

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 psicossomáticos ha sido explorada mediante una escala (pregunta 9) utilizada previamente en una población estudianta 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.

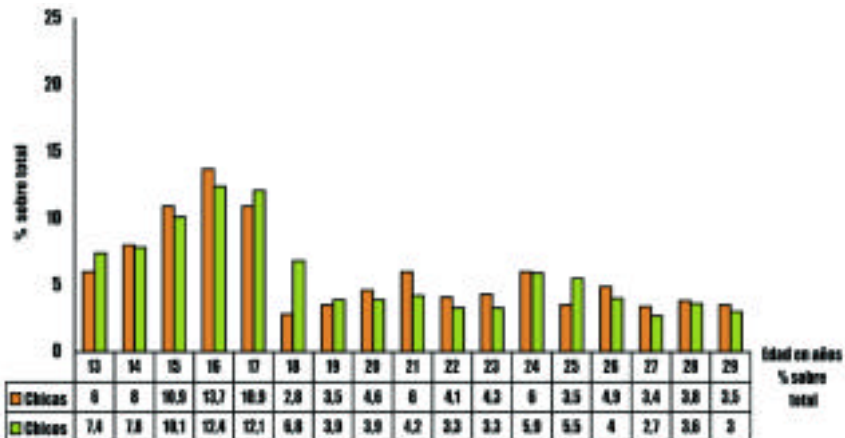
La primera estrategia de triangulación de los resultados consistió en el análisis por separado de la información por parte de dos miembros del equipo de investigación, que posteriormente contrastaron y consensuaron los resultados obtenidos por medio de un análisis cruzado. Otra estrategia de triangulación 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

