

COLECCIÓN CEJOTA-E

● salud y juventud

Mariano Hernán, María Ramos y Alberto Fernández
Escuela Andaluza de Salud Pública

Edita:
Consejo de la Juventud de España
Montera, 24 - 6ª Planta - 28013 Madrid
Tel.: 91 701 04 20 - Fax: 91 701 04 40
E-mail: info@cje.org
Internet: <http://www.cje.org>

NIPO: 213-02-002-6
ISBN: 84-921107-9-1
Depósito Legal: M-

AGRADECIMIENTOS.

A los técnicos del Consejo de la Juventud,
nuestros informantes clave,
y especialmente a todos los jóvenes
que han participado en el estudio,
tanto en los grupos focales
y en las entrevistas
como en el cuestionario.
Gracias por su tiempo, y por sus palabras.

INDICE

Presentación.....	3
Introducción.....	5
Metodología.....	11
Resultados.....	21
1. Descripción sociodemográfica de los jóvenes entrevistados.....	21
2. Estado de salud de los jóvenes.....	23
3. Utilización de servicios sanitarios.....	33
4. La alimentación y la imagen corporal.....	41
5. Sexualidad.....	47
6. Consumos de drogas.....	55
7. Seguridad vial.....	71
8. Ocio.....	77
9. Actividad física para la salud.....	87
10. Rendimiento escolar.....	95
11. Situación sociolaboral.....	97
12. Apoyo social.....	99
13. Satisfacción global con su vida.....	101
14. Opinión de los jóvenes sobre las intervenciones dirigidas a ellos.....	103
15. Sugerencias de los jóvenes para mejorar las intervenciones dirigidas a ellos.....	107
Discusión.....	113
Conclusiones.....	139
Bibliografía.....	145
Listado de gráficos.....	155
Listado de tablas.....	159
Listado de abreviaturas siglas.....	161
Anexos.....	163

PRESENTACIÓN

Desde hace años, el Consejo de la Juventud de España viene desarrollando programas e intervenciones relacionadas con la Salud de la población joven. Para continuar con nuestra labor en esta materia, consideramos que es imprescindible conocer la realidad actual y los procesos cambiantes que acontecen en el campo de la Salud (conceptualizaciones, información, actitudes, comportamientos, etc.) para que nuestras intervenciones sigan una línea de trabajo basada en el conocimiento probado.

Nuestra intención es conocer la realidad de la salud de los jóvenes, y para ello partimos de dos elementos esenciales: por una parte, las intervenciones para promover y/o proteger la salud de los jóvenes precisan, además de conocimiento profesional y experto, abordajes que tengan en cuenta los discursos que los diferentes grupos de jóvenes tienen sobre su salud y sobre lo que resulta saludable. Por tanto, necesitamos saber de primera mano cuáles son las demandas de los jóvenes preguntándoles directamente a ellos. No sólo deseamos obtener datos cuantitativos y quedarnos ahí, queremos conocer las motivaciones y los porqués de los comportamientos de los jóvenes, mediante encuestas y grupos de discusión creados a tal fin. Por otra parte, si bien es cierto que hay una serie de características que pueden definir a la juventud, también lo es que los jóvenes conforman su vida de manera diferente dependiendo del contexto sociocultural en el que se encuentran, de ahí que el colectivo joven no sea tan homogéneo como generalmente, de forma simplista, nos quieren hacer ver.

Con este doble planteamiento como punto de partida, en diciembre de 2000 proyectamos con la Escuela Andaluza de Salud Pública la elaboración de un estudio para analizar las diferentes variables relacionadas con población joven y salud, y así disponer de un documento fidedigno que nos ofrezca pautas de actuación a partir de las necesidades y carencias reales reflejadas en la investigación.

Además, a raíz de las conclusiones extraídas, y también como una de nuestras principales finalidades, pretendemos que el documento sirva de herramienta para estimular la adopción de políticas locales, autonómicas y estatales que sean favorables a la promoción de la salud de los jóvenes de nuestro país.

Consejo de la Juventud de España

INTRODUCCIÓN

La salud de los jóvenes es un asunto de especial interés para cualquier Observador de la sociedad española actual. Los accidentes de tráfico, el SIDA, los problemas de salud ligados al sexo, el consumo y el abuso de drogas y la conducta alimentaria, son un ejemplo de la diversidad y de la variedad de determinantes de la salud de los jóvenes. La susceptibilidad de la juventud al impacto de los cambios sociales y culturales y a factores de riesgo para la salud, les convierte en un punto focal en salud pública. La sociedad de hoy está interesada por los acontecimientos y efectos del binomio salud y juventud.

Los cambios en los patrones de consumo y de ocio, y los valores sociales característicos del dinamismo del entorno que rodea a los jóvenes condicionan su salud. La vulnerabilidad de los jóvenes viene favorecida por el acceso al consumo y la disponibilidad de información que circunda en todos los sentidos el entorno y la vida de las mujeres y hombres jóvenes.

Se ha observado que el peso de los determinantes más importantes relacionados con la mortalidad y la morbilidad de la población juvenil es cambiante y los principales problemas de salud que les afectan se distribuyen de manera diferente según grupos de edad, género, comunidad de residencia y clase social. Además, la distribución de los problemas relacionados con determinantes culturales y con la conducta presentan una dinámica que requiere la constante actualización del conocimiento, para actuar sobre ellos de forma efectiva.

El concepto de Salud ha cambiando significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la Organización Mundial de la Salud de primera mitad de siglo, que entiende la salud como "un estado de completo bienestar", ha evolucionado; hoy se comprende mejor el concepto de salud al explicarlo como "un recurso para la vida y no el objetivo de la vida", en el cual, estar sano es "la capacidad (...) para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y las necesidades sociales..." (Blum, 1981).

Conocer el estado de salud es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente en el que vive, con el sistema sanitario que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan a su comunidad y a él como individuo (Dever, 1976). Es decir que los factores personales, sociales, económicos y ambientales influyen en el estado de salud y, por tanto, las estrategias de defensa y protección de la salud, la adopción de estilos de vida, los hábitos de consumo y el manejo del riesgo, están directamente relacionados con la promoción de la salud.

Como ya se ha planteado, uno de los determinantes de los cambios en las condiciones sociales es el del acceso a la información. Es posible que jamás hasta ahora el papel de ésta, en la orientación de las vidas y conductas de las personas, haya sido tan importante. Los jóvenes manejan una cantidad de información formal e informal como nunca antes había ocurrido. Por supuesto este fácil acceso a gran cantidad de información influye en la construcción de las creencias, los conceptos, las actitudes, los valores y los procedimientos que en todos los ámbitos de la vida, incluida la salud, son utilizados por los jóvenes. Sin embargo, mucha información y acceso fácil a la misma, no es garantía de calidad ni de buen manejo de la misma, ni tampoco la existencia de una buena información garantiza el cambio de creencias, actitudes y estilos de vida (Bandura, 1990; Ausubel, 1983). En efecto, frecuentemente aparecen contradicciones entre la información, las normas y valores culturales, la presión de los iguales y otros acontecimientos del entorno que afectan a los hábitos de salud de los jóvenes.

Por otro lado, intereses encontrados entre la salud pública y el mercado, producen discursos contradictorios ante los que chicos y chicas pueden tener sentimientos de desorientación. Por ejemplo, mientras que continuamente se promueven discursos de rechazo al consumo de drogas ilegales, el alcohol o el tabaco son ofrecidos masivamente a los jóvenes en sus propios contextos, vendidos con excelentes campañas de marketing que los maquillan hasta convertirlos en productos completamente integrables en su cultura.

La familia, las creencias religiosas, la etnia y los iguales influyen en la formación de las creencias sobre salud de los jóvenes (Salazar, 2000), y determinan la construcción de los estilos de vida con relación a la salud (Svenson,

1998). El intercambio y aprendizaje social que tienen lugar tanto en la escuela como en el lugar de trabajo, en la familia y en el grupo de amigos merecen ser tenidos en cuenta como determinantes para la salud de los jóvenes.

En definitiva, debemos entender que el joven aprende mediante un proceso condicionado socialmente a través de la cultura (Salazar, 2000). En su comunidad aprende cuáles son las restricciones sociales de los comportamientos y parte de este aprendizaje tiene que ver con el desarrollo de las percepciones y conductas relacionadas con la salud. En ese proceso, los jóvenes generan sus propias señas de identidad diferenciadoras de su grupo social y cultura de la salud. Como consecuencia, la salud en los jóvenes se configura como área temática y de intervención con personalidad diferenciada, en la que diversos grupos con características propias presentan demandas y necesidades de su salud individual y colectiva.

Por tanto, la atención a las demandas de salud de los jóvenes debe partir del respeto a los principios fundamentales de equidad (interviniendo allí donde se dan situaciones de desventaja social), heterogeneidad (teniendo en cuenta la diversidad de los jóvenes y sus múltiples actividades), integridad (abarcando distintos aspectos de la vida de los/as jóvenes y la salud) y participación (implicando a los propios jóvenes, individual y colectivamente, para que sean sus propias claves las que definan las intervenciones).

Partiendo del respeto a estos principios, un primer acercamiento al fenómeno de la salud y la juventud, pasa por el estudio de la situación para hacer un diagnóstico de las necesidades y demandas que guíen la implementación de las políticas y estrategias sanitarias para la salud de la juventud en España.

Como se sabe, hablar de problemas de salud de los jóvenes hoy día es hacerlo, sobre todo, de SIDA, accidentes de tráfico, problemas de salud relacionados con la sexualidad, el consumo y abuso de drogas y la alimentación (King, 1996; Mendoza, 1996). Pero también es necesario abordar otros temas de salud que por no causar tanta alarma social tienden a no estar tanto en las carteras de prioridades como la actividad física, la salud mental o la promoción de estilos de vida saludables, que implican el estu-

dio de la adecuación del tiempo de trabajo, estudio, ocio, consumo, etcétera (Mendoza, 1996; European Commission, 2000).

Para tener una aproximación al estudio de la salud de los jóvenes españoles es preciso conocer la información relevante que se expone a continuación, fruto de un trabajo de revisión bibliográfica previo a esta investigación⁽¹⁾:

- Los jóvenes españoles perciben su salud física como buena. Menos evidente es el estado de su salud emocional, así como la existencia de diferencias en función de la edad, sexo o ámbito.
 - Los jóvenes identifican barreras para utilizar los servicios sanitarios. Los problemas por los que los jóvenes consultan a los servicios sanitarios no coinciden con los problemas de salud que los jóvenes atribuyen a la juventud, y las actividades preventivas desde los servicios sanitarios dirigidas a la población joven parecen ser escasas. Por todo ello, parece necesario profundizar en las necesidades sentidas por los jóvenes respecto a los servicios sanitarios.
- 8**
- Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte en jóvenes. La relación entre el consumo de alcohol y los accidentes de tráfico es conocida pero, en cambio, el papel que juegan otros factores en la población joven ha sido poco estudiado.
 - La aparición del SIDA propició la introducción de la educación sexual en las escuelas en nuestro país. La opinión de los jóvenes sobre dicha educación y sus demandas son poco conocidas. Por otra parte, al hablar de sexualidad y jóvenes nos referimos a conductas de riesgo; los factores asociados a una sexualidad juvenil saludable no se conocen.
 - El consumo de drogas es el tema relacionado con la salud más estudiado en jóvenes. Existen fuentes estables de información que señalan una estabilización en el consumo de tabaco y de estimulantes, así como un descenso en el consumo de alcohol. Mientras que el efecto del sexo y de la edad en el consumo de drogas son conocidos, la relación entre el consumo de drogas y otras variables como el ámbito, el estado de salud, etcétera, han sido menos estudiadas en nuestro país.

⁽¹⁾ Salud y Juventud en España 2001. Informe de Progreso nº1; Hernán M., Ramos M., Fernández A. EASP, CJE.; 2001.

- El interés mediático por los trastornos de la conducta alimentaria se contradice con la baja prevalencia de los mismos, sobre todo en comparación con otros problemas de salud con un impacto sanitario en los jóvenes mucho mayor, como los accidentes de tráfico o el consumo de tabaco.
- Durante la adolescencia muchos jóvenes abandonan el deporte, especialmente las mujeres. Los factores asociados a dicho abandono han sido poco estudiados en nuestro país.
- La principal actividad de ocio de los jóvenes de hoy, la llamada "movida" o "marcha", tiene connotaciones negativas para la salud de los jóvenes. Cabe preguntarse en qué consiste la movida y cuáles son sus efectos sobre la salud de los jóvenes.

Parece evidente la necesidad de disponer de indicadores de salud y datos sobre hábitos de salud lo suficientemente actualizados como para tener una descripción certera del estado de la salud de los jóvenes y de sus determinantes.

Además, conviene tener en cuenta que la cantidad de información generada puede hacer que ésta se quede fuera del alcance y del manejo de los destinatarios de la misma. Gran cantidad de información no garantiza un correcto grado de comprensión del fenómeno estudiado.

Se hace necesario, por tanto, generar información simplificada, pertinente y precisa. El objetivo es obtener datos y resultados explicativos y comprensivos que tanto cuantitativamente como cualitativamente sean útiles, válidos y puedan facilitar una comprensión más completa y actual de la salud de la juventud en España.

Objetivos

1. Conocer el estado de salud percibida por los jóvenes españoles de 13 a 29 años e identificar las variables relacionadas con la misma.
2. Identificar las características y determinantes de la utilización de los servicios de salud por los jóvenes españoles.
3. Conocer los hábitos de salud de los jóvenes españoles.
4. Describir la opinión de los jóvenes españoles sobre los determinantes de su salud.
5. Conocer la opinión de los jóvenes sobre las intervenciones preventivas, asistenciales y de promoción de la salud dirigidas a la juventud española.
6. Conocer las sugerencias de los jóvenes para mejorar las intervenciones dirigidas a ellos.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio descriptivo transversal basado en la combinación de técnicas de investigación cuantitativas (cuestionario) y cualitativas (entrevistas individuales y grupales).

El objetivo del estudio cuantitativo ha sido conocer cuál es el estado de salud de los jóvenes españoles, sus hábitos y sus necesidades en materia de salud. El estudio cualitativo, por su parte, ha pretendido conocer y comprender el por qué y el cómo de aquellas necesidades y hábitos más estrechamente relacionados con la salud de los jóvenes españoles.

Estudio cuantitativo

Población

Del análisis previo relativo al estado de salud y sus determinantes se ha valorado la necesidad de obtener representatividad de jóvenes por edad, sexo y ámbito de residencia. Éstos han sido los criterios fundamentales de muestreo. Se ha procedido de manera que la población estudiada permitiera una representación geográfica de zonas de comunidades autónomas (CCAA) e incluyese los ámbitos metropolitanos de Madrid y Barcelona por su relevancia como grandes ciudades.

Técnica de muestreo

Se ha realizado un muestreo polietápico con estratificación de unidades primarias de muestreo. Las unidades muestrales primarias fueron las secciones censales; las unidades muestrales secundarias las viviendas; y las unidades últimas los individuos. Con objeto de tener representatividad de las principales zonas de España, recoger zonas de costa e interior, que pudieran implicar hábitos y conductas diferentes en los jóvenes, se eligieron las zonas de CCAA (provincias de A Coruña, Zaragoza, Valencia, Granada y Sevilla y

Comunidad de Asturias) por conveniencia, y se incluyeron las ciudades de Madrid y Barcelona para tener representación de los jóvenes de grandes urbes. La estratificación se realizó en cada una de estas zonas de CCAA de acuerdo a la variable ámbito (según tres estratos: capitales, municipios de 10.000 a 100.000 habitantes, y municipios de menos de 10.000 habitantes), como se muestra en la tabla 1. La estratificación por edad, según cuatro estratos: (13-15;16-17;18-23 y 24-29 años) y por sexo, se realizó en las unidades secundarias de muestreo (viviendas), como se puede ver en el anexo 1.

La selección de unidades muestrales de primera etapa (secciones censales) se realizó mediante muestreo aleatorio simple dentro de cada nivel de la variable hábitat. Las unidades secundarias de muestreo (viviendas) se seleccionaron por el procedimiento de rutas aleatorias. Cuando en la vivienda residía más de una persona joven entre 13 y 29 años, se seleccionó una de ellas aleatoriamente.

Tabla- 1. Distribución de la muestra por provincias y ámbito

Provincia	Capital	10.000 a 100.000	Menos de 10.000	Total
Madrid	184			184
Barcelona	180			180
Zaragoza	75	74	71	220
Valencia	76	75	69	220
Oviedo	75	75	70	220
A Coruña	75	75	72	222
Sevilla	77	76	69	222
Granada	80	75	70	225
TOTAL	822	450	421	1.688

Se estimó un tamaño muestral de 1.688 jóvenes para estimar un parámetro poblacional ($P=Q= 50\%$) con una precisión 5%, con un nivel de confianza del 95% para cada uno de los dominios obtenidos de la combinación de ambos géneros, dos grupos de edad (13 hasta 18 y de 18 a 29 años), y el ámbito de residencia. Finalmente, el número de jóvenes encuestados fue 1.693.

Instrumento utilizado

Para obtener la información sobre el estado de salud de los jóvenes y de sus determinantes se ha utilizado un cuestionario elaborado por el equipo de investigación tras una revisión bibliográfica. Algunas de las variables han sido

exploradas mediante preguntas o conjuntos de preguntas extraídas de otros cuestionarios validados previamente, en algunos casos adaptadas o simplificadas, mientras que para otras variables se han creado nuevas preguntas.

Se han utilizado 4 modelos distintos de cuestionario atendiendo a la edad y sexo de los jóvenes: un modelo para las chicas menores de 18 años (M18-), otro para los chicos menores de 18 años (V18-), otro para las chicas de 18 a 29 años (M18+) y, finalmente, otro para los chicos de 18 a 29 años (V18+). Ello ha sido así por dos motivos: se consideró que algunas preguntas podían ser violentas para los jóvenes menores de 18 años o para sus padres, como por ejemplo: ¿Has pensado alguna vez en suicidarte?; en segundo lugar, a las chicas se les hicieron algunas preguntas que no procedía realizar en los chicos, por ejemplo: ¿Has estado alguna vez embarazada? El modelo M18- y el modelo V18- constan de 97 preguntas, el modelo M18+ de 104 preguntas y el modelo V18+ de 101 preguntas. En el anexo 2 se ha incluido la versión M18+, por ser la más extensa.

Se realizó un estudio piloto del cuestionario en una muestra de 70 jóvenes para comprobar que había una buena comprensión de las preguntas, que las escalas se entendían, y que el tiempo de cumplimentación del mismo se ajustaba a lo previsto.

Las entrevistas se realizaron en el domicilio, previa solicitud de permiso tutelar de los padres para los jóvenes menores de edad. Los encuestadores fueron profesionales específicamente formados para este estudio. Los cuestionarios fueron autoadministrados, y su cumplimentación requirió entre 35 y 45 minutos. Se supervisó de forma telefónica el 25% del trabajo de cada encuestador.

Variables de estudio

Las variables que explora el cuestionario se agrupan en 10 bloques temáticos: sociodemográfico, salud, utilización de servicios sanitarios, alimentación, sexualidad, seguridad vial, consumo de drogas, actividad física, ocio, y otros factores relacionados con la salud de los jóvenes. En el anexo 3 se muestra un listado de las variables por bloques y la fuente de obtención de las preguntas utilizadas para explorarlas.

El bloque sociodemográfico ha sido construido a partir de preguntas elabora-

das por el equipo de investigación en la mayor parte de casos, aunque inspiradas en los estudios del Instituto de la Juventud (INJUVE) y en la Encuesta Nacional de Salud (ENS).

Con respecto al bloque salud, se ha utilizado como eje central el estado de salud percibida, y para medir esta variable, se ha utilizado la misma pregunta que se usa en la ENS, con el objeto de poder comparar el estado de salud de los jóvenes con el del resto de la población española: ¿Cómo estás de salud? Para responder, los jóvenes tenían que elegir una de las opciones: muy bien, bien, regular, mal o muy mal.

El estado de salud mental ha sido estudiado mediante el test GHQ (General Health Questionnaire), elaborado por Goldberg y posteriormente validado en España (Muñoz, 1993). El propósito del autor del test GHQ fue desarrollar un instrumento de detección de casos psiquiátricos para los médicos de Atención Primaria. Por ello se denominó cuestionario de salud general (Badía y col, 1996). Se ha utilizado la versión más reducida de 12 ítems (preguntas 6 y 7). El sumatorio de la puntuación total obtenida indica una posibilidad alta de ser caso psiquiátrico a partir de determinados valores. Como punto de corte se ha utilizado a 3, tal como se ha hecho en otros estudios (Rajmil, 1998).

14

La presencia de síntomas psicósomáticos ha sido explorada mediante una escala (pregunta 9) utilizada previamente en una población estudiante de Hungría (Pikó, 1997), y para estudiar el nivel de autoestima se ha utilizado la escala de Rosenberg, compuesta por 10 ítems (pregunta 10), y elaborada específicamente para adolescentes (Robinson y col, 1991). No tenemos conocimiento de que ninguna de estas dos escalas haya sido validada previamente en población joven española.

Para estudiar la utilización de servicios sanitarios por parte de los jóvenes, se han empleado preguntas de la Encuesta Nacional de Salud Canadiense (National Population Health Survey, 1999), así como otras utilizadas previamente por el equipo de investigación en estudios anteriores (Gea, 2001) o diseñadas específicamente para esta investigación.

La exploración de los hábitos de salud de los jóvenes: alimentación, consumo de drogas, sexualidad, actividad física, seguridad vial y otros factores, ha sido elabo-

rada a partir de los estudios ECERS (Estudios sobre las Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud), los cuales a su vez formaron parte de una iniciativa más amplia financiada por la Organización Mundial de la Salud: HBSC (Health Behavior School Children) (Mendoza, 1994).

En cada uno de los bloques, además, se ha prestado atención a instrumentos de reputación internacional como los estudios YRBS (Youth Risk Behavior Surveillance System) del CDC de Atlanta (Center for Disease Control), así como a las investigaciones realizadas en nuestro país sobre el tema, (Bimbela, 1999; García Ferrando, 1993).

En el bloque alimentación, a partir del peso y la talla declarados por los jóvenes, se han calculado los índices de obesidad y de sobrepeso. Para los jóvenes de 18 años en adelante se han utilizado los puntos de corte de 25 para sobrepeso y 30 para obesidad (WHO, 1995). Para los menores de 18 años, se han utilizado los puntos de corte de sobrepeso y obesidad estandarizados internacionalmente para jóvenes (Cole, 2000), que ofrecen puntos de corte diferenciados según edad y género.

Por último, para las variables del bloque ocio, se han utilizado preguntas obtenidas de los estudios de Mendoza y de Calafat (Mendoza, 1994; Calafat, 2001), y otras elaboradas para esta investigación.

Análisis de la información

Se ha realizado un análisis descriptivo y un análisis bivariante mediante las herramientas estadísticas habituales (Chi^2 , t de Student y ANOVA) atendiendo a 8 dominios: chicas de 13 a 17 años urbanas, chicos de 13 a 17 años urbanos, chicas de 18 a 29 años rurales y chicos de 18 a 29 años rurales. El nivel de significación utilizado ha sido del 5%. Posteriormente, se ha realizado un análisis bivariante con las mismas herramientas estadísticas entre cada una de las variables de estudio y el estado de salud percibida y el estado de salud mental. Para ello se ha utilizado el soporte informático SPSS 9.

Dado que la ponderación de cada uno de los dominios ha sido diferente, sólo se presentan resultados agregados cuando éstos son homogéneos en todos los dominios a los que se refieren; en caso contrario, la información aparece desagregada según cada uno de los dominios en los que los resultados obtenidos presenten diferencias.

Estudio cualitativo

Técnicas utilizadas

Se ha utilizado una combinación de técnicas de investigación cualitativa: grupos focales, entrevistas en profundidad y grupos nominales simplificados.

Se han realizado 13 grupos focales con jóvenes (duración 60-90 minutos cada uno). Al finalizar cada grupo focal, con los mismos participantes se realizó un grupo nominal. Los grupos nominales tuvieron una duración de 20 minutos aproximadamente. Por otra parte, se han realizado 13 entrevistas en profundidad - individuales o en pareja, según los casos - a jóvenes considerados por nosotros informantes clave (jóvenes que trabajan con jóvenes o jóvenes con características peculiares). Las entrevistas tuvieron una duración que osciló entre los 30 y los 60 minutos.

Perfil de los participantes a los grupos focales

A partir de la revisión bibliográfica realizada, se decidió que la variable principal para la segmentación de los grupos sería el tipo de actividades a las que los jóvenes dedicaban la mayor parte de su ocio. Además del tipo de ocio, se segmentó a la población juvenil de acuerdo a las siguientes variables: sexo, edad, ámbito, clase social y situación sociolaboral. De esta forma, el perfil de los jóvenes participantes a cada grupo focal es el que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2. Perfil de los participantes en los grupos focales

N°	Ocio	Sexo	Edad	Ámbito	Clase social	Sociolaboral
GF1	Bares-botellón	Mixto	15-19	Rural costa	Media-baja	Estudian ESO
GF2	Deporte	Chicos	20-25	Urbano	Media-media	Trabajan
GF3	Consumo adulto	Mixto	25-29	Urbano	Media-alta	Trabajan
GF4	Bares-botellón	Chicos	15-25	Rural interior	Media-media	Estudian ESO o Universidad
GF5	Participación	Mixto	15-19	Mixto	Media-alta	Estudian Bachillerato
GF6	Bares-botellón	Mixto	20-25	Urbano	Media-alta	Trabajan y estudian cualquier nivel
GF7	Participación	Mixto	20-25	Urbano	Media-baja	Estudios no universitarios
GF8	Marginales	Chicos	15-19	Urbano	Baja	Estudian o se buscan la vida
GF9	Cultural	Mixto	20-25	Urbano	Alta	Estudian en Universidad
GF10	Alternativo	Mixto	20-25	Urbano	Media-media	Estudian en Universidad
GF11	Bares-botellón	Chicas	15-19	Urbano	Media-baja	Estudian Formación profesional
GF12	Bares-botellón	Chicas	15-19	Rural interior	Media-baja	Están en paro
GF13	Deporte	Mixto	20-25	Mixto	Media-media	Estudian en Universidad

Perfil de las entrevistas en profundidad

Como se muestra en la tabla 3, se realizaron ocho entrevistas a jóvenes que trabajan con jóvenes, con el siguiente perfil: monitores juveniles de tiempo libre, educadores de calle, técnicos de salud de Consejos de la Juventud autonómicos y profesores: de Instituto de Educación Secundaria (IES), de Universidad y una profesora de gimnasia rítmica.

Por otra parte, se realizaron cuatro entrevistas a jóvenes clave: dos jóvenes usuarios habituales de discotecas y fiestas rave, un joven okupa, un joven DJ, dos usuarios de cyberparty (actividad de ocio alternativo promovida por el Ayuntamiento) y dos gimnastas federadas que compiten en el ámbito nacional.

Tabla 3. Perfil de los participantes en las entrevistas en profundidad

Nº	Perfil	Sexo	Edad	Ámbito
E1	Monitor tiempo libre	Chico	20-25	Rural costa
E2	Técnico CJA y educador calle	Mixto (2)	20-25	Urbano
E3	Educador calle	Chica	20-25	Urbano
E4	Técnico CJA	Chica	25-29	Urbano
E5	Monitor tiempo libre	Chico	25-29	Rural interior
E6	Profesor universitario	Chico	25-29	Urbano
E7	Profesor IES	Chico	25-29	Rural interior
E8	Profesora gimnasia	Chica	25-29	Urbano
EJ1	Okupa	Chico	25-29	Urbano
EJ2	Usuarios discotecas	Chicos (2)	15-19	Urbano
EJ3	DJ	Chico	20-25	Urbano
EJ4	Usuarías cyberparty	Chicas (2)	20-25	Urbano
EJ5	Gimnastas	Chicas	15-19	Urbano

Trabajo de campo

Los primeros cinco grupos focales y las primeras cinco entrevistas se realizaron durante el mes de agosto, y los resultados de las mismas sirvieron para apoyar la elaboración del cuestionario definitivo. El resto de grupos y entrevistas se realizaron entre los meses de octubre y diciembre, salvo uno de los grupos que se realizó en el mes de enero, que sirvió para confirmar algunos resultados del análisis del cuestionario.

Los participantes en los grupos focales y en las entrevistas fueron contactados a través de informantes clave. El lugar de realización de los grupos fue variado,

realizándose en sedes de los Consejos de Juventud Autonómicos, Casas de Juventud de los Ayuntamientos, casas particulares, parques o Facultades. Las entrevistas individuales también se realizaron en diferentes lugares, atendiendo en este caso a la preferencia de los entrevistados, principalmente en su lugar de trabajo o domicilio. Tanto los grupos focales como las entrevistas en profundidad fueron grabados íntegramente –previo consentimiento de los entrevistados –, y posteriormente transcritas en un procesador de texto exportable a NUDIST-Vivo.

Guiones de las entrevistas

Se utilizaron dos guiones diferentes, ambos elaborados por el equipo de investigación a partir de una revisión bibliográfica y modificados de acuerdo a los resultados de los primeros grupos y entrevistas y también del estudio piloto del estudio cuantitativo. Uno de los guiones se utilizó para los grupos focales y para las entrevistas a los jóvenes peculiares (anexo 4) y el otro para las entrevistas a los jóvenes que trabajan con jóvenes (anexo 5).

Análisis de la información

Todo el material transcrito procedente de los grupos focales y de las entrevistas en profundidad fue codificado de acuerdo a las dimensiones que se

Tabla 4. Dimensiones del análisis cualitativo

Salud	Concepto de salud Principales problemas de salud de los jóvenes Comportamientos saludables de los jóvenes de hoy Influencia de la familia, escuela, medios de comunicación y amigos
Cómo resuelven sus problemas de salud	Utilización de servicios sanitarios Utilización de centros específicos para jóvenes Otras formas de resolverlos
Sexualidad	Sexo saludable Educación sexual Problemas relacionados con la sexualidad
Drogas	Consumo de drogas legales Consumo de drogas ilegales Información sobre drogas Problemas con las drogas
La movida	Qué es la movida El fenómeno del botellón Problemas asociados a la movida
Actividad física	Razones para hacer actividad física Razones para no hacer
Accidentes de tráfico	Factores relacionados con los accidentes
Alimentación	Cómo es la alimentación de los jóvenes
Intervenciones	Opinión sobre lo que se está haciendo Opinión sobre lo que se podría hacer

muestran en la tabla 4 e incorporado al programa NUDIST-Vivo. Posteriormente se realizó un análisis de contenido de dicha información.

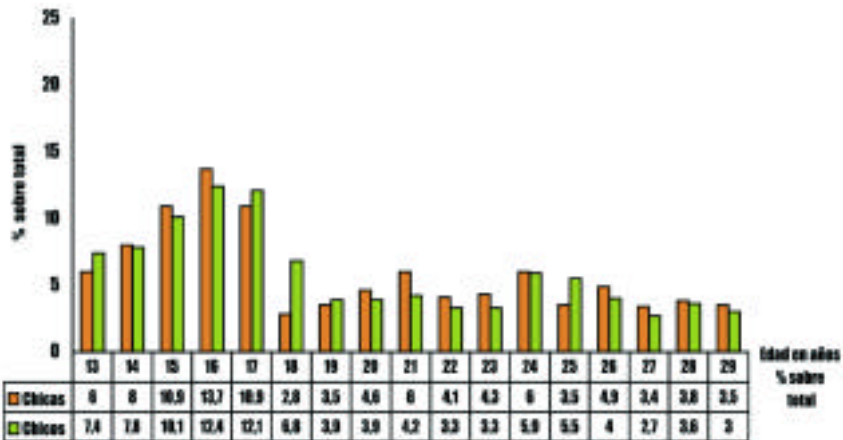
La primera estrategia de triangulación de los resultados consistió en el análisis por separado de la información por parte de dos miembros del equipo de investigación, que posteriormente contrastaron y consensuaron los resultados obtenidos por medio de un análisis cruzado. Otra estrategia de triangulación consistió en verificar la redundancia entre los resultados obtenidos por medio de los grupos focales y los obtenidos por medio de las entrevistas en profundidad. La tercera estrategia fue buscar la redundancia entre los resultados obtenidos según el perfil de los jóvenes. Finalmente, la última estrategia de triangulación fue la comparación entre los resultados obtenidos por medio de la complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos.

Los grupos nominales se analizaron en primer lugar cada uno individualmente, y las propuestas ordenadas de acuerdo al número de votos obtenidos. Se priorizaron las propuestas que habían sido votadas por un número mayor de jóvenes en cada grupo. Posteriormente a las 5 propuestas más votadas de cada grupo nominal se les asignó una puntuación de 5 a 1, fueron agrupadas en núcleos temáticos y sumadas sus puntuaciones hasta obtener una tabla única de propuestas priorizadas.

1. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS JÓVENES ENTREVISTADOS

El cuestionario fue cumplimentado por 1.693 jóvenes, de los cuales 841 eran varones (49,7%) y 852 mujeres (50,3%), de edades comprendidas entre los 13 y los 29 años. En el gráfico 1 se muestra la distribución por edad y sexo de la muestra, intencionadamente sobredimensionada en el tramo de los 13 a los 17 años, con el propósito de obtener un número similar de jóvenes menores de 18 años y de 18 años en adelante.

Gráfico 1. Distribución de la muestra de jóvenes por edad y sexo (n = 1.693)

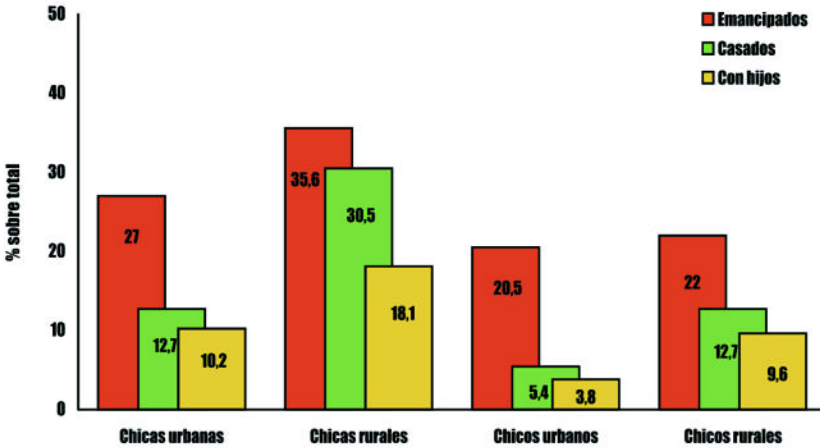


El 75,1% de los jóvenes de la muestra reside en ciudades y el 24,9% en el medio rural (poblaciones de menos de 10.000 habitantes), es decir, que la población joven rural también está sobredimensionada, ya que los jóvenes rurales en nuestro país constituyen únicamente el 19% del total de los jóvenes. De los jóvenes urbanos entrevistados, el 64,7% vive en grandes núcleos urbanos de más de 1.000.000 de habitantes y el resto en ciudades de menos de 1.000.000 de habitantes.

Entre los jóvenes menores de 18 años, menos del 3% está emancipado. Entre los mayores de 18, el porcentaje de emancipación es variable, y se observa una mayor precocidad en el caso de las mujeres. Así, el 27% de las

chicas urbanas de 18 años en adelante y el 35,6% de las rurales están emancipadas, mientras que entre los chicos sólo un 20% lo está (Anexo 6). Por otra parte, si se relaciona el nivel de emancipación de estos jóvenes con su estado civil y su descendencia, destaca que la mayor parte de las chicas rurales emancipadas están casadas, y de ellas, más de la mitad tienen hijos. Para los jóvenes urbanos, sin embargo, la emancipación no implica necesariamente el matrimonio ni la formación de una familia propia, como se muestra en el gráfico 2.

Gráfico 2. Jóvenes de 18 años en adelante emancipados, casados y con hijos por sexo y ámbito

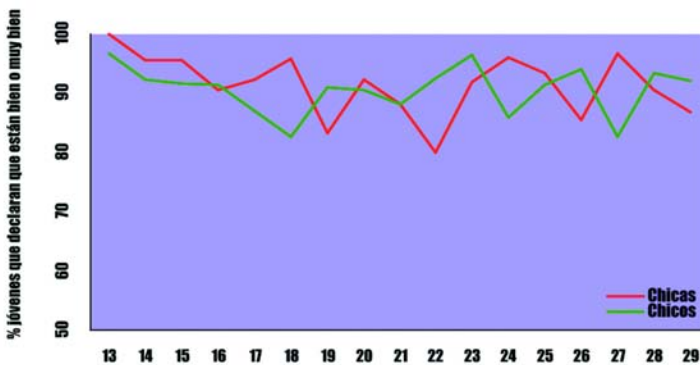


2. ESTADO DE SALUD DE LOS JÓVENES

Salud percibida

La mayor parte de los jóvenes (90,3%) han declarado que su salud es buena o muy buena. Al estudiar la relación entre salud percibida y edad, parece que hay un período en el que la salud percibida es ligeramente menor, que se situaría entre los 18 y los 24 años (gráfico 3).

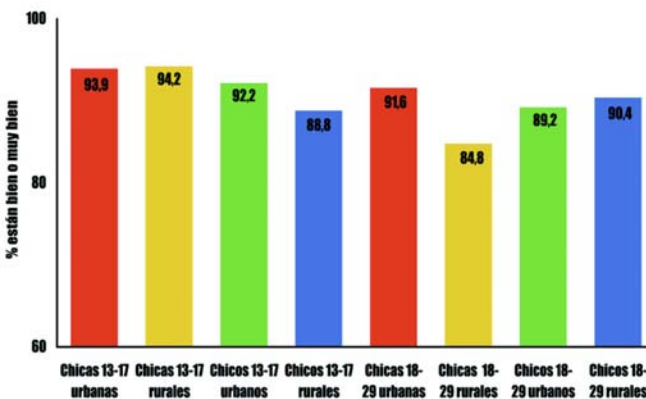
Gráfico 3. Salud percibida de los jóvenes por edad y sexo



23

No se han observado diferencias en el estado de salud percibida de los jóvenes por sexo o ámbito, exceptuando a las chicas rurales de 18 años en adelante, en el que un porcentaje menor que el resto de jóvenes de su edad tiene una percepción buena o muy buena de su salud (gráfico 4).

Gráfico 4. Salud percibida de los jóvenes por edad, sexo y ámbito

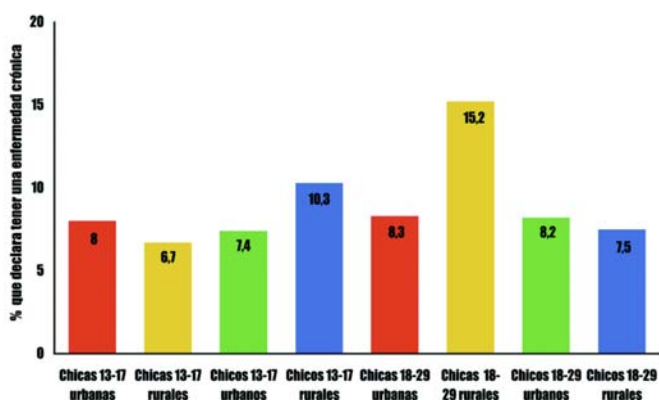


Es decir, la mayor parte de jóvenes perciben su salud como buena o muy buena, y entre un 10 y un 15% de jóvenes percibe su salud como regular, mala o muy mala.

Enfermedades

Entre el 7 y el 15% de los jóvenes ha declarado tener alguna enfermedad crónica. Las chicas rurales de 18 años en adelante son las que más han referido tener enfermedades crónicas (gráfico 5), lo que podría explicar que como grupo perciban su salud como peor.

Gráfico 5. Prevalencia de enfermedades crónicas por edad, sexo y ámbito



24

El 70% de las enfermedades crónicas declaradas por los jóvenes son enfermedades alérgicas (tabla 5). En esta muestra, ningún joven ha declarado tener VIH/SIDA.

Tabla 5. Enfermedades crónicas declaradas por los jóvenes

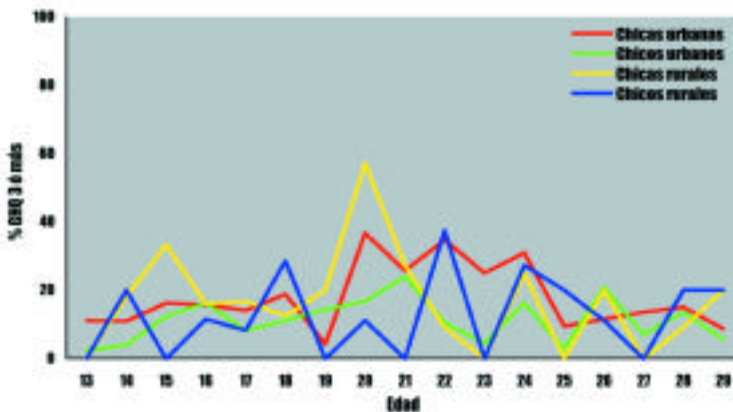
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Enfermedad alérgica	110	67,4
Secuela accidente de tráfico	13	7,9
Secuela otro accidente	10	6,1
Diabetes	6	3,6
VIH/SIDA	0	0
Otras*	24	12,5
TOTAL	163	100

*En otras, se incluyen 4 casos de escoliosis, 2 casos de miopía y otras de forma aislada.

Salud mental

Respecto a la salud mental, al aplicar la escala GHQ⁽²⁾ que discrimina posibles problemas de salud mental, las puntuaciones obtenidas han sido muy variables en función de la edad, sexo y ámbito (gráfico 6). Entre un 10 y un 20% de los jóvenes ha obtenido puntuaciones del GHQ iguales o superiores a 3, lo que indica que tienen más probabilidades de tener problemas de salud mental. La puntuación en el GHQ, además, aumenta con la edad. Antes de los 18 años, la puntuación de las chicas es superior a la de los chicos. A partir de los 18 años, las chicas urbanas presentan puntuaciones en el GHQ más altas que el resto de jóvenes (gráfico 7).

Gráfico 6. Porcentaje de jóvenes con puntuaciones en GHQ 3 por edad, sexo y ámbito



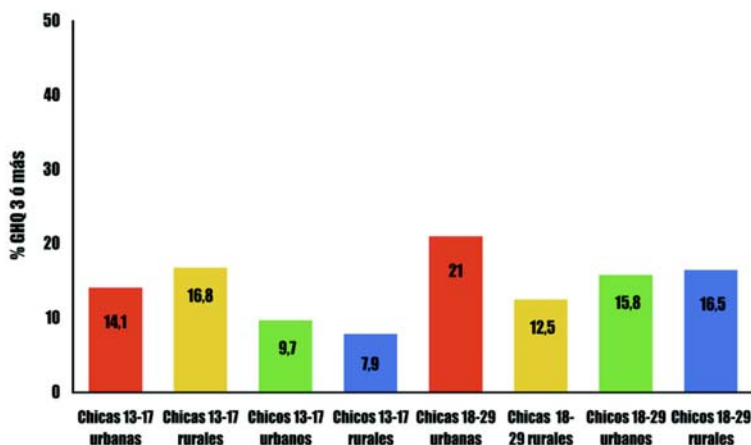
Se ha observado que tener una puntuación más alta en el GHQ se asocia a un peor estado de salud percibida.

El 1,6% de los jóvenes declara estar en tratamiento psicológico, sin que se observen diferencias significativas entre los grupos. Entre los jóvenes con GHQ mayor o igual a 3, el 5,7% está en tratamiento psicológico.

De los 25 jóvenes que declararon estar en tratamiento psicológico, 8 (32%) dijeron que fue por crisis de ansiedad, 6 (24%) por depresión, 3 (12%) por cuadros psicóticos, 2 (8%) por problemas con los estudios y 2 (8%) por problemas con las drogas. En 5 casos (20%) no se especificó claramente el motivo.

⁽²⁾ El General Health Questionnaire (GHQ) es un cuestionario de cribaje de problemas psicopatológicos en la población general.

Gráfico 7. Porcentaje de jóvenes con puntuaciones en GHQ ≥ 3 por edad, sexo y ámbito

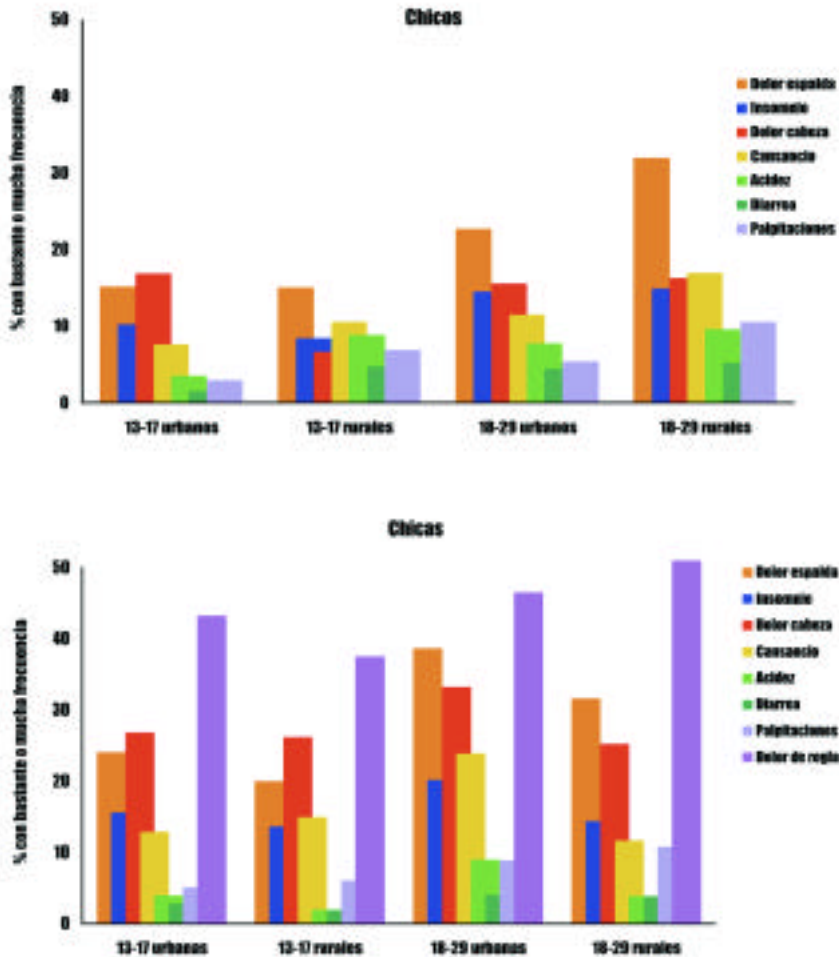


También se ha recogido la presencia habitual de síntomas como dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor de regla, insomnio, cansancio crónico, acidez, palpitaciones y diarrea, considerados en la gente joven como síntomas psicósomáticos (gráfico 8). Se ha observado que la presencia habitual de estos síntomas se asocia significativamente a un peor estado de salud percibida y a tener puntuaciones en el GHQ iguales o superiores a 3.

26

Como se puede ver en el gráfico 8, la presencia de síntomas psicósomáticos declarados es muy superior en las chicas comparada con la de los chicos, sobre todo entre las chicas urbanas de 18 años en adelante. Así el 39% y el 33% de las chicas urbanas de 18 años en adelante refieren tener con bastante o mucha frecuencia dolor de espalda y dolor de cabeza respectivamente, frente al 32 y 25% de las chicas rurales. En cambio, el dolor de regla es más frecuente entre las jóvenes rurales. Así, el 51% de las chicas rurales de 18 años en adelante declara tener dolor de regla con bastante o mucha frecuencia frente al 46,5% de las urbanas. Por otra parte, los síntomas psicósomáticos son más frecuentes en los jóvenes de 18 a 29 años en adelante respecto a los que tienen menos de 18 años.

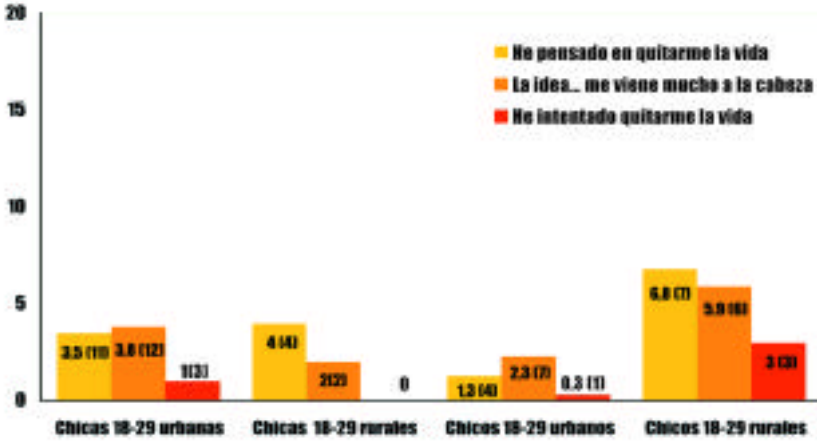
Gráfico 8. Síntomas psicósomáticos en chicos y chicas por edad, sexo y ámbito



Por otra parte, se han explorado los pensamientos suicidas y los intentos de suicidio⁽³⁾. Un 3,1% del total de jóvenes entrevistados de 18 años en adelante (26 jóvenes), declara haber pensado alguna vez en quitarse la vida, un 3,3% (27 jóvenes) ha declarado que la idea de quitarse la vida le viene mucho a la cabeza, y el 0,8% (7 jóvenes) dice haber intentado en alguna ocasión quitarse la vida. No se han observado diferencias significativas entre los grupos, salvo para los chicos rurales, como se puede ver en el gráfico 9. Se ha observado que los jóvenes con pensamientos o con antecedentes de intentos suicidas tienen significativamente peor salud percibida y puntuaciones superiores en el GHQ que el resto.

⁽³⁾ Estas preguntas se han realizado únicamente en los jóvenes de 18 años en adelante.

Gráfico 9. Pensamientos suicidas e intentos suicidas en jóvenes de 18-29 años por sexo y ámbito*

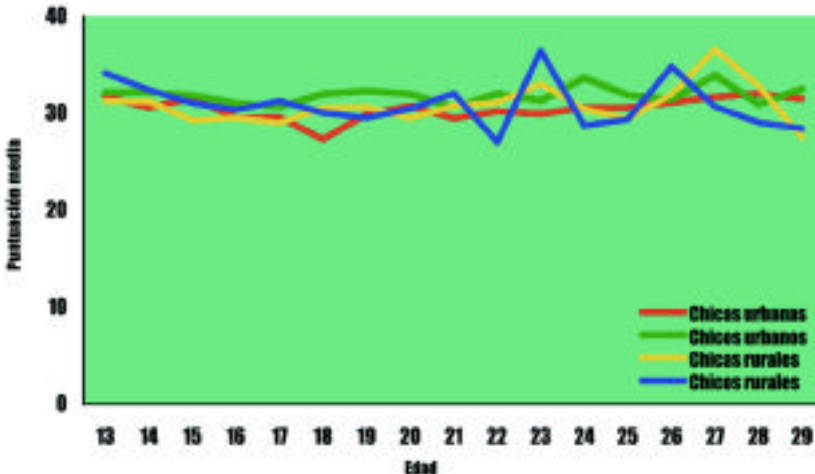


* En porcentaje. Entre paréntesis en números absolutos.

Otro aspecto también relacionado con la salud mental y con las conductas de riesgo en jóvenes es el nivel de autoestima. En una escala de 0 a 40, se ha observado que la mayoría de jóvenes tienen un nivel de autoestima por encima de 30. El nivel de autoestima ha sido significativamente superior en los chicos con respecto a las chicas, y menor en los jóvenes entre 15 y 23 años respecto a los demás (gráfico 10). Se ha observado que el nivel de autoestima se asocia de forma significativa al estado de salud percibida y al estado de salud mental.

28

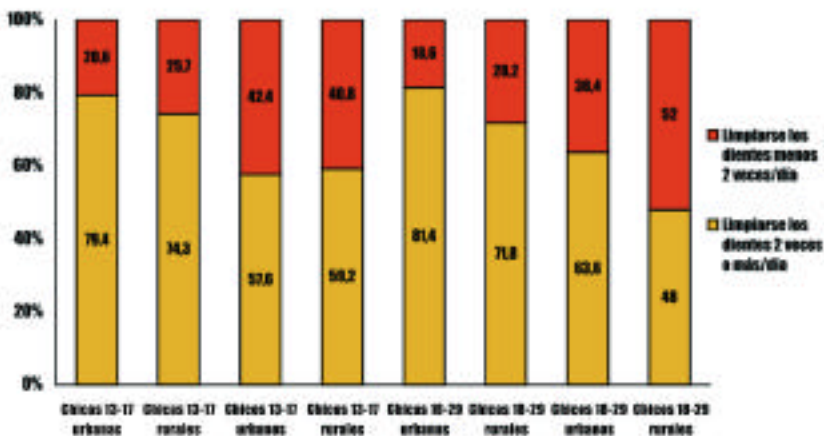
Gráfico 10. Nivel de autoestima en jóvenes por edad, sexo y ámbito



Salud oral

Con relación a los hábitos de higiene dental (gráfico 11), se han observado diferencias significativas en función del sexo y el ámbito. Por una parte, los chicos han presentado peor higiene dental que las chicas en todos los grupos. Por otra parte, la higiene dental es peor en los jóvenes rurales. En concreto, llama la atención que más de la mitad (52%) de los varones rurales de 18 años en adelante declare limpiarse los dientes menos de dos veces al día.

Gráfico 11. Higiene dental en jóvenes por edad, sexo y ámbito



Visión cualitativa de la salud

Los jóvenes consultados han expresado una visión global e integral de la salud, que incluye un aspecto físico, que casi todos los jóvenes poseen; un aspecto emocional, de gran trascendencia para ellos y, por último, un aspecto social, menos presente en el discurso juvenil. Para los más jóvenes, la salud parece estar centrada en la ausencia de enfermedades.

"La salud, el qué puede ser, tío, es cuando uno se encuentra bien, por ejemplo, un tío que siempre está haciendo deporte, quizás tiene mejor salud que uno que no hace nada, eso está más claro que el agua, según la dieta que tengas de comida, y todo eso ¿no?, es mantener el organismo, pues bien" (GF8)

"Estar bien en todos los niveles, lo que comentas, físico, psíquico, todos, o sea no sólo fijarte en si te duele la rodilla, si la rodilla la tienes bien pero luego la cabeza la tienes mal, entonces tu salud no esta bien" (GF2)

"...en todo lo que te afecte a ti, a tu integridad física, y la ambiental, tú puedes tener salud social, pero luego la medioambiental, después, afecta a lo físico" (GF10)

"Por supuesto, la salud depende mucho del estilo de vida que lleves. El estrés por ejemplo, que afecta a muchísima gente, y eso es salud. El cáncer por fumar o por otras cosas también, es el día a día, también es salud. Y también depende de dónde vivas. Si vives en una ciudad, eso también afecta a la salud. Depende mucho de dónde vivas y con quién estés y en qué trabajos. Yo creo que sí que influye todo eso" (GF7)

Los principales componentes de una vida sana son, en opinión de los jóvenes, la actividad física y la alimentación. En la práctica, sin embargo, estar sano para un joven es poder hacer lo que quiere al ritmo que quiere. La familia se considera un elemento importante en la salud, aunque quienes más influyen en la salud, según la opinión de los jóvenes, son los amigos, porque son determinantes en la adopción de determinados hábitos de riesgo o de salud.

30

"Para la gente, salud es poder ir a cuarenta sitios a cien por hora y decir lo he hecho todo y estoy bien conmigo mismo... decir qué bien me lo he pasado hoy y qué salud tengo... Eso cada uno lo que le venga bien a su cuerpo, luego que el cuerpo aguante más o menos" (GF9)

"Con una estabilidad en la familia, tienes mucho más fácil que estés mejor, y si no tienes estabilidad familiar, pues es más fácil que tengas problemas de salud de todo tipo" (GF7)

"Yo creo que los amigos es la base de todo. Si a tus amigos les gusta el deporte, a ti te va a gustar el deporte, que a tus amigos les gusta el cachondeo, tú siempre te vas a juntar" (GF8)

Según los entrevistados, la mayoría de los jóvenes no tienen problemas de salud. En su opinión, los principales problemas de salud de los jóvenes de

hoy podrían ser: el sida, el consumo de drogas legales e ilegales, los trastornos ligados a la imagen corporal y el estrés. O por lo menos esos son los problemas de la juventud transmitidos por los medios de comunicación, y atribuidos a su falta de equilibrio.

"Hombre, yo creo que un joven, desde mi punto de vista, no se preocupa mucho por la salud, porque los jóvenes normalmente tenemos buena salud, vitalidad, y todo. Lo que preocupa un poco de la salud de los jóvenes es el tema de las drogas, o sea, aparte de enfermedades que podamos tener, también hay enfermedades típicas, no, como el SIDA y todo eso, pero... no sé, yo lo que más afecta a la salud son las drogas, vamos, creo yo. Y no todas" (GF5)

"Las drogas, la anorexia y la bulimia que yo creo que son problemas que en estos momentos se están tratando como desde muchos sitios y que puede que vengan... de la baja estabilidad psicológica que los jóvenes podemos tener en estos momentos, o por la inestabilidad laboral o por mil historias, por no saber afrontar los problemas" (GF3)

"También el tema de la imagen... creo que es un problema y sobre todo en las chicas, te ponen un modelo... la imagen choca en general porque no es real, entonces las frustraciones, malos rollos, y eso influye en la salud y eso conecta un poco con el tema de tú estar integrado con el tema de la identidad, de la propia identidad, no, de crear tu propia identidad y también con el entorno, no, conectar con, bueno, pues crear una imagen... de persona joven" (GF10)

"La mayoría de jóvenes están estresados, agobiados, y en fin, conozco gente que desde mi edad está muy preocupada por la carrera, por el trabajo..." (E5)

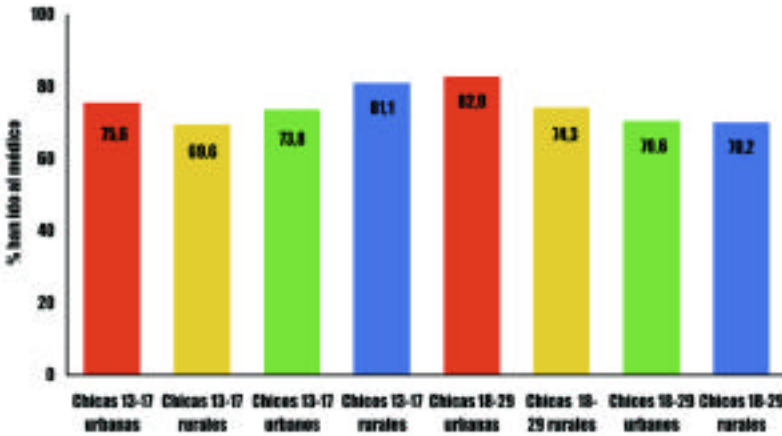
"Tú cuando vas a un psicólogo lo primero que te pregunta es: ¿tú te drogas?" (GF12)

"Fomentan estereotipos. Todo el mundo somos parecidos, todos. Todos somos unos drogadictos, todos queremos tener musculitos... y de ahí todos los problemas: bulimia, anorexia" (GF7)

3. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Aproximadamente, el 75% de los jóvenes entrevistados dijo haber consultado al médico en el último año. Los que más realizaron alguna consulta fueron las chicas urbanas de 18 años en adelante (gráfico 12). Haber realizado alguna consulta al médico en el último año se asoció con tener peor salud percibida. En dos tercios de los casos, el médico visitado fue un médico general (tabla 6).

Gráfico12. Jóvenes que han consultado al médico en el último año por edad, sexo y ámbito



33

Tabla 6. Tipo de médicos visitados preferentemente por los jóvenes en el último año

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Médico general	820	61,6
Dentista	142	10,7
Urgencias	133	10,0
Especialista*	130	9,8
Médico particular	68	5,1
Medicina alternativa	14	1,0
Planificación familiar	11	0,8
Fisioterapeuta	7	0,5
Psicólogo	5	0,4
TOTAL	1.330	100

*Los especialistas más visitados fueron: ginecólogo, maxilofacial, traumatólogo y dermatólogo.

Casi la mitad (41,9%) de los jóvenes que acudió al médico lo hizo para diagnóstico y/o tratamiento de algún problema de salud, un tercio (36,3%) lo hizo para revisión, el 7,8% para dispensación de recetas, el 5,7% para vacunación, el 3,4% para obtener un parte de baja/alta, y el 5% restante por otros motivos (Anexo 7).

Diagnósticos declarados

El dolor de espalda fue el diagnóstico más frecuente, seguido de gripe, y ortodoncia⁽⁴⁾. En la tabla 7 se muestran los diez diagnósticos más frecuentes. Por grupos diagnósticos, las enfermedades del aparato locomotor fueron las más frecuentes, seguido de las del aparato respiratorio y las de la boca y dientes (tabla 8).

Tabla 7. Diagnósticos más frecuentes declarados por los jóvenes

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Dolor de espalda	95	16,7
Gripe	70	12,3
Ortodoncia	54	9,5
Caries	20	3,5
Amigdalitis	20	3,5
Gastroenteritis	17	3,0
Accidente	16	2,8
Dolor abdominal	16	2,8
Resfriado	16	2,8
Esguince sin especificar	15	2,6
Otros diagnósticos	230	40,4
TOTAL	569	100

⁽⁴⁾ Si bien no se trata de un diagnóstico en sentido estricto sino de un procedimiento terapéutico para corregir un defecto en la dentadura, dada su relevancia en la utilización de servicios sanitarios de esta población, se ha incluido como diagnóstico.

Tabla 8. Grupos diagnósticos más frecuentes declarados por los jóvenes

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Aparato locomotor	172	30,3
Aparato respiratorio	123	21,6
Boca y dientes	60	10,6
Aparato digestivo	52	9,1
Piel y faneras	50	8,8
Problemas generales	38	6,7
Embarazo, parto y planificación	17	3,0
Sistema nervioso	12	2,1
Aparato auditivo	9	1,6
Ojos y anejos	8	1,4
Problemas psicológicos	7	1,2
Aparato circulatorio	6	1,0
Sistema endocrino y metabolismo	5	0,9
Otros	9	1,6
TOTAL	568	100

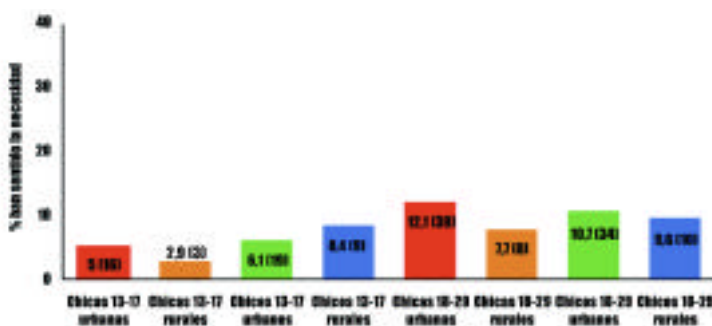
Entre el 75 y el 91% de los jóvenes refiere que los servicios sanitarios que más utiliza son los públicos. Las chicas urbanas de 18 en adelante son las que refieren que utilizan los servicios privados con mayor frecuencia (Anexo 8).

Necesidad de consultar un problema de salud

35

Se les preguntó a los jóvenes si en el último año habían sentido la necesidad de consultar un problema de salud y no lo habían hecho. Uno de cada diez jóvenes de más de 18 años refirió haber sentido dicha necesidad. Las chicas urbanas de 18 años en adelante fueron las que más se encontraron en esta situación (gráfico 13).

Gráfico 13. Jóvenes que han sentido la necesidad de consultar un problema de salud en el último año y no han consultado, por edad, sexo y ámbito ⁽⁵⁾



⁽⁵⁾ En porcentaje. Entre paréntesis la frecuencia absoluta.

La mayoría de los jóvenes (81,8%) declaró no tener ninguna dificultad para ir al médico. Aquellos jóvenes que manifestaron tener alguna dificultad, señalaron en primer lugar la inadecuación de horarios, como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 9. Dificultades de los jóvenes para ir al médico ⁽⁶⁾

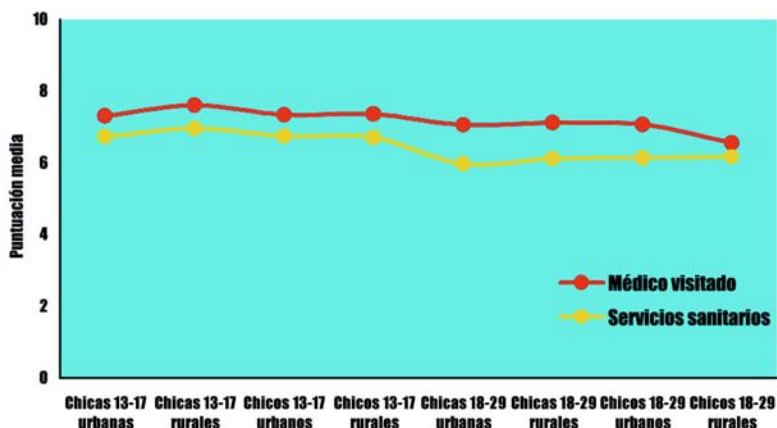
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Horarios inadecuados	208	63,6
Falta de confidencialidad	37	11,3
No creo que me pueda ayudar	26	8
No me atrevo a ir	25	7,6
Tiempos de espera	10	3
Otras	21	6,5
TOTAL	327	100

Valoración de los servicios de salud

Al pedir a los jóvenes que valoraran de 1 a 10 el médico que habían visitado en el último año y, en general, los servicios sanitarios, se ha visto que, como ocurre con los adultos, la valoración del médico visitado es superior a la de los servicios sanitarios en general. Además, parece que quienes más usan los servicios, como las chicas urbanas de 18 en adelante, los valoran peor (gráfico 14).

36

Gráfico 14. Valoración del médico visitado en el último año y de los servicios sanitarios por edad, sexo y ámbito

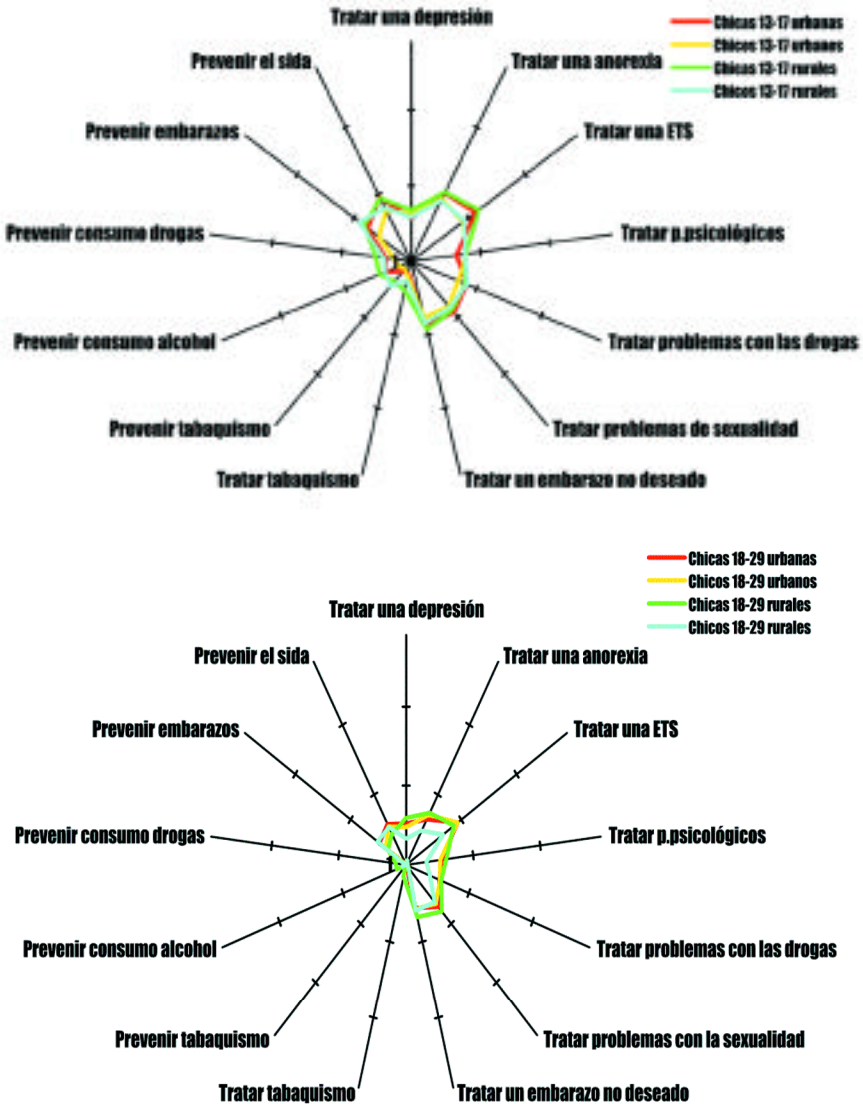


⁽⁶⁾ Se trataba de una pregunta abierta.

Utilidad de los servicios de salud

Asimismo, se les pidió a los jóvenes su opinión acerca de la utilidad de los servicios sanitarios tanto para prevenir como para tratar determinados problemas de salud relacionados con la juventud (gráfico 15).

Gráfico 15. Diferencias en la utilidad percibida de los servicios sanitarios para prevenir y tratar distintos problemas de salud en jóvenes de 13 a 17 años y de 18 a 29 años por sexo y ámbito*



*La escala va de 0 a 3, siendo 0=Nada útiles, 1=Poco útiles, 2=Bastante útiles y 3=Muy útiles, teniendo en cuenta que 0 es el centro de el gráfico y 3 los extremos.

Se ha observado que los jóvenes menores de 18 años consideran poco o nada útiles los servicios sanitarios para tratar problemas psicológicos, depresiones, tabaquismo y, en general, para prevenir problemas de salud. Las puntuaciones más altas, aunque dentro de las categorías poco o nada útiles, han sido para la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

A partir de los 18 años se observa un patrón muy similar aunque con puntuaciones más bajas, lo que podría indicar que con la edad disminuye la percepción de utilidad de los servicios sanitarios para resolver problemas relacionados con la esfera psicológica, la sexualidad y las drogas, así como con la prevención.

Visión cualitativa de la utilización de servicios sanitarios

En opinión de los entrevistados, los jóvenes no van a los centros sanitarios porque les cuesta aceptar que tienen un problema, sobre todo cuando se trata de problemas no físicos. Por ello, utilizan los servicios sanitarios únicamente para resolver problemas puntuales que no han podido resolver por su cuenta.

38

"Es lo típico, que tienes un catarro o que te rompes algo o eso, pues siempre vas al centro de salud, para ese tipo de problemas es lo primero que haces, pero en otro tipo, pues no. Cuando una persona que esté, yo que sé, que tenga un problema psicológico, lo último que quiere es ir a un médico, eso es lo que yo pienso, o sea que se lo va a guardar, no sé igual si lo pillará a tiempo y eso, pues se lo cuenta a alguien y todo eso, pero si no, lo de ir al médico ni mucho menos, es lo último que piensa, intenta curarlo por ella misma" (GF12)

"Van al médico cuando les duele algo, poco más o cuando les lleva una ambulancia" (GF9)

"Vas a por la aspirina esa de las setenta y dos horas y ya está, no se entera nadie" (GF8)

La madre aparece como la principal consultora de los más jóvenes para problemas de salud física. Los problemas relacionados con la sexualidad o

con las drogas, sin embargo, se consultan en primer lugar con los amigos. En el caso de la sexualidad, los jóvenes consultan con sus iguales porque a la mayoría les da vergüenza hablar con sus padres de este tema. En el caso de las drogas, los padres suelen desconocer los consumos de sus hijos, y parece que son los amigos los primeros en percibir que un consumo de drogas se vuelve problemático.

"Yo se lo digo a mi madre, mi madre pasa de mí, porque me dice que son tonterías, que puedo sobrevivir, y ya cuando es algo muy grave, pues me hacen caso, pero como la mayor parte son tonterías que tu madre puede solucionar..." (GF5)

"Y a los centros de planificación... Más que miedo de que te vean, que lo tienen en el subconsciente asimilado, que tú vas ahí y cualquiera que te vea está diciendo: le ha pasado algo malo... Es que, estar contándole a una persona que no conoces de nada cosas tuyas, eso, quieras que no, te da palo ¿no? Y además, es una cosa que, si dejas embarazada a la novia, es que la has pifiado. Entonces, te da cierto palo" (GF7)

"Aquí es mucho en tema de cuadrillas, de aquí, más de ir a la familia con el rollo... la familia muchas veces ni se entera o si se entera, no sabe realmente que le está pasando, o sea, por qué sale el fin de semana y se emborracha, porque muchas veces no se dan cuenta, o así, yo creo que acudimos más a los amigos o así, o ser la misma cuadrilla la que te diga: oye, párate, no, que yo creo que te estás pasando" (GF10)

4.LA ALIMENTACIÓN Y LA IMAGEN CORPORAL

Diariamente, el 80% de los jóvenes consume leche o sus derivados, y alrededor de la mitad toma carne/pescado, cereales y frutas/verduras (tabla 10). Un 14% de jóvenes declara no consumir nunca frutas/verduras, especialmente los varones de 18 años en adelante del medio rural, donde este porcentaje se eleva al 20%.

Los chicos consumen más bollos que las chicas (sobre todo entre los 13 y 17 años) y más huevos (a partir de los 18). A partir de los 18 años, además, se incrementa el consumo de café en todos los grupos y desciende el consumo de refrescos en el medio urbano.

Tabla 10. Frecuencia de consumo de alimentos en jóvenes en porcentajes

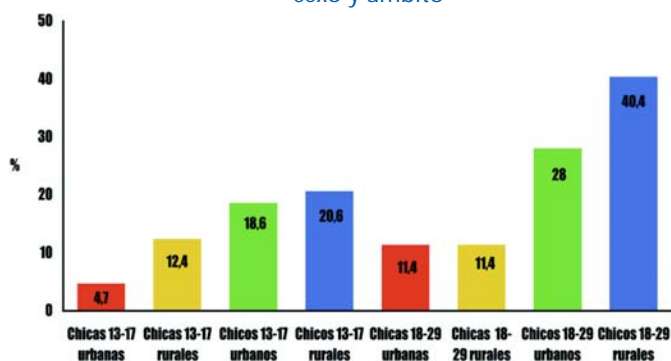
	A diario	Alguna vez a la semana	Ocasionalmente	Nunca
Cereales	58,8	28,7	8,1	4,4
Legumbres	23,8	6,7	7,9	1,3
Frutas y verduras	46,1	39,8	11,8	2,3
Carnes y pescados	44,6	50,9	3,9	0,7
Leche y derivados	78,8	15,5	4	1,8
Huevos	15	72,4	11,2	1,4
Bollos	28	43,9	25,3	2,7
Embutidos y fiambres	34,1	48,6	14,8	2,4
Café	32,8	17,5	21,2	28,6
Refrescos	44,3	39,1	14,4	2,3

El 84% de los jóvenes toma al menos tres comidas al día. Según han declarado, entre el 76 y el 89% de los jóvenes desayuna, prácticamente todos almuerzan y entre el 86 y el 96% cena. Los jóvenes rurales de 18 años en adelante son los que declaran con menor frecuencia que desayunan y cenan a diario. Además, más de la mitad de jóvenes menores de 18 años toma merienda, y alrededor del 40% de los jóvenes declara picar entre comidas, sin que se observen diferencias entre los grupos. En el anexo 9 se muestra la distribución de las ingestas de comida en cada grupo.

A partir del peso y la talla que han declarado, se han obtenido unos porcentajes de sobrepeso que, prácticamente para todas las edades, son superiores en los varones respecto a las mujeres. Destaca un 40% de sobrepeso entre los

varones de 18 años en adelante del medio rural (gráfico 16). Por otra parte, menos del 1% de las chicas urbanas están obesas y también, entre el 2 y el 4% de las rurales. En cuanto a los varones, entre el 2 y el 3% está obeso.

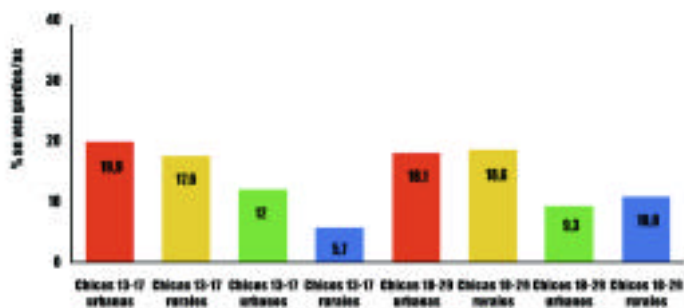
Gráfico 16. Prevalencia de sobrepeso declarada en jóvenes por edad, sexo y ámbito



A pesar de ello, las chicas se perciben a sí mismas más gordas que lo que se perciben los chicos en todos los grupos. Así, entre el 18% y el 20% de las chicas se perciben a sí mismas como gordas o muy gordas, aunque globalmente, y según su declaración de peso y talla, lo estén menos que los chicos (gráfico 17).

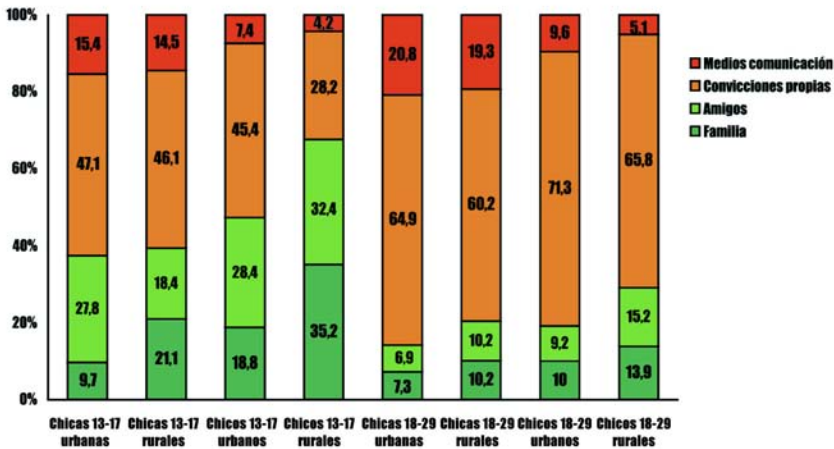
42

Gráfico 17. Porcentaje de jóvenes que se ven a sí mismos gordos o muy gordos por edad, sexo y ámbito



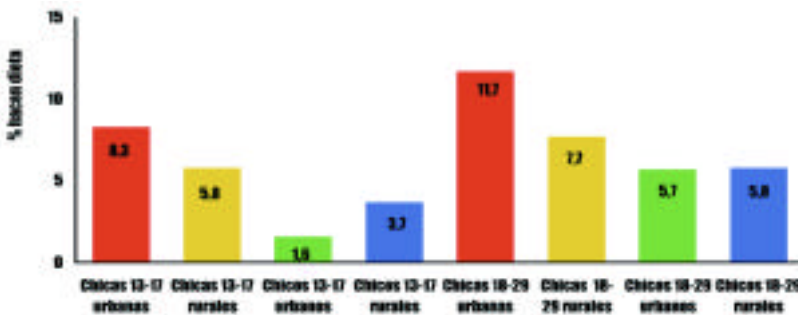
Se ha preguntado a los jóvenes sobre los factores que más influyen en su imagen corporal (gráfico 18), y observamos como, según las opiniones obtenidas, los medios de comunicación influyen en las mujeres el doble que en los varones, sobre todo a partir de los 18 años. En cambio, los varones más jóvenes del medio rural, están más influidos por la familia que el resto.

Gráfico 18. Factores que a juicio de los jóvenes influyen más en su imagen corporal por edad, sexo y ámbito



Por otra parte, entre el 2 y el 12% de los jóvenes declaró que hacía algún tipo de dieta en el momento de la encuesta. Las chicas declaran con mayor frecuencia que hacen dieta que los chicos, especialmente las jóvenes urbanas de 18 años en adelante (gráfico 19).

Gráfico 19. Porcentaje de jóvenes que hacen algún tipo de dieta por edad, sexo y ámbito



Entre los que refirieron hacer dieta, en el 48% de los casos ésta no fue recomendada por ningún profesional (tabla 11) aunque, según han descrito los jóvenes, consistió mayoritariamente en reducir las cantidades de comida manteniéndola variada, o bien en evitar el consumo de grasas y de dulces e incrementar el de verduras y frutas. Sólo una minoría declaró comportamientos menos saludables como saltarse comidas.

Tabla 11. Quién les recomendó la dieta a los jóvenes

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Nadie	40	48,4
Un especialista	24	23,1
Un médico general	12	11,5
Un amigo	11	10,6
Un familiar	9	8,1
En el gimnasio	6	5,4
Los medios de comunicación	2	1,9
TOTAL	104	100

Visión cualitativa de la alimentación y la imagen corporal

Las opiniones críticas de los jóvenes sobre la alimentación se centran en lo que ellos mismos han denominado "comida basura", que resulta barata y rápida, en comparación a la comida de casa.

"Yo pienso que cuando comemos en casa, comemos estupidamente sano, pero yo por ejemplo el puente este pasado he estado cuatro días solo en casa, y los cuatro días he comido y he cenado hamburguesa y pizza, lo único que he tomado ha sido eso" (GF9)

"También la facilidad que da no sé, el microondas, ponte a freír en una sartén... Te da pereza, porque vas pillado de tiempo. No me da tiempo de prepararme nada. Comes una pizza... (GF7)

Los entrevistados piensan que los medios de comunicación han impuesto la delgadez como valor en la sociedad, y ello puede estar influyendo en sus vidas.

"Porque en la tele salen las tías ahí con cuerpos bonitos, entonces quieres ser así, y empiezas a adelgazar" (GF1)

"Lo fundamental es que después de los medios de comunicación están ahí la niña o el niño que ligan mucho porque están como los medios de comunicación. Tú que no te pareces en absolutamente nada, no ligas nada" (GF9)

"Y también en los anuncios, llegas, y evidentemente una persona gorda no tiene a lo mejor el atractivo de una persona más delgada, porque todo va más inflado. Como en Operación Triunfo, que Rosa ahora, hasta parece que es guapa y todo" (GF12)

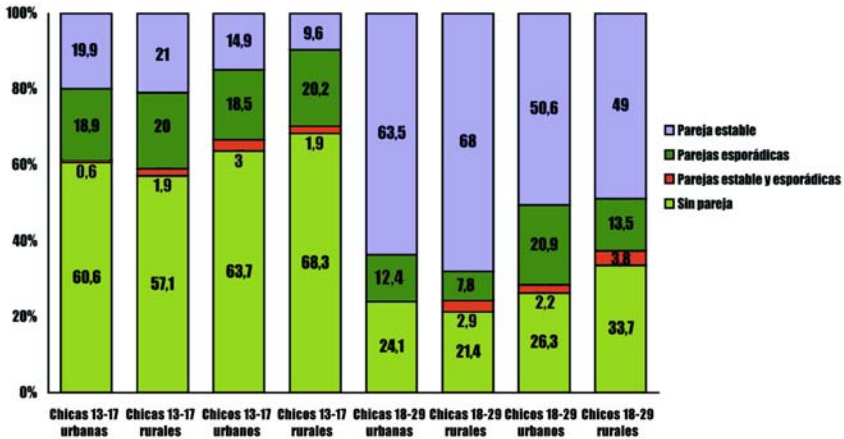
"Después la gente influye también mucho. La gente, y ya, te haces una bola tú sola. De la bola que te están haciendo. Qué canija, qué canija. Te hablo de familiares y todo... Todo el mundo qué canija estás, estás anoréxica. Tú tienes que tener algo. Y ya hace que tu madre te lleve al médico, todo el día pinchazos" (GF11)

"Y las revistas de juventud, todas las semanas o todos los meses vienen: la dieta de no sé qué, dieta de no sé cuantos. Eso debería estar prohibido, porque cada uno debería ir a su especialista si quiere hacer dieta. Sin embargo, eso se sigue vendiendo. Y a través de ahí, lo digo por mi experiencia, porque yo leyendo revistas estuve a punto de coger una anorexia ¿Por qué no lo prohíben?" (GF13)

5. SEXUALIDAD

La situación afectiva de los jóvenes varía con la edad, el sexo y el ámbito (gráfico 20), observándose una mayor estabilidad de pareja por parte de las chicas respecto de los chicos, especialmente en el medio rural. Entre el 10 y el 20% de los jóvenes de 18 años en adelante declara tener parejas esporádicas.

Gráfico 20. Situación afectiva de los jóvenes por edad, sexo y ámbito



El 91,3% de los jóvenes mayores de 18 años⁽⁷⁾ se ha declarado heterosexual, el 1,2% homosexual y el 1,5% bisexual. El 5,1% de jóvenes no ha querido contestar a esta pregunta, y menos del 1% ha dicho que no sabía cuál era su orientación sexual. No se han observado diferencias significativas respecto a la edad, sexo o ámbito.

Edad de inicio

En cuanto al inicio de los jóvenes en las relaciones sexuales con penetración, los jóvenes que actualmente tienen 18 años refieren que iniciaron sus relaciones antes (rango de 15,8 a 16,6 años) que los que tienen más edad (rango de 16,7 a 19,6), como se muestra en el gráfico 21.

⁽⁷⁾ Las preguntas relacionadas con la orientación sexual, las relaciones sexuales con penetración y el uso del preservativo únicamente se han realizado a los jóvenes de 18 años en adelante.

Además, los chicos son más precoces que las chicas, y los jóvenes rurales más precoces que los urbanos, con una diferencia de aproximadamente un año en cada caso (tabla 12).

Gráfico 21. Edad de inicio a las relaciones sexuales con penetración en jóvenes de 18 a 29 años por sexo y ámbito

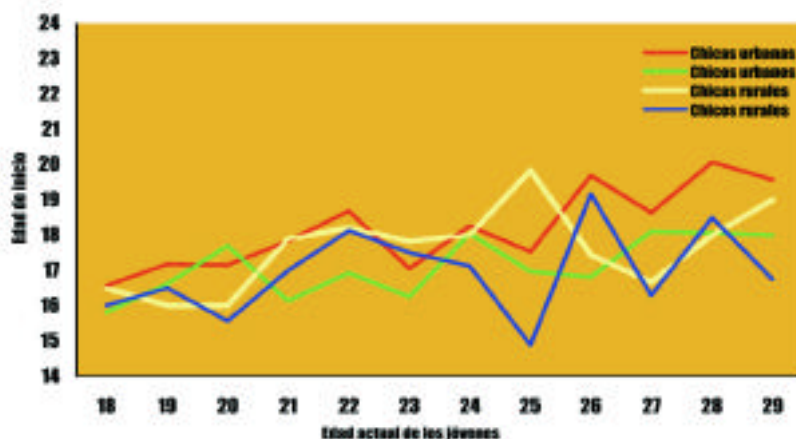


Tabla 12. Edades medias de inicio a las relaciones sexuales con penetración en jóvenes de 18 a 29 años por sexo y ámbito

	Edad media de inicio		Edad media de inicio
Mujeres urbanas	18,26	Varones urbanos	17,15 años
Mujeres rurales	17,83	Varones rurales	16,91 años

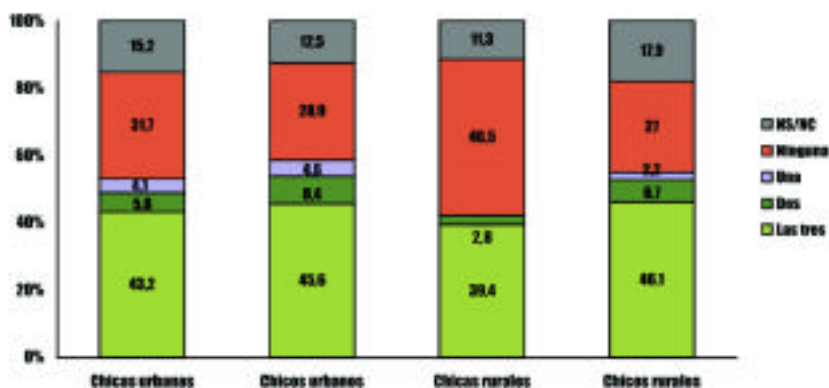
El 8% de los jóvenes de 18 años en adelante ha declarado tener relaciones sexuales con penetración a diario, el 38% al menos una vez a la semana, el 9% al menos una vez al mes y el 27% esporádicamente. El resto, un 18%, no ha respondido a esta pregunta. La frecuencia de relaciones en las mujeres, especialmente en las del medio rural, ha sido superior a la de los varones, si bien estas diferencias no han alcanzado significación estadística.

Uso del preservativo

Por sus implicaciones respecto a la prevención del VIH/SIDA, se les ha preguntado a los jóvenes por el uso del preservativo en sus tres últimas relaciones sexuales. Se ha observado un uso habitual del preservativo superior en los varones respecto a las mujeres, y en el medio urbano respecto al

medio rural. Como se puede ver en el gráfico 22, entre el 27 y el 46,5% de los jóvenes han declarado no haber utilizado el preservativo en ninguna ocasión en sus tres últimas relaciones sexuales con penetración. El 70% de los jóvenes de 18 años en adelante han afirmado que para ellos era fácil tener un preservativo a mano en el momento de tener una relación sexual con penetración.

Gráfico 22. Uso del preservativo en las tres últimas relaciones sexuales con penetración en jóvenes de 18 a 29 años por sexo y ámbito



Embarazo y enfermedades de transmisión sexual

Se ha observado un nivel global de conocimientos sobre la prevención del embarazo menor que el nivel de conocimientos sobre la prevención del VIH/SIDA. Asimismo, el nivel de conocimientos sobre la prevención del embarazo ha resultado ser menor en los jóvenes rurales respecto a los urbanos, mientras que el nivel de conocimientos sobre la prevención del VIH ha sido homogéneo en todos los grupos (Anexo 10).

Como se muestra en la tabla 13, un 13,5% de jóvenes no dice que el preservativo masculino sea útil para prevenir el embarazo, porcentaje que se incrementa hasta el 24% en el caso de las mujeres rurales de 18 años en adelante. Por otra parte, sólo entre el 30 y el 40% de jóvenes afirma que el preservativo femenino, el DIU o el diafragma son útiles para prevenir el embarazo. Entre los chicos menores de 18 años, el porcentaje que afirma que el DIU o el diafragma son útiles para prevenir el embarazo está alrededor del 20%.

Asimismo, destaca que un 18% de jóvenes declare que la marcha atrás es un método eficaz para prevenir el embarazo, porcentaje que se eleva al 24,5% en el caso de las mujeres urbanas de menos de 18 años. Es decir, que una de cada cuatro chicas menores de 18 años urbanas considera que la marcha atrás es útil para prevenir el embarazo.

Tabla 13. Conocimientos de los jóvenes sobre métodos anticonceptivos y sobre la utilidad de los mismos para la prevención del embarazo y del VIH/SIDA en porcentajes

	Lo conocen	Creer que es útil para prevenir el embarazo	Creer que es útil para prevenir el VIH/SIDA
Preservativo masculino	98,8	86,5	87,9
Preservativo femenino	63,8	40,0	30,8
Marcha atrás	77,0	18,2	3,7
DIU	62,9	42,4	5,1
Diafragma	59,1	29,7	6,0
Ogino	30,0	7,0	2,0
Píldora	92,8	77,3	5,3

El 20,4% de las chicas rurales y el 10% de las chicas urbanas de 18 años en adelante han estado alguna vez embarazadas. Por otra parte, el 13,8% de las jóvenes refiere haber utilizado en alguna ocasión la píldora postcoital y el 2% refiere haber tenido alguna IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo), sin que se observen diferencias significativas por ámbito.

50

Información y educación sexual

Entre el 70 y el 90% de los jóvenes menores de 18 años dice haber recibido educación sexual de sus profesores, especialmente los del medio rural, mientras que los jóvenes de 18 años en adelante refieren haberla recibido en un porcentaje inferior al 60% (Anexo 11). De ellos, el 71,2% ha afirmado que dicha educación sexual fue útil, especialmente las chicas rurales de 13 a 17 años (el 89% la consideraron útil).

El porcentaje de jóvenes que han recibido educación sexual de los padres, en cambio, es similar en todas las edades, y oscila entre el 40 y el 60% (Anexo 12). Las mujeres urbanas son las que han referido en un mayor porcentaje haber recibido educación sexual de sus padres. La mayoría de los jóvenes (84%) ha considerado dicha educación sexual como útil, sin que se observen en este caso diferencias entre los grupos.

Al preguntar a los jóvenes por los aspectos de la educación sexual que les resultaría más interesante aprender, se ha observado que, antes de los 18 años, las chicas urbanas están interesadas especialmente en la prevención de los riesgos asociados a la sexualidad, en lo que es normal y anormal en sexualidad y en la relación entre sexualidad y afectividad. Las chicas rurales y los chicos de cualquier ámbito, sin embargo, están más interesados en aprender sobre anatomía y fisiología del cuerpo humano y sobre habilidades para hablar sobre sexualidad. A partir de los 18 años, en el medio urbano las preferencias de los jóvenes cambian y el aspecto considerado de mayor interés para aprender son las actitudes positivas y plurales ante la sexualidad. En el medio rural, en cambio, las preferencias no se modifican con respecto a los más jóvenes.

Por último, al preguntarles a los jóvenes a quién acudirían si tuvieran un problema relacionado con la sexualidad, la opción que ha sido más señalada ha sido los amigos, y la segunda los padres. Entre los jóvenes menores de 18 años, los procedentes del medio rural han señalado que acudirían en primer lugar a sus padres. A partir de los 18 años, aunque los amigos siguen siendo la primera fuente a la que consultarían, el porcentaje de jóvenes que acudiría a los Centros de Planificación Familiar se incrementa en todos los grupos, así como quienes acudirían al ginecólogo en el caso de las mujeres y quienes acudirían al médico general en el caso de los varones.

En cambio, cuando se les ha preguntado a quién les gustaría acudir, la más señalada ha sido los padres, si bien entre los jóvenes de 18 años en adelante, una de cada cuatro mujeres ha declarado que le gustaría ir al ginecólogo y entre un 10 y un 20% ha dicho que les gustaría acudir a un Centro de Planificación Familiar. Además, entre el 1 y el 4% de los jóvenes ha señalado los teléfonos de orientación sexual (tabla 14).

Tabla 14. A quién acudirían y a quién les gustaría acudir a los jóvenes si tuvieran un problema relacionado con la sexualidad*

Acudirían	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
A mis amigos	419	30,3
A mis padres	355	25,6
A un centro de Planificación Familiar	108	7,8
Al ginecólogo	103	7,4
No sé dónde acudir	99	7,1
A nadie	88	6,4
Al médico general	82	5,9
A mis hermanos o primos	68	4,9
A internet	5	0,4
TOTAL	1.385	100

Les gustaría acudir	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
A mis padres	437	32,4
A mis amigos	258	19,1
Al ginecólogo	136	10,1
A un centro de Planificación Familiar	108	7,8
Al médico general	92	6,8
No sé	76	5,6
A un centro para jóvenes	66	4,9
A mis hermanos o primos	65	4,8
A nadie	64	4,7
A un teléfono de orientación sexual	27	2,0
A mi pareja	1	0,1
TOTAL	1.350	100

*Se les indicó que sólo contestaran una opción.

Visión cualitativa de la sexualidad

Según los jóvenes entrevistados, la sexualidad se aprende a través de la experiencia propia y de los amigos. Los padres intentan hablar de sexualidad, pero no parece conseguirse la conexión entre padres e hijos en este tema. En la escuela, por otra parte, se recibe información –fundamentalmente centrada en la prevención del VIH/SIDA -, pero del discurso juvenil se deduce una demanda de educación sexual integral que incluya los aspectos emocionales y afectivos de la sexualidad.

"Eso se ve haciéndolo, es experiencia, haciéndolo, probando, son cosas que no se aprenden contando" (GF8)

"Porque en el colegio, en el instituto, en el grupo de amigos siempre preguntas: oye, y tú cómo lo hiciste, que tú ya lo has hecho la primera vez, dime, qué tal, cómo fue, qué pasó, qué problemas puedo tener, dime, cómo se pone el condón, dónde los cojo" (EJ3)

"Ellos van sacando el tema siempre, o sea, siempre que están esperando a la mínima para saltar con eso, bueno el sermón de todos los días, pero hoy en día los jóvenes saben de sexo yo creo que más, menos por los padres por todo el mundo, lo saben... porque siempre, mira cuando tu padre te quiere explicar una cosa tú ya lo sabes, no, sé de dónde la sacaste, pero tú ya lo sabes de más, o sea que..." (GF12)

"No se dialoga, sabes, no se dialoga. Es un monólogo. Mis padres, por ejemplo, el tema del sexo lo llevan mucho peor que el de las drogas. Mis padres saben que fumo porros, no les importa, me han dicho que cuidado con las otras cosas, pero el sexo, o sea, tema tabú" (GF9)

" En la escuela falta mucha más educación... Estamos en una etapa en que todavía en un colegio la gente dice pene y toda la clase se ríe y se muere de risa. Y eso es porque falta educación, y porque falta cultura, y porque no se lo han enseñado bien, y porque no hay un buen plan de estudios para eso. Tanto para eso como para drogadicción, como para todos los temas que tienen que ver contigo. Y sin embargo, se enseñan otras cosas que no tienen que ver contigo" (GF7)

" Te dan la información en bruto, sin procesar... hay mucho barullo, y ese barullo que se da como información, pues puede crear más desinformación al final... se necesita profundizar, y es una sociedad que no profundiza, que no tiene interés, que no tiene tiempo... Esa comunicación a través de lo emocional, gestionar los sentimientos... no hay escuela de salud en ese aspecto, estamos dañados" (GF10)

A pesar de que según los jóvenes consultados actualmente la información sobre sexualidad abunda, ellos siguen teniendo dudas, especialmente respecto a otros métodos anticonceptivos distintos del preservativo. También se detecta una cultura incipiente de utilización de la píldora postcoital como método anticonceptivo.

"Hay información por lo menos a un primer paso, por ejemplo, todo el mundo sabe que si no te pones el preservativo, te puedes quedar embarazado, o sea, enfermedades de transmisión sexual y tal... lo que a lo mejor la gente no tiene tan claro es otro segundo paso: la pastilla, ¿se puede tomar todos los días, tal?..." (GF6)

"Yo tengo amigas que toman la píldora del día después como si fuera una pastilla juanola. Yo digo, pero tía... Yo es que creo que no se saben bien los efectos de todos los métodos anticonceptivos. No se sabe bien todo lo que ocurre, el tanto por cien de efectividad que tienen" (GF13)

"También si te vas un día de marcha, y te vas con una chavala y te entran ganas y no tienes condón, pues al día siguiente, pues eso, la pastilla y se acabó" (GF2)

Tanto en lo referente al SIDA como al embarazo, los jóvenes evidencian la información existente, pero perciben ambos como algo lejano, algo que a ellos no les puede pasar, lo que parece generar en algunos jóvenes un bajo interés por la prevención. Al mismo tiempo, otros han descrito situaciones de miedo al SIDA. Todo ello en un contexto en el que prevalecen las opiniones que manifiestan que las relaciones sexuales con penetración cada vez son más precoces.

54

"Quién coño no sabe que con un preservativo no coges el SIDA. Otra cosa es que tú digas mira, si cojo el sida, el sida es muy difícil cogerlo, qué raro, este es tu problema. La información te la han dado, igual que el cinturón, el tabaco..." (GF6)

"Lo que pasa es que estamos en una psicosis de sida de no me roces, que me pasas el sida" (GF9)

"Ahora una niña con catorce años, una niña pierde la virginidad, pero antiguamente a lo mejor se perdía con veinte o veinticinco años. Era totalmente diferente... Que la gente cada vez mantiene relaciones sexuales más joven" (GF13)

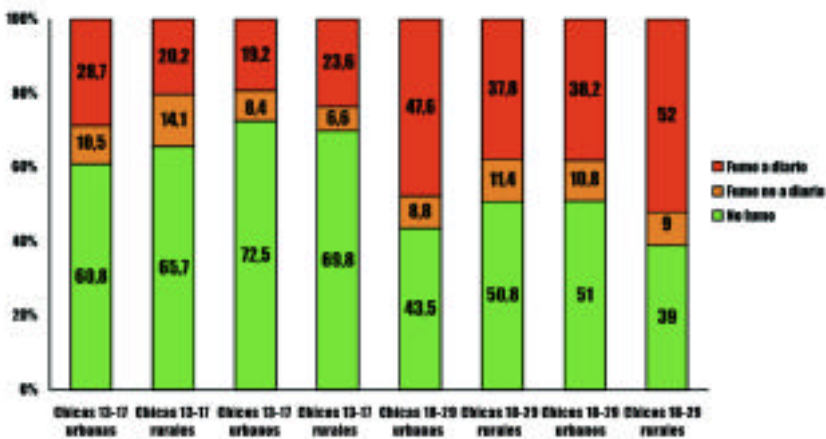
6. CONSUMOS DE DROGAS

Drogas legales

Tabaco

Una de cada tres chicas menores de 18 años refiere que fuma. A partir de los 18, una de cada dos chicas fuma. El consumo de tabaco es superior en las chicas frente a los chicos en el medio urbano, pero no en el medio rural, como se ve en el gráfico 23, donde destaca también la elevada prevalencia de tabaquismo en los chicos rurales de 18 a 29 años, con un 52% de fumadores diarios.

Gráfico 23. Consumo de tabaco en jóvenes por edad, sexo y ámbito



En los jóvenes menores de 18 años, se ha observado una asociación significativa entre fumar y tener peor salud percibida. A partir de los 18 años, la asociación entre fumar y tener peor salud percibida sólo se ha observado para los chicos rurales, que son los que fuman con más frecuencia.

Con relación a la edad de inicio, los jóvenes menores de 18 años han declarado haber empezado a fumar antes que los que tienen 18 años o más (gráfico 24). Los varones rurales de 13 a 17 años son los que se inician al consumo de tabaco de forma más precoz (tabla 15).

Gráfico 24. Edad de inicio al consumo de tabaco en jóvenes por edad, sexo y ámbito

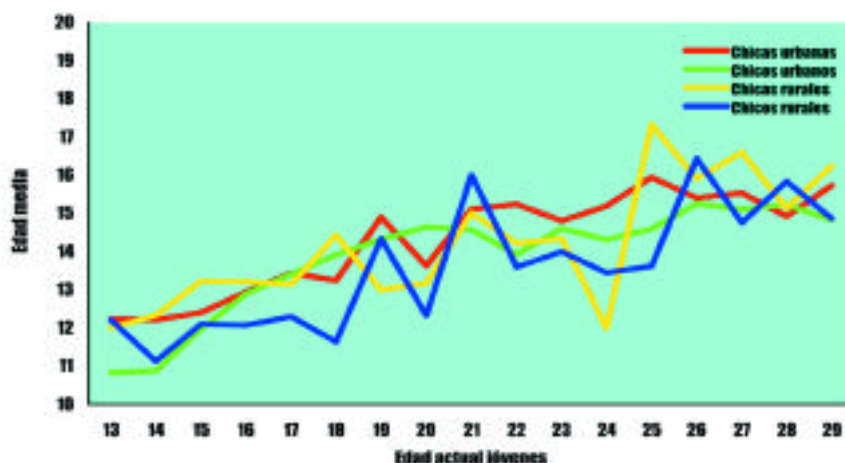
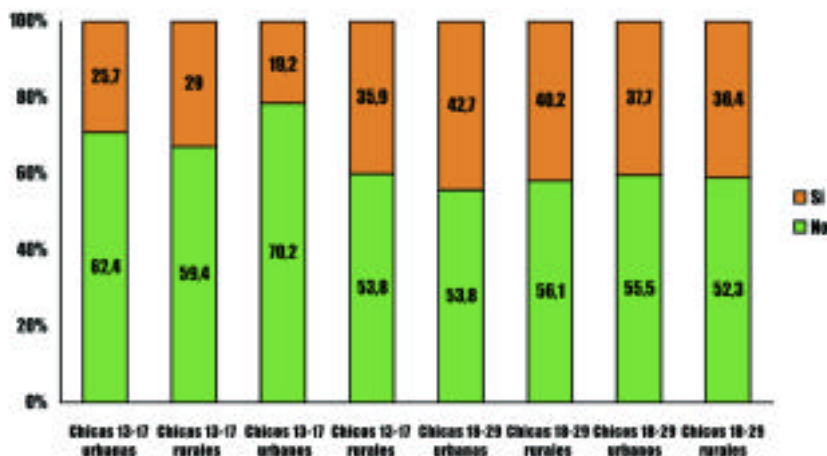


Tabla 15. Edades medias de inicio al consumo de tabaco en jóvenes por edad, sexo y ámbito

	Edad media de inicio
Mujeres 13-17 urbanas	12,80
Mujeres 13-17 rurales	13,02
Varones 13-17 urbanos	12,54
Varones 13-17 rurales	12,02
Mujeres 18-29 urbanas	15,00
Mujeres 18-29 rurales	14,95
Varones 18-29 urbanos	14,55
Varones 18-29 rurales	14,23

Se observa una variación en el porcentaje de jóvenes que han intentado dejar de fumar en función de la edad, el sexo y el ámbito (gráfico 25). Alrededor del 40% de los jóvenes de 18 años en adelante ha intentado dejar de fumar. Las chicas lo han intentado en mayor proporción que los chicos. De aquellos jóvenes que han intentado dejar de fumar, el 32% lo ha conseguido, sin que se observen en este caso diferencias entre los grupos. La mayoría de los que lo han conseguido, opinan que lo hicieron sin ayuda (tabla 16).

Gráfico 25. Jóvenes que han intentado dejar de fumar por edad, sexo y ámbito

Tabla 16. Qué les ayudó a los jóvenes a dejar de fumar ⁽⁸⁾

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Nadie	86	66,7
Motivos de salud	12	9,3
Mi novio	8	6,2
Fumar hachís	4	3,1
Deporte	4	3,1
Amigos	4	3,1
Entorno sin tabaco	3	2,3
Otras*	8	6,4
TOTAL	129	100

* En "Otras" se incluyen aquellas que sólo han sido mencionadas por una persona. Entre ellas: una apuesta, comer pipas, ayunar, parches de nicotina, acupuntura, chicles y estar embarazada.

Educación e información antitabaco

Los jóvenes menores de 18 años han declarado haber recibido educación antitabaco en la escuela en un porcentaje mayor que los jóvenes de 18 años en adelante, especialmente en el medio rural (Anexo 13). De ellos, el 62% ha opinado que dicha educación le ha resultado útil, sobre todo los jóvenes de 13 a 17 años rurales, en los que el porcentaje que ha considerado útil la educación antitabaco en la escuela supera el 75%.

⁽⁸⁾ Se trataba de una pregunta abierta, a la que contestaron 129 jóvenes, el 84% de los jóvenes que ha declarado haber dejado de fumar.

Cuando se les ha preguntado a los jóvenes por las medidas que a su juicio serían más eficaces para prevenir el tabaquismo, se ha obtenido la información que se presenta en la tabla 17, donde se observa que se han priorizado las medidas de control de la oferta y las medidas educativas sobre las demás medidas.

Tabla 17. Medidas más eficaces para prevenir el tabaquismo en jóvenes ⁽⁹⁾

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
1. Prohibir la venta de tabaco a menores	820	48,4
2. Educación antitabaco en la escuela	798	47,1
3. Subir el precio del tabaco	768	45,4
4. Prohibir fumar en lugares públicos	709	41,9
5. Fomentar la práctica del deporte	646	38,2
6. Prohibir todo tipo de publicidad	623	36,8
7. Campañas antitabaco en los medios de comunicación	621	36,7
8. No sé qué medida	170	10,0
9. No quiero contestar	26	1,5

Alcohol

58

Con respecto al consumo de alcohol, vemos que una cuarta parte de los jóvenes menores de 18 años refiere beber habitualmente los fines de semana. En el medio urbano, las chicas consumen alcohol de forma similar a los chicos, mientras que en el medio rural, el consumo de alcohol es claramente más frecuente en los varones. A partir de los 18 años, el consumo de alcohol los fines de semana o diario es más frecuente en los varones. Los mayores consumidores son los chicos rurales, en los dos grupos de edad (gráfico 26).

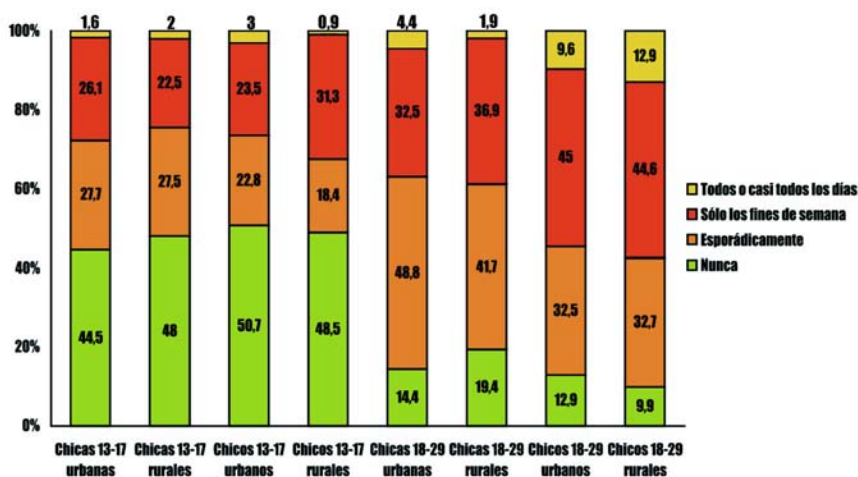
El 77% de los jóvenes entrevistados declaró no haber perdido el control en ninguna ocasión después de haber bebido alcohol en el último mes, el 10% declaró haber perdido el control una vez, el 6% entre una y tres veces y el 4% más de tres veces. No se observaron diferencias significativas entre los grupos respecto a esta variable. Haber perdido el control después de haber bebido alcohol al menos una vez en el último mes se asoció a tener peor salud percibida.

Por otra parte, el 91% de los jóvenes afirmó no haber bebido en ninguna ocasión entre clases o mientras trabajaba en el último mes, el 4% dijo que

⁽⁹⁾ Se trataba de una pregunta de respuesta múltiple. Los porcentajes son sobre el total de la muestra (n=1.693).

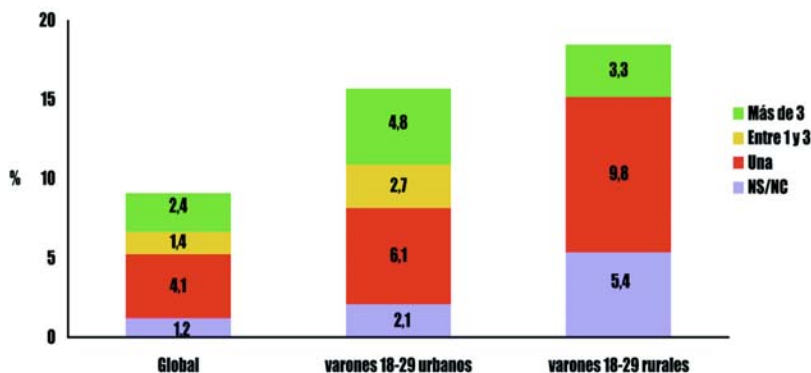
en una ocasión y el 3% que en más de una. Los chicos urbanos de 18 años en adelante declararon un mayor número de episodios que el resto de grupos, y los rurales no respondieron a esta pregunta con mayor frecuencia, como se muestra en el gráfico 27.

Gráfico 26. Frecuencia declarada de consumo de alcohol en jóvenes por edad, sexo y ámbito



59

Gráfico 27. Porcentaje de frecuencia de consumo de alcohol entre clases o mientras estaban trabajando en el último mes



Con respecto a la educación para prevenir el consumo abusivo de alcohol en las escuelas, se observa de nuevo que los jóvenes de 13 a 17 años refieren haberla recibido en un mayor porcentaje que los jóvenes de 18 años o

más, especialmente en el medio rural (Anexo 14). De ellos, el 76% considera útil dicha educación, sin que se observen diferencias entre los grupos.

Visión cualitativa del consumo de drogas legales

En opinión de los entrevistados, el consumo de tabaco y de alcohol están bastante extendidos debido a su fácil acceso. Los jóvenes expresan que el tabaco perjudica la salud. Entre los fumadores, se observa que el discurso prevalente está centrado en la presión de grupo y en los intentos de dejar de fumar.

"Y en mi clase, te puedo decir que fuma el noventa y ocho por ciento de la gente de mi clase, o sea, es que fuma todo cristo. La gente está bastante concienciada de que el tabaco es malo. Sí, algún día lo dejaré, y todo el mundo, o si no es todo el mundo la gran mayoría, lo quiere dejar. Yo por ejemplo, llevo cuatro meses, cinco, lo dejo un mes, empiezo a fumar otra vez, lo dejo... porque tú a lo mejor dices, yo dejo el tabaco cuando me salga de las narices, pero no es así, a lo mejor digo hoy no fumo, pero a lo mejor llega un fin de semana que estoy con los amigos y tal, y mi amigo cual, que estamos tomándonos una copa y tal, que me dicen por qué no te fumas un cigarro, y dices, por qué no me voy a fumar un cigarrillo, y ya esa noche sigues fumando, y no te das cuenta, y al día siguiente dices coño, que compré tabaco" (GF6)

60

El consumo de alcohol es considerado como normal; el hábito de beber los fines de semana es como algo muy común y transitorio. Se bebe por motivos sociales: para facilitar las relaciones o vencer la timidez y también se bebe para liberar el estrés, pero los entrevistados han expresado sobre todo que se "sale a beber" porque no hay alternativas. Se considera que el alcohol puede llegar a ser una droga cuando se consume en exceso, aunque parecen existir dificultades para identificar el límite. Los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol son percibidos por este grupo juvenil como más visibles en las chicas.

"También yo me doy cuenta de que hablo con los de mi clase y, jo, qué buen rollo, hemos acabado los exámenes, y me voy a agarrar un pedo que te cagas" (GF6)

"Se bebe para que las relaciones sean mucho más frecuentes y se den con más facilidad. El sábado, si no sé qué decirle a la chica, me tomo un par de cubatas o tres, y seguro le digo de todo" (GF13)

"Yo es que lo veo, soy muy vergonzoso para hacer algo, y si me meto algo, ya soy capaz de hacerlo. Tengo un problema, pues en vez de hablarlo con un amigo o con quien sea, pues me tomo algo y lo olvido"(GF9)

"Lo que pasa es que se beberá más alcohol porque aquí, por ejemplo, no hay otra oferta, si sales, o te vas con el novio a dar un paseo por el paseo de los Cristóbal, o te emborrachas, porque es que no tienes otra opción" (GF1)

"Yo, por ejemplo, no sé hasta cuando una persona es alcohólica, o sea, yo llevo bebiendo un año o dos años, y no sé hasta qué punto me podría volver alcohólica" (GF6)

"Hoy en día las que ves son las chicas, las que ves y dices ¡Anda! Una ambulancia ¿Qué pasará? Y ves a una o dos chicas completamente tiradas. Yo sí que creo que desde luego el alcohol está más ahora en las chicas que en los chicos. Yo creo que es que llama más la atención ver a las chicas que a los hombres" (GF3)

Drogas ilegales

En la siguiente tabla se muestran de forma resumida los porcentajes de jóvenes que refieren que no probarían, que han probado, y que consumen habitualmente cada una de las sustancias estudiadas: hachís, cocaína, crack, speed, éxtasis, éxtasis líquido, ácidos, hongos, heroína, ketamina y tranquilizantes, donde se pone de manifiesto los diferentes comportamientos que con respecto a las drogas ilegales declaran según edad, sexo y ámbito de residencia. Los datos completos referidos al conocimiento de cada droga, si la probarían, la han probado o la consumen se reflejan en el anexo 15.

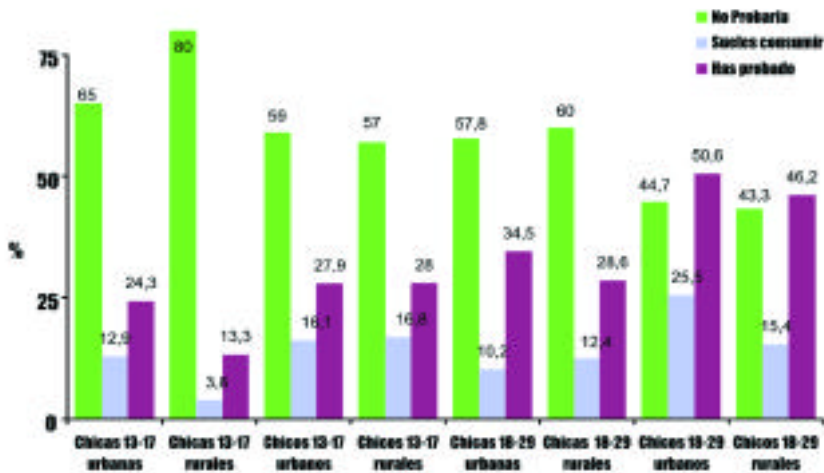
Tabla 18. Experimentación y consumo habitual de drogas ilegales en jóvenes por edad, sexo y ámbito en porcentajes

Tipo de Droga		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		TOTAL
		13-17 urbanas	13-17 suburbanos	13-17 rurales	13-17 rurales	18-29 urbanas	18-29 suburbanos	18-29 rurales	18-29 rurales	
Hachís	no probarías	64,98	58,97	80,00	57,01	57,85	44,65	60,00	43,27	57,47
	has probado	24,29	27,88	13,33	28,04	34,46	50,63	28,57	46,15	33,02
	Consumes	12,93	16,03	3,81	16,82	10,15	25,47	12,38	15,38	15,12
Cocaína	no probarías	77,92	75,64	85,71	69,16	75,69	61,64	71,43	58,65	72,36
	has probado	8,20	8,01	3,81	9,35	13,85	26,73	13,33	21,15	13,64
	consumes	1,89	2,56	2,86	3,74	2,46	7,55	4,76	7,69	3,90
Crack	no probarías	76,03	75,64	80,95	65,42	78,46	82,39	76,19	63,46	76,49
	has probado	2,84	1,92	0,95	1,87	0,31	1,57	0,95	4,81	1,77
	consumes	0,63	0,32	0,95	1,87	0,62	0,94	0,95	3,85	0,95
Speed	no probarías	69,72	71,15	81,90	59,81	71,69	69,50	65,71	55,77	69,34
	has probado	6,31	4,49	1,90	7,48	8,00	14,15	11,43	14,42	8,39
	consumes	1,58	2,56	1,90	5,61	0,62	2,20	3,81	3,85	2,24
Éxtasis	no probarías	73,50	75,32	81,90	63,55	80,00	70,44	70,48	60,58	73,42
	has probado	5,68	4,17	4,76	9,35	7,08	16,67	7,62	15,38	8,62
	consumes	2,84	1,92	1,90	4,67	2,46	4,40	3,81	1,92	2,95
Éxtasis líquido	no probarías	72,24	68,59	80,00	57,94	75,08	70,44	68,57	60,58	70,41
	has probado	1,89	1,92	1,90	3,74	4,00	5,03	1,90	6,73	3,31
	consumes	0,63	0,00	0,95	4,67	0,92	2,20	1,90	0,96	1,24
Ácidos	no probarías	71,29	66,67	79,05	57,01	72,92	69,50	68,57	60,58	69,17
	has probado	3,79	4,17	0,95	8,41	7,38	13,52	5,71	9,62	6,97
	consumes	0,63	0,64	0,95	3,74	0,92	2,83	3,81	0,96	1,54
Hongos	no probarías	68,77	61,54	77,14	50,47	65,54	61,95	64,76	58,65	64,03
	has probado	2,52	2,88	2,86	6,54	4,00	7,23	1,90	6,73	4,25
	consumes	0,63	0,96	0,00	2,80	0,62	1,26	1,90	0,00	0,95
Ketamina	no probarías	67,82	62,18	80,95	54,21	68,00	66,67	68,57	56,73	65,92
	has probado	2,52	2,88	1,90	5,61	1,85	3,14	1,90	4,81	2,84
	consumes	0,63	0,64	0,00	2,80	0,62	1,26	1,90	0,96	0,95
Heroína	no probarías	84,23	81,73	82,86	71,03	84,62	83,02	80,95	64,42	81,28
	has probado	1,26	1,28	1,90	1,87	1,54	3,14	1,90	7,69	2,19
	consumes	0,95	0,64	0,95	1,87	0,31	0,63	1,90	1,92	0,89
Torakina ^(*)	no probarías	66,88	61,22	76,19	54,21	64,00	66,35	66,67	55,77	64,26
	has probado	1,26	0,64	0,95	1,87	0,31	1,57	0,00	4,81	1,18
	consumes	0,95	0,32	0,00	3,74	0,31	0,31	1,90	0,96	0,77
Tranquilizantes	no probarías	63,41	66,35	71,43	61,68	62,15	69,50	59,05	50,96	64,21
	has probado	4,73	3,85	4,76	3,74	10,46	5,03	9,52	7,69	6,14
	consumes	1,26	0,64	0,00	1,87	2,46	0,63	3,81	0,96	1,36
Otra drogado	no probarías	23,03	25,96	25,71	18,69	18,77	18,55	17,14	16,35	21,03
	has probado	0,63	0,64	2,86	3,74	2,46	3,77	1,90	3,85	2,19
	consumes	0,63	0,64	1,90	1,87	0,31	1,57	0,95	0,96	0,95

*La Torakina se introdujo como droga ficticia utilizada para evaluar la validez de las respuestas. (Los datos completos gráficon en el anexo 15).

Para la mayoría de las drogas, las chicas y los más jóvenes manifiestan que "no la probarían" con mayor frecuencia que los chicos y los más mayores respectivamente. El hachís es la droga ilegal más consumida, la más probada y la que obtiene porcentajes más bajos en el ítem que se refiere a que no la probarían (Gráfico 28).

Gráfico 28. Porcentaje de jóvenes que ha probado y que consume habitualmente hachís por edad, sexo y ámbito



El patrón en relación a la cocaína pone de manifiesto el gran porcentaje de jóvenes menores de 18 años que refiere que no la probarían, porcentaje sensiblemente superior que el visto para el hachís, así como la diferente respuesta de chicos y chicas de más de 18 años. Entre los jóvenes mayores de 17, alrededor del 8% de los jóvenes varones dice consumir habitualmente cocaína (gráfico 29).

Con respecto al éxtasis, la frecuencia de jóvenes menores de 18 años que dice que no lo probaría se sitúa entre el 63% y 82% , reflejando un comportamiento más próximo al de la cocaína que al del hachís. Esta respuesta es también muy alta en los jóvenes mayores de 18 años. Por dominios, la frecuencia declarada más alta de consumo de este tipo de droga se encuentra entre los jóvenes menores de 18 años de ámbito rural (gráfico 30).

Gráfico 29. Porcentaje de jóvenes que no probaría, que ha probado y que consume habitualmente cocaína por edad, sexo y ámbito

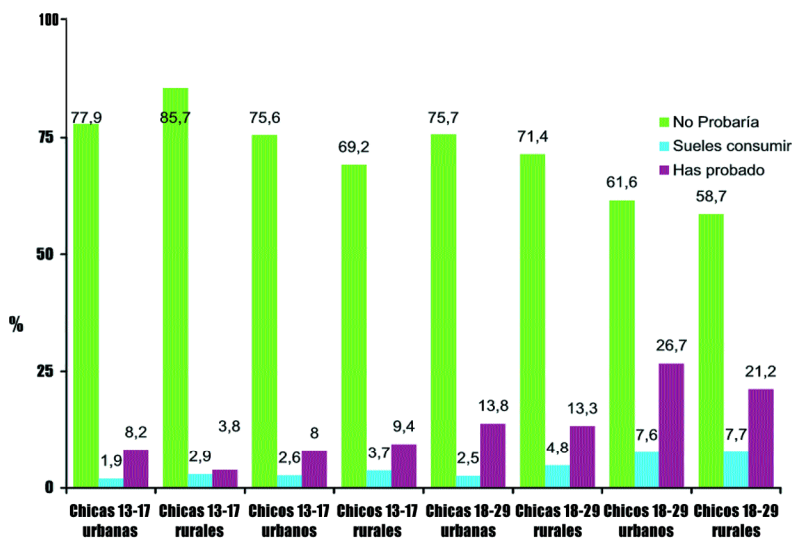
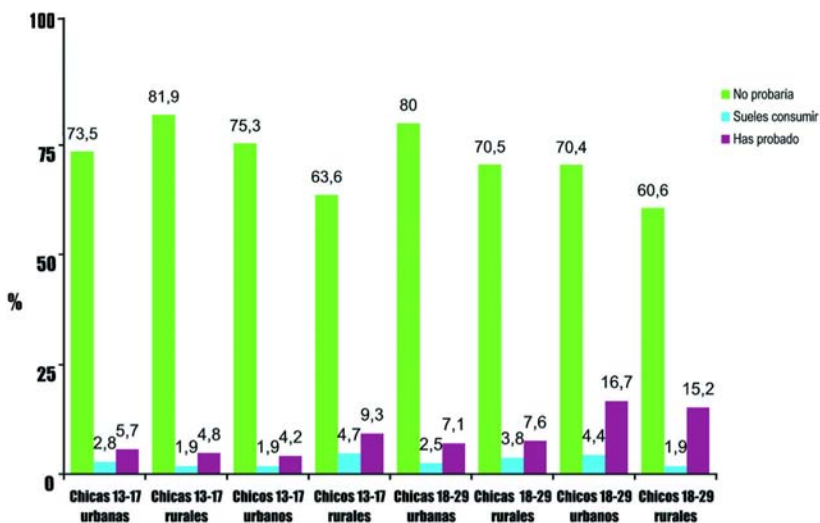


Gráfico 30. Porcentaje de jóvenes que no probaría, ha probado y que consume habitualmente éxtasis por edad, sexo y ámbito



Prevención del consumo de drogas ilegales

Como sucedía con el tabaco y el alcohol, los jóvenes de 13 a 17 años afirman haber recibido educación para la prevención del consumo de drogas ilegales en la escuela con mayor frecuencia que los de 18 años en adelante. Actualmente, más de la mitad de los jóvenes menores de 18 años dice haber recibido educación para la prevención del consumo de drogas ilegales en la escuela (Anexo 16).

Entre el 70 y el 90% de los jóvenes que ha recibido educación para la prevención del consumo de drogas ilegales en la escuela considera que dicha educación fue útil, con diferencias significativas entre los grupos: las mujeres rurales de 13 a 17 años la han considerado útil en un porcentaje mayor que el resto (89%), mientras que los varones de 18 años la han considerado útil en un porcentaje menor (70% los urbanos y 73% los rurales).

Cuando se ha preguntado a los jóvenes a quién acudirían y a quién les gustaría acudir si tuvieran un problema relacionado con ellas, en ambos casos la opción señalada en primer lugar han sido los padres (tabla 19). Un 20% de jóvenes ha declarado que le gustaría acudir a un centro de drogodependencias.

La mayoría de los jóvenes mantiene opiniones contrarias al consumo de drogas tanto legales como ilegales, en el sentido de que afirman que su consumo es perjudicial para su salud (gráfico 31).

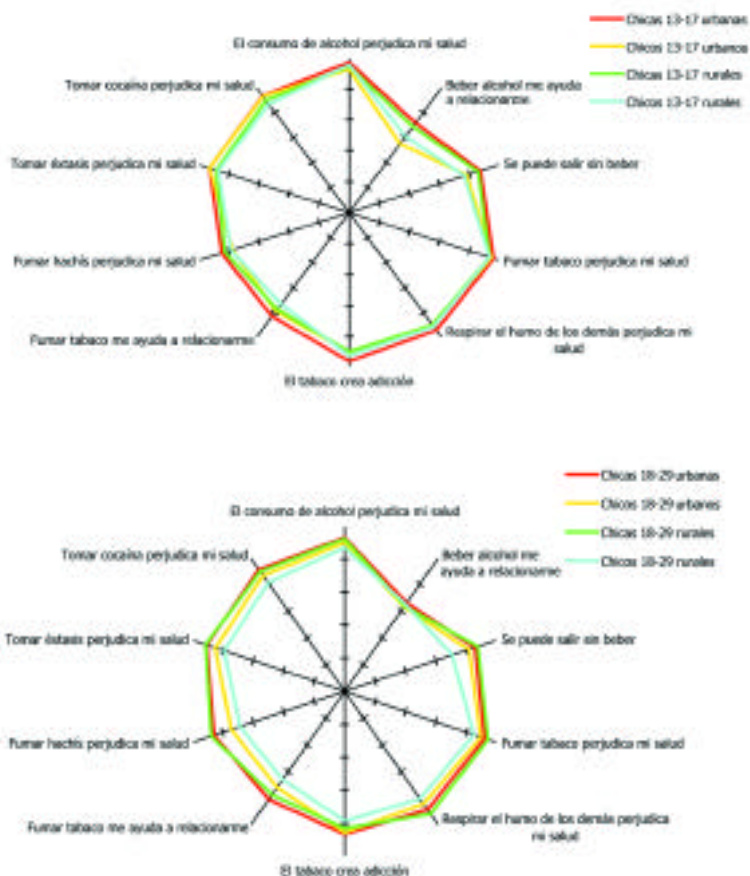
La sustancia ante la cual se han expresado actitudes más tolerantes es el alcohol, y los jóvenes con actitudes más favorables al consumo de drogas, han sido los chicos menores de 18 años, especialmente en el medio rural. Así, por ejemplo, alrededor de un 30% de ellos considera que no se puede salir de marcha sin beber o que el alcohol les ayuda a relacionarse socialmente. Por otra parte, entre el 20 y el 30% de los chicos no cree que el consumo de hachís perjudique su salud, frente al 15% de las chicas.

Tabla 19. A quién acudirían y a quién les gustaría acudir a los jóvenes si tuvieran un problema relacionado con las drogas

Acudirían	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
A mis padres	425	31,7
A mis amigos o pareja	311	23,2
A un centro de drogodependencias	202	15
No sé	163	12,2
A mis hermanos	67	5
A nadie	57	4,2
Al médico general	37	2,8
A un teléfono de información sobre drogas	36	2,7
A un centro para jóvenes	35	2,6
A internet	6	0,4
TOTAL	1.339	100

Les gustaría acudir	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
A mis padres	509	40
A un centro de drogodependencias	253	19,9
A mis amigos	175	13,7
No sé	109	8,6
A mis hermanos	64	5
A un centro para jóvenes	52	4
Al médico general	39	3
A nadie	38	3
A un teléfono de información sobre drogas	26	2
A internet	8	0,6
TOTAL	1.273	100

Gráfico 31. Opiniones sobre las drogas legales e ilegales de los jóvenes de 13 a 17 años y de 18 a 29 años por sexo y ámbito*



* La escala va de 0 a 100, y mide el porcentaje de jóvenes que están de acuerdo con cada una de las afirmaciones, teniendo en cuenta que 0 es el centro del gráfico y 100 los extremos.

Visión cualitativa del consumo de drogas ilegales

El consumo de drogas ilegales es percibido por los jóvenes consultados como un problema creciente y preocupante, relacionado con la facilidad de acceso, que puede ser hasta mayor que para las drogas legales. Sin embargo, parecen generarse discursos sociales que dependen del grupo de pertenencia o de la edad, en los que este tema se percibe de maneras alternativas.

"¿Drogas? Claro ¿Quién no se droga hoy en día?" (GF10)

"La mayoría de la gente consume algo de alcohol, no en grandes cantidades, algo de hachís, creo la mayoría de la gente, luego hay ciertas personas que consumen pastillas, cocaína. También depende de la gente con la que te relaciones, crees que hay más gente que consume una cosa que otra" (GF6)

"Si hay una cajera que te dice que no tienes dieciocho años, el camello te lo vende afuera, que a él se la suda" (GF2)

"Tú miras para atrás, ves a la gente joven y, joder, yo cuando tenía catorce años, a mí no se me ocurría tomarme una pastilla, y yo veo ahora a mi hermana con catorce años y se las come" (GF9)

"Por ejemplo, nosotros, no bebemos, no fumamos, quién te va a venir a decir a ti, un mafioso... Va a ir a uno que está fumando" (GF13)

Los jóvenes entrevistados han vinculado la experimentación de drogas ilegales con la curiosidad por lo desconocido o con la necesidad de llamar la atención, y su consumo habitual ha sido interpretado como una salida rápida a carencias afectivo-emocionales o a problemas.

68

"Llaman mucho la atención porque, tía, una pastilla: ¿Qué te hará? ¿Qué te hará?" (GF12)

"Críos que dices dónde va este macaco, dónde va este crío, y lo ves puesto hasta arriba de pastillas, éxtasis, que muchas veces lo hacen por ser el valiente del grupo" (GF3)

"Cuando cometes un abuso, que también puede ser reflejo de algo que te falte en otro aspecto, no, en otro aspecto afectivo, relacionales, o como yo qué sé, como problemas que puedes tener y no les das salida y bueno, muchas veces la falta esa que no sabes dónde buscar y tal, pues un poco te lleva a buscar algo en otra cosa, entonces, puede ser en las drogas" (GF10)

Mientras que el consumo de hachís parece estar incorporado a la visión de la normalidad cotidiana, el consumo de éxtasis o cocaína continúa formando parte de "lo prohibido", que atrae pero al mismo tiempo asusta a los jóvenes. La disponibilidad de dinero es, según han manifestado los jóvenes, un elemento clave a la hora de elegir qué droga se consume habitualmente, y en este sentido se identifica el éxtasis como muy asequible.

"El chocolate se ve como un cigarro normal. Por lo menos yo sí. Porque vas por la calle y mucha gente ya se está haciendo un cigarro" (GF8)

"Las pastillas son baratas. Sí, es una cuestión de precio" (GF7)

"Está bajando, yo creo que va a ser por dinero, porque tienes para elegir: que si te pillas medio gramo y que te dura, pues te dura una noche y te acabas con ganas, o sea, quedas con ganas al final, pues te pillas cinco pastillas y no las acabas, y acabas, hombre, las acabas, depende..." (EJ2)

Aunque los jóvenes expresan estar cada vez más informados sobre las drogas, la principal fuente de información es su propia experimentación con ellas. Los entrevistados opinan que la información que reciben sobre las drogas les llega confusa, y que se informa mucho sobre algunas drogas y poco sobre otras. En su opinión los padres y ellos mismos, necesitan más información.

"Yo creo que no, pero desde luego sí que nos creemos muy informados. Todo el mundo se informa cuando lo prueba... Yo creo que toda la información que hay es que la gente pasa de ella porque no vale para nada, lo único que te dice es que la droga es mala, que no la pruebes. Ellos te dicen la droga te va a matar, y tú te metes una raya te pones de puta madre y al día siguiente te levantas y no te ha matado, pues te sigues poniendo" (GF9)

"Siempre meten en el mismo saco los porros, la cocaína, el éxtasis, lo meten en el mismo saco que no es muy parecido uno de otro, y sin embargo, no meten el consumo de tabaco, el alcohol, ¿por qué es legal nada más? ¿Es más perjudicial un porro que una cajetilla de tabaco? ¿O es más perjudicial la cocaína que el éxtasis? Yo creo que

hay que separarlo y explicar qué es cada cosa y lo que hace cada cosa. Y también es verdad lo que dicen que lo prohibido atrae" (GF7)

"Yo sólo he visto una historia creo que era del Plan Nacional sobre Drogas, que no te decía que la droga es mala, te decía cómo tenías que tomar la droga, o sea, que no mezclaras pastillas con alcohol y cosas así. Eso me parece ya más curioso, y que puede servir a la gente" (GF9)

"Yo creo que es trampa, se dice que, y los padres suelen decir joder, con lo bien informados que estáis yo no sé como todavía la gente se puede meter pastillas y cosas de esas, pero si yo creo que cuanto más información hay más morbo le da a la gente y más quiere" (GF2)

"Los padres son los primeros que no están informados. Los padres no tienen ni idea" (GF1)

Se han descrito problemas mentales que los jóvenes vinculan al consumo de éxtasis, así como miedo por no saber qué es lo que se consume cuando se toman pastillas. El hachís es considerado por los jóvenes que lo consumen como menos perjudicial para la salud que otras drogas.

70

"Sí, tuve una mala experiencia, me rompí la mano contra un grifo, creyendo que era un tío que se estaba metiendo conmigo, esa es una muy mala experiencia porque no pagas 2.000 pelás, por dos pastillas o 1.000 pelás por una pastilla para romperte la mano contra un grifo, eso está claro, está claro, más sabiendo, no se mezcla... es que, depende muchísimo de la persona, de cómo esté de los nervios, de los problemas que tenga en casa, de todo" (EJ2)

"Es que no es sólo lo que es la pastilla, sino los componentes que te meten. Es que no sabes ni lo que te tomas, si fuera una cosa que digamos: Extasis, que lleva éxtasis, pero es que ya lo que le meten ya, lo meten en el laboratorio, y ya no sabes lo que te tomas" (GF8)

"Si estás en un ambiente sano, te puedes fumar un porro o lo que sea, pues no hay ningún problema, ni creo que lleve a cosas más graves, vamos, no creo que repercuta en mi salud a la larga que ahora me fume un porro al día" (GF5)

7. SEGURIDAD VIAL

A partir de los 18 años, dos terceras partes (64%) de los jóvenes usan habitualmente vehículos de cuatro ruedas. El 31,5% del total de jóvenes usa coches nuevos, el 25,6% coches viejos y el resto todo terrenos, deportivos, furgonetas o camiones.

Los vehículos de dos ruedas son utilizados en mayor medida por los varones. Así, casi la mitad de los chicos rurales menores de 18 años y un tercio de los urbanos menores de 18 años declara usar habitualmente bicicleta mientras que el 29% de los chicos rurales menores de 18 años y el 19% de los urbanos declara usar habitualmente ciclomotor. El 5% de los jóvenes declara usar moto habitualmente, especialmente los varones menores de 18 años rurales (13%).

Se han observado mejores hábitos de seguridad vial entre los jóvenes que habitan en el medio urbano respecto a los que lo hacen en el medio rural. Así, un tercio de los jóvenes rurales de 18 años en adelante declara no utilizar nunca el cinturón de seguridad o utilizarlo sólo a veces. Por otra parte, las mujeres utilizan más el cinturón de seguridad cuando conducen que los varones (gráfico 32), aunque refieren ponerse menos el casco (gráfico 33).

Gráfico 32. Uso del cinturón de seguridad al conducir en jóvenes de 18 años en adelante por sexo y ámbito

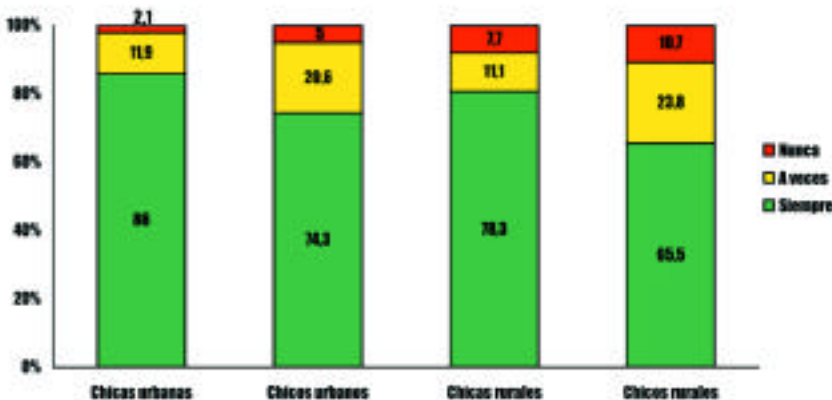
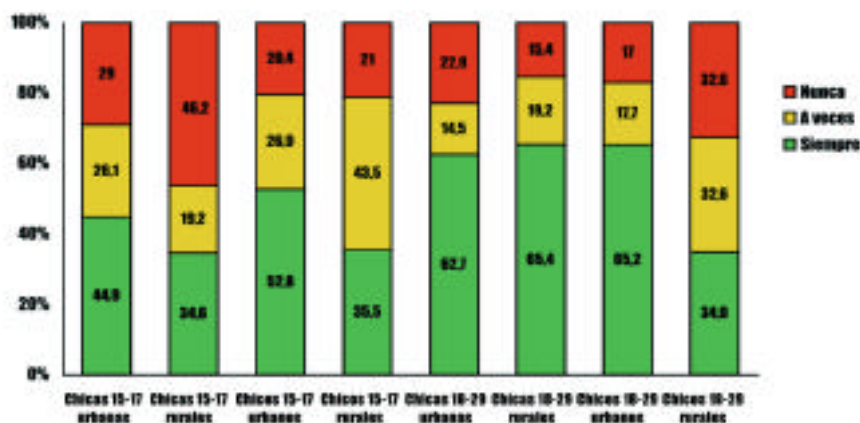


Gráfico 33. Uso del casco al conducir en jóvenes por edad, sexo y ámbito



Para el 54% de los jóvenes entrevistados, el consumo de alcohol es el factor que más influye en los accidentes de tráfico, y el 26% opina que es el exceso de velocidad (tabla 20); el 5% de los jóvenes ha considerado el consumo de drogas ilegales como el factor que más influye en los accidentes de tráfico.

Tabla 20. Factor que más influye en los accidentes de tráfico en opinión de los jóvenes

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Consumo de alcohol	642	53,7
Exceso de velocidad	311	26,0
No respetar las señales de tráfico	64	5,4
Consumo de drogas ilegales	61	5,1
Agresividad del conductor	32	2,7
Inexperiencia del conductor	28	2,3
Picarse o echar carreras sin motivo	22	1,8
Cansancio del conductor	20	1,7
Estado y señalización de las carreteras	1	0,5
Hablar por teléfono mientras se conduce	0	0
Fumar mientras se conduce	0	0
Estado del vehículo	0	0
TOTAL	1.195	100

En relación con ello, más de dos terceras partes de los jóvenes han declarado no haber conducido un vehículo después de haber bebido alcohol en el último mes, con diferencias significativas entre los grupos, ya que prácticamente la totalidad de las chicas menores de 18 años lo han declarado

(97%), mientras que el 31% de los chicos rurales de 18 años en adelante afirmó haber conducido un vehículo después de haber bebido en una o más ocasiones.

Del mismo modo, el 29% de estos jóvenes y el 23% de los chicos urbanos de 18 años en adelante han declarado haber ido en un vehículo conducido por alguien que había bebido alcohol en una o más ocasiones en el último mes.

El 40% de los varones de 18 años en adelante ha afirmado que cuando bebe alcohol no conduce, aunque un pequeño porcentaje ha manifestado que cuando bebe puede conducir porque controla (12% de los chicos rurales) o que cuando va bebido, conduce muy despacio (8% de los varones tanto urbanos como rurales).

El 20% de las chicas urbanas de 18 años en adelante y el 24% de los chicos han declarado que cuando van a beber alcohol, pactan con su grupo que alguien no beba. En el medio rural y en los jóvenes menores de 18 años, el porcentaje de jóvenes que practica esta conducta preventiva es inferior.

Prevención de accidentes de tráfico

73

La principal vía a través de la cual los jóvenes han recibido información sobre la prevención de accidentes de tráfico son los medios de comunicación, aunque entre los jóvenes menores de 18 años también se ha señalado la escuela, especialmente en el medio rural y, entre los jóvenes de 18 años en adelante, las autoescuelas.

El porcentaje de jóvenes que cree que las campañas en los medios de comunicación influyen en la prevención de los accidentes de tráfico es del 58,2%. Las chicas urbanas de 18 años en adelante son las que en mayor porcentaje lo creen (68%).

Visión cualitativa sobre los accidentes de tráfico

Los entrevistados opinan que los accidentes de tráfico en los jóvenes están muy relacionados con el consumo de alcohol y drogas ilegales que se produce al salir de marcha. Los jóvenes tienen conciencia de que uno de los

rasgos de la juventud es el riesgo, y una de las exigencias de la sociedad de hoy, la inmediatez.

Ellos han relatado el contexto en el que se producen los accidentes: muchas veces "la marcha" se encuentra lejos de casa. La mayoría de jóvenes dispone de coche. Durante "la marcha", se cambia de un sitio a otro, y para ello se utilizan los coches. En el coche se va en grupo, y se puede distraer al conductor. También puede influir que hay gente que habitualmente va en coches conducidos por alguien que ha bebido o tomado drogas, así como la relación entre alcohol y pérdida de control, que se pone de manifiesto mediante una actitud de baja medida del riesgo.

"Pues lo primero, que somos jóvenes, y eso, pues, vamos mucho más rápido, vamos a ser mucho más imprudentes, eso es, prima, por ser jóvenes, o sea, que no vamos a tener una mujer y unos hijos que, oye, pues voy despacio porque voy por un carril con miles de personas en los coches, no. Lo primero, porque somos jóvenes, y a lo mejor pues el semáforo te lo saltas porque, pues te lo saltas" (EJ2)

74

"Tiene un poco de eso de la cultura de la inmediatez, que te lo meten y que, bueno, quieres hacerlo todo rápido... lo que se valora es la velocidad, no el desplazarte, sino la propia velocidad" (GF10)

"Es muy difícil concienciar a la gente de que aparte de que pones tu vida en peligro, pones la de los demás... Pero hay mucha gente joven que todo eso lo piensa y lo sabe. Lo que pasa es que no piensa igual antes de tomar diez copas que después de tomarlas. Entonces, aunque después todo eso lo piense, no le da la misma importancia" (GF7)

"El cincuenta por ciento yo creo que es por las drogas, y el otro cincuenta por fliparse por un tubo. Es por ir deprisa todo el rato, por ir a todo gas y querer ser el mejor" (GF8)

"Yo cuando voy con mis amigas, y encima van chillándome. Déjame, que no me concentro. Porque te empiezan a cantar, a chillar, y no sé qué cuántos, y se te va la pelota a otro lado... me llevo el coche petado de niñas o de amigos, y todo el mundo chillando... y tú no eres

capaz de concentrarte en la carretera, porque va todo el mundo alterado" (GF13)

"Yo me he subido en coches de gente que bebe y las pasas putas. Y en gente que se ha comido cinco pastillas, y seis, y yo ya voy así de acojonada, porque qué voy a hacer.

Pues eso también es un poco culpa tuya ya, porque...

Sí, pero es que si voy a llegar tarde a casa, me voy con quien me suba.

Pues yo sinceramente, prefiero llegar tarde" (E11)

Al mismo tiempo, en el transcurso de las entrevistas y grupos, se han descrito conductas dirigidas a la prevención de accidentes de tráfico - individuales y grupales - y los mecanismos desencadenantes de ellas.

"En las cuadrillas hay muchas veces que cuando se coge el coche uno dice bueno, yo no voy a beber hoy porque me toca, y tengo que conducir" (E2)

"Tú te vas a una fiesta y te fumas ochenta porros y te tomas ochenta cervezas, y si ves que estás muy borracho dices, bueno, me echo a dormir y cuando me levante me voy" (GF2)

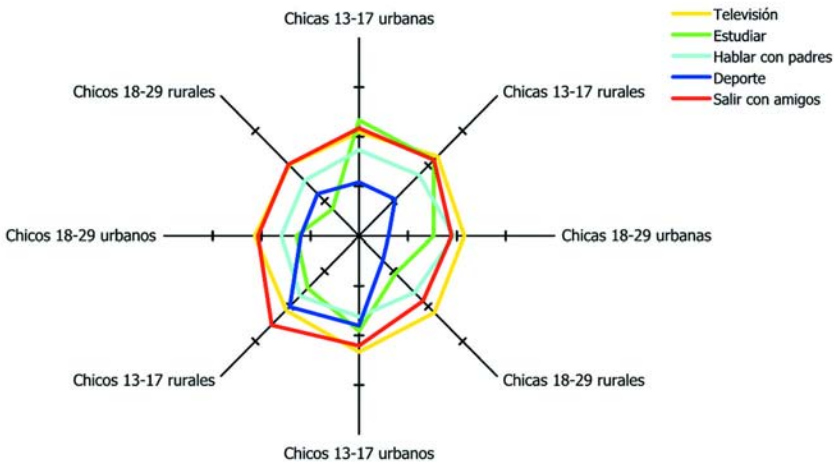
"Si decimos vamos a salir en plan marcha que vamos a beber alcohol, pues la gente no se trae el coche, o si se lo trae pues esperamos, o decimos mira, espérate a que estés mejor... que no sólo uno tenga que decidir coger o no coger el coche, que yo creo que más o menos los demás te dicen mira, estás regular, mejor que no lo cojas, o mira, no queremos que cojas el coche, y que más o menos lo respetamos en este sentido" (EJ3)

8. OCIO

Durante la semana (gráfico 34), las chicas menores de 18 años dedican su tiempo libre fundamentalmente a estudiar y a ver la televisión. Los chicos, en cambio, además de ver la televisión, hacen más deporte, y salen con los amigos (sobre todo en el medio rural) o también estudian (sobre todo en el medio urbano). A partir de los 18 años, el tiempo dedicado al estudio y al deporte se reduce. Las chicas de 18 años en adelante urbanas son las que más tiempo dedican durante la semana a hablar con sus padres. Los jóvenes que más estudian durante la semana y los que practican más deporte declaran significativamente mejor salud percibida que los que no lo hacen.

El fin de semana, el tiempo libre de estos jóvenes es más homogéneo (gráfico 35), y la actividad mayoritaria es salir con los amigos, seguida a distancia de ver la televisión.

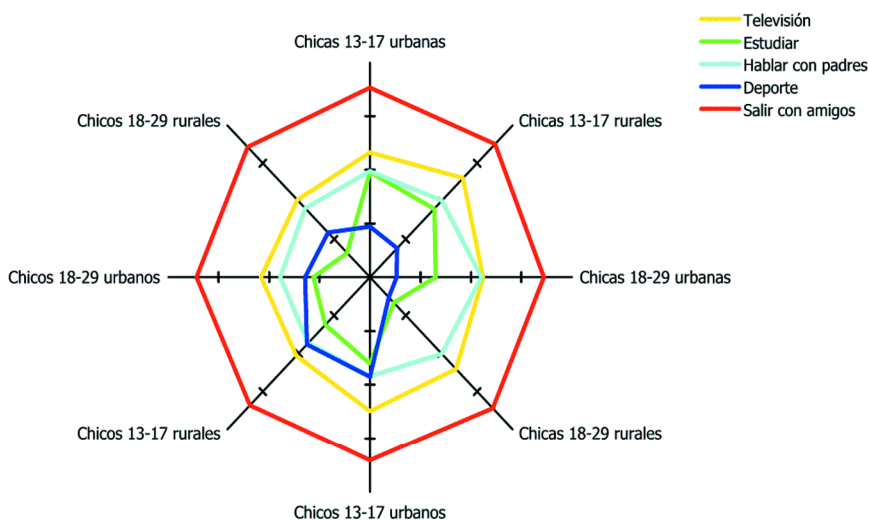
Gráfico 34. Tiempo que dedican los jóvenes a la televisión, a estudiar, a hablar con los padres, al deporte y a salir de lunes a jueves por edad, sexo y ámbito*



* La escala va de 0 a 4, siendo 0=Nada, 1=Menos de 1 hora al día, 2= De 1 a 2 horas al día, 3= De 2 a 3 horas al día y 4= Más de 3 horas al día, teniendo en cuenta que 0 es el centro del gráfico y 4 los extremos.

Gráfico 35. Tiempo que dedican los jóvenes a la televisión, a estudiar, a hablar con los padres, al deporte y a salir de viernes a domingo por edad, sexo y ámbito*

* La escala va de 0 a 4, siendo 0=Nada, 1=Menos de 1 hora al día, 2= De 1 a 2 horas al día, 3= De 2 a 3



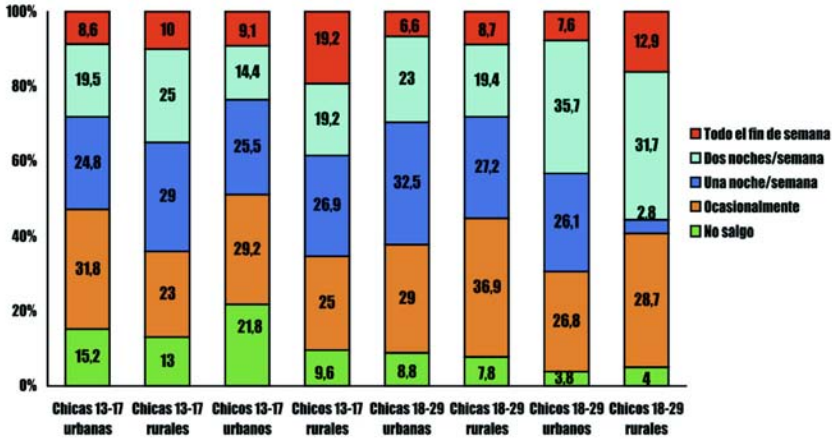
horas al día y 4= Más de 3 horas al día, teniendo en cuenta que 0 es el centro de el gráfico y 4 los extremos.

78

Al preguntar a los jóvenes por la frecuencia con la que salen "de marcha", hemos obtenido los resultados que se muestran en el gráfico 36, donde se observa que, antes de los 18 años, las chicas salen más que los chicos, pero a partir de los 18 esta situación se invierte y son los chicos los que más salen. Los chicos rurales parecen ser más precoces en salir. Llama la atención que un 20% de jóvenes rurales menores de 18 años diga que sale todo el fin de semana sin interrupción.

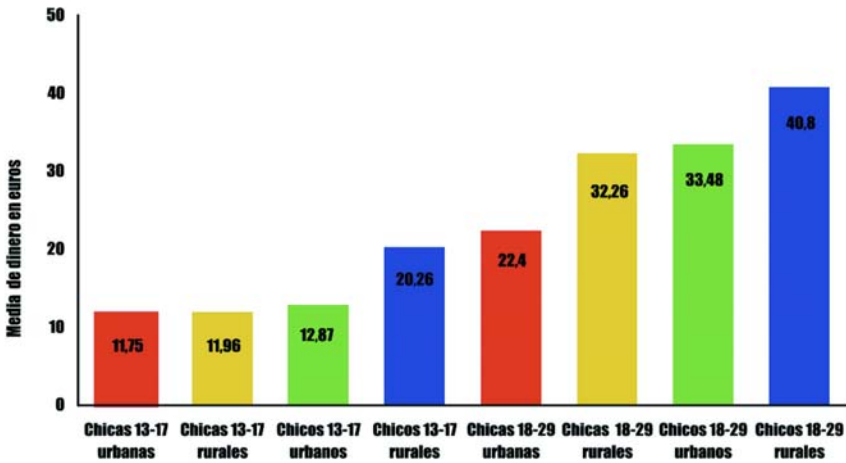
Los bares y pubs son los locales a los que los jóvenes van con más frecuencia los fines de semana, a cualquier edad y en cualquier ámbito. A las discotecas van con mayor frecuencia los jóvenes rurales, mientras que el botellón parece predominar en el medio urbano (Anexo 17).

Gráfico 36. Frecuencia de "salir de marcha" los fines de semana por edad, sexo y ámbito



En cuanto al dinero que gastan para salir, vemos que los varones rurales son significativamente los que más dinero gastan, tanto en el grupo de 13 a 17 años, como en el de 18 años en adelante (gráfico 37).

Gráfico 37. Dinero que suelen gastarse en promedio los jóvenes el fin de semana por edad, sexo y ámbito en euros



Otro tipo de ocio, en cambio, es minoritario. El 28% de los jóvenes entrevistados dicen que les gustaría hacer otro tipo de actividades el fin de semana, y estos jóvenes presentan respecto al resto peor salud percibida.

Al preguntarles cuáles serían las actividades que les gustaría hacer, las más mencionadas han sido las actividades al aire libre y las deportivas (tabla 21). Como actividades al aire libre se han incluido: ir de acampada, ir a la montaña, ir a la playa, etc. Entre las actividades deportivas señaladas por los jóvenes, más de una tercera parte corresponden a los llamados deportes de riesgo: parapente, puenting, escalada, rafting, etc.

Tabla 21. Qué otras actividades les gustaría hacer a los jóvenes el fin de semana ⁽¹⁰⁾

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Al aire libre	126	23,6
Deportivas	111	20,8
Relacionadas con la movida*	85	15,9
Cambiar de aires, viajar	72	13,5
Algo diferente**	49	9,2
Culturales: cine, teatro, etc.	46	8,6
Música	9	1,7
Asociacionismo	7	1,3
Más sexo	7	1,3
Estar con la familia	7	1,3
Descansar	6	1,1
Trabajar o estudiar	3	0,6
TOTAL	535	100

* Relacionadas con la movida serían: Ir de bares, ir a discotecas, fiestas.

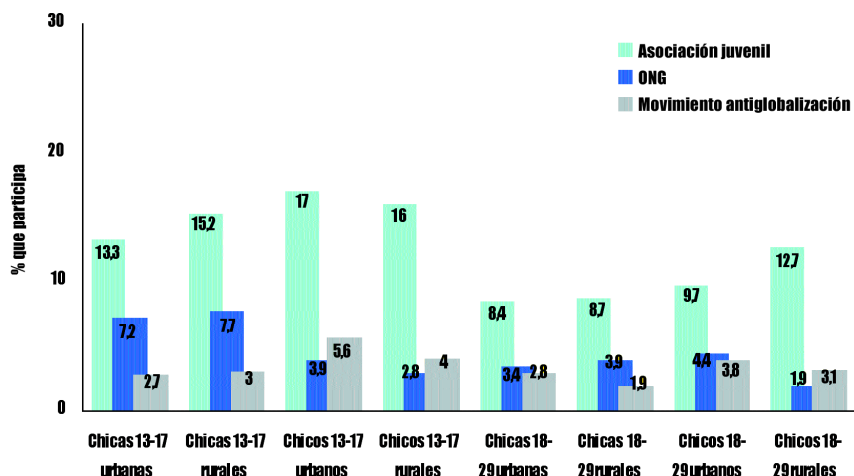
** Algo diferente sería: Cambiar de ambiente, no ir todo el tiempo de discotecas, otro tipo de marcha.

Entre el 8 y el 17% de los jóvenes participan en alguna asociación juvenil, entre el 2 y el 8% en alguna ONG, y entre el 3 y el 6% de los jóvenes en el movimiento antiglobalización.

La mayor participación se ha registrado en varones menores de 18 años sobre todo urbanos para las asociaciones juveniles y el movimiento antiglobalización, y en mujeres menores de 18 años sobre todo rurales para las ONGs (gráfico 38). No se ha observado asociación entre participar y el estado de salud percibida.

⁽¹⁰⁾ Se trataba de una pregunta abierta a la que respondieron 535 jóvenes.

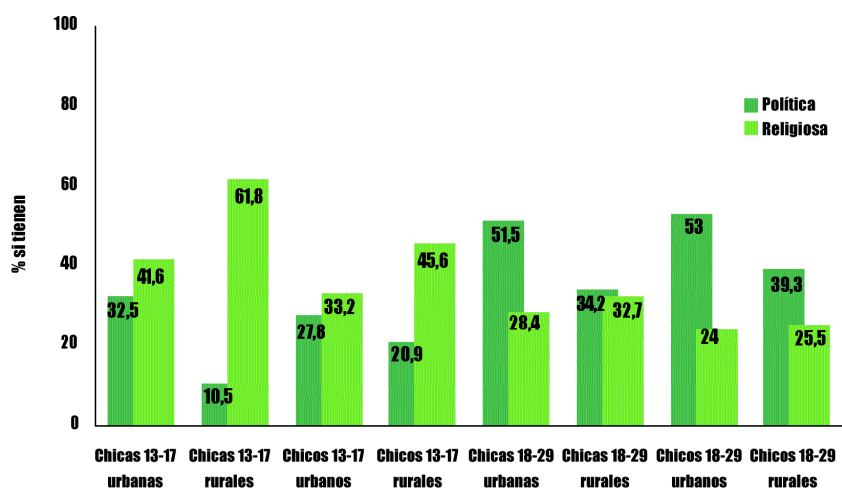
Gráfico 38. Participación y voluntariado en jóvenes por edad, sexo y ámbito



En cuanto a la orientación religiosa, se ha puesto de manifiesto un predominio de jóvenes con orientación religiosa entre las chicas más jóvenes del medio rural (gráfico 39). Los jóvenes con orientación religiosa han presentado de forma significativa respecto al resto mejor salud percibida. Por otra parte, los jóvenes con orientación política, predominan en el medio urbano y a partir de los 18 años (gráfico 39). No se ha observado asociación entre tener orientación política y el estado de salud.

81

Gráfico 39. Orientación religiosa y política de los jóvenes por edad, sexo y ámbito



Visión cualitativa de la movida

De acuerdo a lo que nos han referido los jóvenes, la movida o la marcha es fundamentalmente relacionarse con otros jóvenes, beber y tomar otras drogas, aunque hay jóvenes que declaran salir de marcha sin beber alcohol o consumirlo muy esporádicamente.

"O sea, el hecho de movida, o sea, dependiendo de o sea la música que te guste, el ambiente donde te muevas, con la que te relaciones, o sea, el hecho es salir y intoxicarte de lo que sea hasta altas horas de la mañana: alcohol, cocaína, pastillas o sea. Ese es el rollo de movida. Salir e intoxicarte hasta las tantas de la mañana" (GF6)

"Todo el mundo sale y bebe. Hay un porcentaje muy pequeño de gente que no lo hace. Entonces sí que es verdad que es salir y pasarlo bien con los amigos, pero también es verdad que es salir y beber, porque todo el mundo sale y bebe... Claro, también es que cuando estás borracho o bebes haces cosas que no harías estando normal. Es lo que la gente busca. El reír y divertirse" (GF7)

"Yo creo que también puedes salir de marcha sin meterte nada y sin beber nada, pero depende del plan que lleves, es lo que dices, pues hoy vamos a ir de tranquis y no sé, te vas, te tomas una cerveza y muy bien, y luego también puedes salir del rollo de meterte de copas hasta el culo y ponerte pues hasta el culo. Son dos rollos distintos" (GF9)

Para los entrevistados, la movida del fin de semana es saludable porque es el momento en que están con sus amigos, ligan, rompen con la rutina y liberan el estrés. Pero al mismo tiempo, para algunos segmentos juveniles, la movida se convierte en la única alternativa para estar integrado socialmente, y a veces, en una rutina. En cualquier caso, los jóvenes perciben la movida como un fenómeno transitorio que se modera con la edad y con la situación afectiva.

"Entonces, si por ejemplo estás estudiando o estás trabajando, igual que para una persona mayor el desconectar es irse a cenar por ahí con los amigos a lo mejor para los jóvenes el desconectar, que tienen más energía, más fuerza y más ganas de salir, es irte a tomar una

copa. Lo que busca todo el mundo es desconectar un poco de la vida diaria, vamos, de coger y desconectar, y cada uno desconecta como puede o como quiere..." (GF6)

"Es que está todo como un poco controlado, de lunes a viernes a currar o estudiar, y viernes noche y sábado, a darte un pedo que te cagas, es todo muy sistemático" (GF2)

"También depende de la edad, tú a los 16 años el hecho de llevar un litro de calimocho y un cigarro en la mano te da una seguridad de cara a los demás que en estos momentos, a una edad determinada, no la necesitas" (GF3)

"Yo creo que cambia mucho de tener novio a no tener novio. Cambia un montón" (GF11)

Unido a la movida se encuentra el fenómeno del botellón, que consiste en la compra por parte de grupos de jóvenes de grandes cantidades de alcohol en comercios, y su consumo en espacios abiertos. Aquellos que ingieren demasiado alcohol son atendidos por los demás. Después del botellón, los jóvenes van a discotecas u otros locales a bailar o bien regresan a sus casas. El botellón es una moda que, según ellos, genera una costumbre relacional mediatizada por el consumo de alcohol.

"El botellón lo han producido los mismos bares, porque tú vas a un bar y te tomas una copa de garrafón y te cobran novecientas pelas por la copa, por un poco más te compras tu whisky en condiciones" (GF9)

"En el pueblo, lo del botellón, no, pero hace dos años o así, porque antes no había botellón" (GF13)

"Vamos a una tienda, y compramos muchas botellas ahí de todo, después vamos al parque y empezamos a mezclar, y después hay que cuidar a la gente que está mal, claro" (GF12)

La razón principal que argumentan los jóvenes para participar en el botellón es económica, ya que se puede beber más y de mejor calidad a menos

precio. Y tiene también otras ventajas: te relacionas con más facilidad con gente que no conoces y es más fácil hablar porque no te lo impide la música. Los jóvenes que no beben, en cambio, piensan que el botellón es aburrido y para ellos carece de interés, aunque participan en él porque es el paso previo a la fiesta. Para ellos, se trata de esperar hasta llegar al local cerrado, más cómodo y con posibilidad de bailar.

"Se junta en la plaza un montón de gente y se tiran ahí horas y horas, siempre con la botella y eso también es otra alternativa, yo voy a consumir, pero más barato, que no me voy a ir a un bar y gastarme un pastón" (GF10)

"En un botellón hablas mil veces más con las personas que dentro de un garito con la música que no oyes al de al lado, pero mil veces más. Y en un botellón puedes hacer lo que quieras, si te quieres fumar un porro, te fumas un porro y no tienes que estar pendiente de que... liarte a correr, chillar, saltar y hacer lo que quieras. Y por otra parte es una forma barata de ponerte hasta el culo de alcohol. Eso también es verdad" (GF9)

"Es que si no bebes, dónde estás. Al lado de las personas todas bebiendo. Se termina un vaso, les queda un culito, cogen, tiran y recargan. Y siguen, siguen, porque si se han comprado diez botellas, hasta que las terminen. Y tú claro, mientras estás con las manos en los bolsillos o cruzado de brazos. No haces nada. O comiendo pipas, o dando pasos de allí de un sitio a otro diciendo bueno, ya, alguien que me hable, pues entonces entraré en conversación... es misión imposible sacar algo provechoso, porque lo que haces es eso, es aburrirte y pasar frío" (GF13)

"Muchas veces tengo que estar tirando del tetrabrick de zumo para poder estar y decir, tengo un vaso y algo de líquido, y parece que estoy bebiendo. Y entonces allí, te tomas un litro de zumo en dos horas, y luego sí, te tiras todo el rato en el baño, pero por lo menos, no, para dar el pego de que estás bebiendo. Y entonces la gente entra en una rutina que dicen, bueno, tiene un vaso, está bebiendo, y ya está dentro del grupo" (GF13)

Se ha observado que los usuarios del botellón son conscientes del efecto molesto del mismo pero, como se ha mencionado antes en la conducción de vehículos, las cosas no se ven del mismo modo después de tomar algunas copas. Y sobre todo, se antepone la diversión, que según ellos es saludable, a todo lo demás.

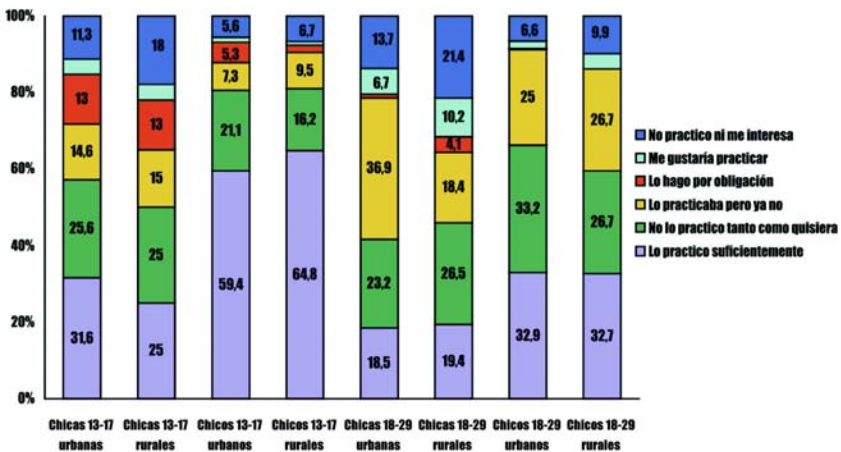
"Cuando te levantas por la mañana y ves que tu barrio está todo lleno de cristales, de meadas, de pintadas, de botellas tiradas, que han arrancado las papeleras y los arbustos. Claro, cómo le vas a explicar a alguien que eso es sano" (GF6)

"Yo cuando llego a casa a las dos de la mañana y están enfrente haciendo un botellón, y liándola, digo, me cago en la madre que los parió, que no me van a dejar dormir, sabes, pero cuando yo estoy por ahí no digo eso, vamos, no digo vamos a estar molestando a esta gente" (GF6)

9. ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA SALUD

Entre el 81 y el 86% de los chicos menores de 18 años practica deporte, mientras que entre el 63 y el 70% de las chicas también lo hace, aunque sea por obligación. A partir de los 18 años, el porcentaje de jóvenes que practican deporte oscila entre el 42% y el 66% (gráfico 40), si bien un 10% de las chicas urbanas dice que le gustaría practicar deporte.

Gráfico 40. Grado de interés por el deporte en jóvenes por edad, sexo y ámbito



Al estudiar con más detalle la relación entre la práctica de deporte y la edad, vemos que el abandono del deporte por parte de los jóvenes se aprecia ya desde los 15 años (gráfico 41).

El fútbol es el deporte más practicado, seguido de las actividades que se realizan en los gimnasios, el baloncesto, la natación y el atletismo (tabla 22). Antes de los 18 años, los chicos declaran que mayoritariamente practican fútbol, y hay menos chicos que declaren practicar otros deportes. Entre las chicas, el abanico de deportes que se practica es más amplio.

A partir de los 18 años, el porcentaje de jóvenes que practican deporte en los gimnasios se incrementa y, en cambio, desciende para el resto de deportes.

Gráfico 41. Jóvenes que hacen deporte por edad, sexo y ámbito

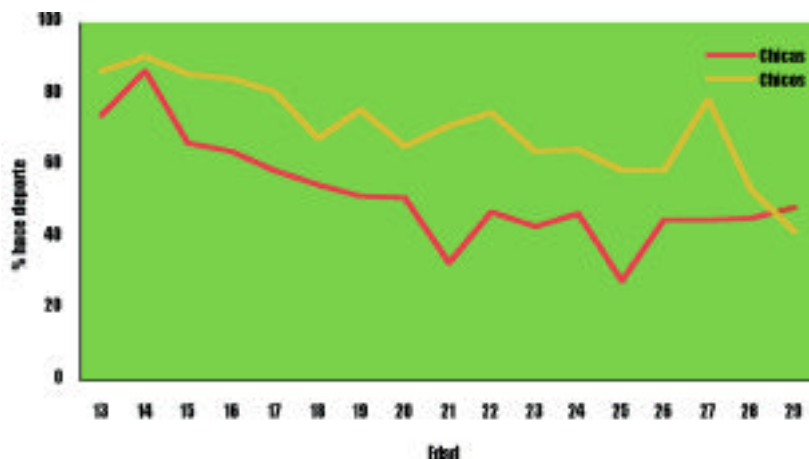


Tabla 22. Deportes más practicados por los jóvenes

	Chicas		Chicos		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Fútbol	42	7,0	389	43,4	431	28,8
Actividades en gimnasio	131	21,9	51	5,7	182	12,2
Baloncesto	49	8,2	98	10,9	147	9,8
Natación	94	15,7	52	5,8	146	9,8
Atletismo	56	9,3	55	6,1	111	7,4
Ciclismo	36	6,0	53	5,9	89	5,9
Tenis	22	3,7	38	4,2	60	4,0
Balonmano	24	4,0	19	2,1	43	2,9
Gimnasia	34	5,7	5	0,6	39	2,6
Voley	21	3,5	8	0,9	29	1,9
Otros	90	15,0	129	14,4	219	14,6
TOTAL	599	100	897	100	1.496	100

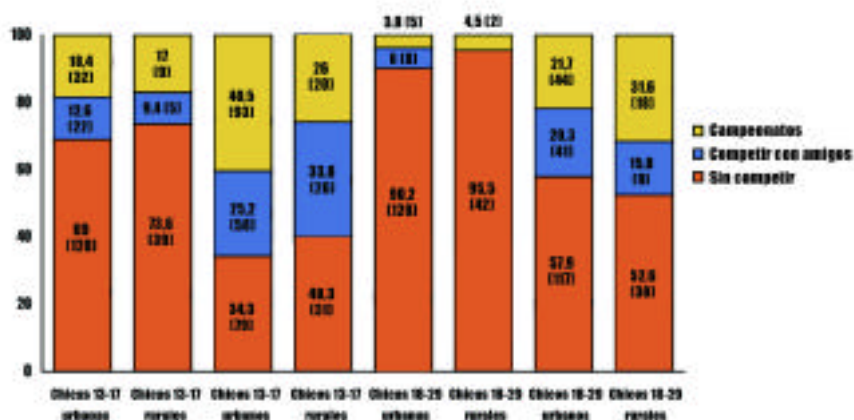
Al preguntar a los jóvenes por los motivos por los que hacen o no hacen deporte, hemos obtenido los resultados que se muestran en la tabla 23, donde se observa que la principal razón por la que hacen deporte es para divertirse, con ciertas matizaciones, ya que las mujeres han valorado más hacer ejercicio. En cuanto a las razones para no hacer deporte, vemos que la principal es la falta de tiempo.

Tabla 23. Razones por las que los jóvenes hacen o no hacen deporte ⁽¹¹⁾

Razones por las que hacen deporte	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Diversión	398	46,2
Hacer ejercicio	320	36,0
Mantener la línea	61	7,1
Competir	47	5,5
Ver a los amigos	15	1,7
Obligación	11	1,3
Me gusta	10	1,2
Otras	10	1,2
TOTAL	862	100
Razones por las que no hacen deporte	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
No tengo tiempo	321	44,5
Pereza	223	30,9
No me gusta	113	15,7
Cansancio	23	3,2
Falta instalaciones cerca	20	2,8
No le veo utilidad	12	1,7
Problemas físicos	6	0,8
Otras	3	0,3
TOTAL	721	100

Se ha observado que lo más frecuente es que las chicas declaran que hacen deporte sin competir, mientras que más de la mitad de los chicos menores de 18 años compiten cuando hacen deporte, bien con los amigos o bien en campeonatos. Con la edad, el nivel de competición desciende de forma llamativa en las mujeres y en los varones urbanos, y se incrementa en los varones rurales (gráfico 42).

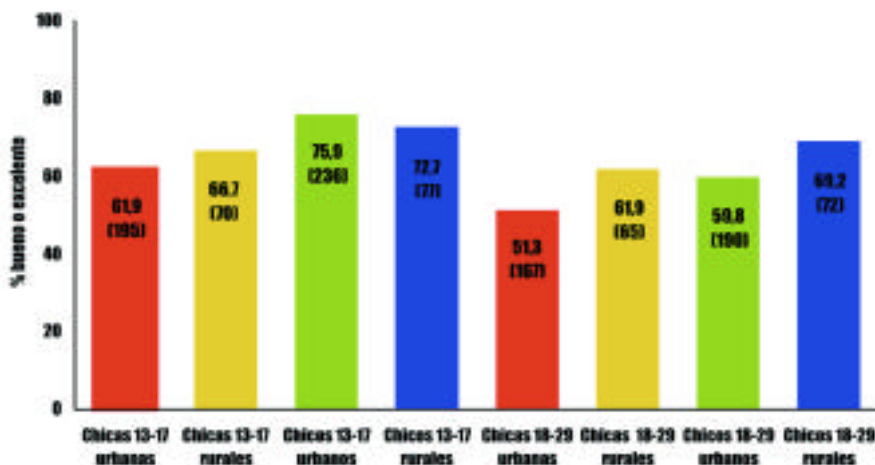
⁽¹¹⁾ Se trataba de dos preguntas abiertas, a las que respondieron 862 y 721 jóvenes.

Gráfico 42. Tipo de relación que mantienen los jóvenes con el deporte por edad, sexo y ámbito ⁽¹²⁾

Más de la mitad de los jóvenes han declarado que su estado de forma física es bueno o excelente (gráfico 43). El estado de forma física de los chicos es mejor que el de las chicas. A partir de los 18 años, el estado de forma física, según han declarado los jóvenes, empeora. Las mujeres urbanas de 18 años en adelante han declarado peor estado de forma física que el resto de jóvenes. Los jóvenes con mejor forma física tienen mejor salud percibida.

90

Gráfico 43. Estado de forma física de los jóvenes por edad, sexo y ámbito



⁽¹²⁾ En porcentaje y entre paréntesis la frecuencia absoluta.

Visión cualitativa de la actividad física

En opinión de los participantes, los jóvenes hacen deporte para divertirse y para liberar estrés. Los que lo practican con más asiduidad, dicen que lo hacen porque lo necesitan. También se concibe el deporte como un hábito para vivir mejor relacionado con la salud, y como un reto personal.

"Yo creo que va relacionado con la diversión, o sea, yo hago deporte porque me divierte, si no me lo pasara bien no haría deporte, o sea, yo he estado yendo a un gimnasio por cuidarme físicamente y en seis meses he dejado de ir al gimnasio porque me aburría. Ahora por ejemplo, llevo todo un año montando en bicicleta y me divierte, y sigo yendo. Entonces hay que buscarse un deporte que a ti te guste para poder desarrollarlo y que sea un ocio más que una obligación, porque si sales de trabajar o de estudiar y tienes que seguir haciendo cosas para tu eso, y no te gusta, pues es una forma de aburrirte" (GF6)

"Yo principalmente porque descargo mucha tensión, yo el deporte que practico es el montañismo, o sea de lunes a viernes noto como va creciendo la tensión, y yo normalmente me voy el domingo, me voy el domingo al monte y vuelvo nuevo, relajado" (GF2)

"Yo, lo hago para, yo, lo necesito, aparte que me gusta, me gusta trabajar el cuerpo, me gusta correr diez kilómetros y saber que joder, que subí el monte este y lo bajé, y ya voy y me siento pletórico, o sea, respiro y sabes que tienes los pulmones enormes del esfuerzo que hiciste" (EJ2)

"Yo hago deporte, pero porque me gusta, igual que me gusta ir de botellón, hago deporte. Unas horas son para eso. Hago botellón, hago deporte, quedo con los amigos" (GF4)

Para la práctica de deporte en los jóvenes, tener una familia con cultura deportista, tener amigos con los que practicarlos, sentirse bien y divertirse parecen ser elementos influyentes.

"Mi hermano, yo empecé a jugar a pelota porque, aparte de que para mi padre pelota es religión, es por mi hermano, siempre de pequeñi-

to viendo a mi hermano, y siempre en el frontón, y eso luego he tenido suerte que te gusta, te gusta mogollón, si no me hubiera gustado le hubieran dado por saco a mi padre y a mi hermano" (GF2)

"Yo cuando hago es porque voy con mis amigas, y me divierto mucho" (GF1)

"Yo, por ejemplo, estoy en mi casa un sábado por la mañana, suena el despertador a las nueve y media y digo: ¿Ahora me tengo que ir a montar en bici? Dices joder, pero te levantas porque sabes que a la media hora de que te has levantado y estás puesto montando en bici te lo estás pasando bien" (GF6)

La falta de tiempo y la falta de compañeros con quien hacerlo son dos razones clave que alegan los jóvenes que no hacen deporte. También declaran que no lo hacen porque simplemente no les apetece. Los entrevistados opinan que salir de marcha y hacer deporte o fumar y hacer deporte pueden ser compatibles o no, dependiendo de los casos, y que se pueden hacer otras cosas para vivir saludablemente.

92

"No, porque yo facilidades tengo, porque yo antes hacía bici, y vivo en... y tengo una pista. Pero no tengo tiempo. Tengo que venir a estudiar, luego llego a casa, tengo que estudiar, no sé, necesitas también tiempo para descansar. Ahora nada" (GF7)

"A mí me gusta, lo que pasa es que ya no tengo tiempo, prefiero en vez de echarme un partido irme a la discoteca. Todos mis amigos, si hay diez y ocho prefieren ir a la discoteca, no nos vamos a quedar dos jugando a fútbol. El fin de semana del veinticuatro el sábado hay una fiesta, entonces el viernes para no gastar mucho dinero, pues echaré un partido de fútbol. Pero que eso mola entre todos los amigos jugar al fútbol y eso. Y otra cosa también, lo de las pastillas" (GF8)

"El tabaco para el deporte es fatal, porque yo hace dos años me encantaba hacer deporte y desde que fumo ya no me gusta nada" (GF1)

"Yo fumo como un carretero y hago deporte. Juego al fútbol dos horas y termino con los pulmones muertos, pero a mí me gusta hacer deporte, y no porque fume voy a dejar de hacer deporte" (GF7)

"Porque tengo otros hobbies. No sé, prefiero... Deporte, pues yo qué sé, a lo mejor me voy a andar y así, pero eso no lo considero ya deporte. A mí me gustan otras cosas: me gusta la música, me gusta leer, y también otras cosas, no, otra salsa: los malabares..." (GF4)

"Yo era de las que me quedaba detrás de todo, asfixiada, hasta los huevos ya, diciendo: No puedo más, me tenéis harta y tal. Y ellos pateando para arriba y tal. Y ahora, yo me quedo detrás, pero mi coco ya, sabes, pasa de todo. Bueno, pues si voy detrás, voy detrás, voy a mi ritmo, y alucino con el paisaje" (GF13)

10. RENDIMIENTO ESCOLAR

Para evaluar el rendimiento escolar de los jóvenes hemos utilizado dos variables: la media de las últimas notas escolares y el número de cursos repetidos, ambos referidos por los jóvenes. Con respecto a la media de las últimas notas, las chicas han declarado haber sacado mejores notas que los chicos, y los jóvenes urbanos, mejores notas que los jóvenes rurales (gráfico 44). De forma similar, el porcentaje de jóvenes que antes de los 18 años han repetido algún curso también es superior en varones y en el medio rural (gráfico 45). Tener peores notas y haber repetido algún curso se asocian a un peor estado de salud percibida.

Gráfico 44. Distribución de la media de las últimas notas escolares por edad, sexo y ámbito

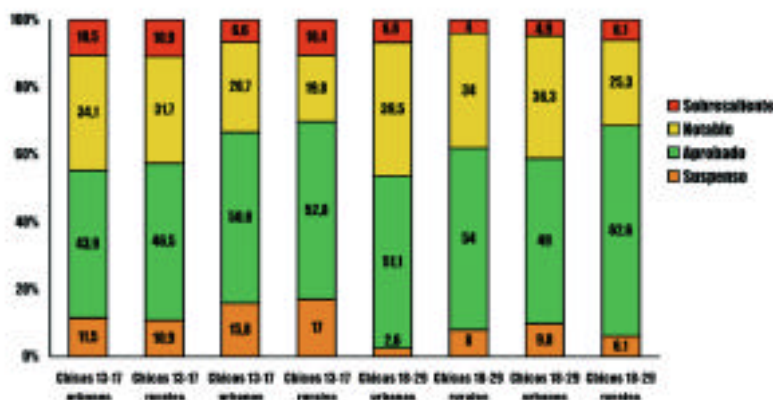
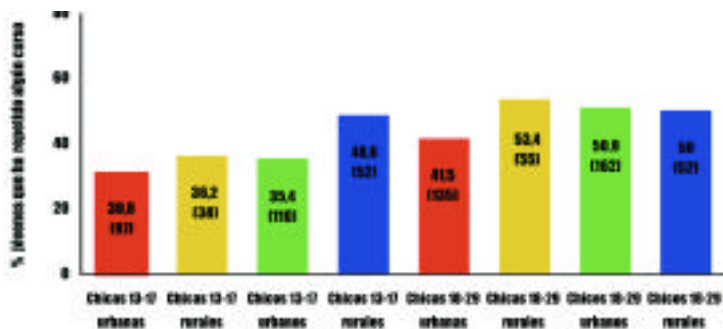


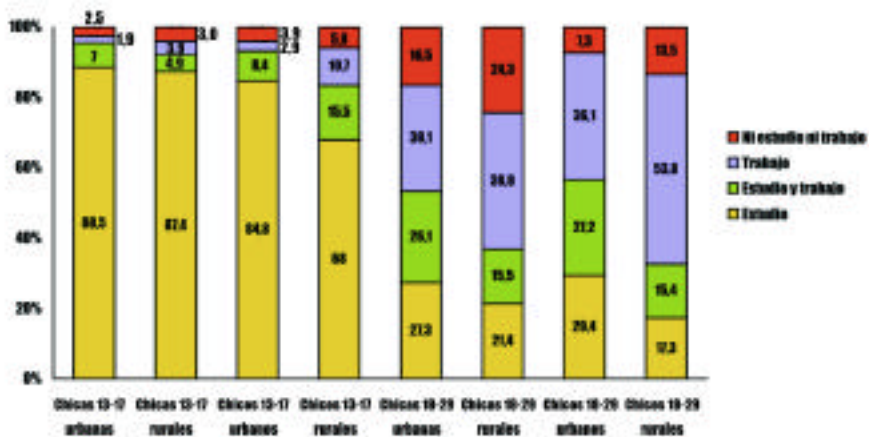
Gráfico 45. Porcentaje de jóvenes que han repetido algún curso por edad, sexo y ámbito



11. SITUACIÓN SOCIOLABORAL

Casi el 90% de los jóvenes menores de 18 años se dedica exclusivamente a estudiar, excepto los chicos rurales, que refieren estudiar el 68%. A partir de los 18 años, más de la mitad de los jóvenes urbanos (53% de las chicas y 57% de los chicos) siguen estudiando, en exclusividad o compaginando el estudio con el trabajo. En contraposición, en el medio rural, más de la mitad (54%) de los jóvenes varones se dedica exclusivamente a trabajar. Sólo un tercio de los jóvenes rurales a partir de los 18 años continúa estudiando (gráfico 46).

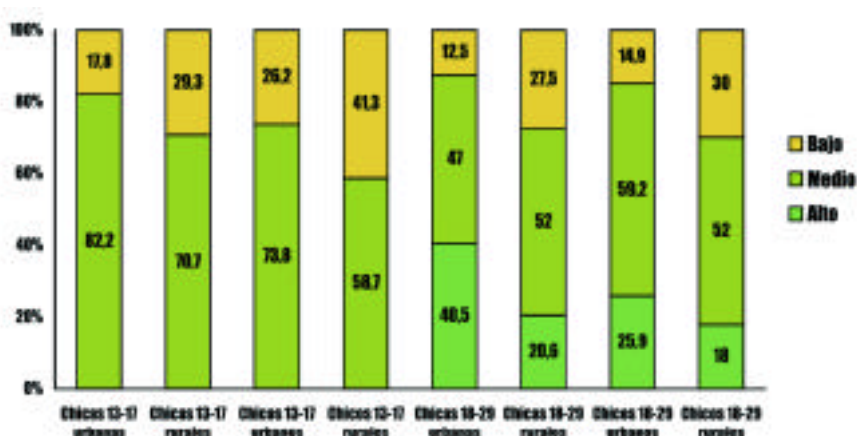
Gráfico 46. Situación sociolaboral de los jóvenes por edad, sexo y ámbito



La categoría "Ni estudio ni trabajo" incluye a los jóvenes que están parados, buscando trabajo, y los que están buscándose la vida. Los porcentajes más elevados de jóvenes que ni estudian ni trabajan se dan en el sexo femenino, y predominan en el medio rural. Ello es así a pesar de que las mujeres jóvenes alcanzan niveles de estudios superiores a los varones (gráfico 47), lo que no sucedía en la generación de sus padres (Anexo 18).

Los jóvenes que trabajan y además estudian han declarado mejor salud percibida que el resto. Por el contrario, la salud percibida de los jóvenes que ni estudian ni trabajan es peor que la de los demás jóvenes.

Gráfico 47. Nivel máximo de estudios alcanzado por los jóvenes por edad, sexo y ámbito



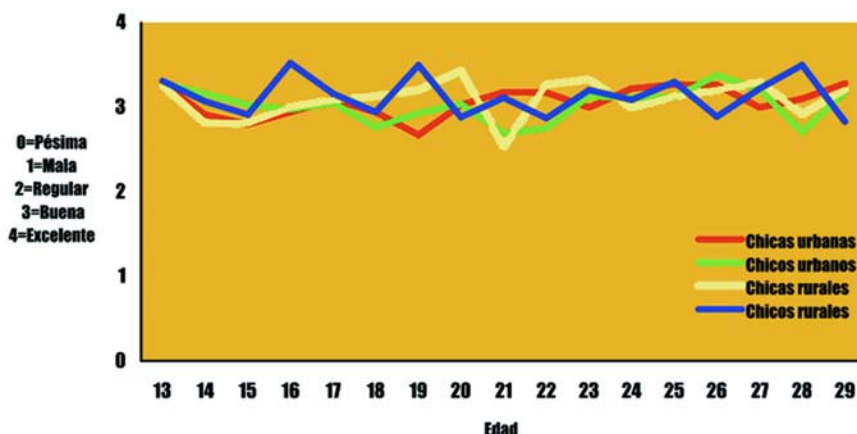
Cuando se limita la muestra a los jóvenes de 16 o más años que refieren que trabajan o que trabajan y estudian, se observa que los que se encuentran en esta situación son, en el 55% de los casos, chicos, y en el 45%, chicas. El 44% de estos jóvenes tiene un contrato indefinido, el 38% un contrato temporal, el 10% refieren no tener contrato, y, por último, los contratos de Empresa de Trabajo Temporal o de formación/en prácticas, representan el 3 y 5% respectivamente. Aunque proporcionalmente haya más chicos que chicas trabajando, no se han observado diferencias significativas en el tipo de contrato por sexo entre quienes estaban trabajando en el momento de responder al cuestionario.

El 24% de los jóvenes de 16 años o más que trabajan o trabajan y estudian refieren correr riesgos en su trabajo, frente al 70% que dice no correr riesgos. Más de la mitad (56%) opinan que su empresario se preocupa por su salud y seguridad, y el resto opina que no.

12. APOYO SOCIAL

Globalmente, la relación de los jóvenes con sus padres es buena, sin que se observen diferencias significativas entre los grupos (gráfico 48). Tener una buena relación con los padres se asocia con tener mejor salud percibida.

Gráfico 48. Relación de los jóvenes con sus padres por edad, sexo y ámbito



El 83% de los jóvenes entrevistados dicen que tienen algún amigo/a íntimo y el 90% de los jóvenes entrevistados dicen que tienen algún grupo de amigos/as con los que salen habitualmente, con pequeñas variaciones entre los grupos, en el sentido de que los chicos urbanos y rurales menores de 18 años tienen con menor frecuencia algún amigo íntimo y, en cambio, las chicas de 18 años en adelante tienen con menor frecuencia un grupo con el que salen.

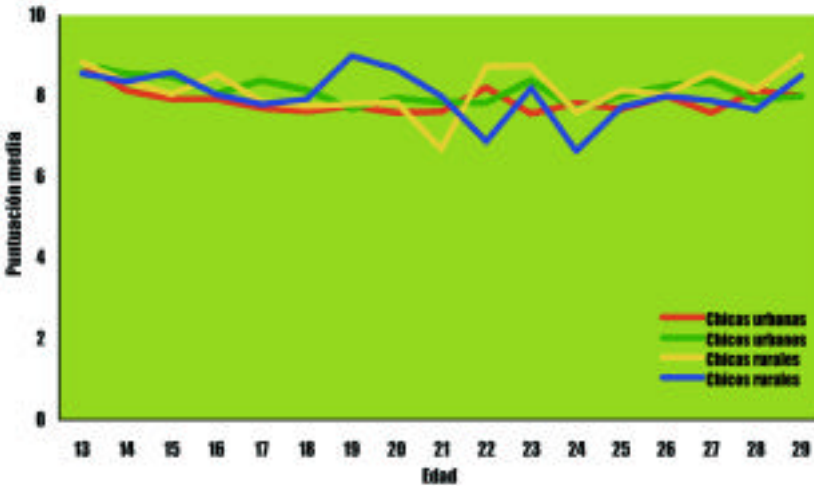
La mayor parte de jóvenes (89%) se sienten libres de expresar su opinión cuando no están de acuerdo con sus amigos. Entre los jóvenes rurales menores de 18 años se encuentra un porcentaje mayor de jóvenes que no se sienten libres.

Más del 60% de los jóvenes opinan que no se puede confiar en la mayor parte de la gente (Anexo 19).

13. SATISFACCIÓN GLOBAL CON SU VIDA

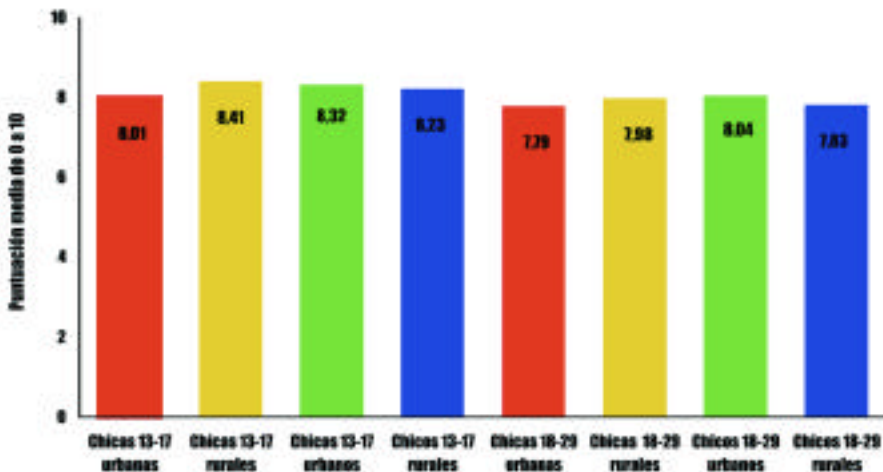
En general, los jóvenes están satisfechos con su vida. En función de la edad, parece que el nivel de satisfacción desciende entre los 18 y los 24 años (gráfico 49). El grupo de jóvenes menos satisfecho con su vida son las mujeres urbanas de 18 a 29 años (gráfico 50).

Gráfico 49. Satisfacción global de los jóvenes con su vida por edad, sexo y ámbito



101

Gráfico 50. Satisfacción de los jóvenes con su vida por grupos de edad, sexo y ámbito



14. OPINIÓN DE LOS JÓVENES SOBRE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A ELLOS

Las intervenciones dirigidas a los jóvenes, según la opinión de ellos, se realizan desde la óptica de los adultos. Por eso, las actividades alternativas de ocio juvenil que ofrecen las administraciones son vistas por los jóvenes como un objeto de consumo, y junto a las campañas desde los medios de comunicación, se perciben como acciones aisladas que les sugieren un interés puntual por su salud.

"Está el rollo de que está dentro de un proyecto de globalización, de globalización atroz, capitalista, por encima de las personas, intereses económicos, ante todo privatización... eso hace que el gobierno central funcione así como con rayos soltando, parcheando y con palabras de moda" (E2)

"Es otra forma de consumo también... yo creo que ayuda al sistema, a no preguntarse si tenemos que cambiar este sistema, porque igual los jóvenes para tener una buena salud tendrían que cambiar este sistema, porque lo que hacen es recrearnos y decir, bueno, en vez de divertirnos con alcohol y eso, pues podéis poneros más cachas o podéis hacer... Esta bien, bien, en vez de salir a drogarme, pues hoy no voy a salir y me voy a quedar ahí..." (GF10)

Por otro lado, los entrevistados reconocen que los programas que ofrecen alternativas nocturnas de ocio están teniendo acogida, y que sirven para diversificar el tiempo de ocio de los jóvenes que salen, pero que esos programas no parece que tengan capacidad para acabar con la práctica relacional del botellón. En todo caso, plantean que se debería dar más participación a los jóvenes en dichos programas y difundirlos más.

"A mí los programas estos me gustan siempre que salgan de los jóvenes, porque normalmente salen de arriba, no, y una noche de cine finlandés porque es lo que le gusta al concejal de cultura, pero los jóvenes no van a ir a ver cine finlandés... Y está yendo mucha gente, por lo que sé... pero cuesta trabajo, cuesta mucho trabajo que la gente vaya. La gente, no sé, es que salir de marcha los sábados de movida, ese es el problema que hay" (GF7)

"Es una manera de cambiar, en vez de salir tanto por ahí a beber y a agobiarte en los locales o lo que sea por lo de la noche más joven y el abierto, y esta noche toca" (GF9)

"No me parece muy bien que digan esta es la alternativa al botellón, porque realmente no lo es porque la gente lo va a seguir haciendo, lo que pasa es que cuantas más cosas tienes que hacer, más ocupado tienes el tiempo en cosas que no implican problemas de salud" (EJ3)

"En concreto aquí... que quieren quitar el botellón, pero sin embargo ahora han puesto la norma para que cierren los pubs a las tres de la mañana. Qué hacen los jóvenes ¿Se van a su casa a dormir? O sea, no tiene sentido... Claro, los jóvenes dicen: Bueno, vamos a ver, vosotros no os estáis dando cuenta que nosotros queremos estar en la calle y queremos beber alcohol. Es decir, que no nos lo ponéis en los pubs baratos, vamos allí, es caro, cerráis los pubs, a la calle. Qué soluciones hay. No hay más soluciones... Seguir haciendo botellones, y si tienen que irse fuera o subirse a un árbol, se van a subir" (E7)

104

"Yo creo que por lo menos en nuestro barrio veías dentro gente que otro fin de semana lo habías visto tirado en el parque borracho y hasta el culo de todo y le veías haciendo deporte, pero era impresionante, que estaba tan lleno que es que no te dejaban pasar, había cola. Y no sólo deporte, tiene también Internet hasta las cuatro de la mañana, y juegos. La verdad es que eso está bien cuando te quieres quedar en el barrio... ha sido muy cercana a la gente joven, o sea. Pero yo creo que se ha quedado en los barrios..." (GF9)

Las campañas de publicidad en los medios de comunicación han sido destacadas por su impacto, pero han generado controversia en cuanto a si tienen o no efecto sobre el comportamiento.

"Pero eso no hace nada, está más claro, pienso que los jóvenes de hoy lo ven y ya está, yo cuando lo veo digo pues vale, se ha pegado un talegazo, pues que se joda.

No, pero están bien. Sí, porque son fuertes y te impactan.

Hombre, te hacen reflexionar.

Pero cuando lo ves, eso sí, pero al minuto se te olvida, se te ha olvidado eso" (GF8)

"No, yo creo que no, no, porque cada vez que lo ponen vamos todos: Mira, mira, toma, o sea, mira el ciclista cómo ha acabado golpeado contra la... o el que está vomitando que va a coger la tía desde el coche todo borracho. Estamos mirando el ciego que lleva" (EJ2)

"Una tontería, porque eso no va a hacer nada, quien se quiere drogar, se droga, y quien no se quiere drogar, no se droga" (GF12)

"Yo creo que cuanto más información hay, más morbo le da a la gente, y más quiere" (GF2)

También se expresa el interés porque los recursos y la información llegue a los jóvenes, mejorándose su acceso y calidad, así como el énfasis en la segmentación y la continuidad de las campañas. Se han citado programas de radio como ejemplo de utilización de los medios de comunicación para hacer énfasis en los temas de salud que interesan a los jóvenes, que son valoradas positivamente por los entrevistados.

105

"Se hacen muchas campañas, pero considero que con esas campañas no se llega. Por ejemplo, estamos dando folletos y nos estamos encontrando con que la gente joven los folletos no los leen" (E1)

"Te dan un folleto y ya está. Eso no es información. Información es que te enteres, que puedas preguntar, que te contesten, y que te aclaren las dudas, y que se te quede todo claro, no, porque que te presenten un folleto que te diga: Sí, el preservativo 99% de efectividad, no sé cuantos. Eso no es" (GF13)

"En los cuarenta a partir de las diez de la noche, tienes un programa de sexualidad perfecto. Te puedo hablar de herpes vaginalis, de no sé qué, te puedo hablar de lo que quieras, gracias a escuchar este programa. La verdad es que vale. Vale muchísimo. Todo el mundo absolutamente, todos los jóvenes, todos, todos, lo escuchan" (EJ2)

15. SUGERENCIAS DE LOS JÓVENES PARA MEJORAR LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A ELLOS

Los jóvenes consideran que la escucha es el paso previo para la intervención con ellos. Por eso, opinan que, para mejorar las intervenciones dirigidas a ellos, se debería dar más participación a los jóvenes.

"Pues creo que muchas actuaciones que se hacen para los jóvenes pero sin los jóvenes, creo que muchos discursos que hay gente a la que le cuesta asimilar pero que para trabajar con chavales y chavalas, tienes que conocer no, tienes que partir de su participación en todas las actuaciones que hagas" (E3)

"Yo creo que lo principal es escuchar a los jóvenes porque se están haciendo muchas cosas, se están dando por supuestas muchas cosas" (E2)

"Si hay jóvenes que se están moviendo, pues ya sea en su barrio, que están todo el día en la plazoleta, o cualquier cosa, que quieren hacer teatro... pues que cojan esas ideas y facilitarles medios para que se organicen y las puedan crear... si hubiese más espacios públicos, más casas de cultura, ahí las podrían hacer, es decir, darles más peso a los mismos jóvenes" (E1)

En referencia a las actividades alternativas a la movida, otro de los aspectos en los que se ha incidido es en su precio.

"Poner más actividades para que estén entretenidos, y que sean muy baratas, porque es que hay algunas, que a lo mejor patinaje sobre hielo te cuesta 1.500 y decir pues pago 1.500 todos los sábados y voy... Pues la bolera, por ejemplo, la bolera la gente si que va pero que pusieran más actividades o, no sé, jugar a... a otras cosas que pusieran actividades al aire libre. Pues también el cine y todo eso, pero que bajara más de precio porque a lo mejor muchas veces" (EJ4)

Con respecto al botellón, se ha sugerido la creación de espacios (carpas, locales) dentro de la ciudad para poder desarrollarlo, y estrategias comerciales y de promoción de las alternativas.

"Si sabes que no lo vas a poder quitar y no vas a poder convencer a la gente a no ser que convenzas a cada uno de los dueños de los pubs que pongan las copas a veinte duros, que a ellos no les merece la pena, entonces deberían de decir, vamos a acondicionar un sitio para ellos, vamos a acondicionar un sitio que haya mesas y bancos y que haya un contenedor de vidrio y una papelera. Vale, quizás un grupo no tire el vidrio al contenedor y utilice la papelera, pero quizás otros diez si lo tiren, o un lavabo y vamos a hacer esto y un lavabo que tenga yo que sé, aunque tengas que echarle veinte duros... y me parece que ese sitio debería estar dentro de la ciudad, dentro de la ciudad porque no solucionamos nada mandándonos a Cartuja porque tendrías que coger un autobús, y si no coges un autobús coges un coche, y si no coges un coche coges una moto. Unos locales, unas carpas, la verdad es que ya da igual, pero en algún sitio que se diga mira no tengo ningún problema que lo hago aquí. Y no tengas que estar, coño la policía, que me dirán, me tendré que ir no me tendré que ir, niño recoge las botellas, niño que nos vamos, y que además que al día siguiente no tengas que pasar por esa calle y no tengas que ir dándole patadas a bolsas y a botellas y a un montón de cosas." (EJ3)

108

Sobre la educación para la salud, los entrevistados opinan que se deberían utilizar estrategias educativas nuevas relacionadas con los iguales, testimonios de gente afectada por el problema de salud que se quiere prevenir y apoyo de materiales audiovisuales. Para los jóvenes, la educación para la salud debería ser una materia o asignatura con el mismo rango que las demás. También se demanda más formación y participación activa de los profesores, las escuelas, los padres y también de los medios de comunicación, si desarrollaran acciones adecuadas para prevenir la enfermedad y promocionar la salud.

"Un amigo que había tenido un accidente, estaba tetraplégico, nos dio su testimonio... A mí me impresionó mucho, y realmente es que te da que pensar porque normalmente lo ves como algo lejano y dices

bueno, sí, eso pasa y hay accidentes, igual dices hay enfermedades de transmisión sexual, pero a mí no me va a tocar. Pero cuando vienen a tí y una persona te cuenta su experiencia, y te cuenta y te dice lo que a él le pasó y lo que le ha pasado a otros que conoce, lo ves como más cercano a tí, y quizá te hace ser más consciente de que corres un riesgo" (EJ3)

"Aunque sea con vídeos, aunque sea ponerte la película Trainspotting, o sea, que te enseñen que cuando te pinchas en la vena que sangra el tío y que le da un bajón, que no es todo de color de rosa, que no está todo el día ahí volando y, que se drogan" (EJ2)

"Sí, yo pienso que lo que es, por ejemplo, la etapa de secundaria, me parece que se llama ahora no, y la primaria, al final ya cuando estás haciendo tercero, que los chicos empiezan a salir... los profesores de magisterio que dan clase en esos años, deberían dar una clase no sé si se llama de éticas o de lo que sea, donde por lo menos un día a la semana donde de verdad, como las matemáticas... hacerles ver de verdad a los chicos que en un año van a empezar a poder consumir droga o a poder beber más o beber menos, o sea, a esos chicos prepararles y concienciarles... y meterles caña para que se concienciaran y se sepan las cosas, no por ejemplo cuando ya están saliendo, es muy difícil decirles no, que no vayan con sus amigos, te vas a quedar en casa encerrado" (GF6)

"Yo creo que los profesores ahí deberían hacer mucha labor de comunicación, deberían ser educadores y luego profesores" (E4)

"Yo creo que hay que concienciar a los padres... A los padres porque igual que mi madre me pilló a mí si me he fumado un porro... me parece que los padres deberían de decir mi niño no es normal, o mi niño no es normal lo que gasta o mi niño no es normal que tenga esta actividad física o mi niño no es normal que vomite o mi niño, mi niño mi niño y se dan cuenta, pero es que hay padres totalmente ignorantes en ese sentido, pero además mi niño no, porque mi niño saca un diez y es muy bueno en matemáticas. Sí señora su hijo saca un diez en matemáticas pero el sábado se pone hasta el culo de droga y usted

no se entera porque además es que no tienes por qué enterarte y más si tienes dieciocho años entonces sí es verdad que no se tiene que enterar nadie, porque te puede dar un coma etílico pero tu simplemente con llamar a tu casa y decir que te quedas a dormir en casa de tal, estás en el hospital y no pasa absolutamente nada" (EJ3)

"Pues no sé, si por ejemplo el deporte se hiciera en familia, pues eso también ayudaría. En tu casa unas pautas de decir el sábado por la mañana, no, vamos todos al Retiro a pasear, a montar en bici, porque los padres son los primeros que también tienen que hacer ese tipo de cosas" (E8)

"Yo creo que es mucho más importante que desde los medios de comunicación haya políticas reales de por ejemplo, comunicación. Políticas reales de concienciación social, de cambio de hábitos y de costumbres... Y los medios de comunicación tienen mucha más fuerza como tal que las propias instituciones. La sociedad se queda mucho más con el programa de «Crónicas Marcianas» de ayer que con lo que dice su ayuntamiento, o con lo que dice la serie «Al salir de clase»" (E6)

110

Al solicitar a los jóvenes que priorizaran sus propuestas para mejorar su salud mediante la técnica del grupo nominal, se han obtenido los resultados que se muestran en la tabla 24, donde se puede observar que la propuesta más votada ha sido la Educación para la Salud en las escuelas mediante técnicas educativas participativas, seguido de la oferta de actividades de ocio alternativo gratuitas o baratas y, en tercer lugar, de una mayor participación de los jóvenes en el desarrollo de intervenciones dirigidas a ellos. Destaca que las charlas a los padres, si bien han ocupado el séptimo lugar, han sido priorizadas en cinco de los grupos.

Tabla 24. Priorización de propuestas de los jóvenes

	Nº puntos*	Nº grupos**
1. Educación para la salud en los colegios	30	7
2. Ocio alternativo asequible	16	6
3. Más participación de los jóvenes	13,5	5
4. Legalizar las drogas blandas	13	4
4. Transporte público nocturno	13	3
5. Cambio social	10	3
6. Promoción del deporte	9	3
7. Información real sobre drogas	9	3
8. Charlas a los padres	8,5	5
9. Evitar la manipulación de los medios de comunicación	8	2

* Las cinco propuestas más votadas en cada grupo recibieron: 5,4,3,2 y 1 punto.

** Número de grupos donde esa propuesta fue priorizada sobre un total de 12 grupos.

DISCUSION

Salud percibida y salud mental

La mayor parte de los jóvenes encuestados, el 90,9%, ha declarado que su salud es buena o muy buena. Para poder comparar nuestros resultados con los de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) hemos de referirnos a los jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 24 años, que es el grupo etáreo que utiliza la ENS. En nuestra muestra, para la población de 16 a 24 años, el 91% de las chicas urbanas, el 89% de los chicos urbanos y el 87% de los jóvenes rurales de ambos sexos han declarado que su salud era buena o muy buena, frente al 84,4% que lo declaró en la última ENS (ENS, 1997) y al 83% en la anterior (ENS, 1995). Es decir, que la salud percibida de los jóvenes españoles es, en general, buena.

No se han observado diferencias significativas en la salud percibida de los jóvenes por sexo, cuando sí se habían encontrado en otros estudios. Así, en la ENS de 1993, se realizó un análisis simultáneo por edad y sexo, y observó que el 87% de los varones de 18 a 24 años declaró que su salud era buena o muy buena frente al 83% de las mujeres de la misma franja de edad. Otros estudios realizados en población joven también han observado una mejor salud percibida en los varones frente a las mujeres (Hidalgo, 2000).

Tampoco hemos observado diferencias significativas de salud percibida relativas a la edad. Sin embargo, se ha observado que, entre los 18 y los 24 años, la frecuencia de jóvenes que han declarado que su salud es buena o muy buena es inferior, aunque las diferencias han sido mínimas. Los jóvenes entre 18 y 24 años, además, son los que han declarado estar menos satisfechos con su vida y los que han obtenido puntuaciones más elevadas en el test de salud mental, por lo que se puede decir que tienen más probabilidades que el resto de presentar algún problema de salud mental. En esta etapa de los 18 a los 24 años los jóvenes se encuentran realizando estudios universitarios o intentando entrar en el mundo laboral, es decir, que podría ser una etapa más afectada por situaciones de estrés e incertidumbre. Estudios longitudinales han puesto de manifiesto que este período de la vida es además de

mayor consumo de drogas (Raveis, 1987; Chen, 1995), por lo que debería explorarse la necesidad de prestar mayor atención a ello.

También se observa que las mujeres rurales de 18 años en adelante tienen peor salud percibida que el resto de jóvenes. Este grupo es el que ha presentado una prevalencia declarada mayor de enfermedades crónicas, lo que, como se ha puesto de manifiesto en algunos estudios, podría explicar su percepción de peor salud (Pérula, 1995).

Entre el 7 y el 15% de jóvenes de nuestra muestra ha declarado tener alguna enfermedad crónica. Más de la mitad de las enfermedades crónicas declaradas por los jóvenes son enfermedades alérgicas. Según la última ENS, el 4,1% de los jóvenes de 16 a 24 años tienen alergia. Por otra parte, en el ámbito europeo, se estima que la prevalencia es del 10% para los países del sur, y se observa una tendencia creciente en este tipo de problemas de salud (European Commission, 2000). En nuestro caso, para los jóvenes de 16 a 24 años, la prevalencia de enfermedades alérgicas ha sido del 7%, superior a la obtenida en 1997 por la ENS pero inferior a la media europea, en concordancia con las tendencias descritas.

114

Llama la atención que ninguno de los jóvenes haya declarado tener VIH o SIDA, cuando de acuerdo a la situación actual de la epidemia en España, hubiera sido esperable identificar algún caso (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2001). Ello puede explicarse porque en nuestro país, el 65% de los casos de Sida se producen en UDVP, y nuestra muestra ha excluido a los sectores marginales de la juventud por la dificultad de acceder a ellos con el diseño elegido.

Entre el 10 y el 20% de los jóvenes de nuestra muestra ha obtenido puntuaciones iguales o superiores a 3 en el test GHQ de salud mental, lo que implica que estos jóvenes podrían tener problemas de salud mental. Se estima que la prevalencia global de problemas mentales en los jóvenes europeos podría estar entre el 15 y el 20% (European Commission, 2000). En un estudio local realizado sobre una muestra de 2.000 estudiantes universitarios de Valladolid en 1994, utilizando una versión más extensa del GHQ, el 29% de los jóvenes obtuvo puntuaciones elevadas (iguales o superiores a 7 para esta versión) (Martínez, 1999). Por otra parte, en una muestra repre-

sentativa de la población de Cataluña de 14 años o más, utilizando la versión reducida del GHQ, se obtuvo una prevalencia de posibles problemas mentales del 17% (Rajmil, 1998). Es decir, que nuestros resultados estarían en la línea de lo estimado en el ámbito europeo, y muestran una prevalencia de posibles problemas mentales menor que la obtenida en estudios previos realizados en el ámbito local y en edades diferentes.

Antes de los 18 años, las chicas han obtenido puntuaciones en el GHQ claramente superiores a las de los chicos, mientras que a partir de esa edad, las puntuaciones de las chicas urbanas son superiores a las del resto de jóvenes. Ello aporta nueva información a los estudios anteriores, que muestran globalmente puntuaciones superiores en las mujeres respecto a los varones. Así, en el estudio de universitarios, el porcentaje de jóvenes con puntuaciones elevadas en el GHQ fue de 23% para los chicos y 34% para las chicas (Martínez, 1999), y en el estudio de Cataluña, dependiendo de la región geográfica, oscilaron entre el 13 y el 18% para los chicos de 15 a 24 años, y entre el 16 y el 25% para las chicas (Rajmil, 1998).

Como ha señalado la Comisión Europea, los problemas psicológicos en los jóvenes no suelen detectarse y, por tanto, se tratan con menor frecuencia que otros problemas (European Commission, 2000). Nuestros resultados avalan esta hipótesis, ya que en nuestra muestra, sólo el 5,7% de los jóvenes con GHQ igual o superior a 3 han declarado estar en tratamiento psicológico. Además, hemos observado que los jóvenes con puntuaciones elevadas en el test GHQ van al médico con mayor frecuencia que el resto de jóvenes, lo cual ha sido también observado en otros estudios (Potts, 2001).

En este sentido, las chicas urbanas de 18 años en adelante son un grupo de jóvenes que podrían requerir especial atención, ya que es el grupo que con mayor frecuencia ha presentado puntuaciones elevadas en el test de salud mental, y el que con mayor frecuencia ha declarado: consultar los servicios sanitarios en el último año, haber sentido la necesidad de consultarlos sin haberlo hecho, percibirse a sí mismas como gordas, tener peor forma física y estar menos satisfechas con su vida. Junto a ello, las chicas urbanas de 18 años en adelante son el grupo que con mayor frecuencia ha declarado seguir estudiando, haber alcanzado notas medias más altas y hablar más tiempo con sus padres.

Se ha medido la frecuencia de presentación de una serie de síntomas como dolor de cabeza, dolor de espalda, insomnio, fatiga crónica, acidez, diarrea y palpitaciones, considerados como síntomas psicossomáticos. Se ha observado que la presencia de síntomas psicossomáticos es bastante frecuente entre los jóvenes, que predominan en las mujeres, y que su presencia es mayor en los jóvenes de más edad respecto a los de menos edad, lo que coincide con lo obtenido en otros estudios (Haugland, 2001). Los síntomas psicossomáticos más frecuentes en los jóvenes han sido: el dolor de espalda, el dolor de cabeza y, entre las chicas, el dolor de regla. Su presencia, además, se ha asociado a tener peor salud percibida, lo que también había sido observado previamente (Pikó, 1997), y a puntuaciones más altas en el test de salud mental, asociación menos clara en la literatura. Así, se ha observado una asociación entre la presencia de síntomas psicossomáticos, el estrés escolar y la alienación de la escuela (Natvig, 1999), y se ha postulado que la somatización podría ser un artefacto cuando el adolescente no sabe expresar un problema emocional (Taylor, 1996). Al mismo tiempo, estudios longitudinales han demostrado la asociación entre síntomas psicossomáticos y el diagnóstico de depresión cuatro años más tarde (Zwaigenbaum, 1999). Todo ello nos lleva a sugerir que ante un adolescente con síntomas psicossomáticos sería necesario indagar acerca de su situación emocional, y en este sentido los padres, los profesores y los médicos de atención primaria jugarían un papel clave.

116

Cincuenta y tres jóvenes de nuestra muestra han declarado haber pensado en quitarse la vida (alguna vez o de manera obsesiva), y siete han declarado haberlo intentado alguna vez. Entre los chicos rurales es donde con mayor frecuencia se ha declarado haber tenido pensamientos o intentos suicidas. El suicidio en jóvenes se asocia fundamentalmente con la existencia de patología mental previa (Isacsson, 2001) y con el consumo abusivo de drogas, principalmente alcohol (European Commission, 2000; Foster, 2001). Por otra parte, los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio y los suicidios se considera que forman parte de un continuo (Sourander, 2001). En nuestro caso, los jóvenes que han declarado pensamientos o intentos suicidas han presentado puntuaciones significativamente más altas en el test de salud mental (con medias entre 6 y 9) que el resto, así como un mayor consumo de drogas ilegales "duras", es decir, cocaína, crack y heroína, así como de tranquilizantes.

La tendencia de las tasas de suicidio en España es la estabilidad, y en comparación con el resto de países europeos, las tasas españolas están por debajo de la media, aunque según algunos estudios del INJUVE, existen evidencias de que existe una infradeclaración de casos (Alvira y Canteras, 1997). Según la Comisión Europea, las tasas de suicidio en jóvenes se han mantenido estables durante la década de los 90, pero se han incrementado los intentos de suicidio en los varones. En otros países, como EEUU (Brener, 2000) o Canadá (Weir, 2001), el suicidio se ha convertido en la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes respectivamente, por lo que parece conveniente monitorizar tanto las tasas de suicidio como los intentos y los pensamientos suicidas, así como prestar mayor atención a la salud mental de los jóvenes.

Utilización de servicios sanitarios

La mayoría de los jóvenes, el 75%, ha ido al médico al menos una vez en el último año, porcentajes similares a los obtenidos en la última ENS (79% de los jóvenes entre 16 y 24 años y el 72% de los jóvenes-adultos entre 25 y 44), y en otros estudios realizados en Cataluña, donde cuatro de cada cinco adolescentes de 14 a 19 años habían visitado el médico en el último año (Surís, 1996). De acuerdo a la ENS, la frecuentación de servicios sanitarios en jóvenes de 16 a 24 años es inferior a la de los niños, pero superior a la de los adultos. Por ello, dado que la mayoría consulta al médico de Atención Primaria, éste se podría convertir en un elemento clave de la promoción de la salud en la población joven, como ya viene siendo sugerido por diversos autores en nuestro país (Casado, 2000) y en el ámbito europeo (IUHPE, 1999). Sin embargo los jóvenes de nuestro estudio no identifican al médico como tal consultor, lo que sugiere que otros trabajos deberían profundizar en este potencial.

Los diagnósticos por los que los jóvenes han consultado más al médico en el último año han sido: dolor de espalda, gripe y ortodoncia. En otros estudios locales, los diagnósticos más frecuentes en adolescentes (14-18 años) fueron: infecciones respiratorias de vías altas, recetas, acné y amigdalitis y, en quinto lugar, dolor de espalda (Llinares, 1995). El hecho de que en nuestro caso el dolor de espalda sea el diagnóstico declarado con mayor frecuencia se debe a que nuestra muestra incluye una franja etárea más amplia. Así, los jóvenes

de 18 años en adelante tienen dolor de espalda con bastante o mucha frecuencia; el doble que los menores de 18 (31% frente a 19%).

También se les ha preguntado, en el estudio cualitativo, cuáles eran los principales problemas de salud de la juventud y han mencionado redundantemente las drogas. Esta aparente disonancia ya fue observada hace unos años por otros autores (López, 1992). Los participantes en nuestro estudio nos han dado pistas para comprenderla: "Fomentan estereotipos. Todo el mundo somos parecidos, todos. Todos somos unos drogadictos, todos queremos tener musculitos... y de ahí todos los problemas". Es decir, que los problemas de "la juventud" expresados por los jóvenes, quizás sean los derivados de la influencia de los medios de comunicación y quizás reflejen la imagen que la sociedad ha construido de los jóvenes, más que su propia situación de salud objetiva, lo cual sugiere que otros estudios podrían profundizar en esta dualidad de visiones.

La mayoría de los jóvenes, el 82%, ha declarado no tener dificultades para ir al médico. Los jóvenes que han declarado tener dificultades son los jóvenes urbanos de 18 años en adelante, especialmente las mujeres. Este grupo precisamente el que más consulta a los servicios sanitarios, y el que menos satisfecho se siente con los mismos, y la principal dificultad descrita ha sido la inadecuación de horarios. Sin embargo, en la investigación cualitativa, los jóvenes han referido vergüenza y dificultad para acudir a los centros sanitarios a consultar sus problemas de salud, sin ser identificados. Las barreras de acceso de los adolescentes a los servicios sanitarios son conocidas (OMS/FNUAP/UNICEF, 1999). La confidencialidad ha sido identificada como un elemento clave, sobre todo en los más jóvenes (Burack, 2000), mientras que con el médico general lo habitual es la falta de confianza (Surís, 1996).

En un estudio realizado en Asturias, sobre una muestra de 138 adolescentes que consultaron al médico, se observó que el 20% tenía un posible cuadro depresivo, pero no habían consultado al médico por ese motivo alegando que no eran conscientes de tener un problema o que no sabían de la existencia de tratamientos eficaces para ese tipo de problemas (Colino, 1995). Ello concuerda con nuestros resultados cualitativos, donde los jóvenes han señalado que si no van más al médico es porque no son conscientes de tener problemas.

Por otra parte, los jóvenes han manifestado que utilizan al médico sólo para resolver problemas físicos puntuales. La madre aparece como la consultora principal sobre temas de salud, lo que también ha sido observado en otro estudio realizado con adolescentes, los cuales también opinaron que les incomodaba hablar con el médico sobre drogas, sexo o alimentación, aunque pensaban que deberían poder hacerlo (Ackard, 2001). Nuestros jóvenes han señalado además que a su parecer, los servicios sanitarios son poco útiles para resolver problemas tanto psicológicos como relacionados con el consumo de drogas, tanto legales como ilegales.

Es decir, que la madre aparece como un personaje clave en la salud de los jóvenes y, por otra parte, los servicios sanitarios no son referentes útiles, en su opinión, para resolver algunos de los problemas de salud que tiene la juventud. Además los jóvenes no identifican al sistema sanitario ni a los médicos como los interlocutores principales para asuntos relacionados con la prevención. Los resultados obtenidos sugieren que es necesario profundizar en las demandas de los jóvenes y en la visión de los profesionales sanitarios, relacionando ambas visiones para la organización de alternativas de servicios de atención sanitaria y prevención dirigidos a los jóvenes.

Alimentación

Con respecto a la alimentación, destaca que el 14% de los jóvenes afirma no comer nunca fruta y/o verdura, lo que concuerda con los resultados obtenidos en la Comunidad de Madrid (CIMOP, 1999) en el sentido de una posible pérdida progresiva del patrón de dieta equilibrada entre la gente joven (Cruz 2000; López, 1999). Los jóvenes son conscientes de que cuando comen fuera de casa o cuando no están sus padres, comen peor y que utilizan, en ocasiones, lo que ellos mismos denominan "comida basura", y lo atribuyen a la falta de tiempo, al precio, y a los medios de comunicación. Al mismo tiempo, también afirman que, si fuera igual de accesible económicamente comer de forma saludable, optarían por ello.

Se han obtenido unas prevalencias de sobrepeso referido en la población joven que oscilan entre el 5 y el 40%, y prevalencias de obesidad referida desde 0 al 4%. Los porcentajes más elevados corresponden a los jóvenes del medio rural, y tanto el sobrepeso como la obesidad predominan en varones. El 20% de los chicos urbanos de 16 a 24 años y el 24% de los rurales han presentado sobre-

peso-obesidad referidos, prevalencias en el límite superior de lo estimado por la Comisión Europea para los jóvenes varones (10-20%), mientras que entre el 6 y el 7% de las chicas de 16 a 24 años han presentado sobrepeso-obesidad, menos de lo estimado por la Comisión Europea (10-25%). Este cambio de patrón de sobrepeso-obesidad en nuestro país, con un predominio en los varones y en el medio rural, ya ha sido descrito anteriormente en la población infantil y juvenil (Serra y Aranceta, 2000; Moreno, 2001).

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que tanto el sobrepeso como la obesidad se han estimado a partir del peso y la talla referidos por los consultados. Las tendencias a sesgar el peso y la talla hacia cifras deseables nos hacen pensar que estamos infraestimando la verdadera prevalencia de estas condiciones. Todo ello sugiere la necesidad de abordar las medidas preventivas adecuadas, sobre todo en el medio rural, para combatir este problema.

Llama la atención que las chicas se perciben a sí mismas más gordas de lo que realmente están, mientras que a los chicos les sucede al revés. Se pone de manifiesto algo que podría ser debido a que las chicas se autoimpongan estándares estrictos con respecto a su imagen corporal y en general estén menos satisfechas con su cuerpo (Chang, 2001), mientras que los chicos se perciben a sí mismos de modo menos estricto, e incluso se consideran más fuertes que gordos (O'Dea, 2001).

Por otra parte, como han puesto de manifiesto en el estudio cualitativo, los jóvenes son conscientes de la manipulación que sufren por parte de los medios de comunicación respecto a la percepción de su imagen corporal. También se ha mencionado la influencia de los amigos, probablemente a su vez influidos por los medios de comunicación. Ambas han sido evidenciadas ya en otros estudios (Field, 1999; Field, 2001; Ricciardelli, 2000).

Entre el 6 y el 12% de las chicas de nuestra muestra y entre el 2 y el 6% de los chicos han declarado hacer dieta. Otros estudios han encontrado porcentajes superiores, del 31% en chicas de 12 a 18 años y del 23% en chicos de la misma franja etárea (Cuadrado, 2000). Los jóvenes obesos o con sobrepeso han declarado hacer dieta con mayor frecuencia que los que no lo están (19% de los obesos y 11% de los jóvenes con sobrepeso). Del mismo modo, los jóvenes que se perciben a sí mismos como muy gordos

hacen dieta en un mayor porcentaje que los que se perciben como gordos y estos, a su vez, hacen más dieta que los que se perciben como delgados (29%, 19% y 5% respectivamente).

Sexualidad

Según la última encuesta Durex, la edad de inicio de los jóvenes a las relaciones sexuales en nuestro país es de 18,2 años (Durex, 2001). En nuestro estudio se han obtenido edades medias de inicio entre los 16,9 años en el caso de los chicos rurales y los 18,3 años, en el caso de las chicas urbanas. Los chicos han referido ser más precoces que las chicas, lo mismo que los jóvenes del medio rural frente a los urbanos.

Dado que nuestro estudio es transversal, no podemos afirmar que la edad de inicio a las relaciones sexuales con penetración haya descendido, pero nuestros resultados tanto cuantitativos como cualitativos apuntan a que los menores de 18 años tienen relaciones sexuales con penetración, por lo que parece que hubiera sido interesante incluir las preguntas relativas a las relaciones sexuales y la orientación sexual en los cuestionarios de los jóvenes menores de 18 años.

La información aportada por los jóvenes de 18 años en adelante, por otra parte, es bastante acorde con otros estudios locales. Así, al igual que en dichos estudios, a los 19 años, el 50% de los jóvenes de nuestra muestra ha declarado haber tenido relaciones sexuales con penetración (Sueiro, 1998; García, 1995; Lameiras 1997).

Alrededor de un tercio de los jóvenes encuestados, entre el 27 y el 46%, ha declarado no haber utilizado en ninguna ocasión el preservativo en sus tres últimas relaciones sexuales, y el 70% dicen que es fácil tener un preservativo a mano en el momento de tener relaciones sexuales con penetración. Una de las razones que se ha esgrimido en el estudio cualitativo para no utilizar el preservativo es el hecho de percibir el SIDA como algo lejano, lo que ya había sido identificado previamente (Bimbela, 1994). Sin embargo, ello no explicaría que no usen el preservativo para protegerse de un embarazo no deseado, y despierta la duda de cuál es el método anticonceptivo que realmente utilizan. Podría formularse además la hipótesis de que algu-

nos jóvenes no usan el preservativo por la misma razón por la que se saltan un semáforo en rojo, es decir: "Lo primero, porque somos jóvenes, y a lo mejor pues el semáforo te lo saltas porque, pues te lo saltas".

Las chicas rurales son las que han declarado un menor uso del preservativo. Al mismo tiempo, se ha observado un uso del preservativo superior en los jóvenes solteros frente a los jóvenes casados, y las chicas rurales estudiadas son el grupo que en un mayor porcentaje está casado. De hecho, el 51% de las chicas rurales solteras utilizó el preservativo las tres veces en sus tres últimas relaciones sexuales, frente al 23% de las casadas. Es decir, que estos resultados podrían estar sugiriendo que el preservativo está siendo utilizado más por las personas que declaran relaciones esporádicas que por las que declaran relaciones estables, lo que es compatible con lo hallado en otros estudios (Díez, 1999; Civic, 2000).

Los conocimientos de los jóvenes acerca de las formas de prevenir el VIH/SIDA son más amplios que sus conocimientos sobre la prevención del embarazo, aunque según la escala empleada, ambos podrían considerarse suficientes. Ahora bien, es de destacar que uno de cada cuatro o cinco jóvenes según el dominio consideren que la marcha atrás es útil para prevenir el embarazo, sobre todo teniendo en cuenta que en las encuestas específicas no se declara la utilización de este método (Federación de Planificación Familiar, 1997; Sueiro, 1997).

122

Cuando los jóvenes tienen un problema relacionado con la sexualidad, acuden en primer lugar a sus amigos, y en segundo lugar a sus padres aunque, según declaran, les gustaría acudir en primer lugar a sus padres. A medida que los jóvenes tienen más edad, acuden más a los centros de planificación familiar, al ginecólogo (las mujeres) y al médico general (los varones). En un estudio local, una muestra de estudiantes de secundaria afirmó haber recibido la información sexual principalmente de amigos, revistas y profesores, y preferir recibir la información sexual en primer lugar de sus padres, en segundo lugar de los médicos y en tercer lugar de otros jóvenes (Romero, 2001). En el estudio cualitativo, los jóvenes han identificado dificultades que tienen sus padres para hablar con ellos sobre sexualidad, y sugieren que, además de educación sexual para ellos, también se eduque a los padres.

Destaca que ningún joven haya considerado como primera opción la posibilidad de acudir a un centro específico para jóvenes o a un teléfono de orientación sexual, cuando ambos han sido valorados muy positivamente en el estudio cualitativo, donde se ha mencionado el trato personal que se brinda a los jóvenes en los centros específicos y la confidencialidad del teléfono.

La mayoría de jóvenes afirman haber recibido educación sexual en las escuelas, observándose que los más jóvenes dicen haberla recibido en mayor porcentaje que los de mayor edad, de forma similar a lo obtenido en otros estudios locales (Castillo, 2001). La opinión de los jóvenes sobre la educación sexual en las escuelas es que está centrada en dar información para prevenir el SIDA. Los jóvenes demandan que se traten otros temas, y que se utilicen metodologías más participativas, opinión que coincide con la de los jóvenes de otros países (DiCenso, 2001). Así, las chicas menores de 18 años han sugerido que se les hable sobre la relación entre sexualidad y afectividad, y los chicos sobre habilidades de comunicación con la pareja, mientras que a partir de los 18 años han mostrado más interés por tratar los aspectos positivos y plurales de la sexualidad. Los jóvenes consultados en los grupos focales hicieron énfasis en la educación como alternativa a la información.

Consumo de drogas legales

Tabaco

Según el Plan Nacional de Drogas (PND), el consumo de tabaco en escolares (14-18 años) se ha incrementado entre 1996 y el 2000. Así, el 30,5% de los escolares de 14 a 18 años declararon en el 2000 haber consumido tabaco en el último mes, frente al 28,3% que lo había declarado en 1998 o al 29,2% en 1996 (PND, 2000). En nuestro estudio, el 38,9% de los jóvenes tanto escolares como no escolares de 14 a 18 años ha declarado ser fumador. A partir de los 18 años más de la mitad de los jóvenes fuma.

Según el PND, la edad de inicio al consumo de tabaco en escolares fue de 13,2 años, mientras que en nuestro estudio, la edad de inicio en jóvenes de 14 a 18 años ha sido de 11,95 para los varones rurales, de 12,82 para los urbanos, de 12,86 para las mujeres urbanas y de 13,25 para las rurales, lo que pone de manifiesto un contacto más precoz con el tabaco de los chi-

cos respecto a las chicas en el medio rural, mientras que en el medio urbano las edades de inicio son similares para ambos sexos.

Respecto a las chicas, ya desde 1994 su consumo de tabaco es superior al de los chicos (Mendoza, 1998). Ello ha sido confirmado en nuestro estudio, donde una de cada tres chicas menores de 18 años declara fumar, frente a uno de cada cuatro chicos que lo declara.

Entre el 19 y el 36% de los jóvenes fumadores menores de 18 años de nuestro estudio han declarado que quieren dejar de fumar, y entre el 36 y el 42% de los de 18 años en adelante también. Llama la atención que alrededor del 40% de las chicas de 18 años en adelante ha dicho que quiere dejar de fumar. Desde el punto de vista de la salud pública, el tabaquismo en jóvenes es un problema prioritario. Es necesario seguir tomando medidas para que no fumar sea lo más fácil, así como para ayudar a los que fuman y quieren dejarlo. Esta alta declaración de deseo de abandono del tabaco entre la juventud (nuevos clientes de la industria tabaquera no consolidados aún para el mercado), es un reto a seguir respondiendo por parte de las autoridades educativas y sanitarias.

124

Según nuestros resultados, los menores de 18 años que fuman presentan peor salud percibida que los que no fuman, lo que concuerda con otros estudios (Guallar, 2001). Por otra parte, los chicos y chicas consultados no reconocen que los servicios sanitarios sean útiles para tratar el tabaquismo ni para prevenirlo. De hecho, la mayoría de los que han dejado de fumar dicen que lo hicieron sin ayuda, y de los 129 jóvenes que han expuesto que les ayudó a dejar de fumar, ninguno ha mencionado los servicios sanitarios, y sólo uno ha hecho referencia a los parches de nicotina. En adultos, los tratamientos ofertados desde los servicios sanitarios combinando el consejo mínimo con un tratamiento farmacológico consiguen que hasta un 20% de los pacientes abandonen el tabaco (Russell, 1979; Gold, 1996), por lo que se está sugiriendo que la difusión de estos tratamientos se deberían difundir entre los jóvenes (Schubiner, 1998).

Los jóvenes de 13 a 17 años dicen haber recibido educación antitabaco en un porcentaje mayor que los de 18 en adelante. El 60% de los jóvenes que han recibido educación antitabaco dicen que ésta ha sido útil para ellos,

porcentaje inferior al obtenido en el caso de la educación sexual, para la prevención del consumo de alcohol y de drogas, las cuales han oscilado entre el 80 y el 90%. Uno de los aspectos que podría influir es la elevada permisividad en los centros educativos con respecto al tabaco (García, 2002). Ello sugiere que sería necesario explorar el enfoque de los distintos programas que se están desarrollando en busca de la efectividad de las intervenciones tanto preventivas como de ayuda para dejar de fumar.

Alcohol

Considerando beber alcohol regularmente como consumir alcohol todos o casi todos los días o los fines de semana, el 32% de los jóvenes de 14 a 18 años de nuestra muestra declaró consumir alcohol regularmente, y el 27% hacerlo esporádicamente, observándose diferencias significativas en función de la edad (desde los 13 a los 29 años), el sexo y el ámbito. Respecto a la edad, el consumo de alcohol se incrementa en los jóvenes de 18 a 29 años respecto a los de 13 a 17.

En cuanto al sexo, se pone de manifiesto que entre los jóvenes menores de 18 años, el consumo de alcohol es similar en ambos sexos en el medio urbano, mientras que en el medio rural predomina claramente en los varones. Entre los jóvenes de 18 años en adelante se observa que los varones consumen más alcohol que las mujeres, lo que podría estar relacionado con el desarrollo de estrategias de control por parte de las mujeres, como ha sido descrito para el consumo de éxtasis (Romo, 2001), con el control social que existía anteriormente en las mujeres, como ha sido sugerido por los propios jóvenes en el estudio cualitativo, o bien con que la publicidad sobre el alcohol se dirigiera antes exclusivamente a los varones ("Soberano, es cosa de hombres"), mientras que actualmente las mujeres son un objetivo prioritario de las campañas publicitarias.

Los estudios del PND en escolares, muestran desde 1994 un descenso del porcentaje de jóvenes que declaran haber bebido alcohol en el último mes, desde el 78,5% en 1994 al 58% en el 2000 (PND, 2000). Algunos estudios locales describen una misma tendencia descendente, (Vives, 2000), pero no hay acuerdo en si la cantidad de alcohol consumida también ha descendido, como sugieren algunos autores (Sanchez, 2002), o lo contrario

(Fuentes, 1999). Además, en la última década se ha evidenciado una frecuencia de consumo de alcohol similar en ambos sexos (Villalbí, 1995), aunque los chicos consumen cantidades más altas de alcohol (Moncada, 1998), y se observa un predominio del consumo de combinados sobre el de cerveza (Espada, 2000).

En Europa, el panorama es variable según los países, registrándose en algunos de ellos un descenso en el consumo de alcohol en jóvenes, en otros una tendencia estacionaria y en otros un incremento. El porcentaje de bebedores abusivos, en general, parece haberse incrementado, y entre los jóvenes parece haberse puesto de moda el consumo de bebidas "de diseño" que no parecen haberse difundido de momento en nuestro país (Rehn, Room y Edwards, 2001).

Los jóvenes dicen que beber es algo normal, que se bebe por motivos sociales, para facilitar las relaciones y para liberar estrés, lo que coincide con los hallazgos de otros estudios (Simantov, 2000). Ellos han vinculado el consumo de alcohol a salir con los amigos, algo propio de la juventud que es transitorio, lo cual ha sido comprobado en estudios longitudinales tanto para el alcohol como para las drogas ilegales, pero no para el tabaco (Chen, 1995). También es cierto que hay jóvenes que no beben ni fuman ni toman otras drogas y se divierten.

126

En el estudio cualitativo, los entrevistados han hecho referencia a la mala imagen de la juventud al ver a la gente borracha en la calle tirada, destacando como llamativa la imagen de la chica borracha o mareada en la calle en la "zona de botellón".

En su opinión, el alcohol puede llegar a ser una droga si se sobrepasan ciertos límites que no parecen estar muy claros para ellos. El porcentaje de jóvenes que consideran el alcohol como una droga varía de unos estudios a otros del 40 al 70% (Paniagua, 2001; López, 2001). Ello sugiere que a los jóvenes les falta información sobre los efectos del alcohol, lo cual también ha sido constatado por otros autores en nuestro país (Castillo, 1997), así como recientemente en la reunión sobre Jóvenes y Alcohol que tuvo lugar en Suecia en febrero del 2001 (Ministry of Health and Social Affairs, Sweden, 2001), donde fueron los propios jóvenes quienes lo afirmaron.

Consumo de drogas ilegales

En nuestro estudio el consumo de drogas ilegales declarado por los jóvenes de 14 a 18 años presenta resultados similares al declarado por el PND. La pequeña variabilidad observada podría deberse a la diferente formulación de las preguntas y a que en nuestro caso se ha llevado a cabo una encuesta domiciliaria, mientras que la del PND se realiza en la escuela. Por otra parte, el hecho de que el cuestionario se haya comportado bien tanto en el resto de ítems (se han obtenido prevalencias de consumo de tabaco y alcohol similares a las del PND), así como con respecto a la droga ficticia utilizada, la torakina (menos del 2% de experimentadores y de consumidores habituales), otorga validez a las prevalencias de experimentación y consumo habitual de drogas ilegales obtenidas en nuestro estudio.

Los resultados obtenidos sugieren que la actitud de los jóvenes ante las drogas varía fundamentalmente según sea su edad y género, y también según el ámbito de residencia. El hecho de plantear el estudio caracterizando a los jóvenes según estos dominios nos permite discriminar que los más jóvenes y las chicas consumen menos que los más mayores y que los chicos.

Destaca el alto porcentaje de jóvenes que no probaría las drogas. Este ocurre en todas las edades, aunque es ligeramente superior en los más jóvenes. Las chicas declaran con mayor frecuencia que los chicos que no probarían las drogas ilegales. Se observa que los jóvenes discriminan entre las drogas que no probarían. Entre las drogas más comunes, la que con mayor frecuencia no probarían es la heroína, seguida por la cocaína y el éxtasis, siendo el hachís la que obtiene una proporción menor de jóvenes que no la probarían. Llama la atención que la actitud frente al consumo de éxtasis, una droga que declaran muy accesible, sea más parecida a la cocaína que al hachís.

Por otro lado, podría considerarse que nuestro estudio puede infraestimar el consumo de drogas ya que nuestra metodología no nos permitió acceder a jóvenes socialmente excluidos que podrían tener un consumo más elevado de determinado tipo de drogas ilegales. También es necesario tener en cuenta qué entendemos por población rural. El mundo rural está sufriendo grandes transformaciones en las últimas décadas en nuestro país (Prieto,

2000). Nosotros hemos considerado como jóvenes rurales a los que habitan en poblaciones de menos de 10.000 habitantes. Esas poblaciones, sin embargo, pueden ser núcleos que asimilen la cultura urbana, esto podría explicar el caso de los jóvenes varones menores de 18 años que muestran actitudes ante las drogas más parecidas a la de los mayores de 18 años que a los de su propia edad, esto contrastaría con la información disponible en el ámbito europeo, donde se considera el consumo de drogas en jóvenes como un fenómeno principalmente urbano (EMCDDA, 2001).

Los jóvenes han expresado su preocupación ante el consumo cada vez más extendido y precoz de drogas ilegales, que ellos relacionan con una facilidad de acceso que, a determinadas edades, puede ser incluso superior a la de las drogas legales. En nuestro medio, el 22% de los escolares de 13 y 14 años declaró tener amigos que habían probado las drogas ilegales (Villalbí, 1995), lo que apoya la percepción de los jóvenes de que el contacto con las drogas ilegales es cada vez más precoz. La experimentación precoz con las drogas, por otra parte, ha sido vinculada a la persistencia en su uso (Raveis, 1987).

128

A lo largo de las entrevistas, también se ha puesto de manifiesto el papel que juega el dinero disponible semanalmente en el consumo de drogas ilegales. Por una parte, la disponibilidad de dinero ha sido considerada por los entrevistados como un factor que influye en la precocidad del consumo y por otra parte, el dinero semanal puede influir según ellos en el tipo de drogas que más se va a consumir. Otros estudios en nuestro país han asociado el dinero del que disponen semanalmente los jóvenes con el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales (Díez, 1998; Martínez, 1996; Mendoza, 1994), así como específicamente con el consumo de cocaína en escolares (PND, 1998).

Mientras que el hachís se percibe como una droga normalizada, los jóvenes han expresado miedo a los efectos o al contenido de las pastillas, por lo que en comparación con el hachís, su actitud ante el éxtasis es más ambivalente (Parker, 1999). Aunque los jóvenes consultados perciben que sus conocimientos sobre las drogas son cada vez mayores, demandan principalmente información fiable y creíble sobre todas las drogas y educación sobre la prevención y los daños, lo que coincide con las demandas de los jóvenes de otros países europeos (Wibberley, 2000).

Seguridad vial

Al menos uno de cada cuatro jóvenes menores de 18 años declara que conduce habitualmente moto o ciclomotor. A partir de los 18 años, dos de cada tres jóvenes declara conducir habitualmente coches u otros vehículos de cuatro ruedas. Entre los jóvenes varones rurales, el 30% ha declarado haber conducido en el último mes después de beber alcohol o haber ido en un coche conducido por alguien que había bebido alcohol. En este grupo, además, se ha observado un porcentaje mayor de conductas de riesgo relacionadas con la conducción, ya que son el grupo que con mayor frecuencia ha declarado no utilizar cinturón de seguridad, consumir alcohol y drogas ilegales y salir con los amigos tanto durante la semana como el fin de semana. Asimismo, los varones rurales de 18 en adelante son el grupo que ha declarado haber abandonado los estudios en un porcentaje mayor. Es decir, que podría tratarse de un grupo en el que confluyan conductas de riesgo.

Los jóvenes encuestados perciben el alcohol como el factor que más influye en los accidentes de tráfico. De hecho diversos estudios en España han demostrado que el alcohol está implicado en al menos la mitad de los accidentes de tráfico (Plasencia, 1999; Del Río, 1999). Asimismo, el riesgo de tener un accidente de tráfico relacionado con el alcohol podría ser mayor en los conductores más jóvenes (18-24 años), respecto a los de mayor edad (Redondo, 2001). Sin embargo, como han señalado los jóvenes en el estudio cuantitativo y posteriormente descrito con mayor detalle en el cualitativo, el alcohol no es el único factor. En algunos perfiles de jóvenes, el alcohol se bebe en el contexto de la movida, las salidas a fiestas o actividades sociales en la calle. Como hemos señalado antes, es frecuente desplazarse en grupo, así como mezclar alcohol con otras sustancias. Por tanto, es de destacar que conceden gran importancia a tres elementos: a) el contexto en el que en ocasiones se conduce el fin de semana durante la movida; b) el valor que adquiere la velocidad en la juventud y c) la peculiar "identificación-no identificación" del riesgo.

En el transcurso de las entrevistas y los grupos, los jóvenes han descrito algunas de las medidas preventivas que adoptan para prevenir los accidentes de tráfico durante la movida como son: delegar la conducción en alguien que no bebe, no dejar conducir al que ha bebido más de la cuenta, no utilizar el coche hasta descansar y retrasar la vuelta a casa, y otras, que

podrían considerarse como estrategias de promoción de la salud autogestionadas, que podrían ser complementarias a otras medidas si se difundieran entre los jóvenes, ya que sólo uno de cada cuatro jóvenes ha hecho mención a una de ellas en el cuestionario.

Por otra parte, se ha concedido importancia a determinados rasgos de personalidad que podrían llevar a una percepción baja de riesgo. Entre estos rasgos estaría la agresividad, la necesidad de picarse o echar carreras sin motivo, el gusto por la velocidad, los cuales han sido atribuidos por los jóvenes al hecho de ser joven. Algunos estudios han demostrado mediante simuladores de conducción que los conductores noveles con esos y otros rasgos de personalidad patológica, tienen menos habilidades para conducir y para hacer frente de manera exitosa a situaciones imprevistas, por lo que los autores sugieren que estos jóvenes podrían recibir una formación específica (Deery, 1999).

Ocio

130

Para los jóvenes, la movida o salir de marcha es relacionarse con otros jóvenes, beber y tomar drogas. Más de la mitad de los jóvenes encuestados (entre el 47 y el 68 %) salen al menos un día cada fin de semana, y alrededor de un tercio sale ocasionalmente, es decir, que la movida es un fenómeno mayoritario entre los jóvenes. Llama la atención que un 20% de jóvenes varones rurales menores de 18 años hayan declarado salir todo el fin de semana sin interrupción, sobre todo teniendo en cuenta que este grupo es el que ha declarado una mayor frecuencia de consumo de estimulantes (cocaína, éxtasis y speed).

Hay jóvenes que señalan que salen pero no beben ni toman drogas. En el estudio cualitativo, estos jóvenes han descrito las estrategias que utilizan para integrarse en la movida, como "portar un cartón de zumo", "permanecer con un vaso de zumo lleno para que parezca una copa", "seguir el ritmo de los que beben, para integrarse en la actividad". Estudiar con mayor profundidad dichas alternativas planteadas por los propios jóvenes no bebedores abusivos, podría ayudar a comprender el entorno social en el que se producen los consumos y al mismo tiempo dar información útil para el diseño de estrategias de promoción de la salud (Dunn, 2001).

Como el consumo de alcohol, la movida ha sido considerada por los jóvenes como un fenómeno transitorio. De hecho, en un estudio realizado en Cataluña se observó que la edad era el factor más intensamente asociado al fenómeno de salir, y que existía una relación inversa entre estar emancipado y salir de noche (Fundació Ferrer i Guardia, 1997). Es decir, que el contexto del actual cambio social explicaría que se esté alargando el período durante el cual los jóvenes salen de movida (Furlong, 1999).

El 28% de los jóvenes encuestados han afirmado que les gustaría hacer otro tipo de actividades alternativas a salir y beber el fin de semana. Al preguntarles a los jóvenes por el tipo de actividades que les gustaría hacer el fin de semana, destacan las actividades deportivas -especialmente los llamados deportes de riesgo- y las actividades al aire libre. Algunos estudios han observado que los jóvenes que practican más deporte puntúan más alto en las escalas de búsqueda de sensaciones, y lo mismo ocurre con los jóvenes que consumen drogas respecto a los que no las consumen (Comín, 1998), por lo que parece lógico plantear la hipótesis de que ofrecer a los jóvenes alternativas a la movida, siempre que fueran ellos mismos quienes seleccionaran las actividades y gestionaran los proyectos, ya que también han manifestado que las actividades pueden ser más aceptadas si surgen de ellos.

En opinión de los jóvenes, el fenómeno del botellón, es decir, el consumo nocturno de alcohol en la vía pública por parte de los jóvenes los fines de semana, tiene varias razones; una fundamental es la económica, aunque el botellón tiene para ellos otras ventajas relacionadas con una mayor facilidad para relacionarse con otros jóvenes. También se observa cierto interés por subvertir lo establecido, propio de la juventud, así como opiniones que sugieren que se trata de una actividad autogestionada al no depender de adultos o bares para hacerla y divertirse en grupo. Los jóvenes que no beben alcohol, en cambio, se aburren en el botellón, y se quejan del frío. Para ellos, el botellón es un paso previo por el que han de pasar para ir después de movida a bailar a locales cerrados.

Los entrevistados parecen ser conscientes de las molestias que ocasiona a los vecinos esa autogestión de la diversión, que en su acepción más común han denominado ellos mismos como el botellón, y sugieren la creación de

espacios adaptados para ellos, donde se pueda estar sin molestar, libres de los riesgos de tener que desplazarse en vehículo.

Actividad física

El 62% de los jóvenes de 15 a 29 años han declarado que hacen deporte, lo que supone un incremento considerable respecto al 48% obtenido en una muestra representativa a nivel nacional en 1993 (García, 1993).

El 72% de los varones de 15 a 29 años hace deporte frente al 52% de las mujeres. Por otra parte, antes de los 18 años, entre el 60 y el 80% de los jóvenes hace deporte y a partir de los 18, hacen deporte entre el 40 y el 60%. Mientras que el declive en la práctica de actividad física respecto a la edad se considera casi fisiológico (Sallis, 2000), y se observa desde los 10 años (Strauss, 2001), existen algunas evidencias de que las diferencias en la práctica de actividad física con relación al sexo son culturales, ya que en algunos países donde se ha invertido recursos para lograr la equidad de género, las chicas practican más actividad física que los chicos (Telama, 1999). De todos modos, tal como han manifestado algunas jóvenes en nuestro estudio, aunque las chicas practiquen menos deporte formal que los chicos, llevan a cabo otro tipo de actividades físicas que también son beneficiosas para la salud (Tercedor, 2001).

132

Tanto la familia como los amigos juegan un papel importante en la práctica de deporte en los jóvenes. Tal como han expresado ellos mismos, la familia facilita el contacto con el deporte, lo cual confirma el conocimiento previo (García, 1993). Si el deporte le gusta al joven y tiene amigos con quienes practicarlo, manifiesta que lo practica, pero si no tiene amigos con quien practicarlo, lo más probable es que lo abandone para dedicarse a otras actividades que lo integren en el grupo de iguales. Es decir, que los amigos juegan un papel importante en el mantenimiento de la práctica de actividad física.

Los jóvenes que hemos consultado consideran que fumar tabaco o salir de marcha no tienen porqué ser incompatibles con hacer deporte, aunque se han encontrado opiniones relacionadas con la incompatibilidad de salir y levantarse temprano o con salir de marcha y responder a las exigencias del

deporte, otros estudios han observado una asociación negativa entre fumar y practicar deporte (Paniagua, 2001; Raitakari, 1995; Vara, 1997) o entre el consumo de alcohol y la práctica de deporte (Paniagua, 2001).

De hecho, la principal razón por la que los jóvenes hacen deporte es divertirse, mientras que en estudios previos la principal razón para hacer deporte estaba relacionada con la salud (Mendoza, 1985) o con hacer ejercicio (García, 1993). Ello puede estar sugiriendo que las actividades deportivas podrían ser una buena alternativa al ocio basado en el consumo de alcohol y drogas, como ya se ha mencionado anteriormente.

Intervenciones

Los jóvenes identifican una verdadera preocupación por desarrollar intervenciones para la promoción de la salud desde las administraciones en las que ellos sean los protagonistas, y opinan que se realizan acciones puntuales que proyectan una imagen para que, como ellos mismos han dicho, "parezca que se hace algo". En este contexto se sitúan tanto los programas de actividades alternativas al ocio como las campañas a través de los medios de comunicación.

Los programas de actividades alternativas al ocio, que surgieron en el barrio de la Calzada en Gijón bajo el lema de "Abierto hasta el amanecer" (Botella, 2000), han ido extendiéndose a muchos municipios. Hasta la fecha, no hay evidencias de la efectividad de dichos programas encontrándose alguno de ellos en proceso de evaluación, (Hernán, 2001). Los jóvenes reconocen que mucha gente participa en las actividades y que pueden ser una forma de diversificar el ocio del fin de semana, pero reclaman más participación en la organización de los mismos y una mayor difusión.

Las campañas en los medios de comunicación son identificadas más como propaganda que como intervención suficiente. Las centradas en la prevención de los accidentes de tráfico son referidas como impactantes para los jóvenes, como ellos mismos han mencionado, aunque el impacto no dura mucho tiempo: "Yo me monto en el coche y no voy pensando en el tetraplégico. Si no, no conduciría". También se han descrito una serie de estrategias que los jóvenes utilizan para evitar los accidentes, como por ejemplo,

decidir en el grupo que uno de los miembros no beba, la llamada estrategia del "conductor asignado" (Del Río, 2002). Como ya se ha mencionado, el uso de estas estrategias podría promoverse entre la gente joven, sobre todo teniendo en cuenta que sólo uno de cada cuatro jóvenes en nuestro estudio ha declarado conocerlas. Para la prevención de los accidentes de tráfico, los jóvenes han sugerido charlas o testimonios con personas afectadas.

Otras formas de transmitir información, como los folletos, han sido valorados como material que no da opción a hacer preguntas. Respecto al alcohol, drogas ilegales y sexualidad, los jóvenes demandan más información-educación. Dada la diversidad de discursos de los jóvenes, parece que utilizar múltiples canales podría poner de manifiesto cuál o cuales son los más idóneos para cada segmento juvenil. De hecho, en un estudio reciente, se les preguntó a los jóvenes a través de qué vía les gustaría recibir información sobre drogas, y se obtuvo un abanico amplio de opiniones, desde que la información debería estar disponible en bares, que se deberían utilizar folletos fáciles de leer, que se introdujese en revistas o periódicos gratuitos para la gente joven, que se utilizara Internet, etcétera (Wibberley, 2000).

134 En cualquier caso, al consultar a los jóvenes de nuestro estudio sobre cómo mejorar su salud, han otorgado la máxima prioridad a la educación para la salud en las escuelas, seguido de la oferta de actividades de ocio asequibles. Ello coincide con los resultados obtenidos en el último estudio del PND (PND, 2000). Para los jóvenes de nuestro estudio, la educación para la salud debería ser una asignatura con el mismo rango que las demás, y debería incluir los siguientes temas: consumo de drogas, sexualidad, alimentación, salud y educación en valores, es decir: "para todos estos temas que tengan que ver contigo", ya que "sin embargo, se enseñan otras cosas que no tienen que ver contigo". Además, en el estudio cualitativo se ha hecho énfasis en varias dimensiones para mejorar la educación para la salud, como la utilización de técnicas educativas participativas, con el apoyo de materiales audiovisuales; la implicación activa de los padres, los cuales, en opinión de los jóvenes, también deberían recibir dicha educación y, en tercer lugar, la formación de los profesores. En cambio, llama la atención que no se haya mencionado ni aproximado siquiera el concepto de transversalidad (Gavidía, 2001).

Hay evidencias de que las técnicas participativas e interactivas, sobre todo si además utilizan la estrategia de iguales, son más efectivas para el desarrollo de competencias en los jóvenes que las puramente expositivas (Black, 1998). También se sabe que los materiales audiovisuales, al menos en el caso de la prevención del VIH/SIDA, tienen la capacidad de aumentar los conocimientos de los jóvenes (Stevenson, 1994), de influir en el cambio de actitudes (Torabi, 2000), e incluso de influir en la prevención de comportamientos de riesgo (Sanderson, 1999), por lo que explorar en profundidad estos determinantes del aprendizaje y el papel del profesor, podrían ser de interés a partir de los resultados de esta investigación.

Con respecto a los padres, en el discurso juvenil aparece una idea redundante sobre la dificultad de hablar con ellos tanto de sexo como de drogas. La mayoría de los jóvenes han afirmado que la relación con sus padres es buena o muy buena. Además, los jóvenes han opinado que los padres tienen mucha influencia sobre su salud, y han sugerido que a ellos también se les eduque y que se promocionen actividades conjuntas padres e hijos. En realidad, la implicación de los padres y de toda la comunidad en los centros educativos es uno de los pilares de la Escuela Promotora de Salud (McBride, 1999; Denman, 1999), el cual parece el marco más adecuado desde el cual se debería abordar la salud de los adolescentes y jóvenes.

También se ha hecho la propuesta de dar a los jóvenes más participación en la organización y gestión de actividades dirigidas a ellos. De hecho, incrementar la participación de los jóvenes en los programas dirigidos a ellos es una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la elaboración de programas dirigidos a los jóvenes (OMS/FNUAP/UNICEF, 1999). Y fue uno de los aspectos debatidos en la reunión sobre Jóvenes y Alcohol de Estocolmo, donde los jóvenes opinaron que no son tomados en serio por los adultos, y que su implicación en la elaboración de políticas es siempre tardía y con poco impacto (Ministry of Health and Social Affairs, 2001).

Además, los jóvenes han propuesto servicios de transporte público nocturno para reducir el daño ocasionado por la combinación de alcohol, drogas y conducción, intervención que en algunos lugares de nuestro país ya se ha llevado a cabo, ha sido evaluada y ha mostrado ser efectiva para la prevención de accidentes de tráfico, bajo el lema: "Voy y vengo" (Lapana, 1999).

Y por último, los jóvenes han demandado la legalización de las drogas blandas. Algunos de los expertos en jóvenes de nuestro país consideran que deberíamos aceptar que los momentos felices de los adolescentes pasan por situaciones en las que se da el uso de drogas (Funes, 2000). Ello hace pensar que tendría sentido desarrollar investigaciones dirigidas a verificar cuáles son las estrategias más efectivas para reducir el daño causado en los jóvenes por el consumo de drogas, pero también por las conductas sexuales de riesgo, la alimentación poco saludable, la falta de actividad física, las conductas de riesgo en la conducción de vehículos, la utilización que hacen de los servicios sanitarios, etcétera, ya que hacerlo en este segmento de edad que va desde la infancia hasta la edad adulta puede ser determinante para prevenir problemas de salud en la población general.

Sobre la metodología utilizada

Con objeto de maximizar la información a obtener con los recursos disponibles y haciendo énfasis en el diseño descriptivo, se ha elegido una estrategia que combina esencialmente un muestreo probabilístico con otro intencional. De esta manera se ha podido obtener un tamaño muestral suficiente para poder caracterizar con precisión los factores relacionados con la salud de los jóvenes y con sus determinantes en los diferentes dominios construidos a partir del sexo, la edad y el hábitat. La intencionalidad busca apoyar y compensar el tamaño de los estratos muestrales según esos dominios fundamentales planteados y planificados previamente.

Las posibles consecuencias de este tipo de muestreo se han minimizado presentando los resultados desagregados según sexo, edad y hábitat. Por otro lado, esa estrategia de selección es una ventaja a la hora de interpretar los resultados según los dominios por perfiles de jóvenes. Sólo cuando los resultados obtenidos han sido homogéneos se han presentado de manera agregada para la población española. Esta aproximación nos ha permitido identificar que algunas de las variables relacionadas con la salud de los jóvenes son diferentes según estemos hablando de una edad u otra, de chicos o de chicas y de población rural o urbana.

El diseño transversal es poco adecuado para establecer asociaciones de tipo causal y para realizar descripciones dinámicas de una población, por lo que

las asociaciones halladas han de interpretarse con prudencia en cuanto a su direccionalidad. Por ejemplo, cuando se observa una asociación entre no hacer deporte y tener peor salud percibida, dicha asociación, de no deberse a sesgos no controlados en nuestro estudio, admitiría ambas direcciones interpretativas: podría reflejar tanto que los que perciben su salud como mala tienden a hacer menos deporte, como que hacer menos deporte lleva a percibir peor el estado de salud. Por otra parte, el diseño tampoco permite predecir de manera concluyente que, por ejemplo, dentro de 6 años, los jóvenes que hoy tienen 16 años se comportarán o percibirán su salud como los que hoy tienen 22.

La aceptación del cuestionario, relativamente largo, ha sido muy buena, tal y como se pudo comprobar en la fase de pilotaje. La mayoría ha respondido a todos los bloques de preguntas. Probablemente el hecho de adecuar los cuestionarios según edades, evitando preguntas que pudieran ser consideradas como inadecuadas para los más jóvenes ha facilitado el trabajo de campo. El que las chicas tuvieran cuestionarios diferentes a los chicos con relación a los ítems de salud reproductiva también ha podido contribuir positivamente en la cumplimentación. Aunque el 11% ha declarado que el cuestionario contenía alguna pregunta que le resultó violenta, éstas se referían especialmente a algún ítem sobre sexualidad y también aunque con menos frecuencia, a los de consumo de drogas.

Al tratarse de un estudio en el que los datos se han obtenido por medio de cuestionarios y grupos focales, grupos nominales y entrevistas individuales, convendría destacar que se ha optado por presentar resultados sometidos a la triangulación por dos vías metodológicas, a cambio de cierto coste en información, es decir, que se presentan sólo aquellos resultados que se han obtenido por la vía cuantitativa y se han verificado e interpretado por la cualitativa.

Por otro lado, la premura de tiempo de los estudios de este tipo en los que, o se describen los resultados o se pasa su vigencia temporal, suele ser difícil la inmersión en el campo y la distancia del mismo para volver a una nueva inmersión, lo cual suele utilizarse para contrastar la información intra-investigador. Para garantizar la contrastabilidad, nosotros hemos realizado un análisis cruzado entre investigadores, que ha facilitado la triangulación y la credibilidad de la información cualitativa obtenida.

CONCLUSIONES

Este estudio realizado en el año 2001 pretende ofrecer una descripción integral sobre la situación de la salud de los jóvenes y sus determinantes. Se trata de aportar una visión de la situación que permita identificar los aspectos generales, así como las particularidades de acuerdo a tres grandes combinaciones de variables como son la edad, el género, y el hábitat de residencia. Esta visión ha de ser posteriormente completada con los detalles y con la precisión que cada uno de los fenómenos observados requiera. Por otra parte, el dinamismo de los factores que influyen en la salud presente y futura de los jóvenes, requiere una monitorización en el tiempo a partir de observaciones longitudinales que permitan verificar las hipótesis que el estudio genera.

El abordaje metodológico basado en la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas nos ha permitido obtener una visión complementaria de la explicación y la comprensión del fenómeno que facilita el conocimiento de la compleja realidad relacionada con la salud de los jóvenes.

139

Se ha optado por seleccionar las conclusiones que consideramos más relevantes en cada uno de los apartados en los está organizada la información obtenida.

Estado de salud

- Los jóvenes tienen un concepto amplio de salud que incluye un componente físico, un componente emocional de gran importancia para ellos y un componente social menos presente en su discurso. Identifican componentes de una vida sana como la buena alimentación y la actividad física.
- La mayor parte de los jóvenes (el 90,9%) ha declarado que su salud es buena o muy buena.
- Han declarado tener enfermedades crónicas entre el 7 y el 15% de los jóvenes, según el grupo poblacional; de éstas las más frecuentemente declaradas han sido las alérgicas.
- Una proporción que oscila entre el 10 y el 20% de jóvenes ha presentado resultados en el test de salud mental que podrían indicar problemas de

salud mental. Sin embargo, de esta proporción de jóvenes, el 5,7% ha declarado estar en tratamiento psicológico. Esto podría estar indicando la necesidad de estudiar con atención la salud mental de algunos jóvenes.

- Los síntomas psicósomáticos más frecuentemente referidos por los jóvenes son: dolor de espalda, dolor de cabeza y, en las mujeres, dolor de regla. Se ha observado que los síntomas psicósomáticos son frecuentes sobre todo en las chicas y que los más mayores tienen más síntomas que los pequeños.

Servicios de Salud

- La mayoría de los jóvenes ha ido al médico en el último año. En más de la mitad de los casos, el médico visitado ha sido el médico general. La atención primaria de salud podría tener en estas visitas la oportunidad de desarrollar acciones preventivas y de promoción de la salud.
- Los jóvenes consideran los servicios sanitarios como poco o nada útiles para prevenir o tratar problemas relacionados con la esfera psicológica, con las drogas legales o ilegales y con la prevención de problemas de salud, y declaran que utilizan los servicios sanitarios para resolver los problemas de salud física no resueltos por otras vías.

140

Alimentación

- La dieta de los jóvenes parece mejorable, al menos en cuanto a su ingesta de fruta y verdura y a su hábito de tomar desayuno, sobre todo en los chicos rurales de 18 años en adelante.
- Se ha detectado una prevalencia de sobrepeso declarado elevada, especialmente en los varones del ámbito rural.
- Mientras que los chicos presentan prevalencias de sobrepeso más elevadas que las chicas, éstas se perciben a sí mismas más gordas de lo que realmente declaran estar, mientras que podría decirse que a los chicos les sucede al revés.
- Los jóvenes opinan que entre los factores que influyen en su vida presentando estereotipos de delgadez, destacan los medios de comunicación.

Sexualidad

- Los jóvenes opinan que reciben información sexual orientada a la prevención del VIH/SIDA a través de varias vías, fundamentalmente la escuela y los medios de comunicación, y demandan una educación sexual integral y participativa que incluya: la relación entre sexualidad y afectividad, habilidades de comunicación con la pareja o conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos.
- Un tercio de los jóvenes que ha tenido relaciones sexuales con penetración declara que en sus tres últimas relaciones sexuales no ha usado el preservativo en ninguna ocasión.
- Cuando los jóvenes tienen un problema relacionado con la sexualidad acuden en primer lugar a sus amigos y en segundo lugar a sus padres, aunque según declaran les gustaría acudir en primer lugar a sus padres. Identifican que la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad es una tarea pendiente.

Tabaco

- Se han observado frecuencias de consumo de tabaco y alcohol que están en la línea de lo hallado en otros estudios nacionales. Así, entre el 30 y el 40% de jóvenes de 13 a 17 años y entre el 50 y el 60% de los de 18 a 29 años fuman. El consumo de tabaco es superior en las chicas frente a los chicos en el medio urbano, pero en el medio rural predomina el consumo de tabaco en varones.
- La mayoría de los jóvenes saben que el tabaco perjudica su salud; entre el 20 y el 40% de los jóvenes que fuman han afirmado que quieren dejar de fumar. Los jóvenes, sin embargo, no consideran a los servicios sanitarios útiles para ayudarles a dejarlo. Considerando los riesgos para la salud derivados del consumo de tabaco, convendría identificar que se debe hacer para facilitar que no fumar sea la opción más fácil para los jóvenes.

Alcohol

- La prevalencia de consumo de alcohol en jóvenes obtenida está en la línea de las obtenidas por el Plan Nacional de Drogas para los escolares. Entre el 25 y el 30% de los jóvenes de 13 a 17 años y entre el 35 y el 60 % de los de 18 a 29 años beben alcohol regularmente.

- El consumo de alcohol es similar en ambos sexos entre los jóvenes menores de 18 años del medio urbano. Entre los jóvenes de 18 años en adelante, predomina claramente en varones.
- Los jóvenes expresan que beber es normal, que se bebe para divertirse en el contexto de la "movida" y que se trata de un fenómeno transitorio que se modera con la edad.
- A pesar de ello, demandan información sobre los efectos del alcohol, porque opinan que la juventud no identifica con claridad dónde están los límites a partir de los cuales se puede considerar que el alcohol perjudica la salud o que es una droga.

Drogas ilegales

- Se han observado prevalencias de consumo de drogas ilegales en jóvenes similares a las obtenidas por el Plan Nacional de Drogas.
- Se observa una alta proporción de jóvenes que no probarían drogas ilegales, aunque discriminan entre unas drogas y otras.
- Los jóvenes han expresado el fácil acceso al consumo de drogas ilegales y manifiestan que el tabaco, el alcohol y el hachís se encuentran integrados en sus ambientes habituales; sin embargo contrasta la accesibilidad al consumo de éxtasis con que sea una droga que la mayoría no la probarían.
- Los jóvenes demandan para ellos y para sus padres, información veraz y particularizada sobre cada tipo de droga.

142

Accidentes de tráfico

- Los jóvenes perciben el alcohol como el factor que más influye en los accidentes de tráfico, aunque también conceden gran importancia a otros elementos como el contexto en el que se bebe alcohol durante la movida del fin de semana, el valor que adquiere la velocidad en la juventud y su peculiar identificación del riesgo.
- Uno de cada tres chicos rurales mayores de 18 años ha declarado haber conducido al menos una vez en el último mes después de haber bebido alcohol, o haber ido en un vehículo conducido por alguien que había bebido.
- Como los jóvenes han descrito estrategias que se utilizan en el contexto de salir de marcha para prevenir los accidentes de tráfico, podría ser de interés profundizar en sus propuestas para orientar la prevención.

Ocio

- La principal actividad a la que los jóvenes dedican su tiempo libre durante el fin de semana es a salir con los amigos, seguido a distancia de ver la televisión. Entre el 50 y el 70% de jóvenes salen a la calle al menos una noche todos los fines de semana.
- El fundamento de la movida es la relación y la diversión, y por ello la consideran saludable, pero los jóvenes identifican que ese ámbito está relacionado con el consumo de alcohol y el de otras drogas.
- Un 28% de jóvenes dicen que les gustaría hacer otras actividades diferentes a la movida. Entre ellas, destacan los deportes de riesgo y las actividades al aire libre.
- Los jóvenes han identificado que el botellón o compra de alcohol en comercios y su consumo en grandes grupos en espacios abiertos, también se fundamenta en la relación, se lleva a cabo por razones económicas y de relación entre calidad y precio.
- Los jóvenes han manifestado ser conscientes de las molestias que ocasiona el botellón, pero ellos consideran que no es fácil cambiar esa forma de divertirse con sus amigos.

143

Actividad Física

- Los chicos practican más deporte que las chicas, pero las chicas practican una mayor variedad de deportes, y realizan otras actividades que también son beneficiosas para su salud. A partir de los 15 años, se empieza a producir el abandono del deporte tanto entre los chicos como entre las chicas.
- La principal razón por la que los jóvenes dicen que hacen deporte es divertirse, y la principal razón por la que dicen que no hacen deporte es porque no tienen tiempo.
- Los padres, en opinión de los jóvenes entrevistados, parece que juegan un papel crucial en la adquisición de hábitos deportivos, mientras que los amigos serían claves en el mantenimiento de los mismos.

Intervenciones

- Los jóvenes no identifican un enfoque integral en las intervenciones dirigidas a ellos.

- Los programas basados en la oferta de actividades alternativas de ocio podrían ayudar a diversificar el ocio de los jóvenes, y de hecho muchos jóvenes participan en ellas. Sin embargo, los jóvenes entrevistados demandan más participación en la organización de dichos programas.
- Para mejorar la salud de los jóvenes, los propios jóvenes demandan educación para la salud integral en las escuelas, que incluya temas como: drogas, alimentación, sexualidad, valores, etcétera, y que utilice métodos participativos y apoyo de materiales audiovisuales.

Satisfacción global con la vida

- La valoración hecha por los jóvenes sobre su satisfacción global con la vida es alta.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Health care information sources for adolescents: age and gender differences on use, concerns, and needs. *J Adolesc Health* 2001; 29: 170-6.
- Alvira F, Canteras A. El suicidio juvenil. Madrid: INJUVE, 1997.
- Ausubel D. Novak JD, Hanesian H. Psicología Educativa. México: Trillas, 1983.
- Badía X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: PPU, 1996.
- Bandura A. Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca, 1990.
- Bimbela JL, Cruz T. Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.
- Bimbela JL. Juventud y Sida: Análisis de conocimientos, actitudes y prácticas en Andalucía (tesis doctoral). Granada: Universidad de Barcelona; 1999.
- Black DR, Tobler NS, Sciacca JP. Peer helping / involvement: an efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco and other drugs use among youth. *J Sch Health* 1998; 68: 87-93.
- Blum HL. Planning for Health. Generics for the Eighties. New York: Human Science Press, 1981.
- Botella I. "Abierto hasta el amanecer (Gijón, barrio de la Calzada)". En: Comas D. Ocio y tiempo libre: Identidades y alternativas. Revista de estudios de Juventud N° 50. Madrid: INJUVE, 2000.
- Boyle MH, Sanford M, Szatmari P, Merikangas K, Offord DR. Familial influences on substance use by adolescents and young adults. *Can J Public Health* 2001; 92: 206-9.
- Brener ND, Krug EG, Simon TR. Trends in suicide ideation and suicidal behavior among high school students in the United States 1991-1997. *Suicide & Life - Threatening Behavior* 2000; 30: 304-12.
- Burack R. Young teenagers' attitudes towards general practitioners and their provision of sexual health care. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 550-4.
- Calafat A, Becoña E, Fernández C, Gil E, Juan M, Palmer A, Sureda P, Torres MA. Salir de marcha y consumo de drogas. Observatorio Español. Plan Nacional Sobre Drogas. En: www.mir.es/pnd/doc/orbservat/estudios/ire-frea (Consultado el 7 diciembre 2000).

- Casado I. Tratando con adolescentes (Editorial). Aten Primaria 2000; 26:137-8.
- Castillo JM. Valoración de factores de riesgo del consumo de alcohol en adolescentes. Aten Primaria 1997; 20: 376-80.
- Castillo MD, Gil G, Naranjo JA, León, De Cruz. Sexualidad y sida: grado de conocimiento y actitud de los escolares. Medicina de Familia (Andalucía) 2001; 3: 223-30.
- Chang VW, Chirstakis NA . Extent and determinants of discrepancy between self-evaluations of weight status and clinical standards. J Gen Intern Med 2001; 16: 538-43.
- Chen K, Kandel DB. The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. Am J Public Health 1995; 85: 41-7.
- CIMOP. Hábitos de Salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 6. Madrid: Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid, 1999.
- Civic D. College students' reasons for nonuse of condoms within dating relationships. Journal of sex & marital therapy 2000; 26: 95-105.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320:1-6.
- Colino R, Fernández A, Picasso A. Utilización de la consulta de Atención Primaria por los adolescentes y detección de problemas de salud no demandados. Aten Primaria 1995; 16: 594-600.
- Comín E, Torrubia R, Mor J. Relación entre personalidad, actitudes y consumo de alcohol, tabaco y ejercicio en escolares. Gac Sanit 1998; 12: 255-62.
- Cruz P, Santiago P. Juventud y entorno familiar. Madrid: INJUVE, 1999.
- Deery HA, Fildes BN. Young novice driver subtypes: relationship to high-risk behavior, traffic accident record, and simulator driving performance. Human Factors 1999; 41: 628-43.
- Del Rio MC, Alvarez FJ. Alcohol use among fatality injured drivers in Spain. Forensic Sci Int 1999;104:117-25.
- Del Río MC. Alcohol, jóvenes y accidentes de tráfico. Trastornos adictivos 2002; 4: 20-7.
- Delegación del Gobierno para el 1998 Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Encuesta Sobre Drogas a la Población Escolar, 1998.

En: www.mir.es/pnd/doc.observat/estudios (Consultado el 30 noviembre 2000).

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Encuesta Sobre Drogas a Población Escolar 2000. En: www.mir.es//pnd/observa/pdf/encu2000.ppt (Consultado el 30 marzo 2001).
- Denman S. Health promoting schools in England - a way forward in development. *J Public Health Med* 1999; 21: 215-20.
- Department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention. School Health Programs: An Investment in Our Nation's Future 2001. En: www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/trend. 2001.CDC. (Consultado el 15 mayo 2001).
- Dever GEA. An epidemiological model for health analysis. *Soc Ind Res* 1976. Citado de: Pineault R, Davelot C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos-Métodos-Estrategias*. Barcelona: Masson, 1987.
- DiCenso A, Borthwick VW, Busca CA, Creatura C. Completing the picture: Adolescents talk about what's missing in sexual health. *Can J Public Health* 2001; 92: 35-8.
- Díez E, Barniol J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalbí JR. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de Secundaria: comportamientos sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gac Sanitaria* 1998; 12: 272-80.
- Dunn DA, Johnson JL. Choosing to remain smoke-free: the experiences of adolescent girls. *J Adolesc Health* 2001; 29: 289-97.
- Durex. Global Survey 2000. Durex. En: [www.durex.com/global MainBody.htm](http://www.durex.com/global/MainBody.htm) . 2001. (Consultado el 20 febrero 2001).
- Encuesta Nacional de Salud 1995 Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Centro de Publicaciones. Secretaria General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
- Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Centro de Publicaciones. Secretaria General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
- Espada JP, Méndez FX, Hidalgo MD. Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones* 2000; 12:57-64.
- European Commission. Young europeans in 2001. Results of a European opinion poll. En: europa.eu.int/comm/dg10/epo/eb/eb55/young_summary_en.pdf. 2001 (Consultado el 1 noviembre 2000).

- Federación de Planificación Familiar. Encuesta sobre usos anticonceptivos en España. *Dialogos* 1997; 32 (12): 12-13.
- Field AE, Camargo CA, Barr C, Berkey CS. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics* 2001; 107: 54-60.
- Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Coldith GA. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153: 1184-90.
- Foster T. Dying for a drink. *BMJ* 2001; 323: 817-8.
- Fuentes M, Mora R, Dijk A, Domínguez A, Salleras L. Alcohol consumption among high school students in Barcelona, Spain. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 228-33.
- Fundació Ferrer i Guardia. Pacte per la nit. Pautes, hàbits i preferències de lleure i oci nocturn dels joves barcelonins. Consejería de Educación y Cultura. Comunidad de Madrid. Jornada sobre los jóvenes y la noche; 3 febrero 1999; Madrid; 1999.
- Funes J. Adolescentes. Diversión y uso de drogas. Dudas razonables y preguntas impertinentes. *Adolescentes, drogas y exclusión social. Revista Proyecto Hombre*1999; 32: 17-20.
- Furlong A, Cartmel F. Young people and social change. Individualization and risk in late modernity. 2ª ed. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, 1999.
- García Ferrando M. Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. INJUVE, 1993.
- García JL, Avis M, Cobos F, Biurrun AC, Eslava JL, Rodrigo C, Padilla B, Tinajas MR. Conductas sexuales de riesgo en Universitarios/as: Un estudio en la Universidad Pública de Navarra. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 1995; 36: 48-60.
- García V, Ramos M, Hernán M, Gea T. Consumo de tabaco y hábitos de salud en los adolescentes de Institutos de Enseñanza Secundaria pública en Granada. *Prevención del Tabaquismo* 2001; 3 (4): 215-23.
- Gavidia V. La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Española de Salud Publica* 2001; 75: 505-16.
- Gea MT, Hernán M, Jiménez JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 37-44.

- Gold MS. Tabaco. 1ª ed. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996.
- Guallar P, Rodríguez F, Díez L, Banegas JR, Lafuente P, Del Rey J. Consumo de tabaco y salud subjetiva en España. *Med Clin* 2001; 116: 451-3.
- Haugland S, Wold B, Aaroe KE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence. *Eur J Public Health* 2001; 11: 4-10.
- Hernan M, Ramos M, Fernandez A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Revista Española de Salud Pública* 2001; 75: 491-504.
- Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *J Adolesc Health* 2000; 27: 351-60.
- Isacson G, Rich CL. Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ* 2001; 322: 213-5.
- IUHPE. The evidence of health promotion effectiveness. Brussels: European Commission, 1999.
- King A, Wold B, Tudor-Smith C, Harel Y. The health of youth. A cross-national survey. WHO Regional Publications. Europea series N°69. Copenhagen: WHO, 1996.
- Lameiras M. "Sexualidad y Salud". En: López A. Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales. Barcelona: Tórculo Ediciones, 1997.
- Laplana MA. Voy y vengo. *Boletín Idea-Prevención* 18 (enero-junio 1999), 35. 99.
- Llinares V, Serrano A, De Frutos MJ, Alvarez C, Azpiazu M, López F, Lázaro A. Motivos de consulta en adolescentes. *Aten Primaria* 1994; 13: 442-5.
- López A. "Juventud y empleo en la sociedad de la información". En: Lorente S. Juventud y la sociedad red. *Revista de estudios de Juventud*, Madrid: INJUVE, 1999.
- López JR, Antolín N, Barceló MV, Pérez M, Ballesteros AM, García AL. Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias. *Aten Primaria* 2001; 3: 159-65.
- López ML, Nájera P, López C, Secall L, Valle MO, Cueto A. Adolescencia en riesgo: una encuesta de salud entre estudiantes de COU. *Gac Sanitaria* 1992; 6:157-63.
- Martínez J, García J, Domingo M, Machín AJ. Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Aten Primaria* 1996; 18: 383-5.

- Martínez JM, Del Río MC, López N, Alvarez FJ. Illegal drug-using trends among students in a spanish university in the last decade (1984-1994). *Subst Use & Misuse* 1999; 34: 1281-97.
- McBride N, Midford R. Encouraging schools to promote health: Impact of the Western Australian School Health Project (1992-1995). *J Sch Health* 1999; 69: 220-6.
- Mendoza R, Batista JM, Sánchez M, Carrasco AM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanit* 1998;12: 263-71.
- Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994.
- Mendoza R. Estudio sobre opiniones y hábitos relacionados con la salud en los escolares españoles. Sevilla: 1985.
- Mendoza R. Situación actual y tendencias en los estilos de vida del alumnado. En: Escuela Andaluza de Salud Pública. Primeras Jornadas de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud en España; 1996. Granada
- Ministry of Health and Social Affairs. Sweden. Report 1: Youthmeeting.se. Ministry of Health and Social Affairs. Sweden. WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol.
- Moncada A, Pérez K. Consumo de tabaco, alcohol y drogas de uso no institucionalizado en los alumnos de enseñanza media de Terrassa. *Gac Sanit* 1998; 12: 241-7.
- Muñoz PE. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905). *Anales del Fondo de Investigación Sanitaria* 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1993.
- National Population Health Survey. Canada. En: www.statcan.ca/english/concepts/nphs/quest98e.pdf (Consultado el 21 octubre 2001).
- Natvig GK, Albrektsen G, Anderssen N, Qvarnstrom U. School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. *J Sch Health* 1999; 69: 362-8.
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea. En: www.emcdda.org. (Consultado en: 20 enero 2002).
- O'Dea JA, Caputi P. Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6- to 19-year-old children and adolescents. *Health Educ Res* 2001; 16: 521-32.

- OMS/FNUAP/UNICEF. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. OMS, serie de informes técnicos n°886. Ginebra: OMS, 1999.
- Paniagua H, García S, Castellano G, Sarrallé R, Redondo C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Esp Pediatr* 2001; 55:121-8.
- Parker H, Aldridge J, Measham E. *Illegal leisure. The normalization of adolescent recreational drug use*. 2ª ed. London and New York: Routledge, 1999.
- Pérula LA, Martínez J, Ruíz R, Fonseca J. Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional. *Aten Primaria* 1995;16: 323-9.
- Piko B. Health-related predictors of self-perceived health in a student population: The importance of physical activity. *J Community Health* 2000; 25: 125-37.
- Piko B. Health-related predictors of self-perceived health in a student population: The importance of physical activity. *J Community Health* 2000;25:125-37.
- Plasència A. Bases epidemiológicas para las políticas de prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol en España. *Adicciones* 1999; 11: 229-36.
- Potts Y, Gillies ML, Wood SF. Lack of mental well-being in 15-year-olds: an undisclosed iceberg? *Fam Pract* 2001; 18: 95-100.
- Prieto R. "Perspectivas de la juventud rural en una sociedad de cambio". En: *Revista de Estudios de Juventud. Juventud Rural N° 48*. Madrid: INJUVE, 2000.
- Raitakari O, Leino M, Rääkkönen K, Porkka K, Taimela S, Räsänen L, Viikari J. Clustering of risk habits in young adults. *Am J Epidem* 1995; 142: 36-44.
- Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A, Equipo de la Encuesta de Salud de Catalunya. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1998; 12 (4): 153-159.
- Raveis VH, Kandel DB. Changes in drug behavior from the middle to the late twenties: initiation, persistence, and cessation of use. *Am J Public Health* 1987; 77: 607-11.
- Redondo JL, Luna J, Jiménez JJ, García M, Lardelli P, Gálvez R. Application of the Induced Exposure Method to compare risks of traffic crashes among different types of drivers under different environmental conditions. *Am J Epidem* 2001; 153: 882-91.

- Rehn N, Room R, Edwards G. Alcohol in the European Region -consumption, harm and policies. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2001.
- Ricciardelli LA, McCabe MP, Banfield S. Body image and body change methods in adolescent boys. Role of parents, friends, and the media. *J Psychosom Res* 2000; 189-97.
- Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS. Measures of personality and social psychological attitudes. California: Academic Press, 1991.
- Romero RJ, Lora MN, Cañete R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Aten Primaria* 2001; 27:12-7.
- Romo N. Cultura del baile y del riesgo: La influencia del género en los nuevos usos de drogas de síntesis (tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2001.
- Russell M, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 1979; 2: 231-235.
- Salazar D. "Adolescencia, cultura y salud". En: Salazar D. El adolescente, México: Dulanto Mc Graw-Hill Interamericana. Asociación mexicana de Pediatría, 2000.
- Sallis JF. Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Med & Sci Sports & Exerc* 2000; 32:1598-600.
- Sánchez L. El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. *Trastornos adictivos* 2002; 4 :12-9.
- Sanderson C. Role of relationships context in influencing college students' responsiveness to HIV prevention videos. *Health Psychol* 1999; 18 (3): 295-300.
- Schubiner H, Herrold A, Hurt R. Tobacco Cessation and Youth: The feasibility of brief office interventions for adolescents. *Prev Med* 1998; 27: A47-A54.
- Secretaria del Plan Nacional sobre Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro Nacional de casos de Sida. Balance de la epidemia a 30 de junio de 2000. En: www.msc.es/sida/epidemiologia/home.htm (Consultado el 11 febrero 2002).
- Serra L , Aranceta J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio EnKid. Barcelona: Masson, 2000.
- Simantov E, Schoen C, Klein JD. Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 1025-33.

- Sourander A, Helstelä L, Haavisto A, Bergroth L. Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *J Affect Disord* 2001; 63: 59-66.
- Stevenson HC, Davis G. Impact of culturally sensitive AIDS video education on the AIDS risk knowledge of African-American adolescents. *AIDS Educ Prev* 1994; 6 (1): 40-52.
- Strauss RS, Rodzilsky D, Burack G, Colin M. Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155: 897-903.
- Sueiro E, Diéguez JL, González A. Jóvenes que realizan estudios universitarios: salud sexual y reproductiva. *Aten Primaria* 1998; 21: 283-8.
- Sueiro E, Perdiz C, Gayoso P, Doval JL. Uso y efectos de la anticoncepción poscoital. *Aten Primaria* 1997; 20: 305-10.
- Suris JC, Parera N, Puig C. ¿Qué piensan los adolescentes de su médico? Una comparación entre pediatras y médicos de adultos. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 326-8.
- Svenson G. Directrices europeas para la Educación entre iguales sobre el Sida a jóvenes. Comisión Europea, 1998.
- Taylor DC, Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Somatization and the vocabulary of everyday bodily experiences and concerns: a community study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 491-9.
- Telama R, Yang X. Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Med & Sci Sports & Exerc* 2000; 32: 1617-22.
- Tercedor P. Actividad física, condición física y salud. Sevilla: Wanceulen. Editorial Deportiva SL, 2001.
- Torabi MR, Crowe JW, Rhine S, Daniels DE, Jeng I. Evaluation of HIV/AIDS education in Russia using a video approach. *J Sch Health* 2000; 70 (6): 229-233.
- Vara E, Montejo R, Martínez I, Orenge E, Medina E, Martínez MA. Predictores de adicción al tabaco en adultos jóvenes. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* 1997; 29: 167-72.
- Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Med Clin* 1995; 104: 784-8.
- Vives R, Nebot M, Ballestín M, Díez E, Villalbí JR. Changes in the alcohol consumption pattern among schoolchildren in Barcelona. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 27-32.
- Weir E. Raves: A review of the culture, the drugs, and the prevention of harm. *CMAJ* 2000; 162:1843-9.

- WHO Expert Committee on Overweight. Physical status: the use and interpretation of anthropometry, Ginebra: WHO, 1995.
- Wibberley C, Price J. Patterns of psycho-stimulant drug use amongst "social/operational users": Implications for services. *Addiction Research* 2000; 8: 95-111.
- Young RA , Judith M, Valach L, Novak H, Brierton I, Christopher A. Joint actions of parents and adolescents in health conversations. *Qual Health Res* 2001; 11: 40-57.
- Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics* 1999; 103:1203-9.

● LISTADO DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribución de la muestra de jóvenes por edad y sexo (n = 1.693).
- Gráfico 2.** Jóvenes de 18 años en adelante emancipados, casados y con hijos por sexo y ámbito.
- Gráfico 3.** Salud percibida de los jóvenes por edad y sexo.
- Gráfico 4.** Salud percibida de los jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 5.** Prevalencia de enfermedades crónicas por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 6.** Porcentaje de jóvenes con puntuaciones en GHQ -3 por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 7.** Porcentaje de jóvenes con puntuaciones en GHQ -3 por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 8.** Síntomas psicósomáticos en chicos y chicas por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 9.** Pensamientos suicidas e intentos suicidas en jóvenes de 18-29 años por sexo y ámbito.
- Gráfico 10.** Nivel de autoestima en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 11.** Higiene dental en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 12.** Jóvenes que han consultado al médico en el último año por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 13.** Jóvenes que han sentido la necesidad de consultar un problema de salud en el último año y no han consultado por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 14.** Valoración del médico visitado en el último año y de los servicios sanitarios por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 15.** Diferencia en la utilidad percibida de los servicios sanitarios para prevenir y tratar distintos problemas de salud en jóvenes de 13 a 17 años y de 18 a 29 años por sexo y ámbito.
- Gráfico 16.** Prevalencia de sobrepeso declarada en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 17.** Porcentaje de jóvenes que se ven a sí mismos gordos o muy gordos por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 18.** Factores que a juicio de los jóvenes influyen más en su imagen corporal por edad, sexo y ámbito.

- Gráfico 19.** Porcentaje de jóvenes que hacen algún tipo de dieta por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 20.** Situación afectiva de los jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 21.** Edad de inicio a las relaciones sexuales con penetración en jóvenes de 18 a 29 años por sexo y ámbito.
- Gráfico 22.** Uso del preservativo en las tres últimas relaciones sexuales con penetración en jóvenes de 18 a 29 años por sexo y ámbito.
- Gráfico 23.** Consumo de tabaco en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 24.** Edad de inicio al consumo de tabaco en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 25.** Jóvenes que han intentado dejar de fumar por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 26.** Frecuencia declarada de consumo de alcohol en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 27.** Porcentaje de frecuencia de consumo de alcohol entre clases o mientras estaban trabajando en el último mes.
- Gráfico 28.** Jóvenes que han probado y que consumen habitualmente hachís por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 29.** Jóvenes que han probado y que consumen habitualmente cocaína por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 30.** Jóvenes que han probado y que consumen habitualmente éxtasis por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 31.** Opiniones sobre las drogas legales e ilegales de los jóvenes de 13 a 17 y de 18 a 29 años por sexo y ámbito.
- Gráfico 32.** Uso del cinturón de seguridad al conducir en jóvenes de 18 años en adelante por sexo y ámbito.
- Gráfico 33.** Uso del casco al conducir en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 34.** Tiempo que dedican los jóvenes a la televisión, a estudiar, a hablar con los padres, al deporte y a salir de lunes a jueves por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 35.** Tiempo que dedican los jóvenes a la televisión, a estudiar, a hablar con los padres, al deporte y a salir de viernes a domingo por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 36.** Frecuencia de "salir de marcha" los fines de semana por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 37.** Dinero que suelen gastarse en promedio los jóvenes el fin de semana por edad, sexo y ámbito en euros.

- Gráfico 38.** Participación y voluntariado en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 39.** Orientación religiosa y política de los jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 40.** Grado de interés por el deporte en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 41.** Jóvenes que hacen deporte por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 42.** Tipo de relación que mantienen los jóvenes con el deporte por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 43.** Estado de forma física de los jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 44.** Media de las últimas notas escolares por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 45.** Jóvenes que han repetido algún curso por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 46.** Situación sociolaboral de los jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 47.** Nivel máximo de estudios alcanzado por los jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 48.** Relación de los jóvenes con sus padres por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 49.** Satisfacción global de los jóvenes con su vida por edad, sexo y ámbito.
- Gráfico 50.** Satisfacción de los jóvenes con su vida por edad, sexo y ámbito.

LISTADO DE TABLAS

- Tabla 1.** Distribución de la muestra por provincias y ámbito.
- Tabla 2.** Perfil de los participantes en los grupos focales.
- Tabla 3.** Perfil de los participantes en las entrevistas en profundidad.
- Tabla 4.** Dimensiones del análisis cualitativo.
- Tabla 5.** Enfermedades crónicas declaradas por los jóvenes.
- Tabla 6.** Tipo de médicos visitados preferentemente por los jóvenes en el último año.
- Tabla 7.** Diagnósticos más frecuentes declarados por los jóvenes.
- Tabla 8.** Grupos diagnósticos más frecuentes declarados por los jóvenes.
- Tabla 9.** Dificultades de los jóvenes para ir al médico.
- Tabla 10.** Frecuencia de consumo de alimentos en jóvenes en porcentajes.
- Tabla 11.** Quién les recomendó la dieta a los jóvenes.
- Tabla 12.** Edades medias de inicio a las relaciones sexuales con penetración en jóvenes de 18 a 29 años por sexo y ámbito.
- Tabla 13.** Conocimientos de los jóvenes sobre métodos anticonceptivos y sobre la utilidad de los mismos para la prevención del embarazo y del VIH/SIDA en porcentajes.
- Tabla 14.** A quién acudirían y a quién les gustaría acudir a los jóvenes si tuvieran un problema relacionado con la sexualidad.
- Tabla 15.** Edades medias de inicio al consumo de tabaco en jóvenes por edad, sexo y ámbito.
- Tabla 16.** Qué les ayudó a los jóvenes a dejar de fumar.
- Tabla 17.** Medidas más eficaces para prevenir el tabaquismo en jóvenes.
- Tabla 18.** Experimentación y consumo habitual de drogas ilegales en jóvenes por edad, sexo y ámbito en porcentajes.
- Tabla 19.** A quién acudirían y a quién les gustaría acudir a los jóvenes si tuvieran un problema relacionado con las drogas.
- Tabla 20.** Factor que más influye en los accidentes de tráfico en opinión de los jóvenes.
- Tabla 21.** Qué otras actividades les gustaría hacer a los jóvenes el fin de semana.
- Tabla 22.** Deportes más practicados por los jóvenes.
- Tabla 23.** Razones por las que los jóvenes hacen o no hacen deporte.
- Tabla 24.** Priorización de propuestas de los jóvenes.

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CCAA	Comunidades Autónomas
CDC	Center for Disease Control
CJA	Consejo de la Juventud de Andalucía
CJE	Consejo de la Juventud de España
DIU	Dispositivo Intrauterino
DJ	Diskjey
E	Entrevista
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
ECERS	Estudios sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud
ENS	Encuesta Nacional de Salud
FNUAP	Fondo de la Población de las Naciones Unidas
GF	Grupo Focal
GHQ	General Health Questionnaire
HBSC	Health Behavior School Children
IES	Instituto de Educación Secundaria
EJ	Entrevista a joven
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adiction
INJUVE	Instituto de la Juventud de España
IUHPE	International Union Health Promotion and Education
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
PND	Plan Nacional sobre Drogas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UDVP	Usuarios de Drogas por vía parenteral
UNICEF	United Nations Children Found
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida