

ORIGINALES**“ESTUDIO COMPARATIVO DE HABITOS Y CONDUCTAS
RELACIONADAS CON LA SALUD DE LOS ESCOLARES DE DOS
ZONAS DE CORDOBA”****J. Montero Pérez (1), L.A. Perula de Torres (2), J Martínez de la Iglesia (3), C. Jiménez García (4)**

- (1) Servicio de Urgencias. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. Córdoba.
 (2) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.
 (3) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.
 (4) Epidemiología y Programas de Salud. Distrito sanitario de Cabra (Córdoba).

RESUMEN

Se describen y comparan los resultados de dos estudios transversales en los que se pretendía conocer ciertos hábitos de salud de la población infantil de dos zonas de diferentes características socio-económicas y culturales. una rural (Z.R) y otra urbana (Z.U.).

Para ello, se pasó un cuestionario a una muestra representativa de escolares de 5.^o y 8.^o de E.G.B. de dichas zonas (Z.R. = 205; Z.U. = 231; alfa = 0,05; precisión = 0,025; p = q = 0,5). Las entrevistas fueron autocumplimentadas por los alumnos en horas de clase durante el mes de junio de 1988 en la Z.R., y durante el mes de octubre de 1989 en la Z.U.

El cuestionario recogía datos cualitativos sobre actividad física, tipo de alimentación, higiene, morbilidad percibida, consumo de medicamentos, alcohol y tabaco, e integración social del escolar.

Se concluye, señalando la importancia que los factores socio-culturales y económicos tienen sobre la salud y la necesidad de estudiar los hábitos y conductas de salud de la población con vistas al desarrollo de estrategias de Promoción de Salud en el nivel de Atención Primaria.

Palabras Clave: Salud Escolar, Promoción de Salud, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT**Comparative Study of Health Related Behaviours and Habits among School Children of Two Areas of Córdoba**

The results of two cross-sectional surveys are described and compared; the purpose of these two studies was to know certain health habits among the children population from two areas of different socio-economical and cultural characteristics: a rural (Z.R.) one and another urban one (Z.U.).

With this purpose, a questionnaire was passed to a representative sample of school pupils belonging to 5th and 8th school years of E.G.B. (General Basic Education) of these two areas (n = 205; n = 231, alfa = 0,05; precision = 0,025; p = P = 0,5). The interviews were self administered by the pupils, in class time, during the month of June of 1988 in the Z.R. (rural area) and during the month of October of 1989 in the Z.U. (urban area).

The questionnaire collected quantitative data on physical activity, kind of diet, hygiene, observed morbidity, alcohol, tobacco and medicament consumption and school pupils social integration.

Finally, the importance to health of socio-cultural factors is pointed out, as well as the necessity of studying the population health behaviours and habits in order to develop Health Promotion politics at the level of Primary Health Care.

Key Words: School Health, Health Promotion, Primary Health Care.

INTRODUCCION**El nuevo concepto de Salud Pública**

Correspondencia:
 Luis Angel Perula de Torres;
 Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.
 Hospital Regional Universitario "Reina Sofía".
 Edificio de Gobierno.
 Avda. Menéndez Pidal S/N. 14.004-Córdoba.

pone el énfasis en las acciones sobre el medio ambiente (entornos saludables) y da una importancia primordial a los factores de riesgo, derivados de los estilos de vida de la población^{1, 2}. En este sentido, destaca el papel que debe desempeñar el personal de Atención Primaria de Salud en desarrollar, junto con

otros profesionales e implicados (educadores, padres, etc.), la "Estrategia de Promoción de la Salud" (P.S.), formulada en la Conferencia Internacional de P.S. celebrada en Ottawa ³.

Con esta finalidad, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, lleva auspiciando diferentes proyectos de investigación, entre el que se encuentra el "Estudio de los hábitos de los escolares en relación con la salud" ⁴. El Ministerio de Sanidad y Consumo de nuestro país, se ha sumado igualmente a esta iniciativa europea, por lo que disponemos de datos con los que poder comparar, tanto a nivel nacional ^{5, 6, 7} como internacional ^{8, 9}.

La unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, consciente de su papel en la reorientación de los servicios sanitarios, mediante la potenciación de estrategias de P.S. en el marco de la Atención Primaria de Salud, consideró prioritario fomentar esta línea de trabajo, realizando dos estudios en dos zonas de características socio-demográficas diferentes.

Los objetivos que perseguíamos eran, básicamente, los siguientes:

- Estudiar ciertos hábitos, actitudes y conductas en relación con la salud de los escolares de 5.º y 8.º de E.G.B. en dos Zonas Básicas de Salud, netamente diferenciadas geográfica y socio-económicamente.
- Fomentar el desarrollo de programas integrados de Educación para la Salud dirigidos a la población infantil escolarizada de dichas zonas.
- Un tercer objetivo complementario y de carácter docente era el de introducir y estimular la investigación en este campo entre los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de nuestra unidad.

En el presente artículo exponemos los resultados más significativos obtenidos, comparándose los datos de ambos estudios.

MATERIAL Y METODOS

El Universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los escolares de los cursos 5.º y 8.º de E.G.B. (N=679), de dos Zonas Básicas de Salud pertenecientes al Municipio de Córdoba: una urbana (Z.U.), correspondiente al área de actuación del Centro de Salud "Huerta de la Reina", y otra rural (Z.R.), ubicada en las pedanías de El Higuéron y Villarrubia, a unos 10 Km del centro de la ciudad. La Z.U. se caracteriza por estar compuesta por una población con un nivel socio económico bajo, con un núcleo de población con un alto grado de marginalidad. La Z.R. está constituida por una población eminentemente rural, con cierto grado de dispersión geográfica, una economía agrícola y de pequeña empresa y con un nivel socio-económico superior al de la Z.U. En la Tabla 1 se muestran las diferencias entre las dos poblaciones, según la situación laboral de sus habitantes.

Mediante selección aleatoria por conglomerados, utilizando como conglomerado las aulas de clase, se extrajeron dos muestras representativas de ambas zonas. El tamaño de las muestras se calculó mediante una fórmula para la determinación del tamaño de la muestra para estimar proporciones, con corrección para población finita ⁹:

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + z^2 \times p \times q}$$

siendo p=q= 0.5, d= 0.025 y el valor de z= 1.96.

Como fuente de obtención de los datos se utilizó una versión de un cues-

TABLA 1
Características de los habitantes de las zonas estudiadas, según su situación laboral (%).

SITUACION	ZONA	
	Rural (Z.R.)	Urbana (Z.U.)
—Trabajando	19,1	15,0
—En paro	7,8	16,4
—Jubilado	8,8	9,6
—Labores del hogar	21,2	21,0

Fuente: Padrón Municipal. Ayuntamiento de Córdoba. Revisión de 1988.

tionario originalmente elaborado por un equipo internacional de investigadores bajo los auspicios de la Oficina Regional Europea de la O.M.S. para el "Estudio de los Hábitos de los Escolares". Dicho cuestionario ha sido traducido al castellano y, al mismo tiempo, validado en nuestro país con la ayuda financiera del Ministerio de Sanidad y Consumo^{4,7}. El cuestionario fue adaptado a nuestro medio incorporando algunas preguntas, realizándose un pilotaje previo del mismo antes de su utilización definitiva. Constaba de 54 preguntas, de tipo cerrado en su mayoría, y recogía información sobre los siguientes apartados: variables socio-demográficas, actividad física fuera del colegio, inicio y grado de consumo de tabaco y alcohol, alimentación, hábitos higiénicos, morbilidad percibida, ingesta de medicamentos, integración social y expectativas futuras de los escolares.

La encuesta fue autocumplimentada por los alumnos en horas de clase, coincidiendo con el desarrollo del Examen de Salud Escolar en ambas zonas (Z.R.: junio de 1988; Z.U.: octubre de 1989). No se han llevado a cabo en la Z.R. intervenciones de educación sanitaria, a las que se les pudiera atribuir algún

cambio en los resultados. Dichas preguntas fueron contestadas por los alumnos con la supervisión de tres médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, los cuales se encargaron de darles previamente las instrucciones precisas sobre la forma de cumplimentarlas, garantizándoles el anonimato.

La tasa global de respuesta ha sido del 84,8 por 100, no existiendo diferencias en cuanto al grado de contestación entre ambas zonas. El motivo principal de la falta de respuesta fue la ausencia a clase del alumno el día que se hicieron las entrevistas, no existiendo ningún niño que manifestara su rechazo a contestar las preguntas.

Los datos fueron codificados y procesados informáticamente mediante el programa DBASEIII Plus, utilizando el paquete estadístico S.P.S.S./P.C. plus para el estudio uni y bivariado. Para analizar la significancia estadística de las variables, todas ellas cualitativas, se empleó el test de la Chi-cuadrado, el test exacto de Fisher, o bien el Test de comparación de proporciones para muestras independientes. Consideramos diferencias estadísticamente significativas para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Las características descriptivas de los niños encuestados se muestran en la Tabla 2.

a) Actividad física:

La actividad física fuera del colegio es practicada de una forma diaria por el 61,2 por 100 de los escolares de la Z.R. y el 50,6 por 100 de la Z.U. ($p = 0,018$). Nunca realizan actividad física el 18,9 por 100 en la Z.R. y el 20,3 por 100 en la Z.U. (diferencia no significativa: N.S.). El tiempo que los escolares dedican a esta

TABLA 2
Distribución según las características descriptivas de los escolares encuestados en las dos zonas.

Z.R.	CURSO		n
	5.º E.G.B.	8.º E.G.B.	
Edad: \bar{x} (S.D.)	10,7 (1,1)	13,7 (0,7)	
Sexo: niños	59	48	107
niñas	54	44	98
Subtotal	113	92	205
Z.U.			
Edad: \bar{x} (S.D.)	10,5 (0,8)	13,5 (0,7)	
Sexo: niños	78	51	129
niñas	57	45	102
Subtotal	135	96	231

actividad es mayoritariamente menor de 1 hora/día, aunque con diferencias significativas entre las dos zonas estudiadas.

El 74 por 100 (Z.R.) y 65,8 por 100 (Z.U.) declaran gustarles las clases de educación física ($p=0,031$), mientras que al porcentaje restante les resultan indiferentes o no les gustan. El 83,7 por 100 (Z.R.) y 88,3 por 100 (Z.U.) responden que practicarán algún deporte cuando alcancen la edad adulta (N.S.).

b) Alimentación:

En la Tabla 3 se puede observar el grado de consumo de algunos alimentos, por zonas. Destaca un consumo significativamente mayor de productos como el chocolate, dulces, fruta y verduras en la Z.R. ($p<0,001$), mientras que el consumo de café parece ser más

habitual entre los escolares de la Z.U. ($p<0,001$).

c) Higiene:

El lavado de manos antes de las comidas es práctica habitual en el 79,1 por 100 de los escolares de la Z.R. y en el 69,0 por 100 de los de la Z.U., no realizándolo casi nunca o nunca el 6,8 por 100 y 14,6 por 100 respectivamente ($p=0,019$).

El cepillado de dientes lo efectúan al menos una vez al día el 61,2 por 100 de los niños de la Z.R., frente al 55,8 por 100 de los de la Z.U. (N.S.).

Por último, el 82,4 por 100 de los escolares de la Z.R. y el 80,3 por 100 de los de la Z.U., afirmaron ducharse con una frecuencia de al menos 2-3 veces a la semana (N.S.).

TABLA 3
Distribución según el consumo de alimentos.

ALIMENTO	FRECUENCIA DE CONSUMO (%)					
	DIARIO		SEMANAL		NINGUNO	
	Z.R.	Z.U.	Z.R.	Z.U.	Z.R.	Z.U.
Chocolate	25	32	68	15	7	53
Café	21	48	32	8	47	44
Fruta	76	74	23	10	1	16
Dulces	55	69	41	13	4	18
Verduras	35	35	51	22	14	43
Leche	83	76	15	14	2	10
Carne/Pescado	55	53	44	37	1	10
Huevos	45	52	49	28	6	20
Legumbres	45	47	52	42	3	11

d) Morbilidad percibida:

El 11,3 por 100 (Z.R.) y 7,9 por 100 (Z.U.), manifestaron sentirse cansados al ir al colegio al menos una vez a la semana (N.S.), y el 17,0 por 100 y 10,1 por 100, respectivamente, afirmaron no encontrarse muy sanos en el momento de la entrevista ($p=0,017$).

En la Tabla 4 se muestra la distribución según los problemas de salud más frecuentemente sentidos por la población escolar de ambas zonas. Hallamos diferencias estadísticas en relación con los siguientes trastornos de salud: estar nervioso ($p=0,002$), estar decaído ($p=0,037$), dificultades para dormir ($p=0,009$) y dolores de muelas ($p=0,033$).

TABLA 4
Frecuencia de trastornos de salud percibidos de forma habitual por los escolares.

TRASTORNO	ZONA (%)	
	Z.R.	Z.U.
Irritado/Enfadado	69,4	68,2
Dolor estómago	51,0	53,5
Nervioso	49,5	62,7
Dolor cabeza	42,2	40,4
Decaído	33,0	41,3
Dific. dormir	30,6	41,4
Mareado	31,1	32,1
Dolor espalda	31,1	30,6
Dolor muelas	27,7	35,9

e) Medicamentos:

Como queda reflejado en la Tabla 5, el mayor consumo de medicamentos en el mes previo a la entrevista, corresponde

a fármacos empleados para el tratamiento del resfriado y dolor de cabeza. Salvo en la toma de medicamentos para el dolor de cabeza, en la que no se alcanza el nivel de significación estadística prees-

tablecido, encontramos diferencias en el grado de consumo entre las dos zonas, siendo éste siempre mayor entre los niños de la Z.U.

e) Alcohol y tabaco:

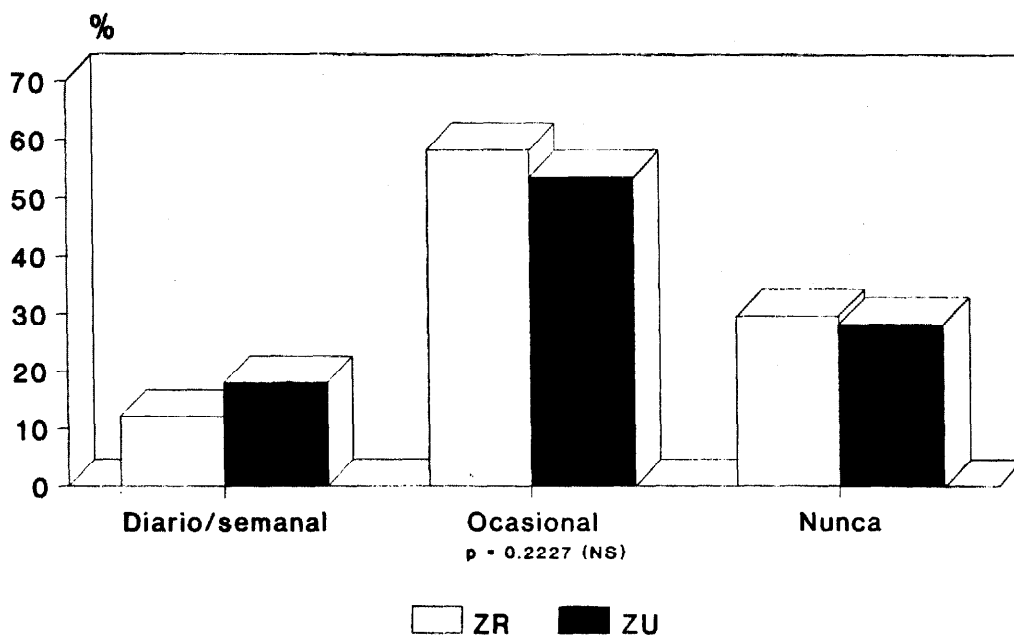
La proporción de escolares que afirmaron haber ingerido alcohol en alguna ocasión se va incrementando con la edad, resultando un porcentaje global de 79,1 por 100 en la Z.R., y 77,9 por 100 en la Z.U. (N.S.). El 17,0 por 100 y 29,2 por 100, respectivamente, ($p=0,001$), dijeron haberse embriagado en alguna ocasión. No hallamos diferencias en cuanto al inicio de este hábito entre ambos sexos, aunque sí en cuanto al grado de consumo y la incidencia de embriaguez, dándose más en los chicos que en las chicas ($p=0,05$).

En las figuras 1, 2 y 3, se muestra la frecuencia de consumo relacionada con el tipo de bebidas alcohólicas más habituales. Tal y como se puede apreciar, la ingesta de vino y de licores o combinados es significativamente mayor en la Z.U. que en la Z.R., no ocurriendo lo mismo con la cerveza.

Hemos observado una asociación significativa entre el consumo de los escolares y el de los padres, hermano mayor y mejor amigo ($p<0,01$). No hemos llegado a encontrar relación entre las variables socio-económicas estudiadas y el hábito enólico de los escolares.

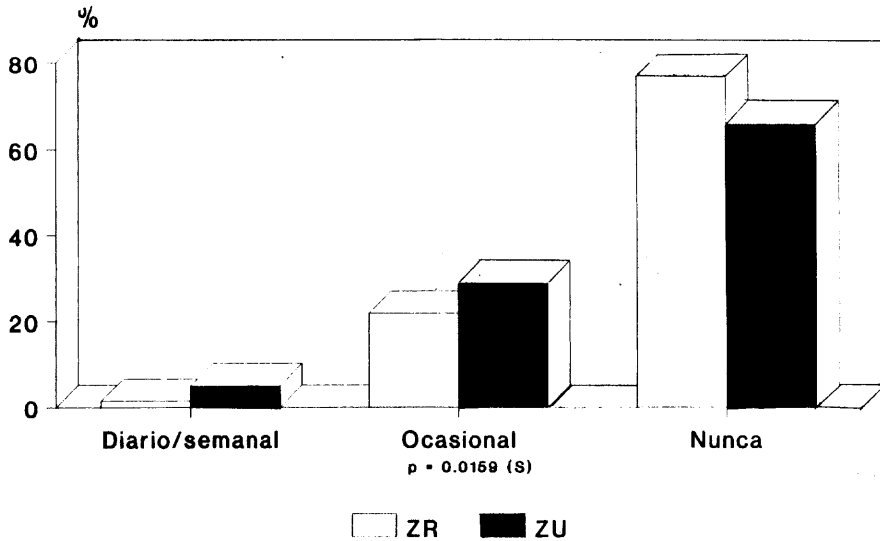
Por otro lado, el 31,1 por 100 de los niños de la Z.R. y el 37,0 por 100 de los de la Z.U. refirieron haber fumado en

FIGURA 1
Distribución según el consumo de cerveza (%)



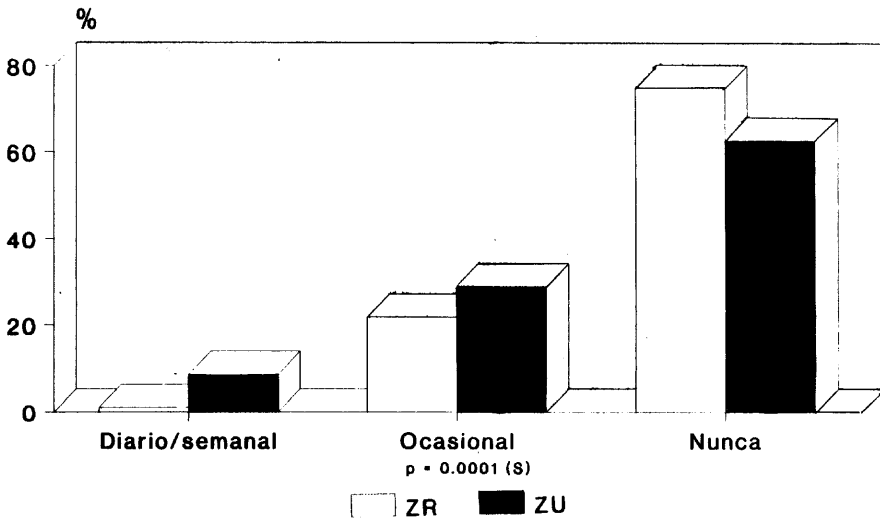
Nota: ZR: zona rural; ZU: zona urbana

FIGURA 2
Distribución según el consumo de vino (%)



Nota: ZR: zona rural; ZU: zona urbana

FIGURA 3
Distribución según el consumo de licor y combinados (%)



Nota: ZR: zona rural; ZU: zona urbana

alguna ocasión (N.S.). Dentro del grupo de los que fuman habitualmente, el 35,0 por 100 y 61,0 por 100, respectivamente, consumían más de 5 cigarrillos a la semana ($p < 0,0001$).

Hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y de tabaco en ambas zonas ($p < 0,05$). Por el contrario, no hemos hallado asociación entre el sexo y la edad

del escolar, el hábito entre los padres, y el consumo por parte de los escolares.

DISCUSION

Los apartados analizados en nuestro estudio (actividad física, alimentación, higiene, morbilidad percibida, tabaquismo y alcoholismo), representan las áreas prioritarias a estudiar en nuestra población para el desarrollo de la P.S., tal y como se señala en el reciente documento sobre la estrategia de Salud para Todos en España en el año 2.000¹⁰.

Debemos de señalar que en el presente artículo no hemos pretendido analizar a fondo todos los resultados del estudio y sus implicaciones, puesto que además de resultar casi imposible por la gran cantidad de datos generados, las reuniones con los diferentes implicados en una necesaria acción intersectorial (profesionales sanitarios de las zonas, padres de alumnos, educadores, etc.) han resultado el foro más adecuado.

No obstante, y sintetizando, analizamos a continuación algunos de los datos más relevantes por lo que puedan contribuir al conocimiento general sobre el tema y a la comparación con otros estudios similares:

a) Actividad física

La actividad física fuera del colegio no parece ser una práctica muy generalizada entre nuestros escolares en su conjunto, aunque las expectativas para el futuro podemos considerarlas como buenas.

Los niños de la Z.U. parecen realizar este tipo de actividad con menor asiduidad que los de la Z.R. Así mismo, tam-

bién parecen valorar en menor grado las clases de educación física, impartidas en los colegios a donde acuden.

b) Alimentación

Podemos afirmar que, si bien la dieta de nuestros escolares no presenta desequilibrios importantes, existen ciertas desviaciones que conviene tener en cuenta. Así, uno de cada dos alumnos toman café en la Z.U., lo que podría explicar la alta prevalencia de trastornos nerviosos y del sueño, expresada por los mismos niños de dicha zona.

Por otro lado, contrasta el grado de consumo de verduras y legumbres, significativamente mayor entre la población estudiada por nosotros, y la de otros estudios^{5, 11, 12}, en donde la ingesta de dichos alimentos es más bien escasa.

Por el contrario, el consumo de dulces presenta una incidencia globalmente mayor en nuestra población escolar en comparación con el consumo mostrado en la Encuesta Nacional⁵.

c) Higiene

La higiene y el aseo personal de nuestros escolares en general no resulta demasiado óptimo, aunque tampoco se puede catalogar como de malo.

No apreciamos diferencias sustanciales en los hábitos higiénicos entre las dos zonas, salvo en el lavado de manos, que es menos habitual en la Z.U., —quizá por tener unas costumbres más relajadas—, al ser la zona más deprimida desde el punto de vista socio-cultural y económico.

Por otro lado, la higiene dental continúa siendo un hábito poco extendido entre nuestra población infantil, lo que, junto

con el alto consumo de productos azucarados, podría explicar la elevada frecuencia de dolores de muelas expresada.

d) Morbilidad percibida

El estudio de la morbilidad en este grupo de población se ha limitado hasta el momento a detectar determinados problemas de salud "objetivables" desde el punto de vista médico (Examen de Salud Escolar). Bajo la perspectiva de la P.S., el análisis de la situación de salud requiere de la recogida de datos subjetivos a través de la opinión sobre cómo perciben los propios afectados los posibles trastornos. La finalidad de recoger esta información de tipo cualitativo no es otra que la de complementarla con la de carácter cuantitativo, logrando así tener una visión más global y exacta de lo que acontece en la realidad.

Aunque los alumnos parecen percibir su estado de salud de una manera aceptable, en líneas generales, un análisis cuidadoso y más pormenorizado de los datos reflejados en las Tablas 4 y 5, nos induce a interpretar lo contrario. Además, también hemos de tener en cuenta que la morbilidad posiblemente se esté subestimando, al haber casi un 15 por 100 de alumnos que no pudieron responder la encuesta al no acudir a clase ese día por problemas de salud, fundamentalmente.

Así, y a pesar de hallar un porcentaje superior de alumnos pertenecientes a la Z.R. que manifestaron no encontrarse muy sanos, se aprecia mayor frecuencia de ciertos trastornos, (como el dolor de muelas, decaimiento, dificultades para dormir y nerviosismo), entre los escolares de la Z.U. que entre los de la Z.R. Aunque los estudios están realizados en meses distintos y las diferencias, en cuanto a la morbilidad registrada y en otros trastornos y conductas, podrían atribuir-

se a la variación estacional, pensamos que dichos trastornos no presentan cambios importantes a lo largo del año. Numerosos estudios han demostrado que las desigualdades sociales se reflejan en la morbilidad, resaltando claramente que las personas, pertenecientes a estratos socio-económicos desfavorecidos, presentan más a menudo problemas de salud que las más instruidas y favorecidas económicamente ¹⁵.

TABLA 5
Frecuencia de consumo de medicamentos
en el último mes (%).

TIPO DE MEDICAMENTO	Z.R.	Z.U.	"p"
Para resfriado	38,3	54,4	0,0003
Para dolor cabeza	39,3	45,8	0,0854
Para la tos	21,8	33,8	0,0027
Para dolor estómago	25,7	33,2	0,0435
Para los nervios	7,8	22,4	0,0001
Para dormir	4,9	12,3	0,0032

e) Consumo de medicamentos

La toma de medicamentos por parte de la población escolar estudiada, podría catalogarse como de preocupante en la Z.R. y de alarmante en la Z.U. Este hecho podría correlacionarse con la morbilidad expresada, aunque pensamos que también podría ser atribuido al bajo nivel socio-cultural de la población, perteneciente a la Z.U. Será conveniente estudiar los factores que provocan este fenómeno.

f) Tabaco y alcohol

De igual forma, no es extraño observar cómo el porcentaje de niños que afirmaron haberse embriagado en alguna

ocasión resulta claramente superior en la Z.U. Además, la ingesta de vino, licores y/o "cubatas" fue también significativamente mayor en la Z.U. Este tipo de conducta se da con mayor asiduidad y antelación entre los niños que entre las niñas, independientemente del ámbito geográfico en que se encuentren.

Con respecto al tabaco, la frecuencia de consumo es casi el doble en la Z.U. que en la Z.R.

Resulta claro, como así también lo demuestran otros autores¹⁴⁻¹⁷, que el ciclo superior de la E.G.B. es clave para el inicio del consumo habitual de estas drogas y que este comienzo se ve adelantado y agravado por las circunstancias sociales y económicas. Igualmente, el hábito de fumar se asocia con un alto porcentaje de casos de ingesta de alcohol. Por el contrario, no hemos encontrado una relación estadística entre el uso de estas drogas en los padres y una mayor frecuencia en los hijos, lo que contrasta con los resultados aportados por otros autores^{14, 16}.

En conclusión, el presente estudio ha servido para aportarnos abundante información de base para la puesta en marcha de los programas que permitan promover hábitos positivos de salud entre nuestros escolares, poniéndonos de manifiesto claras diferencias en las conductas relacionadas con la salud de la población infantil de las zonas analizadas, probablemente condicionadas por las peculiares características geográficas, socio-económicas y culturales de dichas zonas.

AGRADECIMIENTOS

A los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y miembros de los Equipos de Atención Primaria que participaron en este estudio. A los profesores de los

colegios por las facilidades dadas en la recolección de los datos.

BIBLIOGRAFIA

1. Ashton J, Seymour H. La nueva Salud Pública, 1.^o ed. Barcelona: Masson SA, 1990: págs. 17-43.
2. Kickbusch I. Health promotion: a global perspective. *Can J Public Health* 1986; 61: 129-33.
3. OMS. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". *Rev San Hig Pub* 1987; 61: 129-33.
4. Aaro LE, Wold B, Kannas L. Health behaviour in schoolchildren, a WHO cross-national survey: A presentation of philosophy, methods and select results of the first survey. *Health Promotion* 1986; 1: 17-33.
5. Mendoza R, Blanco J, Martín P et al. Los escolares y la salud. Estudio de los Hábitos de los escolares españoles en relación con la salud, Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
6. Mendoza R. Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles. *Comun Drogas* 1987; 5-6: 83-102.
7. Mendoza R. El consumo de alcohol en los escolares españoles: Datos del estudio europeo sobre los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud (1986). En: Problemas relacionados con el consumo del alcohol. Sevilla: Comisionado para la Droga. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía, 1989: 175-90.
8. Marklund O, Strandell A. Health behaviour in Swedish school children: a WHO cross-national survey. Goteborg: University of Goteborg, Department of Education and Educational Research, 1987.
9. Daniel WW. Bioestadística. Bases para el análisis de las ciencias de la salud, 1.^o ed. México: Limusa SA, 1985: 202.

10. Anónimo. Estrategia de Salud para Todos en España en el año 2000, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
11. Aguilera F, Muñoz M, Llopis J, Mataix FJ. Valoración del estado nutricional de una población de niños andaluces escolarizados. *Atención Primaria* 1990; 7: 265-70.
12. Contreras A. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad infantil de Fuenlabrada (Madrid). *Rev San Hig Pub* 1987; 61: 325-30.
13. Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias. 2.^o ed. Barcelona: Masson SA, 1989: 79-82.
14. Herce P, Pérez F, Aldama P. Estudio de la iniciación del hábito de fumar en la población escolar (ciclo superior) en Móstoles. *Rev San Hig Pub* 1985; 59: 1137-54.
15. Rois L. El hábito del tabaco entre la población infantil. *An Esp Pediatr*, 1985; 20: 241-5.
16. Llorent V. Factores sociales que inciden en el consumo de tabaco. Estudio comparado y bases para una educación preventiva. Sevilla: Consejería de salud. Junta de Andalucía, 1990.
17. Rois L. Hábitos de consumo del alcohol entre la población infantil gallega. *An Esp Pediatr* 1985; 10: 573.8.