

SALUD Y ESTILOS DE VIDA DE JÓVENES Y ADOLESCENTES

Juan Carlos Ballesteros Guerra

Eusebio Megías Valenzuela

Centro
Reina Sofía
sobre adolescencia
y juventud

| fad

 Santander

Telefonica

© FAD, 2019

Edita:

Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)
Avda. de Burgos, 1 y 3
28036 Madrid
Teléfono: 91 383 83 48
fad@fad.es

Coordinación del estudio:

Anna Sanmartín Ortí (Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud)

Autoría

Juan Carlos Ballesteros Guerra
Eusebio Megías Valenzuela

Maquetación:

Ediciones Digitales 64

ISBN:

978-84-17027-22-3

Introducción, objetivos y metodología	6
Introducción	6
Objetivos	8
Metodología y muestra	8
1. Percepciones acerca de la salud y el bienestar físico y psicológico	12
1.1. Sobre la salud y el uso de recursos sanitarios	12
1.2. Sobre la salud mental	26
1.3. Sobre el suicidio	38
2. Estado físico, estilos de vida y autoimagen	43
2.1. Sobre la forma física	43
2.2. Sobre la imagen propia	50
2.3. Sobre los estilos de vida	55
3. Pautas y hábitos de alimentación	58
3.1. Sobre las pautas de alimentación	58
3.2. Sobre las dietas	63
3.3. Sobre los regímenes alternativos	69
4. Consumos de sustancias	73
5. Discapacidades y accidentes	93
5.1. Sobre discapacidades	93
5.2. Sobre accidentes	97
6. Percepciones y actitudes ante los riesgos	99
6.1. Sobre percepciones y actitudes	99
6.2. Un ensayo de análisis factorial sobre la vivencia del riesgo	110

7. Relaciones sexuales y reproducción	116
8. Acoso	129
9. Una mirada global	139
Bibliografía	160
Anexo	162
Cuestionario	163

INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

En la construcción metodológica del ProyectoScopio, del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, cuyo objetivo es tratar de cuantificar el grado de autonomía y desarrollo que va alcanzando la población juvenil española entre 15 y 29 años, se decidió adoptar para el análisis el enfoque de capacidades que había propuesto Martha Nussbaum. En esencia se trata de situar el desarrollo de esas personas en función del nivel de adquisición de una serie de capacidades para su definitiva integración social. Lógicamente esas capacidades deben abarcar todo el espectro de realidades que componen el proceso de inclusión, en definitiva todas las dimensiones del desarrollo personal.

Martha Nussbaum conceptualizó diez de estas capacidades y el ProyectoScopio, en la necesidad de adaptar el instrumento a la población juvenil que era objeto de su interés, redujo el número hasta cinco, agrupando alguna de las dimensiones. En este proceso de concentración, en su ítem de "capacidades corporales", el Scopio aglutina las capacidades de "vida", "salud" e "integridad física" de Nussbaum. Se trata de un conjunto de elementos y circunstancias básicas para el desarrollo de las personas, que incluye desde los aspectos demográficos hasta los elementos relativos a los ítems elementales del ciclo vital, natalidad y muerte, las circunstancias de salud y estilos de vida, los riesgos y amenazas vitales, la victimización o los factores de exclusión.

Para la categorización y análisis de estas dimensiones la metodología prevé la utilización de las más variadas fuentes, siempre que éstas reúnan unas condiciones básicas de fiabilidad y calidad metodológicas. Y es obvio que no para todos los aspectos existen esas fuentes, y menos aún con la periodicidad precisa y con la calidad exigida. De ahí que el proyecto contemplara la necesidad de poner en marcha unos recursos analíticos que pudieran, con garantía y seguridad, proporcionar información sobre aquellos aspectos que, siendo insoslayables, resultaran insatisfactoriamente tratados en las fuentes ajenas: los barómetros;

se trata de unos sondeos periódicos, enfocados a capacidades concretas, dirigidos a un amplio panel *online* de mujeres y hombres jóvenes y adolescentes.

Uno de ellos, el *Barómetro Juvenil de Vida y Salud*, es el que aquí presentamos en su primer corte. Incluye preguntas relativas a todos esos aspectos de la capacidad que antes se señalaban y, ésta es nuestra convicción, completa de forma clara la información sobre indicadores estadísticos y de fuentes externas de que se dispone en España; señaladamente proporciona una información cualitativa que enriquece enormemente la visión sobre estos aspectos tan básicos para el desarrollo de las personas, más en la etapa adolescente y juvenil. Ni que decir tiene que la reiteración periódica de los sondeos permitirá trazar tendencias y conocer el curso evolutivo de los distintos elementos, consiguiendo con ello no sólo una visión enriquecida sino, también y más que nada, un instrumento para plantear, calibrar y medir estrategias de intervención y de acción.

Acaso, para mejor dimensionar esta información cualitativa de la que hablamos, convenga encuadrarla en unos indicadores estadísticos básicos de la población que nos interesa.

La población española objeto de nuestro interés ronda los siete millones de personas, de los que algo menos del 51% son mujeres y poco más del 49% hombres. Es una población que desde hace años ha ido disminuyendo progresivamente, tanto en términos absolutos como relativos, y que en estos momentos representa el 15% del total poblacional.

En relación con la esperanza de vida, aspecto básico de la dimensión que se analiza, la población española se encuentra en cabeza de la Unión Europea, casi vale decir del mundo, con una esperanza que supera los 83 años y que ha crecido de forma prácticamente ininterrumpida desde hace tiempo. Lógicamente, las personas jóvenes siguen esa tendencia. Por ejemplo, a los 15 años, los y las jóvenes en España tienen una esperanza de vida de casi 69 años, dos años más que la media europea, la misma ventaja que siguen presentando a los 25 años (59 años frente a menos de 57 de la media europea). En la comparación entre hombres y mujeres de esas edades, ellas tienen casi seis años más de expectativa de vida que sus compañeros varones.

Se comprueba por tanto que, en una dimensión tan básica como la expectativa vital de los y las jóvenes, las cifras para España muestran una situación muy favorable que parecería apuntar a altas cotas de bienestar y seguridad en todos los aspectos que condicionan esa expectativa: la alimentación, los estilos de vida, los riesgos, la salubridad, la incidencia de patologías, etc. En todo caso, en lo que sí hay una coincidencia clara, como no podía ser de otra forma, es en el correlato

negativo de la esperanza de vida, en las cifras de mortalidad. La tasa bruta de mortalidad entre quienes tienen de 15 a 29 años en España no llega al 0,25 por 1.000, la más baja de Europa, hasta cuatro veces menor que la que se puede encontrar en algunos países de la Unión. Se coincide con el resto de jóvenes europeos y europeas en que las principales causas de muerte son debidas a circunstancias externas (accidentes, suicidios...), pero también se comprueba que en estos casos la mortalidad entre nosotros está muy por debajo de la de nuestro entorno. Por citar algún ejemplo, en una realidad que la percepción social liga absolutamente con la juventud, los accidentes de tráfico, las muertes en España (cinco varones por cada mujer) presentan una de las tasas más bajas de Europa, y en relación con los suicidios esas tasas, menos de 4,5 por 100.000 personas jóvenes, están tres puntos por debajo de la media europea.

Otra cosa es si esta clara ventaja, de la que desde el punto de vista cuantitativo disfrutaban mujeres y hombres jóvenes (más aún las primeras), va también acompañada de ventajas cualitativas; si quienes tienen esos años viven más y también viven mejor o hay discrepancias entre la cantidad y la calidad de vida. Responder, aunque sea parcialmente, esa pregunta es el objeto de este informe.

OBJETIVOS

El objetivo general es el análisis de distintos indicadores relacionados con temas de desarrollo vital de jóvenes entre 15 y 29 años. Entre otros indicadores, se ha recabado información sobre:

- Salud y bienestar físico y psicológico.
- Determinantes de salud; consumo de sustancias, alimentación, hábitos deportivos, etc.
- Discapacidades y accidentes.
- Percepciones sobre los riesgos generales. Conducción y consumo de sustancias.
- Relaciones sexuales.
- Acoso.

METODOLOGÍA Y MUESTRA

El estudio emplea una metodología de carácter cuantitativo, mediante la aplicación de un cuestionario cerrado y estructurado a una muestra representativa de jóvenes entre los 15 y los 29 años de edad, en todo el territorio

nacional. La aplicación el cuestionario (ver en Anexo) se llevó a cabo por medio de un panel (encuesta *online*), mediante el sistema de autoselección.

El tamaño final de la muestra (N) se estableció en 1.200 entrevistas. Con el tamaño de muestra final, el error para los datos globales, suponiendo MAS (Muestreo Aleatorio Simple) y $p=q=0,50$, es de $\pm 2,8\%$. Finalmente, se alcanzó un total de 1.213 entrevistas válidas.

El trabajo de campo se llevó a cabo en el mes de marzo de 2017. Posteriormente, se sometió a la base de datos resultante a las tareas de depuración y tabulación, mediante el programa de análisis SPSS/PC (v.23).

Los resultados de la muestra obtenida en los niveles de estudio hicieron necesario el reequilibrio de la muestra, mediante la ponderación del archivo de datos por la variable "estudios terminados", con lo que se obtiene un correcto ajuste de la muestra final a las características del universo. El fichero de datos, una vez realizadas las operaciones de ponderación, alcanza los 1.243 casos. La muestra que, finalmente, compone el estudio a efectos de análisis se describe a través de las siguientes variables sociodemográficas:

EDAD

EDAD	N	%
15-19 años	360	28,9
20-24 años	389	31,2
25-29 años	495	39,8
Total	1.243	100,0

GÉNERO

GÉNERO	N	%
Mujer	596	48,0
Hombre	647	52,0
Total	1.243	100,0

ACTIVIDAD

ACTIVIDAD (AGRUPADA)	N	%
Sólo estudia	320	25,8
Sólo trabaja	313	25,2
Estudia y trabaja	430	34,6
En paro	143	11,5
Otras situaciones de actividad	37	3,0
Total	1.243	100,0

ESTUDIOS

ESTUDIOS (AGRUPADOS)	N	%
Hasta Secundaria obligatoria (ESO, PCPI)	559	44,9
Secundaria post-obligatoria (Bachillerato, FP grado medio)	402	32,3
Universitaria (graduados, doctores, etc.)	267	21,5
Otras	16	1,3
Total	1.243	100,0

NACIONALIDAD

NACIONALIDAD	N	%
Español/a de nacimiento	1.124	90,4
Nacionalidad española adquirida	41	3,3
Otra	63	5,1
No sé/Prefiero no contestar	14	1,2
Total	1.243	100,0

CLASE SOCIAL AUTOPERCIBIDA

CLASE SOCIAL (AGRUPADA)	N	%
Alta y media-alta	389	31,3
Media	373	30,0
Baja y media-baja	399	32,1
No contesta	81	6,6
Total	1.243	100,0

TAMAÑO HÁBITAT DE RESIDENCIA

TAMAÑO HÁBITAT DE RESIDENCIA	N	%
Un pueblo o una ciudad pequeña (10.000 habitantes o menos)	324	26,0
Una ciudad de tamaño medio o medio-grande (de 10.000 a 1.000.000 habitantes)	659	53,0
Una gran ciudad (1.000.000 de habitantes o más)	260	20,9
Total	1.243	100,0

El plan de análisis y explotación siguió las siguientes operaciones estadísticas:

- Descripción y análisis univariable (medias, tablas de frecuencia) de las diferentes variables.
- Análisis bivariante: cruce de todas las preguntas por las principales variables sociodemográficas.
- Análisis bivariante: cruce de aquellas preguntas de las que se suponía que podía haber una influencia entre ellas.
- Análisis factorial de componentes principales de las baterías que lo permitieran, en especial aquéllas relativas a los riesgos.
- Perfiles de los factores resultantes (cruces de las medias factoriales con las variables de interés y con las sociodemográficas).

1. PERCEPCIONES ACERCA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOLÓGICO

No cabe duda de que el estado de salud es uno de los aspectos que determinan en gran medida el desempeño vital de la persona, especialmente entre jóvenes y adolescentes, inmersos por su biografía en un ciclo absolutamente trascendental, donde los problemas de salud pueden condicionar seriamente su futuro desarrollo e integración social, formativa y laboral.

Pero más allá del estado de salud físico, es el concepto de bienestar (o, cuando menos, la percepción de la persona sobre el mismo) el aspecto a analizar de forma más intensa, pues ofrece una perspectiva multidimensional del desempeño vital de la persona, de su capacidad de desarrollo e integración plena y satisfactoria en el cuerpo social. Consciente de la importancia del bienestar como concepto complementario pero superior al de la salud física, en los estatutos fundacionales de la OMS, la definición de salud se adentra en el terreno de lo emocional e incluso psicológico "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y además el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano."¹

El objetivo esencial de este capítulo es acercarnos a las percepciones que sobre su salud y su bienestar, físico y psicológico, tienen los y las jóvenes en España, entre 15 y 29 años.

1.1. SOBRE LA SALUD Y EL USO DE RECURSOS SANITARIOS

De forma inicial, la autopercepción de la salud es bastante positiva: casi un 87% declara que es "muy buena o buena", aunque un 10,7% declara que "regular", siendo residuales las menciones de "mala o muy mala" (1,8%).

1. OMS. Carta fundacional y estatutos.

TABLA 1.1. AUTOPERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD

ESCALA AGRUPADA. BASE TOTAL MUESTRA

AUTOPERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD	N	%
Muy buena o buena	1.078	86,7
Regular	134	10,7
Mala o muy mala	23	1,8
No contesta	9	0,7
Total	1.243	100,0

Los hombres, aquéllos pertenecientes a las clases alta y media-alta, los que declaran nacionalidad española y los que señalan niveles superiores de formación (superiores universitarios) presentan una mayor tendencia a declarar un mejor estado de salud ("muy buena o buena"). Por el contrario, las mujeres, los más jóvenes (hasta los 19 años) y aquéllos con niveles de estudios que no han superado la enseñanza básica obligatoria (hasta 4º ESO), son los que tienden a declarar un estado de salud "regular" en mayor proporción que el resto.

TABLA 1.2. RESUMEN PRINCIPALES DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN CUANTO A LA AUTOPERCEPCIÓN DE ESTADO DE SALUD

P<0.05. BASE TOTAL MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

AUTOPERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD	MUY BUENA O BUENA	REGULAR	MALA O MUY MALA
Género	Hombre	Mujer	
Edad		15-19 años	
Clase social	Alta y media-alta		
Nacionalidad	Española		
Estudios	Superiores universitarios	Hasta secundarios oblig. (14,2%)	
Consumo alcohol últimos 12 meses	2/3 días mes y 2/3 días semana	Nunca	Nunca

Como comprobaremos en muchos de los apartados de este informe, esta tendencia distintiva en la valoración de su estado entre hombres y mujeres es una constante en todos los datos sobre salud.

Más allá de lo ya señalado, es muy llamativo que entre quienes señalan un estado de salud "muy bueno o bueno" hay más de quienes declaran consumir alcohol con mayor frecuencia (2/3 días al mes o 2/3 días a la semana) que entre quienes declaran que su salud es "regular" o "mala o muy mala", que en mayor medida declaran ser abstemios, al menos en los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta. Puede que quienes se sienten sanos consuman alcohol precisamente porque, desde su óptica, pueden permitírselo, sin que ello afecte a la percepción sobre su propia salud; en todo caso parece que el consumo, suponemos que frecuente pero no abusivo de alcohol, está tan integrado que no se considera como indicador de alteración de la salud.

No podemos hacer ninguna referencia al impacto sobre la percepción de salud de la bebida abusiva, tampoco del consumo de drogas ilegales, porque los cruces no son en ningún caso significativos desde el punto de vista estadístico.

**TABLA 1.3. AUTOPERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD
COMPARADO CON UE-28 (2017)**

ESCALA AGRUPADA. DATOS EN %

AUTOPERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD	BARÓMETRO 2017 (POBLACIÓN 15-29 AÑOS)	UE-28 2017 (POBLACIÓN 16-29 AÑOS)
Muy buena o buena	86,7	91,5
Regular	10,7	7,0
Mala o muy mala	1,8	1,5

Fuentes: CRS. Barómetro 2017 y EUROSTAT. Self-perceived health 2017.

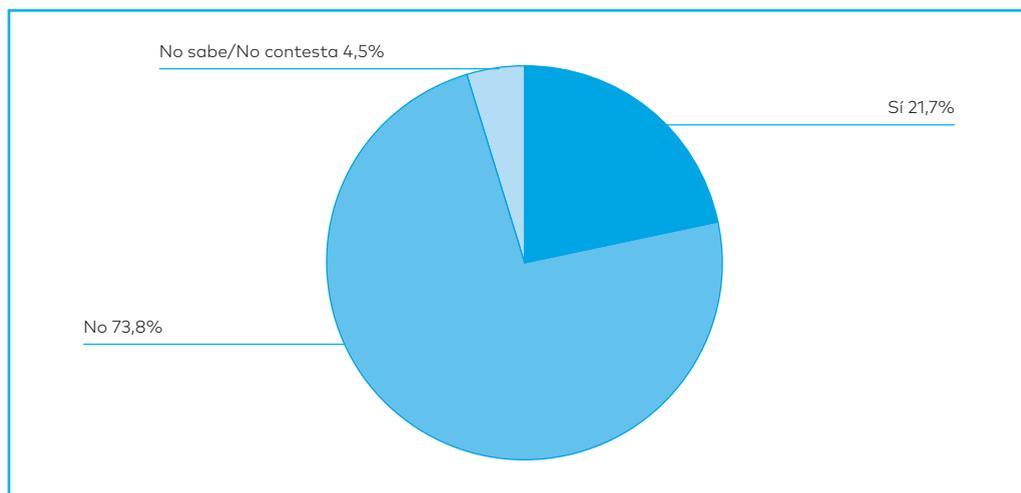
En comparación con sus pares europeos, frente al 86,7% de jóvenes españoles que declaran un estado de salud "bueno" o "muy bueno", el conjunto de jóvenes de la UE que se sitúan en la misma valoración asciende hasta el 91,5%.

Lógicamente, los y las jóvenes españoles se posicionan más que sus colegas europeos en las posiciones de "regular", donde son el 10,7% frente al 7% de la UE. No existen diferencias remarcables en la categoría de "mala o muy mala".

Complementario a la percepción del propio estado de salud es la presencia declarada de afecciones crónicas². En este sentido, la gran mayoría declara no padecer afecciones de este tipo (un 73,8%), pero un significativo 21,7% asegura padecerlas.

GRÁFICO 1.1. PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD

BASE TOTAL MUESTRA. DATOS EN %



Este 21,7% de jóvenes que declaran tener o haber padecido en su momento alguna afección crónica muestra un perfil definido en función de ciertas variables sociodemográficas.

TABLA 1.4. RESUMEN PRINCIPALES DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD

P<0.05. BASE TOTAL MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

PROBLEMAS CRÓNICOS	GÉNERO	EDAD	ACTIVIDAD	NACIONALIDAD
Sí	Mujer	Hasta 19 años	En paro	Española

Fuentes: CRS. Barómetro 2017 y EUROSTAT. Self-perceived health 2017.

2. Por problema o afección crónica se entienden aquellos problemas de salud que han durado o se espera que duren al menos seis meses.

Declaran afecciones crónicas en mayor proporción que el resto las mujeres, los más jóvenes (hasta los 19 años) y aquéllos que dicen estar en paro. Este 21,7% de jóvenes españoles que confiesan problemas crónicos es superior a la proporción media europea (UE-28), para el grupo de edad desde los 16 hasta los 29 años: el 17,3% en el año 2017.

**TABLA 1.5. PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD
COMPARADO CON UE-28 (2017)**

DATOS EN %

PROBLEMAS CRÓNICOS	BARÓMETRO 2017 (POBLACIÓN 15-29 AÑOS)	UE-28 2017 (POBLACIÓN 16-29 AÑOS)
Sí	21,7	17,3

Fuentes: CRS. Barómetro 2017 y EUROSTAT. People having a long-standing illness or health problem 2017.

Las limitaciones en la vida cotidiana debido al estado de salud son otra dimensión del bienestar a analizar, puesto que pueden interferir seriamente en el desarrollo vital; una mayoría de jóvenes, poco más del 66% (66,5% exactamente), declaran no haber tenido limitaciones en su vida por un problema o afección de salud en los últimos 12 meses.

**TABLA 1.6. LIMITACIONES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
DEBIDO A PROBLEMAS DE SALUD**

BASE TOTAL MUESTRA

LIMITACIONES ÚLTIMOS 12 MESES	N	%
Gravemente limitado/a	25	2,0
Limitado/a, pero no gravemente	329	26,5
Nada limitado/a	827	66,5
No sé/Prefiero no contestar	63	5,0
Total	1.243	100,0

Un 28,5% reconoce limitaciones. Son muchos y muchas más (26.5%) quienes aseveran que estas limitaciones no han sido de gravedad ("limitado, pero no gravemente"), que quienes declaran haberlas sufrido en un alto grado ("gravemente limitado"), solo un 2%. No existen diferencias esenciales entre los distintos perfiles de jóvenes en estas apreciaciones, salvo que, de nuevo, las mujeres declaran más limitaciones, aunque no graves, que ellos.

**TABLA 1.7. RESUMEN PRINCIPALES DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
LIMITACIONES ÚLTIMOS 12 MESES**

P<0.05. BASE TOTAL MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

LIMITACIONES ÚLTIMOS 12 MESES	GÉNERO
Limitado/a, pero no gravemente	Mujer

De forma absolutamente coherente, existe una importante relación entre estas declaraciones sobre limitaciones físicas y problemas crónicos con las valoraciones que los y las jóvenes realizan sobre su salud. La mayor parte de quienes declaran un estado de salud "bueno" o "muy bueno" no señalan limitaciones en los últimos meses (75,2%), aunque un 23,5%, pese a declarar un muy buen estado de salud, sí señalan alguna limitación, aunque no grave.

**TABLA 1.8. LIMITACIONES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN LA AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD**

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %

LIMITACIONES ÚLTIMOS 12 M.	BUENO + MUY BUENO	REGULAR	MALO + MUY MALO	TOTAL
Gravemente limitado/a	1,3	7,3	14,3	2,0
Limitado/a, pero no gravemente	23,5	57,3	66,7	26,5
Nada limitado/a	75,2	35,5	19,0	66,5

En estos casos, pese a sufrir algún tipo de restricción para las actividades cotidianas, estas dificultades no han influido negativamente en la autopercepción de salud, evidentemente por tratarse de limitaciones no gravemente incapaci-

citantes. Otra cosa son los que declaran un estado de salud "regular", que señalan mayoritariamente (57,3%) haber sufrido limitaciones, aunque no graves. En un sentido parecido, pero más agudizado, se manifiestan los que declaran un estado de salud "malo" o "muy malo". Buena parte de ellos afirman haber sufrido "limitaciones, aunque no graves" (66,7%) y un no escaso 14,3% en grado altamente limitante. En estos casos sí que tales limitaciones han impactado fuertemente sobre la propia percepción de salud.

También la presencia de trastornos crónicos influye de manera determinante en la percepción sobre el estado de salud. Reducida, aunque en ningún caso residual, proporción de señalamiento de afecciones crónicas entre quienes declaran un estado de salud "bueno" o "muy bueno" (18,4%), pese a que la mayoría afirma no haberlas padecido (81,6%). Afecciones que en estos casos los jóvenes interpretan, pese a su cronicidad, de bajo impacto en su vida cotidiana.

Pero hay una abrumadora mayoría de señalamiento de afecciones crónicas entre quienes declaran un estado de salud "regular" (51,6%) y especialmente entre quienes señalan como "malo o muy malo" su estado de salud, con nada más y nada menos que el 76,5%. Esta vez sí que tales afecciones crónicas repercuten de forma grave en la percepción sobre el bienestar.

TABLA 1.9. PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %. EXCLUIDOS NS/NC

	BUENO + MUY BUENO	REGULAR	MALO + MUY MALO	TOTAL
Sí	18,4	51,6	76,5	22,7
No	81,6	48,4	23,5	77,3

Otro indicador, esta vez algo más indirecto, del estado de salud y bienestar entre los y las jóvenes es el registro de las visitas médicas (teniendo en cuenta todas las posibilidades, tanto en medicina de familia como en la atención especializada, en ambulatorios, clínicas, y cualquier otro tipo de servicios sanitarios) que se han realizado en el último año. El 78% de los y las jóvenes ha requerido asistencia o atención médica en el último año de referencia³.

3. Se incluyen clínicas privadas, hospitales, servicios de urgencia, ambulatorios, centros de salud públicos, servicios de enfermería, etc.) y a efectos de consulta propia, no como acompañante.

TABLA 1.10. HA ACUDIDO A CONSULTAS MÉDICAS EN EL ÚLTIMO AÑO
 BASE TOTAL MUESTRA

HA ACUDIDO A CONSULTA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	N	%
Sí	972	78,1
No	272	21,9
Total	1.243	100,0

Cifra que puede parecer elevada inicialmente, pero que, comparativamente, es sensiblemente menor que la del conjunto de la población española, donde el 86,8% de los españoles de más de 15 años acudieron, al menos una vez, a algún servicio médico durante el año 2017⁴.

Entre los que han demandado servicios médicos en este último año no se destacan especialmente perfiles diferenciales, salvo entre las mujeres y los más jóvenes, en una asociación ya conocida, que acuden en mayor proporción que el resto. Y, obviamente, también han acudido más intensamente a cualquier tipo de servicio de salud aquéllos que declaran tener o haber tenido alguna limitación en el último año o algún tipo de enfermedad crónica.

Por el contrario, pese a que se buscó específicamente, no aparece ninguna correlación entre el hábitat y el acceso a los servicios sanitarios: no parece que haya ningún elemento disuasorio (lejanía, dificultad de transporte, mayor escasez de servicios...) por vivir en zonas rurales o urbanas.

TABLA 1.11. RESUMEN PRINCIPALES DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS VISITAS AL MÉDICO

P<0.05. BASE TOTAL MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

VISITA AL MÉDICO	GÉNERO	EDAD	LIMITACIONES ÚLTIMOS 12 MESES	ENFERMEDADES CRÓNICAS ÚLTIMOS 12 M.
Sí	Mujer	Hasta 19 años	Limitado, pero no gravemente	Sí

4. MSSSI/INE. Encuesta Nacional de Salud 2017.

La ingesta de medicamentos sin receta, es decir la automedicación, es otro de los aspectos íntimamente relacionados con la salud y el bienestar a valorar. Una buena proporción de jóvenes, aunque minoritaria en el conjunto de menciones, "nunca o casi nunca" ha ingerido fármacos sin receta médica (38,1%)

TABLA 1.12. FRECUENCIA INGESTA DE MEDICAMENTOS SIN RECETA
BASE TOTAL MUESTRA

FRECUENCIA	N	%
Diariamente	54	4,3
Varias veces a la semana	47	3,7
Una vez a la semana	49	3,9
Varias veces al mes	203	16,3
Varias veces al año	370	29,7
Nunca o casi nunca	474	38,1
No sé/Prefiero no contestar	47	3,8
Total	1.243	100,0

Pese a ello, las frecuencias muestran una práctica de automedicación aparentemente bastante extendida, especialmente en las frecuencias de uso ocasional; un 29,7% lo hace "varias veces al año". Las frecuencias de consumo más altas ("varias veces al mes", "una vez a la semana", "varias veces por semana" y "diariamente") representan una proporción significativa de jóvenes (las cuatro frecuencias suman el 28,2%). Especialmente preocupante el 8% de jóvenes que lo hacen diariamente o, cuando menos, varias veces por semana.

No hay mucho que decir inicialmente frente a las diferencias por los perfiles. Las mujeres presentan un patrón de consumo en frecuencias altas mayor que el de los hombres, algo que parece coherente con sus anteriores declaraciones en las que señalaban un peor estado de salud y un más precario bienestar. También consumen en mayor medida que la media los más jóvenes (hasta los 19 años) y asimismo, no es en absoluto una sorpresa, aquéllos que declaran haber estado limitados en los últimos meses, aunque no de manera grave, o padecer o haber padecido alguna afección crónica en el mismo periodo temporal.

TABLA 1.13. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE INGESTA FRECUENTE DE MEDICAMENTOS SIN RECETA.

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

	GÉNERO	EDAD	LIMITACIONES ÚLTIMOS 12 MESES	ENFERMEDADES CRÓNICAS ÚLTIMOS 12 M.
Diariamente + Varias veces por semana	Mujer	Hasta los 19 años	Limitado, pero no gravemente	Sí

Ahora bien, otros cruces de las pautas de automedicación con determinadas variables de salud son mucho más llamativos que los anteriores.

- Aproximadamente el 30% de los que declaran un estado de salud "regular" y "malo o muy malo" ingieren medicamentos "una vez a la semana o varias veces al mes", una pauta de consumo bastante más intensa que la media general del 21,1%. Todavía mayor intensidad de ingesta de fármacos para los que declaran un estado "malo o muy malo" de salud; casi un 41% de los y las jóvenes que se ubican en esta categoría ingiere medicamentos de forma cotidiana (diariamente o varias veces por semana) frente a una prevalencia general para esta frecuencia de consumo del 8,4%.
- Muy llamativo el autoconsumo también para los que declaran haber sufrido de forma constante trastornos psicológicos en los últimos 12 meses; el 21% de los que así lo afirman consume medicamentos diariamente o varias veces por semana.
- Y la misma pauta, evidentemente, para los que declaran haber sido diagnosticados de algún trastorno psicopatológico; entre los que sufren o han sufrido trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) la ingesta diaria o casi diaria de fármacos no prescritos sube hasta el 22.7%, frente a una proporción media de consumo en esta categoría del 8,4%.

Por tanto, la automedicación, un comportamiento de claro riesgo sanitario, no es infrecuente entre los y las jóvenes. Y parece estar en relación con la vivencia de problemas de salud, con síntomas de displacer y, en sus frecuencias más intensas, con trastornos psicopatológicos, incluso con los diagnosticados y teóricamente bajo control médico. Además, comparativamente con la población general española, los y las jóvenes presentan consumos más intensos y frecuentes en lo que se refiere a las pautas de automedicación.

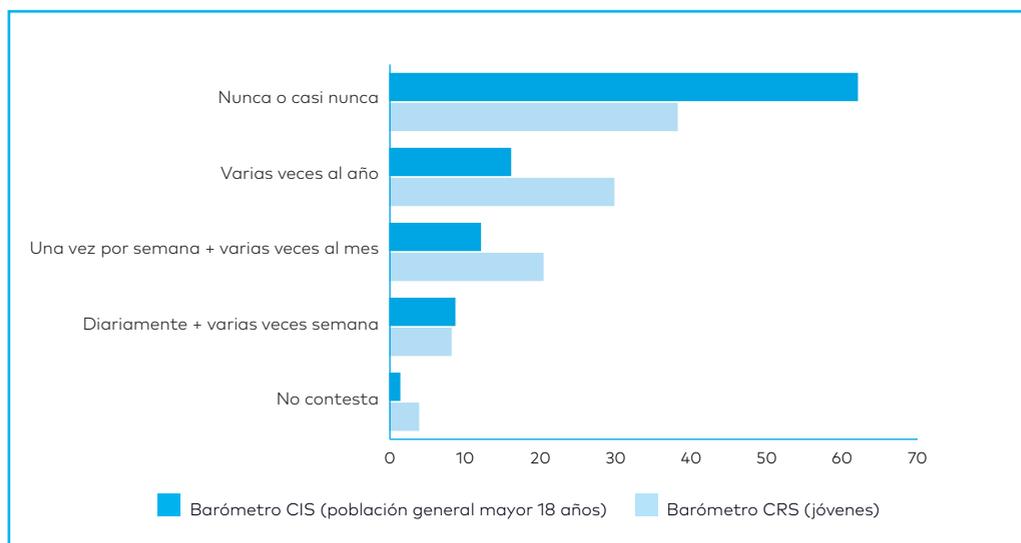
TABLA 1.14. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LA FRECUENCIA DE AUTOMEDICACIÓN, SEGÚN DISTINTAS VARIABLES DE SALUD

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

AUTO-MEDICACIÓN	ESTADO SALUD AUTOPERCIBIDO	TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ÚLTIMOS 12 M.	SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS	% PROMEDIO
Diariamente + Varias veces por semana	Mala o muy mala (40,9%)	Con frecuencia/continuamente (21,0%)	TOC (obsesivos/compulsivos) (22,7%)	8,4%
Una vez a la semana/varias veces al mes.	Regular (30,6%) + Mala o muy mala (31,8%)	De vez en cuando		21,1%
Varias veces al año/nunca o casi nunca	Buena o muy buena	Nunca o alguna vez al año		70,5%

GRÁFICO 1.2. COMPARACIÓN DE LAS FRECUENCIAS DE INGESTA DE MEDICAMENTOS SIN RECETA ENTRE JÓVENES Y POBLACIÓN GENERAL

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



Fuentes: CRS. Barómetro 2017 y CIS. Barómetro núm 3170. Año 2017.

En las frecuencias de consumo mayores (“diariamente” y “varias veces por semana”) la población española que declara automedicarse es del 8,6%, frente a un porcentaje muy similar entre los y las jóvenes de entre 15 y 29 años, que suman el 8,1%.

Ahora bien, en cuanto a los consumos algo más ocasionales, los y las jóvenes se automedican en mayor proporción que la población general: un 20,3% de los jóvenes lo hace por lo menos “una vez por semana o varias veces al mes”, por el 12% de la población general. “Algunas veces al año” se automedican el 29,7% de los y las jóvenes, por el 16% de los españoles.

En otro orden de cosas, el uso de tratamientos de medicina alternativa es otra de las dimensiones analizadas sobre el estado de salud entre los y las jóvenes. Se planteó si alguna vez habían empleado tratamientos como:

- **Medicina naturista**, que emplea los elementos de la naturaleza como aire, agua, sol, tierra, plantas (fitoterapia), así como una nutrición natural de base vegetariana, para prevenir, promocionar y reparar la salud.
- **Naturopatía**, que estimula la capacidad curativa innata del organismo y trata de facilitar sus mecanismos de equilibrio para alcanzar un buen estado de salud; promueve el principio de no hacer daño.
- **Homeopatía**, que sostiene que una sustancia que causa los síntomas de una enfermedad en personas sanas en dosis muy bajas curará lo similar en personas enfermas.
- **Acupuntura**, una práctica de la medicina tradicional china y japonesa que consiste en la introducción de agujas muy finas en determinados puntos del cuerpo humano para aliviar dolores y curar ciertas enfermedades.

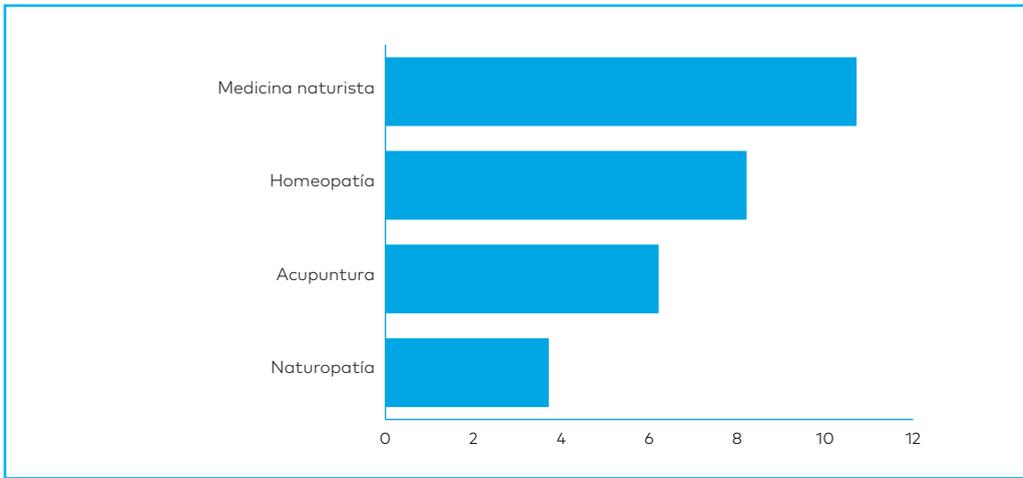
Minorías significativas aunque reducidas de jóvenes declaran emplear este tipo de tratamientos alternativos a las prácticas médicas convencionales. La de más frecuente utilización, comparativamente con el resto (10,7%), resulta ser la medicina naturista.

Poco menos la homeopatía (el 8,2%), y después la acupuntura (6,2%), y, finalmente la naturopatía, con tan sólo el 3,7% de jóvenes que declaran haberla practicado alguna vez.

Son porcentajes superiores a los correspondientes a jóvenes europeos de la misma franja de edad; por ejemplo, según la Encuesta Europea de Salud de los mismos años la homeopatía fue frecuentada por un 4,3% de jóvenes, y la acupuntura por el 3,9%.

GRÁFICO 1.3. USO DE TRATAMIENTOS DE MEDICINA ALTERNATIVA.

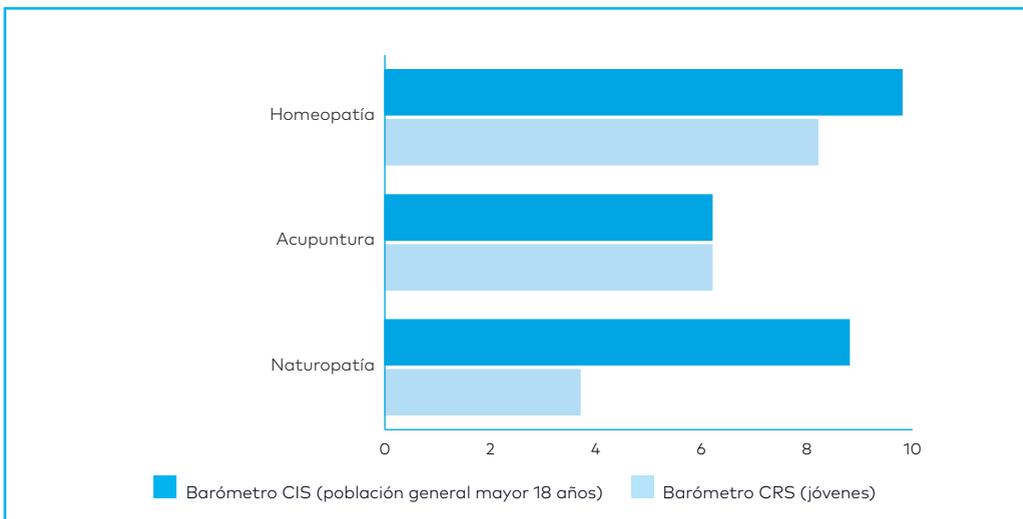
BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



Comparativamente con la población española de 18 y más años (empleando datos del barómetro del CIS 3205 de febrero de 2018), el uso de estas terapias alternativas es bastante similar, salvo en los tratamientos de naturopatía, empleados en mucha menor proporción por los y las jóvenes del estudio (3,7%) que por la población general (8,8%).

GRÁFICO 1.4. COMPARACIÓN DEL USO DE TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS ENTRE LOS JÓVENES Y LA POBLACIÓN GENERAL

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



Fuentes: CRS. Barómetro 2017 y CIS. Barómetro núm. 3205. Año 2018.

En todo caso no se pueden extrapolar sin más los resultados porque, además de una cierta diferencia en los rangos de edad, el CIS no pregunta por naturopatía, con lo que se pueden producir desviaciones, solapamientos o duplicidades en las respuestas entre ese término y el de medicina natural.

En cuanto a la acupuntura, los porcentajes de jóvenes que la han empleado alguna vez y la población general son exactamente los mismos, 6,2%. Por su lado, a la homeopatía han acudido el 8,2% de los y las jóvenes frente al 9,8% de la población general. Es obvio que, pese a que los porcentajes no son en absoluto despreciables, tales prácticas alternativas no forman parte habitual del conjunto de prácticas de salud ni de los españoles en general ni de los y las jóvenes en particular. No obstante, desde la perspectiva de las administraciones y las organizaciones sanitarias, se ha visto justificada una llamada de atención, por el riesgo que podría suponer la utilización de unas técnicas no avaladas científicamente.

Se dan algunas diferencias entre perfiles en el empleo de estas prácticas médicas no convencionales. De forma general, las mujeres parecen más vinculadas a este tipo de tratamientos que los hombres; también, especialmente, el grupo que declara haber sufrido o estar sufriendo afecciones crónicas de salud, que seguramente ve en estas prácticas un recurso alternativo para tratar dolencias no totalmente resueltas por la medicina convencional. Resulta significativo que haya una mayor frecuencia de utilización de estas prácticas en las clases sociales alta y media-alta y en los grupos con mayor nivel académico.

- La homeopatía es, ya se decía, la terapia de medicina alternativa que más se declara emplear y entre sus adeptos sobresalen perfiles muy diferenciados. Los que poseen estudios superiores, aquéllos de clase alta, los que residen en grandes urbes, aquéllos que han declarado ciertas limitaciones no graves en los últimos 12 meses y los que padecen o han padecido problemas crónicos de salud.
- Los adeptos de la acupuntura también responden a perfiles muy similares: además de mayor presencia entre las mujeres, esta terapia convoca a los que señalan su pertenencia a las clases alta y media-alta, aquéllos que manifiestan un estado de salud regular y, finalmente, los que manifiestan problemas de salud crónicos en los últimos 12 meses.
- Los adeptos a la naturopatía son también, en mayor medida, mujeres, los que se posicionan en clases altas y quienes declaran un estado de salud regular.
- La medicina naturista presenta un perfil con rasgos muy comunes a los anteriores.

TABLA 1.15. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

	HOMEOPATÍA	NATUROPATÍA	ACUPUNTURA	MEDICINA NATURISTA
Género		Mujer	Mujer	Mujer
Estudios terminados	Superiores universitarios			
Clase social	Alta y media-alta		Alta y media-alta	Alta y media-alta
Tamaño residencia	Grandes ciudades			
Autopercepción estado de salud		Regular	Regular	
Limitaciones últimos 12 meses	Limitado, pero no gravemente	Gravemente limitado		
Enfermedades crónicas últimos 12 meses	Sí	Sí	Sí	Sí

En definitiva, los jóvenes españoles parecen estar satisfechos con su estado de salud de manera general, aunque una buena proporción manifiestan limitaciones o afecciones crónicas de salud que impactan de manera más o menos clara en la percepción sobre su bienestar. Consumen medicamentos sin receta algo más intensamente que la población general, y acuden a los servicios médicos en menor proporción que el resto de la población. Hay que subrayar que las mujeres y las personas más jóvenes dentro del rango de edad considerado parecen menos satisfechas que el resto con su estado de salud, son las que más medicamentos sin receta consumen, acuden más al médico y declaran más afecciones crónicas y limitaciones para su vida cotidiana.

1.2. SOBRE LA SALUD MENTAL

En el estudio de la salud de los y las jóvenes es básico ocuparse de la salud mental. En el año 2005 la OMS lanzó su propuesta de "No health without mental health" haciendo frente a la "injustificada marginación de la salud mental en las políticas

sanitarias" (Organización Mundial de la Salud/World Health Organization, 2005). Años más tarde, en 2013, se dio un nuevo impulso a la salud mental en el marco de la salud pública con la publicación de la Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 (OMS/WHO, 2013). Según un informe de enero de 2017 del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, "disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano esencial para el ejercicio de otros derechos humanos". Concretamente, la salud mental óptima viene definida por este organismo como "un estado de bienestar en el que un individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar productivamente y hacer una contribución a su comunidad."

En 2017, el porcentaje de población española mayor de edad diagnosticada con algún tipo de trastorno psicológico ascendía al 18%, mucho más entre las mujeres (21,9%) que entre los hombres (13,9%). La prevalencia de estas enfermedades, siendo mayor entre las personas con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años, en la cohorte entre 18 y 34 años alcanzó el 19%⁵.

En nuestro estudio, en referencia al límite temporal de un año, se preguntó a los y las jóvenes si en ese plazo habían tenido o creído tener algún problema psicológico, psiquiátrico o relacionado con la salud mental, tanto si se trataba de problemas diagnosticados como si, simplemente se trataba de vivencias percibidas, sin que mediara ningún tipo de diagnóstico médico.

Una mayoría declaró no haber padecido nunca estos problemas en el último año (66,3%). En el extremo contrario, las declaraciones de quienes afirman haberlos padecido "con frecuencia" (3,1%) o "continuamente" (con el mismo valor porcentual), suman un 6,2% de jóvenes. No menos llamativo es el 22,2% de quienes los han sufrido al menos una sola vez (10,6%), o de forma más intermitente ("de vez en cuando", 11,6%). Agrupando los resultados de quienes vivieron estos problemas, independientemente de su frecuencia, el 28,4% de los y las jóvenes declara haber sufrido algún trastorno en el último año, al menos una vez. Es evidente la gran distancia entre los datos de prevalencia de trastornos psicológicos que señala el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y las cifras de prevalencia de este barómetro (casi de 10 puntos), que más que por el rango de edades se explica porque los datos del MSSSI se refieren a diagnósticos médicos declarados, mientras que aquí preguntamos por los trastornos percibidos, independientemente de si han sido o no diagnosticados.

5. MSSSI. *Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud 2017*.

Además el ámbito de las percepciones puede incluir vivencias esporádicas que, desde la perspectiva diagnóstica, no pueden ser catalogadas como trastornos psiquiátricos.

TABLA 1.16. FRECUENCIA DE PROBLEMAS MENTALES PERCIBIDOS (DIAGNOSTICADOS O NO) EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

FRECUENCIA	N	%
Nunca	824	66,3
Una sola vez	132	10,6
De vez en cuando	144	11,6
Con frecuencia	38	3,1
Continuamente	38	3,1
No sé/Prefiero no contestar	67	5,4
Total	1.243	100,0

De nuevo ellas se declaran más afectadas por este tipo de problemas, ya sea de manera más ocasional ("una sola vez o de vez en cuando") o más frecuente ("con frecuencia y continuamente"). De forma nada sorprendente y muy llamativa, aquéllos cuya autopercepción de salud se sitúa en las categorías de "regular" a "muy mala" manifiestan en mucha mayor medida que el resto padecer estos trastornos (el 40% para "una sola vez o de vez en cuando", frente una proporción general del 23,4%, y el 30% en la categoría "con frecuencia o continuamente" frente a una proporción general del 6,4% en esta categoría). También sucede lo mismo con quienes han manifestado tener limitaciones, aunque no graves, en los últimos 12 meses o con aquéllos que declaran padecer problemas crónicos de salud.

Una correlación especialmente significativa se establece en el cruce de estas vivencias y la frecuencia de automedicación. Resulta que la ingestión más frecuente, prácticamente diaria, de medicamentos sin receta se da más en las personas que también experimentan estas vivencias de malestar psicológico con más habitualidad; es un dato que lleva a pensar que una buena parte de la automedicación se compone de fármacos destinados específicamente a calmar ese tipo de malestares: tranquilizantes, analgésicos, hipnóticos, etc.

TABLA 1.17. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS PERCIBIDOS (AGRUPADA)

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

FRECUENCIA AGRUPADA	NUNCA	UNA SOLA VEZ + DE VEZ EN CUANDO	CON FRECUENCIA + CONTINUAMENTE
Género	Hombre	Mujer	Mujer
Estado autopercebido de salud	Muy buena o buena	Regular + mala o muy mala (40,0)	Regular + mala o muy mala (30,0)
Automedicación		Diariamente y varias veces por semana	Diariamente y varias veces por semana
Limitaciones últimos 12 meses	Nada limitado	Limitado, pero no gravemente	Limitado, pero no gravemente
Enfermedades crónicas últimos 12 m.	No	Sí	Sí
Proporción media (%)	70,2	23,4	6,4

Por el contrario, los hombres, aquéllos que perciben su estado de salud como "bueno" o "muy bueno" y quienes no declaran limitaciones ni haber padecido enfermedades crónicas en los últimos doce meses, se sitúan en el lado de quienes afirman no haber padecido en el último año tales problemas.

Más allá de lo descrito anteriormente, para conocer si las personas que habían confesado vivencias psicopatológicas tenían un diagnóstico profesional, los problemas se agruparon en varias categorías con el objetivo de que los y las jóvenes señalaran de cuál o cuáles habían sido diagnosticadas. Esta clasificación estuvo integrada por "depresiones", "trastornos de ansiedad, pánico o fobias", "trastornos del sueño", "trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia)", "estrés postraumático", "trastornos obsesivos-compulsivos (TOC)" y "trastornos por adicción a sustancias".

La tabla que presenta estos resultados refleja tanto el porcentaje de entrevistados que, habiendo informado de padecer algún trastorno, señalan cada diagnóstico, como el porcentaje de cada señalamiento sobre el total de menciones (es una pregunta de respuesta múltiple y un mismo entrevistado

puede señalar más de una opción). También se muestra el porcentaje de señalamientos de cada diagnóstico sobre el total de entrevistados, para poder analizar las prevalencias en la población total de jóvenes.

TABLA 1.18. TIPOLOGÍA DE PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS DIAGNOSTICADOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

BASE: QUIENES DECLARAN TRASTORNOS. RESPUESTA MÚLTIPLE. DATOS EN %

TRASTORNOS	N	% SOBRE MENCIONES	% SOBRE ENTREVISTADOS C/TRASTORNO*	% SOBRE TOTAL ENTREVISTADOS
Depresión	141	25,4%	40,1%	11,4%
Trastornos por ansiedad, pánico o fobias	139	25%	39,5%	11,2%
Trastornos del sueño	88	15,9%	25,1%	7,1%
Trastornos por alimentación (bulimia-anorexia)	36	6,4%	10,1%	2,9%
Otros (especificar)	28	5%	7,8%	2,2%
Trastornos por estrés post-traumático	23	4,1%	6,5%	1,8%
Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC)	22	3,9%	6,2%	1,8%
Trastornos por adicción a sustancias	11	1,9%	3%	0,8%
No sé/Prefiero no contestar	69	12,4%	19,6%	
Total	556	100,0%	157,9%	

* Sobre entrevistados que mencionan algún trastorno.

- Entre los entrevistados que, habiéndose quejado de trastornos tienen al menos una etiqueta diagnóstica, la depresión es la más común, con el 40,1% de entrevistados que lo señalan. Su prevalencia entre la población general de jóvenes es del 11,4%. Prácticamente igual proporción de jóvenes señalan haber sido diagnosticados de cuadros de ansiedad, pánico o fobias, el 39,5% sobre del

total de personas que mencionan y un 11,2% de prevalencia sobre la población general de jóvenes. Ambas patologías forman el cuadro básico de dolencias psiquiátricas que más parecen afectar a los y las jóvenes.

- Muy lejos de las anteriores, aunque con porcentajes significativos, se señalan las alteraciones del sueño que un 25,1% de los jóvenes declaran haber sufrido y haber sido reconocidas (sobre el total de población son el 7,1%).
- Menores proporciones para el resto de trastornos posibles: los de alimentación (anorexia-bulimia) se han diagnosticado en el 10,1% de casos (algo menos del 3% del total de la muestra). Y en torno al 6% de jóvenes han sufrido los TOC (obsesivos-compulsivos, 6,2%) o el estrés post-traumático (6,5%); en ambos casos, menos del 2% de la muestra.
- Menos significativo es el 3% de jóvenes con problemas diagnosticados que declaran trastornos debidos al consumo de sustancias, que apenas suponen el 0,8% sobre la población total.

Pueden encontrarse notables diferencias en los perfiles de jóvenes para cada uno de estos diagnósticos, especialmente para algunos trastornos como la depresión, trastornos por ansiedad o por alimentación (bulimia o anorexia).

- La depresión es mencionada de forma más marcada por mujeres, por aquellos que han alcanzado o están cursando estudios superiores y por quienes declaran un estado de salud malo o muy malo. También aquellos que han padecido limitaciones, pero no de gravedad, en el último año, y los que manifiestan tener problemas crónicos de salud.
- Encontramos un perfil con elementos parecidos en los cuadros de ansiedad, pánico o fobias. Preferentemente se dan entre mujeres, aquéllos que están en paro y los que declaran un estado de salud de "regular" a "malo" o "muy malo"; entre los que han tenido limitaciones, aunque no graves, en el último año, y entre quienes padecen afecciones crónicas. Obviamente, tanto en este caso como en el de las depresiones o en otras patologías, cuando encontramos correlaciones con las vivencias de mala salud no estamos en condiciones de establecer una relación causa/efecto y, menos aún, la dirección de esa relación causal, que probablemente obre en ambos sentidos.
- Los trastornos por alimentación son padecidos en mayor medida por las mujeres, por los y las de menor edad (hasta los 19 años), y por quienes declaran un estado de salud "malo" o "muy malo".

TABLA 1.19. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS PERFILES DE LOS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS DIAGNOSTICADOS

P<0.05. BASE: QUIENES DECLARAN TRASTORNOS. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

TRASTORNOS	GÉNERO	EDAD	ACTIVIDAD	ESTUDIOS
Depresión	Mujer			Superiores universitarios
Trastornos por ansiedad, pánico o fobias	Mujer		En paro	
Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC)			Sólo estudia	
Trastornos por adicción a sustancias	Hombre			
Trastornos por alimentación (bulimia-anorexia)	Mujer	Hasta los 19 años	Sólo trabaja + estudia y trabaja	
Trastornos del sueño			Sólo estudia + estudia y trabaja	Superiores universitarios

TRASTORNOS	ESTADO SALUD AUTOPERCIDO	LIMITACIONES ÚLTIMOS 12 M.	ENFERM. CRÓNICAS ÚLTIMOS 12 M.
Depresión	Mala o muy mala		Sí
Trastornos por ansiedad, pánico o fobias	Regular + mala o muy mala	Limitado, pero no gravemente	Sí
Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC)	Regular + Mala o muy mala		
Trastornos por adicción a sustancias			
Trastornos por alimentación (bulimia-anorexia)	Mala o muy mala		Sí
Trastornos del sueño			

El resto de afecciones psicopatológicas tienen un perfil de jóvenes algo menos definido, pero resulta interesante resaltar ciertos elementos:

- Los hombres se caracterizan por estar más presentes en las declaraciones de trastornos por adicciones a sustancias.
- Los trastornos de sueño están más presentes entre los que sólo estudian o combinan trabajo y estudios, y entre aquéllos con estudios superiores.
- Los TOC (obsesivos-compulsivos) entre aquéllos que estudian y entre los que han declarado un estado de salud desde regular hasta muy malo.

Interesa conocer si las personas que declararon vivencias de malestar psicológico recurrieron en su día a la asistencia médica o especializada. Pese a tratarse de problemas potencialmente importantes, los y las jóvenes que no solicitaron ayuda fueron casi la mitad (48,9%) de quienes habían manifestado sufrir algún tipo de trastornos.

TABLA 1.20. SOLICITUD DE AYUDA PROFESIONAL
BASE: QUIENES DECLARAN TRASTORNOS. RESPUESTA MÚLTIPLE

SOLICITUD AYUDA PROFESIONAL	N	% SOBRE MENCIONES	% SOBRE ENTREVISTADOS C/TRASTORNO*
No	172	41,9%	48,9%
Sí, fui al psicólogo	99	24,0%	28,0%
Sí, fui al médico de cabecera	70	16,9%	19,7%
Sí, fui al psiquiatra	46	11,2%	13,1%
Sí, fui a otro profesional	13	3,2%	3,8%
No sé/Prefiero no contestar	11	2,8%	3,2%
Total	412	100,0%	116,9%

* Sobre entrevistados que mencionan algún trastorno.

Para quienes solicitaron esa ayuda, el profesional de referencia fue mayoritariamente el psicólogo (al que acudieron el 28% de entrevistados), seguido por el médico de cabecera (casi el 20%) y, a bastante distancia, los psiquiatras (13,1%). Llama la atención el escaso porcentaje de referencia al psiquiatra, el profesional más indicado en teoría; quizás eso hable de los restos de estigmatización de este tipo de asistencia o, más simplemente, de las

dificultades de acceso a la misma. Cierra esta clasificación la escasa proporción de jóvenes que acudieron a otros profesionales distintos a los anteriormente mencionados (3,8%).

En cuanto a los rasgos que definen a quienes acudieron o no a un profesional de la salud para su tratamiento, existen matices muy interesantes. En general los hombres son más reticentes, las mujeres eligen a psicólogos más que la media, y los médicos de familia se ocupan más de los trastornos más cotidianos y comunes, depresión y ansiedades, y de los aparentemente más relacionados con lo biomédico (las anorexias y las bulimias).

- Los hombres acuden menos a un profesional para tratar su trastorno; también los más jóvenes (hasta los 19 años), los que tienen como máximo un nivel básico de estudios y aquéllos que declaran padecer trastornos por adicción a sustancias o TOC.
- Las mujeres acuden más a las consultas con psicólogos; también lo hacen quienes estudian y trabajan, y los que están afectados por trastornos por estrés postraumático.
- La asistencia por los médicos de familia la solicitan más aquéllos diagnosticados de depresión, trastornos por ansiedad, fobias y trastornos alimentarios.

TABLA 1.21. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA SOLICITUD DE AYUDA PARA LOS TRASTORNOS VIVENCIADOS

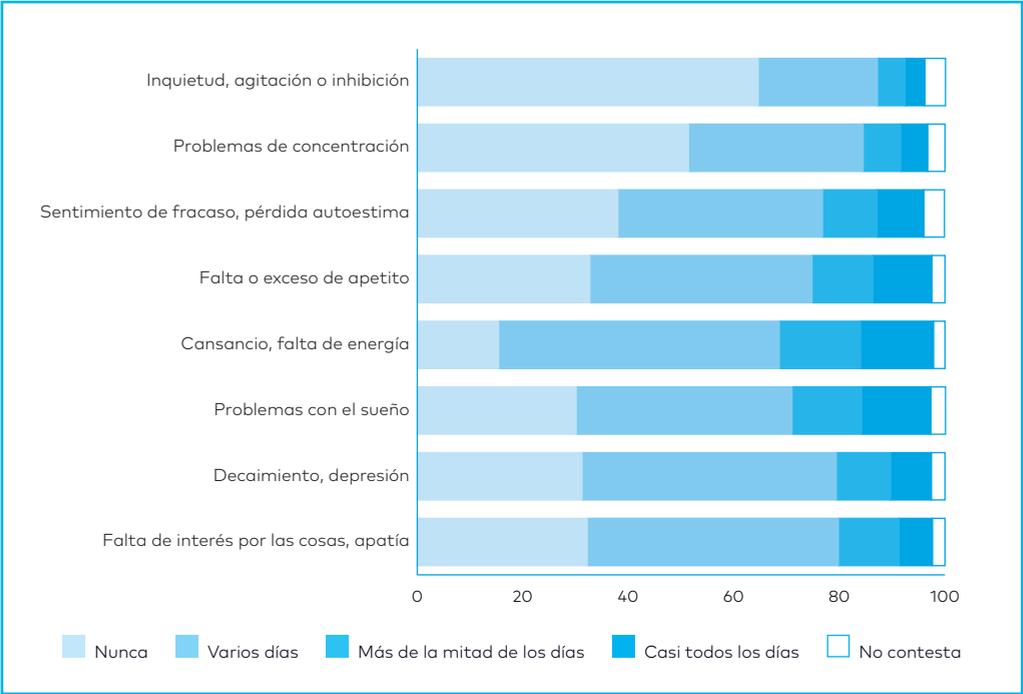
P<0.05. BASE: QUIENES DECLARAN TRASTORNOS. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

SOLICITUD AYUDA PROFESIONAL	NO	SÍ, FUI AL PSICÓLOGO	SÍ, FUI AL MÉDICO DE CABECERA
Género	Hombre	Mujer	
Edad	Hasta los 19 años		
Actividad		Estudian y trabajan	
Estudios	Hasta Secundaria obligatoria		
Trastorno diagnosticado	Adicción a sustancias y TOC (obsesivos compulsiv.)	Estrés post-traumático	Depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación

Además del análisis de prevalencias de vivencias psicopatológicas, diagnosticadas o no, otra forma de aproximación es tratar de conocer en qué medida, en un espacio temporal cercano, seis meses, han estado presentes síntomas de malestar, alteraciones emocionales o trastornos del comportamiento. En este sentido se aplicó una batería que proponía señalar distintos síntomas (todos ellos relacionados con los trastornos más comunes, la depresión y los síndromes de ansiedad) y la frecuencia con que se presentaban; es otra manera de desvelar disfunciones en la salud mental y de poner de manifiesto el impacto de estas disfunciones sobre la vida de las personas.

GRÁFICO 1.5. SÍNTOMAS RELATIVOS A LA SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



■ Los síntomas relativos a la salud mental que se presentaron más frecuentemente en los últimos seis meses entre los y las jóvenes tienen que ver con el cansancio y la falta de energía; los experimentaron con diversa frecuencia el 82,4% de las personas encuestadas (suma de las frecuencias "varios días", "más de la mitad de los días" y "casi todos los días"). Un 13,8% manifiesta sentirlos casi todos los días y un 15,4% más de la mitad del tiempo.

- Frecuencias muy parecidas se encuentran para los problemas de sueño (67,1% los han tenido alguna vez: 13,1% de manera casi cotidiana y la misma proporción la mitad de los días).
- La falta de interés por las cosas y el decaimiento se presentan con una frecuencia mínima de la mitad de los días en alrededor del 18% de los casos.
- Más presente aún están los desórdenes alimentarios (11,2% casi a diario y 11,5% más de la mitad de los días)
- También importantes porcentajes de jóvenes sienten más de la mitad de los días "sentimientos de fracaso o pérdida de la autoestima" (19,2%), "problemas de concentración" (12,2%) o "inquietud, agitación o inhibición" (9,0%).

En la evidencia de que todos estos síntomas pueden incluirse en el espectro de la depresión, a partir de la misma batería, en la Encuesta Europea de Salud en España (2014) se construyó una variable compleja que trata de desvelar posibles situaciones depresivas o subdepresivas. Para ello se adjudica un valor de 0 a 3 a cada punto de la escala en todos los ítems: 0 para "nunca", 1 para "varios días", 2 para "más de la mitad de los días" y 3 para "casi todos los días"; luego, se suman las puntuaciones y se establecen cinco tramos en la sintomatología depresiva (ninguna, leve, moderada, moderadamente grave y grave) que a su vez pueden agruparse en tres categorías (ninguna/leve, moderada y moderada/grave).

Pues bien, con la misma metodología, en nuestro barómetro encontramos que el 78,4% de los y las jóvenes no tienen síntomas depresivos o los tienen en grado muy leve, el 15,3% presentan síntomas moderados y un 6,3% se queja de sintomatología moderadamente grave o grave. Y como hallazgo habitual con un reparto no proporcional entre chicos y chicas: 24,3% de ellas tienen síntomas moderados/graves, por un 16,4% de ellos.

Cabe añadir a tenor de esta variable compleja, que la situación depresiva de los jóvenes españoles ha empeorado algo en relación con 2014 si se considera la frecuencia de aparición de síntomas, sobre todo los de "apatía", "cansancio" o "problemas para dormir".

En resumen puede decirse que un porcentaje, minoritario pero muy significativo, de jóvenes experimenta, no precisamente de manera excepcional, diferentes vivencias psicopatológicas, predominando las correspondientes al espectro de la depresión o la ansiedad; para la mayoría de esas vivencias se encuentra que menos de una de cada tres personas jóvenes estuvo totalmente libre de las mismas en los últimos seis meses.

Además resulta esclarecedora la progresión que parece darse en los niveles de reconocimiento de esos trastornos. Apenas sobrepasa el 6% de la muestra el porcentaje de quienes creen haber tenido en el último año algún problema relacionado con la salud mental. Ese porcentaje sube hasta el 11,4% si se habla de trastornos diagnosticados, por ejemplo de depresión. Y alcanza proporciones mucho mayores, las que hemos comentado, cuando se pregunta no por supuestas enfermedades o patologías, sino por las vivencias o síntomas que podrían traducirlas.

- Al analizar los perfiles sociodemográficos, las mujeres son las que dicen experimentar este tipo de trastornos con mayor frecuencia, de forma clara y general.
- Además, los perfiles de edad más jóvenes (hasta los 19 años), muestran mayor frecuencia de estos síntomas en dos problemas: los de sueño y cansancio o falta de energía y el sentimiento de fracaso.
- Las tensiones derivadas de la actividad parecen ser también un potente determinante en la aparición de síntomas. Quienes declaran compatibilizar estudios y trabajo y quienes están en paro declaran sufrir en mayor medida estos problemas.

Sorprende la frecuencia de síntomas con las variables de salud y bienestar que comparten estos perfiles. Algunas de estas correlaciones ya las hemos comentado.

- Una proporción más alta que la media declara que su estado de salud va de regular hasta malo o muy malo.
- Han estado gravemente limitados o limitadas, pero no gravemente, en los últimos 12 meses.
- Tienden a declarar afecciones crónicas en el último año.
- Valoran su estilo de vida como poco o nada saludable.

Pero otras aparecen aquí y resultan muy sugerentes:

- No están a gusto con su físico, del que cambiarían muchas cosas; a la vez, lógicamente, les preocupa mucho su apariencia externa.

Evidentemente, afirman haber sufrido algún tipo de trastorno psicológico en los últimos 12 meses, ya sea diagnosticado o no. Comprobaremos en los capítulos siguientes que este patrón de autopercepciones negativas en diversos aspectos de la salud sigue un modelo muy claro en lo referido a los perfiles de los y las jóvenes.

TABLA 1.22. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE QUIENES HAN EXPERIMENTADO SÍNTOMAS RELATIVOS A LA SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES CON MAYOR FRECUENCIA

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES DE SALUD
Falta de interés, apatía	Mujer Estudia y trabaja + En paro Hasta Secundaria obligatoria	Estado de salud regular o malo
Decaimiento, depresión	Mujer Hasta Secundaria obligatoria	Gravemente limitadas o limitadas pero no gravemente en los últimos 12 meses
Problemas de sueño	Mujer Hasta los 19 años Estudia y trabaja + En paro Hasta Secundaria obligatoria	Declaran afecciones crónicas Han acudido en el último año a servicios médicos
Cansancio, falta de energía	Mujer Hasta los 19 años Estudia y trabaja + En paro Hasta Secundaria obligatoria	Declaran estilo de vida poco o nada saludable
Falta o exceso de apetito	Mujer Estudia y trabaja + En paro Hasta Secundaria obligatoria	Les preocupa bastante su aspecto físico Cambiarían muchas cosas de su aspecto físico
Sentimiento de fracaso	Mujer Hasta los 19 años Estudia y trabaja + En paro Hasta secundaria obligatoria	Declaran frecuentes o continuos trastornos psicológicos en los últimos 12 meses
Inquietud, agitación o inhibición	Mujer En paro	

1.3. SOBRE EL SUICIDIO

Para finalizar este apartado sobre vivencias de carácter psicopatológico, trataremos un elemento de especial significación: las ideas de suicidio.

En el año 2017, el suicidio fue la segunda causa de muerte en el grupo de edad de entre los 15 y los 29 años, por detrás de los tumores, y la primera entre las causas externas (no debidas a enfermedades) de mortalidad, incluso superando a las víctimas por accidentes de tráfico⁶. Las tasas que se recogen en el INE para ese

6. INE. *Estadísticas de defunción. Defunciones según la causa de muerte 2017.*

año son de 3,83 por 100.000 personas para ambos sexos (5,64 para hombres y 1,96 para mujeres). Son tasas muy por debajo de la media europea, que sin embargo suscitan una importante preocupación de salud pública, que ha determinado que las autoridades sanitarias planteen el diseño de un Plan Nacional para la Prevención del Suicidio.

Queda fuera de toda duda que, por mucho que sean categorías muy diferentes entre las que media una gran distancia (y no sólo numérica; por ejemplo, luego lo veremos, la prevalencia de ideas no presenta sesgos en función del género y, sin embargo, la práctica del suicidio está mucho más presente en los hombres), en el origen de las conductas suicidas se pueden rastrear las ideas de llevarlas a cabo. Es cierto que estas ideas no se materializan en la mayoría de los casos, pero también lo es que resulta raro que un suicidio no haya ido precedido por el deseo de llevarlo a la práctica.

El análisis de estas ideas, de los perfiles en que aparecen más frecuentemente, es necesario para la prevención. De ahí que en nuestro estudio se incluyera dicho análisis. De entrada se formuló una pregunta cuyo objetivo era explorar la dimensión del problema, formulada en los siguientes términos: "¿Has experimentado alguna vez ideas de suicidio?"

Los resultados explicitan la extensión del fenómeno; si bien una mayoría (70,8%) no tuvo nunca ideas al respecto, un preocupante 24,7% sí las experimentó, al menos una vez.

TABLA 1.23. FRECUENCIA DE IDEAS DE SUICIDIO

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

FRECUENCIA IDEAS DE SUICIDIO	N	%
Nunca	880	70,8
Una sola vez	169	13,6
De vez en cuando	113	9,1
Con frecuencia	15	1,2
Continuamente	9	0,8
No sé/Prefiero no contestar	57	4,6
Total	1.243	100,0

Un 2,1% piensa con habitualidad (con frecuencia y continuamente) en ello, y no son pocos quienes lo hacen de vez en cuando (9,1%). Por perfiles sociodemográficos y según diferentes variables de salud y bienestar, la presencia de estas ideas está bastante vinculada a determinados perfiles:

- Los que declaran que “nunca” experimentan este tipo de ideas no presentan ningún patrón demográfico definido, es decir, son transversales a todos los tipos de jóvenes.
- En el perfil de aquéllos y aquéllas que experimentan estas ideas de forma más constante (de vez en cuando, con frecuencia y continuamente) destacan quienes tienen un nivel de estudios de enseñanzas superiores.

Sobre todo, entre las personas con mayor presencia de ideas de suicidio, se da una clara agrupación de variables que apuntan a vivencias de mala salud.

- Una percepción de mala o muy mala salud (38,9%).
- Problemas crónicos de salud en el último año.
- Una forma física deficiente o francamente mala (33,3%).
- Padecer o haber padecido trastornos psicológicos (a la depresión, que condiciona una prevalencia de ideas del 40,6%, se añaden los TOC y los trastornos por alimentación, bulimia y anorexia), diagnosticados o no.
- Haber acudido a profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) en mayor medida que el resto (33,3%).
- Tomar frecuentemente medicamentos sin receta en el último año (diariamente o varias veces a la semana).
- Haber estado gravemente limitados para sus actividades cotidianas en el último año (21,7%).
- Llevar un estilo de vida nada saludable (no destacan por consumir alcohol, tabaco u otras sustancias en mayor medida que el resto).
- Tener una perspectiva vital de total inseguridad: piensan constantemente que algo les amenaza (delitos, accidentes, enfermedades).

No cabe duda de la alta correspondencia entre las variables de salud física o psicológica y las ideas de suicidio. La presencia esporádica de estas ideas sugiere un perfil psicológico de cierto malestar vital; malestar que bien pudiera tener origen exógeno (relacionado con problemas de estudio, trabajo, familia o amigos) o vincularse a procesos de desarrollo vital y maduración.

TABLA 1.24. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE FRECUENCIA DE IDEAS DE SUICIDIO

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES DE SALUD	% PROMEDIO
Nunca		Autopercepción de salud buena o muy buena Nada limitado últimos 12 meses	74,2%
Una sola vez	Residen en grandes ciudades Hasta secundarios post-obligatorios	Autopercepción de salud mala (41,2%) Declaran problema crónico de salud (21,1%) Forma física deficiente y francamente mala (24,6%) Preocupa bastante su aspecto físico Cambiaría bastantes cosas de su aspecto físico (24,2%) Declara trastornos psicológicos Declara depresión (24,8%) Piensa frecuentemente que podría pasarle algo: accidentes, delitos...	14,2%
De vez en cuando + Con frecuencia + Continuamente	Estudia y trabaja Residen en grandes ciudades o en pueblos y ciudades pequeñas Superiores universitarios	Autopercepción de salud mala y muy mala (38,9%) Forma física deficiente y francamente mala (33,3%) Estilo de vida nada saludable Declaran problema crónico de salud Gravemente limitado últimos 12 meses (21,7%) Toma con frecuencia medicamentos sin receta Declara trastornos psicológicos (66,7%) Declara depresión (40,6%) Declara TOC Declara bulimia-anorexia Acudió al psicólogo y psiquiatra (33,3%) Piensa constantemente que podría pasarle algo: accidentes, delitos... Tiene alguna discapacidad	11,6%

Otra cosa sucede con los perfiles que manifiestan frecuentes ideas de suicidio; en ellos se apunta una insatisfacción vital bastante más profunda, con percepciones de mala salud y mal estado físico, cronicidad de patologías, automedicación frecuente y mayor utilización de recursos sanitarios. Además, es evidente un mayor impacto de trastornos psicológicos o psiquiátricos de entidad. Es curioso que pese a que, luego lo veremos, las circunstancias antedichas se correlacionan más con el hecho de ser mujer, este dato de género no aparece como discriminante en los perfiles de personas con ideas suicidas.

Todo ello, unido al hecho de la mucha mayor frecuencia de suicidios en hombres, proporciona una buena pista si se quiere intervenir de manera preventiva y evitar que las ideas terminen por desembocar en un comportamiento suicida.

2. ESTADO FÍSICO, ESTILOS DE VIDA Y AUTOIMAGEN

2.1. SOBRE LA FORMA FÍSICA

Al preguntar por la forma física, una buena parte de los y las jóvenes califican la misma como "excelente" (6,9%) o "buena" (35,8%). Un 42,9% se posiciona en la categoría de "aceptable" y sólo un 14,4% califica su estado físico como "deficiente" (12,2%) o "francamente malo" (2,2%).

TABLA 2.1. AUTOPERCEPCIÓN DE LA FORMA FÍSICA

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

FORMA FÍSICA	N	%
Excelente	86	6,9
Buena	445	35,8
Aceptable	533	42,9
Deficiente	151	12,2
Francamente mala	28	2,2
No sé/Prefiero no contestar	-	-
Total	1.243	100,0

Cabe resaltar la distancia entre estas valoraciones sobre la forma física, a la que califican como excelente o muy buena menos del 43% de los y las jóvenes, con las declaraciones sobre el estado de salud, donde casi el 87% declaraba que era muy bueno o bueno. La disonancia valorativa hace sospechar que el estado físico no pesa mucho en la percepción de los y las jóvenes sobre su estado de salud, algo que tomará mayor sentido cuando se analicen las cifras de sedentarismo y práctica deportiva.

Por perfiles sociodemográficos, los hombres, los que se ubican en las clases alta y media-alta y aquéllos con estudios superiores están más presentes en las categorías de "excelente" y buena", es decir, tienden a valorar su estado de forma física por encima de la proporción media. Lógicamente encontramos en esta categoría a muchos más jóvenes que no han tenido limitaciones físicas en los últimos tiempos y que no han padecido afecciones crónicas.

TABLA 2.2. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE AUTOVALORACIÓN DE LA FORMA FÍSICA

CATEGORÍAS AGRUPADAS. $P < 0.05$. BASE TOTAL MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

FORMA FÍSICA (AGRUPADA)	EXCELENTE + BUENA	ACEPTABLE	DEFICIENTE + FRANCAMENTE MALA
Género	Hombre	Mujer	
Clase social	Alta y media-alta		Baja y media-baja
Actividad			En paro
Estudios	Superiores universitarios		
Estado autopercebido de salud	Buena y muy buena		Mala o muy mala
Estilo de vida	Muy o bastante saludable (79,5%)		Poco/nada saludable (50,4%)
Borracheras últimos 12 meses	Nunca		Todos o casi todos los días + 2 o 3 días a la semana
Fuma tabaco	Ni fuma ni ha fumado nunca de manera habitual		Fuma a diario
Limitaciones en los últimos 12 meses	Nada limitado		Limitado, pero no gravemente
Enfermedades crónicas últimos 12 meses	No		Sí
Proporción media %	42,7%	42,9%	14,4%

Entre quienes declaran una forma física "excelente o buena" encontramos unos cuantos indicadores de salud muy coherentes con estas declaraciones; por

ejemplo, están muchísimo más presentes aquéllos que declaran tener un estilo de vida "muy o bastante saludable" (un 79,5% frente al 42% de proporción media), los que no han experimentado borracheras en los últimos 12 meses y también a aquéllos que no han fumado nunca de manera habitual.

Los que se posicionan en la clase baja o media-baja, aquéllos que declaran estar en paro y los que afirman que su estado de salud es malo o muy malo, han estado algo limitados en los últimos tiempos o han padecido enfermedades crónicas, son los que peor forma física afirman tener ("deficiente" + "francamente mala"). Por otro lado, y en el mismo plano de coherencia que observábamos entre los que declaraban una forma física excelente o muy buena pero en el sentido contrario, estos jóvenes menos en forma que la proporción media declaran a su vez un estilo de vida poco o nada saludable (destacan especialmente éstos, que son en proporción el 50,4% frente al 14,4% general), beber en exceso todos o casi todos los días o cuando menos dos o tres días por semana, y fumar a diario.

Es un lugar común el impacto de la realización de algún tipo de actividad deportiva sobre la forma física de las personas. Pues bien, aproximadamente uno de cada cuatro jóvenes (25,9%) se declara sedentario, es decir, no realiza ningún tipo de actividad física. Y casi cuatro de cada diez sólo realizan actividades físicas ocasionales y que no exigen gran esfuerzo.

TABLA 2.3. FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA/DEPORTIVA

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

FORMA FÍSICA	N	%
No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine...)	322	25,9
Actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.)	475	38,2
Actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)	148	11,9
Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	213	17,1
Practico deportes todos los días	59	4,7
No sé/Prefiero no contestar	27	2,2
Total	1.243	100,0

Las actividades físicas que requieren un esfuerzo relativamente moderado y se realizan de forma ocasional son practicadas por un 38,2% de los y las jóvenes. Por debajo, en proporción, aparecen las actividades que requieren de mayor esfuerzo y se practican de manera más constante, el deporte reglado. Las actividades que se realizan "varias veces al mes" agrupan a casi el 12% de los y las jóvenes (exactamente el 11,9%), un porcentaje menor que el que practica ejercicio de manera frecuente (varias veces a la semana, 17,1%) o muy frecuente (todos los días, 4,7%). *Grosso modo*, en relación con la actividad deportiva de los jóvenes, se podría hablar de tres tercios: dos, extremos, que apuestan o por el sedentarismo o por un ejercicio reglado de cierta intensidad y frecuencia, y uno intermedio que se abona a actividades ocasionales y de escaso compromiso. Además, con datos de continuidad: entre 2014 (Encuesta Europea de Salud en España) y 2017 los porcentajes de esos dos grupos extremos apenas si han variado.

El género parece ser un fuerte factor de diferenciación en la práctica deportiva. Los hombres están más orientados hacia el ejercicio intenso y frecuente ("varias veces por semana o todos los días"), mientras que las mujeres parecen optar en mayor medida por el sedentarismo. La clase social y los estudios señalan también diferencias. Más encaminados al ejercicio cotidiano están quienes se autoposicionan en las clases alta y media-alta; más hacia el sedentarismo aquéllos de clase baja o media-baja. Sesgos que también se reflejan en cuanto al nivel de estudios; aquéllos con estudios básicos se declaran más sedentarios, frente a la mayor actividad deportiva de quienes han completado estudios superiores.

De manera esperable hay una correlación positiva entre el sedentarismo y la declaración de peor estado de salud, mientras que quienes definen su estado de salud como muy bueno o bueno (también, lógicamente, los que no padecen problemas crónicos) son los más orientados hacia la práctica deportiva frecuente, ya sea varias veces por semana o diariamente.

Entre las razones para practicar deporte, la más señalada apunta el beneficio para la salud que conlleva, con el 78,6% de los jóvenes que lo citan (gráfico 2.1).

Con menor proporción de menciones, pero con una dimensión muy relevante como justificación de la práctica deportiva, se apunta un beneficio de tipo más emocional, "liberar tensiones y mal humor", señalado por el 60,3% de los y las jóvenes. Dupla de ventajas físicas y emocionales completada, a mucha más distancia, por otros elementos considerados menos relevantes. "Es divertido" lo señala el 17,8% mientras que poco más del 10% escoge "permite relacionarse con los demás y hacer amigos", "ayuda a romper la monotonía de la vida cotidiana" y "es un medio para tener autodisciplina".

TABLA 2.4. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS PERFILES DE ACTIVIDAD FÍSICA

P<0.05. BASE TOTAL MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

ACTIVIDAD FÍSICA	SEDENTARISMO	OCASIONAL	VARIAS VECES SEMANA	DIARIA
Género	Mujer		Hombre	Hombre
Clase social	Baja y media baja		Alta y media alta	Alta y media alta
Actividad	En paro		Sólo trabaja	
Estudios	Hasta Secundaria obligatoria		Superiores universitarios	Superiores universitarios
Enfermedades crónicas últimos 12 meses			No	No
Estado de salud autopercebido	Mala	Regular	Buena y muy buena	Buena y muy buena

GRÁFICO 2.1. MOTIVOS PARA HACER DEPORTE

RESPUESTA MÚLTIPLE. BASE: QUIENES REALIZAN ACTIVIDAD DEPORTIVA

(CON CUALQUIER FRECUENCIA). DATOS EN % SOBRE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN

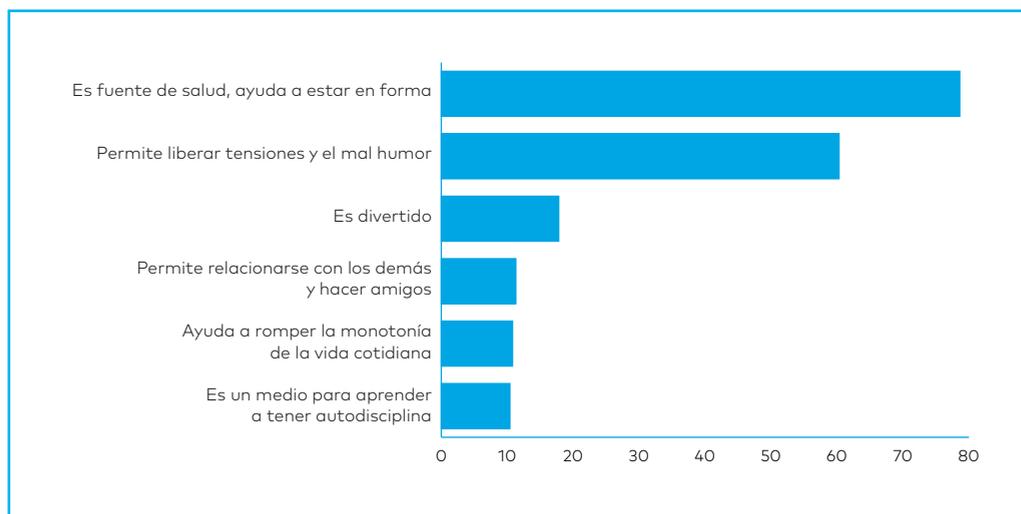


TABLA 2.5. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE MOTIVOS PARA HACER DEPORTE

P<0.05. BASE: QUIENES HACEN DEPORTE (CON CUALQUIER FRECUENCIA)

EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA.

MOTIVOS	GÉNERO	ACTIVIDAD	CLASE SOCIAL	ESTADO SALUD AUTOPERCIBIDO
Es fuente de salud, ayuda a estar en forma				Buena y muy buena
Permite liberar tensiones y el mal humor	Mujer			
Permite relacionarse con los demás y hacer amigos/as	Hombre			
Ayuda a romper la monotonía de la vida cotidiana		Sólo estudia	Baja y media-baja	
Es divertido	Hombre			

No hay excesivas diferencias en las apreciaciones de los beneficios del deporte si se consideran los diferentes perfiles sociodemográficos:

- Las mujeres apuntan más a los beneficios de tipo emocional (“permite liberar tensiones”), mientras que los hombres señalan más al componente relacional o de diversión que aporta la práctica de ejercicio.
- Por supuesto, los que declaran que su estado de salud es bueno o muy bueno destacan más en la apreciación del beneficio para la salud de la práctica deportiva.

Entre quienes no realizan ningún tipo de actividad física, la “pereza o desgana” es la razón más esgrimida, con el 67,3% de personas que la mencionan.

Otros argumentos convocan a menos jóvenes, pero son relevantes en buena medida: el “cansancio” (32,7%), la “falta de tiempo” (22,9%) o “la falta de dinero” (21,2%). “Ocupar el tiempo libre con otras actividades” es señalado por el 17,3%.

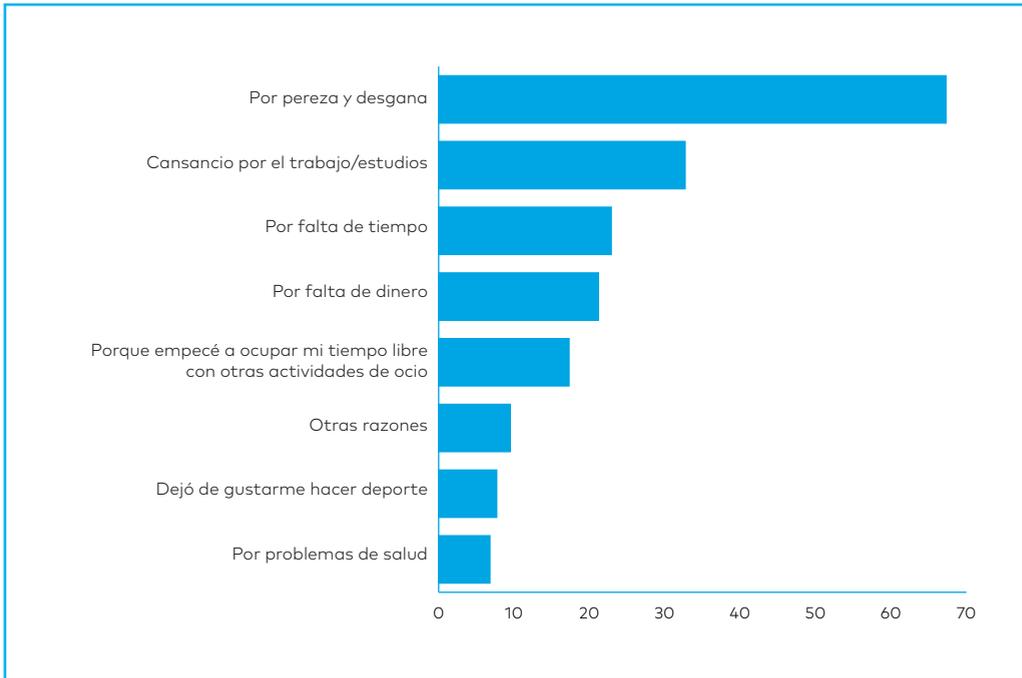
Muchos menos jóvenes señalan que “dejó de gustarle” (7,7%) o apuntan “problemas de salud” (6,8%).

GRÁFICO 2.2. MOTIVOS PARA NO HACER DEPORTE

BASE: QUIENES NO REALIZAN ACTIVIDAD DEPORTIVA

RESPUESTA MÚLTIPLE

DATOS EN % SOBRE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN



Apenas se encuentran diferencias en los perfiles que abonan las distintas opciones:

- Las mujeres anotan más la "falta de dinero" como motivo para no practicar deporte, y los hombres el ocupar su tiempo de ocio en otras actividades.
- De manera ciertamente lógica, aquéllos que declaran estar trabajando alegan en mayor medida falta de tiempo. Los que están en paro, las razones económicas.
- Los pertenecientes a las clases altas señalan cansancio por trabajo y estudios, y los autoubicados en clases baja o media-baja las razones económicas.

TABLA 2.6. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE MOTIVOS PARA NO HACER DEPORTE

*P<0.05. BASE: QUIENES NO REALIZAN ACTIVIDAD DEPORTIVA
EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA*

MOTIVOS	GÉNERO	EDAD	ACTIVIDAD	ESTUDIOS	CLASE SOCIAL
Pereza y desgana		25-29 años			
Cansancio por trabajo o estudios				Superiores universitarios	Alta y media alta
Falta de tiempo			Sólo trabaja		
Falta de dinero	Mujeres		En paro		Baja y media baja
Empecé a ocupar mi tiempo de ocio en otras actividades	Hombres				
Problemas de salud		25-29 años			

2.2. SOBRE LA IMAGEN PROPIA

Otros indicadores que complementan la percepción sobre el estado físico se basan en la vivencia subjetiva de determinados parámetros biométricos, como lo son el peso y la altura. Obviamente estas vivencias se apoyan en elementos objetivos pero son matizadas, mediadas e incluso transformadas por percepciones subjetivas, muchas veces más definitorias del propio bienestar que las realidades objetivables.

En cuanto a la altura, los y las jóvenes se muestran mayoritariamente satisfechos o conformes con lo que miden; un 56% se manifiesta en este sentido. Pero casi el 39% afirma que le gustaría medir más; incluso un casi 4%, menos. No existen, en el caso de la altura, variaciones significativas entre los perfiles de jóvenes que se posicionan en las distintas opciones.

Si la altura no parece representar ningún problema serio para una mayoría de los y las jóvenes, la percepción acerca del peso es sustancialmente diferente.

TABLA 2.7. AUTOVALORACIÓN DE LA ALTURA

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

AUTOVALORACIÓN DE LA ALTURA	N	%
Me gustaría medir más	482	38,8
Me gustaría medir menos	48	3,9
Estoy conforme con mi altura	697	56,0
No sé/Prefiero no contestar	17	1,3
Total	1.243	100,0

TABLA 2.8. AUTOVALORACIÓN DEL PESO

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

AUTOVALORACIÓN DEL PESO	N	%
Me gustaría pesar más	145	11,7
Me gustaría pesar menos	712	57,3
Estoy conforme con mi peso	367	29,5
No sé/Prefiero no contestar	19	1,5
Total	1.243	100,0

A una mayoría del 57,3% le gustaría pesar menos y a un 11,7% le gustaría pesar más. Sólo un 29,5% de los y las jóvenes está conforme con su peso. A diferencia de lo que ocurría con la altura, en este caso sí que existen marcados matices entre los y las jóvenes que sienten de forma diferente sobre esta cuestión.

- Los hombres declaran en mayor medida estar conformes con su peso o bien desearían pesar más. Y, por cierto, entre quienes declaran que están conformes se encuentran en mayor medida aquéllos a los que su imagen externa les preocupa poco o nada y los que declaran un estado de salud muy bueno o bueno.
- Son las mujeres, los más jóvenes (hasta los 19 años) y quienes declaran que su salud es regular o mala los que desean pesar menos. También declaran en mayor medida el deseo de pesar menos los que aparecen más preocupados por su imagen externa.

TABLA 2.9. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE AUTOVALORACIÓN DEL PESO

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

AUTOPERCEPCIÓN PESO	GÉNERO	EDAD	ESTADO SALUD AUTOPERCIBIDO	IMAGEN EXT. AUTOPERCIBIDA
Me gustaría pesar más	Hombre			
Me gustaría pesar menos	Mujer	Hasta los 19 años	Regular y mala	Me preocupa bastante
Estoy conforme con mi peso	Hombre		Muy buena y buena	Apenas me preocupa/no me preocupa nada

Ante estas cifras no podemos dejar de señalar que, especialmente en determinados perfiles de jóvenes, su deseo de reducir el peso puede estar reflejando, al menos en parte, una intensa presión social basada en parámetros estéticos.

En general, ante la pregunta “¿Te preocupa tu imagen externa, es decir, lo que los demás piensan de ti por tu aspecto físico?” en los y las jóvenes aparece de nuevo la intensa presión social hacia unos valores estéticos determinados: el 63,1% manifiesta que le preocupa en mayor o menor medida la imagen que dan a los demás.

TABLA 2.10. PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN EXTERNA	N	%
Sí, me preocupa bastante	236	19,0
Me preocupa algo	548	44,1
Apenas me preocupa	286	23,0
No me preocupa nada	151	12,1
No sé/Prefiero no contestar	23	1,8
Total	1.243	100,0

Prima, muy por encima del resto de opciones, una cierta preocupación por esta cuestión (44,1%, "me preocupa algo") frente al 19% que manifiesta una inquietud mayor ("me preocupa bastante"). Por el contrario, son bastante menos quienes declaran poca o escasa preocupación por su imagen externa (23%, "apenas me preocupa" y 12% "no me preocupa nada").

En cuanto a las diferencias por perfiles, las mujeres declaran un grado de preocupación más alto que los hombres, en plena coherencia con los resultados de la autovaloración del peso. Además, también parece haber en este perfil una sobrerrepresentación de estudios superiores y de clases alta y media-alta. De manera totalmente previsible hay una concordancia con el deseo de adelgazar y, de forma más indirecta pero tampoco sorprendente, con los indicadores de mala salud (autopercepción de salud regular o mala, alguna incapacidad en los últimos meses, percepción de mala forma física y presencia de algún trastorno crónico).

TABLA 2.11. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN EXTERNA
P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. CATEGORÍAS AGRUPADAS. EXCLUIDOS NS/NC

	PREOCUPA BASTANTE + ALGO
Género	Mujer
Actividad	Sólo trabaja
Estudios terminados	Secundaria post-obligatoria Superiores universitarios
Clase social	Alta y media-alta
Autopercepción de salud	Regular y mala
Limitaciones últimos 12 meses	Limitado, pero no gravemente
Autopercepción forma física	Regular y mala
Afecciones crónicas últimos 12 meses	Sí
Percepciones sobre el peso	Me gustaría pesar menos

Complementando la preocupación por la imagen externa, es interesante analizar la aceptación de la misma o el deseo de cambiarla. En este sentido, una mayoritaria proporción de jóvenes (67,1%) modificaría algún aspecto de su físico;

que estos cambios fueran menores no quita significación al porcentaje. El resto de jóvenes se reparte de manera similar entre los que se aceptan totalmente (15,2%) y los que, por el contrario, modificarían muchas cosas de su aspecto físico (15,3%).

TABLA 2.12. CONFORMIDAD CON EL ASPECTO FÍSICO.

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

CONFORMIDAD CON EL ASPECTO FÍSICO	N	%
Estoy conforme con mi aspecto físico; no cambiaría nada	189	15,2
Cambiaría alguna cosa, pero poco	834	67,1
Cambiaría muchas cosas; no estoy nada a gusto	190	15,3
No sé/Prefiero no contestar	30	2,4
Total	1.243	100,0

Existen bastantes diferencias de perfil entre estas posturas.

TABLA 2.13. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE CONFORMIDAD CON EL ASPECTO FÍSICO

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. CATEGORÍAS AGRUPADAS. EXCLUIDOS NS/NC

	ESTOY CONFORME	CAMBIARÍA MUCHAS COSAS, NO A GUSTO
Género	Hombre	Mujer
Estudios terminados		Hasta Secundaria obligatoria
Autopercepción estado salud	Muy buena o buena	Regular y mala
Autopercepción forma física	Excelente y muy buena	Deficiente y francamente mala
Autopercepción estilo de vida	Muy o bastante saludable	
Preocupación por la imagen externa	No preocupa nada	Preocupa bastante
Percepciones sobre peso		Me gustaría pesar menos

Como en aspectos anteriores, ellas son bastante más proclives que ellos a manifestar disgusto intenso por su aspecto ("cambiaría muchas cosas, no estoy nada a gusto"). Más allá de la diferenciación por género lo que aparece con claridad es una correlación con los elementos que definen la autopercepción de salud, forma física y preocupaciones por el peso y la imagen externa. Se quiere cambiar tanto más, lógicamente, cuanto peor es la vivencia de salud y más intenso el malestar con el propio cuerpo.

En el extremo contrario, los conformes con su aspecto externo; más hombres, los y las que declaran encontrarse en un buen estado de salud y en buena forma física, y aquéllos a los que no parece preocupar en absoluto su imagen externa.

2.3. SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA

Tras el análisis de los anteriores indicadores sobre salud, estado físico, actividades deportivas y posicionamiento sobre la imagen corporal y deseos de cambio de la misma, conviene complementar todo ello con la visión de los y las jóvenes sobre la calidad de sus estilos de vida y la salubridad de los mismos.

En su conjunto, y para la cuestión planteada, los y las jóvenes declaran mayoritariamente practicar un estilo de vida "muy" o "bastante saludable", exactamente el 62%.

TABLA 2.14. PERCEPCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

ESTILO DE VIDA	N	%
Muy saludable	94	7,5
Bastante saludable	678	54,5
Poco saludable	396	31,9
Nada saludable	44	3,5
No sé/Prefiero no contestar	31	2,5
Total	1.243	100,0

Pero no poca proporción de jóvenes asume todo lo contrario, tener un poco o nada saludable estilo de vida (35,4%). Polarización y contraste agudos en las percepciones sobre esta cuestión, que lógicamente se traduce en perfiles diferenciales.

TABLA 2.15. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE ESTILOS DE VIDA

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. CATEGORÍAS AGRUPADAS. EXCLUIDOS NS/NC

	MUY O BASTANTE SALUDABLE	POCO O NADA SALUDABLE
Género	Hombre	Mujer
Edad	Hasta los 24 años	25-29 años
Nacionalidad	Española de origen	Española adquirida
Actividad	Sólo estudia	Estudia y trabaja / En paro
Autopercepción de salud	Muy buena o buena	Regular y mala
Limitaciones últimos 12 meses		Sí
Ejercicio	Entrenamiento físico diario o varias veces por semana	Sedentarismo (no hago ejercicio)
Fuma tabaco	No fuma ni ha fumado nunca de manera habitual	Fuma a diario
Consumo cannabis	Nunca	Todos o casi todos los días /muy pocas veces al año (8 o 10 veces)
Consumo alcohol	Muy pocas veces al año	2/3 días al mes o 2/3 días a la semana
Borracheras últimos 12 meses	Nunca/muy pocas veces al año	2/3 días a la semana
Estudios terminados	Superiores universitarios	Secundarios obligatorios
Autopercepción forma física	Excelente y muy buena	Deficiente y francamente mala
Percepciones sobre el peso	Estoy conforme con el peso	Me gustaría pesar menos
Clase social	Alta y media-alta	Baja y media-baja

Los hombres, los y las más jóvenes (hasta 24 años), aquéllos que sólo estudian, quienes han alcanzado un nivel superior de estudios y los pertenecientes a las clases alta y media-alta están más presentes entre quienes declaran un más saludable estilo de vida. Y también forman parte de este grupo, de manera lógica, aquéllos que perciben su estado de salud como muy bueno, manifiestan tener una forma física excelente y, además, están conformes con su peso. No cabe duda de la coherencia declarativa de estos jóvenes en lo que se refiere a su desempeño físico.

En el lado contrario, en los estilos de vida poco o nada saludables, se encuentran más las mujeres, los de edades superiores (entre 25 y 29 años), los que estudian y trabajan o los que están en paro, aquéllos que sólo han conseguido finalizar los estudios secundarios obligatorios y los que se ubican en las clases baja o media-baja. Evidentemente, y en buena lógica, en este grupo se encuentran aquéllos que perciben peor su estado de salud, su forma física y aquellos a los que les gustaría bajar de peso. Además son más sedentarios, padecen más algunos trastornos crónicos o incapacitantes y son consumidores habituales de alcohol (incluso abusivo), de tabaco y de cannabis.

Así pues, distinciones claras y rotundas en las percepciones sobre el estilo de vida a tenor de los distintos indicadores de salud y bienestar analizados y de algunas variables sociodemográficas, notablemente el género.

3. PAUTAS Y HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

El cambio de la dieta española ha sido similar al del resto de los países desarrollados: hasta los años sesenta y setenta, la alimentación de la mayoría de los españoles se compuso fundamentalmente de cereales, patatas y legumbres, y no se comían tantas verduras, frutas y pescado como sugiere el régimen alimenticio ideal. Con el paso de las décadas aumentó la variedad de los alimentos disponibles y disminuyó el consumo de pan, patatas y leguminosas, que hasta entonces habían sido la base absoluta de la dieta, y se empezó a comer mucha más carne, lácteos, huevos y azúcar¹. Esta última combinación implica un perfil calórico desequilibrado, que provoca efectos como el sobrepeso, actualmente casi una pandemia, y del que alertan los organismos encargados de la salud.

3.1. SOBRE LAS PAUTAS DE ALIMENTACIÓN

Al analizar la ingesta de alimentos que se consumen con mayor o menor frecuencia, agrupada por categorías, las pautas de alimentación de los y las jóvenes reflejan ciertos elementos disfuncionales con respecto a un perfil ideal alimentario:

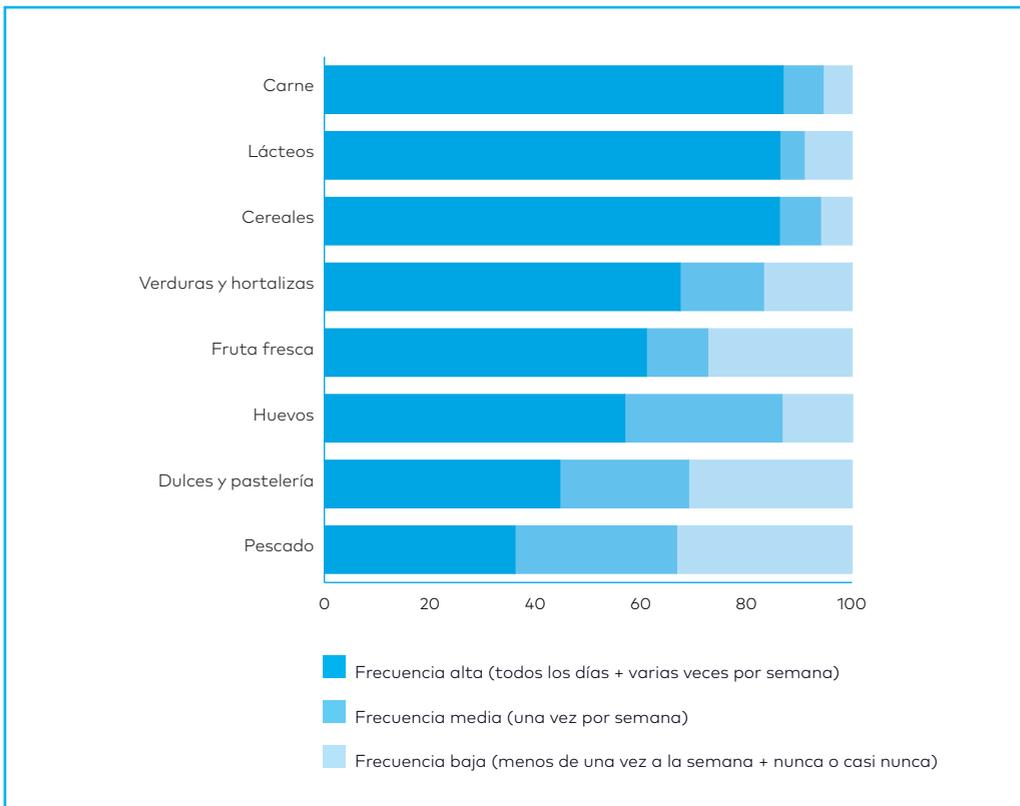
- Se consumen de manera muy frecuente (todos o varios días en semana) tres categorías de alimentos: la carne (el 86,9% la consume a diario o varias veces en semana), los lácteos (lo hace el 86,3%) y los cereales (el 86,2%). Parece haber una excesiva ingesta de carne, que supera las recomendaciones que estiman un consumo saludable en una o dos veces por semana, como máximo.
- Bastante menos frecuente es el consumo de verduras y hortalizas (67,4% a diario o varias veces por semana, y más del 30% en pocas ocasiones o directamente nunca), de fruta fresca (61% de consumo muy frecuente pero con casi el 30% que no la consume prácticamente nunca o casi nunca) y de huevos (56,9% de alta frecuencia)

1. Valeria Moreiras, G. (coord) (2013). "Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿Qué se puede y se debe hacer?" *Revista Nutrición Hospitalaria*, sept. 2013.

Lo más llamativo es el bajo consumo de pescado (sólo lo hace frecuentemente el 36,1%, más del 30% tiene un consumo esporádico y todavía es algo mayor el porcentaje de quienes no lo comen casi nunca). Mientras, casi la mitad de los y las jóvenes, el 44,6%, come dulces prácticamente a diario.

GRÁFICO 3.1. FRECUENCIA DE CONSUMO DE GRUPOS DE ALIMENTOS

ESCALA AGRUPADA. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %

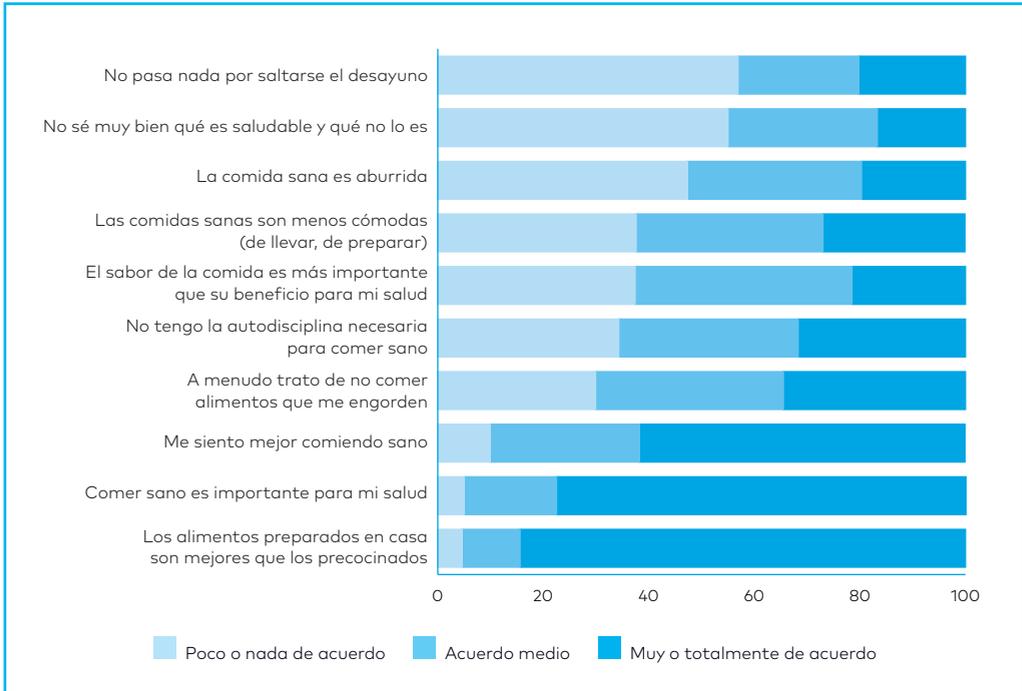


Cuando se pregunta por los niveles de acuerdo con diversas proposiciones de muy distinto signo relacionadas con pautas y hábitos de alimentación, la mayoría de los y las jóvenes parecen conocer y aceptar las recomendaciones sobre las exigencias formales de la alimentación.

Así, pocos están de acuerdo con que "no pasa nada por saltarse el desayuno" (mayoría de desacuerdo total, casi el 57%), con "no sé muy bien lo que es saludable y lo que no lo es" (55% de escaso acuerdo) o con "comer sano es aburrido" (47,3% no están nada de acuerdo). A su vez hay una mayoría de altos

acuerdos para proposiciones que ponen en valor la práctica de una dieta saludable, como "comer sano es importante para mi salud" (76,6%), "los alimentos preparados en casa son mejores" (84,4%) o "me siento mejor comiendo sano" (61,7%).

**GRÁFICO 3.2. NIVELES DE ACUERDO
CON DIFERENTES PROPUESTAS RELATIVAS A LA ALIMENTACIÓN**
ESCALA AGRUPADA. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



No obstante, minorías significativas se apuntan a convicciones más dudosas. Así, dos de cada diez ponen muy en duda la importancia del desayuno, entre el 20 y el 30% encuentran la comida sana aburrida e incómoda de preparar, más de tres de cada diez no se reconoce con autodisciplina para alimentarse sanamente, uno de cada tres afirma que no trata de controlar lo que come para no engordar, un 10% no cree sentirse mejor por comer sano, un casi 6% no está de acuerdo en que comer sano es importante para la salud y casi un 5% no está en absoluto convencido de que las comidas caseras son más saludables.

Para tratar de profundizar en esta cuestión se realizó un análisis factorial que agrupara las distintas apreciaciones sobre el valor de la alimentación. El resultado

fueron tres factores, que agrupaban posiciones diferenciales, explicando más del 53% de la varianza.

TABLA 3.1. FACTORIAL DE POSICIONES ANTE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

P<0.05. BASE TOTAL MUESTRA. KMO 0.751. VARIANZA EXPLICADA TOTAL 53.421%

FACTOR 1 (27,52%)	FACTOR 2 (15,79%)	FACTOR 3 (10,10%)
<p>La comida sana es aburrida</p> <p>Las comidas sanas son menos cómodas (de llevar y preparar)</p> <p>No pasa nada por saltarse el desayuno</p> <p>El sabor de la comida es más importante que su beneficio para la salud</p> <p>No tengo la autodisciplina necesaria para comer sano</p> <p>No se muy bien qué es lo saludable y qué no lo es</p>	<p>Comer sano es importante para mi salud</p> <p>Los alimentos preparados en casa son mejores</p>	<p>Me siento mejor comiendo sano</p> <p>A menudo trato de comer alimentos que no engorden</p>

El primer factor se caracteriza por incorporar las proposiciones contrarias a la alimentación saludable, tanto desde un punto de vista funcional ("son menos cómodas de llevar y preparar") como organoléptico ("el sabor es más importante que los beneficios" y "las comidas sanas son aburridas"); incluso con juicios poco correctos ("no pasa nada por saltarse el desayuno"). A la vez que incorpora posiciones que niegan el esfuerzo personal que supuestamente conlleva el comer de forma saludable ("no tengo la autodisciplina necesaria para comer sano") o que aluden a la falta de información sobre el tema ("no sé muy bien qué es lo saludable y qué no").

El segundo factor parece centrado formalmente en los efectos saludables de una buena alimentación ("es importante para mi salud" y "los alimentos preparados en caso son mejores que los precocinados").

Mientras, el factor 3, coincidente en su sentido general, aporta un matiz más práctico, aludiendo a las sensaciones personales ("me siento mejor comiendo sano") o refiriéndose a una praxis que aporta ventajas ("a menudo trato de comer alimentos que no engorden").

TABLA 3.2. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS DE LOS PERFILES DE LOS GRUPOS FACTORIALES

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Hombre Secundaria obligatoria Clase baja y media-baja	Mujer Nacionalidad española de nacimiento y adquirida Hasta los 19 años Clase alta y media-alta	Más de 25 años Secundaria obligatoria
VARIABLES DE SALUD Percepción de salud de regular a mala Declara una forma física regular a deficiente Estilo de vida poco o nada saludable Preocupa bastante la imagen externa Cambiaría muchas cosas de su aspecto físico Fuma tabaco a diario	Ha acudido a los servicios médicos en el último año Consume ocasionalmente medicamentos sin receta Ha seguido alguna dieta, pero ahora no Preocupa bastante la imagen externa Cambiaría alguna cosa de su aspecto físico Nunca se ha emborrachado en los últimos 12 meses	Declara una forma física excelente o muy buena Actualmente a dieta, con o sin supervisión médica Estilo de vida muy o bastante saludable Preocupa bastante la imagen externa Cambiaría alguna cosa de su aspecto físico Ha fumado antes, pero no ahora

Tras cruzar los diferentes factores con las variables de caracterización y salud, encontramos interesantes diferencias entre los y las jóvenes que componen cada perfil.

En el **factor 1**, que rechaza las normas dietéticas, parecen estar más presentes los hombres, aquéllos con niveles de Secundaria obligatoria y los que se declaran pertenecientes a las clases baja y media-baja. En cuanto a las variables de salud, están más en este factor quienes declaran un estado de salud regular o deficiente o un estilo de vida poco o nada saludable (al parecer sospechan los perjuicios para su salud del régimen de alimentación que siguen).

En el **factor 2**, ligado a la teoría de los efectos saludables de la comida, aparecen de forma más marcada las mujeres, los y las jóvenes de hasta los 19 años y los ubicados en las clases alta y media-alta. Y en cuanto a otras variables son jóvenes muy preocupados por su imagen externa, tanto que, de hecho, han realizado alguna dieta aunque no en la actualidad, y parecen dispuestos a cambiar muchas cosas de su aspectos físico (algo que resulta coherente con los contenidos de este factor pero que, paradójicamente, comparten con los perfiles del grupo anterior).

En el **factor 3**, más ligado a los efectos positivos de la salud en las propias vivencias parecen estar más presentes los jóvenes de las edades más altas, a partir de los 25 años. También, de manera muy consecuente, quienes dicen encontrarse en un mejor estado de salud y dicen llevar un estilo de vida muy o bastante saludable. Igualmente hay más personas que dicen estar siguiendo una dieta o que han dejado de fumar.

Es significativo que en los tres grupos están más representadas aquellas personas preocupadas por su imagen y con deseos de cambiarla, sin más diferencias que las de grado; ello habla de la transversalidad de estas vivencias de interés, incluso preocupación, por la imagen externa.

3.2. SOBRE LAS DIETAS

Probablemente más relacionada con esa preocupación por la imagen que con la salud está la realización de dietas. Al analizar esta cuestión encontramos que una minoría significativa de los y las jóvenes las siguieron o las están siguiendo.

TABLA 3.3. SEGUIMIENTO DE DIETAS

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

DIETAS	N	%
Hice dieta bajo supervisión médica, pero ahora no	120	9,6
Hice dieta sin supervisión médica, pero ahora no	172	13,9
Estoy actualmente a dieta, con supervisión médica	35	2,8
Estoy actualmente a dieta, sin supervisión médica	103	8,3
Nunca he seguido una dieta	772	62,0
No sé/Prefiero no contestar	42	3,4
Total	1.243	100,0

El 62% nunca ha seguido una dieta, frente al 34% que sí la realizó en su momento o la sigue realizando en la actualidad (el 23,5% la hizo en su día aunque ya no y un 11,1% la realiza actualmente). Además, la situación más frecuente es hacer las

dietas sin supervisión médica (lo hicieron o lo hacen el 22,2% de los y las jóvenes, mientras que quienes dispusieron o disponen de control clínico son el 12,4%).

TABLA 3.4. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE SEGUIMIENTO DE DIETAS

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. CATEGORÍAS AGRUPADAS. EXCLUIDOS NS/NC

	EN LA ACTUALIDAD O EN ALGÚN MOMENTO	NUNCA HA SEGUIDO UNA DIETA
Género	Mujer	Hombre
Edad	A partir de 25 años	Hasta los 24 años
Nacionalidad	Española adquirida	Otras nacionalidades
Autopercepción de salud	Mala o muy mala	Buena o muy buena
Autopercepción sobre el peso	Me gustaría pesar menos	Me gustaría pesar más
Autopercepción de la imagen externa	Me preocupa bastante	Apenas me preocupa/no me preocupa nada
Conformidad con el aspecto físico	Cambiaría muchas cosas de mi aspecto físico, no estoy nada a gusto	Estoy conforme con mi aspecto físico
Uso de tratamientos de medicina alternativa	Medicina naturista y acupuntura	
Tener o haber tenido problemas psicológicos	Con frecuencia y continuamente	Nunca o alguna vez
Estudios terminados		Secundaria postobligatoria y Superiores universitarios
Clase social	Baja y media-baja	Alta y media-alta

No sorprende en absoluto que las dietas de adelgazamiento estén muy presentes especialmente entre las mujeres, pues ya se constataba anteriormente que una buena parte de ellas desea pesar menos, da mucha importancia a su imagen externa y desearían cambiar bastantes cosas de su aspecto físico. Además, la frecuencia de seguimiento de dietas es mayor cuanto más alta es la edad (a partir de los 25 años), y también entre aquellos que se ubican en las clases baja y media-baja. Y, evidentemente, entre los que declaran que les gustaría pesar menos, quienes están muy preocupados por su imagen externa y los que les gustaría cambiar muchas cosas de su aspecto físico. Pero lo que más

poderosamente llama la atención entre los que realizan dietas es la presencia de determinadas percepciones acerca de su salud física y psicológica: hay más que confiesan haber tenido algún trastorno psicológico en el último año de manera frecuente y de aquéllos que declaran que su salud es "mala" o "muy mala". Destacan también quienes han acudido a algún tipo de terapia alternativa, como la acupuntura o la medicina naturista.

Por otro lado, entre quienes declaran que nunca han seguido una dieta, se encuentran en mayor proporción los hombres, los que tienen hasta 24 años como máximo, aquéllos que declaran un buen estado de salud y se muestran conformes con su aspecto físico. También los que tienen estudios a partir de Secundaria post-obligatoria y pertenecen a las clases alta o media-alta. Y, contrariamente al caso anterior, quienes niegan problemas psicológicos, al menos frecuentes.

En cuanto al número de dietas iniciadas, la media es de 2,76, algo más para las mujeres (2,88) que para los hombres (2,61). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función de otros perfiles sociodemográficos.

TABLA 3.5. NÚMERO MEDIO DE DIETAS INICIADAS, SEGÚN GÉNERO

BASE: QUIENES HACEN O HICIERON DIETAS. DATOS EN MEDIAS. EXCLUIDOS NS/NC

HOMBRES	MUJERES
2,61	2,88

Los motivos para iniciar dietas se concretan principalmente en tres. El más importante es la pérdida de peso, obviamente el argumento básico: el 58,4% hace o hizo dieta por este motivo, porcentaje mayoritario que es absolutamente coherente con el 53% de los y las jóvenes que declararon en su momento su deseo de perder peso.

Muy relacionado con el anterior, el motivo de mejorar estéticamente ocupa la segunda posición (44,1%); y cerrando la triada básica de motivaciones, sentirse más saludable (36,9%). Este argumentario se completa, pero ya a mucha distancia proporcional, con razones médicas (9%) o de encajar en la norma social (6,7% que lo mencionan).

Las mujeres apuntan más a las razones estéticas y a la pérdida de peso para seguir una dieta, mientras que los hombres fijan más su atención en argumentos como la salud, sin descartar razones médicas.

GRÁFICO 3.3. MOTIVOS PARA INICIAR DIETAS

BASE: HACEN O HICIERON DIETAS. RESPUESTA MÚLTIPLE. % ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN

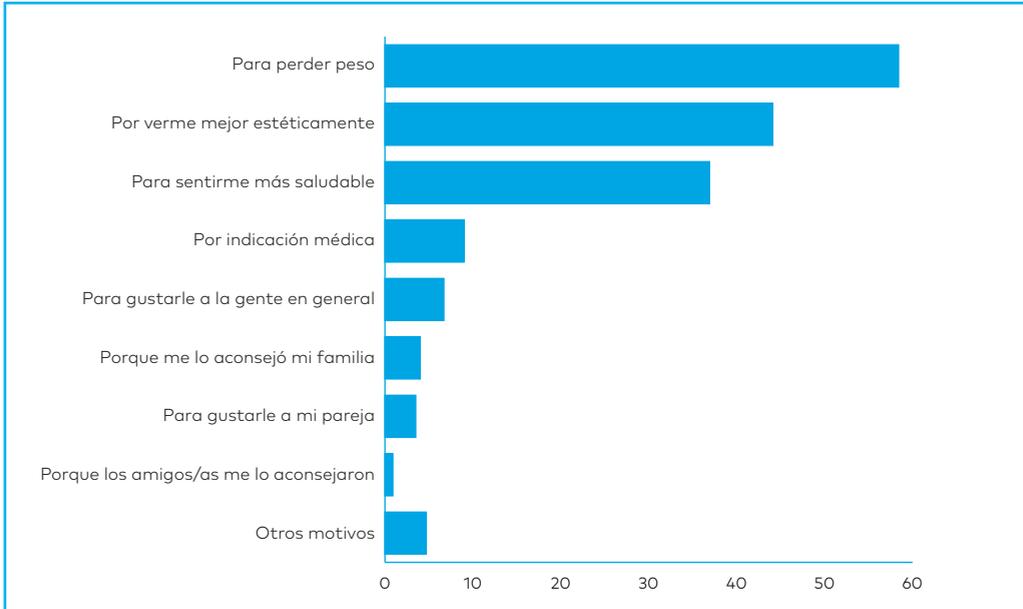


TABLA 3.6. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE LOS MOTIVOS PARA EL INICIO DE DIETAS

$P < 0.05$. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. CATEGORÍAS AGRUPADAS. EXCLUIDOS NS/NC

	GÉNERO	EDAD	NACIONALIDAD	HÁBITAT	ESTADO SALUD AUTOPERCIBIDO
Porque los amigos/as me lo aconsejaron			Española de adopción		
Para gustarle a mi pareja			Otras		Buena o muy buena
Para gustarle a la gente en general	Hombre		Española de nacimiento		
Por indicación médica (problemas de salud)					Muy mala
Para sentirme más saludable	Hombre	Desde los 25 años	Española de nacimiento		
Por verme mejor estéticamente	Mujer	Hasta los 24 años	Española de adopción y otras		Mala
Para perder peso	Mujer	Desde los 25 años	Otras	Pueblos o ciudades peq.	Mala o muy mala

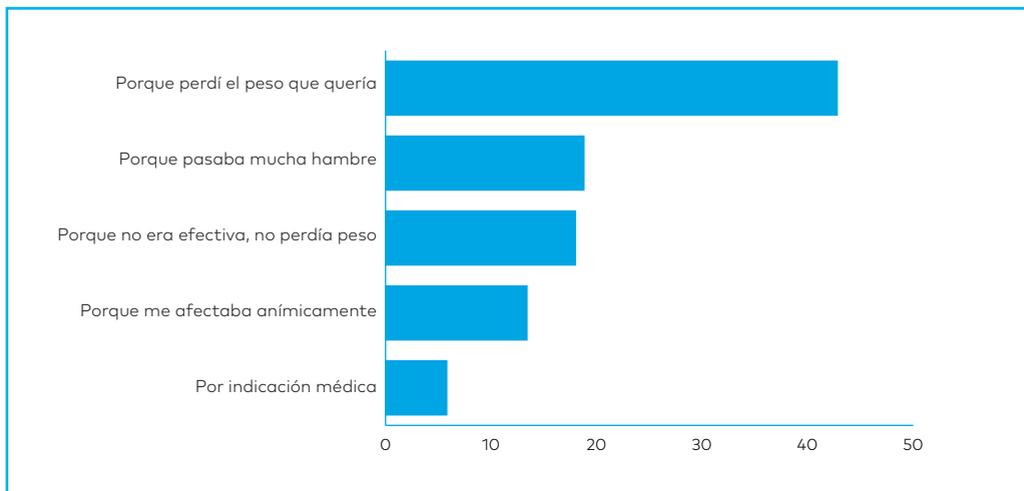
Los más mayores, a partir de los 25 años, parecen más motivados por la pérdida de peso y por razones de salud. Los que declaran mala o muy mala salud inician dietas por casi todos los motivos, incluido por indicación médica, aunque, curiosamente, no sobresalen al aducir razones de salud (“por sentirme más saludable”).

Otra cosa son los motivos para suspender la dieta, en el caso de haberla abandonado. Si el principal motivo para iniciarlas era la pérdida de peso, la primera razón para abandonarla es, evidentemente, haber conseguido los objetivos propuestos en este sentido, “perdí el peso que quería” (42,8%).

GRÁFICO 3.4. MOTIVOS PARA SUSPENDER LA DIETA

BASE: QUIENES HICIERON DIETAS, PERO YA NO.

RESPUESTA MÚLTIPLE. DATOS EN % DE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN



Pero es indudable el esfuerzo que conlleva seguir una dieta; a tal punto que un 18,8% no ha soportado pasar hambre, un 13,4% se vio desbordado por el impacto sobre el estado de ánimo y otro 18,0% no superó la frustración por no conseguir los resultados deseados en la reducción del peso. Pocos abandonaron por consejo médico (5,8%), un porcentaje menor que correlaciona con el bajo número de jóvenes que comenzaron la dieta por indicación y con la supervisión de un profesional de la salud.

Las mujeres tienen más presencia en la interrupción principalmente por dos razones: por no ser lo efectiva que se deseaba o por el impacto anímico de la

dieta. En este motivo, además de encontrar más mujeres que en la media, también aparecen más aquéllos que califican su estado de salud como regular o malo.

En el abandono por falta de efectividad, además de las mujeres, destacan quienes están bastante preocupados por su imagen externa. Es claro que este grupo no ha obtenido los resultados estéticos que se deseaban y de ahí la interrupción; y que además sobresalgan las quejas sobre el estado de salud.

TABLA 3.7. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE MOTIVOS PARA LA INTERRUPCIÓN DE DIETAS
P<0.05. BASE: QUIENES HICIERON DIETAS PERO YA NO. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

	POR INDICACIÓN MÉDICA	PORQUE ME AFECTABA ANÍMICAMENTE	PORQUE NO ERA EFECTIVA, NO PERDÍA PESO	PORQUE PASABA MUCHA HAMBRE	PORQUE PERDÍ EL PESO QUE QUERÍA
Género		Mujer	Mujer		Hombre
Edad			Entre 20 y 24 años		
Tamaño del hábitat de residencia	Grandes ciudades			Pueblos o ciudades pequeñas	
Autopercepción sobre el peso					Conforme mi peso
Autopercepción sobre el estilo de vida					Muy saludable
Autopercepción sobre el aspecto físico					Conforme mi aspecto
Preocupación por la imagen externa			Me preocupa bastante		
Autopercepción de salud		Regular y mala	Mala		

Los hombres están sobrerrepresentados entre quienes concluyeron la dieta al alcanzar los objetivos de adelgazamiento. Ese resultado positivo parece coherente con que también destacan en esta razón quienes están conformes con su peso y su aspecto físico, y aseguran llevar un estilo de vida saludable.

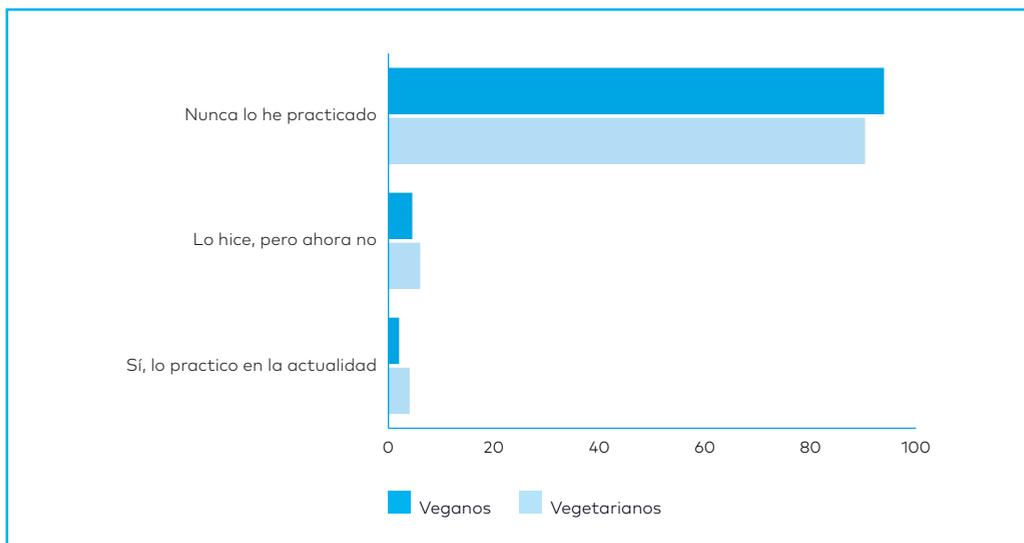
3.3. SOBRE LOS REGÍMENES ALTERNATIVOS

Resta, para concluir este capítulo sobre las pautas alimenticias de los y las jóvenes, el análisis de las prácticas de regímenes alternativos, en este caso el veganismo (que rechaza el uso y consumo de todos los productos de origen animal) y el vegetarianismo (régimen alimentario que tiene como principio dejar de consumir cualquier tipo de carne y pescado).

Las prácticas de ambos tipos de régimen son minoritarias, ninguna supera el 10% de jóvenes que declaran practicarla o haberlo hecho con anterioridad, aunque el vegetariano está ligeramente más extendido.

GRÁFICO 3.5. PRÁCTICA DE REGÍMENES ALTERNATIVOS (VEGANOS Y VEGETARIANOS)

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. RESPUESTA MÚLTIPLE. DATOS EN %



No existen diferencias en este tipo de prácticas entre los diversos perfiles de jóvenes en cuanto a las variables de caracterización, las sociodemográficas, pero sí en cuanto a la variable de percepción de su estado de salud. Para ambos tipos de regímenes aparecen por encima de lo que corresponde como media aquellas

personas que perciben su estado de salud como malo en el caso de los que practican el vegetarianismo, o como regular o malo en el caso de los veganos y veganas. Tal asociación no implica, necesariamente, que se practiquen por motivos de mala salud.

TABLA 3.8. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE PRÁCTICA DE REGÍMENES ALTERNATIVOS
P<0.05. BASE: SIGUEN O HAN SEGUIDO REGÍMENES ALTERNATIVOS. EXCLUIDOS NS/NC

REGÍMENES ALTERNATIVOS (LOS SIGUE O LOS SIGUIÓ)	AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD
Vegetarianismo	Mala
Veganismo	Regular y mala

Entre las razones para el seguimiento de este tipo de regímenes hay que destacar los motivos éticos o morales: "respeto a los animales" (48,1%), "cuestiones ecologistas" (26,7%) o "por ideología" (24,5%).

GRÁFICO 3.6. MOTIVOS PARA LA PRÁCTICA DE REGÍMENES ALTERNATIVOS (VEGANOS Y VEGETARIANOS)
BASE: SIGUEN O HAN SEGUIDO REGÍMENES ALTERNATIVOS. RESPUESTA MÚLTIPLE.
DATOS EN % DE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN



Por detrás de estas consideraciones se coloca la que apunta a los potenciales beneficios para la salud, algo que anota el 22,1%, o al cuidado de la propia salud, el 20,3%. La idea de que es un tipo de alimentación que sienta mejor que otros es un motivo para el 11,8%, y el simple gusto personal ("me gusta más que otro tipo de alimentación") para otro 10,4%. También se apunta una pequeña influencia de agentes externos (8,1% por "influencia de mi familia" y 3,9% por "influencia de amigos").

Poco hay que decir de las diferencias en cuanto a los motivos para la práctica de estas dietas especiales. Las mujeres se posicionan más en cuestiones de salud o de respeto por los animales. Y la edad introduce algún matiz: los más jóvenes se muestran más cercanos a las motivaciones ideológicas o éticas, y los más mayores, a partir de los 25 años, a los motivos de salud ("me sienta mejor que otro tipo de alimentación").

TABLA 3.9. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE LOS MOTIVOS PARA LA PRÁCTICA DE REGÍMENES ALTERNATIVOS (VEGANOS Y VEGETARIANOS)

P<0.05. BASE: QUIENES HAN SEGUIDO O SIGUEN ESTOS REGÍMENES. EXCLUIDOS NS/NC

	GÉNERO	EDAD
Por cuestiones de salud	Mujer	
Porque me gusta más que otro tipo de alimentación		
Porque me sienta mejor que otro tipo de alimentación		Más de 25 años
Por ideología		Hasta 24 años
Por cuestiones ecologistas		Hasta 19 años
Por respeto a los animales	Mujer	

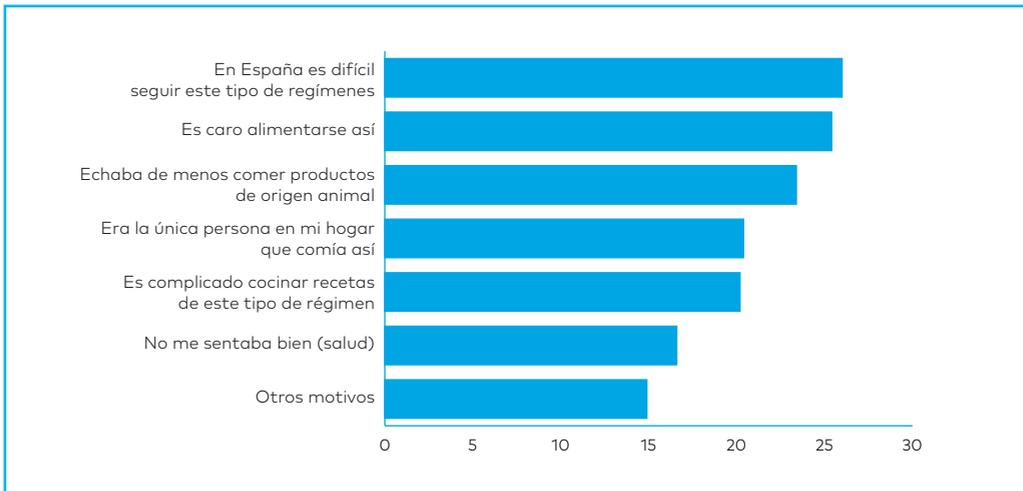
En cuanto a las motivaciones para el abandono de estos regímenes, entre las variadas menciones que se presentan, despuntan las razones prácticas. La más importante es la dificultad del seguimiento de los mismos en España (26%) o lo caro de los productos necesarios (25,4%).

Tampoco son desdeñables las menciones a la rememoración de la dieta convencional ("echaba de menos comer carne", 23,4%), la dificultad que supone afrontar el régimen en soledad ("era la única persona que comía así", 20,4%) o la

complicación de su preparación (20,2%). Menos importancia se da en el conjunto de menciones a los problemas de salud que se podrían tener (16,6%).

GRÁFICO 3.7. MOTIVOS PARA EL ABANDONO DE REGÍMENES ALTERNATIVOS (VEGANOS Y VEGETARIANOS)

BASE: QUIENES HAN SEGUIDO ESTOS REGÍMENES PERO YA NO. RESPUESTA MÚLTIPLE.
DATOS EN % DE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN



4. CONSUMOS DE SUSTANCIAS

No es intención de este estudio recoger de forma pormenorizada los consumos de sustancias, para lo cual existen otros análisis (EDADES¹, ESTUDES²) que observan el fenómeno. Tan sólo se pretende hacer una somera aproximación para poder despistar las correlaciones y el impacto de estos consumos sobre las variables que más nos interesa trabajar.

En cuanto al consumo de tabaco, el 63,5% de los y las jóvenes no fuma en la actualidad, ni tampoco ha fumado anteriormente, lo que constituye una clara mayoría.

TABLA 4.1. CONSUMO DE TABACO

BASE: TOTAL MUESTRA

FUMA	N	%
Sí, fumo a diario	217	17,5
Sí fumo, pero no a diario	64	5,1
No fumo actualmente, pero he fumado antes	151	12,1
No fumo ni he fumado nunca de manera habitual	790	63,5
No sé/Prefiero no contestar	22	1,8
Total	1.243	100,0

Quienes han fumado antes pero no lo hacen en la actualidad, representan el 12,1% y los fumadores actuales, tanto si son diarios como ocasionales (no todos los días) suman el 22,6% de los y las jóvenes. Existe una radical diferencia entre los distintos perfiles en los comportamientos hacia el hábito de fumar.

1. EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España, realizada por el Plan Nacional sobre Drogas.
2. ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, realizada por el Plan Nacional sobre Drogas.

Los fumadores habituales, a diario, son en mayor medida mujeres, a partir de los 25 años, pertenecientes a clases baja y media-baja (estos últimos fuman de manera habitual mucho más que el resto, 25,6%, siendo la media de 17,5%), con estudios de Secundaria obligatoria (entre éstos fuman habitualmente el 29,5%, también muy por encima de la media) y que se declaran en paro. Por otro lado, en la calificación de su estado de salud existe un más frecuente reconocimiento de encontrarse en peor forma física que sus compañeros y llevar un estilo de vida poco o nada saludable.

TABLA 4.2. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. CATEGORÍAS AGRUPADAS. EXCLUIDOS NS/NC

	SÍ, FUMO A DIARIO	NO ACTUALMENTE PERO SÍ ANTES	NO FUMO NI HE FUMADO DE FORMA HABITUAL
Género	Mujer		Hombre
Edad	Más de 25 años	Más de 25 años	Hasta 19 años
Clase social	Media-baja y baja (25,6%)		Clase alta y media alta (77,1%)
Actividad	En paro		Sólo trabaja y estudia y trabaja
Estudios terminados	Hasta Secundaria obligatoria (29,5%)		A partir de Secundaria post-obligatoria (78,0%)
Estado autopercebido de forma física	Deficiente		Excelente
Autopercepción estilo de vida	Poco/nada saludable		Muy/bastante saludable

Entre quienes no fuman ni nunca fumaron están sobrerrepresentados los hombres, los y las más jóvenes (hasta los 19 años), quienes se incluyen en clases sociales altas (que se declaran ex-fumadores en una proporción del 77,1%, frente a un promedio de 63,5%), los que estudian o compatibilizan trabajo y estudio y los que tienen estudios a partir de la Secundaria obligatoria (un 78% declara no haber fumado nunca). En comparación con el grupo anterior de fumadores, tienen una elevada percepción positiva de su estado de salud, al que califican

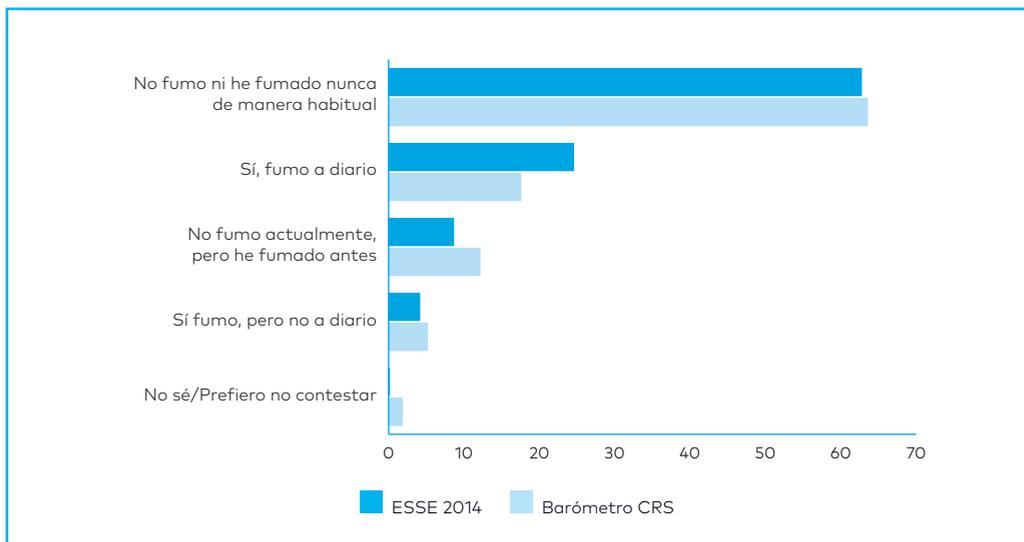
generalmente como excelente, y también afirman en mayor medida llevar una vida muy o bastante saludable. Las personas ex-fumadoras se encuentran en mayor medida entre quienes tienen más de 25 años.

Estos datos, comparados con los de la EESE (Encuesta Europea de Salud en España), para la última ronda disponible (realizada en 2014), muestra descensos en las prevalencias de jóvenes fumadores y fumadoras entre 15 y 29 años (15 y 34 años para los datos de la EESE). Lo limitado de nuestra muestra y, sobre todo, los distintos rangos de edad estudiados, quitan valor a este dato e impiden interpretarlo como tendencia firme; en todo caso reflejamos las diferencias para mejor contextualizar nuestra información.

- La proporción de no fumadores ha subido 0,8 puntos porcentuales desde el 2014; del 62,7% de ese año al 63,5% del 2017.
- La mayor diferencia se da entre los fumadores habituales, a diario. Del 24,5% que representaban en el 2014 se ha pasado al 17,5% de 2017.
- Coherentemente con lo anterior, hay aumento en la proporción de ex-fumadores, del 8,6% al 12,1%, y también un muy ligero incremento de los fumadores ocasionales, que suben un punto porcentual, del 4,1% al 5,1%.

GRÁFICO 4.1. DIFERENCIA EN LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO DE TABACO ENTRE EL PRESENTE ESTUDIO (15-29 AÑOS) Y LA EESE 2014 (15-34 AÑOS)

DATOS EN %



Fuentes: EESE 2014 y CRS. Barómetro 2017.

Seleccionando a quienes fuman o han fumado alguna vez, tanto a diario como ocasionalmente, el consumo medio de tabaco (incluido el tabaco de liar) alcanza un valor medio de 9,39 cigarrillos al día.

TABLA 4.3. CONSUMO DE CIGARRILLOS/DÍA, GENERAL Y POR SEXO

BASE: FUMADORES ACTUALES Y EX-FUMADORES. DATOS EN MEDIAS. EXCLUIDOS NS/NC

HOMBRES	MUJERES	MEDIA GENERAL
9,97	8,89	9,39

El número medio de cigarrillos diarios consumidos es superior en hombres que en mujeres (9,97 cigarrillos ellos por 8,89 ellas).

Por tanto, aunque las mujeres fuman en mayor proporción que los hombres, como hemos comprobado anteriormente, su media de consumo es algo más reducida.

Tratando de diferenciar a quienes fuman por encima o por debajo de la media (9,39 cigarrillos), encontramos algunas variables relevantes.

TABLA 4.4. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE QUIENES CONSUMEN MÁS O MENOS DE LA MEDIA DE CIGARRILLOS/DÍA (9,39 CIGARRILLOS)

P<0.05. BASE: QUIENES FUMAN O FUMARON. CATEGORÍAS AGRUPADAS. EXCLUIDOS NS/NC

	EDAD	ACTIVIDAD	ESTUDIOS	ESTILO VIDA AUTOPERCIDO	PROBLEMAS CRÓNICOS
Mayor que la media	Más de 25 años (10,45)	Sólo estudia (11,03) En paro (10,54)	Hasta Secundaria obligatoria (10,43)	Nada saludable (17,55)	Sí (10,44)
Menor que la media	Menos de 19 años (6,41)		Secundarios post-oblig. (7,21) y Superiores universitarios (7,32)	Muy saludable (6,52)	

- El consumo significativamente mayor que la media (9,39 cigarrillos/día) lo protagonizan básicamente los mayores de 25 años, cuyo número de cigarrillos diarios supera ampliamente los 10, los que sólo estudian (11,03 cigarrillos al día) o están en paro (más de 10,54), con nivel básico de estudios o los que poseen niveles de estudio de hasta Secundaria obligatoria (10,43). Por supuesto, entran dentro de esta categoría los que definen su estilo de vida como nada saludable, cuya media sube hasta unos espectaculares 17,55 cigarrillos al día, y los que declaran problemas crónicos de salud (hasta 10,44).
- El consumo significativamente menor que la media lo declaran los más jóvenes (hasta los 19 años: 6,41 cigarrillos día), aquéllos con estudios que superan el nivel básico (post-obligatorios: 7,21 y universitarios: 7,32) y los que declaran llevar un estilo de vida muy saludable, cuya media es de 6,52 cigarrillos diarios.

Entre los fumadores y fumadoras, la edad media global de inicio del consumo es de 15,74 años: ellos comienzan de media a los 16,38 años frente a las mujeres, que tienen una edad media de inicio más baja, a los 15,27 años.

TABLA 4.5. EDAD MEDIA DE INICIO AL CONSUMO DE TABACO, GENERAL Y POR GÉNERO

BASE: FUMADORES ACTUALES Y EXFUMADORES. DATOS EN AÑOS. EXCLUIDOS NS/NC

HOMBRES	MUJERES	MEDIA GENERAL
16,38	15,27	15,74

Pero en esta media de inicio confluyen algunas características sociodemográficas (tabla 4.6), que reflejan perfiles diferentes entre quienes comenzaron a fumar antes o después de la media general (15,74 años).

Los nacionales de adopción (14,53 años), aquéllos pertenecientes a las clases media-baja y baja (15,36 años) y los que residen en ciudades de tamaño medio (15,53 años) comienzan, de manera significativa, algo más tempranamente el hábito que el resto, mientras que los de inicio más tardío son los de clase media o alta (16,21 años), los residentes en grandes ciudades (16,43 años) y aquéllos que declaran estudios superiores (17,45 años).

Los que mantienen el hábito en la actualidad han procurado dejar de fumar (consiguiendo como mínimo 24 horas de abstinencia) una vez en el último año en una buena proporción de casos, el 57,3%. Dos veces, o tres o más, lo han intentado en muy similares proporciones, 21,8% y 20,9%, respectivamente (tabla 4.7).

TABLA 4.6. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE QUIENES EMPEZARON A FUMAR ANTES O DESPUÉS DE LA MEDIA GENERAL DE EDAD (15,74 AÑOS)

P<0.05. BASE FUMADORES ACTUALES Y EX-FUMADORES. EXCLUIDOS NS/NC

	NACIO- NALIDAD	CLASE SOCIAL	HÁBITAT	ESTUDIOS
Antes que la media general	Española adquirida (14,53)	Baja y media baja (15,36)	Ciudades tamaño medio (15,53)	Secundarios obligatorios (15,42)
Después que la media general		Alta y media alta (16,21)	Grandes ciudades (16,43)	Superiores universitarios (17,45)

TABLA 4.7. NÚMERO DE INTENTOS DE DEJAR DE FUMAR EN EL ÚLTIMO AÑO

BASE FUMADORES

Nº DE INTENTOS	N	%
Uno	198	57,3
Dos	75	21,8
Tres o más	73	20,9
Total	346	100,0

Interrogados por el consumo de alcohol, los y las jóvenes muestran una distribución bastante dispersa en intensidad y frecuencia. Los no consumidores en el último año (nunca) representan el 21,3% de los y las jóvenes.

El consumo esporádico (muy pocas veces al año, 8 o 10) alcanza al 33,1%. Los consumidores más frecuentes (algunas veces al mes, a la semana o diariamente) suman un porcentaje muy relevante como conjunto (48%), pero están muy distribuidos en frecuencia. Los consumidores mensuales (2 o 3 días al mes) son mayoritarios, con el 26,3% de las menciones; los semanales (2 o 3 veces semana) son el 14,3% y los intensivos (todos o casi todos los días) representan una parte residual, el 3,4%.

**TABLA 4.8. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL
(DE TODO TIPO) EN EL ÚLTIMO AÑO**

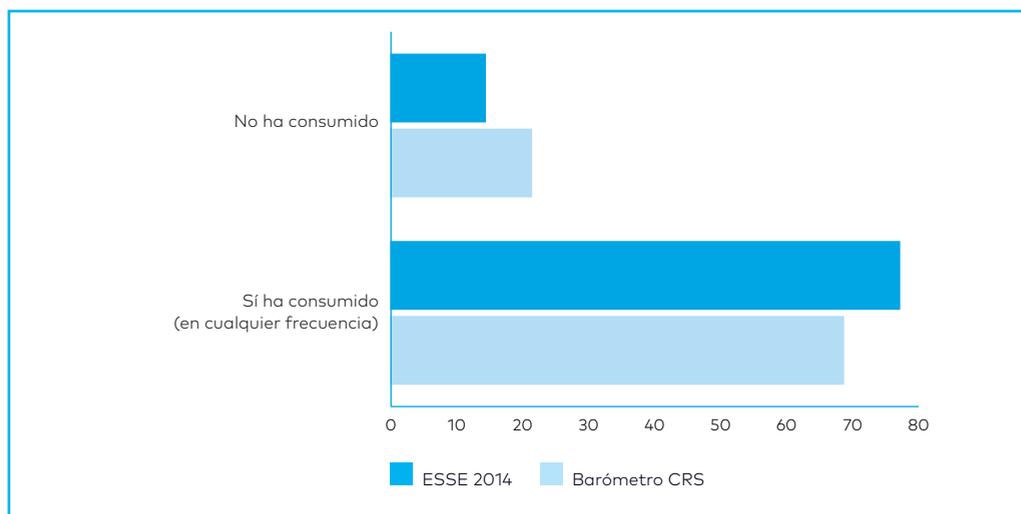
BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

FRECUENCIA DE CONSUMO	N	%
Todos o casi todos los días	42	3,4
2 o 3 días a la semana	178	14,3
2 o 3 días al mes	327	26,3
Muy pocas veces (8 o 10 veces al año)	412	33,1
Nunca	265	21,3
No sé/Prefiero no contestar	20	1,6
Total	1.243	100,0

Comparando los datos con los relativos a la EESE (Encuesta Europea de Salud en España), de 2014, pese a tratarse de rangos de edad distintos, se detecta un aumento del consumo declarado en el último año.

**GRÁFICO 4.2. DIFERENCIAS EN LAS PREVALENCIAS
DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ENTRE EL
PRESENTE ESTUDIO (15-29 AÑOS) 2017 Y LA EESE 2014 (15-34 AÑOS)**

DATOS EN %



Fuentes: EESE 2014 y CRS. Barómetro 2017.

Los no consumidores en el último año pasan del 14,3 de 2014 al 21,3%. Los consumos en cualquier frecuencia, evidentemente, descienden del 77,1% al 68,6%. Ya decíamos al hablar del tabaco que los diferentes rangos de edad impiden comparar en bruto. Cabría hipotetizar que, si a medida que se crece, entre los 29 y 34 años, aumenta el hábito de fumar a diario, en relación con el alcohol pasa lo contrario: de los 29 a los 34 años disminuye la ingestión.

Las diferencias en las distintas variables sociodemográficas de los perfiles marcan, como en ocasiones anteriores, diversos patrones.

TABLA 4.9. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

	NUNCA/MUY POCAS VECES AL AÑO	ALGUNAS VECES AL MES/ SEMANA/TODOS LOS DÍAS
Género	Mujer	Hombre
Edad	Hasta los 19 años	A partir de los 20 años
Actividad	En paro	Sólo estudia y estudia y trabaja
Clase social	Baja y media-baja	Alta y media-alta
Estudios terminados	Hasta Secundaria post-obligatoria	
Fuma	No fuma ni ha fumado y no fuma en la actualidad pero sí anteriormente	
Autopercepción estado de salud	Mala o muy mala	Buena o muy buena
Autopercepción estilo de vida	Muy/bastante saludable	

El patrón de consumo bajo (muy pocas veces al año) o, directamente, el de abstención total en los últimos 12 meses es más propio de las mujeres, de los más jóvenes entre las edades de referencia (hasta los 19 años), de aquéllos en desempleo, y de los y las jóvenes pertenecientes a las clases baja y media-baja. Curiosamente, este perfil tiende más que la media a señalar su estado de salud como malo o muy malo, pero a declarar llevar un estilo de vida muy o bastante

saludable; de hecho, declaran mayoritariamente no fumar ni haberlo hecho con anterioridad, o haber abandonado el hábito de fumar.

Básicamente, el perfil de los consumidores con frecuencias de algunas veces al mes o a la semana es la contraposición del anterior. Predominan en él los hombres, algo más mayores (a partir de los 20 años), que señalan estar estudiando o que combinan trabajo y estudio, y que pertenecen a las clases media o media-alta. Señalan, además, que su estado de salud es muy o bastante bueno.

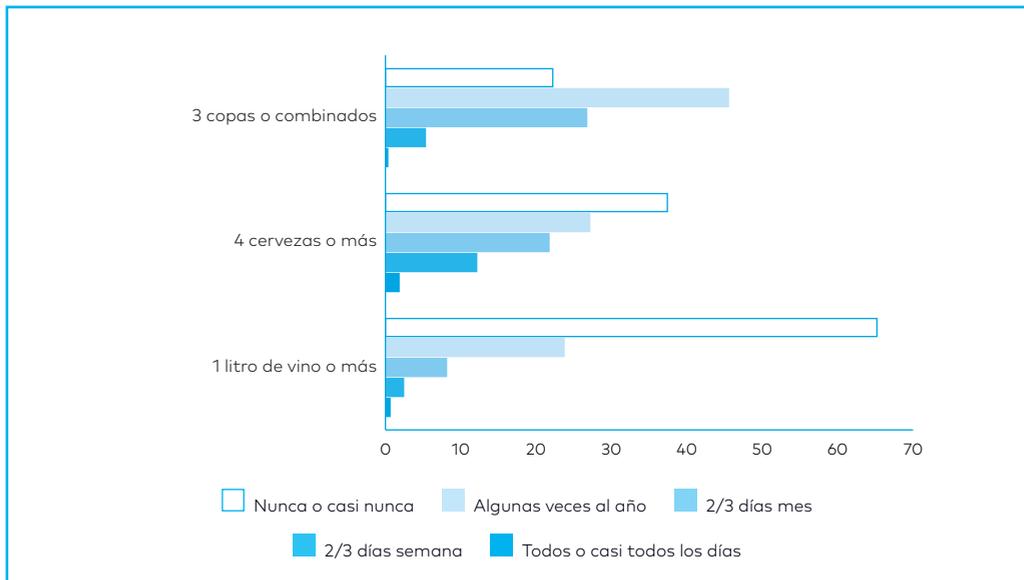
No vamos a repetir las consideraciones que hicimos al analizar los perfiles sobre las percepciones de salud y las correlaciones que se establecían entre éstas y los consumos de tabaco. Pueden valer igualmente en este momento.

Entre los bebedores, se intentó analizar la ingesta de alcohol abusiva (denominado consumo de atracón o "binge drinking"³) mediante la formulación de la batería estándar: "Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has tomado en una sola ocasión...? 1 litro de vino o más; 4 o más cervezas (cañas, botellines, dobles, etc.) y 3 copas (combinados) o más."

GRÁFICO 4.3. FRECUENCIA DE CONSUMOS DE ATRACÓN

BASE: BEBEDORES EN EL ÚLTIMO AÑO CON CUALQUIER FRECUENCIA

DATOS EN %. EXCLUIDOS NS/NC



3. La pregunta estándar para medir el consumo por atracón (binge drinking o CIA, consumo intensivo de alcohol) lleva incorporada la necesidad de haber consumido las unidades descritas de alcohol en un plazo de dos horas, que este cuestionario no aplicaba.

- El vino es la bebida alcohólica que protagoniza menos consumos de atracón en los últimos 12 meses; el 65,2% de los y las jóvenes no ha consumido nunca más de un litro en una sola ocasión; sin embargo, un 23,7% lo ha hecho algunas veces al año y un 10,5% con una frecuencia mínima de dos o tres días al mes; de éstos, el 2,4% bebió más de un litro de vino en cada oportunidad dos o tres veces a la semana, todas las semanas.
- La cerveza presenta unas pautas de consumo de atracón más frecuentes. Un 37,4% no ha consumido cerveza en modo atracón en los últimos 12 meses. Pero las frecuencias de quienes sí lo han hecho son llamativas: un 27,1% la hizo algunas veces al año; un llamativo 33,8% reitera ese comportamiento varias veces al mes o incluso dos o tres veces por semana y un minoritario 1,8% consume más de cuatro cervezas cuando bebe, prácticamente a diario.
- Los combinados representan la forma más usual de consumo de atracón. Un minoritario 22,2% no los ha consumido en este modo nunca en el último año. Pero un 45,5% lo ha hecho por lo menos algunas veces al año. Más significativas aún son las cifras de los consumos más frecuentes: algunos días cada mes lo hizo el 26,7%, mientras un 5,3% declara haber realizado un consumo empleando este tipo de alcohol, dos o tres veces por semana.

Los perfiles sociodemográficos dan una idea de las diferencias que caracterizan a estos consumidores de atracón.

Los que nunca consumieron de atracón en el último año son, en relación con el vino y la cerveza, más frecuentemente mujeres, quienes son más jóvenes (hasta los 19 años), quienes trabajan o combinan estudios y trabajo, que perciben su salud como buena o muy buena y que, además, nunca han fumado. En relación con los combinados, quienes nunca consumieron de esta forma en los últimos doce meses presentan un perfil mucho más transversal. Lo único significativo es que declaran llevar un estilo de vida más saludable que el resto.

Los que declaran consumo de atracón algunas veces al año, especialmente en vino, son algo más mayores (a partir de los 20 años), que sólo estudian o estudian y trabajan, que fuman, aunque sea de manera ocasional, y que tienen una percepción de salud algo peor que sus compañeros. En relación con cerveza y combinados los perfiles muestran escasas diferencias.

Quienes consumen vino o cerveza en atracón con mayores frecuencias, algunas veces al mes o a la semana, tienen perfiles similares. Entre ellos hay más fumadores, aunque no diarios, cuando se trata de vino. Si hablamos de cerveza hay más hombres, algo más mayores (a partir de los 20 años) y que estudian o

combinan estudios y trabajo; curiosamente en el perfil no aparecen variables de autopercepción de salud, cosa que sí sucede, prácticamente como única variable significativa en los perfiles de quienes consumen de atracón combinados con esta frecuencia de como mínimo varias veces al mes.

TABLA 4.10. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE LA FRECUENCIA DE CONSUMOS DE ATRACÓN
P<0.05. BASE: BEBEDORES EN EL ÚLTIMO AÑO CON CUALQUIER FRECUENCIA EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

CONSUMO DE ATRACÓN	NUNCA	ALGUNAS VECES AL AÑO	2/3 DÍAS AL MES	2/3 DÍAS SEMANA O A DIARIO
Vino	Mujer Hasta 19 años Sólo trabajan o trabajan y estudian Autopercepción de salud buena o muy buena No fuma ni ha fumado	A partir de los 20 años Sólo estudian o estudian y trabajan Autopercepción de salud mala Fuma, pero no a diario	Fuma, pero no a diario	Fuma, pero no a diario
Cerveza	Mujer Hasta 19 años Sólo trabajan Autopercepción de salud buena o muy buena No fuma ni ha fumado Estudios hasta Secundaria oblig.	Estudios superiores universitarios	Hombre A partir de 20 años Sólo estudian o estudian y trabajan	Hombre A partir de 20 años Sólo estudian o estudian y trabajan
Combinados	Nacionalidad española adquirida Estilo de vida muy o bastante saludable	Nacionalidad española	Nacionalidad española Estilo de vida poco o nada saludable	Estilo de vida poco o nada saludable

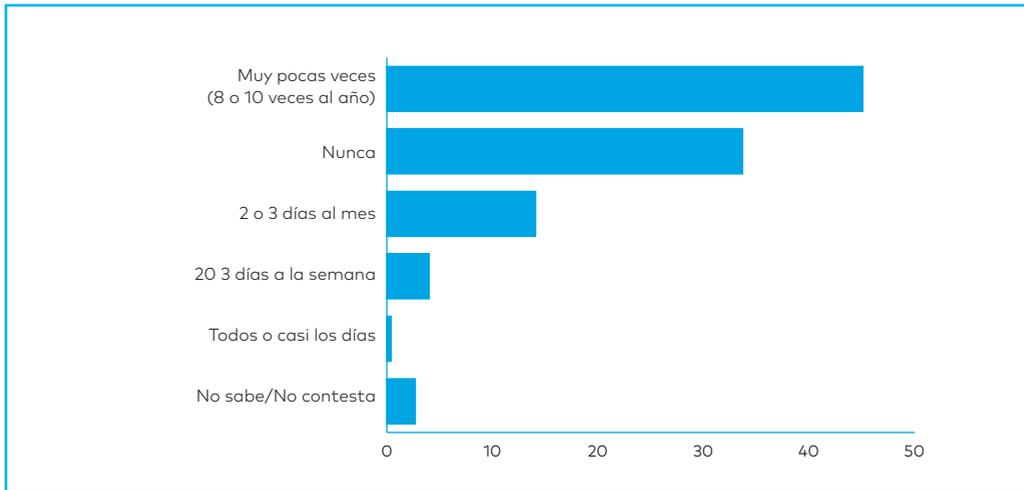
Otra medida del consumo de riesgo de alcohol es la frecuencia con la que se han experimentado síntomas de intoxicación aguda, analizada mediante la cuestión

“¿Con qué frecuencia has bebido lo suficiente para sentirte borracho (por ejemplo, sensación de inestabilidad o dificultades para hablar)?”

GRÁFICO 4.4. FRECUENCIA DE BORRACHERAS EN EL ÚLTIMO AÑO

BASE: BEBEDORES EN EL ÚLTIMO AÑO, CON CUALQUIER FRECUENCIA

DATOS EN %. EXCLUIDOS NS/NC



Lo primero que hay que señalar es que quienes no se emborracharon nunca son una minoría (33,7%), superada por quienes lo hicieron pocas veces en el año (45,1% de los y las jóvenes). Una frecuencia más alta, dos o tres días al mes, es señalada por un 14,1% y la de dos o tres veces semanales por el 4%. Se emborracharon casi todos los días, según confesión propia, el 0,4% de los y las jóvenes.

Notoriamente, quienes no se emborracharon o lo hicieron con muy poca frecuencia en el último año fueron mayoritariamente mujeres, quienes no fuman, que declaran forma física excelente y que perciben su estilo de vida como muy o bastante saludable.

Un perfil contrario distingue a quienes han experimentado borracheras algunas veces al mes o algunas veces a la semana: hay más hombres y más que declaran fumar. Tampoco, como en el caso de los “atracones”, en este perfil de bebedores excesivos aparece un señalamiento de problemas de salud. Es obvio que, dadas las edades de la muestra, se mantiene la idea de que los excesos en la bebida todavía no suponen un coste en problemas físicos y son compatibles con las vivencias de buena salud.

TABLA 4.11. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE FRECUENCIA DE BORRACHERAS EN EL ÚLTIMO AÑO

P<0.05. BASE: BEBEDORES EN EL ÚLTIMO AÑO, CON CUALQUIER FRECUENCIA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

	NUNCA/MUY POCAS VECES AL AÑO	ALGUNAS VECES AL MES O SEMANA Y TODOS LOS DÍAS
Género	Mujer	Hombre
Fuma	No fuma ni ha fumado y no fuma en la actualidad, pero sí anteriormente	Fumadores diarios y ocasionales
Autopercepción forma física	Excelente	
Autopercepción estilo de vida	Muy/bastante saludable	

Las motivaciones para el consumo de alcohol forman parte de los elementos a analizar (gráfico 4.5). Pues bien, las respuestas confirman que estas motivaciones están ligadas al ocio y a la fiesta, correlacionándose de forma estrecha con la diversión y el fin de semana.

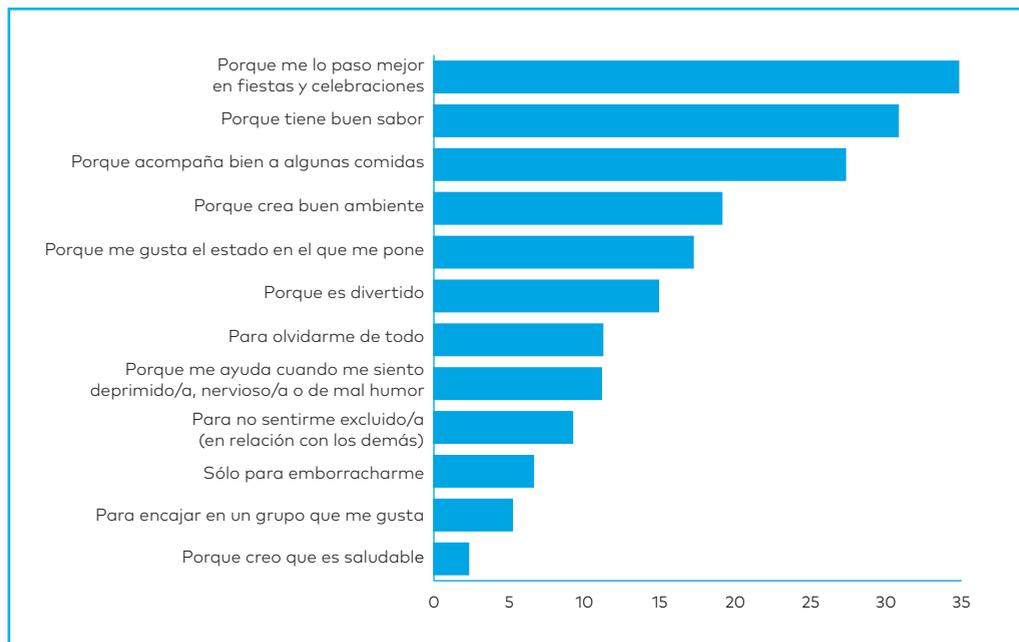
"Me lo paso mejor en fiestas y celebraciones" es la razón más mencionada por los y las jóvenes, con un 34,8% que lo señalan. El señalamiento de características organolépticas, "tiene buen sabor", también resulta un argumento para su consumo para un 30.8%, igual que su valor gastronómico, "porque acompaña bien a algunas comidas", explicación esgrimida por el 27,3%. Este trío de motivaciones integra la parte central de la motivación para el consumo; lo complementan el uso del alcohol como facilitador social y relacional, "crea buen ambiente" (19,1% de personas lo mencionan) y los motivos de carácter más emocional o psicológico: "me gusta el estado en el que me pone" (17,2%) o "es divertido" (14.9%).

En mucha menor proporción, aunque reseñable, aparecen los motivos que apuntan a la evasión, "para olvidarme de todo" (11,2%), al supuesto efecto antidepresivo, "me ayuda cuando me siento deprimido" (11,1%), o a la facilitación de procesos de inclusión social, "para no sentirme excluido" (9,2%) o "para encajar en un grupo que me gusta" (5,2%).

GRÁFICO 4.5. MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. RESPUESTA MÚLTIPLE

DATOS EN % DE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN



Podrían resumirse los perfiles que abonan estos diferentes motivos en unas pocas pinceladas:

- Los hombres apuntan en mayor medida motivaciones relacionadas con lo social-festivo y lo relacional: "es divertido", "me gusta el estado en que me pone" y "crea buen ambiente".
- También en las franjas de edad hasta los 24 años se subraya la íntima relación entre alcohol y fiesta ("me lo paso mejor en fiestas y celebraciones", "es divertido" y "crea buen ambiente"), y sólo a partir de esa edad se empiezan a apreciar las características organolépticas ("porque acompaña bien a algunas comidas").
- Los españoles de origen respaldan en mayor medida que el resto de nacionalidades casi todas las motivaciones; salvo dos, "para emborracharme" y "para olvidarme de todo", en las que despuntan los jóvenes de otras nacionalidades.
- Quienes se incluyen en las clases alta y media-alta destacan los significados de fiesta y diversión asociados al consumo ("es divertido", "crea buen ambiente", "me lo paso mejor en fiestas y celebraciones"), mientras las y los que se ubican

en las clases baja o media-baja destacan los efectos evasivos o sintomáticos ("para olvidarme de todo" y "me ayuda cuando estoy deprimido").

- Como antes, entre quienes subrayan los aspectos festivos aparecen menos indicadores de salud, mientras que quienes abonan razones compensatorias manifiestan más un estado de salud "regular" y una forma física "francamente mala".
- No puede obviarse la relación entre consumo de alcohol y tabaco, algo que se refleja perfectamente en las diferencias entre perfiles. Los que declaran fumar, ya sea diaria u ocasionalmente, destacan en la asociación de alcohol y fiesta, "me lo paso mejor en fiestas y celebraciones", "es divertido", "crea buen ambiente" o "me gusta el estado en que me pone".
- El resto de sustancias psicoactivas presenta unas frecuencias de consumo mucho más reducidas, salvo para el caso del cannabis.

TABLA 4.12. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE MOTIVOS PARA BEBER ALCOHOL

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

MOTIVOS	GÉNERO	EDAD	NACIONALIDAD	ESTUDIOS
Porque me gusta el estado en que me pone	Hombre	Hasta 24 años	Español de nacimiento	Secundaria post-obligatoria
Porque es divertido	Hombre	Hasta 24 años	Español de nacimiento	
Porque me lo paso mejor en las fiestas y celebraciones		Hasta 24 años	Español de nacimiento	Superiores universitarios
Para no sentirme excluido/a (en relación con los demás)			Otras nacionalidades	
Porque crea buen ambiente	Hombre	Hasta 24 años		
Sólo para emborracharme			Otras nacionalidades	
Para olvidarme de todo		Hasta 24 años	Otras nacionalidades	
Porque me ayuda cuando me sientes deprimido/a, nervioso/a o de mal humor				Hasta Secundaria obligatoria
Porque tiene buen sabor			Español de nacimiento	Superiores universitarios
Porque acompaña bien a algunas comidas		Más de 25 años	Español de nacimiento	

MOTIVOS	FUMA	CLASE SOCIAL	ESTADO SALUD AUTOPERCIBIDO	FORMA FÍSICA AUTOPERCIBIDA
Porque me gusta el estado en que me pone	Diario u ocasional	Alta y media-alta		Excelente
Porque es divertido	Diario u ocasional	Alta y media-alta		Excelente
Porque me lo paso mejor en las fiestas y celebraciones	Ocasional	Alta y media-alta	Bueno y muy bueno	
Para no sentirme excluido/a (en relación con los demás)				Excelente
Porque crea buen ambiente	Ocasional	Alta y media-alta		
Sólo para emborracharme				Deficiente
Para olvidarme de todo		Baja y media-baja	Regular	Francamente mala
Porque me ayuda cuando me sientes deprimido/a, nervioso/a o de mal humor		Baja y media-baja	Regular	Francamente mala
Porque tiene buen sabor			Bueno y muy bueno	
Porque acompaña bien a algunas comidas				

Después de alcohol y tabaco, la sustancia más consumida es el cannabis, que ha declarado usar el 21% de los y las jóvenes. En mayor medida en las frecuencias muy bajas (11,6% "muy pocas veces al año"), pero con un consumo diario o casi diario del 4,5%. Además, de manera ocasional, varias veces al mes, consume el 2,9% de los y las jóvenes, y con mucha frecuencia, dos o tres días a la semana, lo hace otro 2,0%. Hay que señalar, como algo excepcional entre las sustancias ilegales, que es mayor el porcentaje de quienes consumen a diario que el de quienes lo hacen con, aunque alta, menor frecuencia.

El resto de sustancias presenta patrones de consumo muy bajos: las anfetaminas son consumidas de forma no excepcional por el 1,5%, los alucinógenos por el 1,8%, los tranquilizantes e hipnóticos por el 2,6%, la cocaína por el 2,2% y la heroína por un residual 0,9%.

TABLA 4.13. FRECUENCIA DE CONSUMOS DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %

	TODOS O CASI TODOS LOS DÍAS	2 O 3 DÍAS A LA SEMANA	2 O 3 DÍAS AL MES	MUY POCAS VECES (8 O 10 VECES AL AÑO)	NUNCA
Cannabis (hachís, marihuana, porros)	4,5	2	2,9	11,6	79,0
Anfetaminas	0,4	0,5	0,6	1,6	96,9
Alucinógenos (MDMA, éxtasis)	0,4	0,6	0,8	3,0	95,2
Tranquilizantes e hipnóticos	0,7	0,8	1,1	3,1	94,3
Cocaína	0,2	0,5	1,5	3,1	94,8
Heroína	-	0,5	0,4	0,7	98,4

Por edades y género, la distribución de consumos del cannabis presenta ciertos patrones diferenciales.

Los hombres consumen más que ellas, aunque no mucho más, en el cómputo global de todas las frecuencias; un 22,9% por un 19,2%, respectivamente.

Entre los consumidores, ellos fuman más que ellas en las frecuencias semanales y mensuales, pero en la frecuencia diaria (un dato poco consistente, dado lo escaso de la muestra) hay más mujeres que hombres.

Por grupos de edad, las diferencias en el consumo de cannabis también son bastante claras y definidas.

- Los más jóvenes son los que en mayor medida declaran el no consumo (83,8% entre los 15 y los 19 años, por el 77,2% entre los 20 y los 24 años y el 76,9% para los más mayores).
- El consumo esporádico (muy pocas veces al año) ronda el 11%, algo menos en los de 25-29 años (10,5%) y algo más para los más jóvenes (11,4%) y también más para el grupo de edad intermedia, de 20 a 24 años, 13,2%.
- Para la frecuencia de dos o tres días al mes, los más jóvenes son los menos presentes, el 1,4%; aumentan significativamente las edades intermedias (4,8%) y disminuye el grupo de mayor edad (2,4%).
- En el consumo semanal: poca presencia de los más jóvenes (0,9%), incremento en las edades intermedias (1,3%) y máximos en las edades más altas (3,4%).
- El consumo de todos o casi todos los días incluye al 2,4% de los más jóvenes, se incrementa en el grupo de edad intermedio (20-24 años: 3,5%) y llega a su máximo en el grupo de edad mayor, 6.8%.

Por tanto entre los 15 y 29 años se da un claro incremento de prevalencias y frecuencias de consumo de cannabis a medida que se va creciendo.

GRÁFICO 4.6. FRECUENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS POR GÉNERO

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %

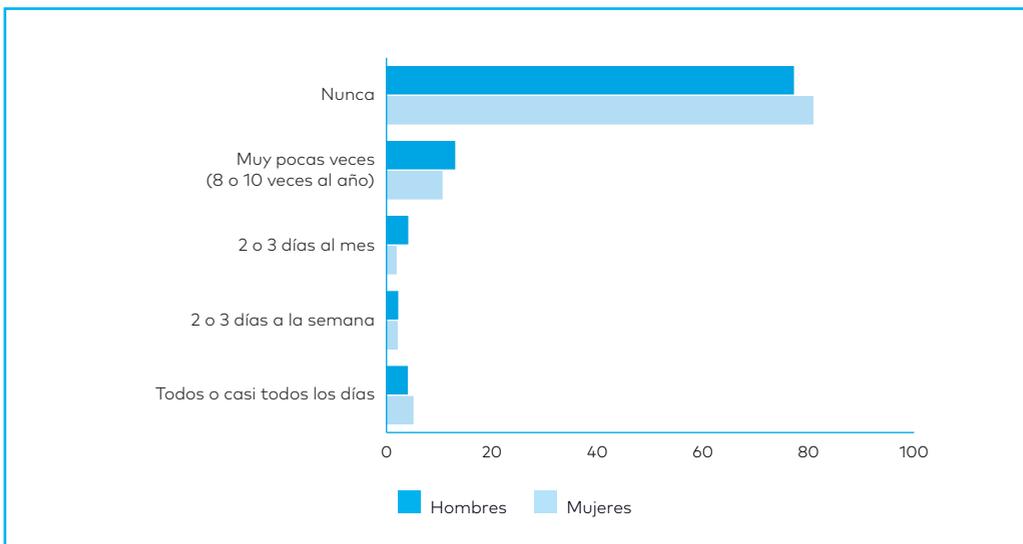


GRÁFICO 4.7. FRECUENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS POR EDAD

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %

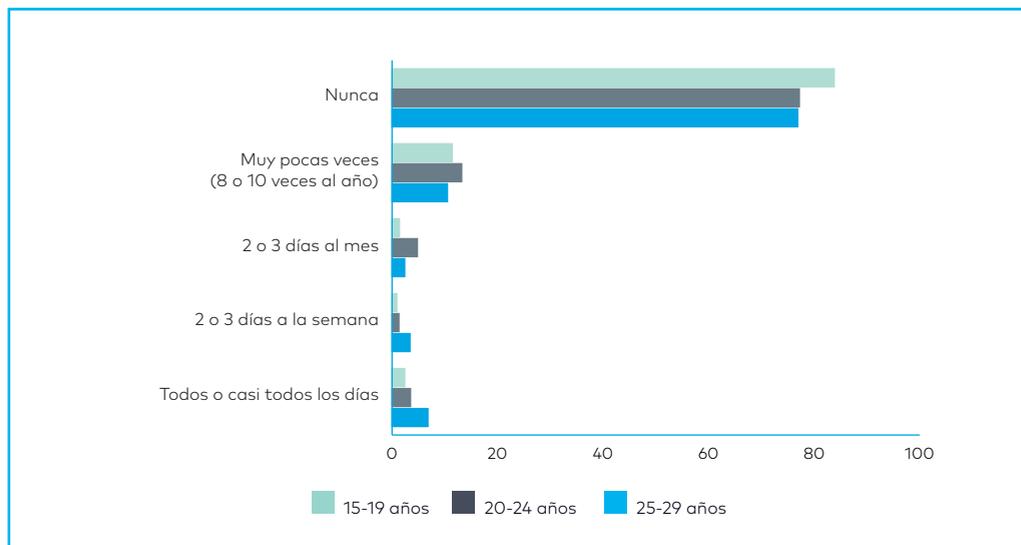


TABLA 4.14. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

	TODOS O CASI TODOS LOS DÍAS	2/3 DÍAS AL MES	MUY POCAS VECES (8-10 AL AÑO)	NUNCA
Nacionalidad				Otras nacionalidades
Estudios terminados	Hasta Secundaria obligatoria			
Actividad	En paro y otras situaciones de actividad			Sólo trabaja
Fuma	Fuma diariamente	Fuma pero no a diario	Fuma pero no a diario	No fuma ni ha fumado
Clase social	Media y media-baja		Alta y media-alta	Alta y media-alta
Autopercepción estilo de vida	Nada saludable			Muy saludable

Otras diferencias en los distintos perfiles sociodemográficos completan el panorama del consumo de cannabis.

- “Nunca” es una frecuencia en la que destacan jóvenes que sólo trabajan, que ni fuman tabaco ni nunca lo fumaron, que se ubican en las clases altas y que definen su estilo de vida como muy saludable.
- En el lado contrario, entre los consumidores diarios o casi diarios, hay más que tienen como máximo el nivel de enseñanzas obligatorias, que están en paro, que fuman tabaco diariamente y que se posicionan en las clases baja y media-baja. Además, también hay más de los que afirman llevar un estilo de vida nada saludable.

5. DISCAPACIDADES Y ACCIDENTES

5.1. SOBRE DISCAPACIDADES

La presencia de discapacidades en la persona es uno de los determinantes más influyentes en el análisis de la salud y el bienestar; de ahí su inclusión entre los temas consultados en esta investigación. La existencia de algún tipo de discapacidad afecta al 4,4% de los y las jóvenes entre 15 y 29 años.

TABLA 5.1. EXISTENCIA DE ALGUNA DISCAPACIDAD
BASE: TOTAL MUESTRA

EXISTENCIA DE DISCAPACIDAD	N	%
Sí	55	4,4
No	1.169	94,1
No sé/No contesto	19	1,5
Total	1.243	100,0

No existen apenas diferencias entre quienes sufren alguna discapacidad en función de las distintas variables sociodemográficas, y las que se dan no permiten una lectura sociológica clara.

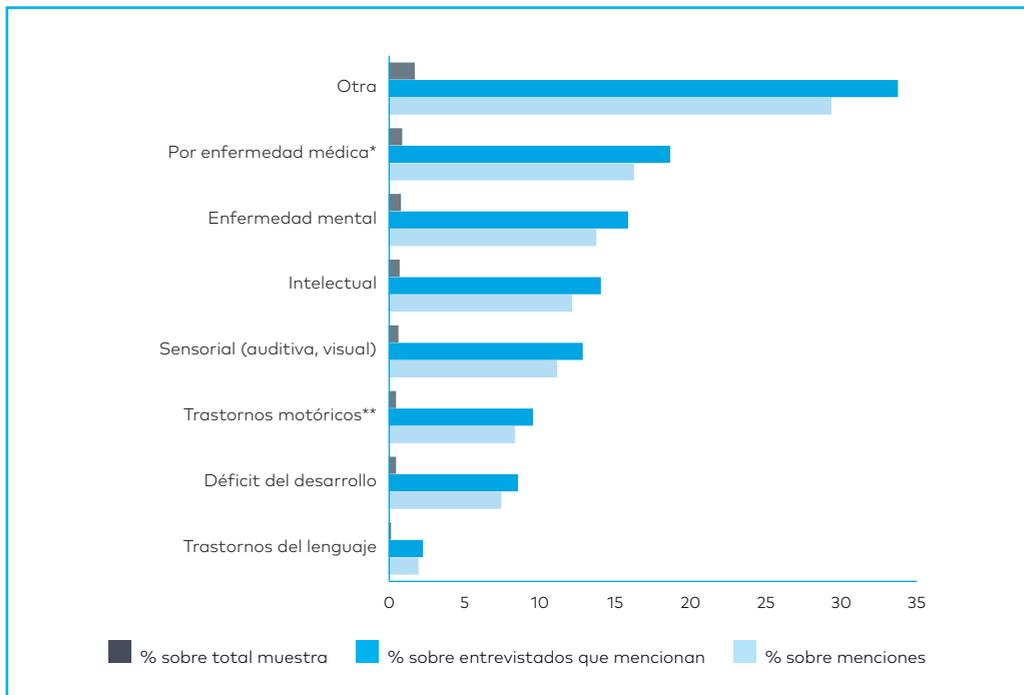
TABLA 5.2. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE EXISTENCIA DE ALGUNA DISCAPACIDAD
P<0.05. BASE: QUIENES DECLARAN DISCAPACIDAD. EXCLUIDOS NS/NC

EXISTENCIA DE DISCAPACIDAD	ESTUDIOS	CLASE SOCIAL	HÁBITAT
Sí	Hasta Secundaria obligatoria	Baja y media-baja	Pueblos o ciudades pequeñas

En cuanto a los tipos de discapacidad, casi el 19% deriva de enfermedades diversas (como diabetes, hemofilia...), algo menos del 16% corresponde a enfermedades mentales y un 14% a déficits intelectuales; el 12,8% a déficits sensoriales y el 9,5% a problemas motóricos. Los fallos de desarrollo se presentan en el 8,5% de las personas entrevistadas, y los trastornos del lenguaje en el 2,2%. Las prevalencias sobre la población total son muy bajas para todos los tipos de discapacidad: en ningún caso superan el 1%.

GRÁFICO 5.1. TIPOS DE DISCAPACIDAD

BASE: QUIENES DECLARAN DISCAPACIDAD. RESPUESTA MÚLTIPLE. DATOS EN %



* Por enfermedad médica (diabetes, hemofilia, enfermedad degenerativa...).

** Trastornos motóricos (parálisis, paraplejía...).

Analizando los perfiles, no aparecen diferencias estadísticamente significativas en función de los tipos de discapacidad.

Algo más del 70% de los y las jóvenes que mencionan tener alguna discapacidad la catalogan como leve (39,5%) o moderada (31,2%). Bastantes menos en proporción son los que declaran un grado severo (11,8%) o una discapacidad total (4,5%). Es muy notorio el hecho de que un 13% no conteste a la pregunta.

TABLA 5.3. NIVEL DE GRAVEDAD DE LA DISCAPACIDAD DECLARADA*BASE: QUIENES TIENEN ALGUNA DISCAPACIDAD*

GRAVEDAD DE LA DISCAPACIDAD	N	%
Discapacidad leve	22	39,5
Discapacidad moderada	17	31,2
Discapacidad severa	7	11,8
Discapacidad total	2	4,5
No sé/No contesto	7	13,0
Total	55	100,0

En cuanto a las diferencias por los distintos perfiles, nada significativo se puede aportar al análisis. Tan sólo que los hombres declaran mayor levedad (de leve a moderada) en su discapacidad que las mujeres. Y que, pese a su condición, los que señalan una discapacidad leve o moderada tienden a valorar su estado de salud como bueno o muy bueno.

TABLA 5.4. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SEGÚN LA GRAVEDAD DE LA DISCAPACIDAD*P<0.05. BASE: QUIENES DECLARAN DISCAPACIDAD. EXCLUIDOS NS/NC*

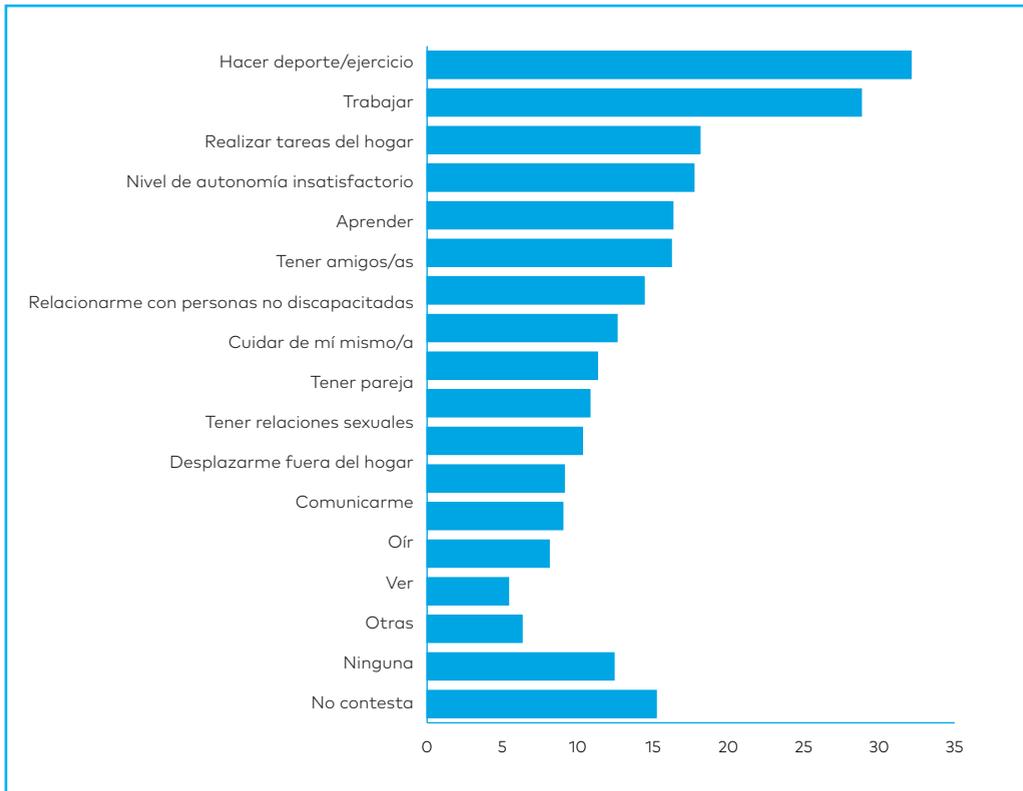
GRAVEDAD DE LA DISCAPACIDAD	GÉNERO	NACIONALIDAD	AUTOPERCEPCIÓN ESTADO SALUD
Leve y moderada	Hombres	Espanoles de origen	Muy buena y buena
Severa y total	Mujeres	Otras nacionalidades	

Las actividades afectadas por la discapacidad son de muy variada naturaleza. Más frecuentes aquéllas que se refieren a hacer deporte (32,1%) y, de manera muy significativa por su impacto en el desarrollo personal, trabajar, que conlleva serias dificultades para el 28,8% de las personas con discapacidad.

GRÁFICO 5.2. ACTIVIDADES AFECTADAS POR LA DISCAPACIDAD.

BASE: QUIENES TIENEN ALGUNA DISCAPACIDAD. RESPUESTA MÚLTIPLE.

DATOS EN % DE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN



También existen otras barreras, menos mencionadas en proporción, pero relevantes por lo que tienen de impedimento para la independencia y el crecimiento personal: el 18,1% tiene dificultades para realizar las tareas del hogar, el 17,7% manifiesta que su nivel de autonomía es insatisfactorio, el hecho de aprender (formarse) representa una complejidad añadida para el 16,3%, y poder tener amigos, algo esencialmente básico en el proceso de socialización, ofrece dificultades para el 16,3%.

La lista de impedimentos se completa con las barreras percibidas para relacionarse con personas sin discapacidad (14,4%); para divertirse, algo complejo para el 12,6%; para cuidar de sí mismo, 11,3%; para tener pareja, 10,8% o para mantener relaciones sexuales, 10,3%. Hay menciones inferiores al 10% para desplazarse fuera del hogar, comunicarse, oír o ver. Llama la atención el 12,4% de personas con discapacidad que no mencionan ningún tipo de barreras o de limitación en sus vidas.

5.2. SOBRE ACCIDENTES

Otro de los determinantes esenciales en la valoración de la salud y el bienestar de los y las jóvenes es el impacto de la accidentalidad. Se indagó sobre los accidentes sufridos en el último año, que hubieran requerido asistencia médica. Las cifras globales de accidentalidad alcanzan al 9% de los y las jóvenes.

TABLA 5.5. ACCIDENTES SUFRIDOS ÚLTIMOS DOCE MESES QUE REQUIRIERON ASISTENCIA MÉDICA

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN % DE PERSONAS ACCIDENTADAS

ACCIDENTES SUFRIDOS	N	%
Sí	111	9,0
No	1.111	89,3
No sé/No contesto	21	1,7
Total	1.243	100,0

No existen patrones de diferencia en la accidentalidad por las distintas variables sociodemográficas. Tan sólo el sexo introduce contrastes en las cifras, pues ellos declaran mayor tasa de accidentes que ellas (11,3% frente al escaso 7,2% de ellas).

TABLA 5.6. NÚMERO DE ACCIDENTES SUFRIDOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE REQUIRIERON ASISTENCIA MÉDICA

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN % DE PERSONAS ACCIDENTADAS

Nº DE ACCIDENTES SUFRIDOS	N	%
Uno	87	78,4
Dos	9	8,1
Tres o más	8	7,2
No sé/No contesto	7	6,3
Total menciones	111	100,0
Total accidentes	134	

En cuanto al número de estos accidentes, la mayoría de personas que los sufrieron declaran haber tenido solo uno (78.4%). Pero un significativo 8,1% declara dos y un 7,2% tres o más accidentes.

En total, la cifra de accidentes es de 134, con lo que la media por persona es de 1,33. La caracterización de quienes tuvieron un número de accidentes por encima de la media apunta algún resultado interesante: los más jóvenes, entre 15 y 19 años, declaran una accidentalidad media mayor que el resto (1,82). Además, en una correlación que no permite hipotetizar la dirección causa/efecto, aparecen quienes declaran que su estado de salud es regular (2,08).

TABLA 5.7. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE QUIENES SUFRIERON MÁS ACCIDENTES QUE LA MEDIA

P<0.05. BASE: QUIENES DECLARAN ACCIDENTES. EXCLUIDOS NS/NC

MEDIA ACCIDENTES (1,33 POR ACCIDENTADO)	EDAD	ESTADO SALUD AUTOPERCIBIDO
Mayor que la media general	Entre 15 y 19 años (1,82)	Regular (2,08)

En cuanto a la caracterización de los accidentes, el 23% de los mismos requirió ingreso hospitalario por más de 24 horas.

Además, el 19,7% fueron accidentes de circulación, el 23% domésticos, laborales el 12,5%, y los sufridos haciendo deporte el 21,7%. No podemos hablar de diferencias en los perfiles de los y las jóvenes según el tipo de accidentes.

TABLA 5.8. CARACTERIZACIÓN DE LOS ACCIDENTES SUFRIDOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES QUE REQUIRIERON ASISTENCIA MÉDICA

BASE: QUIENES DECLARAN ACCIDENTES. RESPUESTA MÚLTIPLE

NÚMERO	N	%
Requirieron ingreso hospitalario más de 24 horas	35	23,0
De tráfico (incluidos accidentes como peatón)	30	19,7
Domésticos	35	23,0
Practicando deportes (incluyendo de riesgo)	33	21,7
Laborales	19	12,5
Total	152	100,0

6. PERCEPCIONES Y ACTITUDES ANTE LOS RIESGOS

6.1. SOBRE PERCEPCIONES Y ACTITUDES

Es indudable que los y las jóvenes perciben y aceptan los riesgos vitales como parte de un proceso de aprendizaje y maduración, de exploración de sus límites y posibilidades en la vida real; es una evidencia encontrada en diversas ocasiones en los estudios de FAD/CRS (Ballesteros *et al.*, 2008; Rodríguez y Megías, 2015).

El primer acercamiento del barómetro a los comportamientos de riesgo entre los y las jóvenes se centra en el uso de vehículos (tanto si se es el conductor como si se es acompañante) en situaciones que implican riesgos potenciales, ya sea por el contexto (salidas de fiesta) o por el consumo de sustancias que puede acompañar a este tipo de salidas.

TABLA 6.1. FRECUENCIA DE EMPLEO DE VEHÍCULO (CONDUCIENDO O COMO ACOMPAÑANTE) EN LAS SALIDAS DE FIESTA

BASE: TOTAL MUESTRA

FRECUENCIA DE USO	N	%
Siempre o casi siempre	279	22,4
Algunas veces	158	12,7
Pocas veces	198	15,9
Nunca o casi nunca	567	45,6
No sé/Prefiero no contestar	42	3,4
Total	1.243	100,0

“Nunca o casi nunca” emplean el vehículo en este tipo de salidas el 45,6% de los y las jóvenes. Pero un mayoritario 51% sí lo hace, con mayor o menor frecuencia; la

mayoría de forma ocasional (algunas o pocas veces el 28,6% y, de manera continua, "siempre o casi siempre", el 22,4%).

Los perfiles muestran más que sensibles diferencias en esta cuestión. Las mujeres son las que declaran en mayor proporción no emplear nunca, ya sea como conductora o como acompañante, el vehículo en este tipo de salidas; además de quienes están en los tramos de edad bajos (hasta los 24 años), quienes residen en grandes ciudades y quienes combinan trabajo y estudio o sólo trabajan.

TABLA 6.2. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE EMPLEO DE VEHÍCULO (CONDUCIENDO O COMO ACOMPAÑANTE) EN SALIDAS DE FIESTA

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

FRECUENCIA	GÉNERO	EDAD	HÁBITAT	ACTIVIDAD	ESTUDIOS
Nunca	Mujer	Hasta 24 años	Grandes ciudades	Trabaja + estudia y trabaja	
Pocas o algunas veces	Hombre				Superiores universit.
Siempre o casi siempre		A partir de 25 años	Pueblos o ciudades pequeñas	Sólo estudia En paro	Hasta Secundaria obligatoria

Algo más proclives a este uso, frecuencia de "pocas o algunas veces", los hombres y los que han alcanzado una titulación superior. Y bastante más orientados a este comportamiento "siempre o casi siempre" los de edad más alta, los que residen en pueblos o ciudades pequeñas, aquéllos que estudian en exclusiva o se encuentran en situación de desempleo y los que poseen un nivel máximo de educación de grado básico (enseñanzas obligatorias).

En el año 2016, el estudio *Conducción y drogas: factores subyacentes a los comportamientos de riesgo* —Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y Área de Prevención y Seguridad Vial de FUNDACIÓN MAPFRE—. también analizó este tipo de comportamientos con respecto al empleo de vehículos en salidas festivas en una población entre 16 y 30 años. La comparación de los datos arroja cierta perspectiva sobre este comportamiento, si bien las diferencias en las franjas de edad analizadas restan valor a la comparación.

TABLA 6.3. COMPARACIÓN DE LA FRECUENCIA DE EMPLEO DE VEHÍCULO (CONDUCIENDO O COMO ACOMPAÑANTE) EN SALIDAS DE FIESTA

DATOS EN %

FRECUENCIA DE USO	2016 (16-30 AÑOS)	2017 (15-29 AÑOS)
Siempre o casi siempre	20,7	22,4
Algunas veces	20,6	12,7
Pocas veces	17,8	15,9
Nunca o casi nunca	38,3	45,6
No sé/Prefiero no contestar	2,7	3,4
Total	100,0	100,0

Fuentes: 2016 = FAD/MAPFRE. *Conducción y drogas.* 2017 = CRS. Barómetro 2017.

Fijándonos sólo en los comportamientos extremos, la proporción de quienes declaran que nunca o casi nunca usan el vehículo ha aumentado de forma significativa, del 38,3% al 45,6%, algo más de 7 puntos porcentuales.

Y también crece, aunque mucho menos, el porcentaje de jóvenes que declaran emplearlo "siempre o casi siempre", del 20,7% al 22,4%.

Pero la escasa distancia temporal y la relativa diversidad de las muestras nos impiden sacar conclusiones.

Algo más significativo es el análisis de la conducción de vehículo, sean coches o motos, cuando se sale de fiesta, aunque la tendencia general es a repetir los resultados del apartado anterior.

Con muy pocas diferencias, se reproduce el modelo. Una mayoría, el 44%, no conduce "nunca" y en frecuencias ocasionales ("algunas veces" y "pocas veces") dicen hacerlo el 28,7% de los y las jóvenes conductoras. El 23,3% lo hace de manera constante.

TABLA 6.4. FRECUENCIA DE LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULO EN SALIDAS DE FIESTA

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA, EXCLUIDOS QUIENES "NO TIENEN PERMISO DE CONDUCIR"

FRECUENCIA DE CONDUCCIÓN	N	%
Siempre o casi siempre	171	23,3
Algunas veces	107	14,7
Pocas veces	102	14,0
Nunca o casi nunca	322	44,0
No sé/Prefiero no contestar	30	4,1
Total	733	100,0

De igual modo, los perfiles de estos conductores replican de manera casi exacta el modelo anterior. Las mujeres, los y las de edades bajas, quienes residen en grandes urbes y quienes trabajan o combinan estudios y trabajo, aparecen menos conduciendo el vehículo en estas situaciones.

TABLA 6.5. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE FRECUENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS EN SALIDAS DE FIESTA

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

EXCLUIDOS "QUIENES NO TIENEN PERMISO DE CONDUCIR" Y NS/NC

FRECUENCIA	GÉNERO	EDAD	HÁBITAT	ACTIVIDAD	ESTUDIOS
Nunca	Mujer	Hasta 19 años	Grandes ciudades	Trabaja y estudia y trabaja	
Pocas o algunas veces	Hombre		Pueblos o ciudades pequeñas		Superiores universit.
Siempre o casi siempre		A partir de 25 años	Pueblos o ciudades pequeñas	Sólo estudia y en paro	Hasta Secundaria obligatoria

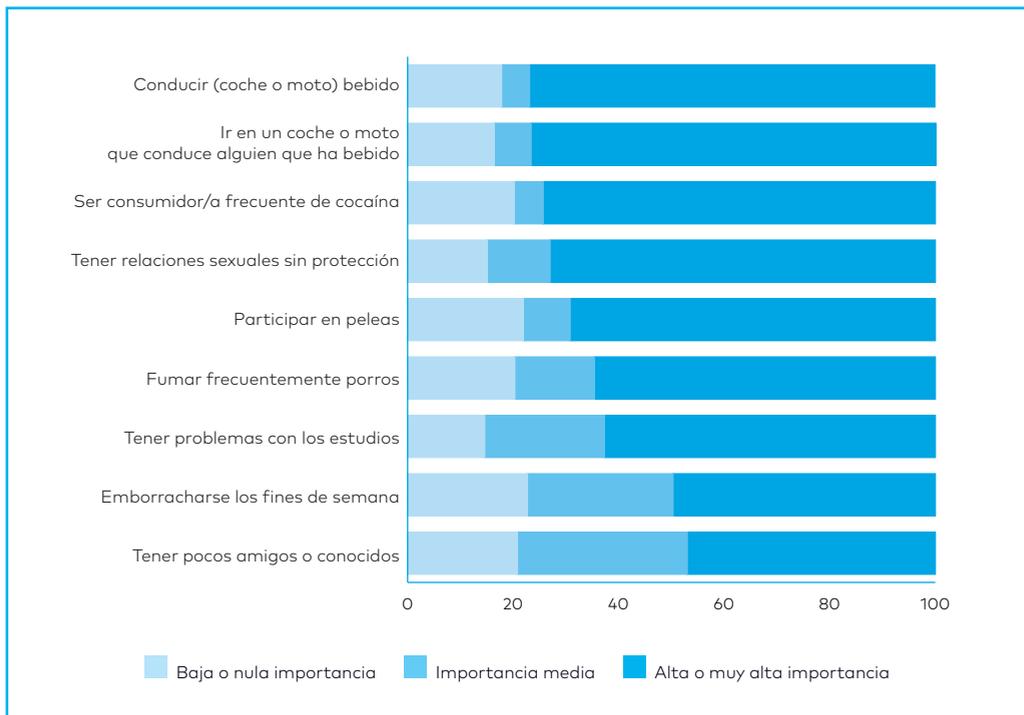
Mayor frecuencia de conducción (desde pocas o algunas veces hasta siempre o casi siempre) se da entre los hombres, los y las más mayores (a partir de los 25 años), quienes residen en entornos poblacionales pequeños, las personas que sólo estudian, las que se encuentran en paro y las que poseen una titulación académica básica.

En el análisis de las actitudes frente al riesgo de los y las jóvenes no se pueden obviar las percepciones sobre la importancia o la gravedad de los diferentes comportamientos, pues tales visiones pueden condicionar, de hecho lo hacen, la realización o no de esos comportamientos potencialmente peligrosos.

Para el análisis de estas actitudes, se empleó una batería que propuso a los y las jóvenes evaluar el grado de problema que pueden suponer determinadas situaciones, posibles en su vida cotidiana (como conducir en estado de ebriedad, tener relaciones sexuales sin protección, consumir drogas, participar en peleas, etc.).

GRÁFICO 6.1. NIVEL DE IMPORTANCIA EN LA PROBLEMATICIDAD ATRIBUIDA A DETERMINADAS SITUACIONES

ESCALA AGRUPADA. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



Es evidente, a simple vista del gráfico, que ninguna de las situaciones propuestas está exenta de notable problematicidad para las y los jóvenes, aunque existe una gradación muy significativa en cuanto a esta valoración. Mucha mayor importancia en función de los problemas que pueden causar se percibe en comportamientos como conducir bebido o ir como acompañante de un conductor o conductora bebido, consumir cocaína frecuentemente o tener relaciones sexuales sin protección, todas ellas con más del 70% de jóvenes que les adjudican un elevado nivel de riesgo.

En un tono algo menor en cuanto a la potencialidad de problemas asociados se ubican para una buena proporción de jóvenes comportamientos como "participar en peleas" (casi un 22% le otorga una baja o muy baja importancia), fumar porros frecuentemente (20,3% le quita importancia), "emborracharse los fines de semana" (22,7%), "tener pocos amigos y conocidos" (20,8%) o "tener problemas con los estudios" (14,6%).

Al analizar los perfiles que caracterizan los diferentes niveles de importancia y gravedad atribuidos, el género no supone diferencias fundamentales salvo en dos proposiciones donde chicos y chicas muestran posiciones muy divergentes: "ir en moto/coche con alguien que ha bebido" y "tener relaciones sexuales sin protección". Ellas adjudican más gravedad a las posibles consecuencias en ambos casos.

- El nivel de estudios discrimina bastante: quienes tienen estudios universitarios parecen situarse en posiciones más prudentes y valoran más vivamente los riesgos de ser consumidor frecuente de cocaína o "porros", participar en peleas, tener problemas con los estudios, tener relaciones sexuales sin protección o tener pocos amigos o conocidos. Los que sólo poseen estudios de Secundaria obligatoria valoran menos muchos de los riesgos.
- Con la clase social pasa algo parecido. Hay mayor percepción de gravedad entre los que se ubican en la clase alta y media-alta respecto a conducir bebido, ir de acompañante con alguien que ha bebido y ser consumidor frecuente de cocaína. A todos estos comportamientos, los y las que se ubican en clases medias y bajas les otorgan menor importancia (también hacen lo mismo con emborracharse los fines de semana).
- Los y las residentes en grandes ciudades dan más importancia a la conducción bajo los efectos del alcohol, a ir de copiloto con un conductor en estado de embriaguez o a participar en peleas. Quienes viven en pueblos o ciudades pequeñas dan menos importancia que la media a conducir ebrio o acompañar a un conductor ebrio, consumir frecuentemente cocaína o participar en peleas.

TABLA 6.6. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE ATRIBUCIÓN DE GRAVEDAD A VARIOS COMPORTAMIENTOS

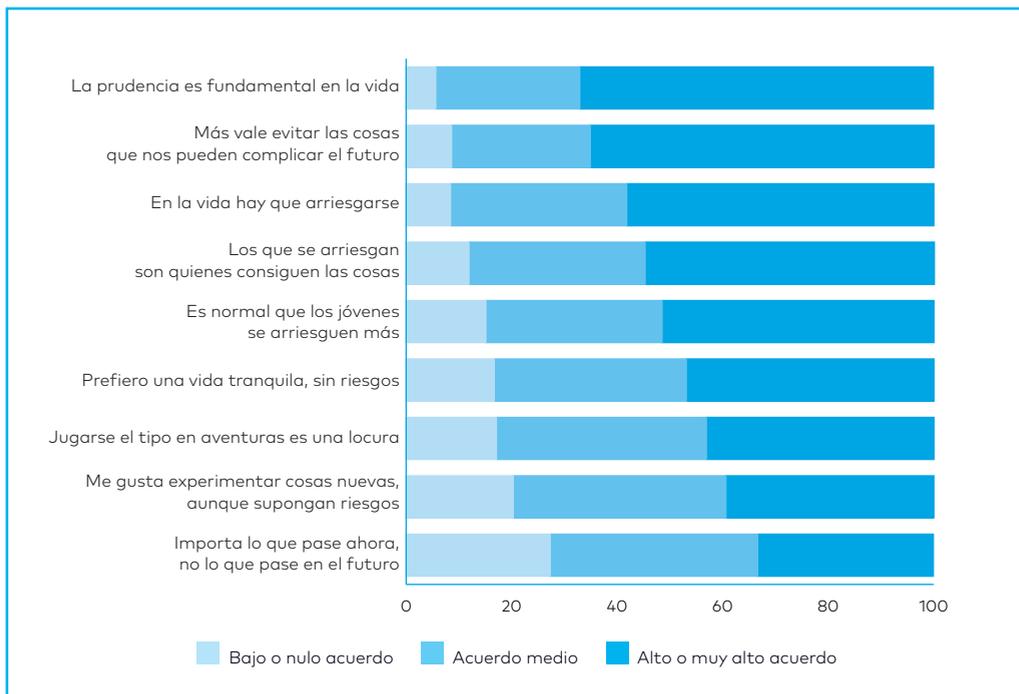
P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

COMPORTAMIENTOS	MAYOR PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS	MENOS PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS
Conducir (coche o moto) bebido	Residen en grandes ciudades Clase alta y media-alta	Residen en pueblos o ciudades pequeñas Clase baja y media-baja
Ir en un coche o moto que conduce alguien que ha bebido	Mujer Residen en grandes ciudades Clase alta y media-alta	Hombre Residen en pueblos o ciudades pequeñas Clase baja y media-baja
Ser consumidor/a frecuente de cocaína	Clase alta y media-alta Estudios superiores universitarios	Residen en pueblos o ciudades pequeñas Clase baja y media-baja
Tener relaciones sexuales sin protección	Mujer Estudios superiores universitarios	Hombre Otros estudios
Participar en peleas	Residen en grandes ciudades Estudios superiores universitarios	Residen en pueblos o ciudades pequeñas Hasta Secundaria obligatoria
Fumar frecuentemente porros	Estudios superiores universitarios	Hasta Secundaria obligatoria
Tener problemas con los estudios	Estudios superiores universitarios y medios	Hasta Secundaria obligatoria
Emborracharse los fines de semana	Clase media	Clase baja y media-baja
Tener pocos amigos o conocidos	Estudios superiores universitarios	Hasta Secundaria obligatoria

Un elemento añadido al estudio del riesgo es el análisis de las actitudes genéricas hacia el mismo. Si antes se valoraba la importancia atribuida a la gravedad de comportamientos concretos, ahora se trata de medir las actitudes globales, más abstractas, mediante una batería frecuentemente empleada por FAD/CRS en otros estudios sobre riesgo, que mide el grado de acuerdo o desacuerdo con distintas proposiciones, una mixtura de propuestas a favor o en contra de la asunción de riesgos, sobre una escala de 0 (nada de acuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo).

GRÁFICO 6.2. GRADO DE ACUERDO CON DETERMINADAS ACTITUDES FRENTE AL RIESGO

ESCALA AGRUPADA. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



Aunque la mayoría de los y las jóvenes se apuntan a posturas de prevención y prudencia, no se oculta la ambivalencia actitudinal. En este sentido, entre la suma de acuerdos medios y altos se está mayoritariamente a favor de:

- La prudencia es fundamental en la vida (94,3%).
- Mas vale evitar cosas que nos puedan complicar el futuro (91,4%).
- Prefiero una vida tranquila, sin riesgos (83,2%).
- Jugarse el tipo en aventuras es una locura (82,9%).

Pero también se está de acuerdo en gran medida con:

- Los que se arriesgan consiguen cosas (88,2%).
- Es normal que los jóvenes arriesguen más (84,9%).
- Me gusta experimentar cosas nuevas, aunque supongan riesgos (79,7%).
- Importa lo que pase ahora, no en el futuro (72,6%).
- En la vida hay que arriesgarse (91,6%).

Se acepta la prudencia como posición teórica de partida pero es evidente que el riesgo presenta una cara distinta al del simple peligro: los beneficios a extraer, sean del orden que sean (emocionales, psicológicos, materiales, de experimentación y aprendizaje, etc.), pueden compensar asumir las amenazas.

Por otro lado, hay minorías reducidas pero muy expresivas que no están de acuerdo siquiera con la postura general de prudencia. Un 5,6% manifiesta bajo acuerdo con "la prudencia es fundamental en la vida"; un 8,6% con "más vale evitar cosas que nos puedan complicar el futuro"; un 16,5% con "prefiero una vida tranquila, sin riesgos" y un 17% con "jugarse el tipo en aventuras es una locura". No cabe duda de la presencia de un grupo, aunque muy minoritario, de jóvenes con un perfil extremadamente proactivo hacia el riesgo.

En todo caso, el hecho de que esta batería haya sido empleada por FAD/CRS en estudios anteriores permite comprobar que ha habido un cierto incremento de las posiciones de mayor prudencia. Por citar unos ejemplos, desde 2009 hasta ahora, los valores medios de "importa lo que pase ahora, no lo que pase en el futuro" han descendido de 6,8 a 5,2; los de "en la vida hay que arriesgarse" lo hicieron del 7,3 al 6,7; y los de "prefiero pensar las cosas antes de hacerlas" subieron del 5,6 al 7,7. Un cambio que en diferentes análisis se ha correlacionado con el impacto de la crisis socioeconómica sobre los valores.

Mujeres y hombres se colocan ante el riesgo en posturas muy divergentes, posiblemente obedeciendo a patrones de comportamiento muy marcados desde sus roles de género (Rodríguez y Megías, 2015).

Ellas manifiestan mayor grado de acuerdo con posturas como "la prudencia es fundamental en la vida", "prefiero pensar las cosas antes que hacerlas" y menor grado de acuerdo con proposiciones proactivas ante el riesgo como "me gusta experimentar cosas nuevas, aunque supongan riesgos" o "es normal que los jóvenes se arriesguen más".

Ellos, menos acuerdo con posturas como "prefiero pensar las cosas antes de hacerlas" o "la prudencia es fundamental en la vida", y mayores acuerdos con "es normal que los jóvenes se arriesguen más", "me gusta experimentar cosas nuevas, aunque supongan riesgos" o "importa lo que se haga ahora, no en el futuro".

El resto de variables ofrece menos diferencias y apenas aportan valor explicativo a los perfiles de las diferentes actitudes ante el riesgo. Las clases baja y media baja se muestran más a favor de "más vale evitar cosas que nos puedan complicar el futuro", y las alta y media-alta con "es normal que los jóvenes

arriesguen más”. Los más mayores más a favor de “prefiero una vida tranquila, sin riesgos”, cosa con la que están bastante menos de acuerdo los más jóvenes, hasta los 19 años.

TABLA 6.7. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE LOS DISTINTOS NIVELES DE ACUERDO CON ACTITUDES FRENTE A LOS RIESGOS

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

ACTITUDES	MAYOR GRADO DE ACUERDO	MENOR GRADO DE ACUERDO
Prefiero pensar las cosas antes de hacerlas	Mujer	Hombre
La prudencia es fundamental en la vida	Mujer	Hombre
Más vale evitar las cosas que nos pueden complicar el futuro	Clase media y baja y media-baja	
Es normal que los jóvenes se arriesguen más	Hombre Clase alta y media-alta	Mujer
Prefiero una vida tranquila, sin riesgos	A partir de 25 años En paro Hasta Secundaria obligatoria	Hasta 19 años
Jugarse el tipo en aventuras es una locura	Españoles de nacimiento Residen en grandes ciudades	Residen en pueblos o ciudades pequeñas o de tamaño medio Españoles de adopción y Otras nacionalidades
Me gusta experimentar cosas nuevas, aunque supongan riesgos	Hombre En paro	Mujer
Importa lo que pase ahora, no en el futuro	Hombre Hasta Secundaria obligatoria	

Cierra este análisis sobre las actitudes ante el riesgo de los y las jóvenes el análisis de sus percepciones acerca de su seguridad vital.

Casi la mitad de las personas jóvenes dicen sentirse plenamente seguras, sin miedo a incidentes graves o problemas. Poco más del 30% confiesa sentir algún temor o ansiedad ocasionales, y apenas supera el 15% el porcentaje de los y las

auténticamente preocupados por hipotéticas amenazas ("muchas veces siento que podría pasarme algo..." y "pienso muy frecuentemente que podría ser víctima...").

TABLA 6.8. PERCEPCIÓN SOBRE LA SEGURIDAD EN LA VIDA

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA

PERCEPCIÓN SOBRE SEGURIDAD VITAL	N	%
En general, me siento bastante seguro/a en mi vida cotidiana, no creo que vaya a pasarme nada grave (como sufrir accidentes...)	573	46,0
Algunas veces pienso que podría pasarme algo, pero no demasiado frecuentemente	386	31,1
Muchas veces siento que podría pasarme algo, sufrir algún delito o accidente	113	9,1
Pienso muy frecuentemente que podría ser víctima de algún delito o sufrir algún accidente	77	6,2
No sé/Prefiero no contestar	95	7,6
Total	1.243	100,0

Sólo dos de las proposiciones, precisamente las extremas, muestran diferencias según ciertas variables sociodemográficas, la que habla de una percepción de seguridad absoluta y la que muestra un nivel elevado de temor vital:

TABLA 6.9. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD VITAL

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

GÉNERO	ESTADO SALUD AUTOPERCIBIDO	ESTILO VIDA AUTOPERCIBIDO	ESTUDIOS
En general, me siento bastante seguro/a en mi vida cotidiana, no creo que vaya a pasarme nada grave (como sufrir accidentes...)			
Hombre	Buena o muy buena	Saludable o muy saludable	Superiores universitarios
Muchas veces siento que podría pasarme algo, sufrir algún delito o accidente			
Mujer	Regular o mala	Nada saludable	Hasta Secundaria obligatoria

En la vivencia de seguridad están más presentes los hombres, quienes tienen estudios superiores y los y las que valoran su estado de salud como "muy bueno o bueno" y creen llevar un estilo de vida "muy o bastante saludable".

Más inseguras se muestran ellas, quienes poseen un nivel de estudios inferior (hasta Secundaria obligatoria), y las y los que perciben su estado de salud como regular o malo y llevan un estilo de vida nada saludable.

6.2. UN ENSAYO DE ANÁLISIS FACTORIAL SOBRE LA VIVENCIA DEL RIESGO

Hemos analizado las actitudes genéricas de los y las jóvenes ante el riesgo y la mayor o menor propensión hacia comportamientos que lo conllevan. En todos los casos se han puesto de manifiesto variaciones y matices que aportan los diferentes perfiles particulares.

Para visualizar globalmente esta realidad se ha realizado un análisis tipo factorial, técnica comúnmente empleada de reducción de datos. Aplicando este análisis a nuestro caso, se pueden encontrar grupos de variables (los factores o dimensiones) con significado común, es decir, que correlacionan mucho entre sí, consiguiendo de este modo reducir el número de dimensiones para explicar las respuestas de los jóvenes y sus semejanzas y diferencias ante el riesgo.

Para el análisis se emplearon las preguntas basadas en la valoración de problematicidad potencial de comportamientos concretos y las cuestiones que intentaban determinar las actitudes genéricas hacia el riesgo. Considerando estas variables, el análisis extrae tres factores, compuestos cada uno por la agrupación de variables que se señala en la siguiente tabla 6.10 (con la varianza específica para cada factor).

El modelo factorial es bastante sólido (KMO de 0,907, sobre un máximo posible de 1) y explica una parte bastante importante de la varianza (58,76%), es decir, de la variación de los resultados globales.

El factor 1 presenta una varianza del 33,4% y agrupa a las variables que expresan sobre todo el rechazo de unos comportamientos que masivamente se perciben como muy problemáticos, asociados a consumos de sustancias ("consumir cocaína frecuentemente", "fumar porros frecuentemente" o "emborracharse los fines de semana"), a situaciones en las que el alcohol agrava el peligro ("conducir bebido" o "montarse en un vehículo con un conductor que ha consumido alcohol"),

TABLA 6.10. FACTORIAL SOBRE ACTITUDES ANTE LOS RIESGOS

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. KMO 0,907. VARIANZA EXPLICADA: 58,76%

MÉTODO DE EXTRACCIÓN: COMPONENTES PRINCIPALES. ROTACIÓN VARIMAX

	FACTOR 1 (33,40%)	FACTOR 2 (13,24%)	FACTOR 3 (12,12%)
Gravedad de ser consumidor/a frecuente de cocaína	,923	,046	,024
Gravedad de ir en un coche o moto que conduce alguien que ha bebido	,913	,081	,059
Gravedad de conducir (coche o moto) bebido/a	,916	,083	,047
Gravedad de participar en peleas	,898	,041	,004
Gravedad de fumar frecuentemente porros	,875	,099	-,020
Gravedad de tener relaciones sexuales sin protección	,806	,139	,030
Gravedad de emborracharse los fines de semana	,739	,164	-,026
Gravedad de tener problemas con estudios	,673	,145	,171
Gravedad de tener pocos amigos/as o conocidos/as	,406	,040	,204
Acuerdo con "la prudencia es fundamental en la vida"	,095	,755	,025
Acuerdo con "más vale evitar las cosas que nos pueden complicar el futuro"	,084	,725	,078
Acuerdo con "prefiero una vida tranquila, sin riesgos"	,047	,720	-,206
Acuerdo con "prefiero pensar las cosas antes de hacerlas"	,142	,702	,125
Acuerdo con "jugarse el tipo en aventuras es una locura"	,115	,611	,024
Acuerdo con "en la vida hay que arriesgarse"	,100	-,012	,801
Los que se arriesgan son quienes consiguen cosas	,042	,054	,782
Acuerdo con "me gusta experimentar cosas nuevas aunque supongan riesgos"	,053	-,189	,724
Acuerdo con "es normal que los jóvenes se arriesguen más"	,125	,101	,627
Acuerdo con "importa lo que pase ahora, no lo que pase en el futuro"	-,032	,055	,479

y a otros comportamientos peligrosos o estigmatizados ("participar en peleas" o "tener relaciones sexuales sin protección"). Cierran las variables presentes en el factor algunas que, recordamos, aunque se han calificado como menos problemáticas, pueden incluirse en la misma dimensión ("tener pocos amigos o conocidos" o "tener problemas con los estudios").

El factor 2, que explica un porcentaje de la varianza bastante menor que el anterior, el 13,2%, reúne las variables que expresan actitudes generales, en principio conceptuales, de prudencia o de aversión hacia el riesgo. Son "la prudencia es fundamental en la vida", "más vale evitar cosas que nos puedan complicar el futuro", "prefiero una vida tranquila, sin riesgos", "prefiero pensar las cosas antes de hacerlas" y "jugarse el tipo en aventuras es una locura".

El factor 3, con un porcentaje de la varianza muy parecido, el 12,2%, es la antítesis del anterior. Este factor agrupa las variables que expresan actitudes favorables hacia el riesgo; aquéllas que directa o indirectamente apelan a los beneficios de la asunción de riesgos ("en la vida hay que arriesgarse" y "los que se arriesgan son los que consiguen cosas"), pero también las que aluden a la carga emocional positiva que supone aceptar los riesgos ("me gusta experimentar cosas nuevas, aunque supongan riesgos" o "es normal que los jóvenes se arriesguen más") o la que apela al presentismo como eje vital de actuación ("importa lo que pase ahora, no en el futuro").

En esencia, lo que los tres factores dibujan es un horizonte en el que dos de ellos, el segundo y el tercero, definen posturas o actitudes contrapuestas en el análisis o la valoración existencial de los riesgos; en última instancia, dos posturas que ponen en tensión valores confrontados: la seguridad y la libertad del activismo vital. En cambio, el primer factor no se enmarca en esta tensión, sino que parece resolverla de otro modo, con la negación absoluta de la conducta reconocida como peligrosa; ya no se está en el ámbito de las consideraciones existenciales sino en otro, mucho más pragmático, de evitación de las consecuencias negativas: tranquilidad antes que "filosofías".

Conviene definir y caracterizar a los y las jóvenes que aparecen con mayor o menor preeminencia en cada perfil, si se llegan a conformar categorías particulares (aunque en ningún caso pudiéramos hablar de tipologías). Así mismo podemos investigar, por medio del cruce con distintas variables, de salud o estilos de vida, si se conforman correlaciones que, aunque en ningún caso permitieran inducciones de causa y efecto, ni siquiera de conexiones directas entre variables, sí ofrecieran sugerencias sobre la posibilidad de que ambos grupos de variables, las relativas a los riesgos y las atinentes a los desarrollos de vida y salud, conectaran en constelaciones de valores y actitudes vitales compartidas.

Los perfiles en la construcción de los factores, las variables que se separan de las medias de cada una de ellas en el factor, se especifican en la tabla siguiente.

TABLA 6.11. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS QUE SE SEPARAN DE LAS MEDIAS EN CADA FACTOR

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. $P < 0,05$. EXCLUIDOS NS/NC

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
Género	Mujer	Mujer	Hombre
Edad	20-29 años	25-29 años	25-29 años
Tamaño hábitat residencia	Ciudades gran tamaño y ciudades tamaño medio	Pueblos o ciudades pequeñas	Ciudades gran tamaño
Clase social	Alta y media-alta y media	Baja y media-baja	Alta y media-alta
Estudios terminados	Superiores universitarios	Hasta Secundaria obligatoria	Superiores universitarios
Actividad	Sólo trabaja Estudia y trabaja	En paro	Estudia y trabaja

En el factor 1, de forma significativa, las mujeres puntúan por encima de la media, no así en el resto de los factores (en el 2 también hay presencia femenina algo más elevada, sin llegar a ser significativa). En el 3, los hombres también parecen superar sus medias, aunque de nuevo sin que destaquen claramente.

Las edades no presentan ningún aporte significativo en los factores; todos los grupos de edad puntúan de manera similar; ligeramente por encima de la media los que tienen entre 20 y 29 años en el factor 1, y los del último tramo de edad (25 a 29) en los factores 2 y 3.

El tamaño de hábitat de residencia introduce variaciones significativas en el factor 1, donde puntúan de forma mucho más elevada que la media los residentes en grandes ciudades o en poblaciones de tamaño medio. En los otros dos factores las alteraciones tienen escasa significación.

La clase social tampoco marca diferencias reseñables: los pertenecientes a la clases alta, media-alta y media puntúan algo más que la media en el factor 1, y también en el 3. Y la clase baja y media-baja, en el factor 2.

Los estudios sí introducen matices significativos: en el factor 1 aquéllos que cursan estudios superiores universitarios se sitúan de manera muy sensible por encima de la media de valoración. No ocurre igual en los otros dos factores, en los que las modificaciones de la media son de escasa cuantía.

Por último, la actividad. El único factor donde el análisis encuentra diferencias notables de la media es el factor 2, donde los que se declaran en paro puntúan claramente por encima. En el resto de factores las diferencias son muy débiles.

Por tanto, resumiendo, podríamos concluir que los perfiles de los tres factores son relativamente transversales, siendo el único dato sociológico reseñable el mayor peso de las mujeres y de quienes tienen estudios superiores en las posturas de defensa de la seguridad, de evitación de las amenazas y de rechazo de los comportamientos de riesgo. El peso del hábitat en el primer factor, o de la situación de paro en el segundo (de defensa teórica de la prudencia), es más difícilmente interpretable.

En otro nivel del análisis, este intento de caracterización de los factores en función de los distintos perfiles de jóvenes podría ser completado y enriquecido estudiando las correlaciones con otra categoría de variables.

Puntúan por encima de la media en el factor 1 los y las jóvenes que declaran tomar medicamentos sin receta "nunca" o de forma muy ocasional; los que realizan actividad deportiva de manera frecuente (varias veces por semana) o continuamente (todos o casi todos los días); aquéllos que parecen preocupados "algo" por su aspecto físico, del que cambiarían alguna cosa; son consumidores frecuentes de alcohol (dos o tres veces por semana) y se sienten bastante seguros en su vida cotidiana. Los y las jóvenes con estos indicadores de salud y bienestar valoran todos los comportamientos propuestos en el factor 1 como muy problemáticos, y así los califican, muy por encima de la media del resto de jóvenes.

Los jóvenes que puntúan por encima de la media en el factor 2 son los que practican deporte de manera más ocasional que los del factor 1, y a los que les preocupa "bastante" su aspecto o físico. Al contrario que en el factor 1, nunca han consumido alcohol en el último año y, por lo tanto, tampoco nunca han experimentado sensaciones asociadas a la borrachera, como mareos, etc. Por último, puntúan más alto aquéllos que manifiestan cierta inseguridad vital, concretamente frente a un posible acoso. Hay que recordar que el factor 2 aún a las variables que explicitan una postura teórica de prudencia vital.

En el factor 3, aquel que reúne a las variables proactivas ante el riesgo, puntúan por encima de la media los jóvenes que han declarado, diagnosticados o no, trastornos por ansiedad o pánico en el último año; son fumadores habituales o ex-fumadores, y consumidores frecuentes de cannabis y alcohol; y han experimentado frecuentemente síntomas de borrachera. Además, han ejercido, según sus propias declaraciones, algún tipo de acoso.

TABLA 6.12. OTRAS VARIABLES QUE SE SEPARAN DE LA MEDIA EN CADA FACTOR

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. $P < 0.05$. EXCLUIDOS NS/NC

FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
Toma medicamentos sin receta "nunca" o "varias veces al año"	Actividad deportiva ocasional	Ha acudido a los servicios médicos en el último año
Realiza entrenamiento deportivo varias veces a la semana o diariamente	Preocupa "bastante" lo que piensen los demás de su aspecto físico	Declara trastorno por ansiedad, pánico o fobias en el último año
Preocupa "algo" lo que piensen los demás de su aspecto físico	Ha consumido alcohol en el último año "nunca"	Realiza entrenamiento deportivo diariamente o varias veces al mes
Cambiaría "alguna cosa, pero poco" de su aspecto físico	"Nunca" se ha sentido borracho en el último año	Fuma "a diario", fuma pero "no a diario", "ha fumado antes pero ya no"
Ha consumido alcohol en el último año "dos o tres veces por semana"	Consumidor de marihuana "nunca" en el último año	Ha consumido alcohol en el último año "todos o casi todos los días" o "dos o tres veces por semana"
Se siente bastante seguro en su vida	Manifiesta miedo ante la posibilidad de acoso	Se ha sentido borracho "todos o casi todos los días" o "dos o tres días al mes" en el último año.
		Consumidor de marihuana "todos o casi todos los días" o "dos o tres días al mes" en el último año
		Ha ejercido acoso

Por tanto parece obvio que, aunque como advertíamos no puedan establecerse correlaciones directas ni, mucho menos, relaciones de causalidad, existen unas constelaciones valorativas que en cierto modo agrupan las categorías de asunción de riesgos con las de estilos de vida. En el fondo lo que las aglutina es la postura vital de las personas que las sostienen.

7. RELACIONES SEXUALES Y REPRODUCCIÓN

Los indicadores básicos de natalidad en España son sobradamente conocidos. No sólo el nacimiento del primer hijo se retrasa notablemente en relación con la media europea, sino que las tasas de fecundidad, para todas las franjas de edad, están a la cola de los países de la Unión. En adolescentes (15 a 18 años) la tasa de nacidos por 1.000 mujeres es de 4,27 (en Europa la media es de 5,47), en la franja 18-21 años es de 16,72 (25,43 en la UE), en la de 22-25 es de 32,31 (55,35 en la UE) y en la de 26-29 de 60,41 (95,22 en la UE).

Pero, más allá de estos indicadores, en este estudio lo que interesa analizar son las circunstancias relacionadas con las relaciones sexuales y con determinados aspectos de la reproducción.

Es innegable la importancia atribuida a las relaciones sexuales por los y las jóvenes, que nuestro estudio confirma plenamente. Los que consideran que éstas son muy o bastante importantes suman el 71,5%.

TABLA 7.1. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS RELACIONES SEXUALES
BASE: TOTAL MUESTRA

IMPORTANCIA	N	%
Mucha	370	29,7
Bastante	520	41,8
Regular	212	17,1
Poco	43	3,5
Nada	25	2,0
No sé/Prefiero no contestar	74	5,9
Total	1.243	100,0

Un porcentaje menor, pero significativo (17,1%), les adjudica una importancia "regular". Son muy minoritarios los que piensan que las relaciones son poco o nada importantes, el 5.5%. Escasas diferencias en estas atribuciones a la importancia de las relaciones sexuales entre los diferentes perfiles de jóvenes.

TABLA 7.2. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE LA IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS RELACIONES SEXUALES

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

	MUCHA/BASTANTE IMPORTANCIA	REGULAR/POCA IMPORTANCIA
Género	Hombre	Mujer
Edad	A partir de 25 años	
Estudios terminados	Superiores universitarios	
Preocupación por imagen externa	Preocupa bastante y algo	
Autopercepción forma física	Excelente y buena	Francamente mala
Autopercepción estado de salud	Bueno y muy bueno	

Las relaciones parecen más importantes para los hombres, para las y los de mayor edad (a partir de los 25 años) y para quienes declaran estudios universitarios. Y también para los más preocupados por su imagen externa, para quienes consideran su forma física como excelente y perciben su estado de salud como bueno o muy bueno. No deja de haber una llamativa sintonía entre una benévola autopercepción del físico y el énfasis y valoración de las relaciones sexuales. Menos importantes parecen las relaciones sexuales para las mujeres (asumiendo con ello el tópico de género) y para aquéllos cuya percepción sobre su propio físico es mala.

En cuanto al uso de algún anticonceptivo (uso propio o de la pareja) en las relaciones sexuales, los porcentajes indican un uso bastante extendido de los mismos, al menos declarativamente. El 51% lo emplea siempre, de manera regular. Otro 10,9% casi siempre.

Los usos más ocasionales (algunas o pocas veces) son bastante más minoritarios; en conjunto superan por poco el 10%. Y los que no lo emplean nunca son el 9,4%.

Excluyendo de este análisis a quienes declaran no haber tenido relaciones o a los que no han contestado, los porcentajes de empleo de anticonceptivos crecen obviamente: el 75.8% de jóvenes que han mantenido relaciones sexuales aseguran emplearlos siempre o casi siempre.

**TABLA.7.3. FRECUENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS
(USO PROPIO O DE LA PAREJA)**
BASE TOTAL MUESTRA

FRECUENCIA USO	N	%
Sí, siempre	623	50,1
Sí, casi siempre	135	10,9
Algunas veces	80	6,4
Pocas veces	46	3,7
Nunca o casi nunca	117	9,4
No he tenido relaciones sexuales	177	14,2
No sé/Prefiero no contestar	67	5,4
Total	1.243	100,0

TABLA 7.4. FRECUENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS
BASE: QUIENES HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES. EXCLUIDOS NS/NC

FRECUENCIA USO	N	%
Sí, siempre	623	62,3
Sí, casi siempre	135	13,5
Algunas veces	80	8,0
Pocas veces	46	4,6
Nunca o casi nunca	117	11,7
Total	1.000	100,0

Los usos ocasionales suponen el 12,6% pero un importante 11,7% declara no emplearlos nunca. Este dato parece estructural en el comportamiento de los y las jóvenes españoles. En los sucesivos informes de INJUVE sobre la juventud española de 2012 y 2016¹, podemos encontrar pistas sobre la evolución de esta práctica de riesgo, pese a que por el empleo de una metodología distinta de medida² el análisis resulta algo parcial.

TABLA 7.5. EVOLUCIÓN DEL NO USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS RELACIONES SEXUALES (2012-2017)

BASE: QUIENES HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES. EXCLUIDOS NS/NC. DATOS EN %

FRECUENCIA USO	INJUVE 2012	INJUVE 2016	CRS 2017
No (INJUVE) / Nunca o casi nunca (CRS)	17,3%	15,0%	11,7%

Fuentes: INJUVE (2012 y 2016). Informe sobre la Juventud en España y CRS. Barómetro 2017.

La práctica de riesgo de no emplear ningún método de contracepción parece decrecer; del 17,3% de jóvenes, en 2012, que no la empleaba en su última relación, al 15% del año 2016, y al 11,7% que declara no hacerlo nunca o casi nunca en el barómetro actual.

En relación a la frecuencia de uso, hay enormes diferencias en los correspondientes perfiles de jóvenes. Las mujeres están mucho más cercanas a su uso, igual que los que tienen como máximo 19 años, los de nacionalidad española adquirida, los y las de clases alta o media-alta, y quienes tienen estudios a más allá de la Secundaria post-obligatoria.

Los usos esporádicos aparecen más entre los hombres, los y las de mayor edad, quienes están en paro y tienen estudios como máximo de Secundaria obligatoria.

La edad parecería sugerir que, al menos en parte, la diferencia entre los usos podría estar asociada al ciclo vital y a la tenencia de pareja estable.

1. INJUVE (2012 y 2016). *Informe sobre la Juventud en España*.

2. El INJUVE pregunta por los métodos anticonceptivos empleados en la última relación sexual, mientras que nosotros preguntamos por la frecuencia de uso general, en el conjunto de las prácticas sexuales.

TABLA 7.6. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS PERFILES DE FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

P<0.05. BASE: QUIENES HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES. EXCLUIDOS NS/NC

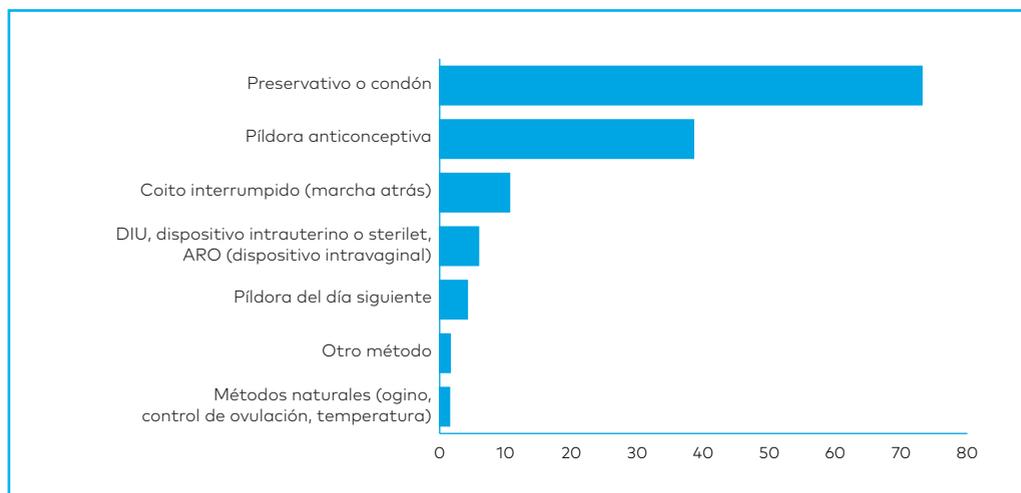
	SI, SIEMPRE O CASI SIEMPRE	POCAS VECES O NUNCA
Género	Mujer	Hombre
Edad	Hasta 19 años	A partir de 25 años
Nacionalidad	Española adquirida	Otra nacionalidad
Clase social	Alta o media-alta	
Actividad	Sólo trabaja	En paro
Estudios terminados	Secundaria post-obligatoria y estudios superiores	Hasta Secundaria obligatoria

En cuanto a los métodos anticonceptivos empleados, el de uso más extendido es el preservativo, empleado por el 73,1% de los y las jóvenes que usan anticonceptivos, en sus encuentros sexuales.

GRÁFICO 7.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EMPLEADOS.

BASE: QUIENES EMPLEAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. RESPUESTA MÚLTIPLE.

DATOS EN % DE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN



La píldora anticonceptiva ocupa el segundo lugar en cuanto a uso, con el 38,5%. Muy lejos quedan otros métodos de contracepción, como el coito interrumpido (10,6%), el DIU u otros dispositivos intrauterinos (5,9%) y la píldora postcoital, de muy escaso empleo (4.2%), quedando en última posición de los métodos empleados los denominado "naturales" (Ogino, etc.) que apenas reciben el 1,5% de menciones.

La evolución de las principales fórmulas de contracepción (preservativo, píldora y DIU) presenta variaciones sustanciales a lo largo de los años, comparando los datos del barómetro con los obtenidos en los informes INJUVE sobre la juventud española de 2012 y 2016, aunque, de nuevo, la metodología de medida difiere y resulta necesario ser precavido en la interpretación de la comparativa.

**TABLA 7.7. EVOLUCIÓN DEL USO
DE ALGUNOS ANTICONCEPTIVOS 2012-2017**

BASE: QUIENES HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES. EXCLUIDOS NS/NC. DATOS EN %

TIPO DE ANTICONCEPTIVO	INJUVE 2012	INJUVE 2016	CRS 2017
Preservativo	68,8%	73,0%	73,1%
Píldora anticonceptiva	18,4%	22,0%	38,5%
DIU	6,6%	2,5%	5,9%

Fuentes: INJUVE (2012 y 2016). Informe sobre la Juventud en España y CRS. Barómetro 2017.

El preservativo sigue siendo el método más empleado en las relaciones sexuales, muy por delante de cualquier otro medio contraceptivo y su uso aumenta ligeramente en cada toma de datos. El uso de la píldora anticonceptiva subió entre 2012 y 2016 ligeramente (del 18,4% al 22%), y de manera espectacular (38,5% de los jóvenes) en nuestro estudio de 2017. Aunque esta cifra puede ser debida al sistema de medición empleado (INJUVE pregunta por el método empleado en la última relación sexual y el barómetro por el conjunto de relaciones), no cabe duda de la frecuencia creciente de este método entre los y las jóvenes españoles. El dato del DIU revela su escaso uso en toda la serie temporal.

Las mujeres, obviamente, citan más el uso de la píldora, así como los y las más mayores, los de clase alta, y aquéllos que sólo trabajan y quienes tienen más nivel de estudios.

TABLA 7.8. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE USO DE DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

	PÍLDORA ANTICONCEPTIVA	DIU	COITO INTERRUPTIDO
Género	Mujer	Mujer	Hombre
Edad	A partir de 25 años	A partir de 25 años	
Nacionalidad	Española adquirida		
Clase social	Alta o media-alta		
Actividad	Sólo trabaja	En paro	En paro
Estudios terminados	A partir de Secundaria post-obligatoria y superiores universit.		Hasta Secundaria obligatoria

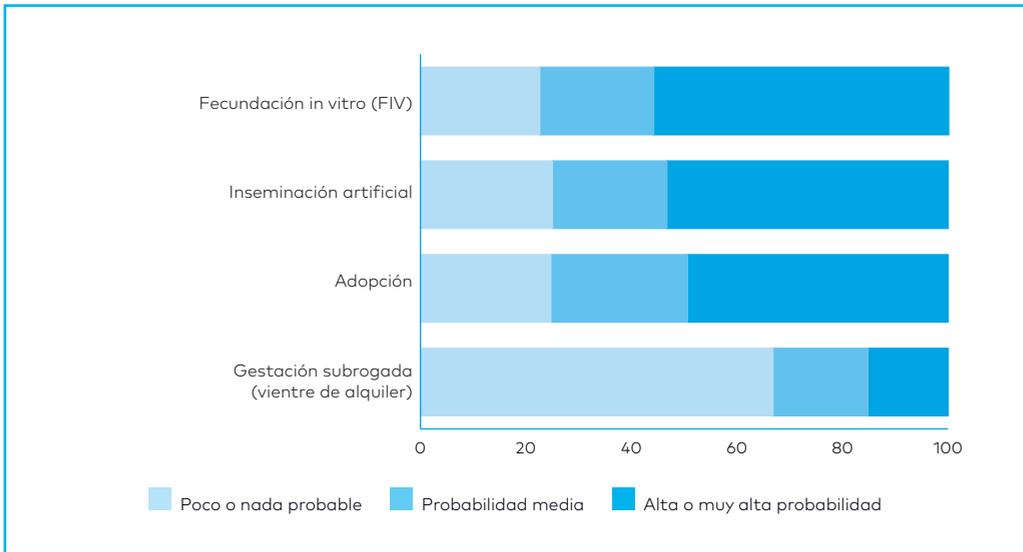
También ellas se muestran más a favor del empleo del DIU; igual las y los más mayores y aquéllos que están en paro. El coito interrumpido, práctica de innegable riesgo, está más presente entre hombres, entre los y las que están en paro, y entre quienes tienen estudios hasta Secundaria obligatoria.

En relación con los embarazos y la natalidad se preguntó por la actitud hacia ciertos métodos de reproducción asistida, tales como la gestación subrogada, la adopción, los tratamientos de fertilidad, etc. La pregunta interrogaba sobre la probabilidad, en caso de dificultad para el embarazo, de acudir a las distintas fórmulas, empleando una escala de 0, que significa ninguna probabilidad, a 10, que significa total probabilidad.

El uso de técnicas de reproducción asistida en el caso de dificultades para el embarazo está bastante extendido, más a favor de la fecundación *in vitro* que emplearía con alta probabilidad casi el 56% de los y las jóvenes, y la inseminación artificial con una probabilidad alta de empleo, del 53,3%. La adopción es algo que se plantearían de forma clara, llegado el caso, casi el 50%. En sentido contrario, las tres fórmulas son descartadas, incluso si hay dificultades para el embarazo, por alrededor de uno o una de cada cuatro jóvenes.

La excepción a estas actitudes muy proactivas hacia la reproducción asistida la protagoniza la gestación subrogada, el "vientre de alquiler", algo que rechaza con rotundidad el 66,8% de jóvenes. Esto último no puede ser ajeno al debate público sobre la ética de esta fórmula de reproducción asistida.

GRÁFICO 7.2. GRADO DE PROBABILIDAD DE EMPLEO DE FÓRMULAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA
 ESCALA AGRUPADA. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



Las diferencias son pocas entre los perfiles de quienes ven más o menos posibles los usos de las distintas fórmulas.

Las mujeres se muestran más proclives a casi todas ellas, indudablemente desde su mayor implicación en los procesos de gestación y maternidad, salvo para el supuesto de la gestación subrogada, donde son los hombres los que se muestran más dispuestos a su empleo, en una postura coherente con el debate mencionado anteriormente, que hace que se llegue a cuestionar seriamente lo que se entiende que puede ser una cosificación de la mujer.

La edad marca diferencias, pero escasas: los mayores de 25 años apuestan más por la fecundación *in vitro*. Los que poseen estudios universitarios se muestran más favorables a todas ellas, salvo a la inseminación artificial.

TABLA 7.9. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE PROBABILIDAD DE USO DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD Y ADOPCIÓN

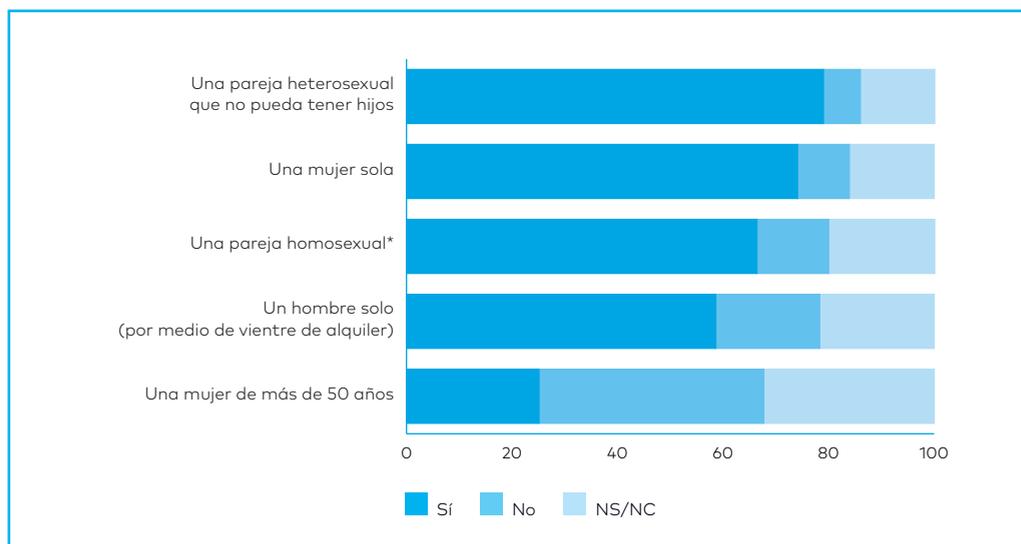
P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

	GÉNERO	EDAD	CLASE SOCIAL	ESTUDIOS
Fecundación in vitro	Mujer	A partir de 25 años		Superiores universitarios
Inseminación artificial	Mujer		Alta y media-alta	
Adopción	Mujer			Superiores universitarios
Gestación subrogada	Hombre			Superiores universitarios

Otra cosa muy distinta es el análisis de las actitudes hacia que, en algunos supuestos concretos, pueda accederse al uso de estas fórmulas de reproducción asistida. Entrar en estas valoraciones de aceptabilidad o rechazo pone en juego los criterios morales o éticos que los y las jóvenes manejan.

GRÁFICO 7.3. ACEPTACIÓN O RECHAZO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN DETERMINADOS SUPUESTOS

ESCALA DICOTÓMICA (SÍ/NO) BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



* Por gestación subrogada, en caso de pareja de hombres.

Los niveles de aceptación de las fórmulas de reproducción asistida para diferentes supuestos marcan una cierta ordenación. De mayor a menor grado de aceptabilidad encontramos una máxima permisividad para las parejas heterosexuales (79,0% de aceptación) y para el caso de mujeres solas (74,1%). Luego se reconocería ese derecho a las parejas homosexuales, mediante gestación subrogada en el caso de dos hombres (66,4%), siendo verdaderamente llamativo este alto porcentaje puesto que, recordemos, era un supuesto que antes se rechazaba ampliamente. Pueden estar influyendo dos factores: la ambigüedad de la pregunta, que implica que algunas personas entrevistadas puedan responder pensando en una pareja de mujeres, y la posibilidad de que una cosa sea lo que se piensa cuando se contempla la maniobra en abstracto, y lo que ésta pueda tener de cuestionable, y otra muy diferente cuando se para a pensar en el interés de dos personas.

A continuación, el acuerdo respecto a la aceptabilidad de que sea un hombre solo quien pueda beneficiarse (58,6%). Finalmente, el supuesto que genera menos aceptación, una mujer de más de 50 años (42,6% de rechazos, la proporción más alta). En este último caso el rechazo puede estar justificándose, al menos en parte, en los potenciales peligros para la madre o el feto a edades tan avanzadas para la maternidad, o en la supuesta menor capacidad de las mujeres de esa edad para gestionar la crianza de los hijos. Parecería por tanto que, así como antes lo que se medía era la legitimidad de una maniobra, ahora lo que se jerarquiza es el derecho de unas personas en determinadas situaciones.

Pese a la amplia aceptación de casi todos los supuestos, existen porcentajes ciertamente relevantes de jóvenes que rechazan las distintas fórmulas: un 7% objeta en el supuesto de reproducción asistida para parejas heterosexuales, casi un 10% para las mujeres solas, un 13,6% para las parejas homosexuales mediante gestación subrogada y casi un 20% para un hombre solo. Pero incluso más significativo que estos rechazos es la proporción de jóvenes que no contesta a la pregunta, lo cual apunta a la idea de cierta indefinición moral o ética en algunos casos donde este porcentaje es abultado; es el caso del supuesto de una mujer de más de 50 años (un 32,3% de no contesta), un hombre solo (21,7%), una pareja homosexual (20,1%) o una mujer sola (16,1%).

Las mujeres parecen claramente posicionarse más a favor que ellos para casi todos los supuestos presentados, excepto para el de una mujer de más de 50 años, en la que destacan ellos.

La edad apenas marca matices en las posiciones, salvo en la mayor aceptación de la reproducción asistida en parejas homosexuales, donde se está más a favor

a partir de los 25 años. La clase social tampoco imprime distinciones potentes, salvo en el supuesto de una mujer mayor, aceptada por encima de la proporción media entre los pertenecientes a clases baja y media-baja. La actividad marca algunas diferencias más: los que se encuentran en situación de desempleo aceptan mejor la reproducción asistida en el caso de una mujer sola y los que trabajan, combinan trabajo y estudio o están en paro.

TABLA 7.10. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN DETERMINADOS SUPUESTOS

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

	GÉNERO	EDAD	CLASE SOCIAL	ACTIVIDAD
Una mujer de más de 50 años	Hombre		Baja y media-baja	
Un hombre solo, por medio de vientre de alquiler	Mujer			
Una pareja homosexual*	Mujer	Hasta 24 años		Trabajan + trabajan y estudian + en paro
Una mujer sola	Mujer			En paro
Una pareja heterosexual que no pueda tener hijos	Mujer			

* Una pareja homosexual (por gestación subrogada en el caso de pareja de hombres).

Cierra este capítulo, dedicado a las relaciones sexuales y la reproducción, las posiciones de los y las jóvenes ante el aborto. Independientemente de la legislación en vigor (originalmente del 2010³ y modificada en parte en 2015⁴), se trata de testar la sensibilidad de las personas entrevistadas, sometiendo a escrutinio la aceptabilidad de determinados supuestos para abortar.

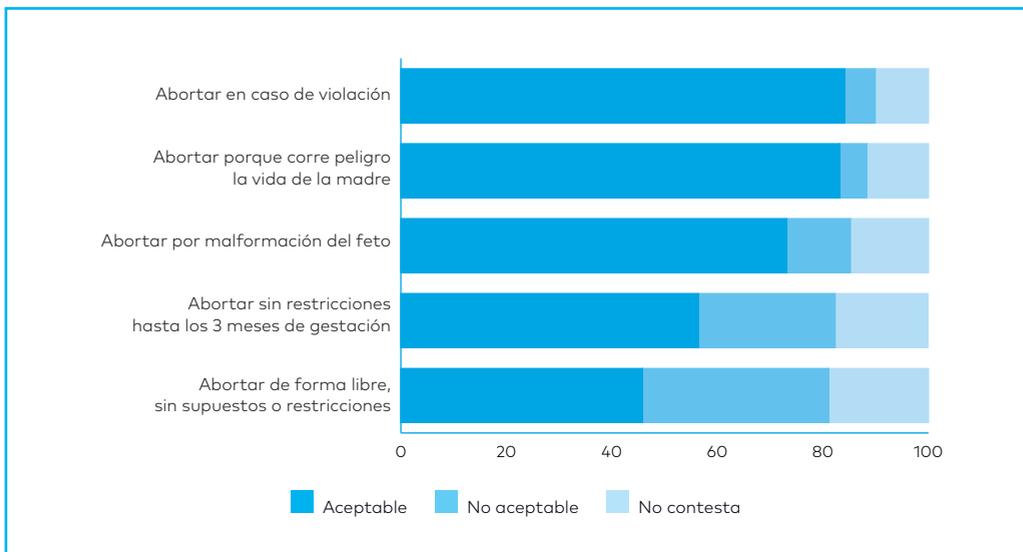
3. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

4. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

La aceptación para todos los supuestos es elevada, ninguna baja del 45%, aunque con una importante gradación si tenemos en cuenta, esta vez, los porcentajes de rechazo. El 5,8% no acepta el aborto en caso de violación, el 5,1% tampoco cuando hay peligro vital para la madre, el 12,5% en los casos de malformación fetal y el 25,9% cuando el aborto se ampara en una ley de plazos (tres meses). El aborto totalmente libre, sin restricciones, con un 35,5% de rechazo es el único supuesto sin aprobación mayoritaria. Sin embargo, el tema promueve bastante indefinición en una proporción no despreciable de jóvenes; entre el 10% y el 18% prefieren no contestar a la pregunta.

GRÁFICO 7.4. ACEPTACIÓN O RECHAZO DE ALGUNOS SUPUESTOS DE ABORTO

ESCALA DICOTÓMICA (SÍ/NO) BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



Las mujeres son las más proclives a aceptar casi todos los supuestos, excepto el del aborto libre hasta los tres meses, para el que las posturas son transversales. Las más jóvenes, hasta los 19 años, también son más proclives, salvo en el caso de los tres meses de plazo o por peligro para la vida de la madre.

La clase social marca alguna diferencia: las clases bajas apoyan más que la media el aborto totalmente libre, mientras que la alta y media-alta aceptan más el supuesto de los tres meses de plazo. La actividad, probablemente en relación con la edad y con la situación vital, también marca diferencias. Quienes trabajan o están en paro son más permisivos frente a casi todos los supuestos.

**TABLA 7.11. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS
EN LOS PERFILES DE ACEPTACIÓN
DE ALGUNOS SUPUESTOS SOBRE EL ABORTO**

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

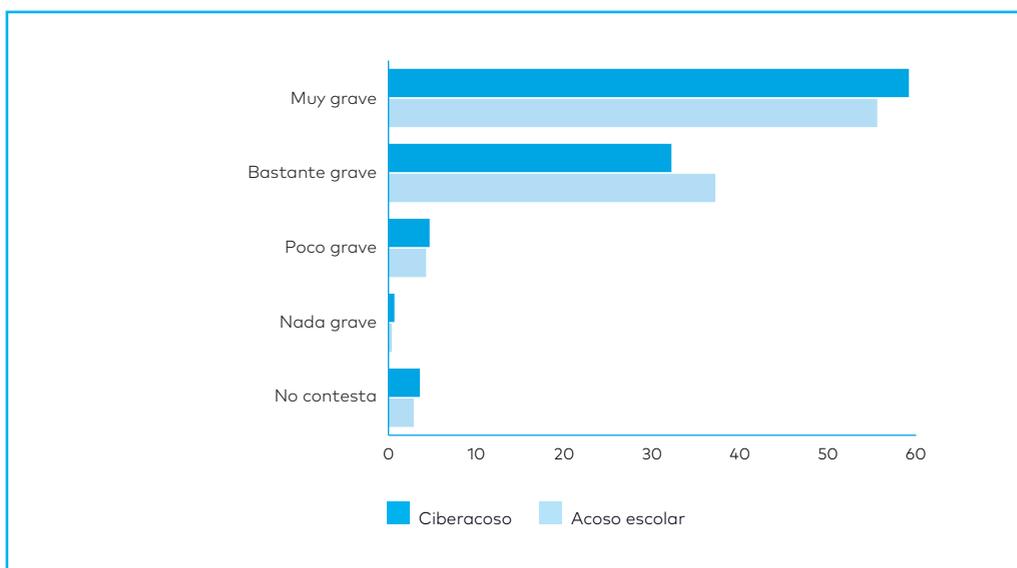
	GÉNERO	EDAD	CLASE SOCIAL	ACTIVIDAD
Abortar de forma libre, sin supuestos o restricciones	Mujer	Hasta 19 años	Baja y media-baja	
Abortar sin restricción hasta los 3 meses de gestación			Alta y media-alta	Estudian y trabajan y estudian
Abortar por malformación del feto		Hasta 19 años		Trabajan y trabajan y estudian y en paro
Abortar porque corre peligro la vida de la madre	Mujer			Trabajan y en paro
Abortar en caso de violación	Mujer	Hasta 19 años		

La introducción de elementos disruptores en las relaciones individuales y colectivas, como lo son la violencia y el acoso escolar y laboral, constituyen un problema social y de salud pública que ha generado una gran alarma en los últimos años. En lo que se refiere a la valoración de su impacto en la salud y la calidad de vida de los y las jóvenes, Goleman (1996; citado por Díaz Aguado, 2005) establece la importancia de gozar de un adecuado grado de aceptación social y de habilidades sociales para establecer buenas relaciones dentro de un grupo, hecho tan impactante en el bienestar individual como otros parámetros de salud o desarrollo académico o intelectual.

Tanto el acoso escolar como el ciberacoso son considerados por una abultada mayoría de jóvenes como un problema "muy" o "bastante grave" en nuestro país, posiciones que suman el 91,2% para el ciberacoso y un 92,2% para el acoso (gráfico 8.1).

GRÁFICO 8.1. PERCEPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ACOSO ESCOLAR Y DEL CIBERACOSO EN ESPAÑA

ESCALA DICOTÓMICA (SÍ/NO) BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



Bastante residuales los porcentajes de los que restan importancia al problema (poco o nada grave), que no suman más de 5,2% para el ciberacoso y 4,5%, para el acoso escolar.

Quienes creen que el problema es más grave aún que la proporción media general tienen un perfil muy definido: generalmente mujeres que, como veremos más adelante, son las que más situaciones de acoso han declarado padecer, quienes residen en poblaciones de tamaño reducido (donde el problema de unas deficientes relaciones sociales puede verse muy agravado por lo reducido del contexto social), los que poseen como máximo estudios de nivel básico y aquéllos que se declaran en paro.

TABLA 8.1. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE LA PERCEPCIÓN DE GRAVEDAD DEL ACOSO Y EL CIBERACOSO

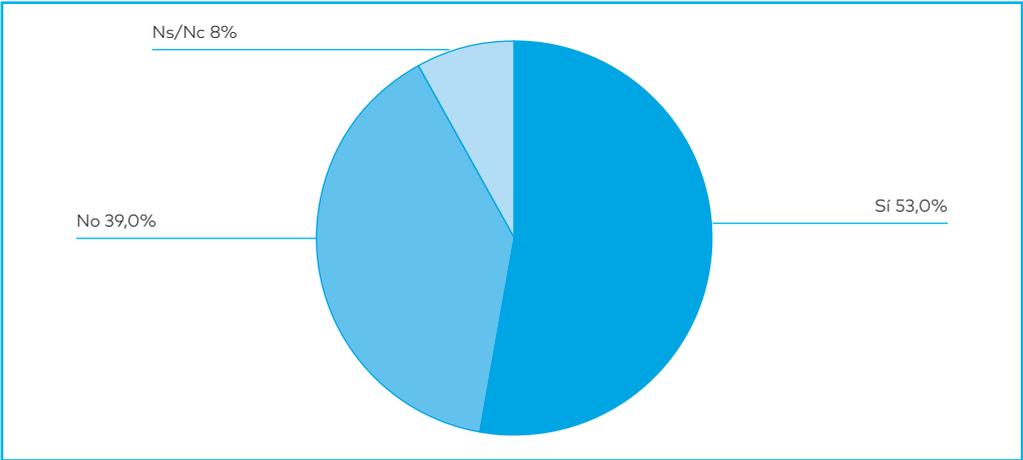
P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

GRAVEDAD	GÉNERO	HÁBITAT	CLASE SOCIAL	ESTUDIOS	ACTIVIDAD
Muy y Bastante grave	Mujer	Pueblos o ciudades pequeñas	Baja y media-baja	Hasta Secundaria obligatoria	En paro

A la consideración general del acoso como un problema muy grave para una mayoría de jóvenes se suma el hecho de que una buena parte de ellos han sido testigos directos, en primera persona, de situaciones de acoso.

GRÁFICO 8.2. HAN PRESENCIADO SITUACIONES DE ACOSO EN SU CENTRO DE ESTUDIOS O TRABAJO

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA



Un muy significativo 53% declara haberlas presenciado en su centro de estudios o de trabajo.

No existen muchas diferencias en cuanto a los perfiles de los y las jóvenes que declaran haber sido testigos de tales actos; tan sólo los más jóvenes (hasta los 19 años) y los que estudian y trabajan parecen sumar más testimonios de estos episodios que el resto de jóvenes.

TABLA 8.2. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE LOS TESTIGOS DE ACOSO

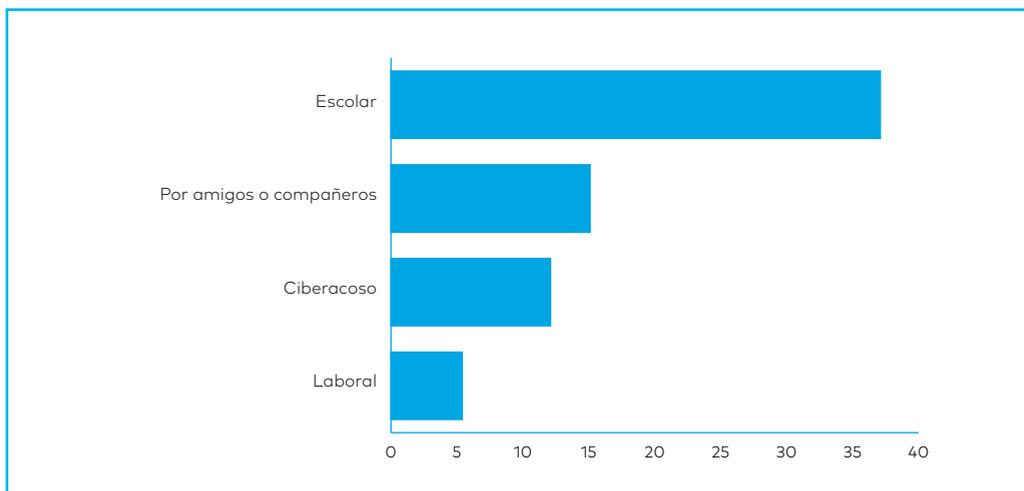
P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/NO CONTESTA

TESTIGO DE ACOSO	EDAD	ACTIVIDAD
Sí	Hasta 19 años	Estudia y trabaja

No son pocos los y las jóvenes que declaran haber sido las víctimas del acoso, de diferentes tipos y en contextos variados. Un 37,1% lo ha sido en el ámbito escolar.

GRÁFICO 8.3. ACOSO SUFRIDO

*BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. RESPUESTA MÚLTIPLE. EXCLUIDOS NS/NC
DATOS EN % DE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN*



Las cifras sobre el resto de tipologías y contextos de acoso también son bastante abultadas; el acoso por parte del círculo cercano de amigos o compa-

ñeros alcanza al 15,1%; poco menos son las víctimas declaradas de ciberacoso (el 12,1%) y la menor frecuencia se da en el ámbito laboral, con un 5,4% de personas jóvenes afectadas.

En cuanto a los perfiles, para la mayoría de los tipos de acoso se dibuja un cuadro bastante definido de rasgos de las víctimas principales, tanto por algunas variables sociodemográficas como por los distintos determinantes de salud y desarrollo vital.

TABLA 8.3. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE QUIENES HAN SUFRIDO SITUACIONES DE ACOSO

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

ESCOLAR	CIBERACOSO	LABORAL	POR AMIGOS
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Mujer De pueblos o ciudades pequeñas Secundaria oblig.	Mujer Hasta los 24 años Secundaria oblig.	A partir de 20 años De pueblos o ciudades pequeñas Secundaria oblig.	Mujer Secundaria oblig.
VARIABLES DE SALUD Estado de salud regular o malo Declaran afecciones crónicas Han acudido en último año a servicios médicos Declaran estilo vida poco/nada saludable Les preocupa bastante su aspecto físico Cambiarían muchas cosas de su aspecto físico Tienen algún tipo de discapacidad Declaran continuos trastornos psicológicos en los últimos 12 m.	Estado de salud regular o malo Gravemente limitado en los últimos 12 m. Declaran afecciones crónicas Declaran estilo vida nada saludable Les preocupa bastante su aspecto físico Cambiarían muchas cosas de su aspecto físico Declaran continuos trastornos psicológicos en los últimos 12 m.	Limitado, pero no gravemente, en los últimos 12 m. Cambiarían muchas cosas de su aspecto físico	Estado de salud regular o malo Gravemente limitado en los últimos 12 m. Declaran afecciones crónicas Declaran estilo vida poco/nada saludable Les preocupa bastante su aspecto físico Cambiarían muchas cosas de su aspecto físico Declaran continuos trastornos psicológicos en los últimos 12 m.

Las víctimas de acoso escolar, ciberacoso y acoso por amigos o conocidos esbozan una figura de rasgos muy similares, constituidos por un conjunto de características sociodemográficas comunes y por la presencia de factores de

vulnerabilidad en las variables de salud y bienestar físico y psicológico. En cuanto a su caracterización sociodemográfica:

- Son mujeres en una proporción mayoritaria.
- Son jóvenes, hasta los 24 años, en el ciberacoso. En el laboral, a partir de los 20 años.
- Han completado los estudios básicos, como máximo.
- En el caso de acoso escolar y laboral, las víctimas declaran residir de forma mayoritaria en entornos poblacionales pequeños.

Más rico en matices, y de manera muy significativa en los rasgos de vulnerabilidad, es el perfil marcado por las variables de salud, bienestar y desarrollo vital.

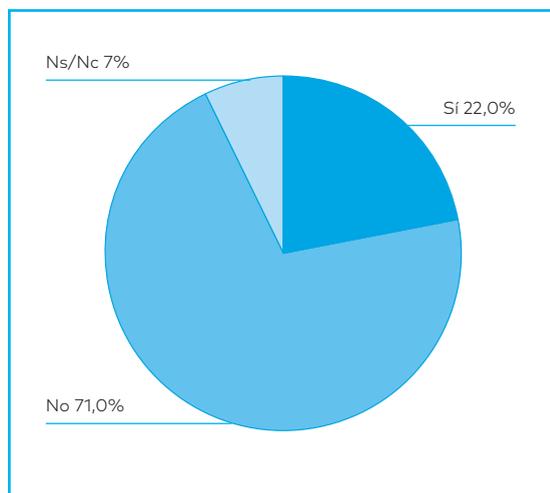
Obviando los matices para cada tipo de acoso, algo que puede analizarse en la tabla 8.3, en conjunto, puede decirse que entre las víctimas hay mayor presencia de personas con mal estado de salud, con limitaciones y afecciones crónicas en el último año. Además, también hay mayor presencia de estilos de vida poco saludables, de disconformidad con el aspecto físico (y lógicos deseos de cambiarlo) y de preocupación por esta cuestión. Incluso hay mayor presencia de personas con discapacidad y, cosa nada sorprendente, una sobrerrepresentación de trastornos y síntomas psicopatológicos continuos.

Es posible que algunas de estas valoraciones sobre el estado de salud y el bienestar físico y emocional sean parcialmente debidas a la condición de víctimas de acoso o, por el contrario, que la imagen que condicionan estas valoraciones, notablemente peor que la de la media de los jóvenes, esté potenciando los rasgos de fragilidad que facilitan ser víctimas de estas situaciones.

Las sensaciones de miedo o ansiedad ante la posibilidad de sufrir algún tipo de acoso son minoritarias, pero significativas en porcentajes: un 22% de los y las jóvenes manifiesta temor ante esta posibilidad.

El perfil de los más temerosos ante la posibilidad de estas

GRÁFICO 8.4. MIEDO O ANSIEDA DE SUFRIR SITUACIONES DE ACOSO
BASE TOTAL MUESTRA. DATOS EN %



situaciones reproduce casi exactamente el perfil de los que ya se han declarado víctimas de estos actos (tabla 4.8.4)

TABLA 8.4. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE TEMOR DE SUFRIR SITUACIONES DE ACOSO

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

MIEDO O ANSIEDAD DE SUFRIR ACOSO (SÍ)

Variables sociodemográficas

Mujer
Hasta 19 años
Pueblos o ciudades pequeñas o ciudades de tamaño medio
Hasta Secundaria post-obligatoria
Estudian y trabajan

Variables de salud

Estado de salud de regular a malo
Han estado limitados, pero no gravemente, el último año
Declaran afecciones crónicas
Declaran estilo de vida poco o nada saludable
Les preocupa bastante su aspecto físico
Cambiarían muchas cosas de su aspecto físico
Tienen algún tipo de discapacidad
Declaran continuos trastornos psicológicos en los últimos 12 meses
Han sufrido acoso

El perfil de "miedo a sufrir acoso" corresponde casi exactamente con el de quienes declararon haberlo sufrido:

- Mayoritariamente mujeres.
- Jóvenes, hasta los 19 años.
- Que completaron los estudios hasta la Secundaria post-obligatoria.
- Que declaran residir de forma mayoritaria en entornos poblacionales pequeños o en ciudades de tamaño medio.

Y de nuevo, añadiendo coincidencias, una valoración especialmente negativa de los parámetros de salud y desarrollo:

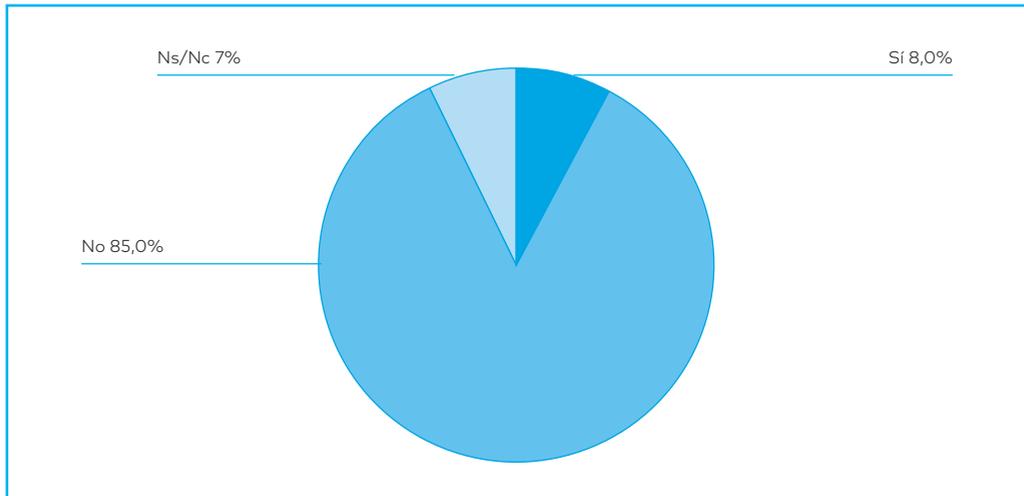
- Estado de salud de regular a muy malo.
- Limitados, aunque no gravemente, en los últimos 12 meses.
- Afecciones crónicas en el último año.
- Estilo de vida de poco a nada saludable.
- Disgusto con el físico, del que se cambiarían muchas cosas; a la vez, lógicamente, preocupación por la apariencia externa.
- Algún tipo de discapacidad.
- Trastornos psicológicos en los últimos 12 meses, diagnosticados o no.

Es por otro lado lógico y perfectamente comprensible que quien ya haya sufrido este tipo de situaciones tenga un mayor temor a la posibilidad de que se repitan.

En cuanto a si han ejercido algún tipo de acoso, un 8% de los y las jóvenes declaran haberlo hecho alguna vez.

GRÁFICO 8.5. HA EJERCIDO ALGÚN TIPO DE ACOSO

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. DATOS EN %



El perfil de los acosadores ofrece menos matices que el de los acosados, aunque es muy llamativo en algunas variables:

- Son mayoritariamente hombres.
- Tienen entre 20 y 24 años.
- Han completado como máximo los estudios de Secundaria obligatoria.

Manifiestan rasgos muy significativos, en parte coincidentes con los de las víctimas, en los parámetros de salud y desarrollo:

- Su estado de salud promedia a malo.
- La valoración de su estilo de vida es muy distónica: o es muy saludable o poco.
- Cambiarían muchas cosas de su físico.
- Afirman haber sufrido algún tipo de trastorno psicológico en los últimos 12 meses, sea o no diagnosticado, aunque sólo "de vez en cuando".
- En una gran proporción también han sido víctimas de acoso, de cualquier tipo.

TABLA 8.5. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE QUIEN HA REALIZADO SITUACIONES DE ACOSO

P<0.05. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NS/NC

HA EJERCIDO ALGÚN TIPO DE ACOSO (SÍ)	
Variables sociodemográficas	Hombre Entre 20 y 24 años Hasta Secundaria obligatoria
Variables de salud	Estado de salud malo Declaran estilo de vida o muy o poco saludable Cambiarían muchas cosas de su aspecto físico Declaran sufrir trastornos psicológicos de vez en cuando en los últimos 12 meses Han sufrido acoso de todos los tipos

Cierran este capítulo las valoraciones que los y las jóvenes ofrecen sobre los motivos que fomentan o impulsan las situaciones de acoso.

Para los y las jóvenes, en la base de este fenómeno se sitúan las relaciones de dominación y sometimiento por parte de personas en la pretensión de ejercicio del poder sobre otros (73%), aunque minorías no desdeñables apuntan otras razones. Entre el 30 y el 40% apuntan la inacción de padres/madres y profesores/as; un 32% adjudica un carácter especial a los agresores, suponiéndoles personas violentas, en cierta medida diferentes. Incluso hay un grupo que tiende a culpabilizar a las víctimas: el 19,7% porque "son diferentes" y un 3,5% porque "provocan".

Los perfiles de atribución de estos diferentes motivos para el acoso presentan algunos rasgos sugerentes (tabla 8.6).

GRÁFICO 8.6. MOTIVACIONES PARA EL ACOSO.

BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. RESPUESTA MÚLTIPLE.

DATOS EN % DE ENTREVISTADOS QUE MENCIONAN

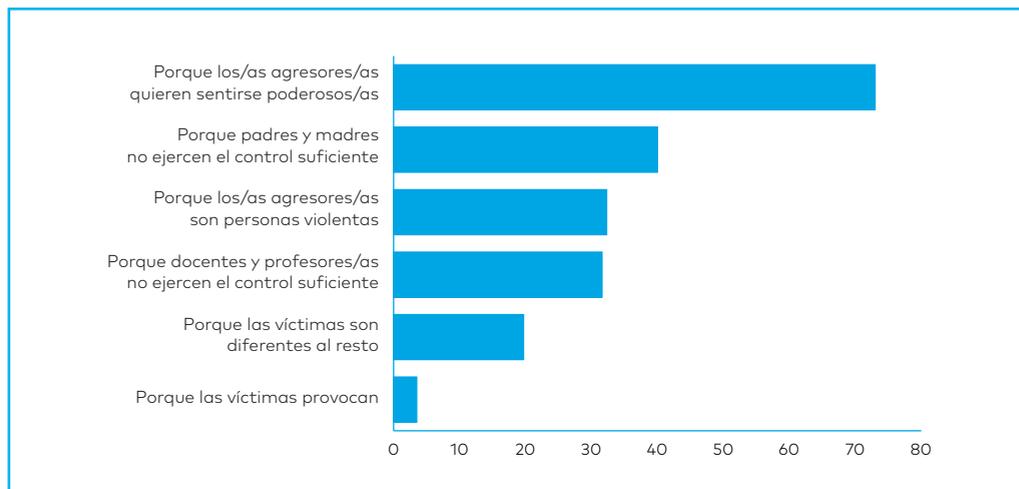


TABLA 8.6. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EN LOS PERFILES SOBRE MOTIVACIONES PARA EL ACOSO

$P < 0.05$. BASE: TOTAL DE LA MUESTRA. EXCLUIDOS NO SABE/ NO CONTESTA

GÉNERO	EDAD	CLASE SOCIAL	HÁBITAT	ESTUDIOS	ACTIVIDAD
Porque las víctimas provocan					
Hombre				Hasta Secundaria obligatoria	
Porque las víctimas son diferentes al resto					
	Hasta 24 años		Pueblos o ciudades pequeñas	Hasta Secundaria obligatoria	Sólo trabajan
Porque docentes y profesores/as no ejercen el control suficiente					
	Hasta 19 años			Hasta Secundaria obligatoria	
Porque padres y madres no ejercen el control suficiente					
	A partir de 25 años	Alta y media-alta			Sólo estudian
Porque los/as agresores/as quieren sentirse poderosos/as					
Mujer		Alta y media-alta			Sólo estudian

Acaso lo más significativo sea que se sugiere un perfil de hombre, con estudios básicos y que vive no infrecuentemente en hábitats reducidos, como el dominante para la atribución de la responsabilidad del acoso a otros.

Por contra, las mujeres subrayan especialmente la dinámica de dominio y opresión que subyace en las situaciones de acoso.

9. UNA MIRADA GLOBAL

Si, tal como se decía en la introducción, los objetivos de este estudio se centraban en cubrir las exigencias de información que plantea el desarrollo de capacidades de "vida y salud" a partir de la conceptualización de Martha Nussbaum, el planteamiento se presenta como desmesurado. Los aspectos implicados en ese vector del desarrollo humano, en la práctica, abarcan casi todo. Obviamente los parámetros esenciales de la vida, nacimiento y muerte; pero también las circunstancias personales del transcurrir vital entre esos dos momentos, las que afectan a la salud y al bienestar, las relativas a las limitaciones y problemas, las definidas por las posturas individuales que pueden tener un impacto directo sobre lo anterior (el estilo de vida, los comportamientos de riesgo, los hábitos sexuales...).

Abarcar todo ello es una tarea inmanejable; es preciso limitar la ambición y plantear objetivos más realistas. Y en esa línea, lo que aquí se ha pretendido se define por consideraciones más pragmáticas. Se trataría, sin salirse del campo macro de la investigación, la capacidad de "vida y salud", de limitarse al análisis de un grupo de elementos, un tanto dispersos y a veces sin claras conexiones, que reúnen dos condiciones: la de aportar informaciones que enriquezcan la comprensión profunda del desarrollo de la capacidad y la de hacerlo fijándose en aquellos aspectos menos tratados en otras investigaciones.

Así, la mirada analítica se ha fijado en las percepciones y vivencias sobre la propia salud (la biomédica y la psicológica), sobre las limitaciones de la misma, sobre los estilos de vida y la alimentación, sobre la forma física, sobre las consideraciones acerca de la propia imagen, sobre las relaciones sexuales y la reproducción, sobre los consumos de sustancias y sobre las circunstancias existenciales de acoso e inseguridad personal. Un paquete de cuestiones, ya se decía, que parecería de selección caprichosa pero que, en el contexto de otros muchos aportes e investigaciones, permite cubrir espacios menos conocidos y complementar una visión global de cómo y por dónde se desenvuelve el desarrollo vital de las personas jóvenes en España.

De entrada, cabe recordar que la esperanza de vida de los hombres y mujeres jóvenes en España está a la cabeza de Europa: a los 15 años esperan vivir dos años más que la media europea, y esa diferencia se mantiene en los cortes sucesivos. Coherentemente con ello, encontramos que las tasas de mortalidad

entre nosotros son más bajas que en nuestro entorno: entre los 15 y los 29 años no llega a 0,25 por 1.000, hasta cuatro veces menos que las que se pueden encontrar en algunos países de la Unión; sólo fijándose en las causas de muerte externas, el grupo más importante entre los jóvenes, encontramos que las debidas a accidentes de tráfico en España son de las más bajas de Europa y que las relacionadas con suicidios están en torno a 4,5 personas por 100.000, casi tres puntos menos que la media europea. Todo esto refiriéndonos al conjunto de jóvenes, que si desagregamos por género encontramos que las jóvenes españolas llegan a tener hasta seis años más de esperanza de vida que sus compañeras europeas.

Esta situación de clara ventaja respecto a Europa, desde cierta perspectiva se ve lastrada por las circunstancias que condicionan la natalidad en nuestro medio. En adolescentes (15 a 18 años) la tasa de nacidos por 1.000 mujeres es de 4,27 (en Europa la media es de 5,47), en la franja 18-21 es de 16,72 (25,43 en la UE), en la de 22-25 es de 32,31 (55,35 en la UE) y en la de 26-29 de 60,41 (95,22 en la UE). Todo ello añadido al retraso con que, en relación con nuestro entorno, se produce el nacimiento del primer hijo. Evidentemente estos aspectos de la natalidad no tienen que correlacionarse con la esperanza de vida, ni con la calidad de la misma (en pureza, ni siquiera con las vivencias de bienestar), pero no hay duda de que, desde una perspectiva global, en tanto que supone un impacto demográfico rotundo y que retrasa los procesos de transición a la vida adulta, influyen notablemente en el transcurrir vital de los y las jóvenes, y tienen de una determinada manera sus circunstancias existenciales.

En todo caso siguen siendo válidas las afirmaciones iniciales: en España, los jóvenes tienen una perspectiva vital que, al menos en lo que respecta a indicadores cuantitativos, mejora la de sus pares europeos. Otra cosa, eso es lo que hay que analizar, serían los indicadores de calidad.

De partida encontramos que el 87% de nuestros jóvenes nos aseguran que gozan de buena o muy buena salud, dato positivo que sin embargo está ligeramente por debajo del correspondiente a la media europea (91,5%), una circunstancia que se va a repetir en coherencia con lo anterior cuando se consideran los trastornos o enfermedades crónicas (de más de seis meses de evolución); estas afecciones crónicas se dan en alrededor del 21% de jóvenes españoles, cuando la media europea es de 17,3%. Lógicamente esta cronicidad de los trastornos va siendo más frecuentes a medida que la percepción de salud es peor; se da en el 18% de quienes aseguran gozar de buena o muy buena salud y alcanza el 51% entre los que aseguran que su salud es "regular" y el 76% entre los que padecen una salud mala o muy mala.

En todo caso, los problemas de salud condicionaron limitaciones, aunque no muy graves, en la vida y en las posibilidades de más de una de cada cuatro personas jóvenes en España; limitaciones muy serias en dos de cada cien (que llegan a 14 de cada cien en los casos de mala salud).

Al fijarse en los perfiles que mayoritariamente se encuentran entre estas personas que tienen peor salud, más trastornos crónicos y más limitaciones, aparecen, ya de partida, dos variables con las que tropezaremos de continuo al observar los diferentes parámetros: las mujeres y las personas de las clases sociales baja y media-baja tienen una percepción peor de estas circunstancias en prácticamente todos los casos. Es de suponer que la calidad de vida de las personas con menos recursos es peor y eso influye en algunos indicadores de salud (al menos en las vivencias subjetivas sobre los mismos), y que en el caso de las mujeres hay elementos asociados a la construcción del género, responsabilidades, cargas, roles sociales, expectativas, que pesan más que las meras circunstancias de vulnerabilidad biológica. Ya lo iremos viendo.

Hay una curiosa circunstancia, no sabemos si privativa pero en cualquier caso caracterizadora de nuestro medio, que se correlaciona (mejor, que no se correlaciona) con las vivencias sobre la propia salud. Así como hay variables que parecen tener un peso en esas vivencias, en un sentido coherente con lo esperable lógicamente (negativo si se está viviendo la "tormenta adolescente" de los 15-19 años o si se sufren las tensiones del desempleo, y positivo si se dispone de los mejores recursos que proporcionan una educación superior y las circunstancias aparejadas), también cabría esperar que los consumos de alcohol, tabaco o drogas ilegales influyeran sobre esas percepciones. Lamentablemente, en relación con casi todos estos consumos, la falta de significatividad estadística no nos permite sacar conclusiones.

Pero sí las encontramos, y muy llamativas, para los de alcohol: el consumo, no sabemos si abusivo, pero sí frecuente (incluso prácticamente diario) de este producto no se correlaciona con la mala, sino con la buena o muy buena percepción de salud propia; al contrario que el no consumo, la abstinencia, que es más frecuente entre quienes tienen mala salud. No es fácil la interpretación de este dato pero sugiere que los consumos alcohólicos están tan integrados socialmente que su presencia se valora como un signo de normalidad y los potenciales efectos negativos se minimizan o son atribuidos a otras causas; desde esa perspectiva acaso la correlación sea a la inversa: sólo quienes tienen mala salud se mantienen lejos de la conducta normalizada, que es beber. Es la fuerza de la representación social, que va más allá de otro interrogante en el que preferimos no entrar: el daño objetivo u objetivable que la ingestión diaria de alcohol produce o no en la salud de las personas.

Un cierto interés, en tanto que puede considerarse un parámetro indirecto de la salud, de la falta de la misma o de las vivencias al respecto, tiene el análisis de si las personas, en este caso jóvenes entre 15 y 29 años, acudieron o no a recursos sanitarios de cualquier tipo (se analizó el periodo temporal de los últimos doce meses). En este sentido, el 78% de nuestra muestra hizo uso de esos recursos, frente al 86,8% de la población general. Lógicamente con una discreta correlación con las circunstancias de salud (menos salud, más visitas al médico), y también con lo ya citado respecto a la mayor presencia de mujeres y de adolescentes. En todo caso son proporciones que hablan, de forma esperable, de una menor presencia de problemas entre los jóvenes, pero también de una abundante utilización de los recursos terapéuticos o preventivos; por no apuntar algo también evidente, la eficacia de la red de atención sanitaria. En este último sentido cabe subrayar que, según nuestros datos, no hay discriminación en el empleo de recursos sanitarios en función del hábitat; no puede hablarse por tanto de ninguna diferencia, al menos en principio, en la accesibilidad a estos servicios entre las zonas rurales y las grandes urbes.

En paralelo a lo anterior, interesándose por el recurso a terapias alternativas, el porcentaje de jóvenes que acuden a las mismas es escaso; se mueve entre menos del 11% para la medicina naturista, algo más del 8% para la homeopatía y alrededor del 6% para la acupuntura. Porcentajes reducidos, pero en ningún caso despreciables, que pueden justificar las llamadas de atención de las administraciones sanitarias, preocupadas por el empleo de técnicas que consideran arriesgadas en la medida en que no les reconocen carácter científico.

También en una relación indirecta con las vivencias de salud, aunque no sólo con ellas, está el fenómeno de la automedicación, algo que por su extensión y por su potencial gravedad ha suscitado no infrecuentemente la preocupación de las instituciones y administraciones sanitarias. Más del 8% de jóvenes toma prácticamente a diario medicaciones que no han sido prescritas ni están controladas por profesionales sanitarios. Dos de cada diez hacen lo mismo varias veces al mes, y se reduce al 38% el porcentaje de quienes nunca practican la automedicación. No sorprende que entre quienes se autoadministran fármacos más frecuentemente haya más mujeres, de menor edad, y sobre todo más personas que se quejan de mala salud (entre quienes se automedican a diario hay cuatro veces más). El dato nuevo es que entre los jóvenes, más ellas que ellos, que a diario toman fármacos no prescritos, el porcentaje de quienes aseguran tener problemas psicológicos triplica la media global; es un elemento que apunta a que entre la medicación de referencia abundan los psicofármacos, algo que presta especial significación al dato y que introduce un tema muy importante: la presencia de vivencias y problemas psicopatológicos entre las y los jóvenes.

Según los indicadores del Sistema Nacional de Salud, en 2017, el 18% de la población española (casi el 22% de las mujeres y el 14% de los hombres; y el 19% en la franja de edad de 18 a 34 años) padecía algún problema relacionado con la salud mental, un aspecto especialmente preocupante y mucho tiempo ignorado y desatendido de nuestras necesidades sanitarias. En el presente estudio, esta cuestión ha sido abordada en varios niveles: uno inicial, muy inespecífico, de la percepción de haber tenido o no algún problema "mental" en el último año; un segundo nivel que inquiría sobre los trastornos de este tipo profesionalmente diagnosticados; un tercero que trataba de analizar la presencia, en la realidad personal, de determinados síntomas psicopatológicos; y un último dirigido a descubrir el tipo de ayuda solicitada ante todo lo anterior (si es que se había solicitado).

Pues bien, en la primera aproximación, casi el 12% de jóvenes han creído sentir en el último año problemas "psicológicos, psiquiátricos o de salud mental" de vez en cuando, más del 3% con frecuencia, y la misma última proporción continuamente. Son unos porcentajes que, aunque es algo que no puede afirmarse porque los estudios no han utilizado la misma metodología, sugieren un cierto incremento en las vivencias de malestar. En cualquier caso, entre esas personas que señalan estos problemas con mayor frecuencia hay más mujeres y, de forma esperable, más de quienes adolecen de mala salud y padecen enfermedades crónicas. También, redundando en algo que ya hemos señalado, hay una correlación positiva entre la frecuencia de aparición de estos trastornos y la intensidad de la automedicación (en este caso, claramente, de fármacos destinados a aliviar el displacer, la ansiedad o las alteraciones del estado de ánimo).

Avanzando en el análisis, se encuentra que los trastornos psicopatológicos que con más frecuencia han sido diagnosticados son los definidos por la combinación depresión/ansiedad. Alrededor del 40% de jóvenes que han señalado tener algún problema psicológico dice que ha sido diagnosticado de depresión, y otro porcentaje similar de cuadros de ansiedad, pánico o fobias (en cada caso eso corresponde a más del 11% del total de hombres y mujeres jóvenes). A continuación aparecen los diagnósticos de trastornos del sueño (25% de quienes tienen problemas; alrededor del 7% del conjunto de jóvenes). Con menores porcentajes, entre el 2 y el 3% del total de jóvenes, se encuentran diagnósticos de TOC, de trastornos de la alimentación o de estrés posttraumático; menos del 1% del conjunto ha sido diagnosticado de adicciones. En nuestros datos no aparecen diagnósticos de otras enfermedades, como las psicosis; aparte de que tengan una presencia más o menos minoritaria, sobre todo, son trastornos más difícilmente detectables a través de una simple encuesta *online*, por tanto ni siquiera en las categorías abiertas ("otras") tienen

una presencia detectable. Más allá de las cifras globales, a estas alturas no puede sorprender que entre las personas diagnosticadas de depresión o de cuadros de ansiedad haya más mujeres; éstas también destacan entre quienes sufren trastornos de la alimentación.

Como decíamos, otra forma de aproximación al fenómeno, pretendía desvelar la presencia de síntomas concretos, más específicamente de síntomas relativos a los síndromes más habituales, los ansioso-depresivos. De la batería propuesta, que puede verse en el cuestionario (Anexo), el síntoma que se señala como más presente es el cansancio o la falta de energía, que el 13,8% de mujeres y hombres jóvenes siente casi a diario, y un 15,4% más de la mitad del tiempo (habría que añadir otro 53% que ha experimentado esas sensaciones varias veces en el último semestre). Unos porcentajes prácticamente idénticos en todos los tramos han tenido problemas con el sueño. Ya con porcentajes más bajos, de entre el 23 y el 18% en frecuencias acumuladas de la mitad del tiempo o más, aparecen los problemas con la alimentación, las quebras de la autoestima y la pérdida de interés o el decaimiento; tras estos síntomas, los fallos en la concentración y la inquietud o la agitación (entre el 9 y el 12% los vivieron más de la mitad del tiempo). Hay que subrayar que la mayoría de jóvenes experimentó alguno de estos síntomas con más o menos frecuencia; analizando la tabla 1.18 en su conjunto podría resumirse que tan sólo uno de cada tres se encuentra totalmente libre de la mayoría de ellos. Pero obviamente los problemas no se reparten por igual. Son, de manera casi generalizada, más frecuentes entre las mujeres; y para determinados supuestos aparece claro el peso de la adolescencia (en los trastornos del sueño y los problemas de autoestima) y de las situaciones de estrés (el paro, por ejemplo). También resulta muy sugerente la correlación positiva que se establece entre la frecuencia de estos síntomas con la percepción de la propia salud, algo ya comentado, y con un elemento que aparece aquí por primera vez, el disgusto con la imagen, con el físico personal, y con el correspondiente deseo de cambiar, transformando la imagen. Cada vez más se sugiere una constelación de vivencias relativas a la salud global, las limitaciones, los problemas psicológicos, el malestar personal o la desvalorización de la propia imagen, que en un contexto de tensiones, muy especialmente relacionadas con el género, conforma un clima en que todo contribuye de manera dialéctica a ir definiendo una situación de malestar existencial.

Aprovechando la proximidad de los síntomas de la batería anterior al trastorno depresivo, en la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) se construyó una variable compleja que pretendía despistar distintos niveles de gravedad en una posible depresión. Aplicando la misma metodología a nuestros resultados, encontramos que algo menos de ocho de cada diez jóvenes no presentan

síntomas de depresión o lo hacen en forma muy leve; poco más del 15%, un porcentaje notable, presentaría síntomas moderadamente graves, y un 6,3% sufriría un cuadro grave de depresión. Tomando como buenos estos datos, y sabiendo que son sólo un instrumento de *screening*, sin rigor diagnóstico, cabría concluir que en comparación con el año 2014, fecha de la EESE, la "situación depresiva" de los jóvenes españoles, sobre todo de las chicas, ha empeorado relativamente.

Por seguir avanzando en las referencias a la salud mental debemos señalar que, entre todas las personas que dijeron haber sufrido cualquier tipo de problema psicopatológico en el último año (un 17,8% de los jóvenes, entre las categorías desde "de vez en cuando" a "continuamente") casi la mitad no solicitó ninguna ayuda profesional. Entre quienes sí lo hicieron, la preferencia se decantó por profesionales de la psicología (30%), sobre todo entre las mujeres, y por los médicos de familia (20%) en los trastornos más comunes (las depresiones) o más supuestamente relacionados con lo biológico (los trastornos de la alimentación). La minoritaria demanda de atención propiamente psiquiátrica (13% de casos) habla tanto de los remanentes de estigmatización de este tipo de asistencia, como de la posible precariedad de recursos y las dificultades de acceso a los mismos.

Un apartado de especial interés es el referido a las ideas suicidas. Ya comentábamos que el suicidio, mucho más frecuente en hombres, hasta tres veces más en las edades que tratamos, se sitúa en los primeros rangos de muerte en esta franja de edad, hasta el punto de suscitar una preocupación que ha llevado a plantear la puesta en marcha de un Plan Nacional para la Prevención del Suicidio. Pese a todo, en España, el suicidio se da con mucha menos frecuencia que en la inmensa mayoría de países de la UE; la tasa española que nos interesa, 4,5 jóvenes por 100.000, está casi tres puntos por debajo de la media europea.

Pues bien, siendo enormemente compleja la génesis de una conducta suicida, que incluye desde elementos culturales hasta situaciones de tensión social o sufrimientos y patologías personales, no cabe duda de que un indicador que suele precederla es la presencia de ideas de suicidio. Es evidente que una idea de este tipo no implica necesariamente el paso al acto pero, al menos cuando va acompañada de ciertas connotaciones, tampoco puede negarse que es un buen predictor. De ahí que nos interesásemos por su presencia entre los y las jóvenes. Es en este sentido en el que encontramos la presencia de estas ideas en diferentes rangos de frecuencia. Poco más del 70% de los y las jóvenes dicen no haber tenido nunca la idea de suicidarse; de forma puntual en alrededor del 13% de casos, "de vez en cuando" en el 9,1%, "con frecuencia" en el 1,2%, y "continuamente" en algo menos del 1% de chicos y chicas. Como se ve,

porcentajes reducidos pero que es necesario considerar por la posibilidad de grave riesgo que implican.

Quizás, más allá de la presencia de la propia idea, de cara a la prevención, lo importante sea la definición de perfiles que más frecuentemente las presentan (a ello obviamente habría que añadir los elementos cualitativos que dan vivacidad a la idea, que la hacen especialmente invasora y la acercan al acto). Entre esos perfiles, contrariamente a lo visto hasta ahora, no se encuentra la variable de género; las mujeres no tienen en mayor medida ideas suicidas. La idea de suicidarse, aunque como veremos se encuentra estrechamente vinculada, no se comporta como un elemento más de las condiciones de salud general o de salud mental; aparece como un fenómeno en cierta medida de carácter independiente, probablemente por su complejidad, transversal desde la perspectiva de género. Los elementos que sí aparecen claramente correlacionados (cuando se dan hay más personas con ideación suicida y ésta es más frecuente), son básicamente tres: una situación de déficit en el ámbito de la salud (percepción de mala salud, presencia de enfermedades crónicas y no prescritos...), problemas relacionados con la salud mental (las vivencias de trastornos psicológicos multiplica por seis la posibilidad de presentación de ideas suicidas; el diagnóstico de depresión, por cuatro; el de TOC o anorexia también la incrementan), y existencia de una situación de inseguridad, con vivencias de amenaza e incertidumbre frente al futuro. Si hay ideas suicidas, la presencia de estas circunstancias (cuántas de ellas aparecen y con qué intensidad se presentan), más aún en el caso de un hombre, podría ser considerada como una alerta por riesgo real de quitarse la vida.

En otro orden de cosas también se analizó la percepción de los entrevistados sobre su propia forma física, encontrando que el 42,7% de ellos y ellas la encontraban buena o excelente, mientras que un 14,4% la consideraba deficiente o claramente mala. Ya estos porcentajes resultan llamativos cuando los comparamos con los relativos a la percepción de buena o mala salud que, en principio, deberían ser bastantes coincidentes; de hecho, mientras quienes presumían de buena o muy buena salud llegaban a ser el 87%, quienes califican así su forma física no llegan a ser ni la mitad. Podrían discutirse las razones de esta discrepancia, pero lo que parece una realidad es que la percepción de la propia forma física no es una variable decisiva para decidir que se tenga buena o mala salud; no parecería que fuéramos muy rígidos a la hora de exigir una condición física aceptable para sentirnos sanos.

Los perfiles que correlacionan con buena forma física vienen marcados por el predominio de hombres, de quienes tienen estudios superiores y, sobre todo, de los y las que presumen de un estilo de vida saludable (llegan a tener una presencia

que duplica la media); también hay más que no fuman ni lo hicieron nunca y que no se emborrachan. Por el contrario, en los perfiles de mala forma física hay más de los que dicen tener mala salud, más de clases baja y media-baja, más fumadores y más que se emborrachan con frecuencia; sobre todo hay más de los que dicen llevar un estilo da vida nada saludable, hasta cuatro veces más.

En relación con lo anterior, casi el 26% de los jóvenes se dicen sedentarios, no hacen ejercicio; el 38,2 lo hace ocasionalmente, dedicando poco tiempo y esfuerzo, y sólo algo menos del 22% dice llevar una pauta de ejercicio frecuente y de razonable intensidad. Entre los sedentarios hay más mujeres, más de clases baja y media-baja, más con estudios básicos, y más que dicen tener mala salud. Entre los más deportistas o que hacen más ejercicio, están sobrerrepresentados los hombres, los de clases alta y media-alta y quienes tienen estudios superiores; obviamente también hay más que dicen tener una muy buena salud. En esencia, son dos perfiles contrapuestos, montados sobre el género, la clase social y el correlato de ésta, el nivel de estudios; y que se correlacionan estrechamente con la vivencia de salud.

No sorprende, por tanto, que entre los motivos para hacer deporte se subraye la pretensión de conseguir un buen nivel de forma y de bienestar físico (78,6 de los que hacen deporte lo señalan); tras este objetivo se citan los de liberar tensiones (60,3%), divertirse (17,8%) y, ya con menos peso, relacionarse, romper la rutina o conseguir autodisciplina (alrededor del 10% para cada mención). A su vez, quienes no practican deporte lo achacan más que nada a la pereza (más del 67% lo hacen así) y tras ella al cansancio (32,7%) o a la falta de tiempo (casi 23%) o de dinero (21,2%). Las justificaciones aparecen de manera bastante transversal pero sobresale la mención al poco tiempo en el caso de quienes trabajan, y al poco dinero en las clases bajas y entre quienes están en paro; ambas menciones bastante lógicas.

Completando el análisis se preguntó por la consideración que se tenía del estilo de vida personal, si se lo catalogaba como saludable o no. Es una pregunta que incluye el sedentarismo o el ejercicio pero que va mucho más allá, incorporando otros elementos. Pues bien, un 62% de jóvenes considera que lleva una vida bastante o muy saludable, lo que no acaba de encajar del todo con las cifras anteriores; parecería que, igual que la forma física se desgajaba de la autoapreciación de la salud, también, ahora, la realización de ejercicio no se contempla del todo a la hora de catalogar el estilo de vida. Quienes, en sentido contrario, califican su estilo de vida de poco o nada saludable son un 35,4%. Entre los primeros, aquel 62%, hay más hombres, de edades hasta los 24 años, con estudios superiores, incluidos en clases altas y que se creen en buena forma física

y con buena salud. Entre el grupo de los que estiman que su forma de vida es poco saludable hay más mujeres, de edades entre 25 y 29 años, que estudian y trabajan o están en paro, de clases bajas y que han alcanzado un nivel de estudios limitado a la enseñanza obligatoria; además, también aparecen por encima de la media quienes tienen mala salud y mala forma física, las y los sedentarios, y quienes fuman, tabaco y cannabis, y se emborrachan con frecuencia. Como se ve, tal como indicábamos inicialmente, un complejo situacional que incorpora circunstancias sociales y sanitarias, y que viene a definir una clara discriminación entre grupos.

También en el mismo orden de cosas hay que tratar de las pautas de alimentación, de cómo las perciben los y las jóvenes y, más aún, de cómo las practican. En el primer aspecto, en el plano de la información y de las propuestas formales, hay que decir que los niveles de acuerdo de las personas entrevistadas con una batería de afirmaciones, de diferente sentido y calado, coinciden sustancialmente con la idealmente esperable; los jóvenes parecen enterados de las pautas sanas de alimentación y hacen las propuestas "políticamente correctas". Cosa diferente es cuando se profundiza en la praxis; entonces aparece que casi nueve de cada diez comen carne, lácteos y cereales prácticamente a diario, y que entre el 56 y el 67% hace lo mismo con la verdura y los huevos; un porcentaje menor pero muy significativos, el 44,6%, come también casi a diario dulces. En contraposición, el 27% no come fruta casi nunca y el 33% no prueba el pescado. Como se ve, una práctica alimentaria que se aparta sensiblemente en algunos aspectos de lo que se reconoce como deseable.

Para conseguir una visión más global sobre esta cuestión, un análisis de factores dibujó tres grandes grupos: uno primero que sostiene decididamente posiciones contrarias a la alimentación saludable, un segundo que se apunta claramente a la ortodoxia formal de la alimentación, y un tercero que, coincidiendo en algún aspecto con el anterior, subraya especialmente las ventajas prácticas de la alimentación sana. En el primero están más representados los hombres, quienes se sitúan en las clases bajas y tienen un nivel de enseñanza secundaria obligatoria; también los y las que se quejan de salud regular o mala, tienen una forma física deficiente, fuman, y llevan un estilo de vida poco saludable. En el segundo hay más mujeres, adolescentes y de clases altas; además, hay más que hicieron dieta en algún momento. En el tercero aparecen más personas a partir de los 25 años, en buena forma física, que mantienen un destilo de vida saludable y que dejaron de fumar.

Una vez más aparece ese "complejo de condiciones", en el que las condiciones de salud se entremezclan con los estilos de vida y con las circunstancias sociales, condicionando una cierta fragmentación.

Sólo que ahora aparece un nuevo elemento, que está en los tres grupos por encima de la media y que abre una nueva dimensión en el análisis: las personas a las que preocupa su imagen hasta el punto de querer cambiarla. La presencia transversal de esta variable habla de su importancia y de su implantación en buena parte del colectivo juvenil.

Los jóvenes españoles están mayoritariamente conformes con su altura, casi seis de cada diez; no llegan a ser cuatro de cada diez los que desearían ser más altos, sin que haya diferencias significativas en el perfil de estos más disconformes.

Algo muy distinto es lo que sucede con el peso, frente al que las proporciones se invierten: un 30% está conforme y algo menos del 60% querría pesar menos (no llega al 12% quienes querrían pesar más). En este caso, los perfiles sí ofrecen diferencias claras; son hombres, que se dicen no especialmente preocupados por su imagen y con buena salud, quienes nutren las filas de los conformes. Entre quienes querrían adelgazar aparecen más mujeres, más adolescentes, más personas preocupadas por su imagen y que confiesen una salud regular o mala.

Evidentemente, ya se ha comentado, estamos en presencia de uno de esos fenómenos en los que es patente una intensa presión social. Sin entrar en el debate de la posible incidencia sobre patologías graves, como la anorexia, no puede negarse la presión que la percepción colectiva ejerce a favor de una imagen ideal, siempre más estilizada de lo que habitualmente la realidad refleja. Las campañas intencionales que tratan de vender una imagen más *curvy* muy probablemente son necesarias pero por el momento, más que cambiar el ideal, lo que parecen estar consiguiendo es tranquilizar algo a quienes no se acercan a él.

La imagen externa, marcada por parámetros ideales, sigue importando mucho, cuando no preocupando a los y las jóvenes, sobre todo a ellas. El grupo de quienes se preocupan mucho por esa imagen llega al 19%, y quienes manifiestan una preocupación mediana son más del 44%; se quedan en el 23 y el 12% las tasas de escasa o ninguna preocupación.

Lógicamente, la preocupación se traduce en deseos de cambio, se quiere otro aspecto. Sólo el 15,2% dice que no cambiaría nada de su apariencia; son más quienes cambiarían "muchas cosas" y casi siete de cada diez cambiarían "algunas cosas". Entre las personas que más modificarían su imagen si pudieran están lógicamente las más preocupadas por esa cuestión; también las mujeres, quienes quieren pesar menos, quienes se sienten en mala forma física o creen tener una salud regular o mala.

Y probablemente la estrategia más común para ese intento de cambio de imagen, dirigida al objetivo que más inquieta, bajar el peso, es la práctica de dietas de adelgazamiento; una estrategia que, además, como veremos, casi siempre se autogestiona.

En el momento de la encuesta hacía dieta un 11,1%; y la había hecho antes un 23,5. Un 62% de la muestra nunca había hecho una dieta para adelgazar. Entre esas cuatro personas de cada diez que habían hecho o estaban haciendo dieta, las que no habían contado con ningún tipo de control o asesoramiento profesional eran casi el doble que quienes sí habían tenido ese apoyo (22,2 frente al 12,4%).

El resultado de las dietas, el nivel de cumplimiento del objetivo, no es en todos los casos tan satisfactorio como se desearía (un 42,8% dicen que sí han logrado adelgazar), y eso lleva a reiterarlas. La media de dietas iniciadas por las personas que las han hecho es de 2,76, algo más alta en las mujeres que en los hombres. Entre quienes más dietas hicieron, más allá de las personas más preocupadas por su imagen y que quieren adelgazar, sobresalen las mujeres, de las franjas de edad superiores en la muestra y de clases sociales baja o media-baja; también hay más de quienes dicen tener mala salud y que han sufrido trastornos psicológicos en el último año; además aparece una correlación curiosa entre la práctica de dietas y la utilización de modelos médicos alternativos. En el perfil contrario, los hombres, los y las de clases alta y media-alta, de buena salud y conformes con una imagen que no desearían especialmente cambiar, y quienes no han sufrido problemas psicológicos, aparecen más entre quienes no han hecho dietas.

Añadidas al deseo de adelgazar, las razones estéticas se alegan para hacer dieta en el 44,1% de los casos, y casi en el 37% se mencionan objetivos de salud.

Entre los motivos para el abandono, además de ese 42,8% que dice haber logrado sus metas de adelgazamiento, se mencionan la sensación de no estar consiguiendo nada (en el 18% de casos, más en mujeres y en las personas más preocupadas por su imagen), y los efectos negativos del régimen (hambre en el 18,8%, afectación del estado de ánimo en el 13,4). Un 5,8% dejó la dieta por indicación médica.

Un caso especial, no tanto de dietas como de regímenes alimenticios particulares, es el de las personas vegetarianas o veganas. Practicaron o practican el vegetarianismo un 5,9 y un 3,9% respectivamente; el veganismo, un 4,4 y un 1,9%. En estos casos no aparecen motivaciones estéticas o de imagen, sino que las razones se centran en argumentos ideológicos, éticos y de respeto a los animales

(sobre todo en el caso de los más jóvenes), y secundariamente en objetivos de salud (más en el caso de los más mayores). Las razones para el abandono de estos regímenes casi siempre hacen referencia a la dificultad para llevarlos en un medio donde aparecen como algo excepcional: la carestía, las dificultades prácticas, la falta de acompañamiento...

Pese a ser un aspecto claramente relacionado con los estilos de vida más o menos saludables, en el estudio no se planteó el análisis en profundidad de los consumos de sustancias psicoactivas. Por una razón de peso: existen series de investigaciones, desde hace muchos años, que se dedican específicamente a esa tarea (las encuestas EDADES y ESTUDES realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas). No obstante, aunque sólo fuera para propiciar cruces que permitieran desvelar la influencia de estos consumos sobre los elementos que sí se deseaba trabajar, se hicieron algunas preguntas de aproximación a los mismos. El tamaño de la muestra y los márgenes de error estadístico hacen que los datos, más los referidos a sustancias con muy bajas prevalencias de consumo, deban ser tomados con cautela.

En relación con el tabaco encontramos un 22,6% de fumadores (17,5% de ellos fumadores diarios) y un 12,1% de ex-fumadores. La media de consumo entre estas personas que fuman o fumaron es de 9,39 cigarrillos/día, algo más en los hombres (9,97) que en las mujeres (8,89). Hay más personas que fuman entre las mujeres, de 25 a 29 años, de clase social baja o media-baja, con estudios de Secundaria obligatoria y que dicen estar en paro; también confiesan un estado de forma deficiente y un estilo de vida poco saludable. Las personas no fumadoras ofrecen un perfil inverso prácticamente en todos los parámetros. El inicio en el hábito de fumar se sitúa en los 15,74 años, algo antes en los hombres que en las mujeres. Se da un reconocimiento explícito, al menos formal, de la correlación entre el consumo de tabaco y los problemas de salud, y esto condiciona muy probablemente que el porcentaje de fumadores y fumadoras que quisieron dejar de serlo en alguna ocasión, durante los doce meses anteriores a la encuesta, llegue al 57,3. El 21,8% lo intentó dos veces y otro 20,9 tres veces o más.

En cuanto al alcohol, un 54,4% de personas dice no consumirlo apenas: el 21,3% nunca y el 33,1% muy pocas veces al año. Un 17,7% bebe con mucha frecuencia, 14,3% varios días a la semana y 3,4% todos los días. Entre los bebedores diarios hay más hombres que mujeres, 4,7% por 2,0%. Ya decíamos que entre las frecuencias de consumo de alcohol (sin tener en cuenta la cantidad ingerida) y las variables de salud se dan correlaciones llamativas; por un lado, entre quienes no beben o apenas sí lo hacen predominan las personas que alegan un estilo de vida saludable; por otro, entre quienes dicen gozar de buena salud hay más

bebedores frecuentes que entre los que aseguran tenerla mala o muy mala. En su momento hicimos algunas consideraciones al respecto.

Otra dimensión del consumo de alcohol es la referida a los excesos, a los consumos de atracón y a las borracheras. El atracón de fines de semana con combinados es practicado por un 26,7% de personas (un 21,7% confiesa el mismo patrón de consumo pero con cerveza; el 8,1% con vino). El atracón diario, que con cerveza practica un 13,9%, con combinados lo hace el 5,6%, y con vino el 3,0%. Por tanto, los consumos intensos en una sola sesión, los atracones, ofrecen dos patrones esenciales: los que se producen a diario o casi, que tienen como protagonista principal a la cerveza, y los que aparecen con una frecuencia de varios días al mes, probablemente los fines de semana, que se montan sobre el consumo de combinados.

En cuanto a las borracheras, una minoría del 33,7% dice no haberse emborrachado nunca; un 45,1% refiere haberlo hecho con una frecuencia de unas diez veces al año, más o menos mensual, y el 14,1% se emborracha dos o tres veces al mes. Porcentajes menores lo hacen dos o tres veces a la semana (4,0%) o incluso casi a diario (0,4%). Así como entre quienes no se emborrachan aparece una correlación positiva con factores de salud (forma física buena, estilo de vida saludable, percepción de bienestar, no hábito tabáquico), por el contrario no encontramos correlaciones entre quienes se emborrachan y las malas percepciones sobre la propia salud; una vez más esas particularidades determinadas por la tolerancia hacia el consumo de alcohol, por la banalización de sus riesgos, y por la juventud de la población que estudiamos.

Son sobradamente conocidas las motivaciones para beber alcohol, encabezadas por los vínculos con la diversión, con la fiesta (el 34,0% las subraya, más los hombres, hasta los 24 años, de clases alta y media-alta, y por los que presumen de buena salud y buena forma física). Tras el estímulo de la fiesta, las razones organolépticas, el buen sabor, la relación con la comida, son citadas por alrededor del 30% (sobre todo a partir de los 25 años). Finalmente se señalan razones compensatorias, de evasión o para evitar la soledad, en aproximadamente un 10% (en este caso, hay más personas con mala salud y mala forma física, de clases bajas y, en uno de los pocos casos en que esta variable ofrece una diferencia significativa, personas de nacionalidades diferentes de la española).

Dicen que nunca han consumido cannabis un 79,0% de hombres y mujeres jóvenes. El resto se distribuye en diferentes frecuencias: 11,6% con una pauta de 8-10 veces al año, 2,9% dos o tres veces al mes, 2,0% varios días a la semana y un 4,5% a diario. Es la única sustancia no legalizada que se consume más con un

patrón diario que con menos frecuencia, lo que habla de la normalización de su uso. Los hombres consumen cannabis algo más que las mujeres, aunque tanto las prevalencias como la frecuencia muestran una clara tendencia a la igualdad por géneros (en este barómetro aparecen más mujeres como consumidoras diarias pero los márgenes de error estadístico hacen poco fiable ese dato). Lo que resulta indudable es que a medida que se avanza en edad, siempre en el contexto y con los límites de nuestra muestra, aumenta la prevalencia y la frecuencia de consumo de cannabis. Otras variables que correlacionan con un uso más intensivo son el incluirse en clases baja o media-baja, tener un nivel académico de Secundaria, estar en paro y confesar un estilo de vida poco saludable.

Poco cabe decir de los consumos del resto de productos ilegales. Son porcentajes muy bajos, en bastantes casos residuales, que pese a su potencial impacto sobre la salud, por razones estadísticas no han podido dejar pruebas de ello en nuestra encuesta.

Otro capítulo de la investigación se destina al análisis de dos elementos de evidente influencia sobre la salud y el bienestar: la presencia de discapacidades y la accidentalidad.

En referencia a las discapacidades, un 4,4% de jóvenes dice padecer alguna. De estas discapacidades la mayoría son de carácter leve (39,5%) o moderado (31,2%), un 11,8% son severas y el 4,5% aparece como incapacidad total. Dos de cada diez se deben a diversas enfermedades incapacitantes y algunas menos (16%) se derivan de enfermedades mentales; el resto son por déficit intelectual (14%), sensorial (12,5%) o motor (9,5%). Estas incapacidades parecen suponer dificultades en algunos aspectos de la vida, para hacer deporte (32,1%), para trabajar (28,8%), para relacionarse con personas sin discapacidad (15% aproximadamente), para conseguir pareja o poder tener relaciones sexuales (10%), etc. Hay un 12,4% de personas con discapacidad para las que ésta no supone ninguna limitación. En el perfil de las personas con discapacidad no aparece una diferenciación por género; sí hay más frecuentemente personas de clases sociales más desfavorecidas. Y resulta significativo que entre quienes dicen padecer una discapacidad leve o moderada, pese a ello, hay una representación incrementada de quienes dicen tener buena salud.

Un 9% de jóvenes sufrió en el último año accidentes que requirieron de atención médica (el 23% de estos accidentes precisaron un ingreso hospitalario de más de 24 horas). Esos jóvenes accidentados fueron hombres en el 11,3% de los casos y mujeres en el 7,2%; y entre ellos, casi ocho de cada diez tuvieron un accidente,

8,1% tuvieron dos, y 7,2% tres o más. En cuanto a la tipología de los accidentes, 19,7% fueron de tráfico, 23,0% domésticos, 21,7% deportivos y 12,5% laborales. No hay más rasgos de perfil que el determinado por el hecho de que los más jóvenes parece que se accidentan más.

El apartado de accidentes, parcialmente conectado con posturas vitales que buscan el dinamismo, la emoción o el estímulo (deportes de riesgo, velocidad...), da pie para ocuparse de otro aspecto importante del transcurrir vital: las actitudes y posturas que se mantienen frente a los riesgos. Está claro que no hay una vida sin riesgos, que la seguridad absoluta sólo se deriva de la parálisis, en última instancia de la muerte, pero no es menos cierto que la vida obliga a sortear frecuentemente situaciones que son una potencial amenaza. Y sortear no significa necesariamente eliminar ni evitar; el riesgo también hay que gestionarlo, minimizándolo, desplazándolo o afrontándolo. De las posturas que se adopten frente a los riesgos se derivan diferentes estrategias vitales, en definitiva diferentes formas de vida; de ahí el interés en estudiarlos y de ahí su inclusión en nuestra encuesta.

Lo que se va a abordar en este momento no es la determinación del tipo, la cuantía, la frecuencia de presentación o la gravedad de los riesgos que los jóvenes asumen, cuestión analizada en otros trabajos. En este momento se trata de algo más abstracto: tratar de comprender mejor las actitudes globales de los y las jóvenes frente a los riesgos, las posturas y actitudes al respecto que van a definir una determinada manera de vivir la vida. Para ello, básicamente, se han empleado tres baterías de cuestiones. La primera trata de conocer la importancia que dan y la gravedad que otorgan los encuestados a un conjunto de conductas generalmente consideradas amenazantes; en última instancia se trataría de buscar algo así como el punto de equilibrio en cada persona entre la definición objetiva de los peligros y la proyección que añade la mirada subjetiva, el miedo. La segunda batería intenta medir algo más abstracto, la postura vital personal en estos aspectos, el matiz de atrevimiento o de reserva del proyecto existencial. Por fin, la tercera pretende dimensionar los niveles de seguridad personal ante la vida, los recursos emocionales frente a hipotéticas amenazas.

Frente a la primera batería, tasas muy mayoritarias de jóvenes dan gran importancia y subrayan la gravedad de gran parte de los comportamientos hipotéticamente considerados. Alrededor del 75% se posicionan en los máximos señalamientos de gravedad a conducir habiendo bebido o ir en un vehículo conducido por alguien que lo ha hecho, consumir frecuentemente cocaína o tener sexo con desconocidos sin protección. Entre el 62 y el 69% hacen lo mismo para complicarse en peleas, fumar frecuentemente cannabis o fracasar en el estudio;

y un 49,7% con emborracharse. Contrariamente, hay porcentajes significativos que quitan trascendencia a esas conductas; concretamente, hasta el 20 o 22% quitan cualquier importancia a emborracharse o a fumar "porros". Las personas de clases alta y media-alta tienden a otorgar mayor nivel de gravedad a casi todo, y lo mismo hacen quienes tienen estudios superiores; las mujeres son más sensibles a las amenazas de las relaciones sexuales no protegidas y de ir en un vehículo conducido por una persona bebida (dos conductas en las que no costaría encontrar componentes de género).

Ante la batería de propuestas actitudinales las personas encuestadas muestran una rotunda ambivalencia. Casi con la misma firmeza se señalan los peligros y se defiende la funcionalidad de enfrentarlos. No hay duda de que se conoce y se da importancia a los riesgos; tampoco de que se cree que son un componente esencial de la vida. Por una parte, las llamadas más claras a la prudencia ("la prudencia es fundamental en la vida", "prefiero una vida tranquila, sin riesgos"...) consiguen posiciones de máximo acuerdo en las escalas de entre el 83 y el 94% de jóvenes. Por otra, las proposiciones de sentido contrario ("los que se arriesgan consiguen cosas", "en la vida hay que arriesgarse"...) también logran adhesiones máximas de entre el 72 y el 91%.

En todo caso parecería que existe un grupo de jóvenes, más hombres que mujeres, de entre el 5 y el 15%, especialmente proclive a asumir los riesgos, minimizándolos y negando su gravedad. En general las mujeres se apuntan más a criterios de prudencia en todos los supuestos, en unas posturas coherentes con lo que, desde los tópicos de género, se supone que debe ser.

Además es importante añadir que, dada la utilización de esta misma batería en estudios anteriores del Centro Reina Sofía y de la FAD, se está en condiciones de analizar tendencias. En este sentido, como ya fue señalado y ahora se confirma una vez más, desde 2009 se ha producido un cambio significativo hacia una mayor reivindicación de la seguridad, probablemente de manera reactiva a las inseguridades determinadas por la crisis socioeconómica, y por tanto también de la prudencia. Por ejemplo, en los últimos 8-10 años la media de valoración en la escala de "en la vida hay que arriesgarse" ha bajado de 7,3 a 6,7; la de "hay que pensar las cosas antes de hacerlas" ha subido de 5,6 a 7,7; unos cambios muy significativos que ejemplifican perfectamente el viraje hacia posiciones tranquilizadoras.

Pese a lo que acaba de decirse, al medir la seguridad/inseguridad ante algunas posibles amenazas (accidentes, delitos...), una mayoría de jóvenes (46%) se encuentra bastante segura, un 31% dice estar inseguro a veces, y una minoría de

15,3% siente miedo o inseguridad con bastante o mucha frecuencia. Entre los más seguros, los hombres y quienes tienen estudios superiores; y, curiosamente, también los y las que dicen tener buena salud y mantener un estilo de vida saludable. En el grupo con mayor inseguridad hay más mujeres y personas con estudios de Secundaria obligatoria; y, también curiosamente, más de quienes se quejan de regular o mala salud y llevan un estilo de vida nada saludable. Ya analizaremos luego el sentido que pueden tener estas correlaciones de variables pertenecientes a órdenes diferentes, al menos en teoría.

Para tener una visión comprensiva de la distribución de posturas ante los riesgos se extrajeron tres factores que explicaban una alta proporción de la varianza. Un primer factor caracterizado por el claro rechazo de los comportamientos más comúnmente señalados como peligrosos. Un segundo grupo que se apoyaba en las propuestas actitudinales más proclives a la prudencia como actitud global. Y un tercero que asumía las posturas más favorables a la asunción de riesgos. Si se quiere, con formulaciones más pragmáticas, un grupo que esencialmente se motiva con el rechazo de los peligros que más señala la percepción colectiva, otro que apoya la teoría de las ventajas globales de la prudencia, y otro que enfatiza la exigencia de enfrentamientos que la vida supone. Son tres factores con distribución bastante transversal, en los que la única variable que discrimina claramente es la ya conocida mayor presencia de mujeres, también de personas con estudios superiores, en las posturas de mayor prudencia.

Presentan un especial interés las correlaciones de las medias factoriales de estos tres grupos con variables de distinto orden trabajadas en el estudio. Así, entre los integrantes del grupo primero, que subrayaba el peligro de algunas conductas, abundan quienes apenas se automedican, quienes hacen deporte con frecuencia, los que están algo preocupados por su físico y beben alcohol dos o tres días a la semana (una muestra más de que el alcohol no se ve como peligroso); también hay más de quienes se sienten seguros en su vida. En el grupo segundo, defensores de la prudencia en general, hay más personas preocupadas por su físico, más que no beben nunca alcohol ni se han emborrachado, ni tampoco fumaron nunca cannabis; sienten específicamente la posibilidad amenazante de ser acosados. En el último grupo, proclive a los riesgos, hay más que han sufrido trastornos de ansiedad, más fumadores o exfumadores, más que beben alcohol a diario y se emborrachan con frecuencia y más fumadores diarios de cannabis.

Por supuesto, nos limitamos a señalar las correlaciones que han tenido significación estadística; no pretendemos inferir relaciones de causalidad, ni siquiera de influencia directa de unas variables con otras, en muchos casos

relativas a áreas vitales absolutamente ajenas. Sí queremos sugerir que, puesto que en última instancia la fuente de todas las posturas está en la persona y en su interacción con el contexto, no es extraño que se construyan, en una articulación dialéctica, constelaciones de signos, síntomas e indicadores que, aunque pertenezcan a espacios existenciales diferentes, tengan algo en común: nacer en la misma fuente de actitudes, ideas y emociones.

Las cuestiones tratadas en el estudio se completan con algunos aspectos relativos a la sexualidad y a la reproducción. Los indicadores básicos de este último tema son sobradamente conocidos: edad del primer hijo retrasada respecto a la media europea, tasas de nacimientos a la cola de Europa en todas las franjas de edad juvenil, escaso número de hijos... Como también lo son las razones esgrimidas como explicación de esos tan bajos indicadores; y los riesgos demográficos que todo ello supone.

De unos y unas jóvenes que conceden gran importancia a la sexualidad (más de siete de cada diez lo hacen) utilizan métodos anticonceptivos, siempre o casi siempre, una proporción del 75,8% de quienes tienen relaciones; lo hacen poco o nunca el 11,7%, una tasa que se ha ido reduciendo con los años. De esos métodos, es el condón el más frecuente y universalmente usado (más del 73% de quienes utilizan métodos anticonceptivos lo emplean), seguido de los anticonceptivos orales —la “píldora”— que se usa en un 38,5% de los casos. Ambos métodos, más el último citado, han crecido en frecuencia de uso en las series de estudios de la última década.

Como contraste frente a las bajas tasa de reproducción, los y las jóvenes se muestran en general bastante predispuestos a acudir en caso de necesidad a la adopción o a las diversas fórmulas de reproducción asistida (fecundación *in vitro*, inseminación...); las utilizarían más de dos tercios. Sólo son más reticentes ante la gestación subrogada, el “vientre de alquiler”, que en el contexto de los debates actuales al respecto invierte los porcentajes y es rechazada por dos de cada tres, sobre todo por las mujeres (que, en cambio, defienden más que los hombres tanto la adopción como las otras formas de asistencia a la reproducción).

También son más tolerantes las mujeres con la utilización de todas estas fórmulas en diferentes supuestos (mujer sola, hombre solo, pareja heterosexual, pareja homosexual), ante los que las tasas de jóvenes que se oponen son minoritarias, pero muy significativas. Sólo el 7% se opone a que las usen las parejas heterosexuales que las precisen, pero ese rechazo sube al 10% para el caso de mujeres solas, al 14% para parejas homosexuales, al 20% para hombres solos y hasta el 42% para el caso de mujeres de más de 50 años.

Finalmente se planteó la admisibilidad de diferentes condiciones para el aborto. Los porcentajes de jóvenes que admiten el aborto son abrumadoramente mayoritarios para el caso de embarazo por violación (6% de rechazos), peligro vital para la madre (5% de rechazos) y malformación del feto (12% de rechazos). Algo mayor es la minoría que se opone al supuesto de aborto libre hasta los tres meses de gestación (26%) y todavía crece, sin dejar de ser minoría, frente a un aborto libre, sin ninguna restricción (35% de rechazos). En los casos de violación y riesgo vital de la madre, y para la propuesta de aborto libre, son las mujeres las que más apuestan por la posibilidad de abortar; y, dato significativo, entre ellas hay más entre 15 y 19 años de lo que correspondería por las medias.

Decíamos al comienzo de este resumen que no era fácil abordar en conjunto la descripción de los parámetros de "vida y salud" entre los y las jóvenes. Ahora lo ratificamos.

En todo caso, aún de forma fragmentaria y deslavazada hemos podido echar una ojeada panorámica sobre la cuestión. Una ojeada que nos permite vislumbrar un campo en el que los límites, el nacimiento y la muerte, están claros y, sobre todo para la muerte, no ofrecen rasgos más preocupantes que los que podemos ver, si miramos de lado, en nuestros vecinos jóvenes europeos. Si acaso, unos signos de alerta, derivados de la posible mayor tensión y de la ansiedad que los cambios sociales y económicos, y la situación actual, condicionan en todos y todas, pero más en las personas jóvenes.

Entre esos límites, un panorama de luces y sombras, de matices, que muestran la complejidad de la vida y de las dificultades y problemas que la acompañan, y que es preciso observar para ver cómo evoluciona. El tiempo y sucesivos barómetros nos lo irán diciendo.

Y en ese horizonte, tres notas especialmente significativas.

La primera, la persistencia del peso del género, miremos donde miremos. Si no creemos en una debilidad biológica, innata y generalizada, en las mujeres (y nosotros no creemos en ello), no hay más alternativa que interpretar la mayor carga de sufrimiento de problemas y patologías en la mujer como una derivación de las condiciones del rol, si se quiere como rasgos indirectos de violencia de género.

En segundo lugar, la evidencia de hasta qué punto el contexto, la situación en la que se desenvuelve la persona, llega a condicionarla. Los problemas y trastornos no se reparten por igual sino que gravan especialmente sobre los más

desfavorecidos. Y no podemos tolerar que, de la misma forma que se ha señalado una profundización de la brecha económica o de la brecha tecnológica, también tengamos que hablar de un ahondamiento de la brecha de salud entre clases o grupos sociales.

Finalmente, otra evidencia: la persona admite mal las separaciones o las divisiones tajantes en la construcción de su manera de estar el mundo. Todos los aspectos de la vida se encuentran interconectados. Podemos ver relaciones entre elementos sin conexión aparente; no porque hayamos descubierto nuevas dinámicas de causa/efecto, sino porque finalmente todo tiene un mismo origen, una persona en sociedad, y todos los síntomas, por diversos que sean, brotan de la misma fuente. Que no nos sorprenda por tanto que, más que conjuntos diferenciados de rasgos, lo que encontremos sea una constelación de signos y circunstancias vinculados básicamente por un rasgo común: el mismo origen, en una misma persona.

Ballesteros *et al.* (2008). *Ocio y riesgos en los jóvenes madrileños*. Madrid: FAD.

CIS (2017). *Barómetro núm. 3170*.

CIS (2018). *Barómetro núm. 3205*.

Díaz-Aguado, M.J. (2005). "La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela". *Revista Psicothema*, 17, nº 4, 549-558.
<http://www.psicothema.com/pdf/3144.pdf>

EUROSTAT (2017). *Self-perceived health 2017*.

EUROSTAT (2017). *People having a long-standing illness or health problem 2017*.

FAD/MAPFRE (2016). *Conducción y drogas: factores subyacentes a los comportamientos de riesgo*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y Área de Prevención y Seguridad Vial de FUNDACIÓN MAPFRE.

INJUVE (2012). *Informe sobre la juventud en España*. Madrid: INJUVE.

INJUVE (2016). *Informe sobre la juventud en España*. Madrid: INJUVE.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)/Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014). *ESEE - Encuesta Europea de Salud en España*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)/Instituto Nacional de Estadística (INE) (2017). *ENSE - Encuesta Nacional de Salud en España*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2017). *ESTUDES 2016/2017: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España*. Madrid: MSSSI/PNSD.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (2017). *Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud 2017*.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Mental Health Policy, Plans and Programmes*. Ginebra: OMS.

Rodríguez, E. y Megías, I. (2015). *¿Fuerte como papá?, ¿sensible como mamá? Identidades de género en la adolescencia*. Madrid: CRS/FAD.

Valeria Moreiras, G. (coord.) (2013). "Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿Qué se puede y se debe hacer?" *Revista Nutrición Hospitalaria*, sept. 2013.

CUESTIONARIO BARÓMETRO JUVENIL DE VIDA Y SALUD

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Anota tu edad exacta en años:

Años

MENOS DE 15 AÑOS O MAYOR DE 29 → FINALIZAR

2. Eres...

- 1. Mujer
- 2. Hombre
- 3. Otro

3. ¿Cuál es tu nacionalidad?

- 1. Español/a de nacimiento
- 2. Nacionalidad española adquirida
- 3. Otra
- 9. No sé/No contesto

4. Muchas personas se definen por su clase social, es decir, por su profesión, sus ingresos económicos, y por los estudios que tienen... En tu caso, y si piensas en tu profesión y estudios, o en los de tus padres... ¿en qué clase social te incluirías?

- 1. Alta
- 2. Media-alta
- 3. Media
- 4. Media-baja
- 5. Baja
- 9. No sé/No contesto

5. ¿Cuál es tu actividad actual?

DEFINICIÓN DE TRABAJO. Actividad realizada por cuenta propia o ajena, con o sin contrato, permanente, esporádica u ocasional, realizada a cambio de un sueldo, salario u otra forma de retribución conexas, en metálico o en especie. Las actividades realizadas por BECARIOS (personal en formación en empresas o instituciones) y por PERSONAL INVESTIGADOR EN FORMACIÓN tienen la consideración de trabajo. No se considera trabajo actividades no remuneradas (por ejemplo voluntariado, ayuda en casa, colaboración en empresa familiar no remunerada, etc.).

1. Sólo trabajo
2. Principalmente trabajo y además estudio
3. Principalmente estudio y hago algún trabajo
4. Sólo estudio
- 5.-Estudio y además estoy buscando trabajo
6. Estoy buscando mi primer trabajo
7. Estoy en paro cobrando desempleo
8. Estoy en paro sin cobrar desempleo
9. Otra situación
99. No sé/No contesto

PARA QUIENES ESTUDIAN EN LA ACTUALIDAD... (Códigos 2, 3, 4 y 5 en pregunta 5)

6. ¿Qué estudios estás cursando en este momento?

1. Secundarios (Bachillerato, ESO)
2. FP Grado Medio
3. Medios universitarios (Diplomaturas)
4. FP Grado Superior
5. Superiores universitarios (Licenciaturas, Doctorados)
6. Postgrado, Master
7. Otra formación
9. No sé/No contesto

PARA QUIENES NO ESTUDIAN EN LA ACTUALIDAD...
(Códigos 1, 6, 7, 8 y 9 en pregunta 5)

7. ¿Qué estudios has finalizado?

- 1. Menos que primarios
- 2. Primarios (EGB, Primer Ciclo ESO)
- 2. Secundarios obligatorios
- 3. Secundarios (Bachillerato, Segundo Ciclo ESO)
- 4. FP Grado Medio
- 5. Medios universitarios (Diplomaturas)
- 6. FP Grado Superior
- 7. Superiores universitarios (Licenciaturas, Grados, Doctorados)
- 8. Postgrado, Master
- 9. Otra formación
- 99. No sé/No contesto

8. Vives en...

- 1. Un pueblo o una ciudad pequeña (10.000 habitantes o menos)
- 2. Una ciudad de tamaño medio o medio-grande
(más de 10.000 habitantes)
- 3. Una gran ciudad (1 millón de habitantes o más)
- 9. No sé/No contesto

9. En general, ¿dirías que tu salud es...?

- 1. Muy buena
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala
- 9. No sé/No contesto

10. Pensando ahora en los últimos 12 meses, ¿en qué medida te has visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar actividades habituales?

- 1. Gravemente limitado/a
- 2. Limitado/a, pero no gravemente
- 3. Nada limitado/a
- 9. No sé/No contesto

11. ¿Tienes alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sé/No contesto

12. En el último año, ¿has acudido al menos una vez al médico o a un servicio sanitario (se incluyen clínicas privadas, hospitales, servicios de urgencia, ambulatorios, centros de salud públicos, servicios de enfermería, etc.), para una consulta propia, no como acompañante?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sé/No contesto

13. ¿Con qué frecuencia tomas algún medicamento sin prescripción médica?

- 1. Diariamente
- 2. Varias veces a la semana
- 3. Una vez a la semana
- 4. Varias veces al mes
- 5. Varias veces al año
- 6. Nunca o casi nunca
- 9. No sé/No contesto

¿Has empleado alguna vez o estás empleando en la actualidad algunos de estos tratamientos de medicina alternativa?

1. Sí 2. No 9. No sé/No contesto

- 14. Homeopatía
- 15. Naturopatía
- 16. Medicina naturista
- 17. Acupuntura

18. En los últimos doce meses ¿Has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental?

- 1. Nunca → PASAR A PREGUNTA 19
- 2. Una sola vez
- 3. De vez en cuando
- 4. Con frecuencia
- 5. Continuamente
- 9. No sé/No contesto → PASAR A PREGUNTA 19

A LOS QUE MARCAN CÓDIGOS 2 AL 5 EN PREGUNTA 18

18.a. ¿Qué tipo o tipos de problemas psicológicos/psiquiátricos o de salud mental tienes o tuviste diagnosticados? Múltiple. Marcar todas las que procedan

- 1. Depresión
- 2. Trastornos por ansiedad, pánico o fobias
- 3. Trastornos Obsesivos-Compulsivos (TOC)
- 4. Trastornos por estrés post-traumático
- 5. Trastornos por adicción a sustancias
- 6. Trastornos por alimentación (bulimia-anorexia)
- 7. Trastornos del sueño
- 8. Otros (especificar)
- 9. No sé/No contesto

18.b. ¿Y buscaste la ayuda de un profesional?

Múltiple. Marcar todas las que procedan.

- 1. Sí, fui al psicólogo
- 2. Sí, fui al psiquiatra
- 3. Sí, fui al médico de cabecera
- 4. Sí, fui a otro profesional
- 5. No
- 9. No sé/No contesto

A TODOS

19. ¿Has experimentado alguna vez ideas de suicidio?

- 1. Nunca
- 2. Una sola vez
- 3. De vez en cuando
- 4. Con frecuencia
- 5. Continuamente
- 9. No sé/No contesto

Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas?

- 1. Nunca 2. Varios días 3. Más de la mitad de los días
- 4. Casi todos los días 9. No sé/No contesto

- 20. Poco interés o alegría por hacer cosas
- 21. Sensación de estar decaído/a, deprimido o desesperanzado/a
- 22. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo, o dormir demasiado
- 23. Sensación de cansancio o de tener poca energía
- 24. Poco apetito o comer demasiado
- 25. Sentirse mal consigo mismo/a, sentirse que es un fracasado/a, o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a

26. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión

27. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual

28. En general, ¿cuál dirías que es tu forma física?

1. Excelente

2. Buena

3. Aceptable

4. Deficiente

5. Francamente mala

9. No sé/No contesto

29. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realizas alguna actividad física en tu tiempo libre?

1. No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)

2. Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.)

3. Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)

4. Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana . . .

5. Practico deportes todos los días

9. No sé/No contesto → PASAR A PREGUNTA 32

SI PRACTICA DEPORTE (CÓDIGOS 2 A 5 EN PREGUNTA 29)

30. Señala las DOS razones de las siguientes que te parecen más importantes para practicar deporte.

1. Es fuente de salud, ayuda a estar en forma

2. Permite liberar tensiones y el mal humor

3. Permite relacionarse con los demás y hacer amigos/as

- 4. Es un medio para aprender a tener autodisciplina
- 5. Ayuda a romper la monotonía de la vida cotidiana
- 6. Es divertido
- 9. No sé/No contesto

SI NO PRACTICA DEPORTE (CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 29)

31. De los motivos siguientes, escoge como máximo los DOS que más influyen en tu decisión de no practicar deporte.

- 1. No tengo instalaciones deportivas adecuadas
- 2. No tengo instalaciones deportivas cerca
- 3. Por problemas de salud
- 4. Por edad
- 5. Cansancio por el trabajo/estudios
- 6. Incompatibilidad horaria con instalaciones deportivas
- 7. Por pereza y desgana
- 8. Dejé de gustarme hacer deporte
- 9. No le veo utilidad o beneficios al deporte
- 10. Porque empecé a ocupar mi tiempo libre con otras actividades de ocio
- 11. Por falta de dinero
- 12. Por falta de tiempo
- 13. Otras razones
- 99. No sé/No contesto

A TODOS

32 ¿Cuánto pesas?

99. No sé/No contesto

33 ¿Cuánto mides?

99. No sé/No contesto

De la siguiente serie de alimentos dime cuáles de ellos consumes a diario, varias veces a la semana, una vez a la semana, menos de una vez a la semana o casi nunca o nunca.

1. A diario 2. Varias veces a la semana 3. Una vez a la semana
4. Menos de una vez a la semana 5. Casi nunca o nunca 9. No sé/No contesto

- 1. A diario
- 2. Varias veces a la semana
- 3. Una vez a la semana
- 4. Menos de una vez a la semana
- 5. Casi nunca o nunca
- 9. No sé/no contesto
- 34. Carnes
- 35. Pescados
- 36. Huevos
- 37. Leche y derivados
- 38. Verduras y hortalizas
- 39. Frutas frescas
- 40. Cereales (pan, arroz, pastas, cereales elaborados)
- 41. Dulces y pastelería

42. ¿Has seguido o sigues en la actualidad algún tipo de dieta para adelgazar o perder peso?

- 1. Hice dieta bajo supervisión médica, pero ahora no
- 2. Hice dieta sin supervisión médica, pero ahora no
- 3. Estoy actualmente a dieta, con supervisión médica
- 4. Estoy actualmente a dieta, sin supervisión médica
- 5. Nunca he seguido una dieta → PASAR A PREGUNTA 46
- 9. No sé/No contesto → PASAR A PREGUNTA 46

A LOS QUE MARCAN CÓDIGOS 1 A 4 EN PREGUNTA 42

43. Y cuántas veces comenzaste una dieta?

- Número de dietas comenzadas:
- 99. No sé/No contesto

44. ¿Qué motivos te llevaron a iniciar las dietas? Escoge dos respuestas como máximo

- 1. Por indicación médica (problemas de salud)
- 2. Para perder peso
- 3. Para sentirme más saludable
- 4. Por verme mejor estéticamente
- 5. Porque los amigos/as me lo aconsejaron
- 6. Porque me lo aconsejó mi familia
- 7. Para gustarle a mi pareja
- 8. Para gustarle a la gente en general
- 9. Otras
- 99. No sé/No contesto

A LOS QUE MARCAN CÓDIGOS 1 A 2 EN PREGUNTA 42

45. ¿Qué motivos te llevaron a interrumpir la dieta?

- 1. Por indicación médica
- 2. Porque pasaba mucha hambre
- 3. Porque no era efectiva, no perdía peso
- 4. Porque perdí el peso que quería
- 5. Porque me afectaba anímicamente
- 6. Otras
- 9. No sé/No contesto

A TODOS

Independientemente de si has o no realizado alguna dieta, expresa tu grado de acuerdo sobre las siguientes cuestiones referidas a hábitos alimenticios (escala 0 "totalmente en desacuerdo" a 10 "totalmente de acuerdo". 99. No sé/No contesto)

- 46. Comer sano es importante para mi salud
- 47. Los alimentos preparados en casa son mejores que los precocinados
- 48. Me siento mejor comiendo sano
- 49. La comida sana es aburrida
- 50. Las comidas sanas son menos cómodas (de llevar, preparar)
- 51. No pasa nada por saltarse el desayuno
- 53. El sabor de la comida es más importante que su beneficio para mi salud
- 52. No tengo la autodisciplina necesaria para comer sano
- 53. A menudo trato de no comer alimentos que me engorden
- 54. No sé muy bien qué es lo saludable y qué no lo es

55. Pensando en tu peso, dirías que

- 1. Me gustaría pesar más
- 2. Me gustaría pesar menos
- 3. Estoy conforme con mi peso
- 9. No sé/No contesto

56. Y en relación a tu altura...

- 1. Me gustaría medir más
- 2. Me gustaría medir menos
- 3. Estoy conforme con mi altura
- 9. No sé/No contesto

57. En relación a tu estilo de vida, es decir, a tu alimentación, si haces o no deporte, si fumas o no, etc., ¿dirías que llevas un estilo de vida muy saludable, bastante, poco o nada saludable?

- 1. Muy saludable
- 2. Bastante saludable

- 3. Poco saludable
- 4. Nada saludable
- 9. No sé/No contesto

58. ¿Te preocupa tu imagen externa, es decir, lo que los demás piensan de ti por tu aspecto físico?

- 1. Sí, me preocupa bastante
- 2. Me preocupa algo
- 3. Apenas me preocupa
- 4. No me preocupa nada
- 9. No sé/No contesto

59. Y pensando en tu aspecto físico...

- 1. Estoy conforme con mi aspecto físico, no cambiaría nada
- 2. Cambiaría alguna cosa, pero poco
- 3. Cambiaría muchas cosas, no estoy nada a gusto
- 9. No sé/No contesto

¿Has practicado o practicas en la actualidad alguna de estas dietas alimentarias?

60. Vegetarianismo (incluye huevos y leche)

- 1. Sí, la practico en la actualidad
- 2. La hice pero ahora no
- 3. Nunca la he practicado
- 9. No sé/No contesto

61. Veganismo (ningún producto de origen animal)

- 1. Sí, la practico en la actualidad
- 2. La hice pero ahora no
- 3. Nunca la he practicado
- 9. No sé/No contesto

A LOS QUE DECLARAN PRACTICARLAS O HABERLAS PRACTICADO
(CÓDIGOS 1 O 2 EN PREGUNTA 60 Y/O 61)

62. ¿Por qué razones la practicas o practicaste? Escoge dos razones como máximo

1. Por cuestiones de salud
2. Para llevar una alimentación más saludable
3. Por respeto a los animales
4. Por cuestiones ecologistas
5. Por influencia de mi familia (mis progenitores, mi pareja)
6. Por influencia de mis amigos/as
7. Porque me sienta mejor que otro tipo de alimentación
8. Porque me gusta más que otro tipo de alimentación
9. Por ideología
10. Otros...
99. No sé/No contesto

A LOS QUE DECLARAN HABERLAS PRACTICADO
(CÓDIGO 2 EN PREGUNTA 60 O 61)

63. Si lo has hecho y ya no lo haces ¿qué razones te llevaron a abandonar ese tipo de alimentación? Múltiple. Marca dos respuestas como máximo.

1. No me sentaba bien, me provocaba malestar y/o me daba problemas de salud
2. Es complicado cocinar recetas que respeten ese tipo de dieta, o acceder a ese tipo de alimentos
3. Es caro alimentarse de ese modo
4. Era la única persona en mi hogar que comía de este modo y había que preparar platos diferentes
5. Echaba de menos comer productos de origen animal
6. En España es muy difícil seguir este tipo de dietas, por costumbre y cultura
7. Otros
9. No sé/No contesto

A TODOS

64. ¿Podrías decirnos si fumas tabaco?

- 1. Sí, fumo a diario
- 2. Sí fumo, pero no a diario
- 3. No fumo actualmente pero he fumado antes
- 4. No fumo ni he fumado nunca de manera habitual → PASAR A PREGUNTA 68
- 9. No sé/No contesto → PASAR A PREGUNTA 68

A LOS QUE DECLARAN FUMAR O HABER FUMADO
(CÓDIGOS 1 AL 3 EN PREGUNTA 64)

65. Por término medio, ¿cuántos cigarrillos fumas o fumabas al día? (incluyendo tabaco de liar)

- Número de cigarrillos:
- 99. No sé/No contesto

66. ¿A qué edad empezaste a fumar?

- Edad en años:
- 99. No sé/No contesto

67. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos intentos de dejar de fumar has realizado en los que consiguieras estar al menos 24 horas sin fumar?

- Número de intentos:
- 99. No sé/No contesto

A TODOS

68. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

- 1. Todos o casi todos los días
- 2. 2 o 3 días a la semana
- 3. 2 o 3 días al mes
- 4. Muy pocas veces (8 o 10 veces al año)
- 5. Nunca → PASAR A PREGUNTA 73
- 9. No sé/No contesto

**Durante los últimos 12 meses,
¿con qué frecuencia has tomado en una sola ocasión...?**

- 1. Todos o casi todos los días 2. 2 o 3 días a la semana 3. 2 o 3 días al mes
- 4. Muy pocas veces (8 o 10 veces al año) 5. Nunca 9. No sé/No contesto

- 69. 1 litro de vino o más
- 70. 4 o más cervezas (cañas, botellines, dobles, etc.)
- 71. 3 copas (combinados) o más

72. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has bebido lo suficiente para sentirte borracho (por ejemplo, sensación de inestabilidad o dificultades para hablar)?

- 1. Todos o casi todos los días
- 2. 2 o 3 días a la semana
- 3. 2 o 3 días al mes
- 4. Muy pocas veces (8 o 10 veces al año)
- 5. Nunca
- 9. No sé/No contesto

A TODOS

73. Las personas beben alcohol por distintos motivos. Nos gustaría saber cuáles son para ti los motivos importantes para beber. Escoge como máximo los tres motivos más importantes.

- 1. Porque te gusta el estado en que te pone
- 2. Porque es divertido

- 3. Porque te lo pasas mejor en las fiestas y celebraciones
- 4. Para encajar en un grupo que te gusta
- 5. Para no sentirte excluido (en relación con los demás)
- 6. Porque te ayuda cuando te sientes deprimido, nervioso o de mal humor
- 7. Porque crees que es saludable
- 8. Porque tiene buen sabor
- 9. Porque acompaña bien a algunas comidas
- 10. Porque crea buen ambiente
- 11. Sólo para emborracharte
- 12. Para olvidarte de todo

Indica, por favor, con qué frecuencia has tomado o tomas las siguientes sustancias:

1. Todos o casi todos los días 2. 2 o 3 días a la semana 3. 2 o 3 días al mes
 4. Muy pocas veces (8 o 10 veces al año) 5. Nunca 9. No sé/No contesto

- 74. Cannabis (hachís, marihuana, porros)
- 75. Anfetaminas
- 76. Alucinógenos (MDMA, éxtasis...)
- 77. Tranquilizantes e hipnóticos
- 78. Cocaína
- 79. Heroína

80. ¿Tienes algún tipo de discapacidad?

- 1. Sí
- 2. No → PASAR A PREGUNTA 84
- 9. No sé/No contesto → PASAR A PREGUNTA 84

A LOS QUE DECLARAN TENER ALGUNA DISCAPACIDAD
 (CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 80)

81. ¿Qué tipo/tipos de discapacidad tienes? Marca todas las que tengas

- 1. Por enfermedad médica (diabetes, hemofilia, enfermedad degenerativa,...)
- 2. Enfermedad mental
- 3. Déficit de desarrollo
- 4. Intelectual
- 5. Sensorial (auditiva, visual)
- 6. Trastornos del lenguaje
- 7. Trastornos motóricos (parálisis, paraplejia...)
- 9. Otra

82. ¿Y qué grado de discapacidad tienes? (si tienes varias discapacidades responde sobre la más importante)

- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Severa
- 4. Total
- 9. No sé/No contesto

83. ¿Qué tareas o actividades tienes dificultadas para realizar por tu discapacidad? Marca todas las necesarias

- 1. Ver
- 2. Oír
- 3. Comunicarte
- 4. Aprender
- 5. Desplazarte fuera del hogar
- 6. Cuidar de ti mismo/a
- 7. Realizar tareas del hogar
- 8. Divertirte
- 9. Hacer deporte/ejercicio
- 10. Tener relaciones sexuales
- 11. Tener amigos/as

- 12. Tener pareja
- 13. Relacionarte con personas no discapacitadas
- 14. Trabajar
- 15. Tener un nivel de autonomía satisfactorio
- 16. Ninguna
- 17. Otras
- 99. No sé/No contesto

84. Durante los últimos 12 meses, ¿has tenido algún accidente en el que hayas resultado herido/a o lesionado/a o hayas precisado algún tipo de atención sanitaria?

Nota: Se incluyen los casos de intoxicación o picaduras de insectos con consecuencias graves, y las heridas provocadas por animales. Se excluyen los actos intencionados por parte de otra persona.

- 1. Sí
- 2. No → PASAR A PREGUNTA 91
- 9. No sé/no contesto → PASAR A PREGUNTA 91

A LOS QUE HAYAN DECLARADO ALGÚN ACCIDENTE EN PREGUNTA 84

85. ¿Cuántos accidentes?

99. No sé/No contesto

86. ¿Cuántos de ellos requirieron que ingresaras más de 24 horas en un hospital?

0. Ninguno

99. No sé/No contesto

87. ¿Alguno de ellos fueron accidentes de tráfico (incluidos aquellos en los que eras el peatón)?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sé/No contesto

88. ¿Algunos de ellos fueron accidentes domésticos?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sé/No contesto

89. ¿Alguno de ellos fueron accidentes practicando deportes (incluyendo deportes de riesgo)?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sé/No contesto

90. ¿Y alguno de ellos fueron accidentes laborales?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sé/No contesto

A TODOS

91. Independientemente de que conduzcas tú u otra persona, ¿con qué frecuencia usas el coche o la moto cuando sales de fiesta?

- 1. Siempre o casi siempre
- 2. Algunas veces
- 3. Pocas veces
- 4. Nunca o casi nunca
- 9. No sé/No contesto

92. ¿Y con qué frecuencia conduces tú cuando sales de fiesta?

- 1. Siempre o casi siempre
- 2. Algunas veces
- 3. Pocas veces
- 4. Nunca o casi nunca
- 5. No tengo carnet de conducir
- 9. No sé/No contesto

A continuación, te voy a leer una serie de situaciones. Para cada una de ellas se trata de que digas en qué medida te parecen que pueden suponer un problema importante para los jóvenes, en una escala del 0 al 10, siendo 0 "nada importante" y 10 "muy importante" (99. No sé/No contesto).

- 93. Tener relaciones sexuales sin protección
- 94. Tener pocos amigos o conocidos
- 95. Ser consumidor/a frecuente de cocaína
- 96. Participar en peleas
- 97. Fumar frecuentemente porros
- 98. Emborracharse los fines de semana
- 99. Tener problemas con los estudios
- 100. Conducir (coche o moto) bebido
- 101. Ir en un coche o moto que conduce alguien que ha bebido

A continuación te voy a leer una serie de afirmaciones, para que me digas en cada una de ellas hasta qué punto estás de acuerdo con lo que dice. Vamos a utilizar la misma escala del 0 al 10, de tal manera que 0 es que no estás nada de acuerdo y 10 que estás totalmente de acuerdo con la afirmación (99. No sé/no contesto).

- 102. En la vida hay que arriesgarse
- 103. La prudencia es fundamental en la vida
- 104. Prefiero pensar las cosas antes de hacerlas
- 105. Me gusta experimentar cosas nuevas,
aunque supongan riesgos
- 106. Es normal que los jóvenes se arriesguen más
- 107. Jugarse el tipo en aventuras es una locura
- 108. Importa lo que pase ahora, no lo que pase en el futuro
- 109. Más vale evitar las cosas que nos pueden
complicar el futuro
- 110. Los que se arriesgan son quienes consiguen cosas
- 111. Prefiero una vida tranquila, sin riesgos

112. En tus relaciones sexuales, ¿usas algún tipo de anticonceptivo? (da igual si lo usas tú o la otra persona)

- 1. Sí, siempre
- 2. Sí, casi siempre
- 3. Algunas veces
- 4. Pocas veces
- 5. Nunca o casi nunca
- 6. No he tenido relaciones sexuales
- 9. No sé/No contesto

A LOS QUE HAYAN CONTESTADO CÓDIGOS 1 AL 4 EN PREGUNTA 112

113. ¿Cuál o cuáles? Marca todos los que empleas

- 1. Preservativo o condón
- 2. Píldora anticonceptiva
- 3. DIU, dispositivo intrauterino o sterilet
- 4. Píldora del día siguiente
- 5. Coito interrumpido (marcha atrás)
- 6. Métodos naturales (ogino, control de ovulación, temperatura)
- 7. Otro, ¿cuál?
- 9. No sé/No contesto

A TODOS

114. ¿Hasta qué punto crees que son importantes las relaciones sexuales?

- 1. Mucho
- 2. Bastante
- 3. Regular
- 4. Poco
- 5. Nada
- 9. No sé/No contesto

115. Si tú o tu pareja tuvieseis dificultades para tener hijos, ¿hasta qué punto te parece posible que decidieras optar por las siguientes opciones (escalas 0. Nada probable, 10. Totalmente probable, 99. No sé/No contesto)

- 1. Inseminación artificial
- 2. Fecundación in vitro (FIV)
- 3. Gestación subrogada (vientre de alquiler)
- 4. Adopción

Hoy en día se puede recurrir a diferentes tratamientos médicos de fertilidad para poder tener hijos/hijas. Señala con un sí (1) o un no (2) si estás de acuerdo o no con que se usen esos métodos para cada uno de los siguientes casos (marca 99 si no sabes o no quieres contestar)

- 116. Una pareja heterosexual que no pueda tener hijos
- 117. Una pareja homosexual (por gestación subrogada en el caso de pareja de hombres)
- 118. Una mujer sola
- 119. Un hombre solo, por medio de vientre de alquiler
- 120. Una mujer de más de 50 años

En otro orden de cosas, ¿hasta qué punto te parece aceptable cada una de las siguientes situaciones? Contesta empleando un sí o un no (marca 9 si no sabes o no quieres contestar)

- 121. Abortar en caso de violación
- 122. Abortar por malformación del feto
- 123. Abortar porque corre peligro la vida de la madre
- 124. Abortar sin restricciones hasta los 3 meses de gestación
- 125. Abortar de forma libre, sin supuestos o restricciones

126. ¿Crees que en España el acoso escolar es un problema muy grave, bastante grave, poco grave o nada grave?

- 1. Muy grave
- 2. Bastante grave
- 3. Poco grave
- 4. Nada grave
- 9. No sé/No contesto

127. ¿Y crees que el ciberacoso (o cyberbullyng) es un problema muy grave, bastante grave, poco grave o muy grave?

- 1. Muy grave
- 2. Bastante grave
- 3. Poco grave
- 4. Nada grave
- 9. No sé/No contesto

128. ¿Has presenciado en tu entorno educativo o laboral alguna situación de acoso?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sé/No contesto

Y en tu caso, ¿has sufrido alguna vez o sufres acoso...?

	Sí	No	Ns/Nc
129. Escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. Ciberacoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. En el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132. Por los amigos/as en general ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

133. ¿Tienes miedo o te despierta ansiedad la posibilidad de que te acosen?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sé/No contesto

134. Y ¿has ejercido tú algún tipo de acoso?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sé/No contesto

135. ¿Cuáles crees que son las razones por las que existe el acoso? Selecciona las DOS más importantes para ti

- 1. Porque los agresores quieren sentirse poderosos
- 2. Porque los agresores son personas violentas
- 3. Porque las víctimas provocan
- 4. Porque las víctimas son diferentes al resto
- 5. Porque docentes y profesores no ejercen el control suficiente
- 6. Porque padres y madres no ejercen el control suficiente

136. En general y pensando en tu vida, ¿con cuál de las siguientes afirmaciones te identificas más?

- 1. En general me siento bastante seguro en mi vida cotidiana, no creo que vaya a pasarme nada grave (como sufrir accidentes, ser víctima de delitos, ser víctima de violencia, etc.)
- 2. Algunas veces pienso que podría pasarme algo, pero no demasiado frecuentemente.
- 3. Muchas veces siento que podría pasarme algo, sufrir algún delito o accidente
- 4. Pienso muy frecuentemente que podría ser víctima de algún delito o sufrir algún accidente
- 9. No sé/No contesto

SALUD Y ESTILOS DE VIDA DE JÓVENES Y ADOLESCENTES

Centro
Reina Sofía
sobre adolescencia
y juventud

| fad

 Santander

Telefónica