

Los hábitos de salud de los jóvenes españoles

Mariano Hernán* ; Alberto Fernández**; Maria Ramos***

*Observatorio de la Infancia en Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Asuntos Sociales y Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

**Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

*** Unitat d'Investigació. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Ib-salut.

Dirección de correspondencia:

Mariano Hernán
Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de la Cartuja
Apartado de Correos 2070
18080 Granada

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar los tipos de comportamiento y opiniones sobre la salud y sus determinantes de los jóvenes españoles en función de la edad, el sexo y el ámbito de residencia.

Los jóvenes españoles tienen un concepto amplio de su salud, física y emocional, e identifican lo sano con la buena alimentación y con la actividad física. La mayoría de ellos (91%) perciben su salud como buena o muy buena. El problema de salud de la juventud, que ellos identifican en primer lugar son las drogas. Según edades, sexo y lugar de residencia entre el 10 y el 20% podrían tener algún problema de salud mental.

Los chicos presentan prevalencias de sobrepeso más elevadas que las chicas; éstas se perciben a sí mismas más obesas de lo que realmente están y a ellos les sucede al revés. La práctica deportiva decae a partir de los 15 años, tanto en chicas como en chicos. La familia y los amigos juegan un papel importante en la actividad física. Perciben el consumo de hachís como normal, pero mantienen una actitud ambivalente ante otras drogas ilegales y demandan más información sobre todas las drogas. Se observa una alta proporción de jóvenes que no probarían drogas ilegales. 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 en varones. La mayoría saben que el tabaco perjudica su salud; y casi la mitad de los mayores de 18 años que fuman quieren dejarlo.

Consideran que los servicios sanitarios son poco útiles para prevenir problemas de salud. El uso del casco y del cinturón de seguridad, son mejorables, especialmente en el medio rural. Los jóvenes relacionan los accidentes de tráfico con el contexto en el que se conduce y con la no identificación del riesgo.

Palabras clave: Jóvenes. Adolescentes. España. Promoción de salud. Hábitos.

Health behaviours in Spanish young people

Summary

The objective of this article is to analyse different behaviours and opinions about health and health determinants of Spanish young people by age, sex, and place of residence.

They have a wide understanding of their health, tending to identify health as physical activity and healthy eating behaviours. Most of them (91%) referred to have good or very good health. Depending upon the age, sex, and place of residence 10 to 20% could have mental health problems. Young people consider illegal drugs as their main health problem.

Boys have higher prevalence of overweight and obesity than girls. However, girls reported more often than boys that they perceived themselves as obese. Practice of sport activities is influenced by family and friends. The proportion of young people that practice sport declines after age of 15, both in boys and girls. Young people perceive cannabis consumption as normal, but remain ambivalent towards other illegal drugs and asked for more information about drugs. We found a high proportion of young people referring that they not would try illegal drugs. In the urban places, the smokers proportion is higher among girls than among boys, but the contrary happens in rural areas. Most of them know that smoking is harmful for health, and among those who are smokers, 20% to 40% declared that they want to stop smoking.

They consider that health care services are useless for preventing health problems. It is necessary to improve safety behaviours, such as, use of belt and safety hat, mainly in rural areas. Young people associated traffic accidents with the context of driving and their peculiar awareness of risk.

Keywords: Young People. Youth. Spain. Health Promotion. Habits,

1. Introducción

Las instituciones y organizaciones que se ocupan de la juventud, identifican la etapa entre los 12 y los 29 años como el periodo juvenil de la vida, en el que las personas vivimos una diversidad de cambios relacionados con el crecimiento y la maduración que nos llevan de ser niño o niña a ser persona adulta. En este proceso, el hombre o la mujer crecen y están sometidos tanto a las presiones y consejos, como a las contradicciones del mundo adulto, del que poco a poco van formando parte. El entorno socio-natural y el propio desarrollo psico-biológico no están exentos de influir en el proceso salud-enfermedad, ni en las maneras de vivir de los jóvenes. Y tanto el entorno como el desarrollo psico-biológico tienen una relevante influencia en lo que protege, promueve su salud o genera enfermedad.

Salud y juventud son valores positivos para la vida, pero evocan también problemas como los relacionados con los accidentes de tráfico, el SIDA y la sexualidad, el consumo de drogas o la alimentación.

Explorar la relación entre salud y juventud hoy, lleva aparejado revisar temas como la actividad física, la salud mental y la promoción de estilos de vida saludables y, por supuesto hacerlo sin eludir la visión que los propios jóvenes tienen sobre los determinantes o las alternativas que ellos mismos proponen para aprender a vivir mejor.

Este trabajo pretende describir y revisar el conocimiento disponible sobre la salud de los jóvenes españoles, poniendo especial interés en la visión de los propios jóvenes.

El abordaje de los estudios que se están llevando a cabo en nuestro país por medio de estrategias de investigación basadas en la complementariedad de enfoques metodológicos, que utilizan técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas, con el interés de aproximarse a la realidad y al discurso juvenil, nos permite conocer la realidad social que rodea al fenómeno de la salud juvenil.

Para explorar los problemas y los determinantes de su salud, es necesario revisar la información disponible en este campo desde una opción abierta a la diversidad de enfoques metodológicos e incorporando la visión de los propios jóvenes. Hacerlo sabiendo de que no existen los jóvenes españoles como una población homogénea sino múltiples y variados estilos de vida que definen un sinnúmero de perfiles y comportamientos juveniles identificados con determinadas formas de vivir y hábitos o modos de comportarse ante la salud y la enfermedad.

A lo largo de éstas líneas vamos a partir de la percepción de los jóvenes sobre la salud y verificar algunas de las características más relevantes de los hábitos de salud según las concibe este segmento amplio de población.

2. Salud, enfermedad y uso de servicios sanitarios

Los jóvenes españoles 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 una vida sana relacionada con la buena alimentación y la actividad física¹. Cuando se les pregunta por los principales problemas de la juventud de hoy, mencionan de manera redundante las drogas^{1,2}.

El 91% de los jóvenes españoles perciben su salud como buena o muy buena¹. Los jóvenes que trabajan y además estudian presentan 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. Además, tener peores notas en los estudios y haber repetido algún curso se asocian a una peor percepción de la propia salud. También conviene destacar que la relación de los jóvenes con sus padres es definida por los primeros como buena. Tener una buena relación con los padres se asocia con tener mejor salud percibida¹.

Según la Comisión Europea³, las enfermedades más prevalentes en jóvenes de 15 a 24 años son, en ambos sexos, las infecciones respiratorias de vías altas y la gripe, seguido de las fracturas y/o contusiones y del acné, en este último caso con diferencias significativas a favor de las mujeres. Ello es concordante con estudios realizados en nuestro país, tanto locales⁴, como nacionales¹, donde entre el 7 y el 15% de una muestra de jóvenes con edades comprendidas entre los 13 y los 29 años declararon tener alguna enfermedad crónica., correspondiendo más de la mitad de ellas a enfermedades alérgicas.

Algunos de los síntomas expresados por los jóvenes como más frecuentes, podrían tener componentes psicossomáticos. Se ha sugerido que la somatización en los adolescentes es una forma de expresar un problema emocional⁵. De hecho, algunos estudios longitudinales han demostrado la asociación entre la presencia de síntomas psicossomáticos y el diagnóstico de depresión unos años más tarde⁶.

Se estima que la prevalencia de trastornos mentales en los jóvenes europeos de 15 a 24 años está en torno al 20%³. Entre el 10 y el 20% de los jóvenes españoles podrían ser susceptibles de tener problemas de salud mental de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en el test GHQ* (figura 1). Las chicas urbanas de 18 años en adelante son el grupo de jóvenes en el que se

* De 3 ó más en la versión abreviada de 12 ítems del General Health Questionnaire-Goldberg, cuyo propósito es la detección de posibles casos psiquiátricos para los médicos de Atención Primaria.

obtiene mayores puntuaciones¹. En este sentido, algunos estudios realizados en nuestro país han puesto de manifiesto que hay determinados problemas de salud como los trastornos depresivos, por los que los adolescentes habitualmente no consultan⁷. La escasa detección de los problemas psicológicos de los jóvenes, ha sido señalado por la Comisión Europea como un aspecto mejorable³.

Tres de cada cuatro jóvenes afirma haber ido al médico al menos una vez en el último año. Los diagnósticos por los que los jóvenes han consultado más son: dolor de espalda, gripe y ortodoncia. En dos tercios de los casos, el médico visitado es el de Atención Primaria¹. En nuestro medio, la mayoría de los jóvenes declara no tener dificultades para ir al médico. Entre los que sí las tienen, las más expresadas son la inadecuación de horarios¹, la falta de confianza en el médico general⁸ o, el temor a que no se respete la confidencialidad⁹.

Los jóvenes españoles dicen que utilizan el médico para resolver problemas físicos puntuales y opinan que los servicios sanitarios son poco útiles para resolver problemas de tipo psicológico, también consideran poco o nada útiles los servicios sanitarios para resolver problemas relacionados con el consumo de drogas, tanto las legales como las ilegales y para prevenir problemas de salud¹. Llama la atención que la madre sigue siendo la consultora principal en temas de salud.

La mayoría de los jóvenes consultan al menos una vez al año al médico, éste se podría convertir en un agente clave para la promoción de la salud. En este sentido, existen algunas evidencias de que cuando se invita a los jóvenes a acudir a los servicios sanitarios para hablar sobre sus preocupaciones, y se les ofrece seguimiento, se observan cambios positivos sobre algunas conductas de riesgo (tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, alimentación poco saludable) y mejoras sostenidas en su salud mental¹⁰. Sin embargo, parece que los jóvenes no identifican al médico como “consultor”, y que tienen dificultades para hablar con él sobre temas como las drogas, el sexo o la alimentación¹. Por otro lado se sabe que, como ocurre con los adultos, la valoración del médico visitado es superior a la de los servicios sanitarios en general.

3. Hábitos de salud

3.1. La alimentación y la imagen corporal

Diversos estudios sugieren una pérdida progresiva de la dieta variada y equilibrada entre los jóvenes de nuestro medio¹¹. El sobrepeso y la obesidad se dan en mayor medida entre los varones y en el medio rural^{1,12}. Los jóvenes critican su propia alimentación, a menudo más rápida y barata que la comida de casa, y afirman que si fuera igual de accesible económicamente comer de forma más saludable, optarían por ello¹.

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 (figura 2). Se ha sugerido que ello está relacionado, por una parte, con el hecho de que las chicas se auto exigen estándares difíciles de alcanzar¹³, mientras que los chicos son menos exigentes con su cuerpo, y se ven a sí mismos más que “gordos”, fuertes^{1,14}. En concordancia con lo anterior, la frecuencia de realización de algún tipo de dieta es mayor en chicas que en chicos (figura 3). En cualquier caso, tanto ellas como ellos parecen ser completamente conscientes de la influencia de los medios de comunicación en su imagen corporal¹.

3.2. Las conductas relacionadas con la sexualidad

Uno de cada tres jóvenes de 18 a 29 años que ha tenido relaciones sexuales con penetración declara que en sus últimas tres relaciones sexuales no ha usado el preservativo en ninguna ocasión¹. Los factores relacionados con el tipo de pareja (esporádica versus estable) parece que influyen en la decisión de usar el preservativo por parte de los jóvenes¹⁵.

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. Los jóvenes identifican la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad como una tarea aún pendiente, por lo que sugieren que la educación sexual deberían recibirla ambos. Así, demandan una educación sexual integral y participativa, que no sólo incluya el SIDA, sino también temas como la relación entre sexualidad y afectividad, las habilidades para comunicarse con la pareja y otros¹.

3.3. Tabaco

Según el Plan Nacional sobre Drogas (PND)^{16,17} el consumo de tabaco en escolares (14-18 años) se ha incrementado entre los años 1996 y 2000, pasando del 29,2 % al 30,5% los que declararon haber consumido tabaco en el último mes. Respecto a la edad de inicio al consumo de tabaco, esta se ve altamente influida por la metodología utilizada y por el grupo de edad de la población a la que se pregunta, oscilando entre los 12 y 13 años, los varones rurales serían los más precoces. Además, desde 1994 el consumo de tabaco es superior en las chicas respecto a los chicos¹⁸, lo cual ha sido confirmado recientemente en un estudio realizado a nivel nacional¹, en el que una de cada tres chicas, frente a uno de cada cuatro chicos, menores de 18 años, declara fumar.

El porcentaje de jóvenes fumadores españoles que según este estudio declaran que querrían dejar de fumar crece con la edad; alrededor del 40% de las chicas fumadoras de 18 años en adelante ha manifestado que quiere dejar de fumar, lo que hace pensar que sería necesario

tomar medidas para que no fumar sea lo más fácil, así como para ayudar a los que fuman y quieren dejarlo.

Por otra parte, es un dato a considerar que los chicos y chicas no reconocen que los servicios sanitarios sean útiles para tratar el tabaquismo ni para su prevención. De hecho, la mayoría de los que han dejado de fumar dicen que lo hicieron sin ayuda. Entre los adultos, los tratamientos ofertados desde los servicios sanitarios combinando el consejo mínimo, el apoyo psicológico y un tratamiento farmacológico consiguen que hasta un 20% de los pacientes abandonen el tabaco^{19,20} por lo que se está sugiriendo la difusión de estos tratamientos entre los jóvenes²¹.

3.4. Alcohol

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^{16,17}. Algunos estudios locales describen una misma tendencia descendente²², pero no hay acuerdo en si la cantidad de alcohol consumida también ha descendido, como sugieren algunos autores²³, o lo contrario²⁴. Además, en la última década se ha evidenciado una frecuencia de consumo de alcohol similar en ambos sexos²⁵, aunque los chicos consumen cantidades más altas de alcohol²⁶, parece que el consumo es mayor en chicos que en chicas en los medios no urbanos¹. En este último estudio, 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 estudios²⁷, y que beber es algo propio de la juventud y transitorio, lo cual ha sido comprobado en estudios longitudinales tanto para el alcohol como para las drogas ilegales, pero no para el tabaco²⁸.

También los jóvenes consideran que el alcohol puede llegar a ser una droga si se sobrepasan ciertos límites que no parecen estar muy claros para ellos^{1,29,30}, lo que sugiere que a los jóvenes les falta información sobre los efectos del alcohol y demanda tener esa información disponible^{31,32}.

3.5. Consumo de drogas ilegales

La actitud de los jóvenes ante las drogas varía fundamentalmente según sea su edad y sexo, y también según el ámbito de residencia^{1,16,17}. Conviene destacar el alto porcentaje de jóvenes españoles que declara que no probaría las drogas¹ (tabla 1). Esto 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 (el 81% no la probaría), seguida por la cocaína (72%) y el éxtasis(72%), siendo el hachís la que obtiene una proporción menor de jóvenes que no la

probarían(57%). 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 hachís¹.

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 ilegales²⁵, 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 uso³³.

La disponibilidad de dinero se asocia con el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales³⁴⁻³⁶, así como específicamente con el consumo de cocaína en escolares^{16,17}.

Mientras que el hachís se percibe como una droga normalizada, que es consumida habitualmente por (15%) de jóvenes y lo han probado (33%), 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 ambivalente³⁷. Aunque los jóvenes españoles 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 la reducción de los daños, lo que coincide con las demandas de los jóvenes de otros países europeos³⁸.

3.6. Seguridad vial

Los hábitos seguros: utilización de casco y de cinturón de seguridad entre los jóvenes de nuestro país son mejorables, especialmente en los ámbitos rurales¹. La frecuencia de combinar alcohol y conducción es también importante; diversos estudios en España han demostrado que el alcohol está implicado en al menos la mitad de los accidentes de tráfico que se dan en la población española mayor de edad^{39,40}. En algunos perfiles de jóvenes el alcohol se bebe en la movida, las salidas a fiestas o actividades sociales en la calle. No resulta inusual desplazarse en grupo, así como mezclar alcohol con otras sustancias. Por tanto, es de destacar que los propios jóvenes concedan gran importancia a tres elementos¹: 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.

Cuando los jóvenes declaran las medidas que practican para prevenir los accidentes de tráfico durante las salidas, estas son las más descritas: i) delegar la conducción en alguien que no bebe, ii) no dejar conducir al que ha bebido más de la cuenta, iii) 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. Convendrá considerar, el estudio de estas medidas preventivas y su relación de similitud con las que toman las personas adultas.

3.7. Ocio

Salir “de marcha” para hablar con los amigos, beber y, en ocasiones, consumir otras drogas es una actividad muy extendida entre los jóvenes¹. La edad y el grado de emancipación se relacionan inversamente con salir de noche⁴¹. También hay jóvenes que salen pero no beben ni toman drogas. Para ello desarrollan 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”¹. 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.

El fenómeno de botellón o consumo nocturno de alcohol en la vía pública por parte de los jóvenes, tiene varias razones, especialmente económicas y relacionales. Se trata de una actividad autogestionada que no depende de adultos o de bares para hacerla y divertirse en grupo. El botellón también puede ser para algunos jóvenes, un paso previo por el que han de pasar para ir después a locales cerrados. Parecen ser conscientes de las molestias que ocasiona a los vecinos y sugieren la creación de espacios adaptados para ellos, donde se pueda estar sin molestar, libres de los riesgos por tener que desplazarse en vehículo¹.

3.8. Actividad física

Parece que el porcentaje de jóvenes que practican deportes ha aumentado en los últimos años^{1,42}. Por otro lado, se observa un declive en la práctica deportiva a medida que aumenta la edad⁴³. Existen 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 chicos⁴⁴. De todos modos, aunque pueda parecer que las chicas practiquen menos deporte formal que los chicos, llevan a cabo otro tipo de actividades físicas y juegos que también son beneficiosas para la salud⁴⁵.

Tanto la familia como los amigos juegan un papel importante en la práctica de deporte en los jóvenes. La familia facilita el contacto con el deporte y los amigos juegan un papel importante en el mantenimiento de la práctica de actividad física^{1,42}.

Por otro lado, los jóvenes consideran que fumar tabaco o salir de marcha no tienen por qué ser incompatibles con hacer deporte¹, aunque diversos estudios han observado una asociación

negativa entre fumar y practicar deporte^{30,46,47} o entre el consumo de alcohol y la práctica de deporte⁴⁶.

La principal razón por la que los jóvenes hacen deporte es divertirse, pero también son identificadas otras razones como la salud³⁶ o hacer ejercicio⁴². 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.

4. Conclusiones y recomendaciones

- Los jóvenes españoles tienen un concepto amplio de salud que incluye un componente físico, un componente emocional de gran importancia para ellos. La mayor parte de los jóvenes (el 91%) declara que su salud es buena o muy buena. Las enfermedades crónicas más declaradas por los jóvenes son las enfermedades alérgicas.
- Algo menos del 6% de los jóvenes con algún posible problema de salud mental declara estar en tratamiento psicológico. Esto podría estar indicando la necesidad de estudiar con atención la salud mental de los jóvenes. Se ha observado que los síntomas psicósomáticos son frecuentes sobre todo en las chicas y que los chicos y las chicas más mayores tienen más síntomas que los pequeños.
- Los jóvenes consideran los servicios sanitarios poco 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. La mayoría de los jóvenes han ido al médico en el último año. Por tanto estas vistas son la oportunidad de desarrollar acciones preventivas y de promoción de la salud.
- La dieta de los jóvenes parece mejorable, al menos en cuanto a su ingesta de fruta y verdura y desayuno, sobre todo en los chicos rurales de 18 años en adelante. Se ha detectado una prevalencia de sobrepeso declarado elevada. Los medios de comunicación presentan estereotipos de delgadez que les influyen en su vida. Los chicos presentan prevalencias de sobrepeso más elevadas que las chicas, pero éstas se perciben a sí mismas más “gordas” de lo que realmente declaran estar.
- Los jóvenes españoles opinan que reciben información sexual orientada a la prevención del VIH/SIDA en la escuela y los medios de comunicación, pero demandan una educación sexual integral y participativa. 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.
- 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.

Convendría profundizar en lo que se debe hacer para facilitar que no fumar o dejarlo, sea la opción más fácil para los jóvenes.

- 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 declaran que beben alcohol regularmente. Según la opinión de los jóvenes españoles: beber es normal, se bebe para divertirse y se trata de un fenómeno transitorio que se modera con la edad. Demandan información sobre los efectos del alcohol.
- Una alta proporción de jóvenes declara que no probaría drogas ilegales, discriminando entre unas y otras a la hora de pensar en probarlas. Identifican 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. Demandan para ellos y para sus padres, información veraz y particularizada sobre cada tipo de droga.
- El alcohol es, según la opinión de los jóvenes españoles el factor que más influye en los accidentes de tráfico debido al contexto (fiesta, movida, marcha, botellón) en el que se bebe alcohol durante el fin de semana, el valor que adquiere la velocidad y su peculiar identificación del riesgo.
- El uso del casco y el cinturón de seguridad son mejorables sobre todo en los chicos rurales y especialmente entre los mayores de 18 años. Como los jóvenes identifican 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.
- La principal actividad a la que los jóvenes dedican sobre todo su tiempo libre durante el fin de semana es a salir con los amigos, y a otras actividades entre las que destaca 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” o “salir de marcha” es la relación entre iguales y la diversión, y por ello la consideran una actividad saludable, pero los jóvenes identifican que la actividad está relacionada con el consumo de alcohol y el de otras drogas.
- Los chicos españoles practican más deporte que las chicas, pero las chicas practican una mayor variedad de deportes, y realizan otras actividades que también pueden ser 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. Los padres, parece que juegan un papel crucial en la adquisición de hábitos deportivos, mientras que los amigos serían claves en el mantenimiento de los mismos.
- La comprensión de la compleja realidad relacionada con la salud de los jóvenes se está abordando con enfoques metodológicos basados en la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas que empiezan a aportar información en profundidad, pero hoy son necesarios estudios periódicos fiables y comparables que den una visión longitudinal, segmentada y más precisa de las diversas juventudes que viven en nuestro país.

Bibliografía

1. Hernán M, Ramos M, Fernández A. Salud y Juventud. Madrid: Consejo de la Juventud España, 2002.
2. López ML, Nájera P, López C, Secall L, Valle MO, Cueto A. Adolescentes en riesgo: una encuesta de salud entre estudiantes de COU. Gac Sanit 1992; 6: 157-63.
3. Directorate General of Health and Consumer Protection. European Commission. Report on the state of young people' Health in the European Union. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/ke01_en.pdf
4. Llinares V, Serrano A, De Frutos MJ, Álvarez C, Azpiazu M, López F, Lázaro A. Motivos de consulta en adolescentes. Aten Primaria 1994; 13: 442-5.
5. 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.
6. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. Pediatrics 1999; 103: 1203-9.
7. 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.
8. Surís 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.
9. Burack R. Young teenagers' attitudes towards general practitioners and their provision of sexual health care. Br J Gen Pract 2000; 50: 550-4.
10. Walker Z, Townsend J, Oakley L, Donovan C, Smith H, Hurst Z, Bell J, Marshall S. Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. BMJ 2002; 325 (7363): 524-9.
11. Cruz P, Santiago P. Juventud y entorno familiar. Madrid: INJUVE, 1999.
12. Serra L, Aranceta J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio EnKid. Barcelona: Masson, 2000.
13. 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.
14. 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.
15. Bimbela JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. Gac Sanit 2002; 16: 298-307.

16. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Encuesta Sobre Drogas a la Población Escolar, 1998. En: www.mir.es/pnd/doc.observat/estudios
17. 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
18. 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.
19. Russell M, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 1979; 2: 231-235.
20. Gold MS. Tabaco. Ediciones en Neurociencias, Barcelona: 1996.
21. Schubiner H, Herrold A, Hurt R. Tobacco Cessation and Youth: The feasibility of brief office interventions for adolescents. *Prev Med* 1998; 27: A47-A54.
22. Vives R, Nebot M, Ballestín M, Díez E, Villalbí JR. Changes in the alcohol consumption pattern among schoolchildren in Barcelona. *Eur J Epidem* 2000; 16: 27-32.
23. Sánchez L. El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. *Trastornos adictivos* 2002; 4 :12-9.
24. 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.
25. Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Med Clin* 1995; 104: 784-8.
26. 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.
27. Simantov E, Schoen C, Klein JD. Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 1025-33.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Castillo JM. Valoración de factores de riesgo del consumo de alcohol en adolescentes. *Aten Primaria* 1997; 20: 376-80.
32. Ministry of Health and Social Affairs. Sweden. Report 1: Youthmeeting.se. Ministry of Health and Social Affairs. WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol. Sweden. 2001.
33. 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.

34. Diez E, Barniol J, Nebot M, Juarez 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.
35. Martínez J, García J, Domingo M, Machín AJ. Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Aten Primaria* 1996; 18: 383-5.
36. Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid: 1994.
37. Parker H, Aldridge J, Measham E. *Illegal leisure. The normalization of adolescent recreational drug use*. 2ª ed. London and New York: Routledge, 1999.
38. Wibberley C, Price J. Patterns of psycho-stimulant drug use amongst "social/operational users": Implications for services. *Addiction Research* 2000; 8: 95-111.
39. Plasencia A. Bases epidemiológicas para las políticas de prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol en España. *Adicciones* 1999; 11: 229-36.
40. Del Río MC, Álvarez FJ. Alcohol use among fatality injured drivers in Spain. *Forensic Sci Int* 1999;104:117-25.
41. 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.
42. García Ferrando M. *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España*. Ministerio de Asuntos Sociales. INJUVE, Madrid: 1993.
43. Sallis JF. Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Med & Sci Sports & Exerc* 2000; 32:1598-600.
44. Telama R, Yang X. Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Med & Sci Sports & Exerc* 2000; 32: 1617-22.
45. Tercedor P. *Actividad física, condición física y salud*. Sevilla: Wanceulen. Editorial Deportiva SL, 2001.
46. 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.
47. Vara E, Montejo R, Martínez I, Orega 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.

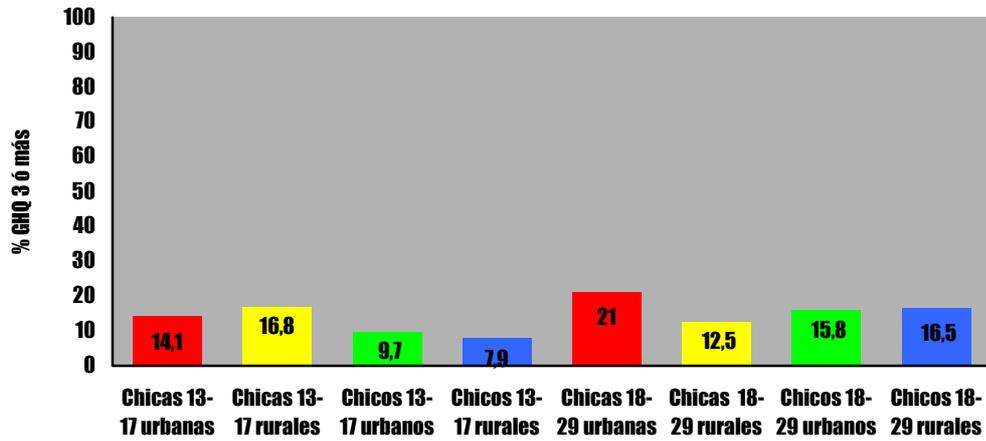
Tabla1. Jóvenes que no probarían drogas ilegales según tipo de droga, edad, sexo y ámbito de residencia. España, 2001

Tipo de droga	mujeres	Varones	mujeres	Varones	mujeres	Varones	mujeres	Varones	TOTAL
	13-17	13-17	13-17	13-17	18-29	18-29	18-29	18-29	
	urbanas	Urbanos	rurales	rurales	urbanas	urbanos	rurales	rurales	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Hachís	64,98	58,97	80,00	57,01	57,85	44,65	60,00	43,27	57,47
Cocaína	77,92	75,64	85,71	69,16	75,69	61,64	71,43	58,65	72,36
crack	76,03	75,64	80,95	65,42	78,46	82,39	76,19	63,46	76,49
Speed	69,72	71,15	81,90	59,81	71,69	69,50	65,71	55,77	69,34
Ecstasies	73,50	75,32	81,90	63,55	80,00	70,44	70,48	60,58	73,42
éxtasis líquido	72,24	68,59	80,00	57,94	75,08	70,44	68,57	60,58	70,41
Ácidos	71,29	66,67	79,05	57,01	72,92	69,50	68,57	60,58	69,17
Hongos	68,77	61,54	77,14	50,47	65,54	61,95	64,76	58,65	64,03
Ketamina	67,82	62,18	80,95	54,21	68,00	66,67	68,57	56,73	65,92
Heroína	84,23	81,73	82,86	71,03	84,62	83,02	80,95	64,42	81,28
Torakina*	66,88	61,22	76,19	54,21	64,00	66,35	66,67	55,77	64,26
Tranquilizantes	63,41	66,35	71,43	61,68	62,15	69,50	59,05	50,96	64,21
otra droga	23,03	25,96	25,71	18,69	18,77	18,55	17,14	16,35	21,03

*Droga ficticia

Fuente: Hernán M, Fernández A, Ramos M. Salud y Juventud. Consejo de la Juventud de España. Madrid 2002.

Figura 1. Porcentaje de jóvenes con puntuaciones iguales o superiores a 3 en el GHQ. España, 2001.



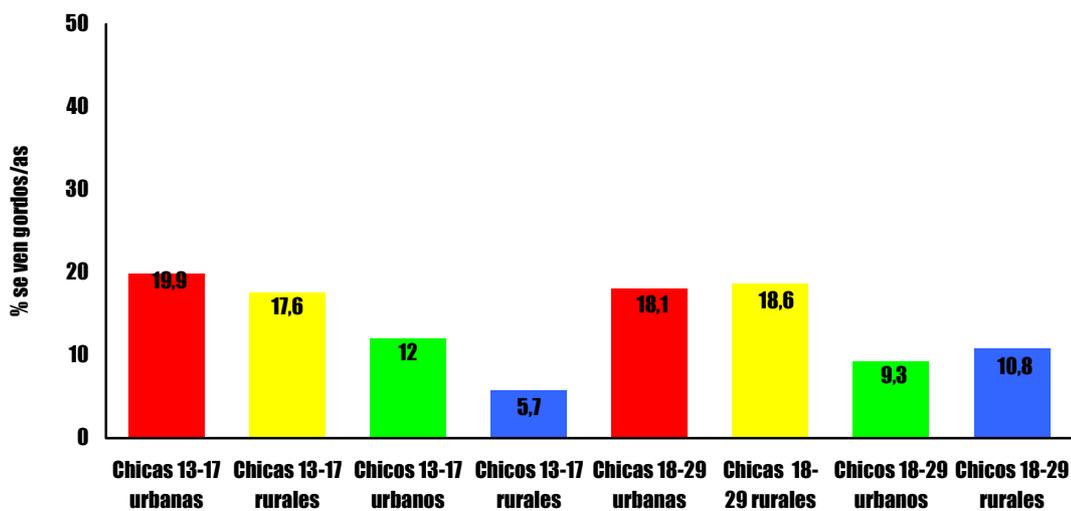
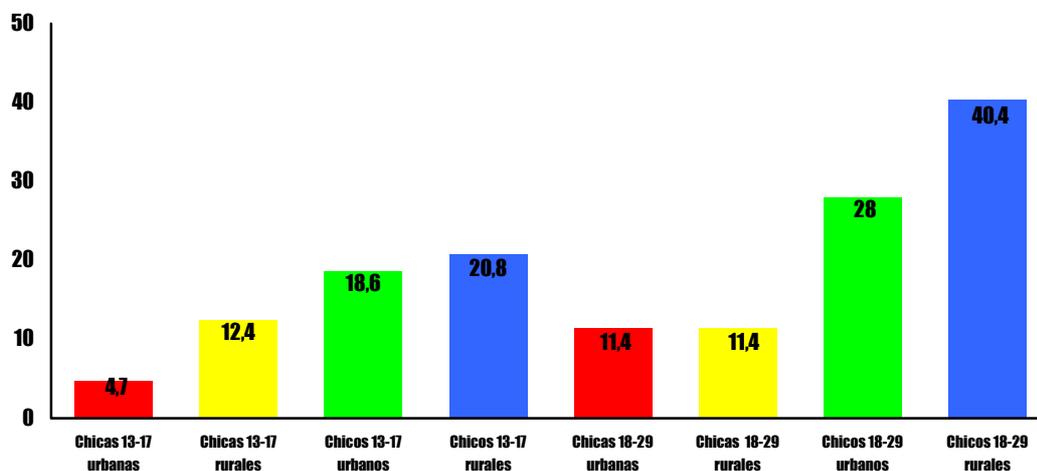
GHQ: General Health Questionnaire. Puntuación mayor o igual a 3 implica riesgo de mala salud mental.

Fuente: Hernán M, Fernández A, Ramos M. Salud y Juventud. Consejo de la Juventud de España.

Madrid 2002

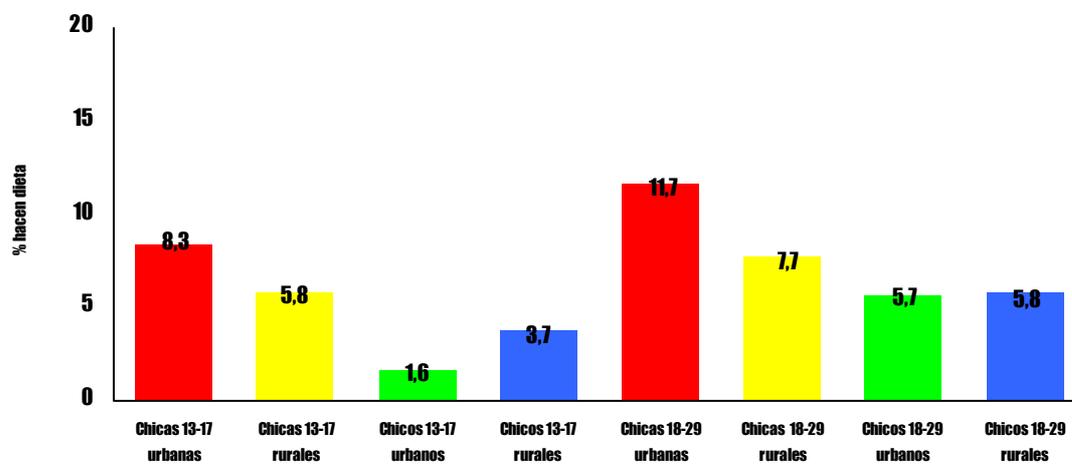
Figura 2. Prevalencia de sobrepeso y jóvenes que se ven a sí mismos “gordos” y “gordas”. España, 2001.

% de sobrepeso



Fuente: Hernán M, Fernández A, Ramos M. Salud y Juventud. Consejo de la Juventud de España. Madrid 2002

Figura 3. Porcentaje de jóvenes que hacen algún tipo de dieta según edad, sexo y ámbito de residencia. España, 2001.



Fuente: Hernán M, Fernández A, Ramos M. Salud y Juventud. Consejo de la Juventud de España. Madrid 2002