

La salud de los jóvenes

Mariano Hernán^{a,b} / Alberto Fernández^b / María Ramos^c

^aObservatorio de la Infancia en Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. Granada. España.

^bEscuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Granada. España.

^cUnitat d'Investigació. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. IB-Salut. Mallorca. España.

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

(Health among teenagers and young adults)

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar los tipos de comportamiento y las opiniones según los jóvenes españoles sobre la salud y sus determinantes, 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 la actividad física. La mayoría de ellos (91%) perciben su salud como buena o muy buena. El problema de salud que los jóvenes identifican en primer lugar son las drogas. Según la edad, el sexo y el lugar de residencia, entre el 10 y el 20% podría 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 lo contrario. La práctica deportiva decae a partir de los 15 años, tanto en chicas como en chicos. La familia y los amigos desempeñan un papel importante en la actividad física. Perciben el consumo de hachís como normal, pero mantienen una actitud ambivalente ante otras sustancias 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 que en los chicos en el medio urbano, pero en el medio rural predomina el consumo en los hombres. La mayoría sabe 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 los problemas de salud. El uso del casco y el 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 falta de identificación del riesgo.

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

Abstract

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 broad concept of their health, tending to identify health as physical activity and healthy eating behaviours. Most of them (91%) declared enjoying 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 sporting activities is influenced by family and friends. The proportion of young people that practice sport declines after the 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 declaring that they not would try illegal drugs. In the urban settings, smoking is more common 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 behaviours involving safety, such as use of seat belts and helmets, mainly in rural areas. Young people associated traffic accidents with driving conditions rather than with identification of risk.

Key words: Young people. Youth. Spain. Health promotion. Habits.

Introducción

Las instituciones y organizaciones que se ocupan de la juventud identifican la etapa entre los 12 y los 29 años como el período 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 la etapa infantil a la edad adulta. En este proceso, las personas crecen y están sometidas tanto a las presiones y consejos como a las contradicciones del mundo adulto, del que poco a poco van formando parte. El entorno social natural y el propio desarrollo psicobiológico no están exentos de influir en el proceso salud-enfermedad y en las maneras de vivir de los jóvenes, y tanto el entorno como el desarrollo psicobiológico tienen una influencia relevante en lo que protege y promueve su salud o genera enfermedad.

La salud y la juventud son valores positivos para la vida, pero evocan también ciertos 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 conlleva revisar ciertos temas, como la actividad física, la salud mental y la promoción de estilos de vida saludables y, por supuesto, 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 implicados.

El abordaje de los estudios que se están llevando a cabo en nuestro país mediante 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 incorporar la visión de los propios jóvenes, a sabiendas de que los jóvenes españoles no conforman una población homogénea, sino múltiples y variados estilos de vida que definen un sinfín de perfiles y comportamientos juveniles, identificados con determinadas formas de vida y hábitos o modos de comportarse ante la salud y la enfermedad.

A lo largo de estas líneas vamos a partir de la percepción de los jóvenes sobre la salud y verificar algunas de las características más relevantes de los hábi-

tos de salud según las concibe este amplio segmento de población.

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 perciben una salud mejor que el resto. Por el contrario, la salud percibida de los jóvenes que ni estudian ni trabajan es peor que la del resto. Además, tener peores notas en los estudios y haber repetido algún curso se asocian con 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 la percepción de una salud mejor¹.

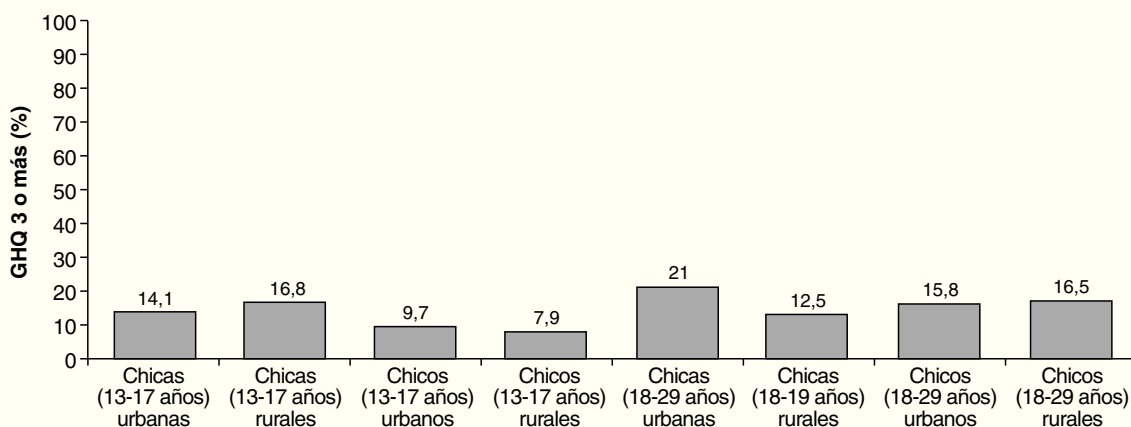
Según la Comisión Europea³, las enfermedades más prevalentes en los jóvenes de 15 a 24 años son, en ambos sexos, las infecciones respiratorias de las vías altas y la gripe, seguidas de las fracturas y/o contusiones y el acné, en este último caso con diferencias significativas a favor de las mujeres. Ello concuerda con los 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 13 y 29 años declararon tener alguna enfermedad crónica, y más de la mitad corresponde a enfermedades alérgicas.

Algunos de los síntomas más frecuentes expresados por los jóvenes podrían tener componentes psicósomáticos. 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 psicósomáticos 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 presentar problemas de salud mental según las puntuaciones obtenidas en el test GHQ*

*De 3 o 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.

Figura 1. Porcentaje de jóvenes con puntuaciones iguales o superiores a 3 en el GHQ según la edad, el sexo y el ámbito de residencia (España, 2001).



GHQ: General Health Questionnaire. Una puntuación mayor o igual a 3 implica un riesgo de mala salud mental.
Fuente: Hernán et al¹.

(fig. 1). Las chicas urbanas de 18 años o más son el grupo de jóvenes en el que se obtienen 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 señalada por la Comisión Europea como un aspecto mejorable³.

Tres de cada 4 jóvenes afirman 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 su confidencialidad⁹.

Los jóvenes españoles dicen que acuden al 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 médico al menos una vez al año. 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 sani-

tarios para hablar sobre sus preocupaciones y se les ofrece un 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 tienen dificultades para hablar con él sobre temas como las drogas, el sexo o la alimentación¹. Por otro lado, se sabe que, como ocurre en los adultos, la valoración del médico consultado es superior a la de los servicios sanitarios en general.

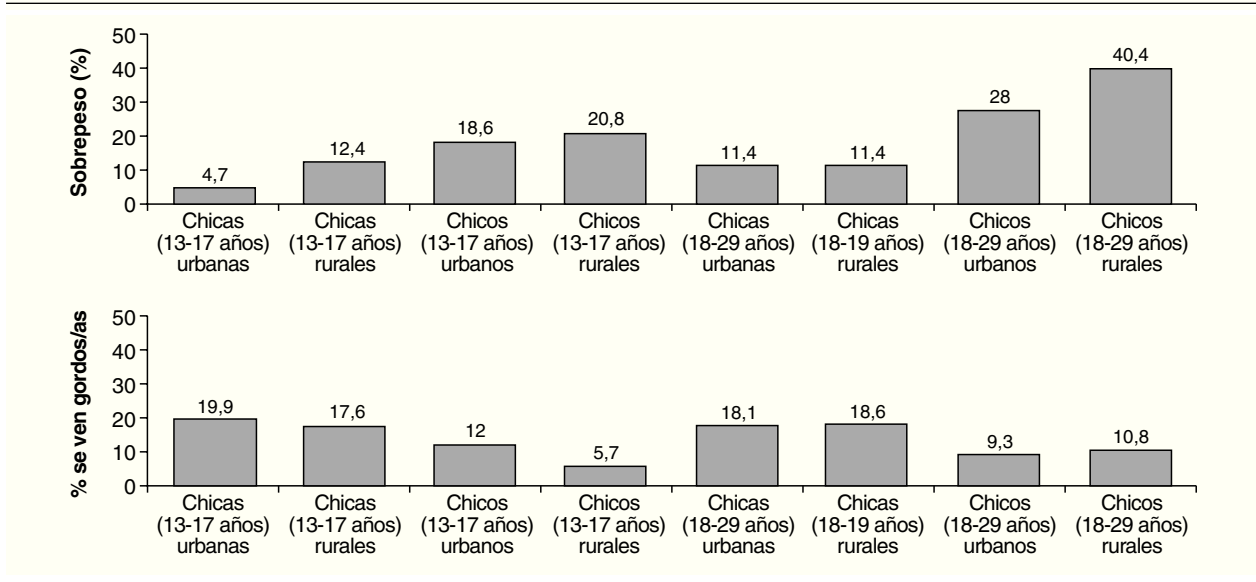
Hábitos de salud

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 hombres 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.

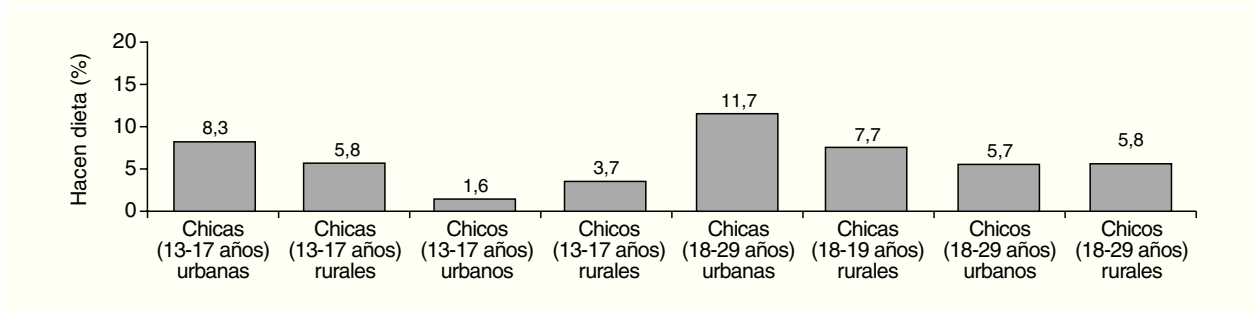
Llama la atención que las chicas se perciben a sí mismas más «gordas» de lo que realmente están, mientras que a los chicos les sucede lo contrario (fig. 2). Se ha sugerido que ello está relacionado, por una parte, con el hecho de que las chicas se exigen estándares difíciles de alcanzar¹³, mientras que los chicos son menos exigentes con su cuerpo, y se ven a

Figura 2. Prevalencia de sobrepeso y jóvenes que se ven a sí mismos «gordos» y «gordas» según la edad, el sexo y el ámbito de residencia (España, 2001).



Fuente: Hernán et al¹.

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



Fuente: Hernán et al¹.

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 las chicas que en los chicos (fig. 3). En cualquier caso, tanto ellas como ellos parecen ser completamente conscientes de la influencia de los medios de comunicación en su imagen corporal¹.

Las conductas relacionadas con la sexualidad

Uno de cada 3 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 re-

lacionados con el tipo de pareja (esporádica frente a estable) parece que influyen a los jóvenes en la decisión de usar el preservativo¹⁵.

Cuando los jóvenes tienen un problema relacionado con la sexualidad acuden en primer lugar a sus amigos, 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 ciertos temas, como la relación entre sexualidad y afectividad, las habilidades para comunicarse con la pareja y otros¹.

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, ésta se ve altamente influida por la metodología utilizada y por el grupo de edad de la población a la que se pregunta, que oscila entre los 12 y 13 años. Los hombres 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 escala nacional¹, en el que una de cada 3 chicas, frente a uno de cada 4 chicos, menores de 18 años, declara fumar.

El porcentaje de jóvenes fumadores españoles que según este estudio declaran que querrían dejar de fumar aumenta con la edad; alrededor del 40% de las chicas fumadoras de 18 años o más 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 jóvenes que han dejado de fumar dicen que lo hicieron sin ayuda. Entre los adultos, los tratamientos ofertados por los servicios sanitarios, que combinan el consejo mínimo, el apoyo psicológico y un tratamiento farmacológico, consiguen que hasta un 20% de los pacientes abandonen el ta-

baco^{19,20}, por lo que se está sugiriendo la difusión de estos tratamientos entre los jóvenes²¹.

Alcohol

Entre el 25 y el 30% de los jóvenes de 13-17 años y entre el 35 y el 60% de los de 18-29 años declaran que beben alcohol regularmente.

Los estudios del PND en escolares muestran un descenso del porcentaje de jóvenes que declaran haber bebido alcohol en el último mes, desde el 78,5% en 1994 al 58% en 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 elevadas de alcohol²⁶. Parece que el consumo es mayor en los chicos que en las 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 el 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 una demanda de información disponible sobre los efectos del alcohol^{31,32}.

Tabla 1. Jóvenes que no probarían drogas ilegales según el tipo de droga, la edad, el sexo y el ámbito de residencia (España, 2001)

Tipo de droga	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Total (%)
	13-17 años Urbanas (%)	13-17 años Urbanos (%)	13-17 años Rurales (%)	13-17 años Rurales (%)	18-29 años Urbanas (%)	18-29 años Urbanos (%)	18-29 años Rurales (%)	18-29 años 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
Éxtasis	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 ^a	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

^aDroga ficticia. Fuente: Hernán et al¹.

Consumo de drogas ilegales

La actitud de los jóvenes ante las drogas varía fundamentalmente según la edad, el sexo y 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%), mientras el hachís es 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 consume habitualmente el 15% de los jóvenes y ha probado el 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 una información fiable y creíble sobre todas las drogas y una educación sobre la prevención y la reducción de los daños, lo que coincide con las demandas de los jóvenes de otros países europeos³⁸.

Seguridad vial

Los hábitos seguros (utilización del casco y del cinturón de seguridad) entre los jóvenes de nuestro país son mejorables, especialmente en los ámbitos rurales¹. La frecuencia de combinar el alcohol y la conducción es también notable; 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, cabe 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, éstas son las más descritas: a) delegar la conducción en alguien que no bebe; b) no dejar conducir al que ha bebido más de la cuenta; c) no utilizar el coche hasta descansar y retrasar la vuelta a casa, y d) otras, que podrían considerarse como estrategias de promoción de la salud autogestionadas. Conviene considerar el estudio de estas medidas preventivas y su relación de similitud con las que toman las personas adultas.

Ocio

La principal actividad a la que los jóvenes dedican su tiempo libre, sobre todo durante el fin de semana, es salir con los amigos y 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.

Salir «de marcha» para hablar con los amigos, beber y, en ocasiones, consumir otras drogas son 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, proporcionar información útil para el diseño de estrategias de promoción.

El fenómeno del «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 los adultos o de los 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.

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 puede parecer que las chicas practican menos deporte formal que los chicos, llevan a cabo otro tipo de actividades físicas y juegos que también son beneficiosos para la salud⁴⁵.

Tanto la familia como los amigos desempeñan un papel importante en la práctica de deporte en los jóvenes. La familia facilita el contacto con el deporte y los amigos ejercen 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 el consumo de tabaco^{30,46,47} o alcohol⁴⁶ y la práctica de deporte.

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 sugerir 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.

Conclusiones y recomendaciones

– Los jóvenes españoles tienen un concepto amplio de la salud que incluye un componente físico y un componente emocional de gran importancia para ellos. La mayor parte de los jóvenes (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, lo que podría indicar la necesidad de estudiar con atención la salud mental de estas per-

sonas. Se ha observado que los síntomas psicosomáticos son frecuentes, sobre todo en las chicas, y que los chicos y las chicas mayores tienen más síntomas que los de menor edad.

– Los jóvenes consideran los servicios sanitarios poco útiles para prevenir o tratar los problemas relacionados con la esfera psicológica, con las drogas legales o ilegales y con la prevención de los problemas de salud, y declaran que utilizan los servicios sanitarios para solucionar los problemas de salud física no resueltos por otras vías. La mayoría de los jóvenes han acudido al médico en el último año. Por tanto, estas visitas son la oportunidad de desarrollar acciones preventivas y de promoción de la salud.

– Se ha detectado una prevalencia de sobrepeso declarado elevada. Los medios de comunicación presentan estereotipos de delgadez que 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 están.

– 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 13-17 años y entre el 50 y el 60% de los de 18-29 años fuman. El consumo de tabaco es superior en las chicas que en los chicos en el medio urbano, pero en el medio rural predomina el consumo de tabaco en los hombres. Conviendría profundizar en lo que se debe hacer para facilitar que no fumar, o dejar el hábito, sea la opción más fácil para los jóvenes.

– 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 las drogas ilegales y discrimina 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.

– El fundamento de «la movida» o «salir de marcha» es la relación entre iguales y la diversión, y por ello lo consideran una actividad saludable, pero los jóvenes identifican que la actividad está relacionada con el consumo de alcohol y otras drogas.

– Los chicos españoles practican más deporte que las chicas, pero éstas practican una mayor variedad de deportes y realizan otras actividades que también pue-

den ser beneficiosas para su salud. A los 15 años se empieza a producir el abandono del deporte tanto en los chicos como en las chicas. Los padres parecen desempeñar un papel crucial en la adopción de hábitos deportivos, mientras que los amigos serían la clave en su mantenimiento.

– 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 los jóvenes de 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, et al. 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, et al. Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325:524-9.
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. Encuesta Sobre Drogas a la Población Escolar. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior, 1998. Disponible en: www.mir.es/pnd/doc.observat/estudios
17. Encuesta Sobre Drogas a Población Escolar. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior, 2000. Disponible 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. *Br Med J* 1979;2:231-5.
20. Gold MS. Tabaco. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996.
21. Schubiner H, Herrold A, Hurt R. Tobacco cessation and youth: the feasibility of brief office interventions for adolescents. *Prev Med* 1998;27:47A-54A.
22. 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.
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 (Barc)* 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: Youth-meeting.se. Ministry of Health and Social Affairs. Sweden: WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol, 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. 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.
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). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994.
37. Parker H, Aldridge J, Measham E. *Illegal leisure. The normalization of adolescent recreational drug use*. 2nd ed. London, New York: Routledge, 1999.
38. Wibberley C, Price J. Patterns of psycho-stimulant drug use amongst «social/operational users»: implications for services. *Addiction Res* 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*. Jornada sobre los jóvenes y la noche. Madrid, 3 de febrero de 1999. Madrid: Consejería de Educación y Cultura. Comunidad de Madrid, 1999.
42. García Ferrando M. *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid: INJUVE, 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, S.L., 2001.
46. Raitakari O, Leino M, Rääkkönen K, Porkka K, Taimela S, Räsänen L, et al. Clustering of risk habits in young adults. *Am J Epidemiol* 1995;142:36-44.
47. Vara E, Montejo R, Martínez I, Orensa 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.