la actividad física deportiva en los adolescentes y jóvenes.

A veces no está bien matizado el papel que juegan los factores nutricionales y socioeconómicos en el desarrollo somático de los niños españoles. Si bien existen importantes diferencias regionales en la dieta y en la ingesta calórica total.

Las tablas varían dependiendo de las poblaciones y el tiempo se podría destacar:

Los del Equipo técnico del Instituto de Investigación sobre crecimiento de la Fundación F. Orbegozo, o si se hace referencia a las Tablas de Tanner, o a las Tablas de Toni (1970) o en nuestro medio Palacios y Vivanco 1965, o en el medio Andaluz los trabajos de Blasco y Argemí).

La ingesta calórica total es mayor en Vizcaya que en Madrid y en Andalucía.

En Madrid (las encuestas realizadas por nuestro Departamento en Colegios Nacionales de tipo medio) nos ofrecen los resultados que parecen ser más altos que los primeramente citados, diferencias de peso y talla no son tan concluyentes en cuanto a la clase social a partir de la clase media.

PATRONES DE COMPORTAMIENTO

Alimentación

Es importante la Educación en la alimentación, y en este sentido es de destacar el programa EDALNU que se hizo en los escolares en colaboración con organismos internacionales, y de las que surgieron las tablas referidas de 1965 (Palacios y Vivanco).

No olvidemos tampoco las necesidades de Fe^{++} en las chicas a partir de la pubertad superiores al de los chicos en un 10%, y que aún en clases sociales medias o elevadas encontramos anemias ferropénicas. Aparte de las necesidades de Ca aumentadas por el crecimiento.

Pero un hecho a destacar en la inadecuada alimentación es el consumo de grasas, que está en conexión con el mencionado FR del colesterol. Existe un estudio previo de unos 11.500 escolares en los que se han medido los niveles de colesterolemia.

En la Tesis realizada del Dr. Plaza dirigida por nosotros en Fuenlabrada nos encontramos una media de 167 mg dl. el 14% sobrepasaban ya el 200 mg dl. En Zaragoza una media 175 ± 25 (Sarriá), en Navarra 2.500 escolares con una media 181, análogas cifras a la referida que presenta Tojo en 1.500 niños en Santiago. La encuesta de Tarancón, etc.

Esto ha movido a la S.E. de Arteroesclerosis a citar una Reunión de Expertos para establecer el Consenso del Colesterol en Niños y Adolescentes.

En los adolescentes las necesidades energéticas son de 2.700 Kc y las proteínas de 45 g a la edad de 11 años y continúan ascendiendo hasta los 19-22 años con 2.900 Kc y 56 g de proteínas. Las adolescentes 2.100 Kc de 15 a 22 años y 46 g. (según informes FAO/OMS 1973).

La encuesta realizada por nuestro Departamento en el examen de Salud como detección oportunista de los alumnos de 1^{er} Curso de Medicina, en esta edad que se inician los perfiles del adulto, muestran una media 181 mg/d (entre 124 y 238) en los varones y 186 (entre 122 y 250) en las chicas, lo que denota una cifra manifiestamente elevada.

No hay duda que si las cifras se han rebajado en el adulto a 200 mg/dl., las cifras que como muestreo significativo, se han descrito en los niños y adolescentes españoles, son llamativas para que sea importante una orientación sobre los hábitos alimentarios de nuestra población. A partir de los 21 años ya se establece el perfil de los lípidos y colesterol. Los que están por encima del percentil 75 presentan riesgo y por encima del percentil 95 grave riesgo, en el futuro, por lo que no se deben asociar a otros FR, como fumar, HTA, etc.

Aunque pertenecemos a la cultura mediterránea y esto ha supuesto una disminución de las cifras de infarto, pero estas cifras empiezan a subir de un modo manifiesto, y hay que hacer una llamada de atención a las épocas más tempranas de la vida, sobre todo cuando coinciden con otros FR como pueden ser Hipertensión, obesidad, diabetes. La independencia de los jó-

venes en las comidas de cafetería, etc., abuso de hamburguesas, sal (> 5 gr.). La mitad de los HTA son sensibles a la sal. Interesa pues una alimentación equilibrada.

Por otro lado la importancia que tiene las grasas en el Cáncer de colon, de mama, etc., y cómo se previene está con alimentos con fibras, vegetales, poco apetecidos por los jóvenes, así como los agentes antioxidantes: vitamina A, E, C y Se. El déficit de Selenio, importante en el Centro de China y en relación con déficit de ciertas dietas (maíz, etc.), como se puede ver en la excreción urinaria, en la concentración en pelo y uñas. Es importante una correcta alimentación en esta etapa porque se está efectuando el crecimiento y la maduración y a la vez se están estableciendo los futuros hábitos alimentarios.

Los cambios en la dieta como responsables del Cáncer de Colon: gran ingestión de proteínas, de carbohidratos refinados, aumento del consumo de grasas, y escasa participación de las fibras en la dieta.

La aparición de pólipos benignos que luego se transforman en malignos, los más comunes son los adenomatosos (70% en el sexo masculino, 30% en el femenino). A partir de los 40 años la incidencia de los pólipos crece, y a partir de los 60 es muy frecuente.

Se puede calcular en unas 200.000 personas en nuestro país con este tipo de Cáncer. Suele ser la segunda causa de muerte por Cáncer. Hay países con una tasa de Mortalidad por Cáncer de colon y recto alta (12-15/100.000) como USA, Australia, España, las naciones del Este Europeo e Israel la incidencia es moderada (5-12/100.000). Los países de economía más débil es muy baja. Así América Central y Sudamérica (de 0,2 a 4/100.000 de tasa de Mortalidad). En África aún es menor.

Por otro lado el manejo adecuado de aquellos niños que se desvían de la norma, y que se les intenta rebajar drásticamente el colesterol, tienen inconvenientes distintos a los del adulto. No se puede olvidar que el anillo del colesterol interviene en múltiples hormonas y no se pueden hacer tratamientos drásticos, sobre todo con medicamentos, sin alterar ciertos parámetros, como ha puesto de manifiesto recientemente Fima Lishitz.

Actividad física

En una encuesta nacional sobre 3.000 escolares (CEE, 1986) en diversos municipios, de los Cursos 6.º (11,5) y 8.º (13,5 años), sólo practicaban deporte habitual el 29%, de ellos 22% hacían deporte todos los días. Las niñas son menos deportistas y realizan 3 veces menos el deporte organizado.

Los motivos por los que hacen deporte son por este orden: por estar sano, por hacer nuevos amigos, por estar en forma, por divertirse, por agradar a los padres, por ver a los amigos y por ganar figura en último lugar.

Respecto a la actividad física de los españoles confiesan tener una vida sedentaria un 20,9% y 41,6% de moderada actividad, es decir 62,5% con una actividad física precaria.

Para los grupos de 16-24 años los varones confiesan inactividad y para la mujer inactiva 19,8 y moderada 43, es decir, 62%, lo que en edades jóvenes supone una evidente tendencia al sedentarismo.

ACTIVIDAD FISICA

	Inactivo	Moderado	Regular	Intensa
Totales	20,9	41,6	29,5	7,5
Varones	19,9	30,9	35,3	13,3
Mujeres	21,8	51,4	24,3	2,0
Varones 16-24 años	8,8	25,9	45,6	19,3
Mujeres 16-24 años	19,8	43,0	32,2	4,2
Andalucía (ambos sexos)	22,8	49,9	24,2	7,9
Varones	21,5	31,1	32,4	14,9
Mujeres	24,1	57,6	16,6	1,4
Madrid (ambos sexos)	22,6	41,9	26,9	8,0
Varones	23,8	31,7	30,6	13,4
Mujeres	21,5	51,0	23,6	3,3
Cataluña (ambos sexos)	21,4	41,4	30,5	6,7
Varones	18,2	30,6	39,2	11,9
Mujeres	24,3	51,4	22,4	1,9
Extremadura (ambos sexos)	22,5	48,6	20,5	8,0
Varones	18,2	30,6	39,2	11,0
Mujeres	20,4	59,6	17,9	1,3
País Vasco	16,5	35,9	38,2	8,4
Varones	13,8	32,5	38,8	14,3
Mujeres	19,0	39,1	37,5	2,9

CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS

Tabaco:

A los 13,5 años, son fumadores habituales el 5%, de ellos el 3% varias veces por semana. A los 15 años ya son fumadores el 17% y ocasionales el 29%. (Los hijos de los obreros y parados fuman más que los hijos de técnicos y los de zonas rurales más que los urbanos).

Si referimos el hábito de fumar al resto de la población española son fumadores el 38% de la población (54,7% varones y 22,9% mujeres) y en las edades jóvenes el 51,4% (54% varones y 48,7% mujeres). Por tanto, a estas edades jóvenes que la población joven no ha conseguido dejar el hábito de fumar, es hoy por hoy el riesgo de una influencia más notable para la Salud, como se ha percibido en casi todas las poblaciones del mundo desarrollado, notándose un decaimiento en dicho hábito, lo que todavía no es manifiesto en nuestro país.

Alcohol:

En la encuesta referida de los escolares entre los 13 y 14 años el 80% ha bebido alcohol y el 19% se han llegado a emborrachar. Los hijos de los obreros no cualificados son los que tienen el índice más alto. La edad media del consumo de alcohol es de 13,9 años. El alcohol y los jóvenes es echar fuego al fuego que diría Platón.

El 4% de los adolescentes se alcoholizan. Las litonas son todo un símbolo de relaciones entre los jóvenes. El alcoholismo cada vez es más importante en las mujeres. Antes la relación hombre mujer alcohólica era 10:1, ahora 3 a 1. De 1.000 nacidos 15 nacen con problemas de alcoholismo fetal, 1 de cada 150 nacen con malformaciones debidas al Alcoholismo.

Para valorar la bebida hay que considerar la cuantía, los grados y la densidad del alcohol (0,8), así un ejemplo, 1 litro de vino x de 12,5° x 0,8 de densidad sería 100.

Pues bien, podemos considerar no problema < 20 g/día para el hombre bebedor alto 60-80 g/día (casi 1 g/kg de peso) y exagerado si supera ≥ 80 g (1 g de alcohol añade 7 calorías al metabolismo) el equivalente en calorías:

11 de vino	750 c	1 litro de licor	2.400 c
11 de cerveza	490 c	1 copa de licor	200 c
1/3 de cerveza	163 c		
1/5 de cerveza	98 c		

Si nos referimos a la población española son no bebedores el 30%, bebedores altos (≥ 60 g alcohol/día) 5,9%, y exagerados (> 80 g alcohol/día) 3,8, es decir ambos casi el 10%, y si esto lo referimos a sexos no bebedores masculinos 17,9% alto 10,8 y exagerado 7,3 (18,1%), el sexo femenino no bebedores 41,3, bebedores altos 1,4 y 0,6 (es decir 2%).

Pero "quien teme en Córdoba a las calorías y más si viene en este vino que absorbe la luz del cielo".

Por Autonomías

ALCOHOL

	No bebedor	Excepcional	Moderado	(60 g) Alto	(80 g) Exagerado
Total	30,1	10,3	47,8	5,9	3,8
V	17,9	5,5	57,0	10,8	7,3
H	41,3	14,8	39,3	1,4	0,6
Edad 16-24	19,4	11,5	59,2	4,9	3,5
V "	13,0	6,6	65,1	8,2	5,9
H "	26,0	16,5	53,2	1,6	1,0
Andalucía	28,7	6,7	51,0	6,7	5,0
Madrid	19,6	10,5	54,2	6,3	3,2
Cataluña	29,3	15,6	48,1	5,3	1,5
Extremadura	36,8	5,4	49,9	9,2	5,1
País Vasco	27,6	10,3	47,3	5,8	7,2

Drogas:

El 4% toma medicamentos para dormir y el 8% para calmar los nervios, el 27% consumen vitaminas y el 29% medicamentos para el dolor de cabeza, en la encuesta referida de los escolares.

El consumo de drogas ha pasado de la figura del "contestario" de los años 1960 al "consumista" de los 80 con la modificación del art. 344 del Código Penal, con todas sus consecuencias de las motivaciones.

Para Kendal se pasa por 3 estados: 1) el uso de las drogas legales, 2) el uso de la marihuana —tomada en grupo "peer group"—, 3) el uso de las llamadas drogas duras.

La presión del grupo es fundamental en el determinismo de la adicción.

El consumo del Tabaco, Alcohol es fundamentalmente social, lo mismo que las drogas, el consumo de Cannabis en la introducción a otras. En una amplia encuesta en USA en adolescentes muestra que el 71%, 68% y 81% de los consumidores de alcohol, marihuana y LSD no la ha tomado jamás cuando estaban solos. La influencia de la pandilla tiene una manifiesta influencia.

En encuestas al llegar al Servicio Militar, en nuestro país revelan que el 25% ha consumido drogas, el 10% habitualmente, y el 0,5 son adictos. (Plan Pycode).

La Encuesta de Consumidores durante 1 mes (Sept. 89) refieren:

Cannabis	1.300.000 M.
Tranquilizantes	450.000 M.
Cocaína	114.000 M.
Heroína	76.000 M.
Anfetaminas	76.000 M.

Respecto a la idea inicial del consumo son los 15,5 años para el Cannabis, para la Cocaína, que se va incrementando su consumo, LSD y anfetaminas 15 a 20 años y Heroína a los 17.

Se han incrementado las aprensiones de Cocaína en un 205% según los datos recientes de la Fiscalía del Estado.

Según los episodios de urgencias atendidas por heroína, representan < 20 años el 12,4%, y de los 20-24 años 48,5% y entre los 25-29 años el 28,5%, a las siguientes edades bajan mucho estas cifras. Una vez incorporado a este mundo es difícil salir. Se han denominado tratamientos de "puerta giratoria", salir para reingresar.

De todos modos hay que considerar: 1) las reacciones familiares, la triada que suponen el hijo y ambos padres (uno indulgente es lo habitual el del sexo opuesto, el otro punitivo). Suele ocupar el hijo un lugar intermedio en la fratria y se establece un rol de incompetencia-Dependiente, 2) Los factores grupales indicados "peer group" y 3) las conductas antisociales.

Crisis de la Adolescencia

Podríamos señalar en especial 3 grandes crisis:

La crisis tanática. (7 a 12 años) cuando se plantea la problemática de la vida y de la muerte, y el sentido de estar en el mundo, en que realizan la gran abstracción, y brota el sentimiento religioso, con sus momentos de atracción y de rechazo.

La crisis **sexual** donde se plantea la definición del rol masculino, y femenino, y que nos plantea toda la problemática del sexo. Pero la madurez fisiológica, intelectual, emocional y social no tienen la misma cronología, ni marchan ordenadamente.

Según Colling los chicos orientan las relaciones sexuales desde un punto de vista psicobiológico (mostrar su virilidad), las chicas desde una postura psicoafectiva. Hay que considerar la madurez fisiológica de la pubertad, la madurez afectiva (16-20 años en las chicas y 18 a 23 en los chicos), y la madurez social que supone la paternidad responsable.

El 50% de los embarazos se produjeron durante los 6 primeros meses de actividad sexual, dando lugar a una procreación irresponsable. Se calcula que hay unos 80.000 emba-

razos en adolescentes y 25.000 abortos y otros tantos nacimientos. En 1979 41.820 menores de 20 años tuvieron un hijo.

En Madrid las encuestas efectuadas en jóvenes el 27,7% han tenido relaciones completas y 47% esporádicas. Un 25% carecen de experiencia sexual entre los jóvenes de 14 a 25 años y habitual sólo 4,6%. El inicio de las relaciones sexuales en España en los 17 años, el 10% a los 15 años y el 6% a los 14 años. Sólo el 9% usaron anticonceptivos orales.

Análogos resultados se obtiene en una encuesta de (ICH) en 4.000 jóvenes de 14 a 25 años.

En España el % de madres adolescentes eran de 2,9% de los nacimientos para subir al 6,5 en 1984 (Canarias 6,7%, Galicia 6,1%, Almería 6,5%, Barcelona 3,1%, Córdoba 3%, Madrid 2,6%). Según el INE para los años 1975, ahora la cifra de 2,9% se ha superado llegando a cifras de 13% encuestas en Navarra, País Vasco, etc. (1988). En USA cada año supera el medio millón de madres adolescentes, cada 57 segundos una adolescente tiene un hijo.

La sexualidad sin protección ha llevado también a un incremento en la E.T.S., motivado sociológicamente por la 4 P (Precocidad, Permisividad, Promiscuidad, Píldora).

Se calcula unos 150.000 casos de E.T.S. en jóvenes cada año.

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (unos 30.000 anuales de los cuales del 30 al 40% producen esterilidad), es uno de los riesgos importantes en los jóvenes de 15 a 19 años, que puede dar lugar a diversas consecuencias como los embarazos extrauterinos, problemas de esterilidad, etc.

El Centro de ETS de S. Carlos del 1984 al 1985 supuso un incremento de ETS en adolescentes del 21,7%, en otros Centros similares en el 1987 se incrementaron el 30,8%, los casos de adolescentes, no utilizando anticonceptivos el 78% de estos casos, eran adictos a drogas el 25% y de entre ellos el 38% con anti VIH.

Entre la amplia etiología de las E.T.S., superando los 20 agentes etiológicos, destacan además de las infecciones clásicas gonococia y sífilis, y aún superando las infecciones por Clamidias, el Virus del Herpes (VHS-2), Papilomas (HPV de los Papovavirus), los de Hepatitis B, el virus del SIDA, Trichonomiasis, etc.

El hecho de la manifestación asintomática de muchos de estos procesos, el largo período de incubación de otros (Hepatitis, SIDA) y la falta de conocimientos y temor de los jóvenes hacen que pasen desapercibidas.

También es destacar en ciertos jóvenes con conductas homosexuales o bisexuales, para adquirir dinero, droga, etc., que conservan para el resto de sus vidas estas tendencias homosexuales, que supone un 5-10% en el informe reciente de la OMS, lo que con motivo de la desaprobación social, es una constante fuente de angustia.

La tercera crisis, era la crisis social, de retraimiento a afiliación al grupo (peer group), con una plastia de unos modelos adquiridos, juvenalismo, a veces haciendo tabla rasa con ira, frente a lo establecido y a los convencionalismos sociales, como los "young angry men" (John Osborne).

Los partidarios de la violencia Hell Angers "Fair l'amour pas la guerre" era el grito de la generación del 68. Seamos realistas, pidamos lo imposible.

Aquella generación de los hippies, se ha convertido en yuppies.

Los partidarios de la no acción llevaron a los pasotas o los "Tao". La internalización de la naturaleza, a los flower power o al "acid rock" con música de S. Peper.

Se destacó para estar a tono la "movida", en el "rollo está la felicidad", que tanto propulsaron, ciertas figuras eminentes ya pasadas, donde se empujaba la "impaciencia vacía" del adolescente que por un lado acaban en los "Trips festival", con cubos de jeringuillas, en el "flash" de la heroína que desaparece con la tolerancia, o en la Cocaína que desplaza a la anterior, y con un más largo período de silencio.

Pero este fenómeno de aculturización por muy llamativo que sea no es sólo el definidor.

Al joven ha de exigírsele horizontes que le cuesten sacrificio. "Abrid la puerta a la esperanza" ha resonado recientemente en Santiago de Compostela.

La Sociedad que todo se le da en la infancia y adolescencia, y que luego el trabajo donde desarrolla su aporte activo útil, se le niega, está planteando una serie de contradicciones.

Los problemas psicosociales suelen causarse por inadaptación del sujeto al medio de su ambiente micro o macrosocial.

El ambiente familiar forma parte de los factores **microsociales**. Gran número de las fuerzas estabilizadoras de la familia tradicional han perdido su dinámica. De todos modos la convivencia en el seno de una familia integrada es fundamental. En ese amor que armoniza la autoridad cada vez más parca, pero que la inestabilidad del joven requiere más que nunca una estabilidad familiar. Dentro de los factores microsociales también se considera el entorno escolar.

"El diálogo, frente a la persona que confía, lo cual no es fácil para revelar su intimidad, posibilita al adolescente ir clarificando su propia demanda de Salud, ya que va revestido de una carga ética". Se puede expresar en "Omnia videre, pauca corrigere, multa disimulare". En algunas ciudades de USA funciona el "drop in Center" que ofrece a los jóvenes una variedad de recursos que se complementan sobre Consejos de Salud, legales, de orientación vocacional, de lugares de encuentro y ocio, etc.

Los factores **macrosociales** como la **urbanización**, que implica una **alineación**, la imposición de un número ilimitado de reglas limitantes, favorecer el grupo o pandilla como defensa reactiva. Por otro lado las dificultades socio-económicas, y la grave crisis de búsqueda del primer empleo crean un ocio excesivo y frustrante que propician la delincuencia y la droga. Así pues no sólo el desempleo causa problemas económicos, sino **inadaptación social**, y en la salud mental repercuten.

Como **reacciones** ante este tipo de stress ante tales circunstancias se han citado, una primera de quererse abstraer del medio, con un rechazo pasivo o "**pasotas**". Un grado extremo de ese rechazo puede ser el suicidio (en nuestro país menor frente a otros países nórdicos y del este europeo).

Un segundo tipo de reacción agresiva, la **delincuencia juvenil**, la violencia extrema, y el terrorismo reclutado desde la juventud.

El tercer tipo de reacción intermedia consiste la **inestabilidad escolar** y el **abuso de tóxicos**. El neto desplazamiento de los **drogadictos** a los **adolescentes** es un claro exponente. La moda de su uso está en los 17 años (según el estudio de la población asistida en el Ambulatorio Piloto del Centro asistencial de Drogas de la Cruz Roja de Madrid (M.A.R. Cavero y Colb.). Se estima en 1 Millón los adictos a las drogas en nuestro país y de ellos 152.000 a la Cocaína y a la Heroína.

La valoración geográfica en los asistidos en Madrid corresponde a un factor de multiplicación de 6,2 para Vallecas, 3,3 para Torrejón, San Blas 2,5, etc.

La juventud de la muestra es llamativa ya que el 24% no ha completado sus estudios primarios. El 70% de la muestra no realiza ninguna actividad laboral ni escolar. Casi todos 96% viven con su familia.

En el mundo de la droga se entra por la tristeza, por el placer, por el dolor, sobre todo por las dos primeras en la adolescencia, y crea una dependencia impulsiva o compulsiva. Con una cultura o contracultura de la droga. Desde el héroe o intelectual alcohólico o el movimiento contracultural americano (Timoty Lery o la Universidad de Berkely o el flower power, etc.).

Las anfetaminas de los estudiantes o deportistas, los alucinógenos como generadores de percepciones y paraísos irreales, cannabis como droga de entrada, con una búsqueda situacional de orientalismo, de sociabilidad "rollista", de rebelión social.

Los 17.000 que acudieron a un Centro de Rehabilitación para ser tratado, tenían una media de 25,5 años en 1988 y 24,8 en el 1987, casi todos por la heroína (97,1% y 1,9% cocaína), con 5,7 años de antigüedad en el Consumo 1988 y 5,1 en 1987, es decir empezaron por debajo de los 20 años.

El 60% de los jóvenes fuman, el 50% toman alcohol, el 25% ha fumado hachis-marihuana, el 0,1 son adictos a la cocaína y el 0,3 a la heroína. Hay unos 152.000 adictos a estas dos drogas.

Las mayores tasas la presentan las Comunidades autónomas de Cataluña, Andalucía, Madrid y el País Vasco.

En 1988 fallecieron por sobredosis 275, superando en un 50% a los fallecidos en 1987 y en Agosto de este año eran ya 338 los casos registrados, ya superan los 730 casos.

La Prevención pasa por la consideración de los Factores de Producción, hoy el mundo económico de la droga sólo es superado por el tráfico de armas, y tantas veces están entrelazados. Las drogas de síntesis como el éxtasis indican un sinfín de posibilidades de producción.

La Conferencia Internacional de Viena de Junio de 1987 atribuyó a la prevención y a la rehabilitación, en un enfoque equilibrado, la misma importancia que a la represión. Es decir, prevención al máximo pero sin prescindir o dilatar la reacción penal para reducir la oferta, todo ello con racionalidad y proporcionalidad.

Por los Factores de exposición (poblaciones expuestas) fundamentalmente estos jóvenes y por los Factores de riesgo, que indican unas características especiales de la Personalidad del Drogadicto,

Es pues importante establecer el Perfil del Drogadicto, que en los casos estudiados por nosotros, para ver las consecuencias de infecciones tuberculosas y déficit inmunológico, presentaban unas características especiales (Gil, Rey Calero).

El planteamiento de la Educación contra la droga es evitar que esto se convierta en propaganda. Por eso la educación ha de ser pasiva o indirecta. El cambio de la libertad de drogarse, por la libertad de vivir (Lucien).

Frente a una situación juvenil que asume el "pathos y el ethos", de una cultura de rechazo de "pasar" de todo, y que penetra por osmosis, en un nihilismo, soledad, pornografía, mundo mágico de la droga, hay que contraponer el diálogo abierto, con los hijos, con los alumnos, etc.

El estudio pues de encuestas que recojan el sentido psicosocial que hemos comentado, es extraordinariamente interesante y podemos obtener conclusiones muy eficaces, para abordar la temática de la situación psicosocial.

Una de las más adecuadas actuaciones desde el punto de vista de la Salud Mental sea el fomentar la capacidad de entusiasmo, para determinados objetivos por la constante búsqueda del amor, de la identidad, del arquetipo, de la búsqueda idealizada de la verdad. La "verdad que os hará libres", frente a tanta manipulación con fines bastardos, de ese afán de libertad y respeto hacia los demás, "porque auténticamente libre, es aquél que no está escl-

vizado por ninguna torpeza" (Cicerón).

"No es porque las cosas sean difíciles por lo que no nos atrevemos, es porque no nos atrevemos por lo que son difíciles" de senequismo.

En fin, creo que es importante el que hayamos hablado de Salud frente a la generación que van a ser nuestros discípulos y que son los que llevan la antorcha del relevo generacional y recordar lo que decía Gibran "Podéis darles el amor pero no vuestros propios pensamientos. Podéis abrigar sus cuerpos, pero no sus almas, pues habitarán la mansión del mañana, que vosotros no podéis visitar, ni siquiera en sueños, ya que la vida no retrocede, ni se detiene en el ayer".

Muchas gracias por tanto de nuevo por haberme acogido entre los Doctores de esta mi Universidad, de esta mi Ciudad. Muchas gracias que os expreso con la vehemencia cordis, que era la nota característica que Plinio el Joven destacó en nuestras gentes. Muchas gracias por este regalo único y completo.