

DISCUSION

Salud percibida y salud mental

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

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

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

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

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

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

114

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

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

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

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

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

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

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

116

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

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

Utilización de servicios sanitarios

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

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

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

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

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

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

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

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

Alimentación

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

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

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

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

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

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

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

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

Sexualidad

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

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

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

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

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

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

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

122

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

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

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

Consumo de drogas legales

Tabaco

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

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

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

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

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

124

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

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

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

Alcohol

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

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

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

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

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

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

126

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

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

Consumo de drogas ilegales

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

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

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

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

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

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

128

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

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

Seguridad vial

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

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

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

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

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

Ocio

130

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

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

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

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

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

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

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

Actividad física

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

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

132

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

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

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

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

Intervenciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sobre la metodología utilizada

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

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

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

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

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

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

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