

**LA SALUT DELS JOVES A CATALUNYA
UN ESTUDI EXPLORATORI**

Oriol Romaní i Alfonso (director)

*Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
Grup Igia, Barcelona*



Generalitat de Catalunya
Departament de la Presidència
Secretaria General de Joventut
Observatori Català de la Joventut

© Generalitat de Catalunya
Departament de la Presidència
Secretaria General de Joventut
Observatori Català de la Joventut

1a edició: octubre 2006

Disseny i maquetació: Unitat d'Autoedició i Disseny

ÍNDEX

PRESENTACIÓ DE LA COL·LECCIÓ E-QUADERNS	5
PRESENTACIÓ DE L'ESTUDI	6
PART I. EL PLANTEJAMENT DE LA RECERCA: MARC TEÒRIC I METODOLÒGIC	
1. Equip de treball	8
2. Objectius generals	9
3. Marc teòric	9
4. Hipòtesis	18
5. Metodologia	19
6. Tècniques	21
7. Activitats complementàries	26
PART II. ANÀLISI DE RESULTATS	
Introducció	27
1. Vida quotidiana i salut	27
1.1. Grups domèstics	27
1.2. Estudi	31
1.3. Feina	33
1.4. Lleure	35
1.5. Conceptes de salut i malaltia	37
1.6. L'estat de salut dels joves catalans	39
2. Situacions de risc i salut	41
2.1. Seguretat laboral	41
2.2. Accidentalitat viària	44
2.3. Trastorns alimentaris	46
2.4. Consums de drogues	48
2.5. Comportaments sexuals	54
2.6. Salut mental	57
3. Els serveis de salut	60
4. Síntesi i recomanacions	62

BIBLIOGRAFIA I FONTS

Bibliografia	66
Fons	68

ANNEXOS METODOLÒGICS

Annex metodològic I	
Protocols de registre etnogràfic	69
Annex metodològic II	
Quadres dels informants del registre etnogràfic i de les persones entrevistades en profunditat	79
Annex metodològic III	
Guió de les entrevistes en profunditat	83

ANNEXOS ESTADÍSTICS

Annex estadístic I	
Principals resultats de l'enquesta ad hoc sobre la salut de la població catalana de 16 a 30 anys	94
Annex estadístic II	
Principals resultats de l'Enquesta de Salut de Catalunya de 2001 referents a la població de 16 a 29 anys	101
Annex estadístic III	
Registres oficials referents a la població jove de Catalunya	111

Les persones joves són un dels col·lectius més afectats pels constants i ràpids canvis socials. Si per al conjunt de la població ja és prou complex el procés d'adaptació en una societat en permanent i accelerada transformació, més difícil resulta encara per als col·lectius més vulnerables.

La joventut, immersa en ple procés d'assumpció dels drets i deures que suposen el complet exercici de la ciutadania, és, sens dubte, un dels col·lectius que més requereix d'una atenció específica per part de les institucions públiques. Una atenció necessària per al conjunt de les persones joves i, en major mesura, per a aquelles i aquells que pateixen desigualtats i discriminacions per raons diverses (econòmiques, de gènere, per origen...), més enllà del fet mateix de ser joves.

És justament això el que dóna sentit a les polítiques de joventut i el que exigeix que creixin arreu. Unes polítiques de joventut que fem el conjunt de les administracions públiques del país, juntament amb el teixit social juvenil, i que cada dia volem desenvolupar amb més rigor i coneixement de causa.

Afinar bé quines són les necessitats específiques de les persones joves requereix un coneixement al més exhaustiu i periòdic possible. Per això, des de la Secretaria General de Joventut, a través de l'Observatori Català de la Joventut, tenim l'important repte d'estudiar, analitzar i reflexionar a fons sobre la realitat juvenil, com també sobre les polítiques de joventut que apliquem en conseqüència. Sense aquesta anàlisi, difícilment es podrien dissenyar polítiques de joventut realistes, és a dir, que responguin a les necessitats dels i les joves.

Però no només cal fer aquesta recerca, sinó que també cal difondre-la a totes les persones i institucions que en puguin treure un profit. Així, doncs, amb l'objectiu de divulgar aquesta realitat juvenil, us presentem una nova col·lecció de publicacions de l'Observatori Català de la Joventut que hem anomenat **e-quaderns**.

L'**e-quaderns** neix amb la finalitat d'arribar al màxim de persones interessades en aquest camp d'estudi. Per això, es tracta d'una col·lecció en format digital que es pot despenjar íntegrament des de la web de l'Observatori Català de la Joventut de la Secretaria General de Joventut.

A través d'aquesta col·lecció es publicaran dos tipus d'estudis: recerques de caràcter acadèmic i analític sobre la realitat juvenil i les polítiques de joventut, i explotacions estadístiques d'enquestes sobre la realitat juvenil i les polítiques de joventut de caràcter descriptiu que se centrin en els àmbits temàtics més novedosos.

Espero que aquesta nova eina de difusió sigui del vostre interès i que se'n pugui extreure informació de qualitat que permeti articular més i millors intervencions que facilitin als joves la definició del seu propi projecte de vida.

Oliví Bayón i Céspedes

Secretari general de Joventut

PRESENTACIÓ DE L'ESTUDI

La salut és una de les dimensions bàsiques del benestar de les persones, i per tant esdevé un objecte prioritari de recerca i intervenció. En el cas dels i les joves, el coneixement -des de la perspectiva de les ciències socials- de les transformacions en la seva salut i en les pràctiques i actituds associades és especialment interessant: la joventut és l'etapa de la vida de les persones que presenta, potencialment, un millor estat de salut (un cop superats els riscos de la infància i la pubertat i quan encara no han començat les dificultats associades al "fer-se gran"). Diem que és especialment interessant analitzar el que ocorre en aquesta etapa de la vida perquè les dificultats associades a la salut dels i les joves no depenen, en la gran majoria dels casos, del que podríem anomenar "l'evolució natural del cos", sinó de les actituds i pràctiques de les persones joves en relació al risc, al cos i a la pròpia salut.

Dit d'una altra manera: les principals causes de mortalitat dels i les joves són els accidents de trànsit, altres tipus d'accidents i els suïcidis i autolesions; i, en termes generals, el consum de drogues i els trastorns en la conducta alimentària són dues de les grans problemàtiques associades a la seva salut. Tots aquests elements tenen una característica comú: que depenen en bona part de les actituds i pràctiques dels i les joves.

En encarregar la present investigació, l'Observatori Català de la Joventut pretenia aconseguir una visió general de l'evolució d'aquestes actituds i pràctiques juvenils en relació als aspectes que condicionen la seva salut. La manera d'aconseguir aquesta visió general consisteix en fer una anàlisi prou detallada de les diferents dimensions d'aquests aspectes i en combinar diferents tècniques d'investigació. Aquesta és una recerca que combina l'anàlisi de registres estadístics oficials, d'enquestes, de grups de discussió, d'entrevistes i d'altres tècniques qualitatives. Les persones encarregades de la realització de la recerca han hagut de fer un important esforç per fer una anàlisi conjunta dels diferents àmbits que es relacionen amb la salut dels i les joves i de les diferents tècniques de recerca emprades. Esperem que els resultats siguin del vostre interès.

Observatori Català de la Joventut

Agraïments

Quan s'arriba al final d'un treball com aquest, un s'adona de la quantitat de persones i institucions que, amb més o menys intensitat, han contribuït al seu bon final. No les puc esmentar totes, però sí que vull agrair, primerament, a l'Observatori Català de la Joventut de la Secretaria General de la Joventut la seva confiança encarregant-me aquest estudi, i la seva paciència i col·laboració, sobretot per part de la Pilar París i en Pau Serracant. A l'Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil, en especial al seu actual coordinador en Joan Pallarés, per la seva total disposició. A l'Institut d'Infància i Món Urbà, amb la seva directora Carme Gomez-Granell i els redactors del seu *Segon informe sobre salut*, Àngel Martínez i Carolina Recio, per la bona entesa i nivell de col·laboració. A la Fundació Bofill, especialment a la Marta Comas i la Violeta Quiroga, autores de la recerca *Menors que emigren sols del Marroc a Barcelona. Anàlisi transcultural*, per haver-me deixat treballar amb alguns dels seus interessants materials. A la Universitat Rovira i Virgili, per haver-me concedit un any sabàtic que m'ha permès acabar amb una certa tranquil·litat la redacció d'aquest treball. Als components del meu grup domèstic per haver-me donat suport en totes les anades, vingudes i "neures" que s'han succeït al llarg de l'estudi. I, naturalment, a totes aquelles persones que han volgut col·laborar amb nosaltres deixant-nos entrar a casa seva i a les seves vides, i que així han fet possible que la recerca es portés a terme.

PART I. EL PLANTEJAMENT DE LA RECERCA: MARC TEÒRIC I METODOLÒGIC

1. EQUIP DE TREBALL

Abans d'entrar en matèria, presentarem l'equip de treball que ha tirat endavant aquesta recerca. L'equip s'ha configurat a partir dels criteris d'idoneïtat i de disponibilitat de les persones contactades i, com es veurà, hi ha dos subequips bàsics, que són els que han treballat més els aspectes qualitatius i quantitius, respectivament.

A l'equip d'etnògrafs hi tenim des de doctors a estudiants. S'ha procurat buscar una certa variació pel que fa a habilitats i territori, en aquest últim cas per facilitar els contactes amb informants de diversos llocs de Catalunya. Alguns d'ells tenen la garantia, per la feina que se'ls demana, de provenir de l'Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil.

Per a la col·laboració sociològica hem treballat amb el doctor Ignasi Pons, de la UB, expert en temes de salut, conegut especialment pels seus treballs en salut mental; i amb un col·laborador habitual seu, el tècnic estadístic Josep Lluís Bosch, també de la UB, a més de les persones que han fet les enquestes.

D'altra banda, m'ha semblat indispensable rebre l'assessorament de dos antropòlegs, que ha consistit a anar-se llegint els materials qualitius i a elaborar un informe cada un, que han estat molt útils per a la redacció final. Aquests antropòlegs, amb posicions i habilitats complementàries, són la doctora Susan di Giacomo —professora a temps parcial de la Universitat de Massachussets i editora en cap de la Fundació de l'Hospital de Sant Joan de Déu— i el doctor César Zúniga —professor a la Universitat de Perugia i col·laborador de la URV—. A part que em refio de la seva capacitat intel·lectual, tots dos han treballat en matèria de salut i estan en aquella excel·lent posició, per a l'observació dels fenòmens des de l'òptica sociocultural, que és la de conèixer força el país però al mateix temps tenir la distància de ser de fora. Per a qüestions de salut laboral hem pogut disposar també de l'assessorament del doctor Josep Lluís Espluga, sociòleg de la UAB especialitzat en aquest àmbit.

Finalment, un sociòleg —Joan Romaní— ha col·laborat en les tasques de documentació, és a dir, de recerca i síntesi orientada d'aquells documents que ens fossin útils per a aquest treball. I a Tarragona s'ha constituït un grup de reflexió coordinat per Paul Gonzalez i Toni Martí. Hem tractat d'introduir, com a element complementari, un grup de joves —la veritat és que n'hauríem volgut fer més— que aportessin la seva veu directa sobre els mateixos temes de què tracta la recerca, d'una manera global, sense les condicions més sistematitzades que requereixen els informants pròpiament dits.

La composició de l'equip de treball ha estat, doncs, la següent:

Direcció:

Oriol Romaní (antropòleg, URV – IGIA)

Assessorament:

Susan di Giacomo

(antropòloga, Massachussets University – ICA)

César Zúniga (antropòleg, Universitat di Perugia – URV)

Josep Lluís Espluga (sociòleg, UAB)

Equip qualitatiu

Grups de discussió:

Alejandro Goldberg (antropòleg, Universidad de Buenos Aires – URV). Contactes a Girona

Carolina Recio (CIIMU)

Entrevistes en profunditat:

Lucía Sanjuán (UAB)

María Inés Palacios (UAB)

Registres etnogràfics:

Anna Fabregat (antropòloga, UAB), Barcelona

Néstor Navarro (estudiant de sociologia, UAB), Barcelona

Joan Manuel Cabezas (antropòleg, UB), Garraf

Elisabeth Cabrera (psicòloga social, UB), Garraf

Toni Martí (antropòleg, URV), Tarragona, Terres de l'Ebre

Toni Llorc (estudiant d'antropologia, URV), Tarragona, Lleida

Grup de reflexió a Tarragona:

Paul Gonzalez (antropòleg, URV) i *Toni Martí*, coordinadors

Equip quantitatiu

Ignasi Pons (sociòleg, UB)

J. Lluís Bosch (tècnic estadístic, UB)

Enquestadors:

Alexandra Farbiarz

Anna Fabregat

Antoni Llorc

Elisabeth Cabrera

Fernanda Bolivar

Joan Manuel Cabezas

Joan Romaní

Marta Guarda

Mercè Mauri

Mireia Utzet

Sara Forch

Sònia Corral

Documentació:

Joan Romaní (sociòleg, UAB)

2. OBJECTIUS GENERALS

Amb aquest projecte volem dur a terme un estudi exploratori de la salut dels joves a Catalunya per apropar-nos als dos objectius següents:

- Conèixer la *situació i l'evolució objectiva* dels aspectes relacionats amb la salut dels joves.
- Conèixer en profunditat la *significació i les motivacions de determinades pràctiques de risc* que afecten, en un sentit ampli, la salut dels joves, per poder orientar més encertadament les polítiques públiques i els projectes d'actuació.

3. MARC TEÒRIC

1. Conceptes bàsics

Partirem del pressupòsit que tant la salut com la joventut són construccions socioculturals, configurades d'una manera diferent en diferents societats. Però en aquest punt, i atesa la naturalesa del treball que estem presentant, desenvoluparem d'una manera més detallada el concepte de salut, seguit dels de risc i de l'estil de vida, aquests complementàriament i com a manera d'enllaçar amb el concepte de joventut. Aquest darrer el caracteritzarem molt més breument, només amb alguna referència que permeti situar-lo en un sentit teòric, ja que el donem per molt més conegut i treballat per part dels qui ens han encomanat aquesta recerca.

La *salut* l'entendrem en un sentit holístic, i partirem del concepte teoricometodològic dels *processos de salut / malaltia / atenció* (Menéndez, 1990) per poder copsar d'una manera articulada i dinàmica almenys tres aspectes diferents, encara que íntimament entrelaçats: les situacions objectives, tant de tipus físic com psíquic, que entren en les categoritzacions salut / malaltia; les significacions que els diferents actors donen a aquestes situacions i, per tant, les maneres subjectives de sentir-les i viure-les, i els dispositius socials i les categories culturals de què disposa la societat per preveure i atendre els possibles problemes relacionats amb la salut. Insisteixo que aquesta fragmentació és purament analítica, ja que en la realitat els tres aspectes es donen d'una manera conjunta. I si en un primer cop d'ull sembla que el nucli fort del concepte és la parella salut / malaltia, ara veurem com això que aquí anomenem *atenció* és tan bàsic i inseparable d'aquests processos com els altres dos aspectes.

Si, com acabem de dir, definim l'atenció com "els dispositius socials i les categories culturals que la societat disposa per tal de preveure i atendre els possibles problemes relacionats amb la salut", veurem que és un concepte íntimament relacionat amb un de més genèric, el de *processos assistencials* (Comelles, 1985). Aquest concepte és d'una gran utilitat en l'anàlisi intercultural dels fenòmens que en les nostres cultures situem en el terreny de la salut/malaltia, ja que permet depassar-los i analitzar, amb el mateix marc teòric, els fenòmens que produeixen, en societats molt diferents, situacions físiques i psíquiques semblants a les que nosaltres definim amb aquelles dues paraules; en altres indrets es poden percebre i definir d'una manera molt variada, recurrent a conceptes com l'infortuni o el destí, per exemple.

De fet, ja fa uns quants anys Artur Kleinman va elaborar el concepte de *health care system*, en el qual d'alguna manera està inspirat el que ara veurem. Segons aquest autor, el *health care system*, «com altres sistemes culturals, integra els components de la salut dins la societat. Inclou models de creences sobre les causes de la malaltia, normes que regeixen l'elecció i avaluació del tractament, estatus socialment legitimats, rols, relacions de poder, llocs d'interacció i institucions [...]. Podem veure la medicina com un sistema de significats simbòlics ancorats en adaptacions particulars d'institucions socials i models d'interacció personals. En cada cultura, la malaltia, les respostes que s'hi donen, els individus que la senten i que la tracten i les institucions socials que s'hi relacionen estan interrelacionades sistemàticament» (Kleinman, 1980: 24). Es tracta d'un model interessant, ja que permet integrar en un mateix conjunt tots els fenòmens "sanitaris" — la paraula queda curta — de qualsevol cultura, però hi manquen dues dimensions que són fonamentals: la ideologia assistencial, de la qual parlarem tot seguit, i la perspectiva històrica.

Per analitzar els processos assistencials en qualsevol societat partim de la idea que hem de distingir sempre dos aspectes bàsics en el conjunt dels fenòmens relacionats amb la salut i la malaltia. En primer lloc hi ha l'*aspecte ideològic*, en el qual trobem representacions, valors i actituds dels sectors socials implicats en aquells fenòmens: això pot incloure des de formes concretes d'organització institucional en aquest àmbit fins a legitimacions corporativistes de certes activitats o professions, passant per una gran varietat de creences que poden tenir diferents sectors de la societat i que han anat cristal·litzant històricament, provinents d'òrgens diversos; també es poden articular en cada cas de maneres molt variades. Així, si en una determinada persona o grup pot predominar una concepció "ecològica", "organicista" o "funcional" de la salut, idea provinent dels models científics ideològicament predominants en les societats contemporànies, això no vol dir que, almenys en

determinades situacions, no es puguin trobar també elements que provenen d'altres fonts, com els de tipus religiós, filosòfic o moral.

Per una altra banda tenim *l'aspecte de la praxi*, les pràctiques o la gestió, en el qual tenim en compte les actuacions, els comportaments o les gestions destinats a utilitzar els marcs ideològics o institucionals. Aquí es quan, a partir de certs símptomes, decidim o les persones del nostre entorn més immediat decideixen anar consultant, potser primer als iguals —sobretot en el cas dels joves— o a algú de la família o del veïnat, i després a diferents possibles tipus d'especialistes, com ara farmacèutics, practicants, metges —que poden ser privats, de la Seguretat Social, de la mútua, etcètera i també poden tenir diferents orientacions, bé sigui l'al·lopàtica majoritària o altres de més minoritàries, com les homeòpates o naturistes— i terapeutes o sanadors d'altres tipus. I, amb més o menys entusiasme i convicció, podem seguir els seus consells fins que considerem que la situació ja està resolta —“ens hem curat”— o, si no és així, continuar el nostre itinerari terapèutic fins a la mort o bé fins a convertir-nos en malalts crònics, situació cada cop més freqüent en la nostra societat. En algunes situacions, fins i tot, certes instàncies legitimades socialment, com ara els metges o els jutges, ens poden obligar a seguir certs tractaments.

Com veiem en baixar de la teoria a la descripció, els processos assistencials poden ser d'una gran complexitat. Però, per què parlem d'assistència? Perquè aquest terme, almenys al nostre país i en altres de tradició cristiana —i malgrat les ambigüitats i connotacions que ha anat acumulant històricament—, i concretament en el nostre context assistencial, es refereix no només a unes pràctiques, tècniques o rituals, sinó també a complexos processos de mobilització social i a consideracions ideològiques d'ordre ètic i/o moral.

D'aquesta manera, el concepte d'assistència pot ser molt útil metodològicament, perquè no ens obliga a discutir els factors etiològics de l'assistència, sinó que se centra en l'anàlisi de si existeixen o no les condicions que fan que, en una determinada societat i situació, un individu sigui *assistible*. És important subratllar que, en aquest sentit, l'assistibilitat no depèn tant del substrat biològic o psicològic en presència, sinó sobretot de la decisió que la societat adopti en relació amb la possibilitat que el subjecte rebí assistència com a condició necessària i suficient perquè pugui ser introduït —voluntàriament o no, això ja és una altra cosa— en el dispositiu assistencial. D'aquesta manera, el trastorn a tractar no ha de ser per força una malaltia física —fins al punt que això es pot separar dels altres components d'aquests processos—, sinó que pot ser el fruit del que està etiquetat com una transgressió moral o ideològica, o bé del diagnòstic d'una situació social. Totes aquestes condicions, d'origen social, que converteixen un

subjecte en assistible, és a dir, en objecte d'intervenció social, es donen en unes coordenades històriques concretes que són, per tant, irrepetibles.

En les societats del nostre entorn —així com en moltes altres, certament— les accions sobre la salut es duen a terme en tres àmbits fonamentals: el domèstic i familiar, l'àmbit que implica la intervenció d'especialistes mediadors i finalment l'àmbit institucional. Aquests tres àmbits no constitueixen un sistema jerarquitzat rígidament, sinó que cal entendre'ls com un conjunt de medis inspirats per unes ideologies comunes, encara que de vegades amb importants elements contradictoris entre elles, ja que n'hi ha unes en situació hegemònica respecte a altres, com ara l'intervencionisme estatal. Malgrat que aquests últims anys això està canviant, és indispensable conèixer alguns elements bàsics d'aquest intervencionisme, tant per entendre les pràctiques i, sobretot, les ideologies dominants sobre la salut en la nostra societat, com per entendre els canvis que s'hi estan produint.

L'orientació intervencionista va associada a la modernitat. En altres èpoques, l'orientació dominant s'orientava més aviat cap a la protecció i l'asil, guardant la intervenció directa per als casos considerats més greus, com certes transgressions que s'intentaven “solucionar”, per exemple, amb el confinament forçós o la foguera. Però amb la crisi de l'Antic Règim, i a partir del model polític preconitzat per la Il·lustració, s'aniran definint tres àmbits principals d'actuació sanitària en els quals s'emmarcarà l'intervencionisme de l'Estat i de les corporacions mèdiques. En aquell moment, els hàbits mèdics tal com els hem conegut estan en fase de formació, especialment en l'àmbit de les pràctiques domèstiques, i es fa un cert èmfasi sobre la cura higiènica de la infància; la definició d'un polítiques de sanejament urbà de caràcter preventiu mitjançant la planificació urbanística, que inclou el sanejament de les aigües, l'atenció a la circulació de l'aire, la llum, etcètera. Finalment, hi ha una intervenció sobre les institucions d'assistència, amb una assumpció més o menys progressiva per part de l'Estat de les competències que anteriorment havien estat en mans municipals i particulars, que al nostre país eren especialment religioses.

Aquesta ampliació de la intervenció estatal, a més de ser coherent amb el desenvolupament històric general en el qual es produeix la consolidació progressiva dels estats moderns i de formar-ne part de fet, també cal relacionar-la amb l'eficàcia del model clínic. Aquest model es desenvolupa a finals del XIX, quan els avanços de la microbiologia permeten descobrir els microbis i altres agents patògens i, per tant, combatre amb molta eficàcia les malalties infeccioses. És clar que moltes vegades, en parlar d'aquest model, s'oblida que apareix en un context en el qual ja havien començat a tenir efecte les intervencions sobre els altres àmbits a què ens hem referit en el paràgraf

anterior. Però, sigui com sigui, el cas és que aquest model clínic —basat en el paradigma de la malaltia infecciosa— triomfa, ja que pot oferir a l'Estat solucions eficients i ràpides, tal com es demostra amb el bloqueig i la progressiva desaparició d'epidèmies a partir d'aquest tipus de dissenys sanitaris. No és estrany, doncs, que aquest model, que és el que va fer seu i va desenvolupar la corporació mèdica, amb la transformació dels hospitals en centres de recerca i d'intervenció biomèdica, fos el que assumissin els estats moderns com a guia per a les seves actuacions sanitàries. S'havia de tenir en compte, a més, que oferia un avantatge "col·lateral": era un model que emmarcat dins el paradigma positivista de la pretesa neutralitat de la ciència moderna i que permetia obviar els condicionants socials i culturals existents en els processos de salut/malaltia, cosa que el feia més "manejable", almenys per als grups que ocupaven el poder, en un context de forta conflictivitat sociopolítica (Comelles i Martínez, 1993).

A més, tal com sol passar en molts àmbits de la interacció social, es va produir el fenomen de les *transaccions*, que fa que quan un grup social mira d'actuar articulant d'una manera més o menys coherent orientacions teòriques de diversos orígens per bastir un discurs que garanteixi el millor possible els interessos i aspiracions del grup social de què es tracta.¹ Així, en una societat en què la burgesia va esdevenir el grup dominant, el model de gestió hegemònic dels fenòmens assistencials ha estat fruit de l'articulació entre l'estructura dels rituals curatius i interpretatius de la malaltia segons la cultura cristiana i el paradigma positivista de la gènesi, desenvolupament i tractament de la malaltia infecciosa. I la condició infecciosa tant de la malaltia com del pecat, té dues conseqüències molt importants per a la gestió de la salut: la individualització de la malaltia —i/o el pecat— com a efectes de l'actuació del subjecte i, consegüentment, algun tipus d'estigmatització pel fet de ser persones contaminades o "diferents" de la resta de la societat. Per fer-nos càrrec de la força que encara té aquest model només cal pensar en la reacció social —no solament de sectors populars sinó també de grups mèdics i socioculturals influents— davant de certes malalties com la sida, els trastorns cardiovasculars o els accidents de trànsit, per exemple, que n'atribueix la "culpa" a certs comportaments personals o estils de vida —que s'entenen pràcticament com si fossin la mateixa cosa.²

El model de salut actual a la nostra societat. Grosso modo, a les societats occidentals el "gran segle" d'aquest model clínic basat en la biomedicina es desenvolupa principalment entre l'últim terç del segle XIX i l'últim terç del XX, i a partir dels anys setanta d'aquest últim segle es manifesten una sèrie de fenòmens que el fan entrar en crisi. Entre aquests fenòmens, alguns els provoca la societat i el model que estem analitzant, com ara el desenvolupament dels estats del benestar —que són diferents entre el sud i el nord d'Europa i, no cal ni dir-ho, entre Europa i les altres zones del món—. També cal tenir en compte que es creen les condicions socials que permeten l'allargament de la vida i que el model clínic ja pràcticament ha eliminat la presència de les infeccions, que abans, a més d'afectar cíclicament el conjunt de la població, s'abatien d'una manera especial i més permanent sobre la infància. Així doncs, el marc global en el qual hem d'interpretar la salut dels joves a Catalunya ens parla d'una societat de capitalisme avançat que ja ha superat la "transició epidemiològica", tal com ens mostren alguns indicadors bàsics com la baixa mortalitat infantil o l'alta esperança de vida. És a dir, es tracta d'una societat que es caracteritza per haver superat la gravosa presència de la malnutrició generalitzada o de les malalties infeccioses, i en la qual els principals problemes de salut giren al voltant de les malalties cròniques i degeneratives (sobre aquest nou model, vegeu Chen, Kleinman i Ware, 1994).

Però la crisi del model clínic a partir dels anys setanta també està relacionada amb les grans transformacions que acompanyen el neoliberalisme i les relacions socials i amb els canvis de les societats i els estats que coneixem com a globalització. Per una banda, quan es va fer evident que l'extensió universal de la biomedicina era caríssim i relativament ineficaç davant els nous trastorns de salut, les instàncies oficials van haver d'acceptar que per augmentar-ne l'eficàcia en les intervencions sanitàries era interessant tenir en compte els condicionaments socioculturals de la salut.³ Al costat d'això, hi ha una acceptació progressiva —del mercat, evidentment, però també, i segons els països, de les institucions públiques corresponents—⁴ de les medicines anomenades alternatives, i de molts tipus diferents de teràpies tipus "psi" que, amb la mateixa etiqueta, se centren en "la gestió del jo" per intentar superar el conjunt de riscos i malestors

¹ Aquest punt el desenvolupem més a Canals i Romaní (1996). El desenvolupament teòric del concepte de transacció el trobem a Menéndez (1990 i 2002). En aquest últim llibre hi ha, a més, una interessant elaboració del que podríem anomenar teoria de la diferència, que també valdria la pena tenir en compte en el moment d'analitzar la joventut, la qual, com veurem, té una de les seves característiques principals en la construcció de la diferència.

² En aquesta introducció conceptual intentarem aclarir alguns elements bàsics del significat dels estils de vida.

³ El moment àlgid d'aquesta política es dona a la conferència de l'OMS a Alma Ata, l'any 1977.

⁴ En el cas espanyol, d'una manera molt minsa si el comparem amb altres medicines de l'entorn.

que suposa la vida a les societats "postmodernes".⁵ D'altra banda, i segons els indicadors dels organismes internacionals, el desmantellament dels estats del benestar suposa el creixement de les desigualtats socials, tant dins les societats del nord com en les relacions nord-sud, i la progressiva hegemonia de la cultura del consum i de l'èxit, a la qual tornarem tot seguit. A més, aquest desmantellament implica la disminució de l'intervencionisme estatal i la influència més o menys directa —a través de diversos mecanismes, entre els quals els *mass media*, la publicitat i les formes de "vida saludable" hi tenen un rol central— de les multinacionals del sector, amb les químic-farmacèutiques al capdavant (v. Huertas, 1998, i Estébanez, 2002).

En definitiva, que si els indicadors posttransició epidemiològica esmentats abans ens remeten a un estat de la salut a la Catalunya contemporània bàsicament positiu, en aprofundir una mica més trobem diferents factors que ens fan relativitzar aquesta visió. Ens referim tant a factors estructurals, les *desigualtats socials* en primer lloc, com a l'impacte dels *models culturals hegemònics* centrats en el consum. Les transformacions dels models familiars són al bell mig de les tensions contradictòries que generen aquest conjunt de processos; i sabem prou bé que la gestió domèstica de la salut en l'àmbit quotidià és un nòdul clau per gestionar els processos generals de salut/malaltia/atenció. I si a això hi afegim la "rebiologització" o "farmacologització"⁶ de la sanitat, crec que ja hem trobat els principals angles del marc en el qual caldrà situar l'anàlisi concreta dels processos que ens interessa investigar en la joventut catalana.

El risc. Una part fonamental de l'estudi, i de fet crec que la més important, la dedicarem a l'anàlisi de "situacions de risc i salut", tant per donar una certa continuïtat lògica a algunes recerques anteriors com perquè aquest era el focus de la demanda institucional de l'estudi, tal com veurem posteriorment. O sigui que haurem de definir prèviament aquest concepte. En el seu rerefons hi ha una idea constant, una certa consciència sembla que comuna a totes les societats humanes, que l'ordre (físic, social) sempre es pot convertir en caos i que, per tant, cal tenir la creativitat suficient per mantenir els "equilibris vitals" que permeten la reproducció (social, personal), posar diferents tipus de límits que la puguin garantir i estar sempre amatents a aquesta situació de possible reversió, ja que la base mateixa de la societat és precisament el triomf de l'ordre sobre el caos o, si més no, la domesticació d'aquest. El retorn del caos significaria la mort —de la societat, de les perso-

nes—, i el risc més elevat és, precisament, el risc de mort. Per això risc i salut sempre van associats, ja que certs comportaments i situacions poden posar en perill l'equilibri psicofísic dels individus fins a l'extrem de la seva dissolució com a tals. De fet, la manca de salut i la seva conseqüència més extrema, la mort, i més en el cas dels processos morbosos evitables, és l'indicador més contundent de la mala situació d'una persona o grup dins la societat, de la seva situació marginal, de les conseqüències últimes de l'explotació i la dominació... Per això l'anàlisi de la salut pot oferir sempre un bon punt de vista crític per analitzar la societat, més enllà dels grans discursos ideològics.

Així doncs, podríem dir que el risc és la proporció de perill que s'associa a alguna activitat, comportament o situació que es considera socialment necessària, associació que es relacionaria amb el fet que com més indefinides siguin les situacions i els rols socials, més risc per a l'ordre social, cosa que caldrà prevenir i controlar d'alguna manera (v. Douglas, 1991). Per això, segons aquesta idea, en les nostres societats moltes vegades s'associa de manera automàtica risc i joventut, ja que l'estatut ontològic que hem atribuït a les persones joves té una indefinició radical: la joventut es defineix sobretot pel fet de ser un període de transició entre la dependència familiar i la suposada autonomia de la vida adulta que, tard o d'hora, caldrà aconseguir sigui com sigui. Així, l'adolescència i la joventut són sempre, com a mínim, sospitoses, i cal vetllar de prop pel seu recte desenvolupament. Una de les principals conseqüències d'aquesta construcció social de la joventut és que moltes de les conductes i els comportaments dels nois i noies —però no només d'ells!— s'associen a la joventut, i per aquesta raó es fan més visibles socialment.

Caldrà tenir en compte que moltes de les situacions que comentem certament comporten riscos. Però que també ofereixen oportunitats: oportunitats d'experimentar, de créixer, d'aconseguir més autonomia... que és el que socialment estan obligats a fer els joves! De fet, segons els autors d'un estudi recent sobre el tema (Comas *et al.*, 2003), certs comportaments de risc juvenils que estan força estesos en la nostra societat actual, com ara alguns comportaments sexuals, el consum de drogues, l'accidentalitat viària o el fracàs escolar, representen fites gairebé obligatòries en el procés de transició cap a la vida adulta; és més, en molts casos podrien ser manifestacions d'insatisfacció perquè no s'aconsegueixen els objectius socialment marcats, és a dir, per la manca d'autonomia. La seva relativa generalització, però, hauria comportat

⁵ En aquest sentit, és interessant rellegir ara el premonitori llibre de Castel (1984), que també té interès pel que comentarem tot seguit respecte al risc.

⁶ Perdó per aquest neologisme tan lleig!

també la domesticació de les seves conseqüències més negatives, que es manifestarien només en petites minories que correrien aquests riscos d'una manera més intensa.

Això ens ha de portar, per tant, a una reconsideració del risc. Els riscos són una part intrínseca de la vida social, i si volem tenir una certa incidència en la capacitat de reduir-los, de gestionar-los col·lectivament, els hem de poder jerarquitzar, establir prioritats, etcètera. I això no ho podem fer si continuem ancorats en prejudicis i estereotips morals provinents d'una certa tradició que actualment són incongruents amb altres objectius de la vida social. Si volem que els joves arribin a ser adults han de poder experimentar per aprendre, han d'assajar les vies possibles per arribar-hi. I si volem que l'acompanyament dels adults i de les institucions corresponents tingui algun sentit i unes mínimes garanties d'eficàcia, el que no podem fer és prendre la part del seu procés d'aprenentatge que inclou el risc pel tot, sense considerar les seves experiències positives, els seus interessos i les seves expectatives. Seguint la línia que planteja el mateix autor esmentat fa un moment (Comas, a INJUVE, 2005, cap. III): ¿per què la sexualitat o els usos de drogues es valoren només des de la perspectiva del risc, a diferència d'altres processos que s'acostumen a donar al mateix temps, com l'inici de la vida laboral o l'emancipació de la llar d'origen? ¿Per què no s'acostuma a valorar l'experiència positiva que representa l'aprenentatge de la sexualitat per a la gran majoria de joves, o la capacitat de gestió de les drogues que implica el fet que molts en controlin les conseqüències més negatives o en siguin només consumidors experimentals?

Finalment, en analitzar les relacions entre joventut i risc en una de les nostres societats contemporànies, no podem oblidar algunes elaboracions teòriques com la de "la societat del risc" que, amb diferents matisos, plantegen autors com Giddens (1997) o Beck (1998). Aquesta societat, característica de la "modernitat avançada", ha aconseguit reduir el risc en moltes situacions de la vida, però ara els riscos davant els quals ens trobem són molt més contundents; és a dir, que l'intent de controlar el món a través del desenvolupament tecnològic ha fet aflorar la consciència que les seves conseqüències són imprevisibles. Això, més que no els conflictes de classe o altres interessos, estaria condicionant l'orientació i l'organització sociopolítica d'aquestes societats. Aquest plantejament del tema, que és interessant perquè expressa les inquietuds del moment, pot acabar contribuint, però, a les pors d'aquest mateix moment i pot paralitzar les alternatives, atesa la importància que s'acaba donant a la seva omnipresència i inevitabilitat.

Sigui com sigui, i més enllà d'aspectes concrets de la teoria de Beck —principalment—, és clar que la presència aclaparadora o explícita del risc, la seva consciència pregona, és una característica d'aquestes societats; ara bé, no la podríem llegir també com l'actualització d'una funció del risc que trobem en altres societats?

En aquest sentit, l'enfocament politicocultural del risc (Douglas, 1996; Douglas i Wildavsky, 1982), que tot seguit expliquem breument, ens podria aclarir alguna cosa. Aquests autors centren la seva anàlisi en la perspectiva que en totes les societats, incloses les nostres, la construcció social del risc es fa segons criteris culturals, morals i polítics, encara que en el context de la modernitat i en les societats contemporànies s'elaborin i es presentin com a "discursos experts". Per estudiar la joventut aquesta posició pot ser interessant, si més no per exercir una certa vigilància epistemològica, per fonamentar un rigor autocrític respecte a certes associacions risc-joves i per prevenir-nos contra aquells automatismes que identifiquen joventut i conductes de risc, convertint el jovent gairebé en un "grup de risc".

Estils de vida. Per treballar conjuntament els aspectes de salut i joventut ens serà molt útil recórrer a aquest concepte que s'ha demostrat força potent, si no es cau en reificacions estàtiques (Perez de Guzmán, 1994). Els estils de vida serien conjunts de pautes d'acció i cosmovisions que, dins els processos materials i simbòlics en els quals es desenvolupa la vida d'un individu o grup, el caracteritzen per les maneres diferencials de viure. La seva utilitat no la dóna només el fet que aquesta manera d'entendre'ls ens obliga a analitzar conjuntament les pràctiques, els discursos i les seves interaccions, sinó també que ens permet explorar un nivell intermedi entre les vides de cada una de les persones i els petits grups, per una banda, i l'estructura i dinàmica general de la societat, per l'altra (Megías *et al.*, 2001). Analitzar els estils de vida ens permet arribar a un punt interessant, ja que «en definitiva, podem considerar els estils de vida com la dimensió empíricament observable d'una realitat més important, però sovint invisible: les identitats culturals dels adolescents i dels joves» (Feixa *et al.*, 2002: 343).

Es tracta d'entendre, doncs, que en el període del "capitalisme tardà", i més en concret dins les societats de la globalització neoliberal, hi ha una pluralitat social en la qual alguns grups són capaços d'expressar-se amb una certa autonomia per manifestar la seva identitat, però dins els constreyniments estructurals que imposa la societat —bàsicament, el mercat. No som, doncs, davant l'emergència autònoma de noves formes d'expressió i de relació social, ni tampoc davant el pur reflex simbòlic de les macroestructures socioeconòmiques de dominació, ni davant el predomini total dels elements locals o globals, sinó davant els productes de les tensions entre aquests elements: l'autonomia i la creativitat producte de les relacions microsocials *versus* el domini i la reproducció de les relacions macrosocials. Però això, expressat d'aquesta manera, tampoc no dóna compte del que sembla passar realment, és a dir, del fet que certes innovacions locals —que poden ser producte de l'articulació de diverses fonts, que poden anar des de la tradició local a les influències

més globals— es poden difondre ràpidament per l'actual món globalitzat, ser reelaborades en altres contextos locals, tornar una altra vegada a la xarxa global i així successivament. Appadurai (1991) va ser un dels primers que va fer servir el terme *glocal* per referir-se a aquestes relacions intrínseques entre local i global i a les seves manifestacions en el nostre món contemporani. Precisament, els joves són un dels sectors socials que estan més involucrats en aquestes línies de tensió entre el que és local i el que és global, i també en les tensions entre la reproducció i la creativitat sociocultural en el nostre món globalitzat (v. García Canclini, 1995). Sembla clar que tots aquests processos, que manifesten la dinàmica domini-resistència mediada per diferents tipus de transaccions, aporten elements de canvi social, encara que caldria veure fins a quin punt amb la consistència i la continuïtat que els permetria reorientar les lògiques socioeconòmiques i polítiques bàsiques de les nostres societats⁷ (v. Ruiz de Olabuénaga, 1998).

Una part fonamental dels estils de vida juvenil es desenvolupa en l'àmbit del lleure (v., entre d'altres, Comas *et al.*, 2003). Sembla que el lleure ocupa una part molt important de la vida dels joves de la nostra societat i que s'associa a la construcció de la pròpia identitat, identitat que es configura fonamentalment a través de l'edat i el gènere; és en aquest sentit que molts estils de vida es desenvolupen entorn del lleure i en interacció amb aquells models culturals hegemònics que esmentàvem abans. D'acord amb això, el lleure també hauria anat ocupant una posició cada cop més central en el conjunt de la nostra vida social.

Tot i admetent la importància del que acabem d'assenyalar, no volem oblidar-nos de l'altre pol dels factors estructurals: els que estarien relacionats més directament amb el mercat de treball, l'accés a l'habitatge o les transformacions dels grups domèstics, per citar-ne tres dels més bàsics. Caldrà veure com aquests factors, articulats en els diferents estils de vida, incideixen en la salut dels joves catalans. De fet, segons diferents autors (Conde, 1999; Albaigés *et al.*, 2004.), el fet de tenir una feina precària és un element que sembla constituir un factor d'identitat laboral en els joves de la nostra societat actual.

Aquesta posició progressivament central del lleure, al costat de la permanència de factors estructurals com el del treball, es pot detectar en els estils de vida dels joves de la nostra societat. Aquí no podem fer una descripció detallada dels diferents estils de vida dels joves catalans, però en aquest sentit pot ser útil tenir en compte, per veure els elements

ara esmentats i situar els nostres informants, la tipologia de joves urbans espanyols que descriuen Comas *et al.* (2003), que en el seu treball de camp han inclòs les ciutats de Lleida, Sant Boi, el Prat, l'Hospitalet i Barcelona, entre moltes altres del conjunt de l'Estat Espanyol. De manera sintètica, estableixen cinc estils de vida predominants entre aquests joves —que en el seu estudi tenen de 15 a 24 anys—; els veurem tot seguit, i els relacionarem amb algunes de les principals situacions de risc que analitzarem en aquest estudi:

1. Estudiosos (42% de la mostra). Són els més joves, amb un equilibri entre nois i noies, viuen a casa dels pares i estan estudiant a l'institut —en general, sense gaire motivació—, la qual cosa els permet eludir les obligacions familiars —des de les feines domèstiques fins a les excursions o les gestions burocràtiques—. Practiquen esports, passen força temps davant l'ordinador i miren molt la televisió, i en canvi no llegeixen gaires llibres ni la premsa ni s'inclinen gaire per fer activitats altruistes —voluntariat...—, culturals ni religioses, malgrat declarar-se majoritàriament catòlics. Entre setmana són els que menys surten de nit i de copes, i els caps de setmana van a ballar a les discoteques una mica més que els altres. Són els que obtenen més bons resultats en els estudis, malgrat que globalment tampoc no són cap meravella. Aquest grup és el que menys consumeix alcohol, tabac i altres drogues —sobretot cànnabis—, cosa que acostumen a fer només els caps de setmana. Pel que fa a les relacions sexuals, són els que menys en tenen, i d'una manera encara poc estable. Finalment, i com és lògic, són els que tenen menys accidents de trànsit.

2. Treballadors (23%). Són els més grans, hi ha lleugerament més nois que noies, i és el grup on se'n troben més que viuen de manera autònoma —malgrat que els que ho fan no arriben a una tercera part del total!—. Els dies laborables tot el seu temps està ocupat per la feina, i també, en una proporció significativa, els caps de setmana; per això la majoria no fa cap altra activitat —política, cultural o religiosa; llegir, estudiar, ordinador, voluntariat, etcètera—. No acostumen a sortir entre setmana, però en canvi el dissabte "es desfasen" una mica i el cap de setmana dormen bastant. Juntament amb els *marxosos* —que són els primers en aquest rànquing—, són els que consumeixen més alcohol, tabac i altres drogues, encara que ho fan d'una manera diferent. Són els que tenen més relacions sexuals i més estables, i també són els que tenen més accidents de trànsit —són els més motoritzats—, encara que els accidents en general són lleus.

⁷ Aquest debat ens acaba remetent també al més clàssic de les ciències socials entre subjecte i estructura. Sobre això hi ha un interessant i molt poc conegut article de Menéndez (2000).

3. Marxosos (17%). En aquest grup hi ha lleugerament més noies que nois, i pel que fa a l'edat ocupen la franja central entre els 15 i els 24 anys. Són els que, independentment del dia de la setmana, es dediquen més a activitats com sortir de nit, prendre copes, xerrar amb els amics, anar a discoteques o escoltar música, i també són els més cultes, il·lustrats i solidaris —llegeixen més, s'informen més, fan voluntariat, sobretot els caps de setmana, etcètera—. Molts van a la universitat i no són gaire bons estudiants; en aquest sentit, però, encara els guanyen els *casolans*; en canvi, els *consumistes* i, com ja hem dit, els *estudiosos* treuen més bones notes. Malgrat que majoritàriament tots els joves analitzats se situen en el centre esquerra, aquests són els més d'esquerra, mentre que al grup dels *casolans* és on hi ha una presència més elevada, tot i que és lleugera, dels que es diuen de dretes. Pel que fa al nombre de relacions sexuals, se situen en un nivell mitjà: menys que *treballadors* i *casolans*, però més que *consumistes* i *estudiosos*; són els que tenen pràctiques més variades i promíscues i, en conseqüència, dels que més es protegeixen, junt amb els *treballadors*.⁸ Després dels anteriors són els que tenen més accidents, amb força presència d'accidents greus o molt greus, malgrat que el nivell de motorització és sensiblement inferior.

4. Consumistes (12%). Més nois que noies, es dediquen principalment, tots els dies de la setmana, a anar a comprar, fer excursions i practicar algun *hobby*. A més, el cap de setmana van a algun espectacle cultural o esportiu i fan servir l'ordinador. També són els que practiquen menys activitats com ara esports, mirar la televisió, llegir, anar al cine, etcètera. És a dir, són adolescents amb aspectes semblants als *estudiosos*, però no estudien, van molt menys de marxa i, com ells, no atenen cap obligació familiar. Podríem dir que són els més "panxacontentes", i que només s'identifiquen pel consumisme. No són dels que tenen més relacions sexuals, encara que es distingeixen pel fet de ser el grup on hi ha una proporció més alta d'homosexuals (5,1%). El nivell de sinistralitat viària dels consumistes és molt semblant al del grup anterior.

5. Casolans (6%). Majoritàriament noies, estan presents en totes les franges d'edat entre els 15 i els 24 anys. Tots els dies de la setmana fan feines domèstiques, visites socials, activitats religioses i, sobretot, activitats burocràtiques. També presenten un cert perfil marxós i cultural: surten de nit —però són les que menys beuen—, van a discoteques, cinema i espectacles i fan activitats culturals i de voluntariat, malgrat que, alhora, són els que menys llegeixen, fan servir l'ordinador i estudien —malgrat que molts són estudiants—. Però en arribar el cap de

setmana semblen renunciar a tot això per centrar-se en el seu rol casolà i no fer res més. Contra el que es podria esperar, beuen més que els *consumistes* —i, és clar, que els *estudiosos*— però en canvi consumeixen menys tabac i altres drogues. Pel que fa a la circulació, gairebé no tenen accidents quan condueixen ells, però quan van de passatgers tenen un nivell de sinistralitat molt semblant al de *marxosos* i *consumistes*, algun dels quals condueixen el vehicle on anaven, ja que en el fons comparteixen moltes més coses de les que sembla a primera vista.

Tant el concepte d'estil de vida com el de risc han estat força utilitzats en el camp de la salut, sobretot en l'epidemiologia, i en programes de prevenció i promoció de la salut. És interessant que des del camp de la biomedicina es reconegui, entre altres coses, que la malaltia afecta conjunts socials i no només individus, i se'n treguin conseqüències metodològiques: els processos mòrbids poden tenir una etiologia i evolució multicausal, i, dins d'aquestes, la influència de les condicions de vida és molt important. Però tot això queda molt limitat precisament pel predomini d'unes metodologies ahistòriques, que es basen en agregats estadístics, la qual cosa obliga a desagregar les "condicions naturals" en què es donen els processos de salut/malaltia/atenció. D'aquesta manera, no hi ha una articulació real entre salut i condicions materials i simbòliques d'existència, i s'acaba reduint el suposat estil de vida a una "conducta de risc" com ara fumar, consumir greixos o escalar, tot i que aquestes conductes, dins "l'arquitectura vital" d'una persona i del conjunt de relacions socials del grup en què està inserida, poden representar coses —també riscos— molt diferents. Amb aquestes metodologies estandarditzades, a més, hem eliminat les diferències —que són tan fonamentals en la vida biològica i social— i el subjecte i la seva experiència, amb la qual cosa ignorem elements que poden ser estratègics per aprofundir en un coneixement de la realitat en aquest camp. A més, acabem individualitzant l'anàlisi de la malaltia i atribuint la seva presència a la conducta del subjecte, cosa que emmascara les seves arrels socials, i tot això es fa malgrat els advertiments, les cauteles i precisions de l'OMS, que va ser qui va proposar tenir en compte aquest concepte en el context d'uns programes de treball que tenien com a objectiu central superar les desigualtats per millorar la salut (v. OMS, 1986; Huertas, 1998; Menéndez, 1998).

Si hem volgut fer algunes precisions sobre els conceptes de risc i estils de vida és perquè pensem que són fenòmens que s'articulen de manera constitutiva en els processos de salut/malaltia/atenció dels joves. El que és important del model teòric que presentem és que ens posa això de relleu,

⁸ Vegeu les dades sobre el percentatge d'ús de preservatius i anticonceptius per part dels diferents grups en l'apartat 2.5 sobre comportaments sexuals.

i que els comportaments, actituds i situacions que descrivim s'han d'entendre dins el complex entramat que produeixen aquestes articulacions, i que ens ha d'obligar a pensar, dins aquesta clau de complexitat, en un camp molt més ampli del que moltes vegades s'associa als "problemes de salut". I també és per això que hem volgut privilegiar des del punt de vista metodològic els subjectes i les seves experiències, per poder-nos apropar, encara que sigui mínimament, a aquesta perspectiva.

Juventut. Encara que ja hem dit que no entrarem gaire a fons en la conceptualització de la joventut, sí que estem obligats a situar mínimament el concepte. Per no embolicar-nos gaire amb diferents teories, afirmarem que són joves tots els nois i noies entre 15 i 29 anys, i sembla clar que haurem de treballar amb aquesta convenció estadística per poder situar alguns aspectes dels nostres informants, comparar-los amb altres estudis, etcètera. Per anar més enllà d'aquesta afirmació tan general i centrada en l'edat, podem precisar una mica més distingint entre adolescència i joventut, entenent la primera com una categoria biopsicològica en la qual té més pes l'edat biològica, amb tots els seus canvis físics i emocionals, propis d'un subjecte encara inacabat; i la joventut pròpiament dita, que és una categoria sociocultural situada en el temps i l'espai. Aquesta segona seria més una "edat social" (v. Nateras, 2002), i de fet ens mourem més en aquest tipus de categoria.

Molts discursos i sabers socials ja ens han permès dir abans que a la nostra societat la joventut s'entén com aquell llarg període de transició entre la dependència infantil i la teòrica autonomia pròpia de la vida adulta. Seria, per tant, i en expressió d'un dels principals estudiosos mexicans de la joventut, un període pel qual es passa, no pas un període on s'està per sempre (v. Valenzuela, 1997). Aquesta caracterització central, però, és relativitzada per Reguillo (2000), que afirma que per a la joventut el món està ancorat en el present. Aquesta autora prefereix subratllar la fesomia heterogènia i canviant de la joventut segons el lloc que ocupen els nois i noies a la societat, les seves experiències i el moment històric que viuen. Aquest plantejament, que segurament recull una vella idea de Monod (1970) que presenta la joventut com a "sensor" de les principals contradiccions i conflictes del moment en què viuen, li permet situar les etiquetes que durant la segona meitat del segle xx han servit per anar definint els joves llatinoamericans al ritme de les contradiccions bàsiques de les crisis viscudes —"rebeldes", "estudiantes revoltosos", "subversivos", "delincuentes" i "violentos"—; aquestes etiquetes són les portes d'entrada a l'anàlisi dels contextos en què emergeixen les diverses joventuts. No s'ha d'oblidar mai, a més, si és que volem entendre alguna cosa, la importància central dels dos elements següents: els mateixos discursos juvenils i el consum, element característic de les nostres societats contemporànies que els afecta molt directament. Finalment, Brito (2002)

remarca el que anomena "praxi divergent" per referir-se al procés de construcció de les identitats juvenils a partir de la desidentificació respecte als grans objectius i valors culturals dominants, ja que els joves adquireixen rellevància i visibilitat social en el moment que la seva conducta difereix col·lectivament i d'una manera significativa de la de la resta de la societat; aquesta praxi és la que fa possible l'aparició del "subjecte juvenil".

Com a síntesi operativa d'aquestes diverses perspectives ens pot ser força útil el concepte de *cultures juvenils*, enteses com aquells "conjunts de formes de vida i de valors expressats per col·lectius generacionals en resposta a les seves condicions d'existència social i material" (Feixa, 1998), els quals es construeixen a partir de la cultura hegemònica, de la parental i de cinc elements bàsics: la generació, el gènere, la classe, l'ètnia i el territori. Tot aquest conjunt d'elements socials i culturals són els que es recompondrien d'una manera dinàmica en els estils de vida característics de les diferents cultures juvenils. A més, el fet d'haver d'interrelacionar els diferents elements que les formen ens ha de permetre "rastrear" les construccions socioculturals parcials que fan de la joventut els diferents sectors socials, des dels mateixos joves fins als més institucionals, per desbrossar els elements atribuïts externament dels que emergeixen de les formes de vida pròpies de les persones joves.

Sigui com sigui, els cinc elements constitutius de les cultures juvenils ens han servit, en un principi, per establir les cinc variables bàsiques que utilitzarem per a l'estudi, com veurem tot seguit. A la pràctica, però, hem acabat treballant sobretot amb l'edat i el gènere; també amb la classe i el territori —amb certs problemes i de vegades potser forçant un xic els termes—, però no hem obtingut dades rellevants sobre l'ètnia. D'altra banda, han anat sorgint dues variables més que han estat fonamentals: l'activitat principal de cadascun dels informants i el tipus de grup domèstic en què viuen. Però aquí ja estem avançant problemes metodològics en els quals entrarem a continuació.

Els quatre elements conceptuals que acabem de presentar permeten fer moltes deduccions, però ens volem centrar només en alguns aspectes que ens semblen centrals per a aquest treball. Si quan parlem de salut humana no es poden separar mai els aspectes biològics dels socioculturals, això queda molt més de relleu quan parlem de la salut dels joves, els problemes de la qual majoritàriament no deriven de la seva edat, sinó de les seves condicions de vida i dels seus comportaments i actituds. En una primera aproximació podríem dir, doncs, que els problemes de salut dels joves són evitables, atès el seu caràcter social; i teòricament ho són, però aquí caldria ser acurats per no acabar "culpabilitzant la víctima" dels seus "estils de vida insans" (v. Montiel i Porras, 1997).

Això, que és el que ha passat amb alguns usos del concepte dels estils de vida en la salut, com ja hem vist, també és el que va passar històricament quan, dins d'una òptica preventivista i racional, es van elaborar els grups de risc. Des de l'higienisme del segle XVIII hi ha tota una reconstrucció de les categories de risc que havien estat hegemòniques, a l'ombra de l'Església, durant l'Europa medieval i la pervivència de l'Antic Règim. Però el problema és que en la societat del racionalisme salut i moral es van continuar confonent, encara que fos en altres termes, com una nova forma de control social, i que aquestes confusions es van revifar amb el suport de les tècniques de la medicina científica i el *management* burocràtic dels estats del benestar en l'inici de les grans crisis de l'últim terç del segle XX, que marquen l'inici del període actual. L'emergència de nous fenòmens i etiquetes, com la sida, el terrorisme o les drogues, amb les seves pors corresponents, van consolidar durant una època la construcció d'aquestes categories, els grups de risc. I encara que no han desaparegut, atesa la seva utilitat en la gestió de les actuals formes de control social per part dels grups de poder, quan es tracta d'elaborar programes seriosos de gestió del risc es fa evident que aquesta categoria no és només inútil, sinó contraproductiu: el fet d'etiquetar genera estigmatització, i no hi ha res més perillós que això per gestionar tot tipus de riscos socials que tendeixin a reduir-la. L'estigmatització pot bloquejar programes molt ben intencionats en dificultar, entre altres coses, la comunicació entre diferents sectors socials i institucionals, l'ús de diferents recursos, la distinció entre els problemes reals i els fantasmes culturals —que s'ha de reconèixer que són molt importants en tota societat— o el control dels riscos a través d'un dels pocs mecanismes que sembla que a mitjà o llarg termini el podria garantir mínimament, com és la seva mutualització o col·lectivització, en paraules de Robert Castel.⁹

Certament, cal emmarcar els hàbits i pràctiques juvenils en un context marcat per dos elements clau: d'una banda, la consolidació i creixement de la societat de consum, la qual, sota les més diverses formes, exerceix una forta pressió sobre el món juvenil; tot i que diversos estudis analitzen com els joves interactuen amb el mercat, és evident que la pressió per consumir i passar-s'ho bé ha anat en augment en els darrers anys. D'altra banda, durant la dècada dels noranta s'ha produït una precarització generalitzada de la situació dels joves en el mercat de treball, en un context de desregulació del mercat de treball i afebliment de les prestacions de l'estat del benestar. Aquest procés ha estat paral·lel, i segurament no de manera casual, a l'augment de la importància de l'esfera de l'oci i el consum en la configuració de les identitats dels joves

Per això parlem de pressions estructurals que acaben afectant la salut de la població i, dins d'aquesta, dels joves: no només per les causes més evidents de precarització econòmica i social, sinó també pel trencament de llaços socials que l'acompanya, que porten a la individualització i per tant a una fragilització més important, de la qual sembla que només es pot sortir a través del consum. Aquest consum, guiat per imatges simbòliques molt poderoses que formen part dels discursos culturals hegemònics, és un mecanisme generador d'una ansietat continuada —“el desig és allò que mai no s'aconsegueix” — que resulta que s'acaba constituint en un dels *locus* principal de la identitat contemporània. És aquest el terreny de joc on els joves han de construir els seus estils de vida, entre el mimetisme i la resistència, i el marc general on cal situar i explicar en gran mesura els fenòmens de mortalitat i morbiditat que es donen en la nostra societat.¹⁰

En segon lloc, també cal ser molt clars per no confondre certes pautes culturals hegemòniques amb “el que és més sa”, continuant així amb les polítiques que criticàvem en l'inici d'aquest punt. En aquest sentit, l'administració té, no només el dret, sinó la obligació d'implementar polítiques que intentin contrarestar aquestes fortes pressions estructurals que afecten la salut de la població, però en aquest camí ha de procurar no confondre això amb les “preferències morals dominants” i acabar fent allò de “tirar el nen amb l'aigua bruta”. Si vol ser eficaç, és a dir, tenir una certa capacitat d'incidència, haurà de tendir a basar-se en acords consensuats amb les poblacions afectades i establir les normes que se'n derivin per, dins els constreïments estructurals existents —i en la via d'anar-los superant—, poder impulsar els canvis de comportaments i situacions que afavoreixin la salut de la majoria de la població.

2. Principals punts a desenvolupar

Tenint en compte els objectius assenyalats més amunt, l'avaluació d'Espluga i Pallarès (s/d) de la recerca sobre aquesta matèria feta a Catalunya i els resultats de la investigació de Romaní i González (2002), els punts sobre els quals ens hauríem de centrar són:

- *Una visió general* de la salut dels joves a partir de les dades existents, tant de tipus quantitatiu com qualitatiu. Aquí s'analitzaran els principals àmbits pels quals transcorre la vida dels joves per aconseguir, fins on sigui possible, una visió integrada de la salut en el conjunt de la seva vida que creiem que pot ajudar a explicar-ne algunes coses bàsiques.

⁹ Comunicació personal. Aquest tema el va desenvolupar posteriorment en la conferència inaugural de la Tercera Conferència Llatina de Reducció de Danys en Drogues, que el Grup Igia va organitzar el juny del 2005 a la Farga de l'Hospitalet de Llobregat.

¹⁰ Sobre aquests aspectes vegeu, entre d'altres, Bourdieu, 1981; Sennet, 2000, o el primer capítol de Megías *et al.*, 2001.

- Les principals *situacions de risc* que, a partir d'estudis anteriors i de les consultes fetes a diferents experts per elaborar el disseny d'aquest projecte, semblen més significatives. Algunes ja s'han treballat més que altres, i correspondran als àmbits següents:
 - Seguretat laboral
 - Accidentalitat viària
 - Trastorns alimentaris
 - Consum de drogues
 - Comportaments sexuals
 - Salut mental

4. HIPÒTESIS

Abans de començar aquest apartat cal explicitar que aquest treball parteix d'una perspectiva epistemològica no positivista, sinó que se situa en un paradigma qualitatiu de tipus fenomenològic i relacional (holístic). Per tant, en aquest context no parlem d'hipòtesis en el sentit fort del terme, que calgui demostrar mitjançant uns procediments formals establerts, sinó com a idees que guien la recerca i que, com a tals, és útil explicitar i sistematitzar (Denman i Haro, 2000).

- A.** En la societat catalana contemporània, com en tantes altres del nostre entorn sociocultural —com a mínim— el consum és un element clau que ens pot permetre explicar aspectes substantius dels processos de salut/malaltia/atenció.

Entenem per consum l'ús, transformació o destrucció que una persona o un grup fan d'un producte o servei. Entès d'aquesta manera, es tracta d'un concepte que, a més dels aspectes econòmics, que en la nostra societat són importants des d'un punt de vista utilitari o instrumental, inclou els aspectes socials i culturals (Codere, 1968). En aquest sentit, es tracta d'un llenguatge a través del qual expressem, entre altres ajustaments que fem continuament en els processos d'interacció social, les nostres identifications i diferències. En les societats capitalistes de la "modernitat avançada", per dir-ho d'alguna manera, el consum és un element central d'estatus i, per tant, de configuració d'identitat (Bourdieu, 1981).

El fet de tenir en compte aquest lligam íntim entre consum i identitat ens permet situar estructuralment l'emergència de les sis situacions de risc que assenyalàvem a l'apartat anterior com a principals punts

a desenvolupar. D'una manera més directa o més indirecta, el consum i la identitat estan implicats en les experiències i els comportaments que es relacionen amb les situacions esmentades.

Això es basaria, també, en la interpretació que assenyalava que la construcció de les nostres subjectivitats es dona en interacció amb les pressions del medi social, i que en les circumstàncies actuals moltes transformacions i ajustaments que afecten les subjectivitats dels joves estan condicionats per noves demandes de la producció del capital i l'economia de mercat. Aquestes demandes estan produint transformacions socials que moltes vegades es manifesten en violències i conflictivitats, tant a escala macrosocial com a escala microsocia (Serrano Amaya, 2004), entre les quals hi ha les situacions que analitzarem aquí.

- B.** Les condicions en què s'està desenvolupant actualment la vida de molts grups domèstics i familiars propicia que hi hagi situacions d'aïllament, d'incomunicació, dificultats d'aprenentatge i altres que podrien explicar, almenys en part, que en el cas dels més joves emergeixin problemes de salut, i especialment de salut mental.

La família i el grup domèstic són l'espai vivencial i relacional on els infants acostumen a desenvolupar-se com a persones dins la nostra societat, adquirint pautes i hàbits bàsics de comportament que els condicionaran fortament en la seva vida posterior. Aquest espai està patint fortes transformacions, entre les quals voldríem assenyalar la de la "casa buida". La falta d'ajudes socials a les famílies, les exigències de mantenir un cert estatus economicosocial o la precarització del treball —com a elements d'una dinàmica econòmica i d'unes polítiques socials que a través del treball, però sobretot del consum, estan drenant recursos des de la majoria de la població cap a certs grups minoritaris però molt poderosos—, són algunes de les principals raons que explicarien la fragilització de les relacions familiars, independentment que aquestes siguin més o menys convencionals (Brullet i Torradella, 2002; Flaquer i Oliver, 2002).

Partim de la premissa que l'espai domèstic és un dels espais privilegiats de producció dels processos de salut/malaltia/atenció (Osorio, 2001) i, metodològicament, hem inclòs dins d'aquests processos les situacions de risc que estudiarem. Per tant, en el moment d'intentar explicar algunes de les causes de l'emergència de certs problemes de salut és lògic que donem un lloc rellevant a l'espai familiar.

- C. De tota manera, potser algunes de les situacions de risc més significatives de les plantejades en aquest estudi les trobarem directament relacionades amb actituds i comportaments que es manifesten en un àmbit que no és precisament el familiar, sinó el del lleure o del temps d'oci.

Sembla que actualment a la nostra societat l'àmbit del lleure està adquirint una progressiva importància en els processos de construcció de la identitat d'adolescents i joves. El temps que els joves dediquen al lleure, especialment de dijous a diumenge, i la significació d'aquest temps, que és viscut com el de l'espontaneïtat i la llibertat *versus* els constrenyiments de la família (Aguinaga i Comas, 1997; Comas, 2003) fan que aquest àmbit sigui especialment adequat com a *locus* del tempteig i l'experimentació en diferents sentits. El fet de posar a prova els límits del que són els joves, experimentant amb el consum de les substàncies que en diem drogues i /o amb la conducció de vehicles, amb la presentació de la pròpia imatge o les relacions sexuals —coses que formaran part dels processos de construcció de la seva identitat— farà que trobem aquí moltes de les situacions de risc que ens interessa estudiar, amb les quals podem relacionar algunes de les dades de morbiditat de què disposem actualment —segurament no es podrà fer de manera generalitzada, sinó en referència a alguns grups de joves determinats.

- D. Creiem que es pot establir una relació força directa entre precarització de la feina juvenil i precarització de la salut dels joves que s'hi veuen implicats. Aquesta precarització és al cor de la transició dels joves a la vida adulta, fins i tot sembla que prefigura una nova identitat laboral en els joves en la qual la precarització adquiriria l'estatut de normalitat, i que les respostes dels joves davant aquesta situació són diverses (Conde, 1999; Casal i Albaigés, 2002, Albaigés, 2004.)

Ens volem fixar en dues branques d'activitat que ens semblen especialment significatives, com són les de la construcció i l'hostaleria, tant perquè molts dels joves que treballen troben en aquestes activitats la seva sortida laboral —encara que en molts casos sigui temporal— com pels tipus de contractació que sembla predominar-hi —força precària— per les mateixes característiques dels dos tipus de feines.

Creiem que la salut laboral és un aspecte important a tenir en compte en analitzar la salut dels joves, ja que té unes repercussions i es relaciona de manera substantiva amb el conjunt de la seva vida (Espluga *et al.*, 2004). De vegades en les descripcions de les condicions de vida dels nois i noies s'ha tendit a valorar aquest punt com a secundari a favor de la centralitat de fenòmens com el lleure, amb la qual cosa es dona una imatge esbiaixada dels joves.

- E. Els problemes d'inserció escolar i educativa també poden tenir repercussions negatives en la salut dels joves.

Pel que fa a l'estudi, les articulacions que postulem entre aquest i la salut anirien sobretot en la línia de veure com aquest àmbit contribueix o no a la integració de la persona a la societat, tant des del punt de vista de l'adquisició d'una formació formal —valgui la redundància— que els permeti "situar-se" en la vida com de les continuïtats/discontinuitats entre el centre d'estudi —on passen moltes hores— i la resta d'activitats i relacions de la seva vida —relacions amb altres institucions i, sobretot, relacions informals—. Aquí s'haurien de considerar elements com les situacions/sentiments de pertinença o exclusió, l'adquisició de l'autoestima tan necessària per anar pel món, la sensació d'utilitat del que s'està fent, etcètera (Vila, I., *et al.*, 2002).

5. METODOLOGIA

1. Variables fonamentals

L'anàlisi de la salut dels joves s'ha fet a partir de les següents variables constitutives de les seves realitats de vida, encara que no sempre hem disposat de la informació que hauria calgut. Així, les més treballades han estat les d'edat i gènere, seguides per la de classe, i en menys grau, la de territori, malgrat que totes dues presenten problemes, com veurem; per la seva banda, s'ha aprofundit poc en la variable d'ètnia, ateses les limitacions esmentades abans. Si aquestes eren les variables que ens havíem plantejat des d'un bon principi, al llarg del desenvolupament de l'estudi han anat sorgint dues variables complementàries a les primeres: l'activitat principal de cadascun dels informants i el seu grup domèstic de convivència.

— **Edat:** d'acord amb les informacions de què disposem fins ara, aquesta variable ens permet discriminar amb utilitat almenys dues franges d'edat diferents dins l'univers general d'estudi, que, d'acord amb les fonts existents, comprendrà joves entre 15 i 29 anys. Caldrà distingir entre 15-19 i 20-29, períodes als quals podem aplicar, per convenció, els noms d'adolescència i joventut respectivament. Tenint en compte que el CIIMU de Barcelona acaba de fer un estudi centrat en l'adolescència des d'un punt de vista complementari a aquest treball, i que hi hem coordinat algun aspecte, i que, segons algun estudi recent (Comas *et al.*, 2003), les pràctiques de risc sembla que es concentren en grups de joves d'entre 19 i 24 anys, hem cregut interessant aprofundir especialment en aquest subgrup d'edat.

— **Gènere:** més enllà de la seva obvietat, tant a partir dels informes esmentats fins ara com d'altres estudis (principalment Hernán *et al.*, 2002; Conde, 1996; Serrano, 1998; Gràcia *et al.*, 2001; Comas *et al.*, 2003), tenim prou pistes que ens indiquen els comportaments diferenciats i també els efectes diferencials dels — aparentment— mateixos comportaments en relació amb els punts estudiats segons el gènere. L'aprofundiment en aquest aspecte ens ha aportat informacions significatives.

— **Classe:** encara que en el context de les nostres societats en plena transformació el concepte de classe social sigui relliscós, crec que no podem renunciar a situar la població juvenil estudiada en relació amb la seva extracció social, ja que si parlem de cultures juvenils, i malgrat la seva identificació interclassista, les hem de situar també respecte a la seva cultura de classe parental i a la cultura dominant, sobretot si tenim en compte que les desigualtats socials són un dels factors explicatius bàsics dels problemes de salut (Borrell/Benach, 2003). Per això, i tenint en compte que, d'altra banda, només disposem dels indicadors d'ocupació laboral i nivell d'instrucció de pares i mares (Secretaria General de Joventut, 2002), hem optat per un criteri pragmàtic i fem servir la distribució per classes socials, que a partir de la influència anglosaxona és més habitual en els estudis de salut pública. Si cal, a partir d'aquí es poden fer comparacions amb altres estudis. La tipologia és la següent:

Classe I: directius de l'administració pública i d'empreses de deu o més assalariats. Professions associades a titulacions universitàries de segon i tercer cicle.

Classe II: directius d'empreses amb menys de deu assalariats. Professions associades a titulacions universitàries de primer cicle. Tècnics i professionals de suport. Artistes i esportistes.

Classe III: personal de tipus administratiu, treballadors dels serveis de protecció i seguretat, treballadors per compte propi, supervisors de treballadors manuals.

Classe IV: treballadors manuals qualificats i semiqualficats.

Classe V: treballadors no qualificats.

— **Etnicitat:** entenem per aquest concepte tot allò que fa referència als aspectes de la vida dels joves que poden estar condicionats tant per les tradicions culturals que provenen de les societats i/o els grups familiars d'origen d'aquests joves com pel seu estatut de ciutadania. Parlem, per tant, d'allò que queda englobat sota l'epígraf de *migracions*. Encara que aquests aspectes també haurien de ser incorporats a qualsevol estudi com el que ens plantegem, no podem obviar la progressiva

importància i la complexitat que el fenomen migratori introdueix en la nostra societat en aquests moments, ni tampoc, d'altra banda, les dificultats de les fonts disponibles per accedir al seu coneixement (Carrasco, 2002), que han fet que finalment aquesta variable hagi passat a ser molt secundària en l'estudi, malgrat que aportem alguns elements al respecte.

— **Territori:** l'ús de l'espai amb característiques específiques és un dels elements clau en els estils de vida juvenils. Les interaccions que els joves estableixen amb el seu medi socioecològic, que inclou tenir en compte, entre altres factors, on se situen dins el *continuum* rural-urbà, ens poden ajudar a entendre alguns aspectes de la seva salut.

— **Activitat principal:** considerem activitat principal aquella a la qual la persona dedica més hores i/o —perquè no sempre coincideixen— que la caracteritza socialment, bé perquè s'hi guanya la vida, bé perquè es correspon amb un estatus ben definit, com el d'estudiant o treballador. Malgrat tot, com veurem, hi ha moltes situacions intermèdies que caldrà precisar en el seu moment.

— **Grup domèstic:** el fet de viure amb els pares, sol, en parella o en habitatges compartits, i el tipus d'habitatge, acaba sent un factor condicionant important en la vida dels joves, i també influeix en els seus comportaments sobre aspectes de salut. Si, a més, tenim en compte la importància teòrica que atribuïm al grup domèstic com a nucli configurador dels processos de salut/malaltia/atenció, era lògic que aquesta variable acabés emergint.

2. Àmbits bàsics d'observació

D'altra banda, treballarem sobre tres àmbits en cadascun dels quals s'intenta detectar, almenys, els elements que assenyalarem en cada un dels protocols preparats per a l'observació (vegeu els Annexos). S'ha de tenir en compte que en una recerca de tipus etnogràfic això inclou tant el registre d'elements objectius observables com el de les percepcions obtingudes en les converses amb els informants:

— **La família.** És fonamental esbrinar en quin tipus de producció domèstica de la salut estan incardinats els joves que volem estudiar. Aquí hem fet dos tipus de registre complementaris:

1. Grups domèstics (habitatge, relacions personals, creences sobre la salut)
2. Rutines diàries

— **Laboral.** Aquí s'hi inclouen totes aquelles situacions, activitats i percepcions que tenen relació amb els àmbits

on els joves viuen una gran part del seu temps, és a dir: l'estudi, com a feina principal de molts joves, i el marc laboral pròpiament dit. D'acord amb això, hem fet dos tipus de registres, segons el cas:

1. Estudi
2. Feina

— **Lleure.** Aquest és un àmbit que, gairebé per definició, és molt significatiu en la vida dels joves i en el qual, almenys de manera experimental, es poden fer diverses activitats de risc. Per això creiem que l'observació de la dinàmica que es desenvolupa en els ambients de lleure pot aportar informacions significatives per als objectius proposats.

3. Mètodes d'anàlisi

Tal com hem dit més amunt, aquest treball està plantejat des d'una orientació epistemològica fenomenològic-relacional. Coherentment amb això, i suposem que a aquestes altures del projecte ja s'haurà pogut observar, la metodologia és de tipus fenomenològic-qualitatiu, tot i que emprem diverses tècniques qualitatives i quantitatives per obtenir les informacions que ens interessin.

Aquesta perspectiva metodològica implica un tipus d'anàlisi que comença amb el plantejament mateix de la recerca, en un procés que acompanya tot el seu desenvolupament. És allò que Glasser i Strauss, ja als anys seixanta, van anomenar la "teorització arrelada o fonamentada" (Hammersley i Atkinson, 1994), que és la que va emergint del procés investigador en si, situat dins un marc teòric pertinent.

De tota manera, atesa la pluralitat de tècniques emprades, hem cregut convenient plantejar que l'esquema de recollida d'informació sigui també, com a "plantilla bàsica", l'esquema d'anàlisi, al qual després hem afegit les situacions de risc previstes, cosa que s'ha mostrat molt útil per sistematitzar el treball. Així doncs, l'esquema que s'ha seguit és el següent, que, com es pot veure, ha acabat definint l'índex de la segona part:

1. Vida quotidiana i salut
 - 1.1. Grups domèstics
 - 1.2. Estudi
 - 1.3. Feina
 - 1.4. Lleure
 - 1.5. Conceptes de salut/malaltia
2. Situacions de risc
 - 2.1. Seguretat laboral
 - 2.2. Accidentalitat viària

- 2.3. Trastorns alimentaris
 - 2.4. Consums de drogues
 - 2.5. Comportaments sexuals
 - 2.6. Salut mental
3. Els serveis de salut

6. TÈCNQUES

Les tècniques utilitzades han estat diverses. Així, les de tipus quantitatiu ens permeten conèixer la distribució d'algunes característiques i fer alguna possible generalització, i s'han d'anar relacionant dialècticament amb les dades de tipus estructural obtingudes en la recerca qualitativa, bàsicament a través de les entrevistes en profunditat i dels grups de discussió, complementats per l'observació directa (Alvira *et al.*, 1989).

a) Tècniques quantitatives. Aquí es tracta bàsicament de:

1. Ús de les tècniques adients per a l'*explotació i anàlisi de les dades secundàries* de que disposem, principalment l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2002 i les estadístiques anuals del Departament de Salut de la Generalitat.
2. Elaboració d'una *enquesta* que ens ha semblat que podia ser útil com a font complementària que permeti posar de relleu possibles inconsistències i dissonàncies amb els resultats de la recerca qualitativa en aquells aspectes que es considerin necessaris i factibles. El mes de juny del 2004 es va fer l'enquesta amb entrevista personal a 599 joves entre 16 i 30 anys amb tres divisions: 16 a 20 anys, 21 a 25 anys i 26 a 30 anys. S'ha fet un mostreig per rutes segons tipologies poblacionals :
 - 70 % ciutats; 10% pobles costaners; 10% pobles interiors; 10% pobles de muntanya
 - 50% noies / 50% nois
 - 50% estudiants d'institut, 10% estudiants d'universitat; 8% treballadors agrícoles; 8% treballadors industrials; 8% treballadors dels serveis; 8% treballadors en atur, 8% treballadors per compte propi

Error mostral: +/- 4%, per un nivell de confiança del 95% ($p=q=0,5$).

En aquesta enquesta la distribució territorial només té sentit com a estratègia mostral, per tal que totes les tipologies tinguin la probabilitat d'entrar a la mostra, però en canvi els resultats no s'interpreten territorialment perquè les dades no són prou significatives. Per saber això acudirem a altres fonts, principalment l'ESCA 2002.

b) Tècniques qualitatives. Aquestes tècniques busquen *elements etnogràfics* dels àmbits domèstic, laboral i de lleure; es troben a través de:

1. *Registres etnogràfics (RE)*, amb observació directa i converses amb els informants per tenir un esbós de les situacions que es viuen als diferents àmbits d'observació. Amb això es volen contrastar mínimament les pràctiques dels informants escollits amb els discursos que s'obtidran per mitjà de les dues tècniques etnogràfiques següents.

En un principi havíem pensat que cada un dels etnògrafs faria un seguiment temporal de cada un dels seus informants —uns cinc o sis per etnògraf— al llarg dels set mesos que durava el treball de camp i en els tres àmbits d'observació plantejats, compartint amb ells aspectes de la seva vida quotidiana *in situ*. La informació recollida d'aquesta manera es registrava en unes fitxes mitjançant uns protocols que permetien sistematitzar-la (vegeu els Annexos). Com s'acostuma a fer en el camp antropològic, i d'acord amb les línies del projecte, hem seguit un criteri d'exhaustivitat per poder copsar el marc quotidià d'on emergeixen les actituds i els comportaments relacionats amb la salut. Les instruccions i els problemes que comporta la seva aplicació s'han discutit en diverses reunions que s'han fet amb l'equip d'etnògrafs i amb alguns d'ells en particular.

Aleshores ja érem conscients de les dificultats i les limitacions d'aquest tipus d'observació, que s'han confirmat

amb escriure, començant per la tria mateixa dels informants, que no depèn només de la necessitat teòrica d'abastar una diversitat prou significativa de la que hi ha entre els joves catalans, sinó també d'altres factors molt més pràctics i aleatoris, com ara les xarxes socials a través de les quals se'ls contacta. També s'ha de tenir en compte el tipus de relació etnògraf-informant, la fragmentació de l'observació i altres problemes que han anat sorgint durant el treball de camp, com ara les limitacions temporals de la observació, sobretot pel que fa al domicili de les persones. Però creiem que, malgrat tot, com a mínim s'ha obtingut una certa visió qualitativa matisada, en la qual el discurs està contrapuntat per les observacions que no obtindríem només amb l'entrevista.

La mostra dels informants contactats per fer amb ells l'observació d'activitats, ambients, etcètera, és a dir, el seguiment etnogràfic registrat en els protocols, l'hem dividida en dues. Per una banda, hi ha vint-i-set joves amb els quals, encara que amb diversos graus de profunditat, creiem que s'ha aconseguit de manera satisfactòria la informació requerida. Per l'altra, n'hi ha catorze més dels quals tenim una informació molt més fragmentària o superficial perquè va quedar interrompuda per diverses raons, perquè el contacte etnògraf-informant no va arribar a ser profund o per altres problemes; malgrat això, la informació que transmeten és significativa (vegeu els Annexos). I no comptem —ni contem— els intents no reeixits, que van ser força nombrosos. Així doncs, la mostra de les persones amb qui es van fer els RE és la següent:

QUADRE RESUM DELS INFORMANTS DEL REGISTRE ETNOGRÀFIC

	a)		b)		Total	
Sexe	d	14	d	6	d	20
	h	13	h	8	h	21
Estat	Fins a 19 a.	4	Fins a 19 a.	0	Fins a 19 a.	4
	20-24	13	20-24	8	20- 24	21
	25-29	10	25-29	6	25- 29	16
Territori	BCN ciutat	4	BCN ciutat	0	BCN ciutat	4
	Àrea Metropol. BCN	17	Àrea Metropol. BCN	3	Àrea Metropol. BCN	20
	C. Tarragona	4	C. Tarragona	9	C. Tarragona	13
	Altres	2	Altres	2	Altres	4
AP	Est.	11	Est.	7	Est.	18
	Treb.	12	Treb.	4	Treb.	16
	E / T	3	E / T	1	E / T	4
	Altres	1	Altres	2	Altres	3
Classe	Alta/Mitjana-a.	9	Alta/Mitjana-a.	2	Alta/Mitjana-a.	11
	Mitjana/M.-baixa	16	Mitjana/M.-baixa	11	Mitjana/M.-baixa	27
	Baixa	2	Baixa	1	Baixa	3

	a)		b)		Total	
GD	FO	16	FO	4	FO	20
	PC	5	PC	6	PC	11
	Par	5	Sol	3	Par	5
	Sol	1	FP	1	Sol	4
					FP	1

Lectura: columna esquerra, AP: activitat principal; GD: grup domèstic

GD: FO: família d'origen

PC: pis compartit

Par: en parella

FP: família pròpia

Algunes explicacions d'aquest quadre resum: malgrat que hi apareix una majoria de nois, en les entrevistes en profunditat (vegeu els Annexos) hi ha una majoria de dones —deu noies per cinc nois—, i als grups de discussió n'hi ha un de dones, mentre que els altres dos són mixtos; en conjunt, doncs, es produeix un cert reequilibri de la població amb qui hem treballat a favor de les dones. A partir d'aquí, els paràmetres dominants del grup al qual se li ha fet un registre etnogràfic i del de les entrevistes en profunditat, com veurem de seguida, són força coincidents. Pel que fa a l'edat, aquí hem encertat plenament el que preteníem, és a dir, centrar-nos en els nois i noies que ja no són adolescents, sobretot els de la franja dels 20 als 24 anys. Quant al territori, hem de reconèixer que algunes mancances en la coordinació van fer que finalment hi hagués una sobrerepresentació, potser no tant de l'Àrea Metropolitana de Barcelona —perquè al cap i a la fi és on viu la majoria de la població catalana— com fonamentalment del Garraf, en detriment de Girona i comarques —on s'ha fet una entrevista en profunditat i el grup de discussió de treballadors— i de la Catalunya interior —on incloem Ripoll, Lleida i Tremp, aquesta última amb una entrevista en profunditat—, mentre que les comarques de Tarragona sumen tretze registres etnogràfics, quatre dels quals a les Terres de l'Ebre. En l'activitat principal queda reflectit un cert equilibri entre treballadors i estudiants, encara que a cops s'ha fet difícil decidir si una persona la consideràvem només estudiant o que estudiava/treballava; quan les feines eren clarament esporàdiques, cosa que passa en bastants casos, en general consideràvem que era només estudiant. La divisió per classes, vist el que ja hem dit abans, és només indicativa, i hem optat per resumir-la considerant els de les categories I, II i els que quedaven a la frontera entre II i III classe alta/mitjana-alta; les categories III i IV classe mitjana/mitjana-baixa, i la categoria V classe baixa. Així, el predomini de classes mitjanes-baixes és força coherent amb les dades de l'*Enquesta als Joves de Catalunya 2002* (Casal et al., 2003), on en conjunt representen el 78% de la població

juvenil; en tot cas, aquí tenim una certa infrarepresentació de la classe més baixa —un 34% a tot Catalunya—. Pel que fa a la composició del grup domèstic, hem decidit no especificar diferències entre els PC1 i els PC2; tal com s'explica a la segona part del treball, els PC1 corresponen als joves que viuen en pisos compartits "d'estudiants", és a dir, que continuen vivint amb la família els caps de setmana, les vacances i potser en altres ocasions, i els PC2 són els que ja han consolidat aquesta manera de viure fora de la casa paterna, molts d'ells treballadors. De tota manera, en aquest epígraf, com en gairebé tots, excepte l'edat i el sexe —dels quals també hi hauria coses a qüestionar—, la realitat és molt més complexa i fluida que les tendències generals que podem representar en un quadre com aquest.

2. Entrevistes en profunditat semiestructurades (EP) a informants clau, per accedir a l'experiència viscuda personal i a la seva trama relacional, absolutament indispensables de conèixer per parlar de la salut tal com ho plantejarem en aquest projecte. Se n'han fet vint-i-una en total, quinze a joves i sis a experts en diferents aspectes relacionats amb la joventut (un professor de secundària, una entrevista conjunta a un animador i una animadora socioculturals, un monitor de temps lliure, un expert en gitanos —que ens ha servit per compensar, en part, les entrevistes que havíem de fer a dos nois gitanos i que a última hora ens van fallar—, un educador i una educadora de barri).

Pel que fa als quinze joves amb qui s'han fet les entrevistes en profunditat, els seus perfils generals són els següents: hi ha més noies (10) que nois (5), majoritàriament estan entre els 19 i els 25 anys (11), viuen majoritàriament a barris de Barcelona o en poblacions de la seva àrea metropolitana, excepte en dos casos —Tarragona i Tremp—, hi ha quatre estudiants —dues noies treballen— deu treballadors i una persona a l'atur, pertanyen sobretot a classes mitjanes-baixes, viuen amb la família d'origen (6), en parella (4), compartint pis (3) o soles (2), i hi ha quatre

immigrants llatinoamericans, tres noies, una de les quals sense papers, i un noi gai, a més d'una immigrant marroquina (vegeu els Annexos).

Es va procurar que el guió de l'entrevista que es feia als joves (vegeu els Annexos) fos el màxim de semblant possible als protocols de registre etnogràfic per obtenir una informació que tendís a ser consistent. Una altra cosa és que, depenent de la dinàmica de l'entrevista, els punts es discutissin en un moment o altre. En el cas dels experts, en canvi, no es va fer un guió comú, sinó que el contingut va dependre en cada cas de la seva posició i coneixements respecte als joves.

De manera complementària, farem servir informació que prové d'algunes de les entrevistes en profunditat fetes als menors que emigren sols del Marroc a Barcelona per a una recerca de la Fundació Bofill. Com a assessor d'aquesta recerca, vaig poder col·laborar en la confecció dels guions d'entrevista introduint algunes preguntes referides a la salut, tant en origen com quan van arribar aquí. Sobre aquest últim aspecte hem pogut recuperar deu entrevistes on hi ha informació útil per a la nostra recerca, ja que no havíem contactat amb sectors marginals com els que poden representar aquests joves i en les seves històries apareixen alguns elements significatius de com es viuen i es gestionen els problemes de salut en la seva situació; d'aquesta manera podem compensar la infrarepresentació de la classe més baixa que comentàvem al punt anterior. Així doncs, farem servir materials de nou nois i una noia d'entre 17 i 20 anys que van venir del Marroc fa entre vuit mesos i sis anys —en el moment de l'entrevista—, i que aquí normalment han estat vivint entre el carrer i centres de la Direcció General d'Atenció a la Infància.

3. Grups de discussió (GD) amb colles de joves de diferents perfils per conèixer les principals representacions socials que circulen entre ells pel que fa a la salut i els seus estils de vida. Finalment només es van poder dur a terme tres dels sis grups de discussió previstos. Es va intentar que fossin significatius de diferents grups de joves: adolescents, treballadors, dones, estudiants, homes i "gent de la nit"; aquests tres últims són els que no es van fer. Els que sí que es van fer són els següents:

1. Un amb un grup de vuit adolescents estudiants d'institut de Sant Joan Despi, noies i nois de quinze anys, que va tenir dues sessions diferents.

2. Un grup de dos nois i dues noies treballadors —en una fàbrica i com a dependents d'hostaleria i forn— d'un poble proper a Girona, d'entre 22 i 25 anys.

3. Un grup de quatre dones de Barcelona d'entre 26 i 29 anys: una cambrera, una treballadora social, una desocupada i una administradora d'una galeria d'art.

Al grup dels adolescents se'ls va proposar un petit cas —en la primera sessió sobre la sexualitat i en la segona sobre les drogues—, i a partir d'aquí es va desenvolupar la discussió. En els altres grups, el guió va consistir a proposar discutir els sis ítems sobre els quals se centra la segona part de la recerca —salut sexual i reproductiva, trastorns alimentaris, drogues, accidentalitat viària, salut laboral i salut mental—, precedits de l'explicació de les idees que tenien sobre la salut i la malaltia en general.

4. Quadre resum dels informants amb qui s'ha treballat.

Per tenir una idea global de les característiques bàsiques dels informants, en aquest quadre s'inclouen els dels registres etnogràfics i els de les entrevistes en profunditat. No hi hem inclòs, però, els menors marroquins ni tampoc els components dels grups de discussió, perquè en aquest darrer cas el que és significatiu, més enllà de les dades bàsiques per saber el caràcter de cada persona del grup —algunes d'aquestes dades ens mancaven—, és el caràcter del grup en si, ja que funciona com una entitat amb una dinàmica pròpia en cada cas (Haro, 2004).

Com es pot veure, finalment la mostra qualitativa amb què hem treballat ha estat de *vuitanta-dos joves*: amb quaranta-un hem fet registres etnogràfics; amb quinze, entrevistes en profunditat, i amb setze, grups de discussió (8 + 4 + 4); a aquests, els hem d'afegir les entrevistes amb els deu marroquins. També hem consultat *onze joves* més que es van constituir com a grup de reflexió, com ara veurem, i *tretze experts*, set dels quals per mitjà d'entrevistes —una de conjunta— i sis amb el seminari que presentarem tot seguit.

	RE		EP		TOTAL	
Sexe	D:	20	10	D:	30	
	H:	21	5	H:	26	
Edat	Fins a 19 a.:	4	3	Fins a 19 a.:	7	
	20-24:	21	6	20-24:	27	
	25-29:	16	6	25-29:	22	
Territori	BCN ciutat:	4	7	BCN ciutat:	11	
	Àrea Metr. BCN:	20	5	Àrea Metr. BCN:	25	
	C. Tarragona:	13	1	C. Tarragona:	14	
	Altres:	4	2	Altres:	6	
Activ. pral.	Est.:	18	2	Est.:	20	
	Treb.:	16	10	Treb.:	26	
	E/T:	4	2	E/T:	6	
	Altres:	3	1	Altres:	4	
Classe	Alta/mitjana-alta:	11	1	Alta/mitjana-alta:	12	
	Mitjana/mitjana baixa:	27	10	Mitjana/mitjana baixa:	37	
	Baixa:	3	4	Baixa:	7	
G. domèstic	FO:	20	6	FO:	26	
	PC:	11	3	PC:	14	
	Par.:	5	4	Par.:	9	
	Sol:	4	2	Sol:	6	
	FP:	1	0	FP:	1	

L'època en què es va desenvolupar la major part *del treball de camp* va ser entre el gener i el setembre del 2004.

	RE		EP		TOTAL	
Sexe	D:	20	10	D:	30	
	H:	21	5	H:	26	
Edat	Fins a 19 a.:	4	3	Fins a 19 a.:	7	
	20-24:	21	6	20-24:	27	
	25-29:	16	6	25-29:	22	
Territori	BCN ciutat:	4	7	BCN ciutat:	11	
	Àrea Metr. BCN:	20	5	Àrea Metr. BCN:	25	
	C. Tarragona:	13	1	C. Tarragona:	14	
	Altres:	4	2	Altres:	6	
Activ. pral.	Est.:	18	2	Est.:	20	
	Treb.:	16	10	Treb.:	26	
	E/T:	4	2	E/T:	6	
	Altres:	3	1	Altres:	4	
Classe	Alta/mitjana-alta:	11	1	Alta/mitjana-alta:	12	
	Mitjana/mitjana baixa:	27	10	Mitjana/mitjana baixa:	37	
	Baixa:	3	4	Baixa:	7	
G. domèstic	FO:	20	6	FO:	26	
	PC:	11	3	PC:	14	
	Par.:	5	4	Par.:	9	
	Sol:	4	2	Sol:	6	
	FP:	1	0	FP:	1	

L'època en què es va desenvolupar la major part *del treball de camp* va ser entre el gener i el setembre del 2004.

7. ACTIVITATS COMPLEMENTÀRIES

Hem decidit incloure aquest punt aquí, al final de la primera part, perquè de fet les sessions que comentarem ara es van fer abans que comencés el treball de camp o, més exactament, quan s'estava dissenyant el projecte, per ajudar a orientar-lo. A més, algunes de les conclusions del grup de reflexió les hem inclòs en els apartats corresponents, i podríem considerar que les conclusions del seminari amb experts que exposarem a continuació són una introducció al contingut de la segona part.

1. Grup de reflexió juvenil. Vam pensar que seria interessant poder disposar de les reflexions de nois i noies sorgides d'algunes sessions de discussió, però sense els requeriments formals del grup de discussió. De fet, a més d'ajudar-nos a orientar-ne el disseny, ja que al grup van sortir els principals temes que després van ser objecte de la investigació, la idea inicial era fer més d'un grup —almenys un altre a Barcelona— i que funcionessin al llarg de la recerca com un referent, per poder obtenir un *feedback* entre els resultats que anaven sortint i la reflexió dels grups.

De tota manera, ja se sap que aquest tipus de coses no acostumen a sortir mai tal com s'havien planificat exactament, i la cosa va quedar en aquest sol grup, les reflexions del qual, però, van ser igualment molt útils per al desenvolupament de la recerca. El grup el formaven onze persones entre les dues sessions —n'hi ha dues que van canviar d'una sessió a l'altra—; eren cinc nois i sis noies, la majoria dels quals eren estudiants —d'antropologia, educació social, psicologia...— i una minoria eren treballadors/es —hostaleria, treball social, perruqueria...—. Es van reunir en una sala del Teatre Metropol de Tarragona els dies 27 d'octubre i 17 de novembre del 2003. L'organització, coordinació i transcripció dels resultats del grup van anar a càrrec d'en Paul Gonzalez, que aquell mateix curs es llicenciaria en antropologia, i d'en Toni Martí, ja llicenciat en antropologia i tècnic de joventut de l'Ajuntament de Tarragona.¹³

2. Seminari amb experts. A aquestes sessions hi vam convocar experts en salut juvenil, i se'ls demanava la valoració sobre els principals problemes que al seu parer afectaven la salut dels joves a Catalunya. Aquestes sessions van funcionar com a grups de discussió en els quals es feia un diagnòstic general del tema a estudiar. Les sessions es van celebrar el 10 de setembre i el dia 1 d'octubre del 2003 a la seu del CIIMU, dins els acords de coordinació amb aquesta entitat pel que fa als respectius estudis so-

bre la salut dels joves. A més dels directors i col·laboradors d'aquests estudis —Àngel Martínez i Carolina Recio pel CIIMU, Oriol Romaní i Susan DiGiacomo per l'OJC—, els assistents van ser:

Xavier Allué, doctor en medicina i antropologia, cap del Servei de Pediatria de l'Hospital Joan XXIII de Tarragona.

Sara Carmona, sociòloga consultora per Immigració i Diversitat Cultural de la Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Mabel Gràcia, professora d'antropologia a la URV, especialitzada en antropologia de l'alimentació i directora de l'informe sobre l'anorèxia fet per a l'Institut de la Dona espanyol.

Josep Moyà, director de Salut Mental de la Corporació Parc Taulí de Sabadell.

Joan Pallarés, director de l'Escola de Treball Social de Lleida i director tècnic de l'Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil.

Rosa Ros, metgessa i directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona.

De manera molt sintètica, hi va haver una forta coincidència en la importància dels aspectes que nosaltres havíem previst com a temes centrals de l'estudi. De tota manera, es va insistir bastant en l'emergència dels problemes lligats, *grosso modo*, a la salut mental, i a la seva indissociabilitat amb altres manifestacions patògenes com ara les conductes addictives i compulsives, que poden arribar fins a certes manifestacions de violència juvenil que alguns dels experts començaven a considerar preocupants. Es lligaven aquests problemes a les condicions generals de vida i, molt en concret, a la fragilització de les relacions socials primàries, sobretot intergeneracionals —des de la incomunicació i la soledat fins a l'"abdicació" dels pares—. També es va assenyalar que la progressiva presència de joves "immigrants" —aquí no podem entrar a dilucidar si aquest és el terme adequat o si seria més adient parlar de "segona generació" o fer servir alguna altra paraula— plantejava noves situacions, problemes i possibilitats.

Des del punt de vista no tant del contingut com de l'organització de les respostes de la societat davant aquests problemes, es va constatar que moltes vegades hi ha manca de coordinació entre les diferents instàncies per on passen els joves, des de les més normalitzades, com els centres d'ensenyament, fins a les més sectorials, com ara benestar social o justícia juvenil; i la necessitat de canviar aquesta situació.

¹³ He d'agrair al col·lega i amic Alberto Bialakowsky, sociòleg de la Universitat de Buenos Aires, la idea d'organitzar aquests grups, que va sorgir tot passejant pel Camp de Tarragona en ocasió de l'estada que ell va fer a la Rovira i Virgili durant l'any 2003.

PART II. ANÀLISI DE RESULTATS

INTRODUCCIÓ

Aquí comença l'anàlisi dels resultats de la recerca. En primer lloc, i basant-nos sobretot en la recerca etnogràfica, intentarem mostrar els aspectes més significatius de la salut dels nois i les noies amb qui hem treballat, integrats en les diferents dinàmiques de la seva vida quotidiana. Després d'aquesta visió general enfocarem la lent cap a les situacions de risc, que analitzarem tant a partir de dades etnogràfiques com de dades secundàries de tipus quantitatiu. Acabarem l'exposició amb uns breus apunts sobre els serveis de salut al nostre país, i amb un apartat de síntesi i unes recomanacions per a les polítiques de salut. Així doncs, seguirem l'esquema següent:

1. Vida quotidiana i salut
 - 1.1. Grups domèstics
 - 1.2. Estudi
 - 1.3. Feina
 - 1.4. Lleure
 - 1.5. Conceptes de salut i malaltia
2. Situacions de risc
 - 2.1. Seguretat laboral
 - 2.2. Accidentalitat viària
 - 2.3. Trastorns alimentaris
 - 2.4. Consums de drogues
 - 2.5. Comportaments sexuals
 - 2.6. Salut mental
3. Els serveis de salut
4. Síntesi i recomanacions

1. VIDA QUOTIDIANA I SALUT

1.1. Grups domèstics

1.1.1. Tipus de grups domèstics (GD)

Hem dividit els tipus de grups domèstics (GD) on viuen els joves que hem estudiat de la manera següent:

- a) Familiar (família d'origen): joves que viuen amb els pares (en parella o monoparentals)
- b) Autònom (parella/família pròpia): joves, més grans, que viuen en parella, amb fills o sense.
- c) Compartit 1: estudiants que viuen en un pis l'any acadèmic, i els caps de setmana i les vacances amb la família d'origen
- d) Compartit 2: joves, principalment treballadors i també estudiants.
- e) Sols.

Una primera observació que salta a la vista és la forta presència de joves que viuen amb les famílies. Això coincideix plenament amb tots els estudis fets fins ara¹⁴ i amb el que ja sabíem, i ens remet, per una banda, a les dificultats laborals i econòmiques —sobretot— per aconseguir un habitatge autònom, a condicions estructurals; però també, en molts casos, a estratègies de vida dels joves: al cap i a la fi, a casa dels pares un té la intenció assegurada, pot fer bastant el que vol, i les relacions no són tan dolentes —o gairebé no n'hi ha, però això no suposa un problema—. No vol dir que un aspecte i l'altre no es reforcin, i força joves que viuen en aquesta situació ens han dit que preferirien viure de manera independent, però el que volem assenyalar aquí és que no és una qüestió només econòmica, sinó que hi influeixen altres factors que fan que la recerca d'un habitatge independent, tot i ser un problema de primer ordre dins el conjunt de la vida dels joves, pugui quedar “en suspens” mentre es van resolent altres aspectes que serien prioritaris.

¹⁴ Entre els diversos que podríem esmentar, el de Miret (2004) ens ofereix una breu perspectiva històrica que confirma clarament l'endarreriment de l'edat d'emancipació dels nois i noies catalans.

De tota manera, dades recents de l'*Informe de la joventut en Espanya 2004* de l'INJUVE (2005) ens indiquen un possible canvi de tendència aquests últims quatre anys, ja que, si l'any 2000 el 23% de joves espanyols vivien independitzats de la família, el 2004 eren el 31%. En canvi, a *La joventut de Catalunya en xifres*, de l'OCJ (2004), ens trobem amb unes dades un xic diferents —encara que s'ha de tenir en compte que afecten joves una mica més grans (entre 20 i 34 anys)—, ja que hi ha més emancipats però la tendència seria la contrària:

Tipus de llar	No emancipats	Emancipats (parella)	Emancipats (altres)
1999	51,3%	38,9%	9,8%
2003	58,2%	32,0%	9,8%

Interpretar aquestes dades divergents es fa difícil, però tot i així sí que semblen confirmar una cosa, i és que els processos que afecten actualment la joventut poden ser moltes coses, però no són lineals. Volem dir que hi ha situacions intermèdies de molts tipus —autonomitzacions temporals, experiències que s'acumulen o reversions forçades—, ja que en general la llar paterna sembla força protectora o, com a mínim, dóna marge perquè hi hagi una contínua negociació de les relacions que facilita que existeixin aquestes situacions diferents, depenent de la conjuntura.

En efecte, podem exemplificar aquests canvis de situació amb els casos d'alguns dels nostres informants. Així, almenys dos dels que viuen amb la seva família (August i Èric)¹⁵ disposen d'un pis o apartament independent —en el primer cas és de la família i en el segon és propi—, mentre que altres van i vénen entre el pis d'estudiants i la casa de la família i encara tenen una dependència força gran, tant econòmicament com en altres aspectes, inclosos els de la salut. Això darrer també passa en alguns joves que viuen sols: un dels casos il·lustratius seria el de la Marta, que té independència econòmica perquè treballa i sembla força autònoma en altres aspectes, però viu sola en un petit apartament que és de la família —la germana de vegades hi va amb el xicot o a prendre el sol (recordem que és a Sitges)—, però son pare té la clau i pot anar-hi quan vulgui, cosa que ella no troba bé i que causa certa tibantor. En algun altre cas, com el d'en Sebas, després del seu divorci ha tornat a un pis familiar, però no el de la mare, sinó el de l'àvia, com a manera de preservar d'alguna manera l'autonomia conquerida. Una altra noia, la Maria,

ha passat de viure en cases on treballava a fer-ho a casa de sa germana i de la família. Pel que fa als pisos compartits, en trobem almenys un —el d'en Jesús i la Noèlia— que s'ha constituït sobre la base del parentiu, ja que el formen un noi i la seva xicota, un germà d'ella i una cosina d'ell: és un bon exemple d'un assaig d'independència, però que encara no es fa sense xarxa —és una xarxa de parents, en aquest cas.

Una altra observació a fer és que dins la categoria de grups domèstics familiars hi ha situacions força variades que podríem sintetitzar en els tipus següents: el noi o noia viu amb els seus pares biològics, amb germans o sense; les famílies monoparentals; les recompostes, on normalment hi ha la mare biològica més l'actual parella d'ella i, de vegades, fills aportats per l'altre membre de la parella o producte de la parella actual, i altres casos, com el jove que viu amb la seva àvia, el que viuen només amb els seus germans, etcètera.

De fet, el que hem trobat en la nostra recerca etnogràfica és força consistent amb les dades que ofereix l'*Enquesta als joves de Catalunya 2002*, on s'assenyala que un 82% de les persones enquestades viuen amb els pares, un 10% en parella, un 3% viuen comunitàriament i un altre 3% viuen sols. Dels joves que viuen amb els pares, hi ha una dependència familiar total en el 97% dels casos, i ens trobem amb un 8% de casos en què hi ha un retorn a aquesta dependència de la família. Pel que fa als que viuen sols —una situació que sembla que està creixent—, l'informe de l'INJUVE (2005) esmentat dóna unes xifres força semblants per al conjunt de l'Estat espanyol: mentre al llarg dels anys noranta el percentatge dels que vivien sols es movia al voltant del 2%, el 2000 són el 3,1%, i el 2004, el 4,1%.

Pel que hem anat veient, la mera composició del grup domèstic no és cap predictor de situacions de vulnerabilitat o de protecció respecte a la salut. Les situacions vulnerables es poden donar als grups domèstics familiars independentment de si els pares són els progenitors biològics o han format noves parelles, i tampoc no depèn de si els joves tornen a la família després d'haver-se separat de la parella o bé viuen sols. La qüestió és que sovint trobem pocs espais de comunicació i diàleg i que hi ha situacions d'aïllament, sensació de solitud, etcètera. Als grups domèstics autònoms hi pot haver pressions externes que creïn tensions en la parella, tot i que les que hem vist nosaltres ho porten força bé, mentre que en general en els grups domèstics compartits trobem un criteri més pragmàtic en les relacions. Això no vol dir que diverses de les persones estudiades no valorin el nucli afectiu que els represen-

¹⁵ Vegeu els noms i les característiques principals de cada informant als annexos IV (RE) i V (EP).

ta el pis, però si hi ha gaires problemes es canvia i ja està. En definitiva, ¿podríem relacionar aquests casos en què hi ha situacions de “mal rotllo” amb problemes de salut mental, amb consums alimentaris problemàtics o altres? Com veurem més endavant, en alguns casos en què aquestes situacions són persistents segurament sí, encara que d’entrada es fa difícil fer afirmacions genèriques d’aquest tipus.

D’altra banda, com dèiem, les situacions de protecció i seguretat també es poden trobar en qualsevol tipus de grup domèstic i en situacions familiars on hi hagi una afectivitat satisfactòria i un mínim de “bon rotllo”, inclosos els joves que viuen sols. Potser caldria assenyalar aquí que els grups domèstics compartits apareixen en moltes ocasions, sobretot els de tipus 1, com a llocs d’aprenentatge i de tempteig per aconseguir una vida independent, i en tots els casos (1 i 2, en parella i sols) semblen constituir-se com a àmbits de construcció de responsabilitats assumides, un aspecte que per poc que funcioni repercuteix positivament en l’autoestima i, per tant, pot ser força saludable. És el que comenta un dels que viuen en parella, en Cinto, que diu que els problemes de salut els ha tingut mentre vivia a casa amb els pares, i que han desaparegut des que ha marxat de casa: no s’ha posat malalt de manera greu cap vegada, i d’això ja fa quatre anys. En Cinto pensa que el fet de tenir la responsabilitat de la feina i la casa ha fet millorar els aspectes de salut.

En canvi, si bé s’afirma sovint —i nosaltres mateixos ho hem dit abans— que actualment sembla que no hi ha gaires problemes pel que fa a la convivència dels i les joves amb la seva família d’origen, això cal matisar-ho quan ho aprofundim una mica més: moltes vegades el que passa és que els problemes es poden gestionar amb la negociació, i en altres casos es considera que suportar-los val la pena per continuar vivint amb els pares, dins les estratègies que comentàvem abans. Almenys en un dels nostres entrevistats, en Nasi, els problemes han suposat el trencament de la convivència amb els pares.

Més enllà d’un cas (David) en el qual es denota que “el noi es fa gran”: *«el meu pare es queixa que abans passava més temps amb ell [...] m’ensenyava la mecànica del cotxe... i que ara només vull anar amb els amics»*, en un context d’una certa dificultat objectiva —diu que la relació entre els seus pares és bona, però que des que el seu avi està malalt (Alzheimer) discuteixen sovint sobre com cuidar-lo—, podríem posar diversos exemples de les dues primeres situacions. L’Anna descriu les seves relacions familiars no com a problemàtiques, però sí difícils, i fa una distinció entre el pare i la mare: diu que la mare és més exigent i rancorosa, en el sentit que les discussions que es generen entre elles són més llargues, a diferència de les que té amb son pare, que són més “precises i breus”. Amb el company de la seva mare —que viu amb elles—

estan sempre “com gat i gos”, subratlla però que això és fruit de la confiança mútua, i que en l’aspecte afectiu se sent estimada malgrat aquestes diferències. Per la seva banda, en Francesc afirma que amb qui té més confiança és amb la mare, mentre que amb el pare amb prou feines hi parla, i quan ho fa sovint acaben discutint; amb el seu germà gran la relació tampoc no és gaire bona. I la Judit parla de «freqüents enfrontaments verbals de petita durada per temes quotidians». A ca la Maica, finalment, només parlen ella i la seva mare. En el proper punt ens referirem a altres casos que semblen afectar negativament la salut de les persones que els viuen.

Hi ha altres situacions que no hem inclòs fins ara per la seva marginalitat, però que caldrà tenir en compte, com és el cas dels menors magribins. Molts d’ells han passat temporades més o menys llargues al carrer des que van arribar a l’Estat espanyol —la majoria, amb alguna excepció, no havien viscut mai al carrer al Marroc—; segons els casos, aquestes temporades poden anar d’una setmana o quinze dies fins a deu mesos o més, durant les quals dormen en locals o cases abandonades de Santa Coloma de Gramenet, a la zona portuària de Barcelona o en altres llocs. No cal dir que en aquestes situacions en què s’havien de buscar la vida contínuament la protecció i seguretat que podien esperar no era gaire, com explica l’Abdul, un noi de 16 anys que en fa uns dos que viu aquí, recordant aquesta època del carrer: *«Aquí en Barcelona con los chicos he esnifado y me emborraché dos veces y nada más. No me gusta, porque además de todo, cuando me duermo me roban todo el dinero que había robado, las zapatillas, etcétera»*. *«¿Quién hace esto, tus amigos?»*. *«No son mis amigos, son chicos que andan por plaza de Cataluña...»*.

Molts d’aquests menors han passat després a viure en centres de la DGAIA, no sempre en les millors condicions per a la seva bona salut —sobretot mental—, o a casa d’algun familiar, tot i que en algun cas tampoc no ha estat cap garantia. Aquest seria el cas de la Laila, una noia de dinou anys que en fa sis que és aquí, que ha viscut amb una tia seva i que presenta un quadre d’asma, d’inapetència pel menjar, que s’ha trencat la cama dues vegades, etcètera, i tot plegat sembla que estava relacionat amb els maltractaments a què la sotmetia la seva tia.

1.1.2. Relacions entre tipus de grups domèstics i hàbits quotidians de salut

Espais: l’habitació és l’espai propi per excel·lència, excepte en el cas de les parelles i les persones soles. En famílies i pisos compartits hi pot haver altres espais comuns a més dels serveis —cuina, WC i resta—, que acostumen a ser una sala —també menjador, en general— on hi sol haver

televisor gairebé sempre, un aparell de música, sobretot als pisos compartits, i altres equipaments; almenys en vuit casos a la casa no hi ha ordinador. Si bé majoritàriament es valora el fet de poder compartir estones amb els altres habitants de la casa —fins i tot amb la família!—, com les hores de sopar, també hi ha dos casos en què ens han verbalitzat que els resulta força agradable poder disposar d'estones de solitud, ni que sigui una o dues hores. La Isabel ho explica amb aquestes paraules: «Tots participem de tot, és un pis democràtic... però hi ha pocs *ratos* de soletat».

L'habitació, principalment en el cas de les persones més joves que viuen amb la seva família d'origen, reflecteix el món de qui l'habita a través de la decoració i de l'ordre o desordre que hi impera. És on es passa una gran part del temps que s'és a casa. En algun cas el desordre és la norma, en algun altre es rep ajuda externa —bàsicament, als pisos familiars— per "lluitar contra l'entropia", però la tendència és que l'habitació es vagi arreglant a mesura que la persona es fa gran i autònoma. Vegem la descripció que fa l'etnògrafa de l'habitació d'una d'aquestes adolescents (Anna):

«Vaig pujar a casa seva i [l'Anna] estava sola. Vaig seure al menjador mentre s'anava arreglant. Va trigar uns trenta minuts. Tot estava força ordenat excepte la seva habitació, que senzillament era un caos. Tot a munts, sobretot la roba. Val a dir, però, que no estava bruta. L'Anna em va cridar un moment quan era al menjador esperant-la, però quan vaig aixecar-me per anar a buscar-la a l'habitació, va dir-me corrents que no entrés, que estava molt desordenada. I així era, i evidentment, tot i poder-hi fer una petita ullada, no vaig insistir perquè em deixés passar, ja que semblava sentir-se violenta davant aquell caos. Li vaig dir que tranqui, que segurament no era la primera adolescent o jove que tenia una habitació així. Es confirma aquí que l'habitació és un espai propi d'intimitat i que no els agrada mostrar-lo».

O aquesta altra en què, malgrat tractar-se d'un noi ja una mica més gran i treballador (Francesc), l'etnògraf també assenyala el contrast entre la seva habitació i la resta de la casa:

«La casa està força atapeïda d'objectes i la decoració és molt austera. N'hem d'exceptuar l'habitació d'en Francesc, que està plena de fotografies, enganxines, objectes luminescents i fosforescents, que s'il·luminen quan apaga els llums i encén un «llum negre». També ha decorat l'única finestra de la seva «minúscula» habitació (uns 6 m²) amb unes teles de colors llampants i unes mitges de malla i altres coses».

Salubritat i neteja: la majoria dels entrevistats viuen en habitatges que podríem definir, des d'aquest punt de vista, com a correctes, alguns massa petits —com en el cas de la Maria, que són vuit persones—, altres amb elements

estructurals de les construccions que fallen, pel fet de ser velles —o no, com en el cas de l'Anna, a la Vila Olímpica de BCN— o amb problemes d'humitats, com assenyalen una mitja dotzena d'ells. En quatre o cinc casos els sorolls i les olors són molestos, en un cas perquè viuen a tocar de les petroquímiques de Tarragona (Andreu), per la presència de serveis municipals com el de les escombraries i de grups electrògens per festes just sota de casa (Cinto) o pels extractors dels veïns (cas de l'àtic de la Maica). Només en tres casos, en dos grups domèstics familiars i un pis compartit, els etnògrafs ens parlen de poca cura en la neteja, força espectacular en l'últim cas.

Alimentació:

Grups domèstics familiars: sembla que hi hauria d'haver les millors condicions per a una bona alimentació. Tot i que en molts casos sembla així, n'apareixen d'altres on hi ha trastorns evidents —dos casos d'anorèxia, almenys un d'obesitat, etcètera—, a més d'una característica comuna als nois i noies més joves que van a l'institut, com és el consum quasi sistemàtic de llaminadures. L'Anna, en concret, que porta una alimentació familiar acurada i que es considera "una mica grosseta", quan està sola es llença a les pastes i llaminadures, cosa que, d'altra banda, l'incomoda quan n'és conscient.

Hi ha alguns casos de joves que fan dieta, com la Berta, que segueix els consells d'un dietista per no guanyar pes, o en Pere —i algun altre cas, en menor mesura—, que procura no menjar carn i seguir una alimentació «natural sempre que es pot, el que passa és que el menjar de qualitat és car». També trobem alguna restricció alimentària lligada a la religió musulmana (Leila).

Grups domèstics compartits: en els pisos del model 1 és on trobem l'alimentació més irregular, amb un àpat fora de casa i l'altre a casa, normalment el sopar —arròs o pasta, sobretot— que es considera satisfactori. En els pisos del model 2 hi ha una alimentació més regular, encara més si els joves que viuen en parella —excepte un cas—. En les persones soles, hi ha qui menja sovint amb la família, altres que cuiden molt l'alimentació i un cas de desordre i poca cura notable.

Altres hàbits estan vinculats al tipus de grup domèstic i al possible control dels adults als grups domèstics familiars, però, principalment, estan lligats al procés de construcció de la identitat individual a través d'una sèrie d'eleccions i renúncies relacionades amb aquests hàbits, activitats, consums... «Viure pel teu compte vol dir configurar la pròpia existència», remarquen els que s'han independitzat. Això podria valer tant per a la higiene personal —encara que aquí es podria endevinar una certa continuïtat amb la vida familiar— com per a la pràctica dels esports, que tot i constituir un ideal per a molts, només es converteix en

una pràctica per a una minoria; en els consums culturals; en els consums de diferents substàncies al llarg del dia; en la cura de la pròpia imatge —hi ha dos nois dels quals es remarca el temps i l'atenció que dediquen als seus cabells—; o en les pràctiques sexuals: aquí ningú no s'ha confessat promiscu —encara que hi ha dos o tres nois i una noia que afirmen que estan “a la que salta” en aquest aspecte—, i sembla predominar la “monogàmia consecutiva”, que pot durar des de diversos anys amb la mateixa persona fins al cas d'una noia que ens parla de “cinc parelles en un any”. Només un noi, en Daniel, explicita mig en broma que quan es planteja realment marxar de casa, on d'altra banda està bé, és quan vol tenir relacions sexuals amb la xicota i no saben on fer-ho.

Una situació domèstica que sembla generar conflictes i problemes de salut és precisament la que, segons diuen alguns, hauria de ser la més segura: la família. Pocs dels entrevistats expliquen problemes de violència física, però s'entreveuen moltes situacions d'aïllament, de falta de comunicació, o algunes de violència psicològica. L'Èric afirma que a casa seva «el pare treballa, la mare administra i jo menjo i dormo» i que es relaciona amb els pares «cridant». En algun cas, fins i tot es va poder constatar que hi havia violència física: a casa d'en Nasi l'etnògraf va poder veure una baralla amb el seu pare adoptiu, cops i empentes inclosos, i sembla que no va ser la primera ni l'última. Al cap d'un temps, aquesta situació de tensions continuades es va solucionar amb el fet que el Nasi va anar a viure amb la seva àvia. D'altra banda, també hem trobat casos en què, certament, les converses a l'hora de sopar o a estones els caps de setmana formen part de la normalitat familiar i es valora el suport no només funcional sinó també afectiu de la família.

Només un petit apunt sobre les àvies. Entre els nostres informants hi ha almenys dos casos en què aquestes són, d'alguna manera, la “taula de salvació” de la situació dels joves dins la família. ¿Pot ser això significatiu del nou rol dels avis i àvies, no només amb els infants, sinó també amb els més grans —adolescents i joves— en moments de tantes transformacions dins els grups familiars? Són ells els substituïts dels recursos socials públics que hi hauria d'haver en aquestes situacions? Fins a quin punt el recurs als més grans no acabarà repercutint negativament sobre el conjunt de la família?

En canvi, els grups domèstics de joves que comparteixen pis amb altres, o les parelles —de fet o de casats—, generalment semblen funcionar bastant bé, amb un repartiment més o menys igualitari de tasques domèstiques; en el cas de les parelles, fins i tot, a vegades la neteja és cosa dels nois, situació força excepcional en la resta de situacions, en què continua sent majoritàriament cosa de les dones. A les famílies, el pes d'aquestes tasques continua recaient majoritàriament sobre la figura de la mare,

cosa que no deu contribuir gaire a la seva salut mental o física, ja que generalment la mare també treballa fora de casa, fent la famosa doble jornada, i això, a més, tendeix a infantilitzar fills ja grans. El cas d'en Sebas és il·lustratiu en aquest sentit, ja que qui fa pràcticament totes les activitats domèstiques —comprar, fer el menjar, rentar la roba, parar taula i rentar els plats; el nét només treu les escombraries— és l'àvia.

És d'interès el cas de l'Api, la noia de 22 anys que va marxar de casa als 16 i ara viu a Tarragona, on treballa en un bar, amb la seva parella. L'Api diu que «és un rotllo molt *raro* el que tenim, és un rotllo molt bonic i un rotllo molt *raro*». Ella considera que la seva relació de parella és atípica, però el «rotllo de parella» era precisament el que no volia. Coincideixen poc per qüestions d'horaris de feina, però quan es troben es preparen el sopar junts —ell és el cuiner principal—, s'estan a casa junts —amb el gat, el gos i el conill, que els fan molta companyia— o surten junts, hi ha molta conversa i, pel que explica l'Api, tenen una vida sexual molt satisfactòria. El contrast és molt fort amb la vida domèstica que feia a Barcelona: quatre germans —«cada un a la seva bola»— i la mare que treballava, una família poc unida, tothom dinant i sopant a hores diferents, i abans que el seu pare marxés, moltes baralles. En les seves pròpies paraules: «Jo volia fer la meua vida, el que sempre he volgut, des de ben petita, ha estat marxar de casa, buscar una feina... I quan vaig arribar a Tarragona, que no em coneixia ningú, podia començar totalment de zero, com tornar a néixer... És la meua vida. És molt guai, m'agrada. És una de les millors coses que he fet a la meua vida». L'Api es va arriscar, i potser té més recursos personals que en Lluís, el noi de Girona que s'ha quedat a viure a casa i a treballar en l'empresa familiar per força, cosa que no el fa sentir gaire bé. A cops se sent «molt cabrejat amb tots, però sobretot amb els pares, amb ganes de marxar ben lluny, i amb bastanta ràbia... com quan tens ganes de trencar coses».

En molts casos d'estudiants universitaris originaris d'altres ciutats o pobles, els que comparteixen pisos llogats durant la carrera, troben molt dur el retorn a casa dels pares, i trobar els límits corresponents, quan acaben els estudis.

1.2. Estudi

En aquest apartat partirem dels aspectes concrets relacionats amb la salut que assenyalen alguns dels nostres informants.

Deficiències en les condicions estructurals d'alguns centres d'estudi: hi ha alguna limitació en la comoditat d'accés; certes incomoditats posturals als pupitres; en algunes facultats hi ha ambients molt freds i monòtons; quan són

estudis pràctics, com els de cuina, algunes situacions s'apropen als problemes de salut a la feina, com per exemple estar moltes hores drets. Però en general les instal·lacions no semblen presentar riscos de salut. En alguns casos el tipus de mobiliari és antiquat i incòmode, però generalment la higiene és bastant bona i la qualitat del servei de menjador i/o cafeteria és correcta. D'entrada, sobta que els estudiants passen poc temps estudiant en sentit estricte, és a dir, ells sols davant els llibres i amb els colzes a la taula; el temps diari que passen asseguts i escoltant a la classe, però, tendeix a ser d'entre cinc i sis hores. Davant l'ordinador, en molts casos, s'hi estan dues o tres hores més; és una vida molt sedentària per l'edat que tenen. Alguns dels entrevistats més grans diuen explícitament que voldrien fer esport o exercici físic —a part de l'esforç físic que molts han de fer a la feina—, i pensen que aquesta mena d'activitat és necessària per a la salut, però no troben el temps per fer-la.

Sobre els efectes generals dels estudis sobre la salut, el més assenyalat és l'angoixa, sobretot durant els exàmens, sigui o no bona la relació amb els estudis i les seves expectatives al respecte. Els nervis es poden manifestar amb vòmits, insomni, malsons, caiguda dels cabells... Hi ha casos en què aquestes situacions es resolen amb algun remei casolà, com prendre's una tassa abans d'un examen oral (Paloma: «Me ponía nerviosilla antes de un examen... eso de no poder dormir bien... pero no tanto como algunas amigas, que vomitaban... a una se le caía el pelo y todo»), o, com en el cas de la Neus, amb medicació del metge via la mare; li recepten Lexatin, però ella se'l pren només dos dies i ajustant la dosi a la meitat del que havia dit el metge, per por de quedar-se adormida. A més, també ens parlen d'estrès i mals de cap, sobretot en relació amb l'amplitud dels horaris d'estudi, tot i que l'estrès més destacat és el de les persones que estudien i treballen al mateix temps, cosa que durava fins que s'acabaven els estudis i passaven a dedicar-se només a una activitat. Altres joves han deixat els estudis encara que traguessin bones notes perquè en realitat els interessava molt més treballar, com en Rubén o en Daniel, que mai no s'havia posat nerviós en cap examen i bromeja dient que per ell els estudis no eren tan importants perquè la seva salut se'n ressentís.

Un cas en el qual la falta de motivació per estudiar sembla que no té gaires bones conseqüències per a la salut seria el de la Montse, segons podem veure en les notes de l'etnògraf: «La informant, de 18 anys, estudia sense motivació. Les seves notes no són gaire bones, i les relacions amb els professors són força tenses. En una visita a l'institut he observat personalment com ha estat expulsada de classe i, pel que comentà el professor de guàrdia, és un fet que es dona força sovint. A l'hora del pati menja aliments hipercalòrics (bolilycao, donuts, etcètera) i es queda asseguda tota l'estona, o bé a dins, o bé al pati, on fuma

compulsivament d'amagat». Podríem dir que en altres casos els estudis i la possibilitat del fracàs escolar es poden relacionar amb problemes de salut mental, com veurem en el seu moment.

Molts diuen que els estudis són avorrits o, com ja hem vist, angoixants o estressants, un estrès que força d'ells intenten reduir fumant porros —la mateixa estratègia que fan servir els més grans per reduir l'estrès de la feina—. Alguns diuen que els estudis són alhora interessants i angoixants o estressants. Molts, però, van poc orientats, sobretot els nois de classe mitjana-baixa o baixa: no tenen gaire idea de com funciona el món laboral ni sembla que coneguin gaire els seus drets i deures —les hores que tens obligació de treballar, els dies de festa que et toquen—, però volen guanyar diners i poder fer una vida independent. Molts se senten «de classe treballadora», però aquesta afirmació no té continguts reivindicatius o de promoció social. Un professor de secundària consultat opina que és un error obligar-los a anar a l'escola fins als 16 anys, quan als 14 anys ja no hi volen ser, i que fer un taller o alguna altra sortida seria molt més constructiu. En molts casos, com el d'en Lluís, sembla que acaben l'ESO per pura inèrcia del sistema «Buena... me la van acabar... suspenia però com que no es repetia... al final em van donar el títol» després en Lluís no va poder fer el que realment volia, que era cuina, i això li va portar molts problemes familiars. Aquestes persones es podrien beneficiar d'algun curs o taller d'orientació escolar i laboral, i potser —opina el professor— així es podria reduir el fracàs escolar i el nombre de nois que no acaben els mòduls de FP. Sembla que en general la conducta i els resultats escolars de les noies són millors que els dels nois, cosa que coincideix amb gairebé tots els estudis que s'han fet sobre aquest aspecte.

El nivell de satisfacció amb els estudis acostuma a ser baix en els nois i noies de secundària, que els troben avorrits i els fan "perquè toca" —malgrat que algun assaja el discurs de la importància que tenen per al futur—, mentre que per als universitaris són més interessants. Els nois i noies que aviat deixaran l'escola per incorporar-se al món laboral tendeixen a ser pragmàtics i escollir els estudis segons la feina que faran; saben que estudiar una carrera no els garanteix una bona ocupació. Un cas interessant en aquest sentit és el de la Maila, que està fent un doctorat en antropologia social, però que atesa l'escassetat de beques al nostre país ha de compaginar-ho amb una feina. Durant uns anys havia fet de cambrera, però la duresa de la situació la va fer espavilar-se i va cursar un cicle formatiu d'auxiliar d'infermeria i en salut mental. Això li permet fer un tipus de feina que per a ella té molt més sentit i que pot compaginar millor amb els estudis. No deixa d'assenyalar, però, que a vegades estudiar i treballar al mateix temps li produeix un estrès notable. En altres casos —com el de la Laura, que és infermera— els estudis es lliguen a expectatives de millora, tant pel que fa a la satisfacció personal i laboral

com econòmica, i en el seu cas es planteja especialitzar-se en medicina natural i acupuntura. Finalment, la Leila declara que l'institut li va obrir perspectives vitals, perquè els seus costums familiars, culturals i higiènics, els seus hàbits alimentaris i les restriccions en la informació sobre sexualitat xocaven amb la seva vida escolar, i al final va arribar a considerar l'institut més habitable que la seva pròpia casa i més permissiu en diferents aspectes.

Els consums que acostumen a acompanyar els estudis, a part de les inefables llaminadures i la minoria que esmenta els porros en aquest context, són més aviat de tipus estimulants i ansiolític: cafè, tabac, coca-cola i, en alguns casos, te o mate (Sandra, Mariela i Alejo).

Per acabar, volem subratllar que, reconeixent que els malestars que es relacionen amb els estudis requereixen la seva atenció, sobretot quan afecten clarament la salut física i mental dels joves, estem d'acord, però, que un dels riscos més greus per a ells a llarg termini és el fracàs escolar, que prediu la mala situació que ocuparan en el futur dins la societat (Comas *et al.*, 2003).

1.3. Feina

Encara que les dades sobre *condicions laborals* específiques que hem aconseguit són limitades, i se centren sobretot en el tipus de contracte i, en molts menys casos, en els sous i els horaris, hi ha força observacions sobre la feina i els riscos que suposa per a la salut. De tota manera, podem assenyalar que segons els darrers estudis fets al conjunt de l'Estat espanyol (INJUVE, 2005), un 54% dels joves treballen, mentre que un 18% estan a l'atur (un 11% de la població general), amb una temporalitat de més del 52%. Entre els nostres informants predominen els que treballen sense contracte —normalment a l'hostaleria i/o en negocis familiars— o bé amb contractes temporals —la Laura n'ha arribat a tenir cinquanta en un any: «De vegades firmava el contracte i el *finiquit* al mateix moment»—. Hi ha una minoria —vuit dels vint-i-sis treballadors que hem entrevistat— que tenen contracte fix: tres del sector industrial, un com a tècnic a la construcció, i tres del sector serveis, encara que una noia d'aquestes treballa a temps parcial.

Pel que fa als sous, la gran majoria dels que sabem oscil·len entre els 800 i els 1.000 euros, en el millor dels casos, per jornades de vuit hores que moltes vegades s'allarguen més sense retribucions extra. No és tan estranya la situació de la Maria, que es treu entre 600 i 900 euros depenent de les hores que treballi, independentment que ella no tingui papers i la resta sí. Aquí hi ha força congruència amb els números de l'informe que acabem d'esmentar, ja que al final del 2003 els sous se situen en una mitjana de 784,7 euros. Aprofitem per assenyalar, però, que tant els

sous com el nivell d'atur continuen mostrant-nos la desigualtat de gènere que hi ha ara i aquí: els sous dels nois se situen en 864,7 euros, i els de les noies, en 680,1 euros, que no és poca diferència; a banda, l'atur afecta un 15% dels nois i un 22% de les noies. El nivell de temporalitat ens parla d'un altre tipus de desigualtat, ja que el dels joves immigrants se situa en el 73%.

La salubritat dels espais de treball és vista d'una manera negativa pels joves amb experiència en l'hostaleria, on hi ha problemes de salut continuus —talls, cremades, caigudes i contusions, tendinitis, esforços posturals i haver d'estar dret llargues hores—. També hi ha queixes en la mateixa línia en altres sectors, com el de la construcció o la feina amb maquinària pesada. Aquest és el cas d'en Sebas, que diu: «Al cos se l'ha de cuidar, però si t'ha de passar alguna cosa et passarà igualment: jo em cuidava, però treballar de manobre m'ha fotut l'esquena». Aquest dolor a l'esquena, que s'ha tornat crònic, el va deixar fora del mercat de treball una temporada, i amb problemes psicològics derivats d'aquesta situació. En tots els casos, l'estrès laboral es posa en primer pla, i hi ha una forta valoració negativa de la fatiga postural —que ha provocat disminució en un informant.

La percepció i els nivells de satisfacció acostumen a anar lligats al sou i els horaris, és a dir, a la capacitat i disponibilitat de consum i de temps lliure, ja que la majoria fan feines no qualificades; de fet, només hi ha una fisioterapeuta i una treballadora social que treballen en allò que han estudiat, en la seva professió. Les feines per torns al sector industrial són les pitjors per a la salut de totes les que hem vist a l'estudi, i són vistes pels qui les fan com a devastadores, tant des del punt de vista físic com mental, encara més si són treballs en cadena: irregularitat en l'alimentació, el descans, les possibilitats de relació social, en la mateixa percepció del temps.... En canvi, els més satisfets són els que treballen per compte propi o en una empresa familiar. En altres casos, malgrat valorar sobretot el sou i trobar la feina avorrida, s'aprecien les relacions socials que comporta treballar. En Francesc diu que es diverteix amb els seus companys de feina, afirma que hi ha un bon ambient de treball i que de tant en tant queda amb alguns companys per anar a prendre alguna cosa.

En general, doncs, *la percepció de la salut laboral* és força negativa, sigui pel tipus de feina —construcció, maquinària pesada...—, sigui pels consums que implica: a l'hostaleria, "picar" i prendre begudes a totes hores, a més del consum d'algunes altres drogues, porros i coca sobretot, però també trobem algun cas de consum d'alcohol i porros en dos joves que condueixen un camió i en alguns treballadors de la construcció, aquests des de bon matí. La informació sobre la seguretat i els riscos laborals sembla que funciona més on hi ha inspeccions i on està més reglamentat. Però

no sempre és així, com podem veure que explica un dels components del GD 2 —treballadors de prop de Girona— que treballa en una fàbrica de proteïnes —per a embotits, el cutis, etcètera:

«¡Ves que juegan con la precariedad laboral de la gente que está allí! Ahí la gente no quiere trabajar menos. Ahí la gente si pudiera ir a hacer doce o catorce horas por día lo haría. Porque es gente que tienen 25 años, que tienen dos hijos, que tienen un coche, una casa, tienen mil historias a pagar y no llegan. Y ellos lo que quieren es trabajar: si pueden trabajar un sábado y un domingo, trabajan. ¡Es depresivo, es muy depresivo trabajar en una fábrica! Aparte, eres un autómata total, vas allí y haces lo mismo cada día; no sé, es lo que hay... Nosotros tenemos una depuradora, y en el año y medio que estoy trabajando han ido dos inspecciones que los han jodido vivos, ¡y ellos siguen! Ves que si hay dinero, las inspecciones son lo de menos: la seguridad en la fábrica... ¡yo lo tengo claro! Yo estoy tocando productos, [hericorvato], cítrico, sulfumán, y a mí nadie me ha hecho ni un cursillo de estos productos, ni lo que son, ni lo que dejan de ser, ni lo que pueden perjudicar [...]. Toda la fábrica está llena de cartelitos que te pone: «¿Qué prefieres?», y sale un mendas con un ojo tapado y otro con gafas. ¡iiiLas gafas!!!, pero ¡¿dónde están las gafas?! ¡¿A quién le tengo que ir a pedir las gafas?! No hay, tampoco hay mascarillas. Hay unas mascarillas de papel que no sirven y son las que usamos... Si pasara algo en la fábrica, nadie sabría responder [...]. El riesgo, realmente, es estar trabajando con estos productos, o estar doce horas en esta fábrica... eso sí que es un riesgo.»

Només hem trobat un cas d'una noia, l'Api, que treballa a l'hostaleria que, a diferència de tots els altres, està molt satisfeta, malgrat els problemes de salut de la feina, ja que treballar li ha representat poder ser una noia independent, coneguda i ben valorada, amb bon rotllo al lloc de treball, on a més ha trobat el seu «manso».

Per contrast, una noia del GD 2 assenyala que, fins i tot en professions amb bona imatge del mateix sector serveis, i contra el que semblaria d'entrada, l'estrès pot arribar a ser molt gran: *«Yo he estado en otros sitios donde eras una máquina de trabajar; igual que en una fábrica, lo único que parece que es más light, porque era como relaciones públicas, pero al fin y al cabo terminas igualmente trabajando seis días a la semana, catorce horas, y encima tienes que poner buena cara. Eso es lo peor.»*

Entre els joves que treballen, es valora molt la feina perquè d'això es viu. Però la majoria no han aconseguit una feina que els satisfaci, o per la mateixa naturalesa de la feina que fan, o per la precarietat de la situació laboral. Alguns diuen que treballar és «una tortura» o una forma d'esclavitud, en molts casos satisfactòria únicament pel sou. Molts troben que la feina és avorrida; alguns, angoixant,

i pocs pensen que és estimulant. La majoria no sap si hi ha algun tipus de seguretat per reduir els riscos laborals, i només de manera excepcional es valoren positivament el conjunt de factors de la feina. Veiem tot seguit el resum de tres trajectòries laborals ben diferents que poden il·lustrar el que acabem d'exposar.

En Lluís és un noi de 19 anys d'una ciutat de Girona de 15.000 habitants. No li agradava estudiar, i va acabar l'ESO per obligació dels pares, però amb males notes. Com a càstig i al·licient (!!) per estudiar, se'l va obligar a treballar en el negoci familiar, una empresa de materials de construcció per a cuines i banys. Al cap d'un estiu de treballar es va apuntar a FP, però els pares no el van deixar estudiar cuina, que és el que volia fer. Així la cosa va començar malament, i al cap de poc el noi va deixar d'anar a classe. Quan els pares se'n van assabentar, el van tornar a castigar fent-lo treballar per força a l'empresa familiar, sense cobrar, i se'n va anar un temps a fer de cambrer en un bar, però les condicions eren encara pitjors i va acabar tornant amb el «padre padrone». En el moment de l'entrevista, al cap d'un any i mig treballant a l'empresa familiar, encara no sap quin tipus de contracte té, i el pare no li paga —només l'hi ha pagat un mes— el sou que havien quedat que guanyaria, 900 euros mensuals.

La Laura és infermera a Terrassa, i té una percepció matisada de la seva feina, que és totalment precària —ja hem dit que havia tingut més de cinquanta contractes temporals en un any—. D'una banda, li agrada la feina en si mateixa pel tracte diari amb pacients i familiars, i troba molt gratificant la sensació de dedicar-se a «una labor social». Ha fet diversos cursets sobre la relació professional sanitari-pacient, cures pal·liatives, nens malalts, etcètera, per millorar el seu treball. D'altra banda, però, el mateix tracte humà pot ser moltes vegades una font de conflictes i problemes. A sobre dels horaris irregulars, la precarietat, la sobrecàrrega de feina i les escasses possibilitats de promoció laboral, els pacients i familiars són d'una exigència creixent i de vegades són agressius. Se sol parlar de la figura del metge cremat, però el risc de depressió, ansietat i falta de motivació de les infermeres no es té tant en compte, i és ben fort.

L'Api és cambrera a Tarragona. És originària de Barcelona, i es va acabar instal·lant a Tarragona una mica per casualitat. Els caps de setmana hi anava a veure una amiga seva, i «no és que un dia ho decidís, sinó un dia em vaig trobar aquí [a Tarragona], ja vivint». L'ambient tranquil de ciutat petita la va atraure molt. A casa «tothom passava de tot», era molt caòtic, i després d'una discussió amb la seva mare va anar a viure a casa de la seva germana. Va estudiar secretariat a FP, però va deixar la seva primera feina d'administrativa al cap d'un parell de mesos perquè no li agradava estar asseguda tantes hores davant d'un ordinador. A Tarragona li van oferir una feina temporal en un restau-

rant, i ara hi treballa amb contracte fix. No és una feina gaire ben remunerada —uns 800 euros mensuals— i de vegades pot ser molt dura, però és de molta responsabilitat —«encarregada no oficial»— i s'hi sent molt realitzada. La responsabilitat l'ha anat agafant ella durant els últims tres anys, i li és molt gratificant saber resoldre problemes, que ningú no li hagi de dir què ha de fer ni com funcionen les coses. L'atrau el «rotllo molt guapo» d'un bar que no és de pas, que els clients hi van a xerrar i a jugar a cartes. Els companys són un grup multicultural que s'avenen molt. La noia reconeix que «treballar en un restaurant, en un bar sempre és perillós» —cops, cremades, talls, etcètera— però hi treballa a gust, tant que «a mi no em veuràs agafar una baixa per una tendinitis... el dia que agafi una baixa serà perquè m'he trencat algo... o perquè realment no puc treballar».

Un model excepcional en el nostre estudi és el lloc on treballa en Daniel, una empresa informàtica especialitzada en aplicacions per al sector mèdic i farmacèutic. La porten tres socis d'uns trenta-cinc anys, la majoria de treballadors en tenen uns trenta —ell és el benjamí—, i en els dos anys que fa que hi treballa ha anat guanyant responsabilitat: al començament li van proposar treballar sis hores en lloc de vuit per poder estudiar informàtica, amb una reducció de sou molt petita, i diu que els caps fan sentir valorats els treballadors, que enalteixen la seva feina davant els altres, però quan hi ha problemes els comenten en privat. Dinen tots junts en una sala, i un cop a l'any van tots a esquiar pagant l'empresa. Com diu un oncle seu, apliquen la intel·ligència emocional, és a dir, que «*si los trabajadores están contentos rinden más, ivamos!*».

Pel que fa al grup de nois del Marroc, cal constatar que, mentre que allí molts treballaven en oficis artesans, com s'esperava per la seva edat i condició, aquí estan sense papers, sense l'estatut d'adult que tenien al seu lloc d'origen, amb poques possibilitats de connectar de manera normalitzada amb els estudis i en unes condicions socials que fan que una de les «sortides laborals» que molts han adoptat, almenys per una temporada, sigui la dels robatoris al carrer, tot i que la gran majoria no ho havia fet mai al Marroc. Aquí també hi intervé, a part de la supervivència estricta, la influència dels models de consum de la nostra societat, ja que no conceben viure aquí i no poder comprar-se unes vambes i altres peces de roba, naturalment de marca, com a signe extern que indiqui que, malgrat tot, amb la migració «han triomfat». No cal dir que aquesta és una situació amb força riscos, no només per als altres sinó també per a ells mateixos, i que repercuteix negativament en el seu equilibri vital.

1.4. Lleure

Les activitats de lleure s'acostumen a concentrar en el cap de setmana, que per a alguns pot començar dijous a la nit, però això no vol dir que, depenent dels horaris dels estudis i la feina, no es facin activitats d'aquest tipus també durant la setmana. En realitat, trobem un *continuum* entre els que es poden dedicar més a l'oci perquè estan a l'atur o en situacions similars, o simplement perquè el poden combinar relativament bé amb els estudis, i els que pràcticament el desconeixen o els queda reduït a la mínima expressió, normalment per les angoixes de la feina, com passa en dos casos ben diferents: la Maria, que no para de fer feines per les cases, i en Rubén, que no para de treballar a la seva botiga. Aquests últims correspondrien clarament al perfil dels *treballadors*, mentre que la resta es distribuïria entre *marxosos*, *estudiosos* i els altres estils de vida que descriuen Comas *et al.* (2003).

Destaca la similitud de les formes d'oci. Es va dissenyar un registre de setze activitats de lleure i generalment se'n repeteixen tres o quatre: per exemple, van a bars o discos, on a més de ballar, intentar lligar, etcètera, consumeixen alcohol o altres drogues i, en alguns casos, aliments preparats —entrepans, pizzes, llaminadures—, coses, totes, que altres consumeixen a casa. Un dels llocs on han anat força una part dels joves de les comarques barcelonines, inclosos els nois del carrer marroquins, és la zona del Maremàgnum, prop del port de Barcelona, encara que sembla que aquests últims anys ha entrat en decadència. També se'ns ha assenyalat que es va a alguna de les grans macrodiscoteques, a les comarques tarragonines o a les terres de Ponent. A banda d'aquesta activitat, els i les joves miren la televisió, juguen amb l'ordinador, descansen —molts acostumen a dormir fins molt tard després d'haver passat tota la nit i la matinada de marxa—; alguns surten amb amics o amb la família, passegen, escolten música, i força noies van a comprar. N'hi ha pocs que facin esport —gimnàs, bicicleta, nedar— o alguna activitat cultural; la més comuna és anar al cinema. Molt pocs llegeixen o afirmen que tenen alguna militància —política, religiosa o de voluntariat—. També n'hi ha més que van a la platja i menys que van d'excursió a la muntanya, encara que això varia segons l'estació.

El gruix del lleure es relaciona d'una manera molt directa amb el consum: de música, d'imatges televisives, de roba i altres complements que serveixen per donar una determinada imatge, de vehicles, de diferents tipus de drogues —alcohol, tabac, porros i, en menor mesura, cocaïna i drogues de síntesi— i d'alguns aliments. El cap de setmana és un moment en què s'intensifiquen les relacions socials, entre les quals destaquen les pràctiques sexuals. El professor de secundària ja esmentat parla de «*la esclavitud del consumisme*», un esclavatge que afectaria, segons ell, els quatre tipus de joves que identifica: els «de barri»

—classe mitjana-baixa o baixa—, els “del centre” —classe mitjana o mitjana-alta—, els “alternatius” —classe mitjana i mitjana-alta que defensen alguna ideologia no majoritària, per exemple, ecologistes, okupes, etcètera— i els “immigrants” —generalment equatorians, colombians i marroquins.

Aquests temes van sortir, i amb molta franquesa, en el grup de discussió amb nois i noies de l'IES de Sant Joan Despí, que veien normal que la gent “es passés” amb el consum de begudes alcohòliques i porros, tot i que tendeix a ser una conducta que atribueixen als altres i no pas a ells mateixos. No es pot saber fins a quin punt això és cert, perquè sovint en parlen amb generalitats: «*Si no bebes demasiado no te pasa nada*». És possible que això respongui a un desig de quedar com una persona més madura i responsable davant les entrevistadores. Un noi, per exemple, explica: «*A mí me ha pasado con dos amigos... siempre ha sido por culpa de la bebida, que se han pasado con la bebida... los porros, nunca*». Hi ha diferents contextos en què la gent es passa. Un d'aquests surt de seguida: «Els pares d'un amic se'n van fora...» i el fill o la filla convida amics a casa per fer una festa on cadascú porta el seu “material”. Un altre context és la discoteca, però això els surt més car perquè han de pagar cada consumició d'alcohol. Un noi i una noia afirmen que han fet alguna ampollada: «*El botellón te es más fácil, te es más económico y te pones la cantidad que quieres y te lo bebes cuando quieres... la gente prefiere beber antes fuera y luego meterse en el local*». Això concorda amb el que diu un jove animador sociocultural de Sabadell: «*Los de 16 años en adelante, los viernes y los sábados por la noche suelen ir a discotecas... casi todos los fines de semana. A veces, si hay que pagar entrada y no tienen dinero se quedan por la zona, ven a la gente, intentan que los dejen entrar... cuando van, suelen consumir alcohol, aunque es más frecuente que lo hagan poco porque dentro es más caro. A veces compran algo en un súper y van bebidos de casa*».

Quant al consum de tabac i altres drogues, els nois i noies detecten mitges veritats, burocràcia, exageracions i hipocresies amb molta facilitat. Un dels nois diu: «*A ver, una vez mi padre me dijo: “No fumes” e iba con un cigarro en la mano*». Una noia que forma part d'un grup de reflexió de Tarragona diu indignada: «Ma mare em vol portar al psicòleg perquè m'ha trobat els porros, i ella s'està ficant un Valium cada nit abans d'anar a dormir». Són tots força cíncics quant a les xerrades que es fan als instituts sobre drogues i saben que «*por fumar porros no tienes por qué pasar a tomar otras drogas*». En alguns casos es refien més del que els diuen els pares, perquè «*lo que te diga tu padre, que te quiere... no sé, hay mas trato, hay más confianza, hay más cariño*». En canvi, «*no es lo mismo que te lo diga un hombre en una clase... Seguro que acaba esa hora, esa charla, y se va a otro colegio y*

hace esa misma charla...». El que volen, cosa que també es reflecteix al grup de reflexió de Tarragona, és diàleg i informació personalitzada en el moment que la necessiten; en fi, volen que se'ls tracti com persones humanes i no com un ramat.

No insistirem més en el consum de drogues, del qual hi ha força informació; només assenyalarem que hi ha una certa consciència de les diferències de gènere en aquests consums, i de la pressió o control que exerceixen sobre la persona responsable de conduir el cotxe quan surten. *La percepció de riscos* és relativament lleu pel que fa a tabac, porros i alcohol, i és més elevada en les altres drogues, i es fa la distinció entre riscos per a la salut física —tabac/alcohol— i per a la salut mental —coca i drogues sintètiques—. Això s'acompanya, d'altra banda, del discurs sobre els beneficis d'aquests consums, que moltes vegades és implícit i algunes altres explícit, sobretot pel que fa als porros. Sembla que en aquest cas, davant el contrast entre la normalització del seu consum en les seves vides quotidianes i el seu estatut legal, i en haver-hi més polèmica social, es veuen gairebé obligats a defensar-lo més explícitament: perquè facilita la relació social i s'ho passen molt bé —cosa que també afirmen de l'alcohol i, els que en prenen, de la cocaïna—, perquè relaxa... a més, hi troben altres usos: com a ansiolític, per a certs dolors físics, etcètera. Un dels nois explica que al cap d'una setmana de trobar-se malament de la panxa, es va fumar un porro i «*me aliviaba y me relajaba. Ayuda también a coger sueño y a dormir mejor, me tranquiliza...*». No creiem que aquí es pugui parlar de “trastorn de consum”, sinó més aviat d'automedicació. En canvi, la minoria que no en prenen no fan cap discurs en contra d'aquest consum, simplement no els agrada o no els va bé, principalment pel seu efecte adormidor.

Pel que fa a les *pràctiques sexuals*, sembla que la interiorització de l'ús del preservatiu és bastant forta i comuna, encara que moltes vegades no queda clar si és un anticonceptiu o una barrera per a les ETS, mancança que va acompanyada del desconeixement força generalitzat d'altres anticonceptius, sobretot per part dels més joves. El cost dels preservatius és problemàtic, com també la comunicació entre gèneres i entre generacions a l'hora de parlar de sexe—amb excepcions—. Si a això hi afegim que la situació es presenta moltes vegades quan un està ben “col·locat”, més d'una de les persones entrevistades ens ha remarcat que una cosa és la teoria i l'altra la pràctica. Tres de les components del grup de discussió de dones (el grup 3) afirmen: «*Yo creo que todo el mundo lo tiene presente, pero llegado el momento...*»; «*llegado el momento, yo, mi experiencia es que la cagas muchas veces*»; «*casi todo el mundo, en un momento dado, se comporta irresponsablemente... yo lo he hecho*». Aquestes mateixes dones remarquen les diferències de gènere en aquestes situacions: «*Por algún extraño motivo es mas fácil encon-*

trar un tío que esté dispuesto a asumir todo este tipo de riesgos [el sexe sense protecció] que una tía»; «los hombres delegan gran responsabilidad en la mujer; hay tíos que no, pero una gran mayoría...».

Finalment, pel que fa als *accidents de trànsit*, certament ens parlen d'accidents de cotxe en cap de setmana. No està tan clar en el cas de les motos, en el sentit que en trobem també entre setmana i no per força lligats a la irresponsabilitat de qui la condueix. Hi ha el testimoni de dos accidentats en bicicleta anant a la feina entre setmana, i sempre perquè algun altre vehicle se'ls ha tirat al damunt. Tornant al primer cas, les precaucions que es prenen no sempre coincideixen amb el discurs oficial, com podem apreciar al mateix grup de discussió ara esmentat: «*He cometido muchas más imprudencias en mi forma de conducción cuando no estoy borracha que... porque cuando no estoy borracha, controlo y no sé qué, y le piso y tal. Y si estoy borracha ya sé a lo que voy: llegar a casa sana y salva*». D'altra banda, en Daniel té un amic que un cap de setmana va anar «*un poco rápido*» amb el cotxe, va sortir de l'autopista i es va trencar les dues cames, i reconeix que molts dels seus amics han conduït «*algo puestos*», però que ja no ho fan perquè ara hi ha més controls i a un li van retirar el carnet tres mesos perquè va donar positiu en un control d'alcoholèmia.

1.5. Conceptes de salut/malaltia

Com ja hem dit en parlar del marc teoricometodològic, per entendre globalment els processos de salut i malaltia de la població estudiada és indispensable que coneguem quines són les seves percepcions sobre la qüestió. És el que intentem sintetitzar aquí a partir de les diferents entrevistes, de les quals en podem extreure uns models bàsics que serien:

1. Salut = ser jove, àgil i fort, i està relacionat amb la responsabilitat de la feina; el cos és un vehicle o una eina de la qual cal tenir cura —gimnàs, alimentació...—. Respon a valors socials hegemònics, ja que la salut equival a la capacitat per complir les expectatives del propi rol social, cosa que es “premia” amb sou i, per tant, amb capacitat de consum. Es relaciona la salut amb l'estabilitat en els principals àmbits de la vida, el social, el laboral i el sentimental.

2. Salut = autonomia laboral i econòmica, que suposa una salut mental satisfactòria, sense angoixes. Importància de l'equilibri psicossomàtic. En tot cas, el risc es pot trobar en l'estrès laboral.

3. Salut = satisfacció personal i social, “trobar-se bé amb una mateixa”, “ser feliç” “descansar, exercici físic, activitats que t'agradin al temps lliure, i que et realitzin”...

4. Salut = benestar i seguretat; encara que no s'ha aprofundit gaire per saber què vol dir seguretat aquí.

5. Salut = no tenir malalties.

La concepció 1 la trobem més sovint entre els nois — especialment entre alguns dels més grans, treballadors—, i la concepció 3, entre les noies; pel que fa a les altres, no hem trobat tan clarament aquesta divisió per gèneres. Així, una de les noies del GD 2 diu que la salut és una manera de cuidar-se, vàlida fins i tot en situacions de recursos limitats: «*Si yo cobro un dinero a final de mes, tengo dos opciones: o preocuparme desde el día 1, que sé que se me va a ir todo el dinero, o decir: “Bueno, a vivirlo lo mejor que pueda porque si no me voy a amargar, me voy a estresar, me voy a angustiar y voy a acabar loca...” y no puede ser así. Al mismo tiempo que te jode la economía, tienes que intentar no dejar que te joda, intentar vivir al máximo de bien... ¡aunque es difícil!*».

Una de les dones del GD 3 deia: «*Sentirse bien es tener ganas de hacer cosas, que no me cueste levantarme, que no me cree ansiedad levantarme, por ejemplo. Levantarte, salir y tener ganas de ver gente es muy importante. Cuando estoy enferma no quiero ver a nadie. Cuando estoy bien, cuando tengo salud, quiero ver gente, me apetece relacionarme con personas. No me crea problemas hacer el trabajo o hacer cosas nuevas. Cuando me siento más enferma, hacer cosas nuevas ya me cuesta. Para mí sería eso. Estar bien es poder hacer lo que me apetece en la vida, sin notar un peso aquí encima [assenyalant-se el pit]*».

El grup de reflexió de Tarragona connectava la idea de salut, a més, amb: un procés de medicalització a través de les campanyes; el predomini físic, biomèdic, de la salut; en relació amb això, el procés de naturalització d'alguns dels patiments psíquics derivats en gran part de condicions de vida; l'èmfasi, a la pràctica, més en l'acció curativa que no en la prevenció; l'actitud emergent centrada en la cura del cos en relació amb el mercat, les noves modes culturals, etcètera; l'enganyifa de l'alimentació “genuïna” i “sana” quan és de tipus industrial; la importància dels models culturals per a certs trastorns de l'alimentació; una visió força negativa de la Seguretat Social i de les seves campanyes —sexualitat, salut mental, tabac i drogues...—; les que creuen que potser tenen més impacte són les de seguretat viària.

Molts dels temes que surten aquí també havien sortit en els seminaris amb els experts: la prevalença del model mèdic de la salut; la tensió entre el model assistencial i el model preventiu; la importància de la salut mental; la dificultat per separar la salut física de la salut mental; el màrqueting de la salut com si fos un producte més de consum; el model de l'addicció; la relació de la salut amb el poder adquisitiu; la relació entre la salut dels joves i la salut dels seus pares; la medicina privada vs. la pública. Els joves se senten inundats d'informació sobre la salut i la prevenció de riscos —a casa, a l'institut, als mitjans de comunicació—, però tot aquesta informació no equival necessàriament a entendre o acceptar el missatge. Fins i tot un missatge correcte i útil moltes vegades arriba enverinat per l'autoritarisme institucional, generacional o professional, que una de les noies anomena “adultocràcia”.

Al principi de la primera sessió d'aquest grup, una noia, havent vist la llista de 36 paraules que els assistents havien escrit en relació amb la salut, diu: «¿Y la palabra obsesión? ¿La han dicho?... La obsesión por cualquier cosa, incluso por la salud, tampoco es salud». Durant la segona sessió es reflexiona sobre la relació entre política, consum, estils de vida i addicció, i un dels nois participants comenta: «Jo crec que l'addicció més perillosa que existeix és l'addicció al consum, al consumisme». Tant el consum obsessiu com l'obsessió per la salut produeixen resultats poc saludables, i encara més quan tots dos fenòmens es presenten alhora. Aquest és el cas dels Estats Units, per exemple, una societat on d'una banda hi ha —d'una manera molt desigual— un elevadíssim nivell de trastorns alimentaris, des de l'obesitat infantil —als voltants del 50% de la població d'aquesta edat— fins a l'anorèxia, i que de l'altra imposa l'obligació de mantenir una bona salut gairebé com un deure civil.¹⁶

Una de les institucions socials on van a parar el gruix dels problemes socials és la sanitat. Aquí ens trobem amb una contradicció, ja que s'han convertit en *assistibles*, segons el model que hem presentat abans, moltes persones que pateixen personalment les conseqüències de problemes lligats a les formes de vida dominants i a la manera d'encarar-los. Però ni els hospitals ni els centres d'atenció primària poden assumir tot allò que definim com a problema de salut, que en el fons són problemes de molt més abast econòmic, social i cultural: problemes de relacions familiars, “abdicació” dels pares, falta de sortides laborals i feines precàries, manca d'habitatge assequible, fracàs del sistema escolar, que es pot relacionar moltes vegades amb la manca de recursos personals per superar certes situacions, etcètera. Atesos els recursos de què disposa el sistema sanitari, i d'acord amb el model de salut que hem explicat a la introducció teòrica, la solució que s'acostuma

a donar a un ventall molt ampli de condicions, des de la depressió fins a les conductes obsessives, passant per períodes de pànic, trastorns menstruals i premenstruals i fins i tot la timidesa (!!!), és el psicofàrmac. Segons Josep Moyà, un dels experts que va participar en els seminaris la tardor del 2003, «els ansiolítics apareixen com elements que podrien ajudar, no a tenir cossos Danone, sinó ments Danone». La solució del problema no surt del circuit de consum que l'ha generat des d'un bon principi.

La prevenció, recollint el que han dit les persones entrevistades, consistiria a descansar, menjar bé, «de forma natural i equilibrada», fer exercici físic d'una manera moderada, sense oblidar l'exercici psíquic —«s'ha de llegir o fer activitats que requereixin un mínim d'esforç intel·lectual... si no el cervell o la intel·ligència se't van tancant de mica en mica, sobretot quan portes una vida d'aquelles molt rutinàries», diu l'Andreu—, portar horaris regulars, estar en ambients sans, nets, secs, no contaminats. Hi hauria un altre tipus de “prevenció” que també s'ha trobat almenys en una recerca entre gitanos evangelistes de Perpinyà (Ramírez, 2003), que seria la confiança en Déu o, en el cas dels marroquins entrevistats, en Al·là, que apareix com a mínim en dues entrevistes, en què es diu que si es confia en ell no ha de passar res irremeiablement greu.

Pel que fa als *riscos per a la salut*, el primer i el que provoca una gran unanimitat és el de la feina, la crítica als models laborals existents; tal com ja hem vist en algun exemple, es critiquen d'una manera molt concreta i en profunditat. En segon lloc també hi ha una queixa davant “l'estil de vida dominant”, crítica, però, molt més abstracta quan es formula d'una manera tan general, encara que després la trobem concretada en diferents aspectes: l'absència de qualsevol activitat física, el sedentarisme, les condicions dels habitatges, la contaminació ambiental —element molt subratllat per la gent que viu a Tarragona en relació amb les petroquímiques, i en algun cas, a més, en contrast amb la vida al poble, on «s'està millor»—, la humitat i els espais tancats, els aliments manipulats, els alcohols d'alta graduació, els sorolls, la brutícia, els corrents d'aire, els canvis bruscos de temps, el consumisme en general i els consums de drogues en particular. Com diu el mateix Andreu, «hi ha molta gent que es posa malalta o demana la baixa laboral perquè no està bé amb la seva vida o amb la seva feina».

Encara s'hauria de parlar d'alguns altres aspectes de la salut de les persones entrevistades, com ara quan es refereixen als itineraris terapèutics que solen recórrer quan certs símptomes els permeten detectar que no es troben bé o que poden tenir algun problema. Preferim, però, deixar

¹⁶ Susan Di Giacomo, comunicació personal.

aquest punt per veure'l conjuntament amb el de l'ús dels serveis de salut, amb la qual cosa ens podem fer una idea més global de la manera com actuen al llarg dels processos de salut/malaltia/atenció, i a partir dels diferents recursos existents, el conjunt de les persones de la mostra estudiada, tant des del punt de vista quantitatiu com qualitatiu. Passem doncs a l'últim apartat d'aquest bloc.

1.6. L'estat de salut dels joves catalans

Per acabar aquesta primera part, farem una ullada a l'estat general de la salut dels joves catalans, tant a partir de les dades de tipus general que hem pogut analitzar com recuperant el que ens han dit les persones que hem entrevistat.

Recordem que en el marc conceptual definíem el model de salut de la nostra societat com aquell model corresponent a una societat que ja ha superat la transició epidemiològica, amb una baixa mortalitat infantil i una alta esperança de vida, en la qual predominen les malalties cròniques i degeneratives en lloc de les infeccioses o la malnutrició generalitzada. En aquest context, l'estat general de salut dels joves catalans es podria definir com a bo si ens atenem a les dades epidemiològiques que tenim: les xifres de mortalitat i morbiditat referides a les principals malalties assoleixen uns valors molt petits (ESCA 2002). Potser caldria especificar, respecte al model de salut esmentat, que, encara que les principals malalties que ens afecten actualment siguin de tipus crònic i degeneratiu, és lògic que això no es manifesti d'una manera significativa en els grups d'edat joves (15-29 anys), entre els quals els primers grans grups de malalties causa de defunció durant els últims vint anys són les malalties infeccioses i parasitàries, les neurològiques, els tumors i la leucèmia (Departament de Salut, 2004). Lògicament, per al conjunt de l'Estat espanyol també ens trobem que la bona salut dels joves es repeteix, ja que, mentre que aquests constitueixen el 21,4% de la població total, només representen un 1,4% de les morts (INJUVE, 2005).

Segons l'IDESCAT, l'esperança de vida actual de la població catalana se situa entre les més favorables de la Unió Europea: l'any 2000 a la Unió Europea era de 75,3 anys per als homes i de 81,4 per a les dones, mentre que a Catalunya se situava en 76,75 i 83,40, respectivament. De fet, l'esperança de vida augmenta significativament del 1983 al 1998: per als joves de 15 anys passa dels 60 anys als 61,5, i per a les noies de la mateixa edat, dels 65,7 als 68. El 1983 els joves de 25 anys tenien una esperança de vida de 50,4 anys, que el 1998 era de 51,9; les joves d'aquesta edat passen dels 55,8 anys als 58,25 (vegeu les taules 35, 36 i 37 de l'Annex estadístic III).

Pel que fa a la mortalitat entre els joves de 15 a 29 anys, l'evolució en els darrers 20 anys ha estat positiva, en la mesura que la taxa de mortalitat ha tendit a disminuir. En els darrers anys aquesta tendència s'ha confirmat, de manera que amb dades de 2002 la taxa de mortalitat entre els i les joves de 15 a 29 anys se situa en 50,33 defuncions per cada 100.000 joves (Taula 38 de l'Annex estadístic III). Poden apreciar-se diferències molt importants segons el sexe: la taxa de mortalitat dels nois de 15 a 29 anys (0,72‰ el 2002) gairebé triplica la de les noies (0,27‰), fet que cal associar, més que a l'envelliment (la taxa dels nois de 20 a 24 anys supera la del següent grup d'edat), a les pràctiques de risc (tant en l'oci com en el treball). Igualment, el territori també es configura com una variable clau en la mortalitat dels joves: així, la taxa més alta (Terres de l'Ebre, 0,73‰) gairebé dobla la més baixa (Àmbit Metropolità, 0,45‰). La sinistralitat viària (associada a d'altres indicadors, com el consum de drogues o d'alcohol) és un dels factors fonamentals per entendre aquestes importants variacions.

Les principals causes de mortalitat entre la població jove se situen totes en causes externes: els accidents de trànsit en primer lloc, els suïcidis en segon lloc i les altres causes externes en tercer lloc. Després les analitzarem d'una manera més detallada, dedicant un apartat específic als accidents i referint-nos als suïcidis dins l'apartat de salut mental, però volíem subratllar aquest aspecte, que ve a confirmar el que dèiem a la introducció, és a dir, que ens trobem davant de causes de tipus social que en principi serien evitables.

Pel que fa als altres problemes de salut, i segons l'ESCA 2002, només presenten una incidència relativament significativa un conjunt de malestars o manifestacions mòrbides més o menys lleus que especifiquem tot seguit:

1. Sentir alguns dolors i malestar (entre el 9% i 13% de la població entrevistada).
2. Entre el 7% i el 12% han hagut de restringir la seva activitat a causa d'algun accident.
3. Relacionat amb les postures molestes a la feina, i possiblement també a l'hora d'estudiar, la incidència més alta la presenten els mals d'esquena (cervical: 10% dels nois i 15% de les noies; lumbar: 18% dels nois i 13% de les noies).
4. Pateixen d'al·lèrgies el 18% dels nois i el 13% de les noies, i d'asma el 6% dels nois i el 5% de les noies.
5. Entre el 10% i el 15% dels joves entrevistats tenen migranyes i mal de cap.

Si ens fixem en els nostres informants veurem que el que predomina són afeccions lleus, que moltes vegades es barregen amb els símptomes a partir dels quals es detecta una situació mòrbida; a més, molts d'aquests coincideixen amb els exposats en aquests cinc punts: mals de panxa, de cap, d'esquena, de cames, forts dolors menstruals i otitis, és a dir, dolor físic en general, cansament, vòmits, constipats, faringitis, infeccions vaginals, problemes de boca, grans, fongs, una al·lèrgia alimentària, etcètera. Més enllà d'això, el que acaba emergint amb claredat són, per una banda, els accidents, i per l'altra els estats que tenen relació amb la salut mental.

Pel que fa als accidents, l'Olga es va vendre la moto després d'haver tingut dos accidents greus i tres de lleus. També ens han parlat d'accidents de cotxe la Laura, en Daniel i en Rubén, i altres s'han referit a accidents més lleus en bicicleta. La Laura és l'única que ens diu que ha viscut un avortament, després del qual va tenir una depressió, i la Leila està sortint d'una anorèxia que li va detectar el metge de capçalera, mentre que la Feli presenta tot el conjunt de símptomes de l'anorèxia, encara que aquest cas no es va poder confirmar. D'altra banda, hi ha dos joves en tractament psiquiàtric —en Nasi i en Marc— i altres que ens parlen de situacions de tristesa: en David, referint-se al conjunt de la família, des que tenen l'avi amb Alzheimer, en Josep, que diu que els dies grisos li afecten l'estat d'ànim i que un dia a la setmana acostuma a estar deprimat; la Sandra, que de vegades es detecta una certa irritabilitat... Finalment, hem de destacar un tema que surt força vegades, que és el de la relació amb el tabac. Per una banda, hi ha uns quants joves als quals els empipa dependre'n: l'August està content d'haver deixat els porros perquè aprofita més el temps i fa més esport, però no pot deixar el tabac i l'alcohol; l'Andreu voldria fumar només marihuana o haixix, sense haver-ho de barrejar amb tabac, i la Blanca considera que fuma massa. Per una altra banda, n'hi ha que hi recorren només de tant en tant, d'una manera esporàdica, com la Mercè o en Rubén, que només fuma quan pren copes i escolta música, cas que confirma l'existència d'una minoria que fuma ocasionalment i l'associació entre l'ús de drogues i unes situacions determinades (Romaní et al., 1992: 18-27).

Pot tenir un cert interès veure la distribució desigual d'alguna de les principals morbiditats que hem vist fins ara atenent-nos a les regions sanitàries catalanes. En fer-ho, trobem que en els ítems mal d'esquena cervical, mal d'esquena lumbar, al·lèrgies cròniques i depressions i ansietats sempre hi ha en els tres primers llocs les regions de Barcelona ciutat, Costa de Ponent i el Barcelonès nord i el Maresme. Aquesta última desapareix en el rànquing de les migranyes i els mals de cap, on apareixen les Terres de l'Ebre en tercer lloc, i aquesta última regió és la que encapçala els accidents de trànsit (10,4%), seguida de la Costa de Ponent (9,1%) i de Barcelona ciutat (8,6%) (vegeu les taules I a V de l'Annex estadístic II). És clar que, més enllà de les regions on es concentra la majoria de la població, es fa difícil explicar el perquè de les diferències, cosa que caldria estudiar —almenys en alguns aspectes, com els accidents.

L'efecte de les desigualtats de tipus social que afecten la salut queda molt clar en la majoria d'històries del nostre grup de joves marroquins. Les tensions, la desorientació i la soledat viscudes durant el seu procés migratori i les dures condicions de la vida al carrer al seu lloc d'arribada els ha suposat, a més dels patiments físics corresponents —producte d'estar hores i hores en una mateixa postura dins d'un camió o entre els eixos de les seves rodes, dels maltractaments de la policia, del fred, la gana, etcètera—, un trauma psicològic que molts d'ells encara no han remuntat.

Com ara veurem, alguns d'aquests malestars o morbiditats també els podem associar amb les diferents situacions de risc que analitzarem tot seguit: malestars existencials —salut mental—, accidentalitat viària, seguretat laboral, etcètera. L'anàlisi d'aquestes situacions també ens ajudarà a aprofundir en algunes variacions internes, com la que explica, almenys en part, les diferències de mortalitat entre nois i noies. Per fer-nos-en una idea, l'any 2002 a tot Catalunya van morir 80 nois i 45 noies de 15 a 19 anys, i 433 nois i 134 noies de 20 a 29 anys (Departament de Salut, 2004). Anem a veure, doncs, com s'articulen, en cada una de les situacions de risc que hem definit, els principals factors socioculturals que ens permetran aproximar-nos a aquesta explicació i a la d'alguns altres aspectes bàsics de la salut dels joves catalans.

2. SITUACIONS DE RISC I SALUT

Un sentiment propi dels joves és sentir-se immortals, i tenir la voluntat de viure intensament el moment sense pensar gaire en el futur i en les possibles conseqüències a curt o a llarg termini del que es fa ara. Això, que afecta sobretot els més joves de la població que analitzem en aquest estudi, és un handicap per a totes les campanyes de prevenció, i preocupa molta gent. No hem de perdre de vista, però, que aquesta característica juvenil es dona en unes determinades condicions socials i culturals: avui per avui, des del punt de vista cultural s'enalteix aquesta potència juvenil i s'aprofita de cara al mercat, però al mateix temps no veiem que socialment hi hagi gaires bones condicions perquè aquest «*vivere pericolosamente*» que es considera propi de la joventut es pugui desenvolupar amb el mínim de riscos. Més aviat al contrari: la pressió del mercat és més coherent amb l'explotació laboral, la tendència al consumisme en relació amb els vehicles i la velocitat, amb un cert tipus d'alimentació, de drogues o de sexe, i amb tota una sèrie d'imatges culturals que fonamenten aquestes idees —inevitabilitat, virilitat, prestigi, poder...—, més que no amb les iniciatives socials o els discursos més o menys ben intencionats dirigits a la prevenció i la minimització d'aquests riscos.

Per això ens ha semblat interessant destacar en aquesta segona part, entre el conjunt d'elements que es relacionen amb la salut en la vida quotidiana dels joves, aquelles situacions més problemàtiques, ja sigui objectivament, perquè s'associen a nivells significatius de morbimortalitat, o bé des del punt de vista de la percepció social i de les demandes institucionals. En tot cas, es tracta de situacions que ja són o que sembla que haurien de ser objecte d'atenció i intervenció de les institucions públiques.

2.1. Seguretat laboral

Un dels factors estructurals que incideix més clarament en la salut és la feina. Aquesta incidència pot ser positiva o negativa: no tenir feina pot empènyer a processos de marginació social que suposin, entre altres coses, dificultats psicosomàtiques més o menys greus, i per contra tenir feina pot ser una font de socialització, de satisfaccions econòmiques, de reconeixement social, de realització personal, etcètera (Espluga et al., 2004). Però de feines n'hi ha de moltes menes, i les condicions laborals associades a les ocupacions de bona part dels joves no sempre són bones. En les nostres pròpies societats industrialitzades ens trobem que la primera causa de mortalitat i de morbiditat dels menors de 35 anys són els accidents, i d'aquests una part significativa són els accidents laborals —més endavant parlarem de la part més important d'aquests accidents, els de circulació viària.

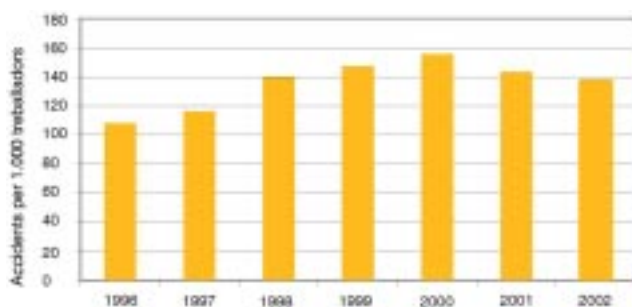
Els joves són el grup més vulnerable a la sinistralitat laboral: de fet, entre els joves catalans de 16 a 24 anys (12,3% de la població ocupada) es produeixen el 22,5% dels accidents laborals amb baixa del 2002. Aquesta xifra és congruent amb el fet que l'índex d'incidència va arribar a 137,3 accients per cada 1.000 treballadors de 16 a 24 anys, mentre que va ser força inferior (80,1) entre el següent grup d'edat (25 a 34 anys).

“Algunes de les causes d'aquesta situació són la major precarització dels contractes laborals realitzats als joves, la subcontractació, les condicions del lloc de treball, l'incompliment de la legislació de prevenció de riscos per part de l'empresa, del treballador o dels dos i la relaxació de la inspecció de treball en la implementació de mesures efectives en matèria de salut laboral” (Martínez/ Recio, 2004: 24-25). Des d'una perspectiva temporal, l'evolució dels accidents de treball amb baixa està sent negativa, tal com han vingut alertant diversos agents socials. Així, la creixent precarització de les condicions laborals dels joves és un element vinculat a l'augment dels accidents laborals resgistrat des de 1996 fins a 2002 (l'índex d'incidència ha passat de 107,9 a 137,3). Tot i que la gran majoria d'accidents són de caràcter lleu, el 2002 es produïren 258 accidents greus i 16 de mortals.

Pel que fa a l'evolució dels accidents de treball amb baixa, hem de tenir en compte que l'evolució general de la sinistralitat laboral, tant a Catalunya com a Espanya en general, parteix d'un nombre d'accidents molt elevat a principis dels noranta que segueix una tendència descendent fins a l'any 1994, moment a partir del qual comença una tendència ascendent que no s'ha aturat fins al 2003-2004 —pel que fa al nombre absolut d'accidents—. Així, podem constatar que el 1992 i el 2002 hi ha un nombre força similar d'accidents entre la població de 16 a 24 anys, només lleugerament més alt el 2002 (39.495 el 1992, 41.439 el 2002). Però, tot i la similitud d'aquestes xifres, el context és molt diferent i connota situacions diferents. El que és rellevant és el canvi de tendència i l'escalada que es produeix a partir del 1994, sobretot si es té en compte que el 1995 es va aprovar la Llei de prevenció de riscos laborals. D'altra banda, l'índex d'incidència —accidents en relació amb la població laboral existent en cada moment— també segueix una evolució similar: curiosament, malgrat que la població activa augmenta progressivament des de mitjans dels noranta, l'índex d'incidència també augmenta perquè es produeixen encara més accidents, fins a arribar al 2001-2002, moment en què comença a baixar. En la població treballadora jove l'índex d'incidència passa del 107,9 (1996) al 137,3 (2002). Tot plegat és congruent amb el fet que l'escalada de la sinistralitat coincideix en el temps amb la desregulació del mercat laboral: el 1994 hi va

haver una reforma laboral que va ampliar substancialment les possibilitats de contractació temporal, i a més es van legalitzar les ETT. La relació entre temporalitat i sinistralitat s'ha demostrat en diversos estudis com els de Boix (1997) o Duran (2001), i totes aquestes xifres confirmarien la seriositat del problema.

Gràfic 1. Evolució de l'Índex d'incidència (*) dels accidents de treball amb baixa entre la població ocupada assalariada de 16 a 24 anys. Catalunya.



(*) Índex d'incidència: accidents de treball amb baixa per cada mil treballadors ocupats assalariats.

Font: elaboració pròpia a partir de dades del Departament de Treball i Indústria.

Tal com ja hem vist des d'un punt de vista qualitatiu, hi ha una clara percepció del deteriorament de la pròpia salut en relació amb l'activitat laboral, que suposa llargues jornades de treball, canvis d'horaris continuats, postures repetitives i molestes, esforços excessius, manipulacions perilloses —maquinària, productes tòxics—, etcètera, a més de la sinistralitat pròpiament dita. Tot plegat s'acaba manifestant en dolors de cames, braços, esquena, migranyes, cremades, talls, traumes musculars, esgotament general, etcètera. Això s'exemplifica en un dels sectors que, juntament amb el de la construcció, ocupa prioritàriament la joventut, com és el de l'hostaleria; segurament tots dos sectors també serien "exemplars" en la dada relativa a la precarietat laboral, que es relaciona directament amb el que vèiem en el punt anterior. Molts dels nostres entrevistats han treballat a l'hostaleria sense contracte, i quan n'han tingut sempre ha estat temporal, excepte en un cas, el de l'Api, que ara té contracte fix. Això és congruent, per exemple, amb el fet que la comunitat autònoma amb més accidents siguin les Balears, on els sectors d'activitat econòmica predominants són la construcció i, encara més, l'hostaleria (Espluga *et al.*, 2004).

Vegem com ho explica, per exemple, una noia del GD 2 que, tot i reconèixer els aspectes positius de la feina —estabilitat econòmica i tot el que això suposa... mentre duri!—, assenyala aquests altres aspectes, que a més li

semblen poc coneguts, almenys en relació amb altres sectors laborals: «El sector servicios es el sector en el que más accidentes laborales hay —aunque no lo parezca—, pero se está haciendo publicidad de prevención laboral en lo que es fábricas o en la construcción. Nadie te viene a dar un curso de riesgos laborales, y yo, seguramente, si sigo por ese camino, de aquí a diez años tendré los tendones de la mano hechos polvo, la espalda hecha polvo. Y te consume mucho porque son muchas horas, nunca cumples tu horario pero tampoco cobras las horas extras (porque la hostelería es así). Siempre trabajas cuando los demás no trabajan».

Aquestes percepcions dels nostres entrevistats són coincidents amb les dades de l'ESCA 2002, on trobem que gairebé el 30% de les persones ocupades perceben que la seva feina es relaciona directament amb algun risc per a la seva salut. Aquí trobem unes diferències significatives per gènere —els homes que afirmen això són el 33,7% i les dones el 22,1%— i per edat —afirmen això el 18% dels joves entre 16 i 20 anys, el 25% dels de 21 a 25 anys i el 29% dels de 26 a 30—. No sembla gaire possible, dins aquestes franges d'edat, que com més grans es facin més riscos corrin; el més lògic és pensar, més aviat, que com més grans es fan més consciència hi ha dels problemes de salut lligats a la feina. També hi ha coincidències en les principals causes d'aquests patiments laborals, que segons aquesta enquesta serien el desenvolupament de moviments repetitius amb braços o les mans, la feina rutinària, l'excés de feina, el fet de treballar sol o sola, les postures molestes i els esforços musculars excessius. Ho podem veure amb més detall al quadre següent:

Taula 1. Població de 16 a 30 anys exposada a riscos per la salut a la feina, segons autopercepció. Catalunya, 2002

Risc per a la salut	Hi estan exposats moltes vegades			Hi estan exposats sempre		
	16-20	21-25	26-30	16-20	21-25	26-30
Soroll	25%	22%	20%	4%	6%	10%
Pol·lució de l'aire	3%	6%	8%	11%	10%	14%
Aixecar pesos	14%	11%	13%	6%	10%	10%
Moviments repetitius	19%	15%	16%	34%	25%	31%
Productes tòxics	1%	2%	3%	2%	5%	6%
Risc elèctric	2%	3%	2%	1%	3%	5%
Risc de cremades	2%	2%	4%	2%	3%	6%
Risc d'accidents de trànsit	1%	2%	3%	2%	4%	8%
Canvis de temperatura	3%	6%	7%	4%	8%	12%
Il·luminació inadequada	2%	2%	5%	2%	5%	9%
Maquinària perillosa	4%	4%	5%	5%	7%	10%
Postures molestes	6%	10%	12%	5%	8%	13%

Font: ESCA 2002.

Malgrat les dades anteriors, el nivell de satisfacció per la feina és prou elevat, possiblement perquè en un panorama general d'alta taxa d'atur juvenil els nois i les noies es deuen sentir relativament privilegiats pel sol fet de treballar: estan molt satisfets de la feina que fan el 15% dels nois i el 20% de les noies; satisfets, el 72% dels nois i el 69% de les noies; només se senten insatisfets el 8% del nois i el 9% de les noies, i de molt insatisfets n'hi ha molt pocs, ja que són l'1% dels nois i el 3% de les noies. El Ministeri de Treball fa cada any una *Encuesta sobre calidad de vida en el trabajo* en la qual, després de manifestar en una proporció relativament elevada queixes per estrès, fatiga, percepció de riscos, incomoditats, etcètera, al voltant del 80% dels enquestats es mostren satisfets o molt satisfets amb la seva feina.

A partir d'aquestes dades podem fer dues consideracions. Per una banda, hi pot haver un error metodològic, ja que probablement el concepte de satisfacció amb la feina és multidimensional i polisèmic, i és complicat recollir-lo amb una simple pregunta d'un qüestionari; és per això que surt el que surt —podem pensar que respostes formalment molt similars poden voler dir coses molt diferents, però el procés estadístic les agraga totes en una mateixa categoria—. D'altra banda, si acceptem que els dissenyadors del qüestionari coneixen molt bé la població i que els seus components tenen tots la mateixa idea al cap quan contesten aquesta pregunta, llavors el fet que el 80% de treballadors diguin que estan satisfets amb la seva feina podria implicar que totes les circumstàncies adverses esmentades —riscos, moviments repetitius, excés de feina, postures molestes, etcètera— són

conceptualitzades com a part de la “normalitat”. Si fos veritat, això voldria dir que una bona part dels joves catalans entenen que treballar i treballar en condicions adverses és el mateix i és normal. Aquesta segona possibilitat seria francament més preocupant que la primera.

Finalment, la temporalitat pot ser un factor que pot presentar uns certs avantatges estratègics per a alguns joves —se suposa que amb un bon nivell de formació i d'habilitats socials— per a la seva inserció en la nostra societat actual: els permetria no lligar-se massa aviat a un sol amo ni a una sola situació, tenir diverses experiències formatives, buscar llocs més avantatjosos per diverses raons, disposar d'espais de temps lliure per a altres activitats entre feina i feina, etcètera. Aquest seria el cas de l'Olga —recordem que és cuinera—, que, afectada “físicament i mentalment” per la feina intensiva durant força anys seguits, va decidir demanar l'atur, programar viatges amb la seva parella i descansar. O el cas de la Berta, estudiant a qui li interessa treballar els tres mesos d'estiu i a qui no li fa res tenir un contracte temporal i treballar deu o dotze hores diàries cobrant l'equivalent a 650 ptes/hora, perquè així fa uns calés per al curs vinent.

Però la veritat és que per a la majoria de joves, inclosos els de la nostra mostra, la temporalitat equival a precarietat i, malgrat els esforços de normalització d'aquesta precarietat en els joves, aquesta no només té les manifestacions que acabem de comentar, sinó d'altres (Albaigés et al., 2004; Espluga et al., 2004), lligades moltes vegades a probables processos d'exclusió social. En el grup de discussió 2, fet amb joves treballadors d'un poble proper a Girona,

es relacionava directament aquesta precarietat amb l'estrès i l'angoixa que suposa no poder planificar mai la teva vida a mitjà termini i no tenir capacitat de decisió sobre la pròpia existència, la qual cosa, juntament amb altres factors ja vistos —canvis de torn, tensions contínues, sorolls excessius, etcètera— afectava el deteriorament de la pròpia salut, no només física, sinó sobretot mental:

«Que los jóvenes estamos muy mal... porque tenemos la presión de que tenemos que ser adultos antes de hora; tenemos que empezar a entrar en la máquina de trabajo, y después nos dicen: «¡Estudiad, estudiad, estudiad!», pero no puedes estudiar sin trabajar, y además tienes que pagar un piso, tienes que comer... y es una contradicción. Y creo que nuestra generación es una generación muy puteada; sí que hay otras generaciones puteadas, pero la nuestra es muy puteada y la gente no se da cuenta: vamos todos como borregos y, bueno, a mí me duele mucho eso. Porque cuesta mucho llevarlo todo, y lo tienes que llevar todo, todo, todo... Y estamos fatal en todo, estamos perdiendo todas las ventajas que había antes. La precariedad, el mundo laboral ahora está muy mal, lo han destruido. Es que hay veces que la gente no quiere currar menos, ilos jóvenes quieren currar más!, porque están atadísimos porque necesitan la pasta...»

«Nos están apretando mucho las tuercas... y no podemos más.»

«Nos crean necesidades. Nos hacen querer tener un coche, tener un piso, tener dos hijos...»

«Y te obligan a tener una relación de pareja, porque si no tienes pareja no puedes tener un piso... te dicen cómo tienes que tener tus relaciones con tus amigos, con la familia, con la pareja... Te lo dicen todo y estás apretado, como en una jaula, y no puedes salir... y encima, siempre ves que no llegas a final de mes... ¡que sólo tengo 25 años y llevo varios pensando como si tuviera 40!»

És interessant veure com parlen, no només de les pressions estructurals, sinó també de les comparacions, ni que sigui implícites, entre generacions i entre diferents tipus de joves. Tot plegat remet als processos de canvi que estan vivint i fa que, com diu una de les noies, «ho hagin de portar tot», la qual cosa és molt difícil si a més no hi ha models culturals indiscutits, o si els que semblen més hegemònics van per un altre camí, com seria la “síndrome de Peter Pan”. Segurament, els estudiants i/o aquelles persones amb un estil de vida més centrat en el lleure, que de vegades semblen els únics joves que existeixen, veurien les coses d'una altra manera, però val la pena escoltar veus com aquestes, que ens remetent a un sector significatiu dels joves catalans.

2.2. Accidentalitat viària

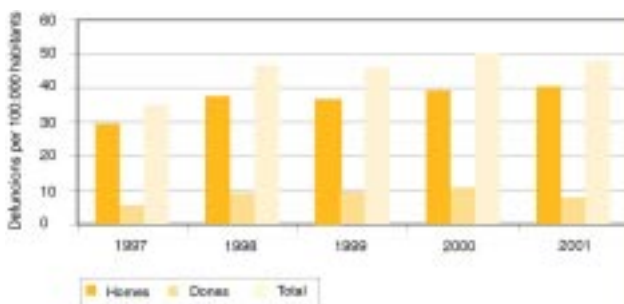
Ja hem esmentat al punt anterior el lloc capdavanter que ocupen els accidents pel que fa a la mortalitat i morbiditat dels joves. N'hem vist un primer grup, els de tipus laboral, i tot seguit veurem l'altre, els que tenen relació amb la circulació viària, que en molts grups d'edat són la primera causa de mort i d'una gran quantitat de lesions i discapacitats. Aquí també estem tractant factors estructurals, ja que, com sabem, un dels sectors més importants de l'economia capitalista contemporània és el que està relacionat amb la indústria automobilística —potser només comparable, al nostre país, amb el de la construcció—; també hem de tenir en compte la hipertròfia de la publicitat i la brutal pressió que fa per afavorir el consum de cotxes i motos en totes les seves modalitats, de gadgets, d'equipaments, en fi, de tot allò que tingui relació amb el món de la velocitat.

Però també sabem que, a més d'un factor estructural de tipus econòmic bàsic, aquí hi influeixen altres factors de tipus cultural i simbòlic que es tradueixen en comportaments psicològics determinats. Partint dels valors hegemònics a la nostra societat, hi ha un encadenament —diguem-ne que lògic— entre velocitat, potència, poder, risc, dominació i virilitat que forma part de “l'educació sentimental” que s'ofereix als nostres joves i que una part significativa d'ells sembla fer-se seva, segurament perquè creuen que això els és útil socialment, sobretot pel que fa a la seva situació en les relacions de gènere (Romaní i González, 2002: 202-207); en aquest conjunt, la transgressió es converteix en un element important d'identitat masculina (Garza, 2004). Encara que segurament aquestes reflexions també valdrien per a conductors de més de 25 anys, el fet és que les dades d'accidentalitat viària per sota d'aquesta edat són, en principi, les més impactants.

Segons un estudi del RACC (2003), el 58% dels conductors entre 18 i 24 anys van tenir algun accident durant el 2002, encara que les noies menys que els nois, i d'una tipologia diferent; així, per exemple, les noies lesionades anaven com a acompanyants amb molta més freqüència que els homes. El mateix any 2002 el 40% de lesionats en accidents a Barcelona tenien entre 20 i 29 anys, molt per sobre del grup d'edat següent (30-39 anys), que com a molt arribaven al 20%. I si mirem les dades existents amb una certa perspectiva històrica (taula VI de l'annex), sembla clar que els accidents de trànsit van en augment.

Un indicador de la gravetat d'aquests accidents és l'evolució de la taxa de mortalitat per causes externes entre la població juvenil, on els accidents de trànsit estan en primer lloc i molt destacats per sobre de qualsevol de les altres causes externes, i han tingut una tendència creixent des del 1997 (29,5 nois per 5,60 noies) fins al 2001 (40,34 nois per 7,78 noies), amb algunes oscil·lacions, com es pot veure a la figura 2. En aquest cas també s'aprecia que la gravetat afecta molt més els nois que a les noies, ja que els primers sempre es mouen en unes xifres quatre o cinc vegades més altes que les de les noies.

Gràfic 2. Taxa de mortalitat per accidents de trànsit de vehicles de motor entre 15 i 24 anys, per sexe. Catalunya, 1997-2001.



Font: elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i d'Estudis. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Malgrat tot, la por al risc és molt relativa, sobretot pel que fa precisament als nois. Un exemple de l'ambigüïtat en la percepció dels riscos el podem veure en el GD 1, el grup de discussió amb adolescents, on algunes noies donen la resposta "correcta". Així, per exemple, n'hi ha una que diu: «Home, si ja tens divuit anys pots tenir cotxe o Internet i ser responsable, doncs també pots ser responsable per no beure i que van els teus amics amb tu... Si ets responsable de portar el cotxe, ets responsable també de tots». Però els nois comencen a matisar: «La gent beu però no vol dir que és beure per estar borratxo. Beure sí, però emborratxar-se no... perdre el control del cotxe». Més endavant, un noi comenta: «Es distinto... coger la moto fumado y coger la moto bebido. Controlas más fumado, sabes lo que haces, pero bebido no». Les noies hi veuen una certa immaduresa, i una d'elles replica: «Hacen el tonto, dicen que están bien pero no es verdad, saben que están bebidos.... Lo saben pero dicen que no, que ellos controlan». De vegades els nois es proposen limitar-se a «la consumición de entrada y no tienes por qué beber más. En eso sí que lo controlo, si no quiero beber más, o sea, no bebo». Els sembla massa dur no poder beure gens d'alcohol —«Los camioneros que están todo el día condu-

ciendo y tienen que ir a comer, ¿no se pueden beber su vasito de vino con la comida?»—, i molts semblen creure que en el fons és una qüestió de «conocerse como aguantas». Al capdavall la necessitat —de tornar a casa, per exemple— farà que agafis el cotxe encara que hagi begut: «Normalmente, si estás más o menos lejos se coge el coche aunque hayas bebido. Yo es que pienso eso, que normal, tampoco pierdes tanto los reflejos y eso».

Les relacions entre usos de drogues i conducció també surten en els altres dos GD. Així, una noia del GD 2 afirma: «Porque no hay respeto por la vida de uno mismo ni por la de los demás. Yo no considero que las causas de los accidentes sean ni el alcohol ni las drogas. Porque si tú sabes cómo bebes y tú sabes cómo te drogas, no tiene por qué haber un accidente de coche. Es falta de respeto y da mucho miedo, porque tú puedes estar conduciendo perfectamente pero sabes que en cualquier momento otra persona está jugando con tu vida, en todo momento cuando estás en la carretera. Y no hay conciencia de que un coche puede ser una arma más para matar». Curiosament —o no?— aquesta última expressió la diu també una de les persones del GD 3, en el qual hi ha una certa divisió d'opinions sobre la influència de les drogues en els accidents automobilístics:

«—Yo no estoy tan segura...

—Yo no creo. En parte, sí, pero no es solo eso. Yo creo que tiene que ver con la agresividad de la gente.

—Evidentemente. Pero yo también conozco gente que no es imprudente normalmente. Comete la imprudencia de coger el coche con alcohol, y ahí se convierte en el rey del mambo, también. Yo creo que aumenta muchísimo el riesgo del alcohol, y no creo que sea una cuestión sólo de los medios...

—[...]

—El coche es un riesgo para cualquiera, como el cáncer, ¡joder! [...]. Pero esto como el rollo de los condones, y el sexo y no sé qué. Con qué está relacionado esto: con la sociedad de chiflados que tenemos, con el consumismo! Lo de los coches es consumismo puro y duro, y materialismo. Y lo de los condones es igual. Te importa más una cosa o un acto que la persona [...]. A ver, ¿por qué hay coches que llegan a doscientos, tío, si a lo máximo que puedes ir es a ciento veinte en España? Porque tampoco no es un rollo homogéneo, no no... se muere determinada gente, como de cáncer de pulmón se muere determinada gente [...]. Pues esos, varones de entre 18 y 30 años.

—[...]

—Por eso te digo que prefiero conducir yo que mis colegas, aunque haya bebido más.»

En aquest paràgraf és interessant remarcar que, més enllà de la possible influència de diferents drogues sobre la manera de conduir, es considera que hi ha aspectes anteriors

més bàsics, com la falta de respecte o l'agressivitat, que acaben afectant no només en els accidents automobilístics, sinó en molts altres aspectes de la vida, com les relacions sexuals, l'alimentació o, en general, les relacions amb els altres i l'autoestima per un mateix, que en un moment de la discussió d'aquest GD es plantegen com a indissociables.

D'altra banda, al final del paràgraf que acabem de reproduir es plantegen una altra vegada les diferents maneres d'encarar la conducció per part de nois i noies. Aquestes últimes tenen menys accidents, sobretot greus, i moltes vegades quan els tenen és perquè van d'acompanyants amb nois que condueixen. Per això aquesta noia, que ja és una mica més gran i se suposa que té una certa experiència, té molt clar que prefereix gestionar ella aquest tipus de risc, fins i tot —o potser precisament per això!— en condicions en què la situació es complica per la presència d'algunes drogues, que no pas fiar-se dels seus col·legues mascles. Aquest és un tema redundat en els estudis més recents que relacionen conducció i conductes de risc.

De tota manera, val la pena no perdre de vista tampoc algunes qüestions més tècniques, com es planteja al GD 2: «*Es una cadena, y te induce a ir estresado por la carretera, porque siempre llegas tarde a todas partes... Además hay mala señalización, porque la hay. El problema es que no te ofrecen alternativas al coche: yo, por ejemplo, para ir a estudiar tengo que ir en coche porque no tengo transporte público* [ha d'anar de Santa Coloma de Farners a la universitat de Girona]».

En efecte, ja hem vist les pressions culturals i econòmiques que duen a comportaments de risc amb vehicles. Però altres aspectes a considerar per explicar aquestes xifres són també l'estat deficient d'alguns punts de la xarxa viària, la no sempre bona gestió del trànsit, la manca de transport públic com a alternativa —moltes vegades no n'hi ha si no és entre els punts més centrals de la xarxa de comunicacions del nostre país—, així com la manca de mesures preventives, com l'ús del cinturó o del casc.

Aquest últim aspecte és important. Malgrat tractar-se d'una conducta visible i de l'efecte persuasiu de la vigilància i les sancions, segons l'ESCA 2002 només el 64% dels joves entre 16 i 20 anys, el 76% dels de 21 a 25 i el 76% dels de 26 a 30 diuen que porten el casc quan van en moto. De fet, i per a tot l'Estat espanyol, el 54% dels passatgers implicats en un accident mortal no portaven casc. Pel que fa a la distribució territorial i per classes, ens trobem que els conductors que més diuen utilitzar aquesta mesura són els de la regió sanitària de Barcelona ciutat, seguits dels de la Costa de Ponent i Girona, mentre que a la cua es troben els de les Terres de l'Ebre. D'altra banda, afirmen que fan ús del casc un 80% dels membres de la classe de directius (I), en contrast amb el 50% de membres de la classe de treballadors no qualificats (V).

Pel que fa a lligar-se el cinturó al cotxe, malgrat que les xifres dels que diuen que ho fan sempre sembla baixa, amb l'edat augmenten els que prenen consciència de la seva necessitat, ja que diuen que ho fan sempre el 71% dels nois i noies de 16 a 20 anys, el 80% dels de 21 a 25 i el 85% dels de 26 a 30.

En un altre aspecte bàsic com el de les limitacions de velocitat, els resultats de la nostra enquesta indiquen que només el 61,7% del conjunt de joves de 16 a 29 anys afirmen que les respecten, una xifra preocupant si tenim en compte les possibles conseqüències d'assumir aquest tipus de risc. Com sempre, les noies semblen força més prudentes, ja que el 73% diuen que respecten aquestes limitacions, enfront del 51% dels nois, la qual cosa és totalment coherent amb les associacions simbòliques esmentades abans entre velocitat, poder i virilitat.

D'altra banda, el 94% del conjunt de joves manifesten que no saben amb quina quantitat d'alcohol es dona positiu en un control d'alcoholèmia, sense que hi hagi diferències significatives entre nois i noies. Malgrat això, el 44% tenen la sensació d'haver conduït amb més alcohol del compte alguna vegada, i el 6,1% diuen que fan sovint, i un cop més hi ha diferències de gènere significatives: el 55% dels nois i el 32,4% de les noies diuen que alguna vegada han conduït amb més alcohol del compte, i el 10% dels nois i només el 2% de les noies diuen que ho fan sovint.

Finalment, i aquí sí que no hi ha diferències significatives entre nois i noies, el 75,8% no recorden el lema de la darrera campanya de seguretat viària (vegeu les taules I-IV de l'annex VII). Tant les percepcions qualitatives com les últimes dades que hem vist ens parlen del limitat efecte de les campanyes de prevenció de l'accidentalitat viària enfront de pressions molt més fortes. Potser caldria identificar millor aquest tipus de pressions, que ja hem esmentat abans, per replantejar les coses i encarar el problema d'una manera més efectiva.

2.3. Trastorns alimentaris

Si en el punt anterior vèiem unes conductes de risc bàsicament masculines, en part influenciades per la pressió del mercat i les pressions culturals cap a certes formes d'identitat, en aquest apartat ens trobem amb els mateixos tipus de pressions, però que afecten sobretot a les noies (tot i que cada cop més nois estan sotmesos a aquest tipus d'influències). Els models culturals hegemònics de bellesa del cos de les noies responen encara al "tipus Twiggy", que tan d'estralls ha fet des dels anys seixanta ençà entre les adolescents del món occidental. En el cas dels nois, malgrat els intents d'introduir una certa ambigüitat (o potser com a reacció contra això?), sembla que el model "fibrós/ musculat" encara té un fort

predicament. És clar que la pressió actual dels mitjans de comunicació per posar de moda els “metrosexuals” sens dubte obeeix al descobriment de la indústria del cos (cosmètics, cirurgia, etc.), que havien oblidat el 50% del seu mercat, més que a una simple evolució cultural del model de masculinitat. Encara que entre els nostres entrevistats hem vist que hi havia alguns nois amb una preocupació especial per la seva imatge, només en Francesc sembla una mica obsessiu en aquest aspecte.

Al GD 2, després d'una discussió sobre els transgènics en què uns defensaven la seva maldat intrínseca mentre que els altres deien que depenia de la manera com s'utilitzessin, en comentar els tipus de menjar una noia deia: «*Sí, se come distinto [ara]. Pero es cierto que dentro de las casas se mantiene bastante —al menos es lo que yo percibo a mi alrededor— lo que es la dieta mediterránea. Creo que hay un rol que han adoptado los padres frente a algunas generaciones de hijos, que no han aprendido lo que es cocinar y espabilarse en eso, porque se lo han dado todo, y no saben ni cómo se hace un plato de macarrones: se compran los macarrones prefabricados para recalentar en el microondas. Y no saben lo que comen! [...] Se ha perdido un poco lo que es “enseñar a vivir”. Te enseñan a comprar, te enseñan a consumir, pero no te enseñan a espabilarte y a vivir [...] Se busca ganar tiempo y, sobre todo, no perderlo. Se busca el tiempo: comer rápido porque tengo que ir a trabajar, comer rápido, lo más rápido y lo más fácil, aunque esto te perjudique*».

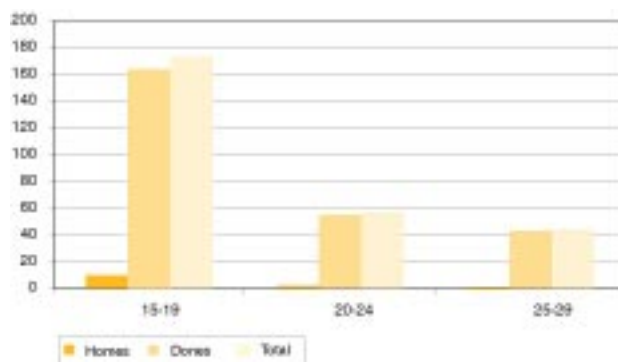
Aquesta pressió del temps, associada a altres aspectes del que es considera característic de les grans ciutats, fan que l'alimentació en aquestes poblacions es consideri molt negativa, en contrast amb el que una de les noies del GD 3 havia viscut a la seva petita ciutat de Galícia: «*Independientemente de la calidad, los hábitos alimenticios de Barcelona son insalubres. Porque la mayor parte de la gente que conozco come como puede, o de pie, o yendo de un sitio a otro, o en media hora pero haciendo otro rollo, o leyendo...*». Això fa que, segons un dels nois del GD 2, es desconeixi un dels plaers bàsics d'aquesta vida: «*Cuando en realidad, comer, tío, es un gustazo! Y te lo tienes que tomar con calma, y pasar su tiempo cocinando, y luego su tiempo comiendo. Es genial, comer es lo mejor del mundo, es un placer!*».

En aquest context, segons dades de l'ESCA 2002, diuen fer dieta el 5% (3% per perdre pes) dels joves d'entre 16 i 25 anys i el 8% (6% per perdre pes) dels joves d'entre 26 i 30 anys. Fixem-nos que mentre hi ha un grup, prou significatiu, que no diu perquè fa dieta, hi ha un percentatge que afirmen que és per perdre pes. Sembla que en la majoria de casos no hi ha una raó mèdica específica, sinó que té més relació amb l'autovaloració personal. Sigui com sigui, encara que es tracta d'una enquesta i per tant allò que es registra és l'autopercepció, les dades ofereixen una

major presència d'aquesta pràctica entre les noies. Com és sabut, aquesta diferència es troba també vinculada amb la desigual prevalença dels trastorns de la conducta alimentària en termes de gènere. Les noies adolescents són més vulnerables a patir anorèxia nerviosa i bulímia que els nois, els quals, en tot cas, són més vulnerables a la denominada vigorèxia. Aquest fenomen s'explica per un ideal estètic socialment acceptat que afecta principalment a les noies. Els mitjans de comunicació estan contribuint a expandir un cànon de bellesa basat en la primor; la forta influència d'aquests mitjans en la vida quotidiana fa que aquest model estètic tingui tanta importància. A la vegada, la generalització d'aquest estereotip no només genera trastorns alimentaris, sinó que sovint provoca sentiments d'ansietat, de frustració i malestar per no poder assemblar-se als models corporals en boga” (Martinez/ Recio, 2004: 21).

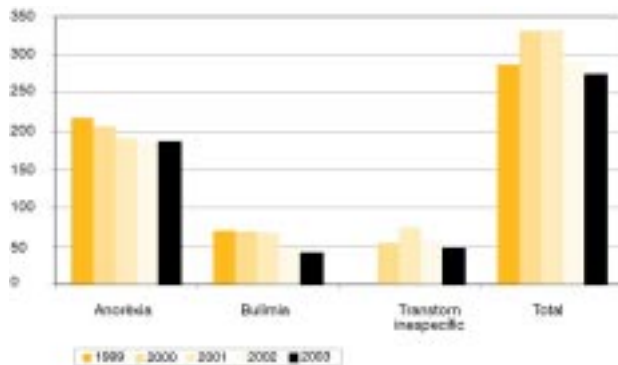
Malgrat les matitzacions que es puguin fer sobre aquesta qüestió, hem volgut posar en relleu amb les figures que venen a continuació que quan parlem de trastorns alimentaris parlem d'uns trastorns que, encara que no tinguin ja uns creixements espectaculars, tenen una presència sostinguda; que afecten bàsicament l'adolescència, malgrat la seva presència també sigui significativa a les altres edats juvenils (20-29 anys); que afecten sobretot les noies; i la principal de les quals és, amb força diferència, l'anorèxia.

Gràfic 3. Població de 15 a 29 anys donada d'alta als centres hospitalaris per trastorns en la conducta alimentària, per grups d'edat i sexe. Catalunya, 2003.



Font: CMBDSM. CatSalut. Departament de Salut

Gràfic 4. Evolució de la població de 15 a 29 anys donada d'alta als centres hospitalaris per trastorns en la conducta alimentària, per diagnòstic. Catalunya.



Font: CMBDSM. CatSalut. Departament de Salut.

En clar contrast amb aquesta situació, també s'està produint un increment de l'obesitat entre els adolescents i joves catalans. Les influències socials i econòmiques que cal tenir en compte aquí són diverses: d'una banda, la irrupció del menjar ràpid (amb campanyes de marketing dirigides especialment a la infància i joventut) i la consolidació del consum de les "xuxes"; de l'altra, cal prestar atenció a les transformacions del nucli domèstic, on —segons els experts entrevistats (veure Romaní, 2004 i Martínez i Recio, 2004)—, cada cop sembla que es conviu menys, hi ha menys transmissió d'hàbits i coneixements culinàries, no hi ha massa comunicació (molts àpats, fins i tot els que es fan a casa, no es fan plegats), ni sembla existir una autoritat paterna/ materna pel que fa a la dieta. Tots aquests factors porten a un tipus d'alimentació que, juntament amb la manca d'exercici físic, són dos comportaments que en els últims anys es poden relacionar amb l'increment de la obesitat en els adolescents catalans. Efectivament, malgrat que aquestes edats semblen les més propícies per a l'activitat física, són relativament pocs els que la realitzen: fan activitat física important, 9% dels d'entre 16 i 20 anys i 13% dels d'entre 21 i 30 anys. No realitzen cap activitat física lleugera, és a dir, de més de 20 minuts/dia, al voltant del 50% dels joves (ESCA 2002).

2.4. Consums de drogues

Considerarem aquí els consums de les principals drogues, legals i il·legals, que són característics dels joves catalans en aquests moments. Deixant de banda consums permanents i estables —que, excepte en determinats ca-

sos relacionats amb l'alcohol, el tabac i el cànnabis, són molt minoritaris—, la majoria d'aquests consums es fan en espais i temps de lleure, i tenen un caire festiu i grupal. És a dir que per sobre del seu caràcter funcional, que també hi és —prendre alguna droga per aconseguir algun rendiment, sigui a la feina o a la festa—, hi predomina el caràcter expressiu, prendre's alguna droga amb algú i en determinades situacions per sentir-se participants d'una mateixa història, per sentir-se identificat o diferenciat respecte a altres¹⁸. De fet, la tríada alcohol-tabac-cànnabis forma part de l'ambient més o menys quotidià de molts joves, ja que aquestes drogues constitueixen elements de sociabilitat entre ells i, independentment del seu estatut legal, en el seu medi estan molt normalitzades (Díaz, A., et al., 2004). De tota manera, és interessant veure també que les diferències internes entre ús i no ús o, més ben dit, entre quantitats d'ús de diferents drogues i tipus d'ús diferenciats, com ara públic/privat, setmanal/de cap de setmana, etcètera, serveixen per marcar diferències, per exemple, en els estils de vida dels casolans —que beuen força, però a casa i entre setmana i, en canvi, prenen poques drogues il·legals—, els consumistes —que beuen menys que els anteriors però prenen més drogues il·legals— o els marxosos —que prenen més drogues de tot tipus durant tota la setmana (Comas et al., 2003: 261-268).

1. Alcohol

Les manifestacions sobre els hàbits de consum de begudes alcohòliques són un bon exemple de l'observació feta al començament d'aquest informe respecte a la poca fiabilitat de les enquestes d'opinió per a segons quines qüestions. En el cas de l'ESCA 2002, és poc creïble que entre el 82% i el 85% dels joves no es prenguin cap cervesa els divendres, que entre el 76% i el 80% s'abstinguin d'aquesta beguda els dissabtes i que en el cas del diumenge els percentatges oscil·lin entre el 86% i el 95%

La mera observació qualitativa permet saber que fa molt temps que entre els joves la cervesa ha anat desplaçant begudes més tradicionals com el vi i els licors; en conseqüència, possiblement les respostes referents a aquests dos últims tipus d'alcohols s'ajusten més als consums reals que en el cas anterior. En el cas del vi, amb percentatges de no-consum de cap de setmana que se situen al voltant del 90%, la raó pot ser que els caps de setmana s'acostuma a consumir cerveses i/o combinats en pubs o discoteques.

Les xifres de no-consum de licors són encara més altes —entre el 96% i el 99%—, menys en el cas de l'apartat referent a whisky, ginebra, vodka, rom, combinats i similars

¹⁸ Sobre el caràcter dels consums de drogues, vegeu Romaní (2004).

—entre el 76% i el 90%—, segurament una dada atribuïble als combinats, que són precisament les begudes més freqüents de les sortides de cap de setmana a pubs o discoteques.

Malgrat tot, aquestes dades, si bé susciten dubtes respecte a la seva credibilitat com a representació dels consums reals, sí que poden representar, precisament pel seu biaix, que si més no entre els joves es té consciència dels riscos dels consums excessius i/o no responsables. És evident que aquí les distincions de gènere són significatives: tenim moltes dades i indicis que van en la línia del que ens hem trobat en més d'un grup de discussió de la nostra recerca, i és el paper sempre més preventiu —o preventivista, si voleu— de les noies respecte als nois. Aquest fenomen, ja comentat amb anterioritat, és més general i per tant afecta molts altres àmbits de la vida, però pel que fa en concret als consums d'alcohol es manifesta en diverses actituds de les noies, com per exemple la de no voler conduir, que algú altre condueixi o no voler acompanyar la persona que pretengui conduir sota els efectes evidents de l'alcohol, com ja hem vist abans. En canvi, els nois són molt més permissius pel que fa a conduir en estat d'embraguesa, infravalorant el risc d'accidents de trànsit a través d'una gradació del nivell dels efectes "controlables" percebuts per l'individu i el grup, tal com ha quedat de manifest en els grups de discussió. De fet, a la nostra enquesta el 43,6% de les noies i el 34,5% dels nois consideren l'alcohol molt perillós per a la salut, i per contra hi ha moltes menys diferències entre els nois i noies que el consideren poc perillós (52,2%) (taula V.e de l'annex VII).

Amb un disseny metodològic una mica més sofisticat, que incorpora una bona utilització combinada d'altres tècniques estadístiques, ens podem aproximar als nivells d'ús d'alcohol i altres drogues, tal com fan Comas et al. (2003). Amb relació als estils de vida que descriu Comas, i tenint en compte els centímetres cúbics d'alcohol consumits cada dia, arriba a definir el perfil de "gran bebedor" entre els joves de 15-24 anys: «*El mayor bebedor de la semana es un trabajador que bebe el sábado el equivalente a casi tres botellas estándar de 0,750 litros de licor destilado de 40º, el segundo bebedor en importancia es un marchoso que bebe el domingo más de dos botellas de licor, el tercero es un estudioso que bebe el viernes casi dos botellas de licor, y el cuarto es otro marchoso que bebe un día laborable algo más de botella y media de licor*» (Comas et al., 2003: 263). Igual que en totes les altres drogues, en el moment de dissenyar campanyes específiques en relació amb l'ús de l'alcohol, aquest tipus de distincions internes entre bevedors poden —o haurien de— ser molt útils.

Creiem que val la pena incorporar l'anàlisi que Martínez i Recio (2004: 32-33) fan dels consums d'alcohol en un aspecte concret: «En termes de classe social, s'observen diferències significatives que fan pensar en l'existència de diversos models culturals entre els adolescents i joves. Així, és important apuntar que a Catalunya un 39,6% de les noies de 15-19 anys de la classe dels grans directius (I) afirmen ser bevedores moderades i un 20,7% de la mateixa classe, bevedores de risc. En les altres classes socials, el percentatge de bevedores de risc oscil·la entre el 7,4% per a la classe dels treballadors semiqualficats (IVB) i el valor 0 per a la classe de treballadors no qualificats (V). Entre els nois, en canvi, els percentatges de bevedors de risc per a aquesta franja d'edat es concentren en les classes intermèdies (directius de petites empreses —II— i administratius —III), però la major proporció de bevedors, encara que moderats, s'ubica a la ja esmentada classe V.»

«Un fenomen curiós és que amb el pas dels anys els percentatges de bevedores de risc es redueixen de forma dràstica, incloent les noies de la classe dels grans directius (I). En canvi, els percentatges de bevedors de risc augmenten de forma significativa, sobretot entre les classes més desfavorides. Per exemple, entre els 25 i els 30 anys apareix un 26,6% de bevedors risc a la classe dels treballadors semiqualficats (IVB) per a la ciutat de Barcelona. Aquestes transformacions poden estar relacionades amb el paper que el consum d'alcohol té en el trànsit a la vida adulta en la nostra societat i la maduració més precoç de les noies enfront dels nois. També entre els nois i joves el consum d'alcohol, sobretot en les classes més populars, està vinculat amb la forma d'entendre el lleure i forma part del model cultural de la masculinitat. Existeix una imatge social sobre el consum en els àmbits públics que estigmatitza les noies que consumeixen en excés (la clàssica imatge de noia fàcil) i, en canvi, accepta més aquest consum entre els nois.»

També altres estudis, com el ja citat de Comas et al. (2003), coincideixen en l'alt consum d'alcohol dels treballadors respecte a altres grups de joves. Segurament no cal trencar-se gaire les banyes per endevinar les relacions entre aquests alts nivells de consum i les dures condicions de treball, tal com manifesten els components del GD 2 dient que «*también es una manera de desahogarse. Cuando llevas tantas horas trabajando pues necesitas salirte de todo, alienarte. Es un recurso fácil de estímulo para relajarte, también, aunque en realidad no te relaje. Es tan habitual que es para eso, que al final no te lo tomas así, no lo disfrutas: te lo bebes pero no estás pensando "voy a disfrutar de beberme una cerveza"; en realidad no lo estás disfrutando. Mientras que si te fumas un porro o lo que sea sí que vas a decir "me voy aquí a relajar, después del trabajo...". Y es otra manera de olvidarse de lo duro que ha sido el día, y de lo duro que será el de mañana. Y de que vas a seguir atrapado...*».

I encara que tant les conseqüències com els contextos d'ús de l'alcohol poden ser molt variats, alguns assenyalen els perills que consideren més greus, potser atesa l'actualitat del tema aquests últims anys:

«—Sí, con el alcohol... hay más relación con la violencia doméstica.

—Sí, mucha más... violencia doméstica no es sólo física, sino también psíquica. Porque una persona, si realmente está enganchada a la bebida, no es agradable; es muy desagradable. El alcohol realmente altera el comportamiento, estimula la agresividad a ciertas personas... es muy duro para la familia, para los amigos, para todo el mundo que lo rodea. Pero, como no está mal visto...»

En l'informe de l'any 2003 de l'Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil s'alerta sobre un fet que a Catalunya pràcticament no es coneixia, i que ara comença a tenir una certa presència, que és el de la pràctica del «botellón», que, a part de l'efecte imitació —per la “propaganda” que n'han fet els mitjans de comunicació— pot tenir causes més objectives, com ara el fet que a l'hora que ja han tancat els bars és una alternativa més barata a les discoteques, ja que es pots aprofitar l'oferta ambulant de cervesa —principalment— i a sobre no s'ha de justificar l'edat davant de ningú. Però per no fer-nos-en una idea equivocada, vegem què diu l'informe esmentat:

«A casa nostra el consum d'alcohol al carrer no comporta aglomeracions tan nombroses. Són petits grups, dispersos en espais públics (no solament urbans) i sense una ocupació total d'aquests espais, molts cops sense que altres usuaris se n'adonin, o almenys sense patir-ne cap conseqüència. Els espais preferits són: els pàrquings de les discoteques; els voltants de zones de concentració de pubs, bars o terrasses; places públiques; platges (creix aquest any), i altres espais més apartats de zones habitades (boscos, camp) al voltant dels cotxes.»

Les begudes es compren a supermercats i botigues de menjar; es porten de casa; es compren als bars i als venedors ambulants (llaunes de cervesa). Totes aquestes formes han augmentat. Alguns porten neveres als cotxes amb diferents licors, refrescs i glaçons; altres, petaques amb licor i així solament paguen pel refresc, i també es poden observar els que porten l'alcohol en ampolles dins de bosses de plàstic (Díaz, A., et al. 2004: 84-85).

Des del punt de vista numèric, i pel que fa al conjunt de tot l'Estat espanyol, Comas et al. (2003: 264) assenyalen que els practicants del «botellón» serien relativament pocs joves, almenys en relació amb l'alarma social que s'ha suscitat: l'1,5% els divendres, i el 2,1% el dissabte; extrapolant, això voldria dir que la practiquen uns 90.000 en el primer cas i uns 126.000 en el segon.

Finalment, els marroquins entrevistats mostren força reticències davant d'aquesta droga. No és que molts d'ells no l'hagin provat, sobretot a partir del moment que van arribar aquí, però excepte en algun cas les seves experiències es relaten com a força negatives i, en tot cas, semblen fer-ne un ús molt esporàdic, la qual cosa no vol dir que no hagin tingut algun episodi d'intoxicació aguda durant el seu procés d'adaptació a les nostres terres.

2. Tabac

Respecte al consum de tabac, les respostes segurament s'apropen més als consums reals observats que les referides a l'alcohol. Globalment, i segons l'ESCA 2002, s'observa una disminució de no fumadors segons l'edat (60% de 15 a 20 anys, 57% de 21 a 25 i 27% de 26 a 30) i una distribució per regions sanitàries de no fumadors que situa en primer lloc Barcelona ciutat (64,8%), seguida de Lleida (60,8%) i Tarragona (59,8%) (Taula XI de l'annex VIII). Al mateix temps, sembla que es pren més consciència que fumar pot deteriorar la salut. Un indicador d'aquest fet són els percentatges dels que han intentat deixar de fumar segons l'edat (29% entre els de 16 a 20 anys, 23% per als de 21 a 25 i 35% entre els de 26 a 30 anys). Malgrat això i la insistència i la proliferació d'advertiments respecte als efectes del tabac sobre la salut, en la nostra enquesta un 12% dels joves encara no veuen cap perill per a la salut en el consum de tabac, malgrat que al voltant del 40% el consideren molt perillós (Taula V.f de l'annex VII).

El cas del consum de tabac és l'excepció que confirma la regla respecte al que afirmàvem més amunt sobre l'actitud més preventiva de les dones en general. En aquest cas, i fins als 20 anys, les adolescents són les que més fumen: en el cas de Barcelona, diàriament (un 24,4% de noies per un 12,6% de nois) o esporàdicament (un 16,5% de noies per un 6,6% de nois). Però entre els 20 i els 24 anys, aquestes xifres es capgiren pel que fa als fumadors diaris (un 34,3% de noies per un 42,9% nois). Encara que això no es pot apreciar en la taula següent, on es consideren tant els fumadors habituals com els més esporàdics, hem cregut interessant posar-la perquè confirma, per al conjunt de Catalunya, la progressiva davallada del consum de tabac en els últims vint anys, malgrat que el punt més baix de mitjans dels noranta torna a remuntar posteriorment; també es pot apreciar el «sorpasso» de les noies de 15-24 anys respecte als nois, a partir del 1998, i el fet que un 40% dels joves encara fuma tabac, xifra preocupant des del punt de vista de la salut pública.

Taula 2. Evolució de l'hàbit de fumar (1), per grups d'edat i sexe. Catalunya. Percentatge

Grup d'edat	Sexe	1982	1986	1990	1994	1998	2002
15-24 anys	Homes	58,6	54,5	39,1	38,5	43,4	37,4
	Dones	48,0	50,4	37,4	33,7	45,1	42,5
	Total	53,2	52,3	38,3	36,1	44,2	39,9
25-34 anys	Homes	66,9	69,0	53,4	58,4	50,4	48,6
	Dones	34,8	38,7	44,6	45,1	43,9	38,7
	Total	50,5	53,7	48,7	51,4	47,1	43,9
15-64 anys	Homes	58,3	57,6	49,7	46,3	44,4	41,8
	Dones	20,0	23,4	25,7	25,6	30,7	32,5
	Total	37,9	40,4	36,7	35,3	37,5	37,2

(1) Fumadors diaris i ocasionals.

Font: Departament de Salut.

Si a més tenim en compte el factor de classe, ens trobem amb una situació actual en la qual els grans fumadors es concentren en els homes i les dones adults de més de 29 anys, amb la diferència que la majoria d'homes pertanyen a la classe de treballadors no qualificats (38,6%), mentre que la majoria de dones són de la classe de grans directius (28,5%). En canvi, però, la majoria de fumadores diàries es concentra en les dones de les classes populars, la qual cosa no presagia cap bon futur per a elles en aquest sentit, mentre que és principalment entre els homes de la classe dels grans directius, però també entre les dones, on trobem més exfumadors. Sembla que fumar tabac, malgrat els nivells encara alts en què se situa aquest consum, s'està convertint en un hàbit socialment poc prestigiós. Entre els joves això és molt clar, sobretot en comparació amb l'alcohol i els derivats del cànnabis, i podem atribuir-ho a dues raons principals, que en molts casos es reforçarien malgrat la seva aparent contradicció: per una banda, el tabac es considera una mala despesa, ja que no compensa els diners que costa amb els seus efectes, diguem que poc contundents, i per l'altra, al fet que hi ha una certa consciència dels seus efectes nocius a llarg termini, com pot indicar el 40% de joves que el consideren molt perillós. De tota manera, i sembla que seguint la tònica de la majoria de drogues, hi ha un grup d'adolescents fumadores habituals i diaris de tabac que s'inicien cada vegada més joves (Díaz et al., 2004: 80-81).

Pensant en les campanyes contra l'ús del tabac, potser caldria tenir en compte aquests fumadors i fumadores esporàdics i el caràcter social que té per a molta gent l'ús d'aquesta substància per fer amb ells un tipus de propostes de treball que segur que no han de ser les mateixes que amb els fumadores habituals, ja que no és la mateixa situació la de les persones que organitzen la seva vida al voltant de l'ús del tabac —com el cas del pare d'una de les components del GD 3, que no va al cine «perquè no pot

estar tanta estona sense fumar»—, que la d'aquelles que el regulen socialment, de les quals n'hem trobat bastants entre els nostres informants. El paràgraf següent és significatiu respecte a això que estem comentant, així com de la necessitat d'anar més enllà de l'ús/no-ús per buscar alternatives realistes de reducció d'usos i d'usos amb menys riscos, almenys per a tot el conjunt de consumidors de tabac que no són grans fumadors. Comentant les quantitats de tabac que fumen, al GD 2 diuen:

- «—Depende. De paquete diario a medio paquete, a paquete y medio... depende. Es muy variable...»
- *Depende si tienes relaciones sociales este día o no: si sales de fiesta, la sociedad te induce a fumar. Es un vicio social, el tabaco...*
- *Puede que sea, entonces, un enganche no tanto físico sino, sobre todo, psicológico...*
- *Es social. Cuando estás de fiesta, un paquete te dura una noche. Y yo, entre semana, puedo un día no fumar; fumo un cigarro tranquilamente. Pero si salgo, fffffff!!!*
- *Yo ni me lo planteo no fumar.*
- *¿Pero eres consciente de que te hace mal, de que te daña la salud?*
- *Hombre sí, sí, evidentemente, tanto el tabaco como los porros... pero son cosas que... que sí, que alguna vez sí que me he dicho que "mira, que quiero dejar de fumar", pero nunca me lo he creído. Sé que no es bueno, sé que hace mal, pero es que... hay tantas cosas! También sé que el trabajo no es bueno, y nadie me lo prohíbe. Son prioridades. Una de mis prioridades es poder llegar del trabajo y fumarme un cigarro tranquilamente. Cueste lo que cueste...»*

3. Cànnabis

D'altra banda, aquests darrers anys el consum de derivats del cànnabis està adquirint un prestigi progressiu entre els joves. Tornem a l'informe 2003 de l'Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Ambit Juvenil, on trobem la informació més interessant pel que fa a aquest punt:

“Després de l'alcohol i el tabac, el consum de cànnabis (haixix i marihuana) és el més estès, i enguany com en els darrers anys ha continuat augmentant. És, com l'alcohol, una substància polifuncional: és en tots els estils, contextos i situacions. Fins i tot és apreciada, més que l'alcohol, en els espais públics on es congreguen joves i no hi ha un ambient de festa amb música i ball sinó que preval la variant més relacional: estar amb els amics.

Creix el nombre dels que l'utilitzen cada dia, i a més, el consum augmenta els caps de setmana, en nombre, quantitat i intensitat. En alguns casos l'augment del consum de cànnabis està relacionat amb la disminució del consum de tabac.

El consum diari fa que per a alguns ja no sigui una droga de festa, lligada al que és excepcional, sinó més semblant al tabac. Això produeix un tall en els usuaris i en la finalitat d'ús. Per als que s'estan iniciant el patró dominant és de festa i excepció, però una part dels que fa temps que en consumeixen passen a un patró de consum quotidià; s'aprecia una disminució del temps que transcorre entre l'inici i el patró de consum diari en aquells que l'arriben a fer.

El consum continua creixent entre els adolescents i podria estar substituint el tabac com a substància d'inici que escenifica i ritualitza el pas de l'adolescència a la joventut. Tot i ser més alt el consum entre els nois, cada vegada creix el percentatge i el nombre de noies que s'inicien, però en general elles consumeixen més esporàdicament.

El consum de cànnabis, a més de donar-se en qualsevol situació i context (fins i tot en alguns casos en el familiar), es veu cada cop més com una substància innòcua, amb una imatge més positiva que el tabac, i això provoca que no es consideri una «droga».

El nombre de gent que cultiva les seves plantes de cànnabis continua creixent a qualsevol edat i en qualsevol lloc: ciutats i pobles; cultiu d'interior o d'exterior (algunes plantes són visibles en balcons i horts). L'oferta de marihuana, més difícil de trobar al mercat que l'haixix, augmenta en les èpoques de collita (als voltants del setembre-octubre), quan és freqüent el consum convidat o compartit [...].

Cultivar la pròpia marihuana contribueix a generar lligams de sociabilitat dins del grup d'amics, ja que és un tema de conversa (qualitats, efectes, cura de les plantes, collita...), de relacions (bescanviar llavors, esqueixos...) i, quan el cultiu es fa al camp, d'apropament a la natura. Alguns, quan els sobra de la

seva collita, ho intercanvien per altres substàncies amb amics i coneguts.

Augmenta el cultiu amb finalitat lucrativa, fet que incideix en l'oferta i l'accessibilitat”.

(Díaz et al.: 86-87)

La presència del porro en la vida quotidiana de molts joves catalans ha estat confirmada també per la nostra recerca qualitativa, com ja s'ha exposat abans. Per a molts d'ells —Cinto, Pere, Andreu, Toni, Èric, Roger, Pau, Olga, Leila, Sandra, Mariela, Api...—, el seu consum és pràcticament diari, si bé amb diferents intensitats i amb diverses finalitats, que van de les merament recreatives fins l'automedicació, i sol augmentar, juntament amb el d'altres drogues, els caps de setmana. Així mateix, per al conjunt de l'Estat espanyol, l'estudi de Comas et al. (2003) també confirma aquesta presència transversal de l'ús del cànnabis entre els joves que tenen diferents estils de vida, en diverses proporcions, evidentment, segons el grup de què es tracti.

De tota manera, el que no s'ha d'oblidar és que, malgrat aquesta normalització, la compravenda i l'ús del cànnabis en segons quines circumstàncies continua estant criminalitzat, i això té, entre d'altres, dues conseqüències fonamentals. Per una banda, hi ha adolescents que, sense la deguda preparació —coneixements, habilitats, etcètera— i cobertura, ja que és il·legal, s'impliquen en el comerç de cànnabis, la qual cosa els pot complicar la vida força més que el mer consum. Per l'altra, l'aplicació de la Llei de seguretat ciutadana —Llei Corcuera— suposa problemes afegits cada any tant per als adolescents implicats i les seves famílies com per als CAS —Centres d'Atenció i Seguiment de Drogodependències—, que, d'una manera força perversa, es veuen obligats a perdre temps i recursos en suposats tractaments contra la dependència del cànnabis dels joves incriminats, ja que així eviten pagar la multa corresponent; aquesta activitat, a més, infla les estadístiques corresponents a les demandes de tractament per cànnabis.

4. Altres drogues

En general, i seguint encara les dades de l'informe 2003 ja esmentat, hi ha un cert augment de l'ús de la cocaïna, majoritàriament de tipus esporàdic i/o recreatiu —la qual cosa no vol dir que no hi hagi un petit nucli de consumidors problemàtics—, i també de l'speed, drogues que són utilitzades pels joves més grans —a partir de 20, i sobretot de 25 anys—, mentre que sembla que disminueix l'interès per altres drogues molt lligades als ambients festius —èxtasi, nexus (2cb), GHB, ketamina, etcètera—; aquest interès es manté, però sempre en cercles molt minoritaris i més aviat contraculturals, pel que fa als al·lucinògens, principalment naturals —bolets i plantes—. Ho il·lustra el

cas de l'Olga, que explica que alguna vegada que han anat d'excursió els consums de drogues que es poden fer al voltant de la foguera a la nit són beure alcohol, fumar tabac i porros i menjar bolets —silocibina—. Per la seva banda, també es manté el consum de fàrmacs —ansiolítics, sedants, etcètera—, en aquest últim cas entre altres grups, en general dones més grans.

Finalment, l'heroïna i les coles, també d'un ús molt minoritari, s'associen a bosses de marginació, amb diferències clares per edat: l'heroïna és per a persones més grans, i la cola, per a adolescents (Díaz et al. 2004: 88-97). Això s'il·lustra amb la història d'alguns dels adolescents marroquins: una minoria són consumidors de coles, i només en el cas del Nordin, un noi de 17 anys que ja ha anat i vingut un parell de vegades entre Tànger i Barcelona —el van repatriar— i que allí ja havia viscut sis mesos al carrer, havia consumit cola abans. Segons explica, *«me lo compraba yo con otro chico de Casa Barata. Una vez me salieron los djanun [esperits] mientras esnifaba. Era alucinante»*.

De tota manera, em sembla interessant recollir literalment la precisió que fan Comas et al. sobre l'heroïna (2003: 268): *«Debemos retener que la heroína no es una droga “desaparecida” y, aunque las cifras son muy bajas, no son tan residuales si tenemos en cuenta que la epidemia de heroína de la década de los setenta y ochenta se conformó con cifras parecidas. El hecho de que un 3,8% de los marchosos haya experimentado con heroína y un 0,7% de los mismos se declare consumidor habitual, nos indica que esta droga, a pesar de la mala imagen que arrastra, sigue presente en algunos ambientes y en las edades (15-24 años) de la muestra. Algo de lo que todos deberíamos tomar nota, obviando un diagnóstico precipitado sobre el fin de la heroína»*.

Amb relació a les percepcions que hi ha sobre les diferents drogues, les que hem obtingut coincideixen força amb aquestes tant des del punt de vista qualitatiu com quantitatiu. És gairebé unànime la percepció de l'heroïna com a molt perillosa (93% a l'enquesta), i també un percentatge elevat de joves veuen molt perilloses tant les pastilles com la cocaïna (85% per a les dues a l'enquesta). A les pastilles els atribueixen problemes mentals, del sistema nerviós i del cor, i pel que fa a la cocaïna destaquen com a conseqüència del seu consum els problemes cardíacs, les malalties mentals, en especial la paranoia, i els problemes del sistema nerviós. Respecte al porro, el 14,5% dels nois i el 6,2% de les noies consideren que no representa cap perill per a la salut i una majoria, tant dels nois com de les noies (62%), creuen que es poc perillós; el 18% dels nois i el 30% de les noies el consideren molt perillós. La influència dels discursos hegemònics de tipus alarmista i basats en mitges veritats s'ha reduït, però encara persisteix si veiem que els que consideren perillosos

els porros assenyalen com a conseqüències la destrossa de les neurones, la pèrdua de la memòria i les afeccions pulmonars (taules V.a, b, c i d de l'annex VII).

Recordem ara el que dèiem en la introducció teòrica sobre els riscos, en aquest cas en relació amb els usos de drogues: no sempre volen dir el mateix, ni es gestionen de la mateixa manera, ni té cap sentit que el fet d'experimentar-hi situï aquests joves en la categoria d'usuaris, amb l'alarma que això comporta. Per il·lustrar les diferents percepcions que tenen els nostres joves sobre les drogues, els seus usos i les possibles maneres de pal·liar problemes que poden comportar, vegem primer què li va explicar l'Anna a l'etnògrafa, i després què en pensen els treballadors i treballadores del GD 2:

«Considerant el consum de drogues i a part del tabac —és consumidora habitual de mig paquet diari—, l'alcohol no li agrada —prefereix la coca-cola—, com tampoc els porros. Fa cosa d'un parell d'anys diu que els va provar però no la van satisfer per varis motius: 1. perquè li provocaven son; 2. perquè li feien augmentar la gana —i aquest efecte és el que remarca més—; 3 i perquè la deixaven atontada, un estat que no li agrada.»

«—Creo que ahora las drogas están mas generalizadas entre la juventud que hace veinte años. Es más normal el acceso y, además, es que no sabes lo que te metes. No tienes un sitio donde dices: “Analízamelo, me lo voy a tomar igual pero a ver qué...”».

— Pero eso, hace cosa de cuatro años, sí que había. Lo que pasa es que no interesa a nadie lo que te metes, ni al que lo hace, ni al que lo consume...

— Yo creo que si eres consumidor tienes que reivindicarlo; tienes que exigirlo, porque quien se mete esa mierda eres tú.

— Yo no creo que ahora haya ningún tipo de conciencia sobre la droga. Ahora no. Todo el mundo, desde el más pintado... dices: “Venga!”, En la fábrica es lo que veo más, gente que digo: «¡Hostia! Esto no me lo hubiera imaginado... Tú eres el que me miras mal porque me fumo un canuto, y te pones aquí ciego, porque si no, no rindes...». Estás cansado, te metes una raya y ¡ya! Así aguantas más, así trabajas más. Es que la cocaína está mas aceptada, más que el speed, más que las pastillas. Aparte es clasista, no? Es un rollo de clase. No es lo mismo una persona que tenga cocaína que una persona que se meta una pastilla; ya tienes que tener un dinero...»

Acabarem aquest apartat amb la síntesi de les opinions de l'Andreu, que creu que fumar porros cada dia no és un fet que el perjudiqui gaire, perquè és pitjor el tabac que no la substància; d'altra banda, tant els porros com les altres drogues l'afecten més psíquicament que no pas físicament.

Abans tenia una concepció més negativa dels efectes de les drogues en l'organisme, creu que moltes de les pors que existeixen popularment són imposades per una manera de viure preestablerta de la societat en què vivim. Pensa que és pitjor estar cada dia enganxat un munt d'hores a la televisió amb el cul al sofà, menjant pizzes o un fast food qualsevol que no pas fumar porros. D'altra banda, explica que ha vist moltes persones perdre una bona part de la seva salut mental per conseqüència de l'abús de pastilles d'èxtasi o de tripis, però creu que no només és un efecte de les substàncies sinó que hi ha moltes altres coses darrere del canvi: la família, la feina, l'estatus social, que propicien que una persona deixi de ser responsable del seu consum i passi a abusar-ne.

2.5. Comportaments sexuals

Està clar que els comportaments sexuals són una part fonamental dels processos de salut de les persones. Com afirmen diverses de les participants en el GD 3, «mantenir relacions sexuals és imprescindible per tenir salut mental», «el sexe és felicitat» o, d'altra banda, «qualsevol tipus de pràctica sexual que et creï ansietat és un risc per a la teva salut».

Però en aquest epígraf ens trobem amb força dades contradictòries, tant en els aspectes quantitius com en els qualitius. Potser un dels més complicats d'indagar, ja que és molt difícil obtenir dades primàries sobre pràctiques sexuals, sobretot les que són independents de les valoracions dels investigats mateix; no coneixem cap recerca sobre aquesta matèria a la Catalunya contemporània que no es basi fonamentalment en l'autopercepció dels entrevistats.

Segons l'ESCA 2002, i d'acord amb el que manifesten els joves enquestats, es pot dir que el nivell de prevenció davant les malalties de transmissió sexual i dels embarassos és molt baix, ja que no arriben a la meitat els joves que diuen que utilitzen el preservatiu —només el 23% dels joves entre 16 i 20 anys, el 44% dels que tenen entre 21 i 25 anys i el 41% entre 26 i 30 anys—. Declaren que prenen la píndola anticonceptiva el 9,5% de les joves de 16 a 20 anys, el 26% de les de 21 a 25 anys i el 29% de les de 26 a 30 anys. Pel que fa a la distribució per regions sanitàries, qui més afirma utilitzar preservatius són els de Tarragona (51,2%), seguits dels de la regió Centre (44,2%) i dels de Barcelona ciutat (35,5%), mentre que pel que fa a l'ús de la píndola, apareixen en primer lloc les noies de les Terres de l'Ebre (31,5%), seguides de les de Girona (30,6%) i les del Barcelonès Nord-Maresme (22,3%). Els altres mètodes anticonceptius pràcticament no s'utilitzen. Pel que fa a la pastilla de l'endemà, que ha estat actualitat per la seva aprovació i regulació pel govern,

quan es va fer l'enquesta deien haver-la utilitzat l'1% de les joves entre 16 i 20 anys i el 2% de les joves entre 21 i 30 anys.

Aquestes xifres no coincideixen amb les de l'Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya 2001, en què el percentatge de joves de 14 a 19 anys que declaren fer servir el preservatiu com a mètode anticonceptiu habitual arribar al 80% de les noies i al 90% dels nois. Tot i això, el 48% de les noies i el 43% dels nois declaren que alguna vegada no han fet servir cap mètode anticonceptiu.

Si acudim a l'estudi més recent que coneixem que inclou dades, com és el de Comas et al. (2003), podem veure una certa diversificació en l'ús de preservatius i anticonceptius segons si els nois i noies segueixen un o altre dels estils de vida que els autors del llibre van estudiar. Menystenint els altres sistemes de protecció, sempre molt minoritaris, ens fixarem en el percentatge d'ús de preservatius i anticonceptius, en aquest ordre, en cada cas: estudiosos, 34% i 7,7%; treballadors, 42,7% i 20,1%; marxosos, 50% i 9,4%; consumistes, 34,8% i 11,8%; i casolans, 33% i 18,4%. Independentment que els percentatges diferents d'ús de preservatius i d'anticonceptius ens remetent a altres aspectes dels seus comportaments sexuals —més o menys freqüència, estabilitat, promiscuïtat, etcètera—, alguns dels quals ja hem apuntat en fer la presentació d'aquests estils de vida en la introducció teòrica, aquestes dades són més congruents amb les de la primera font. Això també és més coherent amb altres dades; potser no tant amb les referides a les malalties de transmissió sexual, sinó segurament amb les de tipus qualitatiu, on hem vist abans com s'admetia amb una certa freqüència "la distància entre la teoria i la pràctica en aquests afers", moltes vegades no només per la falta de control en certs moments, sinó també per les contradiccions que afecten l'educació i les suposades campanyes preventives institucionals, almenys fins ara, tal com es pot constatar en aquesta conversa del GD 2:

«—Ya desde bien pequeños, en la EGB, te dicen: «Mira, esto es un preservativo». Lo típico, en el colegio, la clase de ética, no?

— Te enseñan lo que es la prevención del sida...

— ... pero no te enseñan lo que quiere decir y es disfrutar del sexo...

— Evidentemente...

— Y se contradicen, porque luego te vienen a dar una charla al instituto de lo que es utilizar los métodos anticonceptivos, y luego...

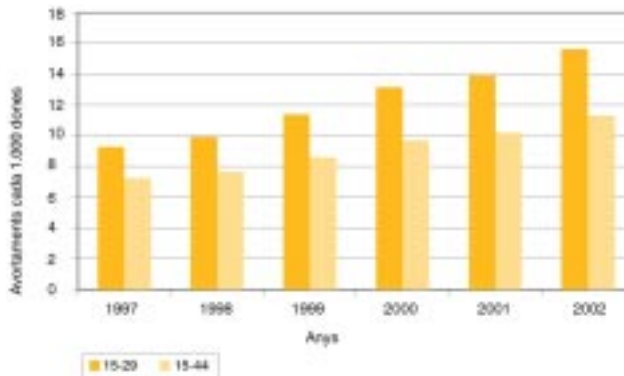
— ... para echarte un polvo!...

— claro, y luego les dices, bueno, pues queremos una dispensadora de anticonceptivos en el instituto porque creemos que a nuestra edad nosotros hacemos lo que queremos con nuestros cuerpos... y te dicen que no, que en un instituto no puede haber eso. Y dices: «¿Pues cómo se en tiende que nos den una charla y luego, nada?».

En Pere corrobora també aquestes distàncies entre la teoria i la pràctica, cosa que a més no viu precisament d'una manera còmoda, ja que tan curós com és en aspectes de la seva salut en l'alimentació o amb els esports, per exemple —és un dels pocs que en fa amb assiduitat—, en l'únic aspecte que afirma que se sent insegur és en el tema del VIH, ja que no s'ha fet les proves i ha tingut relacions sense protecció i en continua tenint.

Les dades majoritàries dels nivells d'ús dels preservatius també semblen força més coherents amb les d'embarassos no desitjats i interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) en adolescents. El nombre d'IVEs ha augmentat de 6.512 el 1997 fins a 9.814 el 2003, és a dir, un 50,7 % en aquests sis anys. Entre el conjunt de la població, les IVE han augmentat un 46,3%. Resulta més significatiu encara fixar-se en l'evolució de la taxa d'IVE a Catalunya 1997-2002: mentre que el conjunt de dones de 15-44 anys que han practicat l'IVE passa del 7,2‰ al 11,29‰, la taxa de les noies de 15-29 anys passa del 9,3‰ a 15,6‰ (Taula 8 de l'Annex). Així doncs, es confirma la tendència que assenyalàvem el 2002, i creiem que els comentaris que fèiem en aquell moment continuen essent vàlids: "És una pujada que, certament, mereix una reflexió pormenoritzada, per més que aquesta no és senzilla. L'increment de casos pot indicar un cert relaxament en l'ús d'anticonceptius per part dels adolescents, o d'un descens en l'edat mitjana en la que els adolescents —les adolescents— comencen a mantenir relacions coitals, però hi ha altres possibles interpretacions. Podria ser que aquesta dada reflecteixi, si més no parcialment, un major rigor i sistematicitat en el recompte d'aquests embarassos (sobretot dels avortaments); o bé que siguin la conseqüència de l'arribada d'algun contingent de població adolescent immigrant que tendeixi a iniciar el seu itinerari familiar de manera més precoç. En qualsevol cas, és una dada que ha de ser analitzada amb molta cura per no arribar a conclusions precipitades, risc continu quan manipulem dades estadístiques que podem semblar d'una objectivitat i transparència inqüestionable" (Romaní i González, 2004: 144).

Gràfic 5. Taxa d'avortament entre les dones residents a Catalunya, per grups d'edat, 1997-2002.



Font: elaboració pròpia a partir de Ministerio Sanidad y Consumo, Dn.Gral. Salud Pública, "Interrupción Voluntaria del Embarazo"

Tenint en compte que tres de cada quatre embarassos no desitjats acaben en IVE —i introduint la matisació que, com hem vist, un grup significatiu d'aquests IVE és de les dones de més de 30 anys—, ens sembla que aquesta situació, més enllà dels aspectes esmentats al paràgraf anterior, ens remet, ni que sigui de manera indirecta, a un altre aspecte que no hauríem d'oblidar. Ens referim a la incompatibilitat que en moltes ocasions es pot presentar entre voler ser mare/pare jove i les condicions de vida laboral, d'accés a l'habitatge i la falta de polítiques socials de suport a la família, principalment.

Com en altres qüestions, aquí també detectem una actitud més preventivista en les noies que en els nois. Als grups de discussió que vam fer amb adolescents —nois i noies— per al segon informe del CIIMU i per a la nostra pròpia recerca, i tal com ho han explicat Martínez i Recio (2004: 22-23):

«Es perceben diversos obstacles a l'ús del preservatiu, com la falta d'una educació que suposi una veritable normalització d'aquest mecanisme anticonceptiu, el seu preu, les dificultats i el temor a negociar amb la parella abans de la relació sexual o els prejudicis a portar-lo a sobre per por a la pressió i percepció de pares i iguals.

Entre les preocupacions que verbalitzen els adolescents, el risc de contraure VIH-sida no sembla adquirir gaire pes. Les noies assenyalen com a principal risc l'embaràs no desitjat o planificat i entre els nois s'apunta una certa despreocupació del risc, a la vegada que una percepció de l'ús del preservatiu com un problema afegit a la iniciació sexual.»

Tampoc en el cas dels joves una mica més grans sembla ser un motiu de gran preocupació, com ho confirmaria, per exemple, el fet que en les nostres converses amb els informants el tema només ha aparegut espontàniament en dues ocasions.

En aquest cas, l'actitud diferent entre nois i noies segur que també està influïda pel fet que són elles, i no ells, les que es poden quedar embarassades. Aquesta cura més gran de la salut sexual i reproductiva es reflecteix també en constatar que, segons els experts consultats, són moltes més noies que nois les que van a consultar algun professional abans de la primera relació sexual. Aquí s'hauria de veure si, més enllà dels models culturals de ser home o dona i, per tant, de la iniciativa de les noies a anar a aquest tipus de consultes, els dispositius assistencials en aquest àmbit tenen en compte aquests possibles usuaris masculins, amb les seves característiques pròpies. No ho tenim clar, i per això és un dubte que volem remarcar.

Esmentàvem fa un moment que el risc del VIH- Sida no apareixia massa a les manifestacions dels adolescents. Potser és que hi ha una certa consciència que això de la Sida ja no revesteix el perill que hauria tingut en altres èpoques. De fet, si mirem globalment les xifres de casos de sida declarats del 1995 al 2002, constatem un clar descens dels mateixos, de 366 el 1995 a 33 el 2002, i tan en homes com en dones; encara que els primers sempre han estat molt per sobre de les segones (malgrat que les diferències s'han escurçat de 1/3 part a 1/2 en aquests anys) i és el grup de 25-29 el que mostra el gruix de casos. Però si ens fixem en el grups de transmissió veurem que, dins del descens, ja des del mateix any 1995 es pot constatar una extensió dels casos a grups que, en principi, es consideraven relativament poc afectats: així, d'una banda veiem que, del 1995 al 2002 els casos entre els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) passen de 256 a 10 (és el grup amb un descens més clar i contundent) i entre els homosexuals/bisexuals passen de 44 a 7; ara bé, tot i el descens entre els heterosexuals (de 52 a 11), de 2001 a 2002 aquest grup es converteix en tan nombrós com els precedents. Tot això ens parlaria de la necessitat de no baixar la guàrdia en aquest camp cara al conjunt de la població jove (15-29 anys) que representa gairebé el 30%

del total dels casos de sida declarats a Catalunya del 1981 al 2002 (Taula 9 de l'Annex)

En efecte, al grup de discussió d'adolescents es va presentar la situació hipotètica però realista d'una parella jove d'enamorats que fan l'amor per primera vegada després de sortir dos mesos junts. La noia es compra preservatiu perquè es pensa que no és només una cosa de nois i cal que les noies vagin preparades en qualsevol situació. Però quan arriba el moment, cap dels dos no planteja a l'altre l'ús del preservatiu. Una noia del grup diu que amb la parella hi ha d'haver prou confiança en una cosa tan important com és la salut, i per tant s'hauria de dir que s'ha d'utilitzar el preservatiu, que és "una xorrada" no dir-ho per por de "tallar el rotllo" o ser rebutjat. És la resposta que podríem qualificar de políticament correcta. Quan una de les entrevistadores pregunta a la resta del grup com reaccionarien davant d'una situació semblant, un noi diu: «*En el momento, con el calentón, lo último que pienso es en el preservativo*». És el mateix noi que durant la primera sessió del mateix grup, quan es parlava de consum d'alcohol i drogues, opina que les noies beuen menys alcohol que els nois «per por al que pugui passar... una mica la beguda és un al·licient davant el que els nois busquen... És controlar-ho una mica més per dir: "No vull fer allò i que m'agafi un altre noi i que em deixi com em deixi"». Una noia del grup expressa una idea semblant referint-se a qüestions d'imatge. Tot és molt indirecte, però semblen compartir la noció que és la noia la que més pensa en aquestes coses, mentre que els nois —en paraules d'una noia— «van més per feina [rialles]».

En el GD 3, a part de la idea ja esmentada abans de les relacions entre autoestima i assumpció de riscos, insisteixen força que les dones tenen molt més clars els possibles riscos que els homes i, amb totes les seves conseqüències, acostumen a tenir comportaments més preventius que els homes. És clar que respecte al GD 1, per exemple, tenen un coneixement molt més aprofundit dels diferents mètodes anticonceptius, dels quals discuteixen els pros i contres. Però en canvi, i aquí sí que l'actitud és la mateixa en totes les noies, siguin més grans o més joves, el que fa més por és l'embaràs no desitjat, per sobre de la sida o altres malalties de transmissió sexual:

Taula 3. Evolució dels casos de sida declarats entre la població de 15 a 29 anys, per grup de transmissió. Catalunya,

Grup de transmissió	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
UDVP	256	215	108	66	38	31	19	10
Homes homosexuals i/o bisexuals	44	22	18	9	9	11	8	7
Heterosexuals	52	43	31	17	15	15	19	11
Hemoderivats i transfusions	3	1	1	1	1		1	1
Altres i no especificats	11	7	6	7	5	6	1	4
Total	366	288	164	1000	68	63	48	33

Font: CEESCAT. Departament de Salut.

«—Aquesta és la percepció, eh? Jo no sé fins a quin punt és real. Sí, sí que és veritat, jo li tinc més por a un embaràs que a un...»

— És que jo conec més ties que han avortat que ties que han enxampat la sida o gonorrea, o no sé quin rotllo. De gonorrea no conec a ningú, ni de sida... noies, així, del meu ambient...; en canvi, avortaments!...»

Acabem aquest punt amb una constatació curiosa, feta en aquest grup de discussió però també en algunes altres entrevistes: tant si són catalanoparlants com castellanoparlants, el llenguatge que es fa servir majoritàriament per a la sexualitat és en castellà.

2.6. Salut mental

En apartats anteriors —bàsicament, encara que no d'una manera exclusiva, alimentació i drogues— ens trobem amb petits grups que arriben a tenir conductes patològiques, a diferència de la majoria, que gestionen els aspectes de risc que hi ha en tota activitat humana amb més o menys fortuna, però sense problemes insolubles per a la seva vida i la dels seus. La frontera entre uns i altres, però, és difusa, i cada cop més ens trobem amb un fenomen que també es dona a la resta de societats europees: l'alta prevalença de malestans conductuals, d'ansietat o de trastorns depressius, tant entre els adults com entre la població jove. Per tant, aquí entendrem per problemes de salut mental no sols les situacions patològiques clàssiques —com ara l'esquizofrènia o la neurosi—, sinó també els malestans i les dificultats psicològiques no patològiques que es presenten en la vida diària de la gent. És més, ens fixarem sobretot en aquests últims aspectes, perquè són més nous i relativament generalitzats. De fet, si analitzem l'evolució dels casos de trastorns mentals registrats a Catalunya del 1999 al 2003 per a la població de 15 a 29 anys, veurem que hi ha un lleuger augment de quasi tots, però sobretot de les ansietats i dels anomenats trastorns adaptatius, és a dir, aquells problemes d'adaptació a diferents requeriments socials etiquetats pels professionals de la salut mental com a tals (Taula 10 de l'Annex).

Gairebé al final del primer informe del CIIMU assenyalàvem que dos dels problemes de salut emergents en aquell moment eren la preocupació pel propi cos i el de la salut mental. En relació a aquesta última, i en contrast amb la valoració positiva que feien els pares de la salut dels seus fills, dèiem que calia valorar «els estats d'ànim que els adolescents de la ciutat de Barcelona diuen tenir. En el cas dels nois, més d'un terç dels joves diuen que el seu estat d'humor és variable, mentre que aquesta proporció s'incrementa fins al 52% en el cas de les noies. Pocs són els que diuen que el seu estat anímic és en termes generals dolent o molt dolent (el 4%), però l'humor variable, sobretot

en el cas de les noies, és molt present entre els adolescents. De fet, més d'una de cada quatre noies accepten que el darrer mes se sentiren com a mínim prou tristes per preocupar-se, i també el 15% dels nois. Així, malgrat que l'estat de salut sembli prou elevat entre els infants i els joves, hi ha elements que a partir de l'adolescència fan sentir els adolescents, sobretot les noies, lluny d'una plenitud existencial satisfactòria. Aquest és un element subjectiu que repercuteix en la qualitat de vida dels menors que cal no oblidar ni menystenir» (Romaní i Gonzàlez, 2002: 239-240). Algunes dades de l'ESCA 2002 corroboren aquestes tendències, tal com podem observar en els punts següents:

1. Amb l'edat augmenta el percentatge dels que algunes vegades se senten ansiosos o deprimits (4% dels de 16 a 20 anys, 7% dels de 21 a 25 anys i 10% dels de 26 a 30 anys).
2. Entre el 8% i el 9% se senten poc feliços.
3. Entre el 7% i el 10% manifesten que no poden superar les dificultats.
4. Entre el 4% i el 5% han perdut la confiança en si mateixos.
5. Se senten deprimits o molt deprimits el 15,1% de les noies i el 2,5% dels nois de 15-19 anys.

Gràfic 6. Dificultats sorgides en els darrers 30 dies entre els joves de 15 a 29 anys, per sexe. Catalunya, 2001.



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2001. Departament de Salut.

Podem observar que les noies presenten els índexs més alts en totes les categories. Tot i l'aparent modèstia de les xifres, noti's que en l'enquesta es pregunta per l'increment de determinades problemàtiques en els darrers 30 dies, la qual cosa ens suggereix uns percentatges encara més

gran de joves que habitualment les pateixen. L'anàlisi per classes socials ens suggereix que, també en el cas de la salut mental, les desigualtats socials afecten especialment a aquells o aquelles que les pateixen més desfavorablement, tal com han demostrat molt bé Borrell et al (2003) pel que fa al conjunt de la salut a Catalunya.

Sens dubte hi ha raons estructurals que empenyen a la tristesa o al sentir-se malament, si tenim en compte, a més, que a les condicions objectives de vida, la precarització laboral, la dificultat d'accedir a l'habitatge, les desigualtats de gènere, la impossibilitat de tenir una perspectiva de futur a mig/llarg termini, la mobilitat continua que dificulta relacions socials estables, la solitud etc. s'hi suma el contrast i, per tant, la frustració respecte a les expectatives o les exigències d'èxit i alegria a que semblen obligades les persones joves segons els models culturals imperants ara i aquí. Això, que pels que privilegiem l'enfoc sociocultural en l'anàlisi dels fenòmens humans és gairebé una obvietat, queda confirmat des d'altres perspectives, com la dels professionals de la salut mental (v. Canals et al, 1995; Doménech, 1997).

Finalment, recordem que també són coherents amb aquest conjunt de dades les informacions qualitatives que hem exposat en l'apartat de l'estat de salut dels joves catalans. Però per aprofundir una mica més en aquest sentit, vegem com s'aborda el tema des dels grups de discussió. En el GD 2, els treballadors i treballadores relacionen d'una manera molt directa salut mental —així com altres aspectes de la salut, com ja hem vist—, bé sigui amb alguna activitat laboral concreta, bé amb la situació genèrica de la societat i la manera com aquesta gestiona els processos de salut/malaltia/atenció:

«—En la hostelería, yo he trabajado en sitios que es que, ies que te da miedo!... Los cocineros te tiran los cuchillos por la cabeza porque se vuelven locos: se vuelven locos de estar tantas horas encerrados en una cocina y no viendo a nadie, y no viviendo la vida (porque realmente no vives). Porque cuando tú trabajas es siempre cuando los demás no trabajan. Entonces nunca puedes ir a comer con nadie, nunca puedes ir de fiesta, inunca puedes hacer nada! Y sí, te quema... pero a mí me quema menos que una fábrica.

— [...]

— *Yo creo que, ahora como ahora, es de lo que más dañados estamos los jóvenes, mentalmente. Fíjate las nuevas enfermedades: la gente no tiene gripe, ya; la gente tiene depresiones agudas...*

— *Angustias...*

— *Ansiedad... las «enfermedades del futuro». Y no se les da importancia...*

— *No se diagnostican. «Tú no me vengas a decir que estás depresivo y que no puedes trabajar. Pero dónde vas...». Un antidepresivo y a tomar por culo!*

— *Además, la gente no te cree...*

— *¡Te enchufan antidepresivos y aguántate!*

— *Te obligan a sobrevivir. Aunque quieras vivir la vida al máximo, te obligan a sobrevivir. Lo que estás haciendo es luchar todo el rato por sobrevivir; en realidad no vives, no te queda tiempo, no tienes tiempo para vivir...»*

Aquesta consciència que la malaltia mental és la malaltia de l'època que ens ha tocat viure queda reflectida també al GD 3. A part de l'afirmació contundent d'una de les seves participants sobre els temors que desperta quan diu que «pot ser molt pitjor una depressió que un càncer», al paràgraf que reproduïm podem veure també una percepció de la malaltia que tindria una estreta relació amb els valors postmaterialistes segons els ha entès Inglehart, però molt menys amb la manera com entenen la malaltia mental els membres del GD 2, que acabem de veure:

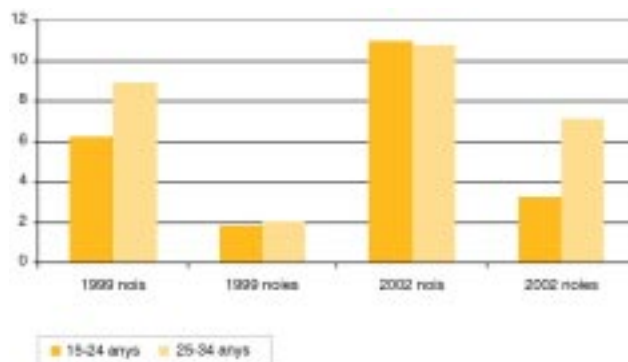
«—Es lo que estoy diciendo yo, que el hecho de tener cubierto otro tipo de necesidades hacen que des- emboque todo en enfermedades mentales.

— *Imaginarias...*

— *Es que va más allá de la superestructura. No estoy hablando de que te puedas alimentar; estoy hablando de que están cubiertas estas necesidades... a costa de otros rollos que no son materiales, y que la falta de eso produce estas enfermedades. Son de un momento histórico y geográfico determinado.»*

Un punt que hem decidit incloure en aquest apartat és el dels suïcidis, que, com hem vist al principi, són la segona causa de mort entre els joves catalans de 15 a 29 anys. Es fa molt difícil fer qualsevol interpretació de les causes, i ho volem assenyalar sobretot com un símptoma que és una mena de crit d'atenció sobre aquests malestars existencials més o menys greus als quals ens estem referint, i també sobre la fragilització de la vida, personal i social, a la qual ens referíem a la introducció. És un d'aquells fenòmens que no hauríem de menystenir, perquè a més va augmentant lleugerament en aquests darrers anys, tal com podem veure a la figura següent.

Gràfic 7. Taxa de suïcidis per 100000 habitants de 15 a 34 per grups d'edat i sexe. Catalunya.



Font: Elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya. Servei d'informació i d'estudis. Departament de Salut.

Finalment, l'anàlisi que fan Martínez i Recio d'aquest capítol de la salut mental ens sembla una part especialment penetrant del seu informe, del qual volem rescatar la influència de la medicalització en la rellevància de les dades sobre morbiditats mentals, i el possible rol de les diferents percepcions de nois i noies en el context de les desigualtats de gènere i classe:

«La presència d'un percentatge tan elevat de trastorns depressius i d'ansietat pot vincular-se en el cas de Catalunya a l'existència d'una cobertura més amplia en salut mental que permet abordar un major espectre de trastorns i síndromes, a una popularització de l'atenció en salut mental que inclou els dispositius d'atenció primària i a una major sofisticació dels criteris diagnòstics emprats [...]. Detectem un canvi en la cultura dels usuaris, que són més favorables a la consulta psiquiàtrica i al consum de certs psicofàrmacs. En un altre ordre de factors, hem de parlar del procés de medicalització, amplificat per la pressió de la indústria farmacèutica, que ha desembocat en una popularització d'alguns medicaments per resoldre problemes de la vida quotidiana (2004: 38).»

Cal dir que el canvi en la cultura dels usuaris es correspon també amb un canvi en la cultura dels professionals, especialment els psiquiatres, molt més inclinats a la recepta de psicofàrmacs que no a les teràpies, que semblen cada cop una cosa més d'elit. Martínez i Recio continuen:

«Si bé aquestes dades concorden amb la major prevalença de depressió entre les dones en la major part de les societats del capitalisme avançat, l'associació entre el sentiment depressiu i el doble eix classe/gènere ens porta a interrogar-nos sobre les causes d'aquesta situació. Algunes poden ser la major vulnerabilitat a les adversitats i la incertesa que es dona en les classes més desfavorides per manca de condicions materials, així com la major càrrega domèstica i de cura que les noies pateixen des de l'adolescència. No obstant això, no hem de perdre de vista altres possibilitats, com que les noies expressin les seves queixes en un llenguatge més psicològic, mentre que els nois mostrin les seves afliccions mitjançant comportaments més afins amb el model cultural de la masculinitat, com són les conductes de risc (2004: 41).»

Aquesta última interpretació coincidiria amb molts altres indicadors sobre les diferències entre nois i noies davant situacions de risc que hem anat veient en altres aspectes de la salut, com els accidents de trànsit, el consum de drogues o el comportament sexual.

3. ELS SERVEIS DE SALUT

En aquest apartat —i d'acord amb una de les vies metodològiques possibilitada pel plantejament teòric dels *processos assistencials*, que presentàvem al capítol introductor— donarem algunes dades bàsiques sobre la cura de la pròpia salut a partir dels itineraris terapèutics dels joves, que comencen amb la detecció dels primers símptomes i continuen amb qui pren les diferents decisions d'automedicació, i/ o d'anar a les institucions sanitàries o d'un altre tipus, si fos el cas. Després veurem el grau d'utilització i satisfacció d'aquestes institucions sanitàries, per acabar amb unes breus reflexions sobre les necessitats sociosanitàries no ben cobertes per a grups específics de joves.

Els primers símptomes que els nostres entrevistats assenyalen per identificar els possibles estats mòrbids, més enllà d'aquell «depèn... ho diu el cos» de la Irene, són l'estat d'ànim, l'aspecte físic, no tenir gana, tenir febre, el cansament, els vòmits, el dolor físic, el malestar, els constipats, els mocs, els grans, els fongs, els dolors menstruals especialment forts... Encara que davant de símptomes lleus com mals de cap, de panxa, de coll, d'orella, esguinços, etcètera, una minoria de les persones entrevistades actuen pel seu compte amb algun remei casolà que normalment han après de mares o àvies —infusions, bafs, llet amb mel, aplicació d'alguna planta...depenent del que sigui— i/o, de manera més majoritària, amb medicaments populars —aspirina, gelocatil i similars—, acostumen a ser les dones, les àvies i mares en primer lloc i després les parelles, les que decideixen què es fa a continuació, si la cosa es considera més greu i cal la intervenció d'algun professional. L'ús de remeis tradicionals i de fàrmacs no és incompatible: l'àvia del David sempre, a la mínima, els donava algun remei o medicament, davant l'opinió escèptica de sa mare, que creia que l'àvia era una exagerada; en Rubén recorda la gran afecció que tenia la seva mare a l'automedicació, amb un calaix ple de medicaments, que no impedia que també fes servir remeis casolans.

Es decideix acudir a la intervenció del metge o d'algun tipus de professional quan els símptomes persisteixen, quan hi ha algun problema, com un accident, que pot afectar la feina, «quan els medicaments no fan efecte» (Judith), «quan hi ha impotència i no trobes millora» (Jesús), febres altes o estats aguts de dolor, etcètera. S'acostuma a anar al metge de capçalera, al centre d'atenció primària i, en alguns casos, al metge de la mútua (privada) que algunes famílies tenen per a ocasions que es considerin més delicades i calgui, sobretot, una consulta més aprofundida amb els especialistes.

Encara que gairebé tots els problemes de salut acaben sent detectats o es consulten amb les dones de la família,

hem trobat algunes excepcions, en relació amb mares i àvies, bàsicament quan es tracta de qüestions relacionades amb la pròpia sexualitat —encara que no sempre—, moment en què es va al centre corresponent acompanyada d'alguna amiga o germana (Marta), i també quan es relaciona amb l'abús d'alguna droga —normalment després del cap de setmana—, ja que aleshores es discuteix amb la parella i/o els amics (Andreu); en el cas d'en Nasi, que està en tractament psiquiàtric, quan no es pren la medicació tampoc no en parla amb la família. D'altra banda, podríem considerar que l'ús de la marihuana com a automedicació és un remei casolà, tal com ja hem vist anteriorment; es fa servir, per exemple, per mitigar els dolors menstruals, encara que en aquest cas qui ho gestiona són les mateixes persones interessades i tampoc no s'acostuma a comunicar a la família.

Només en el grup més marginal dels que hem analitzat, el dels joves marroquins, hem trobat que en alguns casos no es fa res davant estats mòrbids evidents. En Nordin, del qual ja hem parlat abans, té una malaltia a l'orella que ja li ve del Marroc, on un metge li va dir que s'hauria d'operar; allà no tenien mitjans i aquí sembla que ningú no n'hi ha fet gaire cas —ni a casa d'uns cosins on va viure una temporada ni al centre de la Direcció General d'Atenció a la Infància— i continua igual, amb dolors intermitents. També en Rachid pot explicar el que li passa: «Vamos a volver de nuevo a tu familia en Marruecos... ¿hay alguien enfermo?». «No, nadie gracias a Allah. Yo soy el que enfermé aquí y no se enteró nadie. Me rompí el brazo, Se me metió un cristal en la mano; yo dormía en una casa abandonada hasta que Allah me curó. [...] Un día estaba muy enfadado, preocupado, me puse a beber alcohol y al salir fuera me quedé en el frío hasta la mañana durmiendo sin darme cuenta y cogí mucho frío, me congelé y todo. Desde aquel día siempre tengo frío; estuve unos tres meses sin comer; tan sólo me apetecía beber algo. En verano voy con jersey y la gente me mira pero yo necesito estar caliente para moverme. Con el frío me pongo enfermo; me duele la espalda, los huesos de la espalda». «¿No has ido al médico?». «No». «¿No te llevaron con una ambulancia cuando estabas en el suelo?». «No. Me puse a cuidarme hasta que pasó todo y ya está...».

Pel que fa a les pràctiques preventives dels joves catalans, en parlar de les seves percepcions sobre la salut i la malaltia ja hem vist que les plantejaven no com a comportaments o pràctiques específiques que calgués seguir, sinó molt lligades als estils de vida entesos de manera global, almenys idealment: bona alimentació (“natural”), exercici moderat, horaris regulars, ús equilibrat de drogues en uns casos i no ús en altres, feines i relacions sentimentals i socials satisfactòries, etcètera. Ara bé, si ens referim a les pràctiques preventives detectades quantitativament i que es refereixen

a l'ús del sistema sanitari, sembla clar que augmenten amb l'edat, cosa completament congruent amb tot el que sabem sobre les dificultats d'adoptar actituds i/o conductes preventives en l'adolescència. Així, a mesura que augmenta l'edat són més els que diuen que controlen els ítems fonamentals de salut: passen un examen mèdic el 25% de nois i noies de 16 a 20 anys; el 35% dels de 21 a 25 anys, i el 43% dels de 26 a 30 anys, i declaren que es controlen la tensió el 18%, 27% i 33% respectivament, la major part dels quals (67%) cada any. També amb l'edat augmenta el nombre de noies que diuen que es fan els controls propis del seu sexe: es fan mamografies el 3% de noies de 16 a 20 anys; el 7% de les de 21 a 25 i el 15% de les de 26 a 30, i citologies el 16%, el 40% i el 62% respectivament.

Pel que fa a la utilització dels serveis de salut, el 75% dels joves utilitzen la sanitat pública, l'11% les mútues privades i el 2% el metge particular. El grau de satisfacció és força elevat —n'estan molt satisfets el 9% i satisfets el 70%— i molts valoren positivament el tracte professional —n'estan molt satisfets entre el 27% i el 39%, i satisfets entre el 52% i el 66%—. Molts dels nois i noies també es manifesten satisfets de les explicacions dels professionals —n'estan molt satisfets entre el 23% i el 33%, i satisfets entre el 55% i el 61%, tot i que són menys els que estan contents amb els temps d'espera —un 20% n'estan insatisfets i un 13%, molt insatisfets—. És remarcable que, en la distribució per regions sanitàries, Lleida apareix gairebé en tots els ítems de satisfacció en primer lloc, excepte en el temps de les consultes, que en aquest cas ocupa Barcelona ciutat (taules VI.a, b, c, d, e i f de l'annex VIII). Aquestes dades de l'ESCA es veuen reforçades per les entrevistes en profunditat: en tractar aquest tema els

joves es mostren força satisfets de la sanitat pública les poques vegades que en general hi han hagut d'anar, encara que alguns comenten les incomoditats de les esperes o altres aspectes burocràtics. És interessant assenyalar que les valoracions més positives les trobem fonamentalment entre els joves immigrants, en aquest cas tres noies (una argentina, una uruguaiana i una marroquina) i un noi brasiler.

Malgrat aquesta valoració generalment positiva sobre l'ús de les institucions sanitàries pel que fa als problemes de la salut quotidiana, ens hem trobat que en alguns grups de discussió i entrevistes es constata la distància entre algunes d'aquestes institucions sociosanitàries i la població específica a la qual hauria d'anar adreçada la seva intervenció. Aquesta distància pot anar des del desconeixement de la seva existència i/o activitats, fins a no sentir-se preocupats per les campanyes i altres iniciatives d'aquestes mateixes institucions, cosa que és congruent, a més, amb els limitats resultats que aquestes iniciatives han tingut en general en relació amb els seus objectius —pensem en els dos exemples més clàssics: les campanyes contra els accidents automobilístics i les campanyes contra les drogues—. Ens estem referint, sobretot, a la idea sempre tan proclamada però mai gaire concretada de la necessària prevenció en àmbits com ara certs comportaments sexuals, en la conducció de cotxes i motos o en l'ús de drogues —principalment, encara que no d'una manera exclusiva—, que com ja hem vist estan molt lligats a certs estils de vida. Com es pot superar aquest tall entre institucions i població? Intentarem donar-ne alguna pista en el proper apartat, en el context més ampli de les recomanacions que fem per al conjunt de la salut dels joves al nostre país.

4. SÍNTESI I RECOMANACIONS

a) *L'estat de salut*: abans d'entrar en el camp de les recomanacions pròpiament dites, recordem en una breu síntesi els principals aspectes que hem vist en l'informe. L'estat actual de salut dels nois i noies de Catalunya es pot considerar, en general, força positiu, almenys pel que fa als indicadors de mortalitat, morbiditat i esperança de vida. Malgrat tot, cal continuar focalitzant l'atenció sanitària cap a les principals malalties que afecten una minoria significativa de joves —infeccioses, parasitàries, neurològiques, tumors i leucèmia—, i d'altra banda cal parar atenció, potser no tant sanitària com social, sobre alguns aspectes lligats en gran part a estils de vida i, per tant, a situacions i conductes teòricament evitables on es constaten problemes.

De tota manera, abans de referir-nos a cada un d'aquests punts destacarem un parell de qüestions més generals. Per una banda, s'ha confirmat plenament que les desigualtats, sobretot de gènere i classe, a la curta o a la llarga acaben tenint una incidència fonamental en els problemes de salut —recordem només els accidents de tràfic, els trastorns alimentaris o els problemes associats a certs usos de drogues, alcohol i tabac, principalment—; per l'altra, que la categoria “ètnia” o “immigrants” com a tal no té gaire sentit en relació amb la salut, no discrimina situacions diferents, almenys pel que podem deduir de la mostra qualitativa, més que de les quantitatives, en relació amb les quals ja hem dit que hi ha moltes dificultats. Així, mentre que els nostres entrevistats “immigrants” més o menys integrats a la nostra societat no presentaven especials característiques ni necessitats pel que fa a la salut, el grup d'adolescents immigrants del Marroc sí que en presentaven. La seva situació marginal deu tenir algun tipus de relació amb els processos migratoris que han sofert, però segur que també té relació amb altres aspectes, segurament previs, com ara la pobresa, la falta d'una formació adequada o d'altres recursos bàsics per a la vida social. Però tant en un cas com en l'altre anem a parar a les mateixes arrels, que d'altra banda són ben conegudes: per millorar la salut de la població hem de combatre les desigualtats socials.

Violència i salut: encara que fins ara gairebé no hem parlat explícitament de violència, en el moment de sintetitzar el que hem dit creiem útil remarcar que podem incloure dins aquest camp de la violència —rebuda i, en alguns casos, també exercida per certs joves— els accidents, siguin laborals o de trànsit. En cap dels dos casos s'ha aconseguit contenir-los en aquests últims anys, sinó que més aviat han anat en augment.

Però ens sembla interessant remarcar que també hi ha altres tipus de violències que afecten grups minoritaris de joves, i ho volem fer per no descartar cap dels indicis que han sorgit —encara que d'una manera marginal— a les entrevistes, en els grups i en algunes notícies als mitjans de comunicació durant aquest mateix any. Ens referim a diverses agressions de què han estat objecte els joves: les baralles principalment entre nois, que moltes vegades estarien a la frontera entre la violència i el joc però que a vegades tenen efectes negatius ben reals per a la salut; les agressions causades per la delinqüència comuna quotidiana; les agressions d'altres joves més o menys organitzats en grups o bandes, moltes vegades magnificades pel “pànic moral” estès pels mitjans de comunicació —però no hi ha dubte que fet i fet s'han produït—; les que han patit algunes noies per part dels seus companys de parella; les agressions de vigilants de diversos tipus, inclosos de vegades policies, sobre joves amb unes certes pintes que són en uns llocs determinats o fan certes activitats, com ara okupes o immigrants, etcètera.

Dins la visió global que volem donar, remarcuem que hi deu haver alguns joves, segurament pocs, la vida quotidiana dels quals transcorrerà enmig d'una certa “concentració” de violències —accidents, baralles, agressions...—, amb les seqüeles psicossomàtiques que això suposa, mentre que la majoria es podrà veure afectada per un o altre tipus de violència d'una manera molt més esporàdica i limitada. Sigui com sigui, això que alguns autors anomenen violència urbana és un fenomen que cal no perdre de vista en els propers anys, també per la seva incidència en la salut de la població jove¹⁹.

Consums i salut: aquí ens referirem breument no tant als consums alimentaris i als de drogues com als problemes i trastorns que hi estan relacionats. Pel que fa als primers, ja hem vist que avui per avui parlar de trastorns alimentaris és parlar, sobretot, de noies adolescents i d'anorèxia. Això no vol dir que no hi hagi indicis que assenyalen que els nois en pateixen cada vegada més, i de “nous” tipus de trastorns, com l'obesitat, a la qual caldrà parar atenció en els propers anys.

Pel que fa a les drogues, hi ha una certa problematització al voltant de les noves pautes que se segueixen a l'hora de beure alcohol, el manteniment de les altes taxes de fumadors de tabac, sobretot entre les classes populars, i l'augment de consumidors de cànnabis. De tota manera, el que ens ha de preocupar, però, no és tant la qüestió numèrica com les condicions en què es donen els

¹⁹ Mentre feia l'última revisió d'aquest text he pogut consultar un llibre sobre les violències relacionades amb els joves (Ferrandiz i Feixa, 2005) francament recomanable.

consums, amb la fragilització d'alguns aspectes de la salut mental, els models culturals hegemònics de recerca d'una identificació a través del consum, la forta pressió del mercat —a més de la criminalització en el cas de les drogues il·legals— i els efectes que aquestes condicions tenen sobre la salut, que avui per avui són molt més contundents en el cas de l'alcohol i del tabac.

Mentre que en el cas de l'alcohol un dels principals aspectes que caldria treballar és el de la seva relació amb la principal causa de mort dels joves, els accidents de trànsit, en el cas del tabac el manteniment dels actuals nivells de consum habitual per part dels joves es podrien acabar relacionant a llarg termini amb alguns dels principals problemes de salut de la població.

Relacions i salut: encara que les relacions humanes són darrere de qualsevol fenomen humà, inclòs el de la salut, aquí comentarem breument dos aspectes de la vida en els quals la dimensió relacional és fonamental, com són el sexe i la salut mental. Com hem vist, la salut sexual es mou en uns nivells generalment acceptables, tot i que hi ha la necessitat de no abaixar la guàrdia pel que fa a la prevenció de la sida i altres MTS, així com dels embarassos adolescents. A banda, hem analitzat l'emergència de tot un conjunt de trastorns mentals difusos que, al costat de la taxa de suïcidis —potser com a símptoma principal de diferents situacions conflictives que hi pugui haver al darrere—, és un dels elements més preocupants del futur a mitjà termini.

b) Recomanacions: després d'una introducció metodològica, enumerarem unes quantes qüestions que ens sembla útil encarar per millorar la salut de la joventut catalana, i acabarem amb unes consideracions polítiques més generals.

Un dels principals problemes de la medicina científica contemporània és el contrast entre la lògica de les institucions científiques, que inspira l'actuació de les institucions que intervenen en els processos de salut/malaltia/atenció, i la de la vida quotidiana de les poblacions que han d'atendre. Si a això hi afegim que molts dels problemes que hem vist tenen més a veure amb processos de la vida quotidiana, amb qüestions que no s'originen en l'àmbit biològic i amb altres institucions que no són les mèdiques, ens podem fer una idea de la importància de prendre'ns seriosament una perspectiva metodològica que, depassant d'alguna manera el marc biomèdic dominant, garanteixi una certa eficàcia global en les intervencions que es facin. Estem parlant de la necessitat, tant des d'un punt de vista social general com especialment per a les situacions particularment problemàtiques que hem vist, de generalitzar i sistematitzar en les actuacions de les institucions públiques una perspectiva dialògica per sobre de la prescriptiva; és a dir, que s'ha de passar de la detecció

d'un problema des d'una situació de poder i, per tant, d'aquella situació en la qual el metge —o el terapeuta, el mestre, el monitor o qui estigui investit d'autoritat socialment— sap el que et convé i per tant et diu el que has de fer, a una altra en la qual s'incorporin de manera fefaent les diferents poblacions implicades en el disseny i la pràctica de les polítiques de salut.

S'ha de partir de les situacions i necessitats reals, quotidianes, de la població a la qual ens volem adreçar per aconseguir no només que ens faci cas, sinó també un coneixement més acurat dels problemes que es troben, dels interessos que tenen, i de la manera com poden i volen afrontar els esmentats problemes. No es tracta de negar l'obligació i la necessitat de disposar d'orientacions el més clares possible en les polítiques sociosanitàries, dins el marc de les quals s'haurien d'elaborar les solucions i iniciatives més concretes de tipus tècnic, ni de negar la competència tècnica dels professionals, sinó més aviat de posar-la en una situació social que els permeti realment influir d'una manera positiva en la contenció o resolució dels problemes plantejats. Pel que fa als àmbits analitzats aquí, això pot voler dir, com a primers passos, canviar la imatge de les institucions encarregades de dur a terme les tasques de prevenció —en accidents, alimentació, drogues o salut sexual— i fins i tot, en alguns casos, els tractaments; de fet ja s'ha començat a fer quan es treballa amb els sectors considerats més difícils, com els que estan relacionats amb les drogues o la sida —per això parlem de sistematitzar i generalitzar.

Pel que fa encara a les institucions, caldria trobar el sistema que permetés coordinar millor les actuacions dels diferents departaments, no pas creant grans superestructures burocràtiques sinó treballant amb problemes concrets, com sabem que en algun cas també s'ha començat a fer. Perquè aquestes coordinacions puguin tenir el màxim d'eficàcia, també seria interessant dotar d'una certa autonomia tècnica i de més formació —potser no tant en continguts, tot i que també cal, com en sistemes i metodologies de treball— els treballadors implicats, per dotar-los de més flexibilitat i seguretat en el moment d'establir actuacions coordinades.

D'altra banda, per no caure en els errors tan repetits de totes aquelles campanyes que no han servit per gran cosa més que enaltir qui les ha organitzat i, per tant, per no malgastar els diners públics en moments de recursos limitats en aquest àmbit, caldria no actuar sense abans observar què passa, dotant-se d'observatoris en l'àmbit més proper als llocs on passen les coses, és a dir, d'observatoris locals amb metodologies prou flexibles per captar els fenòmens en el moment que passen. Això vol dir dotar-los d'una base d'observació qualitativa que s'haurà de complementar amb els sistemes de tipus estadístic de què disposem avui en dia. L'experiència en camps molt

diversos, però, ens indica que, encara que recorrem als sistemes estadístics més sofisticats, la seva pròpia naturalesa fa que tinguin unes limitacions —rigidesa, temps de captació de certs fenòmens, significat dels indicadors, etcètera— que cal intentar superar amb les altres metodologies, les quals, al seu torn, tenen problemes per captar la generalització d'un cert fenomen, la seva distribució, etcètera. Això últim sembla evident, però no ho és tant, almenys de manera general, la primera idea que hem exposat, potser perquè les “tècniques numèriques de distribució” (Ibáñez dixit), més coherents amb la cultura hegemònica, sembla que poden ser útils per al poder per mantenir el control social. Ara bé, si parlem d'un poder democràtic que es basa en la ciutadania, el més coherent seria dotar-se dels sistemes integrats que proposem com a garantia no només de procediments més omnicomprehensius, sinó perquè també garanteixen un grau d'eficàcia més elevat.

De moment, però, i pel que fa als diferents temes tractats a l'estudi, proposem tenir en compte els punts següents:

- **Seguretat laboral:** més control de la inspecció de treball, amb acords previs que poden incloure estímuls a les empreses amb menys sinistralitat, especialment juvenil, i més control de la contractació temporal juvenil, que s'hauria de veure reduïda substancialment; mecanismes de suport del treballador jove —i no jove!— que denunciï o simplement reclami mesures de seguretat laboral, més formació: tant l'específica en relació amb la seguretat laboral per als joves i les empreses, com la general destinada als nois i noies, per estendre a una majoria els coneixements i habilitats que els permetin aprofitar les oportunitats i evitar els riscos de la nostra societat.
- **Accidentalitat viària:** millora de la xarxa de carreteres i la gestió del trànsit; acords per controlar la limitació de velocitat en les indústries de cotxes i motos; explicació i discussió de les mesures de prevenció que inclouen repressió —multes per no portar el cinturó o el casc, per exemple—; treball cultural de desprestigi de certes associacions —com la de velocitat/virilitat—, mostrant els avantatges d'altres models masculins —en certs ambients es pot lligar més mostrant una certa ambigüitat relacionada amb dolçor en el tracte, saber cuinar, cuidar-se i cuidar, etcètera? Com es pot generalitzar a altres ambients?...—; programes específics per tractar l'associació alcohol/conducció.

- **Trastorns alimentaris:** aquí seria bàsica la reivindicació de la dieta mediterrània a casa i a l'escola, la qual també ens remet a les formes de menjar —conveniència de fer-ho tot el grup domèstic un cop al dia per garantir una certa orientació del tipus d'alimentació i la circulació de la informació sobre la matèria—, que, al seu torn, en moltes ocasions vol dir fer canvis en els horaris dels membres del grup, o sigui la possibilitat que hi hagi flexibilitat horària a la feina. També calen mesures d'informació i educació alimentària.

En relació amb aquest últim aspecte, possibilitat que hi hagi agents de salut informals, però amb el suport institucional —joves, dones, treballadors, estudiants, esportistes— per actuar en els seus àmbits “naturals” i quotidians. Més endavant insistirem en aquesta figura, que caldria ampliar a altres camps i consolidar amb continguts tècnicament sòlids força més que en la seva versió actual, gairebé experimental i per a temes especialment conflictius, com alguns relacionats amb drogues o amb aspectes de salut de minories ètniques.

- **Consums de drogues:** generalitzar les mesures de transport públic als llocs on es concentra la “moguda” juvenil, i els conductors rotatius a les colles; donar suport a les actituds més preventivistes de les noies enfront de les més trivialitzadores dels nois; en el cas del tabac, basar-se en el seu incipient desprestigi però no per imposar certes normes de prohibició del seu ús públic, per exemple, sinó per anar consensuant restriccions progressives en aquests àmbits, tenint en compte que encara s'ha de bregar amb el 40% de fumadors que hem vist que hi ha. Les maneres i metodologies d'aplicar la nova llei sobre el tabac pot ser clau en aquest aspecte. Aprofitar la relativa normalització del cànnabis per abandonar els discursos alarmistes i centrar-se en consells pràctics de reducció de riscos, fonamentalment a l'adolescència, a través dels canals que siguin més prestigiosos per als seus consumidors, com algunes associacions que treballen sobre el terreny sense discursos moralistes, publicacions com alguna revista de la cultura del cànnabis²⁰ o altres canals de circulació horitzontal entre ells que, tenint en compte els seus interessos, siguin capaços de garantir millor l'adopció de mesures de reducció de riscos.

²⁰ No voldria fer propaganda, però en un dels números del darrer any d'una d'aquestes revistes, la degana al nostre país, es publica un bon dossier sobre cànnabis i adolescència al qual podem suposar un impacte sobre la gestió d'aquest aspecte de la salut dels adolescents molt més positiu que molts sermons de segons quins adults, autoritats o ONG.

- **Salut sexual:** sobretot, insistir en les mesures ja conegudes de prevenció, com l'ús de preservatius, amb tota la força i legitimitat de les institucions públiques; associar joc i preservatius en l'educació sexual adolescent, com a manera d'introjectar el seu ús; estimular i reforçar la capacitat de parlar de sexualitat, afecte i similars, tant entre ells, elles, ells i elles, com amb els adults; suport i ampliació dels centres de salut sexual juvenil o dels grups dedicats a aquesta dins altres institucions, com l'atenció primària; al mateix temps, diversificació de l'oferta entre gèneres i edats; capacitat i reconeixement de joves que puguin exercir d'agents de salut en aquest camp i, de manera general, en els problemes de salut dels joves, tal com ja hem dit anteriorment.
- **Salut mental:** a més d'intentar contrarestar totes les situacions estructurals que hem vist abans que empenyen a la tristesa o a sentir-se malament, cosa que ara comentarem, caldria capacitar tant els professionals com la població per poder afrontar certes situacions a partir d'ells mateixos i del seu grup primari, i/o de teràpies, en lloc d'optar pels medicaments com a única alternativa. Això voldria dir dotar de més recursos els centres de salut mental públics perquè puguin fer teràpies. Insistir en l'educació no sexista per combatre els complexos d'inferioritat que hi pugui haver, o per ensenyar els nois a expressar dificultats més per la via de verbalitzar un sentiment que no pas fent un acte de risc com a única alternativa.

Per acabar, volem subratllar que ens sembla evident que qualsevol reorientació tècnica que es faci, i també les mesures com les que proposem aquí, s'haurien de fer en

un context que seria el que de debò ens marcaria un camí per arribar a uns estàndards de salut més elevats, que és el del desenvolupament d'unes polítiques públiques ben decidides en aspectes bàsics com l'ocupació i la seguretat laboral, el suport als grups domèstics i les famílies, independentment de les seves característiques, l'accés a l'habitatge, la capacitat de les persones i els usos dels recursos ecològics, fonamentalment.

Aquestes polítiques haurien d'incidir en tots els aspectes socials que tendeixen a combatre les desigualtats de tot tipus, com ja és ben conegut, però també haurien de tenir la clarividència —que quan ha estat al poder, ni que sigui local, la mateixa esquerra tampoc no ha tingut gaire— d'impulsar un debat ideològic que permeti anar canviant l'orientació de l'actual hegemonia cultural, sense la qual cosa serà molt difícil aconseguir i consolidar qualsevol petit canvi. Està clar que una de les virtuts tant de la metodologia presentada al principi d'aquest punt com d'almenys diverses de les mesures apuntades és la de permetre'ns i obligar-nos a caminar cap aquesta direcció, ja que adquiririen el seu sentit ple i més eficàcia dins els processos de participació ciutadana. Però parlant més en concret de la salut dels joves, que és el tema central que aquí ens preocupa, creiem que aprofundir en la discussió d'un nodus central de la nostra societat com és el del consum, estenent aquesta discussió per tots els canals participatius existents i aprofitant per eixamplar-los arran d'aquest mateix procés de discussió, podria produir un interessant feed-back amb la metodologia i les propostes presentades.

BIBLIOGRAFIA I FONTS

Bibliografia

- Aguinaga, J., i D. Comas (1997). *Cambios de hábito en el uso del tiempo. Trayectorias temporales de los jóvenes españoles*. Madrid, Instituto de la Juventud.
- Albaigés, B. (dir.), V. Sisto i J. A. Román (2004). *Crisi del treball i emergència de noves formes de subjectivitat laboral en els joves*. Col·lecció «Estudis», núm. 10. Barcelona, Secretaria General de Joventut.
- Appadurai, A. (1991). «Global Ethnoscapes: Notes and Queries for a Transnational Anthropology», a Fox, R., *Recapturing Anthropology*. Santa Fe (NM). School of American Research Press: 191- 210.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Paidós, Barcelona.
- Boix, P.; E. Orts; M. J. López; F. Rodrigo (1997). «Trabajo temporal y siniestralidad laboral en España en el período 1988-1995», *Cuadernos de Relaciones Laborales*, núm. 11: 275-319.
- Borrell, C., i J. Benach (2003). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona, Ed. Mediterrània.
- Bourdieu, P. (1981). *La distinción*. Madrid, Taurus.
- Brito, R. (2002). «Identidades juveniles y praxis divergente; acerca de la conceptualización de juventud», a Nateras, A. (coord.) *Jóvenes, culturas e identidades urbanas*: 43-60.
- Brullet, C., i L. Torradadella (2002). «Infants i famílies. Situacions i condicions de vida», a Gómez-Granell, C., et al. (coords.). *La infància i les famílies als inicis del s. XXI*. Barcelona, CIIMU, vol. 1: 55-297.
- Carrasco, S. (2002). «Infància i immigració», a Gómez-Granell, C., et al. (coords.). *La infància i les famílies als inicis del s. XXI*. Barcelona, CIIMU, vol. 4.
- Casal, J., i B. Albaigés (2002). «La transició al treball en la minoria d'edat», a Gómez-Granell, C., et al. (coords.). *La infància i les famílies als inicis del s. XXI*. Barcelona, CIIMU, vol. 2: 159- 277.
- Casal, J. et al. (2003). *Enquesta als joves de Catalunya 2002. Avançament de resultats*. Col·lecció «Aportacions», núm. 19. Barcelona, Secretaria General de Joventut.
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona, Anagrama.
- Codere, H. (1968). «Antropología económica», a *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid, Aguilar.
- Comas, D.; J. Aguinaga; F. Orizo; A. Espinosa, y E. Ochaita (2003). *Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid, FAD/ INJUVE.
- Comelles, J. M. (1985). «Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales», a *JANO*, 655-H: 71-83.
- Comelles, J. M., i Martínez, A. (1993). *Enfermedad, sociedad y cultura*. Madrid, Eudema.
- Canals, J., i Romaní, O. (1996). «Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al márketing», a *Archipiélago*, 25: 51-61.
- Conde, F., et al. (1996). *Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños*. Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.
- Conde, F. (1999). *Los hijos de la des-regulación. Jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas*. Madrid, CREFAT.
- Chen, L. C.; A. Kleinman, i N. Ware (eds.) (1994). *Health and Social Change in International Perspective*. Cambridge, Harvard University Press.
- Denman, C. A., i J. A. Haro (comps.) (2000). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México, El Colegio de Sonora.
- Douglas, M. (1991). *Pureza y peligro*. Madrid, Siglo XXI.
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Paidós, Barcelona.
- Douglas, M., i A. Wildavsky (1982). *Risk and Culture*. Berkeley, University of California Press.
- Durán, F. (2001). *Informe sobre riesgos laborales y su prevención*. Madrid, Presidencia del Gobierno.
- Espluga, J. Ll., i J. Pallarés (s/d). *Joves i salut, mimeo*.

- Espluga, J.; L. Lemkow; J. Baltiérrez; T. Kieselbach (2004). *Desempleo juvenil, exclusión social y salud*. Barcelona, Icaria.
- Estébanez, P. (ed.). *Exclusión social y salud. Balance y perspectivas*. Barcelona, Icaria / Antrazyt.
- Feixa, C. (1998). *De jóvenes, bandas y tribus*. Barcelona, Ariel.
- Feixa, C.; I. González; R. Martínez, i L. Porzio (2002). «Identitats culturals i estils de vida», a Gómez-Granell, C., et al. (coords.). *La infancia i les famílies als inicis del s. XXI*. Barcelona, CIIMU, vol. 3: 325-474.
- Ferrándiz, F., i C. Feixa (eds.) (2005). *Jóvenes sin tregua. Culturas y políticas de la violencia*. Barcelona, Anthropos.
- Flaquer, Ll., i E. Oliver (2002). «Polítiques de suport a les famílies», a Gómez-Granell, C., et al. (coords.). *La infancia i les famílies als inicis del s. XXI*. Barcelona, CIIMU, vol. 1: 299-347.
- García Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos, conflictos multiculturales de la globalización*. México, Grijalbo.
- Garza, S. (2004). «Masculinidad juvenil: riesgo e identidad», a Reguillo et al. (coords.). *Tiempo de híbridos – Temps d'híbrids*, Mèxic / Barcelona, SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / Secretaría General de la Joventut de la Generalitat de Catalunya / CIIMU: 82-90.
- Giddens, A. (1997). «Vivir en una sociedad posttradicional», a Beck, U.; A. Giddens, i S. Lash. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid, Alianza Ed.: 75-136.
- Gracia, M., et al. (2001). *Género, cuerpo y alimentación. La construcción social de la anorexia nerviosa*. Madrid, Instituto de la Mujer (no publicat).
- Haro, J. A. (2004). «Entrevistas de grupo en la investigación del ámbito sanitario: criterios y estrategias para campo y análisis», a *Trabajo Social y Salud*, núm. 48 (juliol), monogràfic sobre la sida (O. Romaní, comp.): 139- 187.
- Hammersley, M., i P. Atkinson (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, Paidós.
- Hernán, M.; M. Ramos, i A. Fernández (2002). *Salud y juventud*. Madrid, Consejo de la Juventud de España.
- Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. Barcelona, Ed. El Viejo Topo.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, California University Press.
- Megías, E. (coord.) et al. (2001). *Valores sociales y drogas*. Madrid, FAD.
- Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Ed. Mexicana / FONCA.
- Menéndez E. L. (1998). «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes», a *Estudios Sociológicos*, 46: 37-67.
- Menéndez, E. L. (2000). «La dimensión antropológica», a Díaz, M., i Romaní, O. (coords.). *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona / Madrid, Institut Municipal de Salut Pública / FAD: 79-98.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, Eds. Bellaterra.
- Miles, S. (2000). *Youth Lifestyles in a Changing World*. Buckingham, Open University Press.
- Miret i Gramundi, P. (2004). *Emancipació domiciliària, laboral i familiar dels joves a Catalunya*. Col·lecció «Aportacions», núm. 25. Barcelona, Secretaria General de Joventut.
- Monod, J. (1970). «Un air marginal», a *L'Homme et la Société*, núm. 16: 303-322.
- Montiel, L., i Porras, I. (coords.) (1997). *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*. Madrid, Doce Calles Eds.
- Nateras, A. (coord.) (2002). *Jóvenes, culturas e identidades urbanas*. México, UAM / Porrúa Eds.
- Osorio, M. R. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana, INI / INAH / CIESAS
- Perez de Guzmán, T. (1994). «Estilos de vida y teoría social», a Kaiero, A. (ed.). *Valores y estilos de vida en nuestras sociedades en transformación*. Universidad de Deusto, Bilbao.

- Ramírez, S. (2003). *Gitanos y salud*. Tarragona, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la URV, tesi doctoral (mimeo).
- Reguillo, R. (2000). *Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto*. Bogotá, Grupo Editorial Norma.
- Romaní, O. (2004). *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona, Ariel (2a ed.).
- Romaní, O., Rimbau, C., et al. (1992). *Drogodependientes: circuitos informales y procesos de integración social*. Barcelona, IRES, Col. «Documents de Treball».
- Romaní, O., i Gonzàlez, I. (2002). «La salut dels menors. Vulnerabilitat, dependència i estils de vida», a Gómez-Granell, C., et al. (coords.). *La infància i les famílies als inicis del segle XXI*. Barcelona, CIIMU, vol. 3: 149-323.
- Ruiz de Olabuénaga, I. (1998). *La juventud liberta. Géneros y estilos de vida de la juventud urbana española*. Madrid, Fundación BBV.
- Serrano, J. (1998). *Barcelona, bona nit. Pautes, hàbits i preferències de lleure i oci nocturn dels joves barcelonins*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
- Serrano Amaya, J. F. (2004). *Menos querer más de la vida. Concepciones de vida y muerte en jóvenes urbanos*. Bogotá, Universidad Central DIUC i Siglo del Hombre Editores.
- Valenzuela, J. M. (1997). «Culturas juveniles. Identidades transitorias», a *Revista JOVENes*, any 1, núm. 3: 12-35.
- Vila, I., et al. (2002). «Educció i escola. Entre la qualitat educativa i l'equitat», a Gómez-Granell, C., et al. (coords.). *La infància i les famílies als inicis del segle XXI*. Barcelona, CIIMU, vol. 2: 13-158.

FONTS

- Agència de Salut Pública de Barcelona (2002). *Informe de salut de Barcelona, 2002* (no publicat). Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (2002). *Enquesta de salut de Catalunya 2002*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut (2004). *Registre de mortalitat de Catalunya*. Barcelona, Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Díaz, A.; J. Pallarés; M. Barruti, i J. Espluga (2004). *Informe 2003. Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil*. Barcelona, Institut Genus.
- Direcció General de Drogodependències i Sida (2003). *Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Informe 2002*. Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- Instituto de la Juventud (2005). *Informe juventud en España 2004*. Madrid, INJUVE, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Martínez Hernández, A., i Recio, C. (2004). *La salud dels menors i joves. Malalties i malestars en una societat desigual*. Barcelona, Segon Informe CIIMU, no publicat.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Encuesta nacional de salud 2001 (datos provisionales)*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Observatori Català de la Joventut (2004). *La joventut de Catalunya en xifres. Dades bàsiques de la joventut catalana 2003*. Barcelona, Secretaria General de Joventut de la Generalitat de Catalunya.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Objetivos de Salud para Todos. Objetivos de la estrategia regional europea de Salud para Todos*. Madrid, Ministerio de Salud y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, OMS.
- RACC (2003). *Ús de dispositius de seguretat infantil*. Barcelona, RACC.

ANNEX METODOLÒGIC I: PROTOCOLS DEL REGISTRE ETNOGRÀFIC.

I. GRUPS DOMÈSTICS. ELEMENTS A REGISTRAR.

1. L'habitatge

1.1. Tipus de casa on es viu:

Pis Casa Casa amb jardí Masia Altres

1.2. Nucli/barri on està situada

.....

1.3. Distàncies/temps respecte a les activitats més habituals:

Feina: A peu Transport públic Privat: sol acompanyat
 Estudi: A peu Transport públic Privat: sol acompanyat
 Lleure: A peu Transport públic Privat: sol acompanyat
 Relacions amics: A peu Transport públic Privat: sol acompanyat
 Familiars: A peu Transport públic Privat: sol acompanyat

1.4. Condicions de salubritat:

Humitat Ventilació Llum Sol Solidesa Soroll Olors Pudors Altres

Espais: distribució, usos

Es disposa d'un espai propi? Es comparteix? Amb qui?

1.5. Electrodomèstics:

Ordinador: personal compartit accés a Internet: sí no

TV a l'habitació o familiar

Microones: personal compartit

Rentadora

Nevera

Telèfon: personal compartit fix mòbil

1.6. Serveis: quins hi ha, com s'hi accedeix, qui se n'encarrega (llum, aigua, gas, escombraries...)

.....

1.7. Composició del grup domèstic

.....

Observacions:

.....

.....

.....

.....

A. Relacions personals

A1. Quin tipus de relacions hi ha entre els seus membres: autoritat, lideratges (per a quines coses i qui; p. ex. qui porta l'economia, les "relacions exteriors", la salut..., és a dir, rol de cadascú dins el grup domèstic):

.....

.....

.....

Principals formes i nivells de comunicació

.....

A2. Relacions familiars: autonomia/dependència (objectiva i subjectiva).

.....

.....

.....

Espais i horaris de companyia, solitud, etc. (p. ex.: es parla durant els àpats, es mira la TV, un es passa moltes hores sol davant l'ordinador; els caps de setmana es va a la segona residència: amb la família, a partir de quan s'està sol a la primera residència, o s'està sol a la segona, etc.)

.....

.....

.....

A3. Tasques domèstiques: descripció de les principals, i de les persones que les fan.

Activitats domèstiques	Qui les fa habitualment	Freqüència		
Comprar	diària <input type="checkbox"/>	cada 3 dies <input type="checkbox"/>	setmanal <input type="checkbox"/>
Fer el menjar	diària <input type="checkbox"/>	cada 3 dies <input type="checkbox"/>	setmanal <input type="checkbox"/>
Rentar la roba	diària <input type="checkbox"/>	cada 3 dies <input type="checkbox"/>	setmanal <input type="checkbox"/>
Netejar la casa	diària <input type="checkbox"/>	cada 3 dies <input type="checkbox"/>	setmanal <input type="checkbox"/>
Parar taula	diària <input type="checkbox"/>	cada 3 dies <input type="checkbox"/>	setmanal <input type="checkbox"/>
Rentar els plats	diària <input type="checkbox"/>	cada 3 dies <input type="checkbox"/>	setmanal <input type="checkbox"/>
Escombraries	diària <input type="checkbox"/>	cada 3 dies <input type="checkbox"/>	setmanal <input type="checkbox"/>

Es fa

- De manera sistemàtica
- Requereix la insistència dels pares
- Estan distribuïdes en un quadre setmanal per a tots els membres d'un pis
- A mesura que a un se li acudeixen
- Altres

A4. Quan hi ha algun problema de salut:

- A qui ho dius
- Qui el detecta
- A partir de quins símptomes principals
- Qui decideix els passos a seguir
- Qui s'encarrega de les diferents fases
- Quan i per què es depassa l'àmbit domèstic (mares, àvies, veïnes)
i es consulten especialistes (farmàcia, metge, curadors, etc.)
-
- En quins casos procura mantenir-se "secret" de la família i per què?
-

B. Creences sobre la salut

B1. Percepcions sobre el cos, el seu funcionament, les seves relacions amb les activitats diàries (feina, estudis, sortir de marxa, etc.)

.....

.....

.....

B2. Idees sobre les influències ambientals: contaminació, humitat, corrents d'aire, fred/calor, brutícia, etc.

.....

.....

.....

Observacions:

.....

.....

.....

.....

II. RUTINES DIÀRIES SOBRE LA SALUT DOMÈSTICA

	A. Àpats	B. Menjar entre hores	C. Consums (Food-like substances)	D. Medicació/ Automedicació	E. Pràctiques sexuals	F. Higiene personal	G. Descans	H. Esports
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								

Especificacions:

1. Àpats: A1 esmorzar A2 dinar A3 sopar

— On i amb qui:

1 a casa (1.1 a taula, 1.2 altres)

2 a fora (2.1 centre laboral/estudi, 2.2 altres)

3 sol

4 acompanyat (4.1 membre grup domèstic, 4.2 altres)

— Què es menja (s'inclourà quan sigui més de quatre cops per setmana):

a1: esmorzar "dolç" (cafè/te/llet, pastes, mermelada, etcètera)

a2: esmorzar "salat" (ous, embotits, etcètera)

a3: menjars preparats

a4: entrepans i/o pizzes

a5: pastes, sopes...

a6: verdures i fruites

a7: carn, peix, ous...

2. Marqueu-ho amb una creu i descriuiu aquí en què consisteixen:

.....

.....

3. 1. cafè 2. tabac 3. sucre 4. xocolata 5. lllaminadures 6. alcohol 7. porros
8. altres

4. 1. permanent 2. periòdica 3. puntual a) recepta mèdica/farmàcia
b) consell de parents/amics
c) decisió pròpia

5. 1. a casa 2. en altres cases 3. en llocs de lleure 4. al cotxe 5. altres

En els últims 6 mesos, p. ex., les fas: a) sempre amb la mateixa persona
b) amb dues persones habituals
c) amb tres o més persones

Ús de preservatius: sempre amb persones no habituals

6. Rentar-se: 1. les mans 2. la cara 3. les dents 4. dutxar-se 5. "evacuacions"
6. altres

7. Assenyaleu de quina hora a quina altra s'acostuma a fer (a la nit, migdiada...)

.....

.....

8. 1. esports competitiu 2. gimnàs 3. natació 4. córrer 5. caminar
6. arts marcial 7. ioga 8. escalada 9. altres

III. ESTUDI

1. Tipus: Ensenyament

- 1.1. Públc Institut BUP FP Escola Universitària Facultat
- 1.2. Privat/concertat

2. Lloc: Al mateix barri/poble En un altre bar i/poble

3. Instal·lacions generals

Infraestructura, en especial tipus de mobiliari on es treballa

.....
.....

Activitats de "manteniment" (higiene, alimentació, etcètera)

.....
.....

4. Temps diari dedicat

- a escoltar a classe: hores
- a fer altres activitats: hores
- a estudiar en sentit estricte: hores
- quant de temps es passa assegut: hores
- quant de temps es passa davant l'ordinador: hores Al centre A casa
- dret:hores

5. Activitat física:

- tipus de gimnàstica/esports
- aparells
- instal·lacions,

6. Contingut dels estudis: Interessa No interessa

- relació amb la formació:
- la vida quotidiana:
- el futur:

7. Actituds: la formació la troben

interessant avorrida angoixant estressant difícil estimulant/ divertida...

8. Relacions personals:

professors

companys

Se senten: integrats exclosos automarginats

Es fan grups segons: l'edat el gènere la classe l'ètnia el territori

9. Altres activitats no previstes institucionalment:

consums de diferent tipus

relacions afectivosexuals

activitats de lleure no reglades (p. ex. jocs de cartes, vídeos, Internet...)

Observacions:

.....
.....
.....
.....

IV. FEINA

1. Tipus de feina

.....

2. Tipus de contracte

.....

3. Distància i manera d'arribar-hi des de casa

.....

4. Horaris quotidians

.....

5. Activitats concretes:

- pressuposen força física
- repetició continuada dels mateixos gestos
- persistència en una mateixa postura (asseguts, davant l'ordinador, drets...)
- necessitat de concentració
- manipulació de materials
- manipulació de maquinària
- moure's entre la maquinària
- estar en espais oberts i poc protegits
- estar en ambients contaminats
- treballar amb gent

6. Quin tipus de seguretat existeix sobre els perills laborals:

.....

.....

- Té informació Se segueixen unes normes Hi ha experts que ho supervisen No ho sap

7. Es consumeix alimentació, alcohol i/o altres drogues (tabac, amfetamines, porros...) a la feina i en quins moments s'acostuma a fer?

.....

.....

8. És una feina satisfactòria

- Pel sou
- Per si mateixa, perquè sí no
- És: estimulant avorrida angoixant estressant etcètera

9. Relacions amb col·legues, caps, etcètera. Van més enllà de la feina?

.....

.....

10. Es fan grups segons

- Edat Gènere Classe Ètnia Territori

11. Altres activitats no previstes institucionalment

Consums de diferent tipus

.....

Relacions afectivosexuals

.....

Activitats de lleure no reglades (p. ex. jocs de cartes, vídeos, Internet...)

.....

Observacions:

.....

.....

.....

.....

V. LLEURE

- Anoteu en cada casella l'activitat de lleure i de risc relacionada amb la salut, posant el codi corresponent
- Utilitzeu l'altra cara per a possibles observacions

	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	Dissabte	Diumenge
Matí							
Migdia							
Tarda							
Vespre							
Nit							
Matinada							

— Breu descripció de la persona

.....

.....

.....

Situacions de risc

Ús de vehicles Ús de drogues/alcohol Activitats sexuals Conductes alimentàries
Violència: psíquica física

Activitats de lleure

Sortir amb amics Esports Cinema Llegir Música Passejar Bar/disco
Mirar la TV Viatjar / Excursionisme / Naturalesa Sortir amb la família
Activitats culturals (museus, etcètera) Hobbies Ordinador Descansar
Militància (política/religiosa/voluntariat) Altres (especifiqueu)
.....

Observacions:

.....
.....
.....
.....

ANNEX METODOLÒGIC II: QUADRES DELS INFORMANTS DEL REGISTRE ETNOGRÀFIC I DE LES PERSONES ENTREVISTADES EN PROFUNDITAT

1. INFORMANTS DELS REGISTRES ETNOGRÀFICS

a)

Nom	Núm.	Sexe	Edat	Territori	Activitat principal	Classe	Grup domèstic	Altres
Anna	1	noia	17	Barcelona / Vila Olímpica	Estudiant	I-II	Família d'origen	Família recomposta
Berta	2	noia	21	Poble de Lleida BCN / Zona Universitària	Estudiant	III	Pis compartit 1	
Cinta	3	noia	21	Valldoreix	Estudiant	II	Família d'origen	
August	4	noi	21	Barcelona / Via Augusta	Estudiant	I	Família d'origen	
Francesc	5	noi	21	Barcelona / Dreta de l'Eixample	Treballador	III-IV	Família d'origen	
Josep	6	noi	22	Barcelona / Sants	Estudia i treballa	II	Pis compartit 1	Gai
Cinto	7	noi	27	Reus / Barri antic	Treballador	IV	Parella	
Maica	8	noia	22	Reus	Treballadora	III	Família d'origen	
Pere	9	noi	26	Tarragona	Estudiant	III-II	Pis compartit 2	
Mercè	10	noia	23	Ripoll / Centre	Estudia i treballa	III	Pis compartit 2	
Andreu	11	noi	25	Constantí	Estudia i treballa	II	Parella	
Ramon	12	noi	24	Sitges / Sant Sebastià	Treballador	III-IV	Família d'origen	
Alejo	13	noi	25	Sitges / Centre	Treballador	IV	Parella	Argentí
Lina	14	noia	29	Sitges / Centre	Treballadora	V	Família d'origen (mare+germana)	Dominicana
Joan	15	noi	27	Sitges / Poble Sec	Treballador	II	Parella	
Judit	16	noia	20	Sitges / Centre	Estudiant	III-II	Família d'origen	

Nasi	17	noi	16	Sitges / Sant Sebastià	Estudiant	II-I	Família d'origen	Dominicà, hip-hop, Fam. recomposta Tractament psiq.
Montse	18	noia	18	Sitges / Centre	Estudiant	IV	Família d'origen	
Núria	19	noia	21	Sitges / Poble Sec	Estudiant	IV	Família d'origen	
Àlex	20	noi	16	Sitges / Sant Sebastià	Estudiant	IV	Família d'origen màquina	Skin / música
Paula	21	noia	21	Sitges / Sant Sebastià	Estudiant	III	Família d'origen	
Sebas	22	noi	29	Sitges / Poble Sec	Treballador	V	Família (àvia)	
Marta	23	noia	28	Sitges / Cases Noves	Treballadora	IV	Sola	
Blanca	24	noia	24	Sitges / La Llevantina	Atur	III	Família d'origen	
Andrea	25	noia	24	Vilanova i la Geltrú/Nord	Treballadora	III	Família d'origen	
Toni	26	noi	26	Sant Pere de Ribes	Treballador	III	Pis compartit 2	Okupa
Mónica	27	noia	29	El Prat de Llobregat	Treballadora	III	Parella	Italiana

b)

Nom	Núm.	Sexe	Edat	Territori	Activitat principal	Classe	Grup domèstic	Altres
Marc	1	noi	26	Sitges / Poble Sec	Pensionista	V	Família d'origen (mare)	Tractament psic.
Feli	2	noia	27	Sitges / Cases Noves	Estudiant	III	Família d'origen	
Ester	3	noia	29	Vilanova i la Geltrú/ Sant Joan	Atur	IV	Família d'origen	
Irene	4	noia	23	Lleida	Estudiant	III-II	Pis compartit 1 (Reus)	
Jesús	5	noi	24	Bot (Terres de l'Ebre)	Estudiant	III	Pis compartit 1 (Tarragona)	
Noèlia	6	noia	21	Pinell (Terres de l'Ebre)	Estudiant	III	Pis compartit 1 (Tarragona)	

Enric	7	noi	23	Pinell (Terres de l'Ebre)	Estudiant	III	Pis compartit 1 (Tarragona)	
Alba	8	noia	22	Miravet (Terres de l'Ebre)	Estudiant	III	Pis compartit 1 (Tarragona)	
Isabel	9	noia	24	Benicarló	Estudiant	III-II	Pis compartit 1 (Tarragona)	
Èric	10	noi	25	Reus	Treballador	IV	Família d'origen	
Roger	11	noi	23	Reus	Treballador	IV	Sol	
Nico	12	noi	26	Tarragona	Treballador	IV	Família pròpia (dona i filla)	
Gerard	13	noi	26	La Pineda	Estudia i treballa	III	Sol	
Pau	14	noi	24	Salou	treballador	IV	Sol	

II. PERSONES ENTREVISTADES EN PROFUNDITAT

Nom	Núm.	Sexe	Edat	Territori	Activitat principal	Classe	Grup Domèstic	Altres
David	1	Noi	17	l'Hospitalet de Llobregat	Estudiant	III	Família d'origen	
Olga	2	Noia	25	Barcelona - Gràcia	Atur	III	Parella	
Rubén	3	Noi	28	Barcelona	Autònom	III	Família d'origen	
Laura	4	Noia	27	Terrassa	Infermera	III-IV	Sola	
Laila	5	Noia	24	Sant Vicenç dels Horts	Treballadora industrial	IV - V	Pis compartit 2	Marroquina, techno, hip-hop
Sandra	6	Noia	27	Barcelona - Sant Antoni	Cambra - Artesana	IV	Parella	Argentina
Lluís	7	Noi	19	Poble de Girona	Treballa al negoci familiar	III	Família d'origen	
Víctor	8	Noi	22	Barcelona - Poble Sec	Ajudant de cuiner - Free-lance (disseny)	III	Pis compartit 2	Brasiler, gai
Maila	9	Noia	25	Tremp / BCN Ciutat Vella	Estudia i treballa	III	Parella i germà	
Mariela	10	Noia	24	Barcelona - Raval	Treballa en un càtering	IV	Sola	Uruguaiana
Daniel	11	Noi	20	Santa Coloma de Gramenet	Treballador industrial	IV-V	Família d'origen	
Neus	12	Noia	19	Cerdanyola	Estudia i treballa	II-III	Família d'origen	

María	13	Noia	25	Barcelona	Treballa com a empleada domèstica	V	Germana i família (marit i cinc fills)	Equatoriana, sense papers
Paloma	14	Noia	24	Barcelona - Gràcia	Estudiant	III-IV	Pis compartit 2	Màquina, house
Api	15	Noia	22	Tarragona	Treballa en hosteleria		IV-V	Parella
	Experts							
	16	Noi		Sabadell	1 professor de secundària			
	17	Noi		Sabadell	1 animador sociocultural			
	18	Noi/a		Barcelona (Sant Martí)	2 monitors de temps lliure			
	19	Noi			1 expert en gitanos			
	20	Noi		Barcelona	1 educador de barri			
	21	Noia		Barcelona	1 educadora de barri			

ANNEX METODOLÒGIC III: GUIÓ DE LES ENTREVISTES EN PROFUNDITAT

Consideracions generals

ESTUDIS

1. Nivell d'estudis assolit:

2. Tipus d'ensenyament: 2.1. Públic 2.2. Privat 2.3. Concertat

3. Lloc:

Al mateix barri

En un altre barri

En una ciutat diferent a la de residència del grup domèstic. Especifiqueu:

En un país diferent al de residència del grup domèstic. Especifiqueu:

4. Instal·lacions generals. Valoració subjectiva:

Infraestructura, en especial, tipus de mobiliari on es treballa:

Higiene, lluminositat, ambient:

Barreres arquitectòniques...:

Activitats de "manteniment" (higiene, alimentació, etcètera)

5. Motiu d'elecció dels estudis

.....
.....

6. Actituds davant la formació. Pregunta oberta; si és possible, recolliu:

interessant avorrida angoixant / estressant difícil estimulants / divertida... necessària

altres Especifiqueu:

La valoració sobre l'interès dels estudis, va canviar després de començar-los? Com? Motius:

.....

Paper que tenen els estudis en la seva vida:

.....

7. Problemes relacionats amb els estudis

Motius, quan apareixen, estratègies per compensar-los:

.....

Estrès en relació amb els estudis: motius, quan apareixen, estratègies per compensar-los:

.....

8. Consum de substàncies en relació amb els estudis (cafè, altres begudes excitants, pastilles...). Especificar les substàncies i els motius per consumir-les.

.....

.....

9. Temps diari: dedicat a:

escoltar a la classe: hores

fer deures: hores

estudiar en sentit estricte: hores

fer altres activitats: hores. Especifiqueu-les:

quant de temps es passa assegut: hores

quant de temps es passa davant l'ordinador: hores. Al centre A casa

dret: hores

10. Activitat física: Tipus, nombre d'hores, lloc, motiu

.....

.....

11. Relacions personals amb professors i companys. Descripció, valoració, motius. Pregunta oberta; si és possible, recolliu:

Se senten:

Integrats

Exclosos

Automarginats

Altres Especifiqueu:

Es fan grups segons:

L'edat

El gènere

La classe

L'ètnia

El territori

Altres Especifiqueu:

12. Aspectes relacionats amb la salut que es van aprendre a classe. Valoració i aplicabilitat. Crèdits relacionats amb la salut. Contingut.

.....
.....

13. Diferències en les concepcions sobre salut estudiades a l'escola i en l'àmbit domèstic.

.....
.....

14. Opinió dels seus amics o companys respecte als punts anteriors. (Si és possible. Recolliu-la durant la formulació de cada pregunta en concret)

.....
.....

15. Observacions.

.....
.....
.....
.....

LLEURE

1. Recolliu, per a cada dia de la darrera (o d'aquesta) setmana, les activitats d'oci, especificant el tipus d'activitat, l'existència de risc associat, l'horari i la durada de l'activitat, si la persona la va fer tota sola o amb qui i la motivació per fer-la. Si és possible, especifiqueu el mateix per a amics, germans (del mateix gènere o no), parella, ... I si pot ser, tingueu en compte les variables:

Activitats de lleure

- Sortir amb amic Esports Cinema Llegir Música Passejar Bar/disco
- Mirar la TV Excursionisme / Natura Sortir amb la família Activitats culturals (museus, etcètera)
- Altres *hobbies*. Especifiqueu:
- Ordinador Descansar
- Militància. Especifiqueu: política religiosa voluntariat
- Altres: Especifiqueu:

Situacions de risc

Ús de vehicles

Ús de drogues/alcohol

Activitats sexuals

Conductes alimentàries de risc. Especifiqueu:

Violència: Especifiqueu-ne el context: Psíquica Física

2. Per a la qüestió anterior: especifiqueu els horaris i qui els imposa

.....
.....

3. Amics

Pertany a una subcultura juvenil?. Especifiqueu-la. Motius. Criteris d'autoidentificació

.....
.....

Procedència dels amics: barri, família, escola, feina

Relació amb els amics. Importància, paper en la seva vida

4. Opinió sobre la seva forma d'oci i la dels altres joves.

.....
.....

5. Percepcions al voltant de la sexualitat. Relació sexualitat-lleure. Paper en la seva vida.

.....
.....

6. Assistència a espais de socialització: bars, carrer, casals, ateneus, cases okupes...

.....
.....

7. Observacions.

.....
.....
.....
.....

FEINA

1. Tipus de feina. Si és el cas, indiqueu si està a l'atur, si cobra prestació per atur, un salari social o si està fent cursos associats a aquestes prestacions.

.....
.....

2. Motius per triar-la. Quin altre tipus de feina li agradaria fer (si es donés el cas)?

.....
.....

3. Tipus de contracte (temps, nombre d'hores setmanals, sou...).

.....
.....

4. Distància i manera d'arribar-hi des de casa.

.....
.....

5. Horaris quotidians.

.....
.....

6. Activitats concretes a la feina. Pregunta oberta; si és possible, recolliu:

pressuposen força física

repetició continuada dels mateixos gestos

persistència en una mateixa postura (asseguts, davant l'ordinador, drets...)

necessitat de concentració

manipulació de materials

manipulació de maquinària

moure's entre la maquinària

estar en espais oberts i poc protegits

estar en ambients contaminats

treballar amb gent

desplaçaments en cotxe, moto...

altres Especifiqueu-los:

7. En la feina actual, quin tipus de seguretat hi ha davant els perills laborals:

Especifiqueu en cada cas:

- té informació
- se segueixen unes normes
- hi ha experts que ho supervisen
- no ho sap

8. Aspectes de la salut que relaciona amb la feina:

Motius, estratègies per solucionar-los:

Heu tingut problemes de salut que es relacionen amb la feina en l'últim any? Descripció, tipus de relació amb la feina, estratègia per solucionar-los:

Baixes laborals. Motius. Durada:

9. Es consumeix alimentació, alcohol i/o altres drogues (tabac, amfetamines, porros...) a la feina? En quins moments s'acostuma a fer? Si és possible, recolliu la mateixa informació per als companys de la feina.

.....

10. Opinió relacionada amb la feina. Pregunta oberta; si és possible, recolliu si és:

- estimulant avorrida angoixant estressant etcètera
- altres Especifiqueu:
- Detalleu-ne els motius:

11. Paper que té la feina en la seva vida.

.....

12. Relacions amb col·legues, caps, etcètera. Descripció. Van més enllà de la feina?

.....

13. Relació a la feina amb caps i companys.

.....

14. Formació de grups a la feina. Pregunta oberta; si és possible, recolliu:

Edat Gènere Classe Ètnia Territori

Altres. Especifiqueu:

15. Feines anteriors: tipus, temps, motiu d'elecció i del canvi, situació de salubritat.

.....
.....

16. Opinió dels companys sobre els temes anteriors. (Si és possible, recolliu-la durant la formulació de cada pregunta en concret)

.....
.....

17. Activitats de consum: en què es gasta els diners de què disposa i per què?

.....
.....

18. Organització d'activitats relacionades amb la salut i la feina.

.....
.....

19. Observacions.

.....
.....
.....
.....

GRUP DOMÈSTIC

1. Residència

1.1. Ciutat, barri

.....
.....

1.2. Si és rellevant, indiqueu: país, ciutat, barri de residència anterior. Motius i dates dels canvis.

.....
.....

2. Classe socioeconòmica

2.1. Pregunta: barri on es resideix, feina dels pares...

.....
.....

3. Grup domèstic

3.1. Composició

.....
.....

3.2. Quin tipus de relacions hi ha entre els seus membres: autoritat, lideratges (per a quines coses i qui; p. ex. qui porta l'economia, les "relacions exteriors", la salut..., és a dir, rol de cadascú dins el grup domèstic); principals formes i nivells de comunicació, autonomia/dependència (objectiva i subjectiva).

.....
.....

4. L'habitatge

4.1. Tipus de casa on es viu:

Pis Casa Casa amb jardí Masia Altres Especifiqueu:

Pròpia De lloguer Compartida Altres Especifiqueu:

4.2. Condicions de salubritat de l'habitatge. Valoració subjectiva; si és possible, recolliu:

Humitat Ventilació Llum Sol Solidesa Soroll Olors Pudors

Aïllament tèrmic Altres

Dimensions totals de la casa:

Característiques del bany:

Característiques de la cuina:

Altres característiques: ascensor, barreres arquitectòniques (si és rellevant):

.....

Problemes que ha tingut l'habitatge en l'últim any

.....

Problemes de salut que relaciona amb l'habitatge

.....

4.3. Distàncies i temps respecte a les activitats més habituals:

Feina: A peu Transport públic Privat: sol acompanyat
 Estudi: A peu Transport públic Privat: sol acompanyat
 Lleure: A peu Transport públic Privat: sol acompanyat

4.4. Espais: distribució, usos, etcètera

Es disposa d'un espai propi? Es comparteix? Amb qui? Activitats que es desenvolupen a l'espai que es considera propi (compartit o no) i al no propi.

.....

4.5. Electrodomèstics:

Ordinador: personal compartit accés a Internet: sí no
 Televisor a l'habitació o familiar
 Microones: personal compartit
 Rentadora
 Nevera
 Telèfon: fix, personal compartit
 Mòbil

4.6. Serveis: quins hi ha, qui se n'encarrega (llum, aigua, gas, escombraries...).

.....

4.7. Tasques domèstiques: descripció de les principals i de les persones que les fan.

Activitats domèstiques	Qui la fa habitualment	Motivació per fer l'activitat	Freqüència
Comprar			diària <input type="checkbox"/> cada 3 dies <input type="checkbox"/> setmanal <input type="checkbox"/>
Fer el menjar			diària <input type="checkbox"/> cada 3 dies <input type="checkbox"/> setmanal <input type="checkbox"/>
Rentar la roba			diària <input type="checkbox"/> cada 3 dies <input type="checkbox"/> setmanal <input type="checkbox"/>
Netejar la casa			diària <input type="checkbox"/> cada 3 dies <input type="checkbox"/> setmanal <input type="checkbox"/>
Parar taula			diària <input type="checkbox"/> cada 3 dies <input type="checkbox"/> setmanal <input type="checkbox"/>
Rentar plats			diària <input type="checkbox"/> cada 3 dies <input type="checkbox"/> setmanal <input type="checkbox"/>
Escombraries			diària <input type="checkbox"/> cada 3 dies <input type="checkbox"/> setmanal <input type="checkbox"/>

4.8. *Canvi de pautes o de situacions relacionades amb la salut després de canvis de domicili (país, ciutat, barri) o després d'anar a viure fora del grup domèstic.*

.....
.....

SALUT

1. Assistència mèdica

1.1. Assistència mèdica:

Tipus d'assistència: pública, privada, simultaneïtat, alternança. Motius d'elecció en cada cas

.....

Possibilitats d'accés al sistema sanitari. Dificultats.

.....

Font d'informació principal respecte a la salut.

1.2. Quan hi ha algun problema de salut:

Qui decideix els passos a seguir?

Qui s'encarrega de les diferents fases?

Quan i per què es depassa l'àmbit domèstic (mares, àvies, veïnes?) i es consulten especialistes (farmàcia, metge, curadors, etcètera)?

.....

En quins casos procura mantenir-se "secret" de la família i per què?

.....

Remeis casolans. Automedicació (pregunteu: el tipus de fàrmac que va comprar les darreres tres vegades a la farmàcia i qui el va prescriure). Motius d'elecció en cada cas. Font d'informació

.....

1.3. Valoració del propi estat de salut físic i mental. Motius. (Valoració de trets de caràcter, relacions socials, acceptació d'un mateix...)

.....

.....

1.4. Activitats habituals que fa per mantenir la salut. Motius.

.....

.....

1.5. Problemes de salut en l'últim any

Motius pels quals va anar al metge en l'últim any: símptomes, dispositiu d'elecció, procés, compliment del tractament, grau de satisfacció. El mateix per a altres membres del grup domèstic (menors de 30 anys).

Amb qui va anar al metge, per què. A qui ho va explicar i a qui no i per què.

1.6. Accidents:

Laborals, de trànsit, violència. Conseqüències.

1.7. Hàbits alimentaris:

Autopercepció de les característiques de la pròpia dieta.

Dietes: prescripció, model d'elecció, criteris de realització.

1.8. Sexualitat:

Parelles sexuals en l'últim any.

Ús de mitjans anticonceptius: ús o no, tipus de dispositiu, criteri d'elecció, ús correcte o no, anticonceptius d'emergència: ús i coneixement.

Font d'informació.

Fills: planificació. Si és dona i ja en té: edat, planificació, desenvolupament de l'embaràs, part i puerperi. Si és home, paper en el procés.

Coneixements d'ETS. Fonts d'informació.

Percepció de riscos al voltant de la sexualitat.

1.9. Altres:

Pírcings, tatuatges.

2. Creences sobre la salut

2.1. Diferències entre valors propis sobre la salut i valors de l'inculturació.

2.2. Explicació dels aspectes de la seva religió que es relacionen amb la salut. Grau de seguiment de preceptes d'aquest tipus.

ANNEXOS ESTADÍSTICS : ANNEX ESTADÍSTIC I

PRINCIPALS RESULTATS DE L'ENQUESTA AD HOC SOBRE LA SALUT DE LA POBLACIÓ CATALANA DE 16 A 30 ANYS

Taula 1. Respecte a les limitacions de velocitat, per edat. Catalunya, 2004,.

	Edat			Total
	16 a 20	21 a 25	36 a 30	
No m'hi fixo	28 29,5%	11 11,7%	7 10,4%	46 18,0%
Sí	51 53,7%	61 64,9%	46 68,7%	158 61,7%
No	16 16,8%	22 23,4%	14 20,9%	52 20,3%
Total	95 100,0%	94 100,0%	67 100,0%	256 100,0%

Taula 2. Respecte a les limitacions de velocitat, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
No m'hi fixo	30 22,9%	16 12,8%	46 18,0%
Sí	67 51,1%	91 72,8%	158 61,7%
No	34 26,0%	18 14,4%	52 20,3%
Total	131 100,0%	125 100,0%	256 100,0%

Taula 3. Coneixement de la quantitat d'alcohol que dona positiu en un control d'alcoholèmia , per edat. Catalunya, 2004.

	Edat			Total
	16 a 20	21 a 25	36 a 30	
No ho sé	181 95,8%	52 85,2%	38 100,0%	271 94,1%
Cervesa	6 3,2%	6 9,8%	0 0,0%	12 4,2%
Combinats	1 0,5%	1 1,6%	0 0,0%	2 0,7%
Destil·lats	0 0,0%	1 1,6%	0 0,0%	1 ,3%
Vi	1 0,5%	1 1,6%	0 0,0%	2 0,7%
Total	189 100,0%	61 100,0%	38 100,0%	288 100,0%

Taula 4. Coneixement de la quantitat d'alcohol que dona positiu en un control d'alcoholèmia, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
No ho sé	120 94,5%	151 93,8%	271 94,1%
Cervesa	3 2,4%	9 5,6%	12 4,2%
Combinats	2 1,6%	0 0,0%	2 0,7%
Destil·lats	1 0,8%	0 0,0%	1 0,3%
Vi	1 0,8%	1 0,6%	2 0,7%
Total	127 100,0%	161 100,0%	288 100,0%

Taula 5. Coneixement del lema de l'última campanya de seguretat viària, per edat. Catalunya, 2004.

	Edat			Total
	16 a 20	21 a 25	26 a 30	
Correcte	96 33,0%	7 7,4%	7 10,1%	110 24,2%
No ho sap	195 67,0%	88 92,6%	62 89,9%	345 75,8%
Total	291 100,0%	95 100,0%	69 100,0%	455 100,0%

Taula 5. Coneixement del lema de l'última campanya de seguretat viària, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
Correcte	45 20,6%	65 27,4%	110 24,2%
No ho sap	173 79,4%	172 72,6%	345 75,8%
Total	218 100,0%	237 100,0%	455 100,0%

Taula 6. Conducció amb més alcohol del permès, per edat. Catalunya, 2004.

	Edat			Total
	16 a 20	21 a 25	26 a 30	
Mai	62 61,4%	41 38,7%	36 50,7%	139 50,0%
Alguna vegada	29 28,7%	61 57,5%	32 45,1%	122 43,9%
Sovint	10 9,9%	4 3,8%	3 4,2%	17 6,1%
Total	101 100,0%	106 100,0%	71 100,0%	278 100,0%

Taula 7. Conducció amb més alcohol del permès, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
Mai	50 35,2%	89 65,4%	139 50,0%
Alguna vegada	78 54,9%	44 32,4%	122 43,9%
Sovint	14 9,9%	3 2,2%	17 6,1%
Total	142 100,0%	136 100,0%	278 100,0%

Taula 8. Atribució de grau de perill de l'heroïna, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
Cap	2 0,8%	1 0,3%	3 0,5%
Poc	8 3,1%	1 ,3%	9 1,6%
Molt	235 90,0%	276 94,8%	511 92,6%
NS/NC	16 6,1%	13 4,5%	29 5,3%
Total	261 100,0%	291 100,0%	552 100,0%

Taula 9. Atribució de grau de perill del porro, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
Cap	38 14,5%	18 6,2%	56 10,1%
Poc	165 63,0%	179 61,5%	344 62,2%
Molt	46 17,6%	87 29,9%	133 24,1%
NS/NC	13 5,0%	7 2,4%	20 3,6%
Total	262 100,0%	291 100,0%	553 100,0%

Taula 10. Atribució de grau de perill del porro, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
Cap	3 1,1%	3 1,0%	6 1,1%
Poc	29 11,1%	20 6,8%	49 8,8%
Molt	214 81,7%	255 87,3%	469 84,7%
NS/NC	16 6,1%	14 4,8%	30 5,4%
Total	262	292	554

Taula 11. Atribució de grau de perill de la cocaïna, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
Cap	3 1,1%	1 0,3%	4 0,7%
Poc	32 12,3%	22 7,6%	54 9,8%
Molt	210 80,5%	250 85,9%	460 83,3%
NS/NC	16 6,1%	18 6,2%	34 6,2%
Total	261 100,0%	291 100,0%	552 100,0%

Taula 12. Atribució de grau de perill de l'alcohol, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
Cap	20 7,7%	10 3,4%	30 5,4%
Poc	142 54,4%	146 50,2%	288 52,2%
Molt	90 34,5%	127 43,6%	217 39,3%
NS/NC	9 3,4%	8 2,7%	17 3,1%
Total	261 100,0%	291 100,0%	552 100,0%

Taula 13. Atribució de grau de perill del tabac, per sexe. Catalunya, 2004.

	Sexe		Total
	Home	Dona	
Cap	34 13,0%	33 11,3%	67 12,1%
Poc	127 48,5%	128 44,0%	255 46,1%
Molt	92 35,1%	127 43,6%	219 39,6%
NS/NC	9 3,4%	3 1,0%	12 2,2%
Total	262 100,0%	291 100,0%	553 100,0%

ANNEX ESTADÍSTIC II:

PRINCIPALS RESULTATS DE L'ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA DE 2001 REFERENTS A LA POBLACIÓ DE 16 A 29 ANYS

Mapa de les regions sanitàries de Catalunya



Taula 14. Mal d'esquena cervical, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Sí	7,3%	2,7%	10,7%	10,5%	16,4%	13,6%	10,6%	14,7%	12,3%
No	92,1%	97,3%	88,9%	89,1%	83,6%	86,0%	89,4%	85,3%	87,6%
Ns/Nc	0,6%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 15. Mal d'esquena lubmar, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Sí	5,1%	9,0%	12,8%	13,5%	15,7%	14,3%	8,5%	14,7%	12,4%
No	94,3%	91,0%	86,8%	86,1%	84,3%	85,3%	91,5%	85,3%	87,5%
NS/NC	0,6%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 16. Al·lèrgies cròniques, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Sí	9,2%	10,8%	12,8%	14,7%	17,2%	16,9%	14,9%	18,4%	15,7%
No	90,2%	89,2%	86,8%	84,9%	82,8%	82,8%	85,1%	81,6%	84,1%
NS/NC	0,6%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 17. Migranyes i mal de cap, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Sí	6,1%	8,3%	14,4%	10,0%	17,6%	13,8%	8,4%	15,7%	12,7%
No	93,3%	91,7%	85,2%	89,2%	82,4%	85,8%	91,6%	84,3%	87,2%
NS/NC	0,6%	0,0%	0,4%	0,9%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 18. Depressió i ansietat, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Sí	4,3%	3,3%	2,5%	4,8%	7,4%	5,7%	2,8%	8,3%	5,6%
No	95,1%	96,7%	97,2%	94,7%	92,6%	94,0%	97,2%	91,7%	94,3%
NS/NC	0,6%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 19. Accidents de trànsit (vehicle), per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Sí	5,4%	8,1%	10,4%	8,0%	9,1%	6,0%	7,7%	8,6%	8,0%
No	94,6%	91,9%	89,6%	91,4%	90,9%	94,0%	92,3%	91,4%	92,0%
NS/NC	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 20. Opinió sobre el tracte professional en l'última visita al metge, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Molt satisfet	0,0%	39,8%	45,8%	40,1%	26,8%	39,7%	34,6%	30,6%	32,1%
Satisfet	69,9%	49,5%	47,2%	50,8%	57,8%	53,7%	56,7%	58,8%	56,5%
Insatisfet	25,3%	7,8%	3,6%	6,9%	13,1%	6,6%	4,5%	8,4%	8,9%
Molt insatisfet	0,0%	2,9%	3,4%	2,2%	2,4%	0,0%	4,2%	2,2%	2,3%
NS/NC	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 21. Opinió sobre les explicacions en l'última visita al metge, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Molt satisfet	4,8%	30,2%	42,0%	25,9%	24,4%	34,8%	32,1%	19,8%	26,1%
Satisfet	78,3%	57,5%	51,6%	57,0%	54,6%	57,8%	55,3%	59,9%	57,8%
Insatisfet	12,1%	12,4%	3,0%	9,3%	18,6%	2,1%	7,6%	11,9%	10,9%
Molt insatisfet	0,0%	0,0%	3,4%	7,8%	2,4%	5,4%	5,0%	6,5%	4,6%
NS/NC	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 22. Opinió sobre el temps d'espera en l'última visita al metge, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Molt satisfet	7,7%	22,1%	24,8%	20,2%	12,0%	34,8%	34,9%	19,6%	22,6%
Satisfet	83,1%	45,3%	53,9%	47,5%	48,0%	29,0%	45,3%	38,0%	43,8%
Insatisfet	4,4%	21,1%	18,3%	13,4%	23,9%	23,0%	14,3%	22,8%	19,7%
Molt insatisfet	0,0%	11,5%	3,1%	18,9%	16,2%	13,2%	2,4%	17,2%	12,5%
NS/NC	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	2,4%	1,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 23. Opinió sobre el temps de consulta en l'última visita al metge, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Molt satisfet	4,8%	23,1%	30,0%	21,3%	20,5%	27,6%	34,2%	15,7%	22,6%
Satisfet	68,9%	60,2%	63,4%	64,4%	54,9%	56,1%	62,1%	71,9%	62,5%
Insatisfet	21,5%	7,2%	6,6%	10,2%	22,2%	14,1%	1,8%	6,2%	11,2%
Molt insatisfet	0,0%	9,5%	0,0%	2,2%	2,4%	2,2%	1,8%	4,3%	3,0%
NS/NC	4,8%	0,0%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 24. Opinió sobre els tràmits burocràtics de l'última visita al metge, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Molt satisfet	7,7%	30,0%	31,7%	25,0%	8,0%	24,1%	31,5%	14,9%	19,5%
Satisfet	87,4%	60,7%	64,7%	58,0%	71,7%	53,1%	50,2%	58,5%	60,6%
Insatisfet	0,0%	3,8%	3,7%	5,5%	17,8%	14,2%	8,3%	13,6%	11,6%
Molt insatisfet	0,0%	5,5%	0,0%	11,5%	2,4%	6,4%	4,2%	8,5%	5,6%
NS/NC	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	5,9%	4,4%	2,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 25. Opinió sobre l'horari de l'última visita al metge, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Molt satisfet	7,7%	27,9%	28,9%	28,7%	5,9%	24,1%	33,6%	15,7%	19,8%
Satisfet	87,4%	59,9%	68,0%	48,7%	79,9%	52,2%	40,8%	68,4%	62,1%
Insatisfet	0,0%	12,2%	3,1%	17,1%	12,4%	15,1%	8,8%	7,2%	10,6%
Molt insatisfet	0,0%	0,0%	0,0%	5,5%	1,9%	6,4%	5,0%	4,3%	3,8%
NS/NC	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	11,8%	4,4%	3,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 26. Mètode anticonceptiu utilitzat: preservatiu masculí, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Sí	35,3%	51,2%	25,8%	28,8%	31,0%	32,5%	44,2%	35,5%	36,5%
No	63,5%	46,2%	72,3%	69,4%	63,6%	63,0%	53,1%	60,1%	59,8%
NS/NC	1,1%	2,7%	1,9%	1,8%	5,4%	4,5%	2,7%	4,4%	3,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 27. Mètode anticonceptiu utilitzat: píndola, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Sí	21,4%	21,5%	31,5%	30,6%	21,0%	22,3%	18,2%	21,7%	21,7%
No	77,4%	75,8%	67,7%	67,6%	75,1%	73,2%	79,1%	74,5%	75,1%
NS/NC	1,1%	2,7%	,8%	1,8%	4,0%	4,5%	2,7%	3,9%	3,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 28. Utilització del casc en anar en moto, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Mai	21,2%	6,2%	23,2%	15,3%	14,4%	11,3%	26,9%	2,9%	13,3%
Algunes vegades	9,0%	13,2%	19,1%	12,2%	6,7%	8,0%	8,1%	2,9%	7,5%
La majoria de vegades	6,3%	24,6%	16,9%	6,6%	4,8%	15,3%	11,0%	3,6%	9,0%
Sempre	63,5%	54,4%	40,8%	65,9%	72,8%	62,3%	52,9%	88,5%	68,7%
Ns/Nc	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	1,2%	3,2%	1,0%	2,1%	1,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 29. Població que fa dieta, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Sí	5,7%	5,1%	6,9%	5,3%	9,8%	4,9%	5,3%	3,9%	5,9%
No	93,7%	94,0%	93,1%	93,4%	89,0%	94,4%	94,3%	95,4%	93,3%
NS/NC	0,6%	0,9%	0,0%	1,4%	1,2%	0,7%	0,3%	0,7%	0,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 30. Opinió sobre l'activitat física, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Assegut la major part de jornada	52,6%	19,6%	26,7%	37,0%	26,5%	32,8%	36,4%	29,6%	32,0%
Dret la major part de la jornada	10,9%	13,4%	14,5%	17,5%	17,8%	14,4%	23,0%	15,1%	17,2%
Es desplaça a peu freqüentment	18,3%	47,4%	31,1%	29,8%	42,2%	39,3%	26,1%	39,9%	35,6%
Esforz físic important	6,1%	19,0%	27,3%	11,1%	9,5%	10,0%	11,4%	13,5%	11,8%
Una altra possibilitat	1,1%	0,7%	0,4%	2,0%	1,9%	0,0%	2,8%	1,0%	1,5%
NS/NC	11,0%	0,0%	0,0%	2,5%	2,1%	3,4%	0,3%	1,0%	1,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 31. Comportament respecte al tabac, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Ara no fuma	60,8%	59,8%	50,1%	51,9%	51,3%	59,7%	64,8%	57,9%	58,0%
Ara fuma ocasionalment	3,5%	4,5%	4,8%	5,5%	4,8%	5,2%	2,8%	7,0%	4,9%
Ara fuma diàriament	34,9%	35,7%	45,1%	42,1%	43,9%	34,7%	32,1%	34,3%	36,7%
Ns/Nc	0,7%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%	0,3%	,8%	0,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 32. Edat en què va començar fumar, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Menys de 9 anys	0,0%	0,0%	5,2%	0,0%	0,7%	0,9%	0,9%	0,0%	0,6%
De 10 a 14	11,2%	21,6%	24,4%	29,5%	28,4%	19,3%	13,1%	16,2%	20,3%
De 15 a 20	86,2%	77,3%	68,7%	68,9%	68,8%	75,6%	78,4%	79,3%	75,3%
De 21 a 25	2,6%	1,1%	,9%	1,7%	2,1%	4,2%	7,1%	3,8%	3,6%
Més de 26	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,7%	0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 33. Nombre de cigarretes diàries, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
0	0,0%	1,2%	0,0%	6,4%	0,6%	3,1%	1,5%	0,8%	1,6%
Menys de 5	16,4%	19,7%	15,7%	13,6%	10,4%	19,5%	17,1%	19,8%	16,2%
De 5 a 10	37,9%	36,9%	41,1%	33,6%	41,0%	33,1%	42,8%	35,7%	38,1%
D'11 a 15	14,9%	12,7%	14,2%	19,9%	12,8%	12,5%	5,6%	14,6%	12,6%
De 16 a 20	26,8%	24,8%	15,9%	22,4%	26,5%	22,5%	29,1%	23,7%	25,2%
Més de 21	4,0%	4,8%	13,1%	4,1%	8,7%	9,4%	3,9%	5,4%	6,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 34. Edat en què va començar a consumir alcohol, per regió sanitària. Catalunya, 2001.

	Regió sanitària								Total
	Lleida	Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
11	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
12	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	3,9%	1,5%	1,4%
13	0,0%	0,0%	3,7%	7,1%	1,9%	0,0%	0,0%	1,3%	1,6%
14	0,5%	8,1%	17,6%	11,4%	2,2%	2,5%	3,5%	10,3%	6,4%
15	17,6%	10,3%	22,2%	6,2%	7,6%	24,2%	9,6%	13,7%	12,2%
16	31,5%	38,8%	25,1%	25,5%	26,0%	24,3%	28,5%	27,9%	27,9%
17	9,9%	12,7%	10,1%	18,0%	23,1%	9,7%	10,4%	16,6%	15,1%
18	25,0%	16,0%	12,0%	10,0%	36,5%	26,1%	32,8%	16,2%	23,8%
19	8,1%	3,5%	2,5%	6,8%	2,7%	1,9%	3,0%	1,3%	3,1%
20	7,4%	7,5%	5,6%	2,0%	0,0%	8,9%	8,4%	5,9%	5,4%
21	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,4%
22	0,0%	0,0%	1,3%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	1,3%
23	0,0%	3,3%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
24	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
25	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,3%
26	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ANNEX ESTADÍSTIC III : REGISTRES OFICIALS REFERENTS A LA POBLACIÓ JOVE DE CATALUNYA

Taula 35, 36 i 37. Esperança de vida a diferents edats. Catalunya, Espanya i UE

A l'edat de...										
Sexe	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
Catalunya (2001)										
Homes	76,75	67,14	57,39	47,85	38,43	29,38	21	13,59	7,67	4,06
Dones	83,4	73,75	63,88	54,06	44,35	34,81	25,55	16,82	9,25	4,21
Total	80,09	70,46	60,65	50,98	41,44	32,16	23,39	15,39	8,65	4,16
Espanya (1999)										
Homes	75,25	65,78	56,03	46,53	37,22	28,21	19,89	12,66	7,02	3,36
Dones	82,16	72,65	62,78	52,96	43,25	33,75	24,52	15,85	8,52	3,65
Total	78,71	69,22	59,42	49,77	40,28	31,05	22,32	14,44	7,95	3,56
Unió Europea (1997)										
Homes	74,6	65,2	55,4	46	36,6	27,6	19,3	12,3	7	3,8
Dones	80,9	71,4	61,5	51,7	42,1	32,7	23,7	15,4	8,6	4,2
Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Font: Departament de Salut, IONE i Eurostat

Taula 38. Taxa de mortalitat entre la població juvenil per grups d'edat i sexe. Àmbits territorials, 2002.

Territori	15-19			20-24			25-29			15-29		
	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T
Àmbit metropolità	39,09	23,23	31,36	75,87	22,89	50,09	70,55	24,47	48,21	64,82	23,64	44,8
Comarques gironines	76,78	60,73	68,97	122,2	44,44	84,27	78,15	26,01	52,76	93,1	41,28	67,86
Camp de Tarragona	74,8	23,58	49,82	105,9	11,94	60,55	120,3	35,65	79,17	103,7	24,44	65,22
Terres de l'Ebre	66,56	0	34,51	164,8	36,02	103,3	75,84	69,38	72,83	104,9	38,7	73,46
Àmbit de Ponent	73,96	26,18	50,78	72,6	38,48	56,04	134	17,19	78,12	97,44	26,96	63,43
Com. Centrals	25,12	44,44	34,49	85,25	39,19	63,02	58,52	41,5	50,47	59,37	41,45	50,78
Alt Pirineu i Aran	0	0	0	96,67	50,51	74,09	153,1	0	79,59	95,97	17,07	57,8
Catalunya	46,3	27,44	37,11	85,1	26,37	56,57	77,52	26,85	53,01	72,48	26,83	50,33

Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i d'Estudis. Departament de Salut

Taula 39. Evolució de la població ocupada assalariada, de 16 a 24 anys i accidents de treball amb baixa. Catalunya

Edat	1992	1994	1996	1998	2000	2002
16-24	39495	24752	27448	39049	48771	41439
Total població	146060	112989	122626	151705	183393	183822
% anual sobre el total de la població	27,04	21,91	22,38	25,74	26,59	22,54

Font: Elaboració pròpia a partir del Departament de Treball i Indústria

Taula 40. Evolució de la taxa de mortalitat per accidents de trànsit de vehicles a motor entre 15 i 24 anys, per sexe. Catalunya.

Sexe	1997	1998	1999	2000	2001
Homes	29,5	37,59	36,4	39,24	40,34
Dones	5,6	9,14	9,5	10,83	7,78
Total	35,1	46,73	45,9	50,07	48,12

Font: Elaboració pròpia a partir de Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i d'Estudis. Departament de Salut

Taula 41. Evolució dels avortaments legals entre les dones residents a Catalunya, per grups d'edat.

Edat	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
15-19	1502	1531	1797	1913	1920	1980	1968
20-24	2840	2993	3320	3806	3867	4110	4005
25-29	2170	2317	2520	2937	3201	3742	3841
15-29	6512	6841	7637	8656	8988	9832	9814
Total població	9928	10.449	11665	13137	13800	15372	15285

Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs. Servei d'Informació i d'Estudis. Departament de Salut

Taula 42. Evolució de la taxa d'avortament entre les dones residents a Catalunya, per grups d'edat.

Edat de la dona	1997	1998	1999	2000	2001	2002
15-19 anys	7,32	7,92	9,95	11,20	11,40	12,26
20-24 anys	11,29	12,07	13,84	16,36	17,38	19,38
25-29 anys	8,86	9,30	9,99	11,51	12,51	14,62
15-29 anys	9,28	9,91	11,36	13,14	13,90	15,63
15-44 anys	7,25	7,65	8,59	9,67	10,18	11,29

Font: "Interrupción voluntaria del embarazo". Dirección General de Salud Pública y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo

Taula 43. Casos de sida declarats, per grups d'edat i sexe. Catalunya, 1981-2002.

Edat	Homes	Dones	Total
15-19 anys	49	16	65
20-24 anys	670	263	933
25-29 anys	2.394	734	3.128
15-29 anys	3.113	1.013	4.126
Total població	11.472	2.746	14.218

Font: CEESCAT. Departament de Salut

Taula 44. Evolució dels trastorns mentals entre la població de 15 a 29 anys segons tipus de trastorn, per casos diagnosticats. Catalunya

Trastorn	1999	2000	2001	2002
Trastorns orgànics i demències	136	115	118	135
Demències presenils	1	2	4	-
Trastorns relacionats amb l'alcohol	107	103	119	126
Trastorns per drogues	430	369	431	492
Trastorns esquizofrènics	2400	2341	2555	2697
Altres psicosis	783	809	919	1006
Depressió i trastorns afectius	5074	4499	4687	5130
Ansietat i trastorns de la personalitat	8719	8441	8993	9728
Trastorns d'alimentació	1539	1357	1431	1388
Trastorns d'adaptació	3254	3419	4395	4921
Trastorns del desenvolupament	826	812	864	851
Altres trastorns mentals	3278	3036	3435	3473
Malalties neurològiques	19	22	7	9
Total	26566	25325	27958	29956
Trastorn*	2003*			

*Des de l'any 2003, l'agrupació diagnòstica utilitzada és diferent a l'anterior

Font: CMBDSM. Cat Salut. Departament de Salut