

GANAR SALUD CON LA JUVENTUD

**Nuevas Recomendaciones
sobre Salud Sexual y Reproductiva,
consumo de Alcohol y Salud Mental, del
Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud
a la Comisión de Salud Pública
del Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud**



Edita:
©MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Paseo del Prado 18. 28014 Madrid
CENTRO DE PUBLICACIONES
NIPO: 351-08-098-2

INSTITUTO DE LA JUVENTUD
NIPO: 208-08-001-0

COORDINACIÓN

Begoña Merino Merino

GRUPO DE TRABAJO

Begoña Merino Merino

*Subdirección General de Promoción
de la Salud y Epidemiología
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid*

Vicenta M.^a Lizarbe Alonso

*Subdirección General de Promoción
de la Salud y Epidemiología
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid*

Ana Koerting de Castro

*Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid*

Juan Carlos Diezma Criado

*Instituto de Salud Pública.
Comunidad Autónoma de Madrid.*

Isabel Delicado Gálvez

*Consejería de Sanidad
Junta de Comunidades de Castilla - La Mancha
Toledo*

Purificación Echeverría Cubillas

*Consejería de Salud
Gobierno de La Rioja
Logroño*

José Muñoz Ripoll

*Instituto de la Juventud
Ministerio de Igualdad
Madrid*

Rosana Montalbán Moya

*Consejo de la Juventud de España
Madrid*

Covadonga Monte Vázquez,

*Consejería de Salud
Junta de Andalucía
Sevilla*

Luz María López Samaniego

*Consejo de la Juventud de España
Madrid*

María Martín Bustos

*Consejo de la Juventud de España
Madrid*

GRUPO DE TRABAJO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

COORDINACIÓN

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA
(DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA)
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

MIEMBROS

Limarquez Cano, Montserrat

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Bilbao Gutiérrez, José Luis

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Merino Merino, Begoña

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

López-Torres Ruiz, Emilio

MINISTERIO DE DEFENSA

Armas Navarro, Alberto

*CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad Autónoma de Canarias*

Aguirre Martín-Gil, Ramón

*CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad Autónoma de Madrid*

Gallego Diéguez, Javier

*CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO
Comunidad Autónoma de Aragón*

Serrano Vázquez, Carlos

*CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO
Comunidad Autónoma de Baleares*

Fernández Jiménez, Inmaculada

*CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad Autónoma de Cantabria*

Gutiérrez García, José Joaquín

*CONSEJERÍA DE SANIDAD
Región de Murcia*

Doménech Muñiz, Guillermo

*CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad Autónoma de Castilla y León*

Pérez Jarauta, M.^a José
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
Comunidad Autónoma de Navarra

Ruiz Muñoz, Eulalio
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y DEPENDENCIA
Comunidad Autónoma de Extremadura

Martínez Ladaga, Natalia
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
Ciudad Autónoma de Melilla

Amigo Quintana, Manuel
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
Comunidad Autónoma de Galicia

Sánchez Romero, José M.^a
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Ciudad Autónoma de Ceuta

Arranz Gaite, Consolación
CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS
Comunidad Autónoma de Asturias

Ruiz Rojo, Elías
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad Valenciana

Rodríguez Rodríguez, Manuel
CONSEJERÍA DE SALUD
Comunidad Autónoma de Andalucía

Cabezas Peña, M.^a del Carmen
CONSEJERÍA DE SALUD
Comunidad Autónoma de Cataluña

Rodríguez Moroy, M.^a Luisa
CONSEJERÍA DE SALUD
Comunidad Autónoma de La Rioja

Zuazagoitia Nubla, Juan Ignacio
CONSEJERÍA DE SANIDAD
GOBIERNO VASCO (DIREC. GRAL. SALUD PÚBLICA)
Comunidad Autónoma del País Vasco

Caballero Carmona, Arturo
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

Pupato Ferrari, Sara Cristina
INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
Ministerio de Sanidad y Consumo

Acín García, Enrique J.
MINISTERIO DEL INTERIOR

OTROS PROFESIONALES CONSULTADOS

Muriel Fernandez, Rafael
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Torró García-Morato, Cristina
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Fernández-Regatillo, Luz M.^a
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Ortiz Molina, Sara
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Alonso Ceballos, Isabel
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

Robledo de Dios, Teresa
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Librada Escribano, M.^a Villar
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Alonso de la Iglesia, Begoña
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

Seoane Díaz, Bernardo
CONSEJERÍA DE SANIDAD
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

Ruiz Cervigón, M.^a Josefa
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Campos Esteban Pilar
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

DESARROLLO INFORMÁTICO Y DISEÑO GRÁFICO

M.^a Rosario Bris Coello
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Aprobado en la XX Reunión de Promoción de la Salud, celebrada en Sevilla el 15 de mayo de 2008.

Aprobado en la 118ª Reunión de la Comisión de Salud Pública, celebrada en Zaragoza el 1 de julio de 2008.

Versión actualizada a 1 de julio de 2008

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	8
ESTRUCTURA Y MÉTODOS	9
I. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA JUVENTUD	12
I.1. Análisis general de la situación	12
I.1.1. Datos demográficos fundamentales	13
I.1.2. Contextos de la vida diaria	14
I.1.3. Sociedad igualitaria. Perspectiva de género en la salud	20
I.1.4. Jóvenes inmigrantes	21
I.1.5. Jóvenes especialmente vulnerables	22
I.1.6. Juventud y sistema sanitario	23
I.1.7. Algunas cuestiones legales sobre la atención sanitaria a adolescentes y jóvenes	25
I.2. Situación de la salud sexual y reproductiva	28
I.2.1. Fecundidad y natalidad	28
I.2.2. Experiencia sexual y contracepción	29
I.2.3. Interrupción voluntaria del embarazo	31
I.2.4. Infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS)	32
I.2.5. Garantías jurídicas de los y las menores respecto a la sexualidad y la contracepción	33
I.2.6. Algunos retos y recomendaciones.	34
I.3. El consumo de alcohol y sus consecuencias	38
I.3.1. Adolescencia y consumo de alcohol	43
I.3.2. Límites en la seguridad en el consumo	46
I.3.3. Conclusiones o análisis de tendencias	47
I.3.4. Políticas de control desde la perspectiva de salud pública	48
I.4. Situación de la salud mental	52
I.4.1. Datos epidemiológicos	53
I.4.2. Grupos vulnerables	57
I.4.3. Avances recientes en el conocimiento, tratamiento y atención de las personas con trastornos mentales	57
I.4.4. La atención en salud mental	57
I.4.5. Aspectos señalados respecto a la atención de la población infanto-juvenil	57
II. INTERVENIR PARA MEJORAR LA SALUD	58
II.1. Recomendaciones Comunes	58
II.2. Recomendaciones para la salud sexual y reproductiva	67
II.2.1. Salud Pública	67
II.2.2. Educativas	70
II.2.3. Atención sanitaria	72
II.3. Recomendaciones para disminuir el consumo de alcohol y reducir sus riesgos	75
II.3.1. Salud pública	75
II.3.2. Educativas	78
II.3.3. Atención sanitaria	79
II.4. Recomendaciones para la promoción de la salud mental	81
II.4.1. Salud pública	81
II.4.2. Educativas	85
II.4.3. Atención sanitaria	86
III. TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS	88
Figura 1. Pirámide de población a 1 de enero de 2006	88

Tabla 1.	Población joven (15-29 años) por sexo y edad año a año	88
Figura 2.	El peso de la gente joven en el conjunto de la población	89
Tabla 2.	Población joven en comunidades y ciudades autónomas por grupos de edades. AMBOS SEXOS	89
Figura 3.	Porcentajes de población joven de entre 15 y 29 años en cada comunidad y ciudad autónoma	90
Figura 4.	Distribución de la población joven de entre 15 y 29 años por comunidades y ciudades autónomas	90
Tabla 3.	El lugar donde vive habitualmente la gente joven (15-29 años), por sexo y grupos de edades. Evolución 1996-2004	91
Tabla 4.	Origen de los recursos económicos de la gente joven (15-29 años) por sexo y grupos de edades Para cada año, porcentajes sobre el total de cada grupo de edad y sexo	91
Tabla 5.	Las ocupaciones de la gente joven entre 15 y 29 años. Porcentajes sobre el total de población joven	92
Figura 5.	Personas jóvenes (15-29 años) que viven en el domicilio de la familia de origen en cada edad, según el sexo. En cada edad y sexo, porcentajes sobre la población joven que vive en el domicilio de la familia de origen	92
Figura 6.	Evolución de la dependencia-independencia económica en la población joven de entre 25 y 29 años. 1984-2004. Para cada año, porcentajes sobre la población joven de entre 25 y 29 años	93
Tabla 6.	Población extranjera y población joven extranjera (15-29 años) a 1 de enero de 2006 por nacionalidades	93
Tabla 7.	Población joven extranjera según las nacionalidades más numerosas por sexo y grupos de edad.	94
Figura 7.	% Jóvenes extranjeros en el conjunto de la población joven en cada grupo de edad y sexo	94
Figura 8.	Distribución de la población joven extranjera (15-29 años) según nacionalidades	95
Tabla 8.	Los jóvenes extranjeros en el conjunto de la población joven por sexo y grupos de edades	95
Figura 9.	Distribución de la población joven extranjera de 15 a 29 años según las nacionalidades más numerosas	95
Tabla 9.	Alumnado extranjero matriculado en enseñanzas no universitarias según tipo de centro y continente. Curso 2005-2006	96
Tabla 10.	Nacimientos en España según la edad de los padres y madres y estado civil de la madre. 2005	96
Tabla 11.	Principales indicadores de natalidad y fecundidad. 2005	96
Figura 10.	Número medio de hijos por mujer	97
Tabla 12.	Edad media de inicio de las relaciones sexuales según diferentes estudios sobre salud y jóvenes	97
Tabla 13.	Edad de inicio de relaciones sexuales según sexo y edad (media, mediana y percentiles 10 y 90)	97
Tabla 14.	Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses según sexo y edad (%)	98
Figura 11.	Porcentaje de personas que iniciaron las relaciones sexuales con menos de 16 años según sexo y grupo de edad	98
Tabla 15.	Utilización de métodos anticonceptivos, según sexo y edad.	98
Figura 12.	Embarazos no deseados por edad	99
Figura 13.	Decisión sobre método anticonceptivo	99
Figura 14.	Tasas de IVE por 1.000 mujeres de cada grupo por edad y año. período 1996-2005.	100
Figura 15.	Frecuencia de abortos en varios países europeos, Canadá y EE.UU.	100
Tabla 16.	Uso del preservativo en la última relación sexual según sexo, edad y nivel de estudios (%)	101
Tabla 17.	Razones para usar el preservativo en la última relación	101
Tabla 18.	Evolución de las ventas de anticonceptivos de emergencia (en miles de unidades) en farmacias y hospitales. Período 2001-2004	101
Figura 16.	Nuevos diagnósticos de VIH. Categoría de transmisión. España. Datos de ocho CCAA. Período 2003-2005	102
Tabla 19.	Tasas de IVE por 1.000 mujeres de cada grupo por edad y año. Período 2005.	102
Tabla 20.	Distribución porcentual del número de abortos realizados según tipo de centro. Total nacional	103
Figura 17.	Componentes de los costes tangibles (billones de euros) derivados del consumo de alcohol en Europa, 2003	103
Figura 18.	Consumo total de alcohol en países europeos, 2003. Consumo per cápita. Litros de alcohol puro.	104
Figura 19.	P prevalencia del consumo de Alcohol por grupos de edad. España 1994-2006.	105
Figura 20.	Evolución de las prevalencias de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años. (Porcentajes). España 1994-2006	105
Figura 21.	Frecuencia de borracheras en los últimos 30 días, entre los estudiantes que han consumido alcohol en estos 30 días	106
Figura 22.	Evolución del riesgo percibido asociado al consumo habitual de alcohol entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años, según sexo. España 1994-2006.	106
Tabla 21.	Consumo algún fin de semana entre escolares de 14 a 18 años. Año 2006	107
Figura 23.	Porcentaje de resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años.	107

Figura 24. Prevalencia del consumo de alcohol en población de 15 a 64 años. España, 1997-2003	108
Figura 25. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol, según sexo. España, 1999-2004.	109
Figura 26. Mortalidad prematura atribuible al consumo de alcohol, según sexo. España, 1999-2004.	109
Tabla 22. Evolución de las víctimas mortales 2003-2006	110
Figura 27 N.º de muertos por accidentes de tráfico en función de la edad y del sexo por millón de habitantes. 2006	110
Figura 28 Evolución de la tasa de muertos por accidentes de tráfico por millón de habitantes. 2006.	111
Figura 29 Número de conductores implicados en accidentes con víctimas por 1.000 conductores censados. 2006.	111
Figura 30 Distribución porcentual de los fallecidos jóvenes y resto de edades en función de los parámetros día/noche y fin de semana/no fin de semana. 2006.	112
Figura 31 Conductores fallecidos a los que se les ha realizado análisis toxicológico. 2006.	112
Tabla 23. El fenómeno del botellón. Adolescentes de 14 a 17 años	113
Tabla 24. Cálculo del consumo de alcohol en unidades	113
Tabla 25. Prevalencia de Morbilidad psiquiátrica en estudios comunitarios realizados en España.	114
Tabla 26. Prevalencia de trastornos mentales comunes en población española clasificados, según DSM IV por grupos de edad.	114
ANEXO I	115
La declaración "Hacia nuestro bienestar mental" de adolescentes y jóvenes de Alcalá de Henares	115
ANEXO II	116
Algunos datos sobre valores, actitudes positivas y dedicación a la solidaridad	116
ANEXO III	120
Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. Contenidos específicos relacionados con la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de la juventud	120
ANEXO IV	121
AUDIT (C)	121
ANEXO V	122
Programas Eficaces de Promoción de la Salud Mental	122
ANEXO VI	124
Estudios sobre la Evidencia de Efectividad de la Promoción de la Salud Mental en los Centros Educativos	124
ANEXO VII	127
Los menores y el uso de Internet	127
ANEXO VIII	129
Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria en Coordinación con los Servicios de Atención Especializada (Salud Mental)	129

IV. BIBLIOGRAFÍA 130

PRESENTACIÓN

Trabajar con la juventud para promocionar su salud fue considerado una prioridad en el Grupo de Promoción de la Salud (GPS) en 1999 y lo sigue siendo.

La primera edición del documento “Ganar Salud con la Juventud”¹ pretendía fomentar el debate entre jóvenes, instituciones y profesionales acerca de las necesidades de salud de este segmento de la población y la manera de abordarlas.

Aquel documento fue fruto de la reflexión conjunta y del consenso de todas las Direcciones Generales de Salud Pública. Se definieron estrategias y recomendaciones que nos han permitido avanzar en el trabajo de mejorar el capital de salud de esta población y se incluyeron como estrategias fundamentales, entre otras, la participación y compromiso de los y las jóvenes con su salud.

La propuesta realizaba recomendaciones para nuestras propias Administraciones y se planteaba la necesidad de hacer un seguimiento de las mismas.

En 2006, el GPS comisionó a un grupo de trabajo para realizar un informe de seguimiento y modificar si fuera preciso el contenido de las recomendaciones. El grupo de trabajo se reunió en abril de 2006, y decidió actualizar el análisis de situación de las áreas abordadas y elaborar un cuestionario para valorar el estado de desarrollo de las recomendaciones efectuadas. También se valoró, de nuevo, la posibilidad de abordar otras áreas temáticas; sin embargo, se decidió consolidar previamente el trabajo ya realizado

Los resultados de este cuestionario fueron analizados por el grupo, que decidió incorporar:

RESPECTO A CONTENIDOS:

- ✓ El nuevo marco estratégico internacional para el trabajo con jóvenes y adolescentes.
- ✓ Los nuevos retos que se plantean en la sociedad; entre otros, la multiculturalidad, la repercusión en la población juvenil de los cambios familiares y sociales, las nuevas tecnologías, la violencia o el aislamiento.
- ✓ Las oportunidades y beneficios del trabajo con la juventud.

RESPECTO A LAS INSTITUCIONES PROMOTORAS:

En esta segunda edición, era esencial involucrar desde el inicio tanto a la Administración responsable de las políticas de juventud como a las instituciones de representación de la población juvenil. Así, hemos incorporado al grupo de trabajo expertos y expertas nombrados por el Instituto de la Juventud y por el Consejo de la Juventud de España.

RESPECTO AL ÉNFASIS Y DESARROLLO DE LAS DISTINTAS RECOMENDACIONES:

Hemos tenido muy en cuenta las barreras y dificultades que se han presentado para el desarrollo de algunas de las recomendaciones que fueron consensuadas en 2002¹, a fin de poder recomendar, en esta nueva edición, otro enfoque o incluso ganar en síntesis y concreción en aquellos aspectos realmente abordables, sin por ello renunciar a expresar una visión a más largo plazo que nos permita tratar el camino futuro para avanzar.

INTRODUCCIÓN

Este informe analiza la salud y calidad de vida de la juventud de entre 15 y 29 años, centrándose en la sexualidad, el consumo de alcohol y la salud mental, sin menoscabo de otros aspectos igualmente relevantes, tales como la alimentación, lesiones, consumo de drogas, actividad física, etc., y recoge una serie de recomendaciones para los y las profesionales y las instituciones públicas implicadas en abordarlos. En concreto:

- *Realiza una reflexión sobre las estrategias que pueden proporcionar a esta población los conocimientos y habilidades suficientes para promocionar, mantener y recuperar la salud en el momento presente y en la etapa adulta.*
- *Relaciona estas estrategias con espacios de intervención adecuados en la etapa juvenil.*
- *Plantea recomendaciones a corto y medio plazo que puedan orientar las actuaciones de los y las profesionales y facilitar las decisiones de las instituciones implicadas en garantizar la salud de esta población.*
- *Como documento estratégico pretende continuar y actualizar las recomendaciones que se plantearon en la primera edición de 2002¹.*

ESTRUCTURA Y MÉTODOS

El documento se define ya desde el título con la intención decidida de ganar salud con jóvenes de ambos sexos aludiendo a la imprescindible participación e implicación del colectivo “juventud”.

Parte en su primer bloque de la pregunta: “¿Qué está ocurriendo con la salud de los y las jóvenes?”, y articula un análisis epidemiológico con datos de estudios cuantitativos/cualitativos como puntos de partida que convergen en un denominador común de los problemas de salud de este colectivo:

- ✓ *Los problemas y conflictos de salud que tienen que ver directamente con los estilos de vida, lo relacional y en definitiva con la convivencia.*
- ✓ *Las características de vulnerabilidad y las posibilidades de prevención de estos problemas si se estructuran las estrategias estimadas convenientes.*
- ✓ *Estructura tres áreas concretas de abordaje, a la vez relacionadas entre sí.*

Precisamente este denominador común centra los bloques siguientes de recomendaciones, en el apartado “Intervenir para mejorar la salud” con estrategias comunes y las concreta en tres áreas temáticas específicas.

La selección de estas áreas temáticas es oportunista. Algunos de los factores que más influyen en la salud actual y futura de la juventud ya han sido abordados desde otras estrategias elaboradas desde las Administraciones sanitarias (como la alimentación y la actividad física, el consumo de tabaco, la prevención de accidentes de tráfico, etc.) y es por eso por lo que seguimos reforzando las áreas que han recibido menos atención y en las que también es posible ganar salud.

El análisis de la situación sigue estando limitado por la carencia de sistemas de información orientados a la promoción de la salud, y por la falta de representatividad nacional de otros estudios cuantitativos y cualitativos, que no obstante han podido ser utilizados para guiar y ratificar lo derivado de la experiencia de décadas de trabajo con jóvenes recogido en fuentes bibliográficas y la propia experiencia de los miembros del grupo. Las fuentes de datos generales utilizadas han sido siempre cuidadosamente valoradas para evitar los sesgos derivados de la información general.

Por todos estos motivos el análisis no ha podido ser sistemático, y se han recogido y resaltado los aspectos de oportunidad para ganar salud con esta población.

Cambio de contexto y marco de trabajo nacional e internacional

Cuando fue redactado el primer informe (2002)¹, la mayoría de las instituciones y Administraciones sanitarias, incluso en el ámbito internacional, repetían en sus informes que la salud de la juventud era buena y sólo algunas instituciones consideraban la posibilidad de promocionar la salud en esta etapa de la vida. Existían informes y análisis, sobre todo en el campo de la población escolar, de abordaje de las intervenciones de educación para la salud en la escuela. En el ámbito temático, los programas de drogas (tabaco, alcohol y otras) y sida abordaban estas temáticas con acciones puntuales más o menos continuadas en la población joven.

En el anterior informe los expertos y expertas apuntaron que, tras el proceso educativo obligatorio, las intervenciones destinadas a ganar salud con jóvenes dejaban de

ser una prioridad, ya que en general se consideraba, como ya hemos señalado, que las personas jóvenes gozan de buena salud, y que el proceso educativo obligatorio preparaba para vivir en salud.

Ya en este primer informe, insistíamos en la necesidad de intervenciones continuadas y coordinadas en la etapa infantil, preadolescente, adolescente y juvenil si queremos contrarrestar el efecto insalubre de otras fuerzas presentes en la vida adolescente y joven. Esto podría concretarse en la orientación de ciertos servicios sanitarios hacia las necesidades de la juventud y en la garantía de apoyo informativo y capacitador a lo largo de todo el período juvenil considerando estas actuaciones como una inversión en salud y una prioridad para garantizar un mejor futuro.

Nuevo marco estratégico para ganar salud con la juventud

Ahora más que nunca la preocupación social por las primeras edades de la vida ha aumentado en todas las sociedades, incluso en aquellas en vías de desarrollo, que consideran que las intervenciones en las primeras edades de la vida en educación y salud y la mejora de las condiciones de vida de estas poblaciones jóvenes son una garantía de futuro^{2,3}.

*En el **marco internacional**, son de destacar las iniciativas conjuntas dentro del marco de Naciones Unidas dirigidas a la población adolescente^{4,5}.*

*En el **marco europeo**, se ha definido en este sentido con la aprobación de la Estrategia Europea para la salud y el desarrollo de la infancia y adolescencia en 2005⁶ y la publicación de herramientas de apoyo^{7, 8, 9, 10}. Precisamente, esta estrategia refleja como áreas de interés las tres tratadas en este informe.*

También el “Informe Europeo de Salud 2005” de la Organización Mundial de la Salud se centraba en los y las adolescentes y menores¹¹ y la importante Estrategia Europea sobre Prevención de Enfermedades Crónicas lanzada también en el marco de la Organización Mundial de la Salud reconoce la necesidad de abordar la prevención de los factores de riesgo comunes a las enfermedades crónicas y la promoción de la salud desde etapas más tempranas¹².

En el marco de la Unión Europea, el libro blanco “Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE de 2008 a 2013” define la intención de promocionar la salud a lo largo del ciclo vital y en concreto en la etapa infantil y juvenil¹³. Países de nuestro entorno europeo han iniciado y reforzado las políticas dirigidas a estas poblaciones^{14, 15, 16}.

Este nuevo marco de acción europeo refuerza aún más el objetivo de este documento.

Todos estos nuevos documentos estratégicos van cambiando la percepción de los y las profesionales sobre la salud de esta población. Estos avances deben comunicarse a la sociedad en su conjunto, a fin de cambiar la percepción que se tiene de la salud en las primeras edades de la vida, y la percepción de la propia población juvenil.

Han ayudado a consolidar esta nueva visión las evidencias de la existencia de intervenciones efectivas¹⁷, la mejor valoración de las consecuencias a corto y largo plazo de ciertos estilos de vida y la necesidad de un abordaje temprano de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas¹².

Una vez consolidada la transición epidemiológica desde la enfermedad transmisible a la enfermedad crónica, incluso en los países en vías de desarrollo, parece bien establecido el valor de la salud y, por lo tanto, su conservación y promoción es uno de los motores primordiales del desarrollo económico y social y un recurso para la vida.

En nuestro país y dentro de las políticas poblacionales, la salud es hoy por hoy uno de los ámbitos prioritarios de las políticas de juventud e infancia^{18, 19}.

Los estilos de vida saludable no garantizan por sí mismos la salud, pero resultan fundamentales para adquirirla o mantenerla.

Por ello, cada vez más, desde organismos y Administraciones públicas de juventud y desde asociaciones juveniles y organizaciones sociales, se establecen políticas y programas con el objetivo de que la juventud tome conciencia sobre el valor de la salud y sobre los principales factores de riesgo, y esté informada (y formada) sobre su capacidad para protegerse de ellos.

Sexualidad, prevención de enfermedades, drogadicciones, alimentación, consumo responsable, ocio, educación vial... constituyen los centros de interés sobre los que se vienen desarrollando programas y actividades de educación, información, prevención y la promoción de la salud desde los ámbitos de juventud.

El sector educativo y sanitario, muchas veces de manera conjunta, contribuyen a poner las bases del “capital de salud” de la población joven con programas y actuaciones eficaces^{20, 21} y después de la etapa escolar obligatoria, las políticas de salud mantienen programas dirigidos fundamentalmente a la prevención de los problemas de salud más importantes en estas edades^{22, 23}.

El trabajo para la promoción de la salud juvenil desde una perspectiva integral dentro de áreas temáticas, diferentes a las clásicas, como la salud mental, la alimentación y la actividad física, está también creciendo enormemente y muestra experiencias que permiten avanzar^{24, 25}.

En el sector de los y las profesionales sanitarios/as también es de destacar que en los últimos años han seguido creciendo el número de intervenciones dirigidas a la juventud y se ha seguido ampliando el conocimiento sobre la salud de la población juvenil y las intervenciones efectivas^{26, 27, 28}.

I. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA JUVENTUD

I.1. Análisis general de la situación

Se puede considerar la juventud como una etapa de la vida en la cual se empiezan a tomar las primeras decisiones independientes, a practicar elecciones y a acumular los aprendizajes necesarios para llegar a ser una persona adulta autónoma en todos los aspectos.

A pesar de poder describir rasgos comunes para este conjunto, la población joven es un grupo social muy diverso, cuya situación socioeconómica, familiar, formativa, creencias, valores, actitudes, expectativas y estilos de vida difieren considerablemente, reflejando el conocimiento individual, la experiencia y un infinito abanico de influencias sociales, lo que la convierte claramente en una población heterogénea. Esta diversidad representa un reto para el diseño de intervenciones educativas y sanitarias eficaces y efectivas.

A efectos del análisis es importante considerar las distintas definiciones etarias de juventud:

La **Asamblea General de Naciones Unidas** definió a la juventud, con ocasión del Año Internacional de la Juventud en 1985, como el grupo de población de entre 15 y 24 años (ambos inclusive). Todas las estadísticas de Naciones Unidas sobre la juventud están basadas en esta definición (Anuario estadístico del sistema de Naciones Unidas sobre demografía, educación, empleo y salud). Hasta los 19 años las personas son consideradas *teenagers* (adolescentes) y, a partir de los 20, jóvenes adultos o adultas.

Esta definición está adoptada asimismo por la UNESCO y también la Unión Europea ha venido utilizando este tramo de edad a efectos estadísticos. Así, por ejemplo, el libro blanco de la Comisión Europea “Un nuevo impulso para la juventud” y otras estadísticas demográficas de Eurostat (1999) se refieren al grupo de 15 a 24 años de edad.

No obstante, se empieza a ampliar la edad límite superior; por ejemplo, el último Eurobarómetro sobre juventud (febrero 2007) recoge datos sobre europeos y europeas de 15 a 30 años.

Además, el Programa Juventud en Acción 2007-2013 está destinado a jóvenes de entre 15 y 28 años. En algunas ocasiones pueden participar personas de entre 13 y 30 años.

En España, el **INJUVE** viene utilizando el tramo de 15 a 29 años (ambos inclusive) desde el Informe Juventud en España de 1984, en el que se amplió la edad superior de 24 a 29 años.

Las consideraciones etarias sobre quién es joven también varían por razones culturales y según las generaciones. Actualmente se considera muy importante para la salud el período de adolescencia situado entre los 13 y los 19 años. Es más: algunas consideraciones sobre salud necesitan anticiparse e incluir en el período de edad a niños y niñas de 10 años en adelante, ya que a veces y en ciertos grupos sociales las intervenciones dirigidas a mejorar la salud llegan demasiado tarde; son los casos de las intervenciones respecto al consumo de tabaco y alcohol en ciertos grupos vulnerables, muy expuestos a condiciones desfavorables del medio y de su entorno próximo²⁹.

Los adolescentes de ambos sexos han dejado la infancia, pero todavía no son personas adultas. En algunas edades, ni siquiera son considerados jóvenes por las instituciones. Esta indefinición tiene repercusión en los servicios sanitarios, como, por ejemplo, en la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos en las edades límites, donde las diferentes normas propician algún tipo de indefinición.

Asimismo, en otras materias, los servicios sanitarios consideran alternativamente responsables o dependientes a las personas jóvenes, produciendo un discurso social intermitente que viene a reforzar las características de esta etapa.

La adolescencia es un período de rápido desarrollo en el que se adquieren nuevas capacidades y se encuentran ante muchas situaciones nuevas.

Este período presenta oportunidades para progresar, pero también riesgos para la salud y el bienestar. Mientras los y las adolescentes hacen frente a los desafíos del segundo decenio de la vida, una pequeña ayuda puede hacer mucho a fin de canalizar sus energías en direcciones positivas y productivas para su desarrollo personal y para su salud.

La falta de atención a la salud adolescente, especialmente en educación y promoción de la salud, puede dar lugar a problemas, tanto inmediatamente como en la edad adulta. Uno de los compromisos más importantes que puede hacer un país a favor de su progreso y estabilidad futuros en los aspectos sanitarios, económicos, sociales y políticos es ocuparse de las necesidades de salud y desarrollo de sus adolescentes y jóvenes.

I.1.1. Datos demográficos fundamentales

Considerando “jóvenes” a quienes tienen entre 15 y 29 años, este colectivo alcanza 9.009.566 de personas. El conjunto más amplio es el de jóvenes de 29 años, que suponen casi 800.000 personas. La juventud representa el 20,3% de la población española (Figura 1, Tabla 1, Figura 2). Estos datos reflejan la caída de la natalidad.

Atendiendo a la distribución territorial de dicha población, es de destacar que tres de cada cinco jóvenes (59,2%) residen en cuatro comunidades autónomas: Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid (Tabla 2, Figura 3).

El 78,7% vive en núcleos de población urbana (más de 10.000 habitantes), el 15,5% en núcleos intermedios, y un 5,7% en núcleos rurales de menos de 2.000 habitantes³⁰.

En los últimos cinco años, el descenso de la población joven rural ha sido muy acusado, aumentando en cambio en un 10% la población joven de los núcleos urbanos. Hay un mayor porcentaje de jóvenes en la zona sur de España, las islas Canarias, Ceuta y Melilla (Figura 4).

Un 68,7% viven en el hogar familiar (Tabla 3). A la edad de 29 años, más de la cuarta parte aún permanece en él (Figura 5). Los hogares familiares tienen cada vez menos miembros; casi la mitad de los y las jóvenes no convive con ningún hermano o hermana, y en el 16% de los casos no convive con ningún progenitor o sólo lo hace con uno de ellos^{31, 32}.

La dependencia económica familiar se prolonga hasta edades muy avanzadas. A las edades de 25 a 29 años sólo el 38,5% de las personas jóvenes posee recursos económicos propios y un 29,8% cuenta con recursos propios pero con ayuda familiar (Tabla 4, Figura 6). Si observamos la evolución de la dependencia económica de los y las jóvenes, desde 1984, vemos que su dependencia económica se ha incrementado³³.

Estudiar y trabajar constituyen las actividades principales de la juventud. El 41% únicamente trabaja, un 32,6% sólo estudia y un 12,5% compatibiliza ambas actividades (Tabla 5).

Respecto a la experiencia educativa, en el año 2005, el 30,8% de jóvenes de 18 a 24 años no había completado la educación secundaria y no seguía ningún tipo de educación o formación. Ese porcentaje era del 15,2% para la UE. La media de permanencia en el sistema educativo en España para ese mismo año era de 10,5 años y para los países de la OCDE de 12 años³⁴.

Hay que tener en cuenta que el nivel educativo es uno de los más poderosos determinantes sociales de la salud, de tal manera que el mayor nivel educativo parece actuar como un protector de la salud^{35, 36}.

I.1.2. Contextos de la vida diaria

En el año 2004, 288.025 jóvenes de 15 a 24 años fueron dados de alta en los hospitales españoles. Este grupo de edad representó el 6% del total de altas hospitalarias³⁷.

Si exceptuamos las complicaciones de la gestación, el parto y el puerperio, las mujeres se hospitalizan un 7% menos que los hombres. El principal motivo para esta diferencia son las lesiones y envenenamientos, que acumulan 38.708 altas en varones, frente a 9.005 altas en mujeres, y que es, tras el parto, el principal motivo de hospitalización de este grupo de edad, seguido de las causas de aparato digestivo (apendicitis fundamentalmente), enfermedades del aparato muscular, esquelético y tejidos conectivos, las enfermedades genitourinarias, del aparato respiratorio y los trastornos mentales.

La mayoría de estas personas jóvenes se recuperan totalmente, aunque hay algunas que padecen procesos malignos que acortan su esperanza de vida y otras que son diagnosticadas de enfermedades crónicas que padecerán a lo largo de toda su vida.

Sin menoscabo de las enfermedades que se padecen en las edades juveniles que reciben una atención específica en el sistema sanitario, este informe se centra en ganar salud en toda la población juvenil con actuaciones de promoción de la salud en la vida diaria, no sólo cuando la salud se pierde.

Para promocionar la salud en esta etapa, e inducir cambios en los estilos y habilidades de vida, es muy importante partir de la concepción que esta población tiene de su salud. Las diferentes edades a lo largo de esta etapa señalan notables cambios en la percepción de las nociones de salud, de bienestar, de vida y prácticas saludables que hay que tener en cuenta³⁸. Estas percepciones de la salud están muy ligadas a cuestiones generacionales, y en la sociedad cambiante en la que vivimos se renuevan con frecuencia y son modificables con actividades de promoción de la salud.

Toda la población juvenil es susceptible de mejorar su salud a través de la promoción de la misma, aun en el caso de que padezca una enfermedad crónica. La promoción de la salud es un proceso, no un hecho puntual, y las intervenciones tienen que perdurar para producir resultados. Aunque sea complejo atribuir a ciertas actividades concretas unos resultados en promoción de la salud, por la propia naturaleza de actividades como la acción intersectorial, la educación, la abogacía, la movilización social, los cambios legislativos, la mejora de los entornos de vida y de trabajo..., el actual "modelo de resultados de promoción de la salud" nos permite valorar ciertos cambios³⁹.

Dentro de nuestro entorno, encontramos algunos indicadores de cambio en los estilos de vida que refuerzan la validez de las intervenciones tempranas, multisectoriales y continuadas. Es el caso del aumento de no fumadores y no bebedores de alcohol en la población de 16 a 24 años. Desde 1987, y según la Encuesta Nacional de Salud (ENS), el porcentaje de jóvenes abstemios de 16 a 24 años pasó del 19,7% a un 48,2% en el año 2003 y la población no fumadora de esta edad del 48,2% al 63%. No podemos decir lo mismo de otros estilos de vida en los que se ha intervenido con menor frecuencia e intensidad y que nos están dejando, entre otros problemas reseñables, porcentajes crecientes de obesidad y sobrepeso en esta población⁴⁰.

De ahí que las necesidades y problemas de salud de las poblaciones deban valorarse no sólo en relación con las consecuencias inmediatas en la salud y la calidad de vida, sino también midiendo las repercusiones a largo plazo que la carencia de un capital de salud conlleva.

Se considera que durante la infancia y la adolescencia es esencial adquirir un **capital de salud**, en términos de información sobre temas claves y la adquisición de unas habilidades de vida y actitudes de respuesta saludables.

Capital de salud. Componentes:

Información sobre temas claves:

- ◆ Sexualidad
- ◆ Alimentación
- ◆ Drogas
- ◆ Seguridad y riesgos
- ◆ Actividad física
- ◆ Salud mental

Habilidades de vida:

- ◆ Habilidad de comunicación
- ◆ Relaciones sociales
- ◆ Autoestima
- ◆ Asertividad
- ◆ Conocimiento de sí mismos
- ◆ Toma de decisiones
- ◆ Convivencia y cooperación
- ◆ Control emocional

Actitudes de respuesta saludable ante temas que afectan a la salud y calidad de vida.

Este capital de salud puede aumentarse o establecerse a lo largo de toda la vida, pero su carencia, al igual que las carencias en el área de los determinantes sociales de la salud, puede originar desventajas con repercusiones en la salud que se mantienen a lo largo de toda la vida; de ahí la importancia de las intervenciones tempranas en esta materia —incluso el período antenatal parece determinar algunos de los estados de salud futuros—⁴¹.

En la actualidad, en el campo de la promoción de la salud ha tomado fuerza el modelo salutogénico, que pretende tener en cuenta cómo se genera salud y cómo se conserva. En él se hace un énfasis especial en mantener los factores positivos que condicionan la salud. Este concepto, acuñado por Aaron Antonosky en el año 1987, ha quedado más relegado al discurso teórico que aplicado en actividades prácticas⁴².

Las adaptaciones y desarrollos de este modelo no pretenden eliminar la focalización en la patogénesis —es decir, en la enfermedad y sus factores de riesgo—, pero sí equilibrar el análisis y, en consecuencia, las intervenciones, teniendo en cuenta equilibradamente los factores positivos y los de déficit o carencia. Ha de tenerse presente que, por restrictivo que sea, el modelo del déficit —indicativo de una salud pública sesgada hacia el biologicismo— viene a ser el enfoque más habitualmente desarrollado en la práctica.

Este nuevo enfoque salutogénico, que está usándose para abordar con éxito las inequidades en salud, es muy apropiado para mejorar y promocionar la salud y es convergente con la introducción de una perspectiva de género en nuestras actuaciones. Además, puede ayudar a valorar muchas conductas beneficiosas para la salud que los jóvenes de ambos sexos desarrollan de forma natural y que se van perdiendo con la edad, o a mantener las prácticas y modelos culturales beneficiosos para la salud en el entorno de las minorías⁴³. También permite reforzar los factores positivos que protegen la salud. La evidencia nos muestra ahora que fortalecer los factores protectores es tan importante como

disminuir los riesgos⁴⁴. Recientemente, el Research Institute ha investigado en los factores positivos para la salud en la infancia, adolescencia y juventud⁴⁵.

El inicio del modelo salutogénico está avanzando en el concepto de **salud** como “estado de bienestar y no sólo ausencia de enfermedad”. Actualmente algunos estudios e investigaciones periódicas valoran determinados indicadores de salud positiva tanto personales como de los contextos familiares, escolares, sociales y de relación, ofreciéndonos una panorámica de la salud, el bienestar, las conductas de salud y las circunstancias que rodean la vida. En concreto, España participa en el estudio internacional HBSC (Health Behaviour in School-aged Children, Conducta sobre Salud de los Jóvenes en Edad Escolar), que mide condiciones de estos contextos relevantes para la salud de los escolares de 11 a 18 años de edad^{31, 32, 46}. En el año 2006 el estudio se ha hecho representativo por CC.AA. y sus resultados nos permiten ya valorar la evolución de algunos de los indicadores desde 2002. Dado que el estudio se realiza cada cuatro años, podría ser usado para adaptar y evaluar las intervenciones en promoción de la salud y además para ofrecer una panorámica del bienestar y del capital de salud al inicio de la juventud. Recientemente UNICEF ha utilizado muchos de estos indicadores del HBSC para ofrecer un panorama del bienestar infantil y adolescente en los países ricos². Aunque este tipo de indicadores positivos y del entorno de vida físico, psíquico y social han empezado a utilizarse para valorar la salud y el bienestar, aún existen importantes limitaciones en los datos disponibles y en la dificultad de su interpretación. No obstante, parece bien identificada, en la infancia y adolescencia, la importancia de dimensiones valorables, como: el bienestar material, la salud y la seguridad, la educación, las relaciones familiares y con sus iguales, el bienestar subjetivo y las conductas de riesgo⁴⁷.

CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD: FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN TODAS LAS CULTURAS

FACTOR DE RIESGO FACTOR PROTECTOR	INICIO SEXUAL TEMPRANO	USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	DEPRESIÓN
Relación positiva con los progenitores	P	P	P
Conflictos con la familia		R	R
Ambiente escolar positivo	P	P	P
Amigos/as que son modelos negativos	R	R	
Relaciones positivas con personas adultas de la comunidad			P
Tener creencias espirituales	P	P	P
Estar implicado en otras conductas de riesgo	R		

R = Riesgo P = Factor protector

La autovaloración del estado de salud

En el año 2006, y según la Encuesta Nacional de Salud⁴⁸, el 87,86% de las personas de 16 a 24 años consideraban su salud buena o muy buena, frente al 84,3% en el año 1997⁴⁹. Este porcentaje es el más alto desde 1987, cuando se realizó esta pregunta en la Encuesta Nacional de Salud.

Si se valoran estos resultados por sexos, el 91,77% de los varones consideraron su salud buena o muy buena en el año 2006, frente al 84,4% en 1997, siendo el porcentaje más alto de los últimos veinte años. En 2006, el 83,75% de las mujeres valoraron su estado de salud como bueno o muy bueno, siendo el mismo porcentaje que en 1987. A lo largo de los últimos veinte años, en las seis Encuestas Nacionales de Salud realizadas, el porcentaje ha sido similar.

Las principales diferencias entre los sexos se encuentran en la categoría “regular”, en la que las mujeres se clasifican en el doble de los casos que los hombres (13,74% frente al 7,43% en el año 2006).

Las diferencias en la percepción y concepciones de la salud de hombres y mujeres jóvenes podrían explicar estas diferencias. En el siguiente cuadro se presentan las principales diferencias encontradas en una investigación realizada en la Comunidad de Madrid³⁸.

CONCEPCIONES JUVENILES SOBRE LA SALUD	
CHICAS	CHICOS
• Sentirse bien • Concepciones centradas en el bienestar global y en el equilibrio personal • Concepciones relacionales de la salud • Equilibrio entre salud física y mental • Concepción más centradas en los hábitos y en los cuidados	• Estar bien • Concepciones más centradas en el bienestar físico y en la potencialidad energética del cuerpo • Concepciones más individualizadas sobre la salud • Focalización en la salud física • Concepciones más centradas en lo innato y en el dinero

Tomado de: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Documento técnico. Madrid, 1997.

En el año 2004, se realizó un estudio similar y se comprobó que, si bien se mantienen estas diferencias en la concepción de la salud, las perspectivas tienden a acercarse⁵⁰.

Contexto educativo previo

Durante el período escolar obligatorio, los niños, niñas y jóvenes pueden adquirir información, valores y conductas que les ayudarán a vivir una vida saludable. Sin embargo, este **capital de salud** no llega a todas las personas jóvenes por igual.

A pesar de la introducción de la **educación para la salud** como materia transversal en el currículo escolar por la Ley Orgánica 1/1990, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), y el refuerzo que las siguientes leyes imprimieron a la educación para la salud en la escuela, nuestra juventud dista aún de haber alcanzado los objetivos de salud inicialmente previstos⁵¹. Además, no es de esperar que, ni siquiera en los centros educativos donde el proceso de educación para la salud es de calidad y duración adecuada, los programas e intervenciones puedan ser efectivos al 100%. En la actualidad, la Ley Orgánica 2/2006, de Educación (LOE), que sigue manteniendo el concepto de transversalidad y la nueva asignatura de “Educación para la ciudadanía y derechos humanos” van a permitir nuevas oportunidades para mejorar la educación integral de los y las escolares.

La escuela es un espacio educativo crucial para la salud de la juventud, pero influye en mayor medida el entorno familiar y social. Por ello deben tenerse en cuenta estos entornos (familiar y comunitario) para promocionar la salud en la edad escolar y juvenil.

A partir de los 15 años, terminada la educación obligatoria, los y las jóvenes siguen siendo receptivos a las intervenciones que se les dirigen adecuadamente y, aunque parte de su capital de salud está ya conseguido, existe un amplio margen para la intervención de refuerzo e incluso la destinada a la adquisición de un capital de salud básico^{21, 52}. De hecho es entre los 15 y los 24 años de edad cuando se toman decisiones importantes respecto al estilo de vida. La ayuda y refuerzo de los y las profesionales en este tramo de edad, así como del entorno favorable, pueden ser claves para la salud de la juventud. Aunque muchos de esos y esas jóvenes siguen siendo abordables en los entornos laborales o en los universitarios o los de ocio, las intervenciones de refuerzo sobre su capital de salud son puntuales, si exceptuamos las medidas informativas sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual o consumo de tabaco, alcohol y drogas que se llevan a cabo periódicamente.

Contexto familiar

La familia es un gran referente a lo largo de la vida y especialmente durante la infancia y la juventud. La familia ha evolucionado muy rápidamente y la sociedad no se ha adaptado a estos cambios a la

misma velocidad. Esta situación repercute fundamentalmente en niños, niñas, jóvenes y personas mayores. El contexto familiar influye de manera notable en la salud. Uno de los aspectos claves en las edades juveniles es la comunicación intrafamiliar, que ha sido estudiada en relación con el consumo de tabaco, alcohol y drogas; los y las jóvenes menos vulnerables valoraban y percibían en sus progenitores estas características⁵³:

- ✓ Los entienden realmente.
- ✓ Son fuente de consejo competente con relevancia en sus vidas.
- ✓ Se interesan por su vida escolar.
- ✓ Comparten aficiones.
- ✓ Los respetan como personas.
- ✓ La atmósfera familiar es cooperativa y armoniosa.

El estudio HBSC 2002 y 2006^{31,32,46} se ha concentrado en el contexto familiar de los y las escolares de 11 a 18 años y en concreto en la comunicación intrafamiliar. Aquellos/as adolescentes de 15-16 años que tienen dificultades de comunicación con ambos progenitores son el 34,8% de los chicos y el 55% de las chicas y a la edad de 17-18 años los porcentajes se elevan hasta el 45,6% de los chicos y 55,6% de las chicas. La dificultad de comunicación con una persona adulta de referencia podría implicar la falta de apoyo adulto relevante ante problemas vitales y de salud. La supervisión parental, los vínculos afectivos, las actividades compartidas... han sido también descritas en estas poblaciones.

Contexto social

El contexto social en el que se mueven los y las jóvenes evoluciona rápidamente y es muy diferente al que vivieron sus progenitores; de ahí que se produzcan en muchos momentos desencuentros e incomprensiones entre las generaciones adultas y las personas menores de 30 años. En nuestro país nunca como ahora hemos gozado de tanto bienestar material. Esta prosperidad material, así como los acelerados cambios culturales que hemos experimentado, hacen que parte de los itinerarios de la juventud hayan cambiado, no ya en relación a sus progenitores, sino respecto a los de las personas de una generación con 10 ó 20 años más. Los años de educación se han incrementado y, en general, la preparación con la que acceden al mercado de trabajo es superior a la de la generación anterior.

Sin embargo, parece existir un discurso social catastrofista sobre estas generaciones jóvenes. Un discurso monolítico y homogenizador en el que las características más negativas y alarmantes, que sin duda tienen ciertos grupos de jóvenes, se atribuyen a todo el conjunto por el simple hecho de compartir grupo de edad⁵⁴. Algunas muestras de estas reducciones homogenizadoras las encontramos en los famosos análisis de la “generación Y”, los “mileuristas”, etc.

Estos análisis, si bien recogen algunas características bastante generales de los y las menores de treinta años, montan la respuesta a las necesidades de los jóvenes de ambos sexos sobre una o dos características, como, por ejemplo, los ingresos económicos.

Es obvio que no es lo mismo ganar mil euros, ser soltero y vivir en el domicilio familiar que tener pareja e hijos con estos ingresos económicos.

Buena parte de los estereotipos sobre la juventud se han repetido en los últimos dos siglos y se deben a conflictos generacionales que son conflictos de sucesión⁵⁵.

Estos análisis y respuestas homogeneizadoras no ayudan mucho a la comprensión y solidaridad intergeneracional y tampoco permiten dar respuestas efectivas para muchas personas jóvenes.

Por otro lado, los cambios económicos, sociales y culturales que ha experimentado nuestro país han llevado a un incremento de las expectativas y necesidades percibidas, así como a un clima emocional de incertidumbre y riesgo que las personas adultas proyectamos especialmente sobre la infancia, la adolescencia y en gran medida también sobre la juventud³.

Si bien algunas preocupaciones se proyectan sobre los y las jóvenes más allegados (hijos e hijas, nietos y nietas...), otras, las más temidas y mal comprendidas, se proyectan sobre la juventud en general, exceptuando a los y las jóvenes propios. Así, resulta curioso revisar cómo muchas personas adultas piensan que la juventud en general tiene un consumo excesivo de alcohol o drogas, pero que sus hijos e hijas jóvenes no se encuentran en ese grupo.

En relación con los estilos de vida saludables y las habilidades básicas de vida, las expectativas sociales podrían ejercer un efecto Rosenthal; es decir, puesto que las personas adultas de referencia piensan que los y las jóvenes son irresponsables, se alimentan mal, beben en exceso..., es posible que esta creencia actúe a modo de profecía autocumplida y anime y refuerce conductas poco saludables, porque son las esperadas por el entorno de referencia. Una mirada más realista matizaría ese discurso; primero, porque no existe una juventud, sino diversas “juventudes”, y segundo, porque hay conductas de exploración que no tienen por qué hacerse hábitos, y más si se ofrecen y promocionan otros modelos, itinerarios y oportunidades saludables y se presta ayuda, y consejo, sin juicios descalificadores, ante itinerarios y conductas de riesgo.

Uno de los espacios más importantes en la época juvenil es el de ocio y el relacional. Aunque la panorámica del ocio de los y las jóvenes está basada en encuestas de opinión multirrespuesta, con categorías definidas y cerradas, las encuestas de opinión dirigidas a jóvenes valoran habitualmente estos aspectos. Para el 97,9% de jóvenes salir a reunirse con amigos y amigas es la actividad de tiempo libre que más les gusta, seguida de escuchar música (96%), ver la televisión (91,1%) y viajar (89,2%). “Beber, ir de copas” ocupa el 15.º lugar en las preferencias de la población joven y el 49,4% declara que practica esta conducta habitualmente (56,9% de los chicos y 41,5% de las chicas). Los chicos dicen disponer de 27,53 horas de ocio semanal y las chicas de 24,45 horas. Un 27,6% de jóvenes no sale nunca o casi nunca de noche y otro 31,6% una o dos veces al mes⁵⁶.

Un aspecto nuevo a considerar es la vehiculación de la información sanitaria y otros servicios de asesoramiento que podrían beneficiarse de nuevas tecnologías que la juventud usa y prefiere como medio de información, destacando entre sus preferencias el teléfono móvil, del que dispone el 96,1% de los y las jóvenes.

En el grupo de 15-19 años, el 32,2% usa Internet como medio de información frente al 24,6% de jóvenes de 25-29 años. La televisión es el medio favorito para obtener información de la actualidad, según el 81,6%.

Sólo el 14,6% de jóvenes entrevistados conoce y ha usado los servicios de información juvenil. Un 60,2% no conoce estos servicios. Los temas que más interesan a los y las jóvenes entre una lista de temas cerrados y definidos con la opción de dos respuestas fueron: “trabajo” (48,5% de las y los encuestados), seguido de educación (27,5%), deportes (21,7%), tiempo libre (20,5%) y salud (18,2%)⁵⁶.

Deberíamos preguntarnos: “¿Qué servicios específicos necesitan los y las jóvenes? ¿Qué ofrecen los servicios existentes para cubrir sus necesidades? ¿Qué adaptaciones deberían afrontar? ¿Qué hacemos las y las personas adultas de referencia para apoyar su proceso hacia la adultez?”.

El **Anexo I** nos muestra una declaración realizada por adolescentes en la que explicitan a las personas adultas algunas de sus necesidades y expectativas respecto a su bienestar.

Para completar el contexto social de la juventud, se resumen en el **Anexo II** algunos valores, actitudes y prácticas en materia de solidaridad de los y las jóvenes, recogidos en encuestas de opinión.

Todos estos datos contrastan con la visión estereotipada de la juventud que ofrecen algunos medios de comunicación y que comparten personas de otras generaciones: Cómo los vemos y cómo se ven, qué quieren, qué necesitan y qué les ofrecemos, son puntos a conciliar con un diálogo y colaboración intergeneracionales.

I.1.3. Sociedad igualitaria. Perspectiva de género en la salud

Aunque la sociedad española está avanzando hacia la igualdad y la nueva legislación ha puesto las bases para la introducción del género como determinante de la salud, *la igualdad entre hombre y mujer está aún lejos de conseguirse*.

En el terreno nacional, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres⁵⁷, dedica su artículo 20 a la adecuación de estadísticas y estudios, al igual que dedica el artículo 27 a la integración del principio de igualdad en la política de salud. Las disposiciones adicionales octava y novena modifican la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, respectivamente. Este nuevo marco va a posibilitar que tengamos información para avanzar y dirigir intervenciones destinadas a conseguir la equidad de género en salud.

En el marco internacional, la Resolución WHA60.25, aprobada en la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en el mes de mayo de 2007, marca el camino tanto para la introducción de la “perspectiva de género” en la propia Organización Mundial de la Salud como en sus Estados miembros⁵⁸. En el ámbito de la salud pública y del Consejo Interterritorial de Salud, un grupo de trabajo similar al que redacta este documento está preparando un plan de acción para acelerar este proceso.

También el discurso social sobre la igualdad ha cambiado y muy pocas personas manifiestan estar en desacuerdo con este derecho.

El género ha impregnado las instituciones (incluida la familia) y las relaciones entre las personas. Así, el entorno en el que se mueven las personas jóvenes, donde se modelan sus roles futuros, ofrece aún grandes diferencias en la socialización diferencial y en la atribución simbólica de roles para cada género. Una de cada tres mujeres jóvenes se ha sentido discriminada en alguna ocasión, en el hogar o en el empleo. Este dato es ratificado por el elevado porcentaje de chicos que no participa nunca en las principales tareas domésticas¹. En un estudio llevado a cabo entre adolescentes del área metropolitana de Barcelona⁵⁹ se constata que los roles tradicionales perviven en el interior de las familias. Ante esta diferencia de roles, los y las adolescentes sienten cierta vergüenza y un 78% de los chicos y un 63,7% de las chicas declaran que en la vida diaria no se producen actitudes discriminatorias. También determinadas valoraciones suyas expresan alguna de las consecuencias de los roles de género en las relaciones; así, mientras que una bofetada en una discusión de pareja es calificada de hecho grave por el 96,9% de las chicas, sólo lo considera así el 73,81% de los chicos.

Los Informes de Juventud de 2004 y 2006 nos presentan datos indicativos de la situación diferencial actual^{33, 60}. A pesar de que las mujeres estudian más años y en mayor proporción que los hombres, los ingresos medios mensuales de las mujeres son de 680,1 euros, siendo los de los hombres de 864,7 euros. Estas diferencias en los ingresos se presentan en todos los niveles educativos. Las mujeres desempleadas necesitan el doble de tiempo (7,5 meses) que los hombres para encontrar empleo. Hay más del doble de mujeres jóvenes (11%) que de varones (5%) que realizan trabajos sin contrato.

Tal como la OMS y sus Estados miembros denuncian⁶¹, la desigualdad entre mujeres y hombres por cuestiones de género supone una barrera que es necesario derribar para alcanzar los objetivos de “Salud para todos en el siglo XXI”. Las personas expertas señalan lo siguiente:

- “Hombres y mujeres se ven afectados muchas veces por las mismas condiciones, pero no las experimentan de la misma forma. La pobreza y la dependencia económica, la violencia, las actitudes negativas y otras formas de discriminación, el poder limitado sobre la vida reproductiva y sexual, y la falta de influencia sobre los procesos de toma de decisiones, son factores que tienen un impacto adverso sobre la salud de las mujeres”.
- “En ocasiones, las mujeres cuentan con un acceso distinto y desigual a los servicios sanitarios básicos y a las oportunidades para proteger, promover y mantener su salud. A menudo, los programas y las políticas de salud perpetúan unos estereotipos de género y pueden no tener en cuenta plenamente la falta de autonomía de las mujeres en materia de salud”.

Según el informe SESPAS 2000⁶², aunque en los últimos años se observa que las diferencias por género tienden a disminuir, esta tendencia no es lo intensa que debiera. El reconocimiento social del sexismo, que también afecta a la sanidad, no es suficiente garantía para la equidad.

I.1.4. Jóvenes inmigrantes

La evolución del proceso migratorio en España muestra un incremento progresivo de la población inmigrante y consecuentemente de menores y jóvenes. Según el informe Juventud en España³³, a finales de 2003 residían en España en situación regular 450.000 jóvenes extranjeros de 15 a 29 años de edad.

Según el padrón municipal de 2006, de los 3.884.573 personas extranjeras que viven en España, 1.168.280 tienen unas edades comprendidas entre 15 y 29 años, lo que representa el 30% del colectivo inmigrante y el 13% de la población juvenil (Tabla 6, Figura 7).

Hay que tener en cuenta que también existen otras y otros jóvenes españoles cuyos progenitores nacieron en otros países: la llamada primera generación. Su número es difícil de determinar, pero se trata de un colectivo creciente, dado que la tasa de fecundidad de las mujeres inmigrantes es más elevada que la de las españolas.

Las y los nacidos vivos con uno o ambos progenitores extranjeros representan ya el 16% del total de nacimientos y en el sistema educativo los y las escolares nacidos en el extranjero representan el 8%. Lo que indica que las y los jóvenes inmigrantes y las primeras generaciones serán cada vez más numerosos entre nuestra juventud.

La situación económica, los problemas de desarraigo y el choque cultural que la mayoría de las personas inmigrantes deben afrontar hacen de esta población un grupo vulnerable que requiere una atención especial. La población inmigrante joven se ha incrementado enormemente en sólo tres años y es una gran desconocida desde el punto de vista sanitario, sobre todo si exceptuamos las enfermedades infecciosas. Estudios sobre las “redes sociales” de los inmigrantes en España nos indican que el entorno relacional de las personas inmigrantes se mantiene fundamentalmente con sus parientes y connacionales. “Las redes puentes” con la sociedad de acogida son débiles y las “redes de conexión vertical” que les ayudarían a conectar con instituciones y entidades parecen no alcanzar su propósito; incluso las entidades con fin lucrativo (inmobiliarias, agencias de colocación...) parecen haberse adaptado mejor a sus necesidades que el sector no lucrativo⁶³. El apoyo social y el acceso a los bienes y servicios son determinantes de la salud y por este motivo, aparte del derecho a los servicios sanitarios, la sensibilidad cultural de los servicios sanitarios y de salud pública y la adaptación de estos servicios a las nuevas

realidades son esenciales si se quiere que este sector tan numeroso de nuestra juventud pueda ganar salud. Otros estudios llevados a cabo entre adolescentes latinoamericanos inmigrantes (de entre 12 y 17 años) destacaban ciertas condiciones de su entorno y percepciones de nuestra sociedad que nos indican su situación desfavorecida. Por ejemplo, la tercera parte de estos adolescentes vive en hogares encabezados por la madre. El 36,4% pasa más de 6 horas diarias solo o con sus hermanos y/o hermanas, frente al 8,2% de las y los españoles de esa edad. La mitad de la muestra repitió un curso de la ESO. Los y las adolescentes tanto inmigrantes como españoles comparten las medidas que deberían tomarse para facilitar la convivencia, que se resumen en el conocimiento mutuo, la participación, la convivencia y el respeto, todos ellos valores y actitudes que se trabajan en el medio educativo y que deberían seguir trabajándose en los entornos de vida y trabajo juveniles y adultos⁶⁴.

Muchas de las personas inmigrantes se encuentran en entornos laborables y son difícilmente accesibles para los servicios sanitarios y de salud pública normalizados. No hay que olvidar que el desafío que representan, desde el punto de vista de la promoción de la salud, se mantendrá muchos años. Además, proceden de entornos culturales y sociales muy diferentes al de nuestro país (Tabla 7).

Otros datos demográficos de jóvenes extranjeros residentes en España pueden verse en Tabla 8 y Tabla 9, así como en las Figura 8 y Figura 9.

I.1.5. Jóvenes especialmente vulnerables

Existen algunos grupos de jóvenes que necesitan una atención especial, como los desescolarizados y no integrados en el mercado laboral, y los colectivos en circunstancias socioeconómicas muy desfavorables⁵². En estos grupos se acumulan riesgos y déficits en la adquisición de un capital de salud que no son subsanados con los programas generales dirigidos a la juventud, necesitando estos colectivos de intervenciones muy específicas que se basen en sus peculiares características y necesidades.

Otros y otras jóvenes, incluso integrados en los mercados laborales o escolarizados, están en situación de gran desventaja socioeconómica. La desventaja socioeconómica tiene numerosas consecuencias en la salud⁴¹. Las tasas de pobreza en el grupo de edad de 16-24 años está estimada, basándose en la encuesta de condiciones de vida, en el 19,1% de esta población⁶⁵. Unos 37.206 menores de 12 a 18 años fueron atendidos por los servicios sociales de atención primaria⁶⁵. Sin intervenciones efectivas, la exclusión social en la juventud puede continuar hasta la adultez y transmitirse a la siguiente generación⁶⁶.

Otro colectivo que por las características del entorno en el que ha vivido o vive puede considerarse de especial vulnerabilidad son las y los jóvenes sometidos a medidas de protección. En el año 2005, el total de tuteladas ascendió a 26.878, y 12.534 menores de 18 años fueron acogidos en modo residencial o familiar⁶⁷. En ese mismo año, 3.478 menores de 13 a 17 años fueron maltratados en el entorno familiar. El 63,3% de menores maltratados fueron chicas⁶⁵.

La salud de los y las jóvenes sometidos a estas medidas ha sido poco estudiada. Uno de los estudios realizados en centros de menores⁶⁸ nos indica una mayor frecuencia de conductas o factores de riesgo. Por ejemplo, el 42,9% de los y las adolescentes evaluados habían tenido su primera relación sexual antes de los 14 años. Entre los que habían tenido relaciones sexuales, el 33,1% no había usado ningún método de prevención y un 20% de ellos afirmó no tener información sobre métodos anti-conceptivos y de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Otro colectivo de jóvenes vulnerables y problemáticos lo constituyen los y las jóvenes menores de entre 14 y 18 años que han sido detenidos por la comisión de delitos en alguna ocasión. En 1999 su número ascendió a 25.856 menores de edad. El 92% eran varones. De todos ellos, 388 fueron detenidos por delitos contra la libertad sexual y 55 por homicidios y asesinatos. No tenemos información sobre las características del resto de delitos⁶⁹. En el año 2000 las modificaciones de la edad penal

hasta los 18 años hacen que en las estadísticas se incluya también población de 18-21 años y, en ese año, la tasa fue de 704 medidas notificadas por 100.000 menores/jóvenes de estas edades⁷⁰. Este colectivo es poco conocido desde el punto de vista de la salud; no obstante, es de suponer que en él se encuentran enormes carencias de “capital de salud”.

En todos estos casos hay que tratar de acercar y adaptar los programas y servicios a las necesidades concretas. En muchos casos es necesaria la estrecha colaboración entre los servicios educativos, sanitarios y sociales, al igual que en algunos casos la colaboración debe extenderse a los servicios de justicia y prisiones. En este último colectivo, la misión del sector salud debería ser poner la salud a disposición del proceso de reinserción. Esto puede ser especialmente útil en el caso de que coexistan adicciones, problemas mentales o agresividad, o cuando no se hayan adquirido las habilidades sociales y de vida suficientes. Se ha demostrado que apoyar la transición a la vida adulta necesita el desarrollo de actividades coordinadas y coherentes por encima de los 18 años, ya que las creencias y conductas de estos jóvenes reflejan su contexto social y en estas edades pueden producirse cambios en este ambiente y, por lo tanto, nuevas oportunidades para superar las dificultades que conllevan los entornos donde se desarrollaba la vida de estos jóvenes⁷¹.

Por último, respecto a la vulnerabilidad que determinados problemas de salud pueden causar en el colectivo de jóvenes que los padecen, es necesario tener en cuenta que **los y las discapacitados** de esta edad pueden tener necesidades de salud específicas a las que hay que responder. En España, según la última Encuesta Nacional de Discapacidad, el número de jóvenes de 17 a 29 años con discapacidad (1999)⁷² es de 169.636 (63.605 mujeres y 106.031 hombres). La tasa de discapacidad por mil en jóvenes de 15 a 24 años era del 18,7‰ (22,3 de hombres y 14,9 de mujeres). El tipo de discapacidad principal con una tasa de 13,2‰ fue “relacionarse”, seguida de “comunicarse” con una tasa de 11‰, “cuidado de sí mismo” con 9,9‰, “desplazarse” con 6,9‰, “ver” con 5,8‰ y “oír” con 4,4‰. Hasta una nueva encuesta, no podremos valorar si la cifra se mantiene o ha sufrido oscilaciones.

En el sistema educativo el 2,2% del alumnado tiene necesidades educativas especiales. En el curso 2005-2006 fueron 136.075 alumnos y alumnas, de los cuales sólo el 20% se encuentra en centros de educación especial. En la clasificación que se establece, para este grupo de población, ocupa el primer lugar la discapacidad psíquica, con el 58,1% de los casos, seguida del autismo y trastornos graves de la personalidad (18,3%), la motora (8,3%), la plurideficiencia (7,7%), la auditiva (5,6%) y la visual (en el 2% de los casos)⁷³.

Otros problemas de salud graves o crónicos pueden causar una disminución de oportunidades para promocionar la salud (la oferta deportiva para jóvenes diabéticos, los viajes para jóvenes con cuidados o supervisión médica permanente, etc.). El número y las características de estos/as jóvenes no son bien conocidos; pero, en cualquier caso, las actividades de promoción de la salud deben tener muy en cuenta la heterogeneidad y la valoración de las necesidades específicas de estos colectivos.

I.1.6. Juventud y sistema sanitario

Los recursos sanitarios específicos para jóvenes siguen siendo escasos, no sólo en España, sino también en países de nuestro entorno.

La OMS alertó sobre la necesidad de que servicios de salud de calidad respondan a las necesidades de los y las adolescentes. La constatación de que la salud de la juventud no siempre es excelente y de que, si no se desarrollan las condiciones y actividades adecuadas, el bienestar y la salud pueden perderse la tenemos en la región europea central y del este, donde la situación de la juventud se ha deteriorado enormemente, al igual que la de toda la población, como consecuencia de la situación económica y sociopolítica, el desmoronamiento de los servicios sanitarios y la pérdida de la cobertura sanitaria de importantes colectivos de la población. En estos países, se han intensificado las conduc-

tas y condiciones de riesgo, han subido las tasas de embarazos no deseados, aumentado la violencia y las tasas de suicidio... Con este motivo, la OMS ha vuelto a recordar la necesidad de servicios sanitarios para jóvenes que puedan abordar urgentemente todos estos temas y favorecer un desarrollo saludable de la gente joven a través de servicios adaptados, económicamente asequibles, accesibles e integrados para dar una respuesta sostenible y global a sus necesidades. Esta respuesta incluye el acceso, la atención, la información y educación, la utilización de enfoques como la educación entre iguales y la educación en habilidades para la vida; el fomento de la participación de la gente joven, y la creación de un entorno seguro que sirva de apoyo⁷⁴.

Actualmente, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, posibilita la inclusión en el sistema sanitario de algunas prestaciones necesarias para cubrir las necesidades de los y las jóvenes en condiciones de equidad territorial (**Anexo III**).

Para la gente joven no resulta fácil acceder a los servicios de salud, entre otras razones porque las características estructurales y de funcionamiento de la mayoría de los sistemas y servicios sanitarios del mundo no se ajustan a las particularidades propias de esta etapa de la vida ni a la concepción que la población adolescente y joven tiene sobre la vida y, en particular, sobre la salud.

La juventud suele buscar el contacto con los servicios de atención primaria sólo para resolver problemas físicos puntuales que ellos/ellas identifican, que no han podido resolver por sí mismos/as y que entienden que son por los que deben acudir al sistema sanitario (infecciones respiratorias de vías altas, dolor de espalda, problemas dermatológicos, salud bucodental, etc.). Desafortunadamente, otros problemas, fundamentalmente los psicológicos y de salud mental, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y los relacionados con la sexualidad, o no son reconocidos como tales o por su naturaleza prefieren consultarlos con otras personas (amigos/as y algunos miembros de la familia, especialmente la figura materna)⁷⁵.

La población joven no identifica al sistema sanitario ni a las y los profesionales sanitarios como interlocutores para asuntos relacionados con la prevención y muchos/as jóvenes tienen serios reparos para revelar sus comportamientos de riesgo⁷⁵.

A los ojos de esta población, los servicios de salud comúnmente presentan problemas relativos a su accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y equidad^{76, 77, 78, 79} que finalmente terminan condicionando su utilización. Entre los más importantes están los siguientes:

- ✓ Una localización inadecuada, excesivamente distante de los lugares donde los/las jóvenes viven, estudian o trabajan.
- ✓ Un horario incompatible con su modo de vida.
- ✓ Falta de visibilidad del recurso.
- ✓ La potencial trasgresión de la confidencialidad, es decir, miedo a que el o la profesional de la salud no mantenga la debida privacidad.
- ✓ Miedo a perder el anonimato, esto es, miedo a ser reconocidos o reconocidas en una sala de espera.
- ✓ Temor a que se les hagan preguntas difíciles y/o juicios morales.
- ✓ Que no se obtengan fácilmente ciertas prestaciones que demandan (p. ej., la píldora poscoital).
- ✓ Que reciban un trato desagradable por el personal del centro.

El panorama se complica si tenemos en cuenta que los profesionales sanitarios también tienen dificultades para atender a la población adolescente y joven, dificultades que se centran en su falta de formación específica en el trato con este tipo de población y en el exceso de presión asistencial que

suelen soportar y que no permite la disponibilidad del tiempo necesario para la detección y el abordaje de las conductas de riesgo⁸⁰.

La OMS ha alertado sobre la necesidad de que existan servicios de salud que respondan a las necesidades de la adolescencia, servicios sanitarios adaptados a las necesidades de jóvenes y adolescentes⁸¹, en donde se cuide especialmente de:

- ✓ Preservar la privacidad e intimidad, la confidencialidad y el anonimato.
- ✓ Establecer horarios amplios, que cubran todos los días de la semana.
- ✓ Eliminar requerimientos burocráticos.
- ✓ Dar fácil acceso a las prestaciones más demandadas por los/las jóvenes.
- ✓ No exigir como requisito previo para la atención el consentimiento paterno/materno.
- ✓ Crear cauces de participación de las y los jóvenes en la vida del Centro.
- ✓ Dotar al Centro de profesionales con un perfil adecuado, con formación y experiencia profesional en trabajo con jóvenes y en promoción de la salud, teniéndose además en cuenta la formación específica en enfoque de género y salud.

Aunque en España, desde el año 2002, hay muchos más servicios/programas dirigidos a jóvenes, especialmente en el ámbito comunitario y sobre todo en el área de la salud sexual, no parece que nuestro sistema sanitario haya resuelto satisfactoriamente los problemas anteriormente reflejados. Parece clara la existencia de un marcado desencuentro entre lo que la juventud demanda de los servicios sanitarios de atención primaria y lo que éstos les ofrecen. Los factores antes comentados que la gente joven observa en nuestro sistema sanitario hacen que sea poco atractivo para ella y que un buen número de problemas de salud se queden fuera de nuestro campo de acción.

I.1.7. Algunas cuestiones legales sobre la atención sanitaria a adolescentes y jóvenes

En nuestro ordenamiento jurídico existen diferentes “mayorías de edad”, según sea el asunto sobre el que se ha de aplicar. Así, por ejemplo, la **mayoría de edad sexual** empieza a los **trece años**, según el artículo 181 del Código Penal, que tipifica cuándo existe abuso sexual. A los **catorce años** cumplidos se alcanza la **mayoría de edad matrimonial** (artículo 48 del Código Civil). A los **dieciséis años** se sitúa la **mayoría de edad sanitaria** (ver más adelante). Al cumplir los **dieciocho años** se adquieren las **mayorías de edad civil** (artículo 12 de la Constitución Española y 315 del Código Civil), **penal** (artículo 1.1 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores), **electoral y contractual** (artículo 1263 del Código Civil).

Esta gradual adquisición de la autonomía de las personas es paralela al progresivo acotamiento de la patria potestad^a y tiene su fundamento en lo establecido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial el Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en donde se subraya que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos.

En lo que se refiere a la autonomía sanitaria del menor, como ya se ha dicho antes, el legislador establece la emancipación sanitaria en los dieciséis años. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, prevé en su artículo 9.3.c. el ejercicio del derecho a la prestación del consentimiento informado por el menor, en los siguientes términos: “Cuando se trate de menores no incapa-

^a Representación legal que los padres tienen de sus hijos menores de edad no emancipados.

ces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación”.

De esta forma y salvo en situaciones previstas en la propia Ley, la mayoría de edad para las relaciones con el sistema sanitario se adquiere con la emancipación o al cumplir los dieciséis años de edad.

Todo niño o niña que haya cumplido esta edad, esté o no emancipado/a, goza de independencia sanitaria y tiene plena capacidad, por ejemplo, para aceptar o rechazar la información clínica, compartirla u ocultarla a sus representantes legales, aceptar o rehusar el tratamiento médico, elegir libremente la opción clínica disponible (alternativa, facultativo o centro asistencial) y a mantener el consentimiento informado o a revocarlo en cualquier momento.

Ningún menor con dieciséis años cumplidos necesita la intervención o la supervisión de sus padres/madres para consentir libremente.

Ahora bien, tal como se avanzaba anteriormente, existen ciertas limitaciones. El mismo artículo 9.3.c establece que “en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”.

Además, en los siguientes tres supuestos, contemplados en el artículo 9.4 de la Ley de Autonomía del Paciente, el/la menor de dieciocho años no tiene autonomía para consentir:

- ✓ La interrupción voluntaria del embarazo.
- ✓ La práctica de ensayos clínicos.
- ✓ La práctica de la técnica de reproducción humana asistida.

En estos casos, el ejercicio del derecho a la prestación del consentimiento informado se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación que existan en cada caso.

Ahora bien, una vez clarificada la mayoría de edad sanitaria, las leyes vigentes en nuestro país reconocen la capacidad de obrar de los/las menores de edad en aquellos actos considerados como “relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo” (artículo 162 del Código Civil). Bienes como la libertad, la salud y la vida se consideran derechos de la personalidad y la ley los califica como actos personalísimos, por lo que autoriza a los menores a obrar por sí mismos, salvo concreta prohibición legal y de acuerdo con sus condiciones de madurez (menor con suficiente capacidad de juicio y discernimiento).

Por todo ello, la dificultad para la correcta aplicación de lo contemplado en las leyes radica en determinar qué es lo que debe entenderse por “menor capaz” o “menor maduro”.

Para dar respuesta a este asunto hay que tener en cuenta que la Ley de Protección Jurídica del Menor, ya mencionada, destaca que el desarrollo legislativo posconstitucional refleja el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos. Este concepto introduce la dimensión del desarrollo evolutivo en el ejercicio directo de sus derechos. También señala que las limitaciones que pudieran derivarse del hecho evolutivo deben interpretarse de forma restrictiva, velando sobre todo por que los procedimientos se adecuen a la edad del sujeto.

Por tanto y con carácter general, la determinación del suficiente juicio del menor tiene que llevarse a cabo poniendo a dicho menor en relación con los supuestos concretos y determinados para lo que se pretende valorar su capacidad. Según los artículos 5.3 y 9.3 de la Ley 41/2002, esta tarea corresponde al facultativo responsable de la asistencia sanitaria al menor, como parte del acto médico, igual que si se tratara de una persona adulta.

No existe, por consiguiente, en nuestro ordenamiento jurídico una edad concreta a partir de la cual considerar a un menor “capaz” o “maduro”, ni unos criterios concretos a los que atender para valorar el grado de madurez del menor o la menor. Hasta la adquisición de la independencia sanitaria, alcanzada la edad de 16 años, la opinión del o la menor debe ir adquiriendo más peso en la decisión final del facultativo, de forma progresiva cuanto mayor sea su edad y capacidad de discernimiento, siempre ponderados en relación con las circunstancias concretas y con la importancia de la decisión que se le exija, desde el escrupuloso compromiso del o la profesional con los principios éticos de primer orden (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) para con las o los pacientes.

Además, según el artículo 92 del Código Civil, todo menor que haya cumplido doce años, sea o no juicioso, debe ser escuchado y todo menor que tenga suficiente juicio, aunque no haya cumplido los doce años, también tiene derecho a ser escuchado^b.

Sería deseable que, siempre que el niño o la niña tenga suficiente juicio y doce o más años (hasta los dieciséis), decidiera conjuntamente con sus padres.

El siguiente cuadro resume lo reflejado en este apartado, sintetizando las diferentes situaciones que se pueden plantear en relación con el consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES DE EDAD CIVILES

Edad del paciente	Especificaciones	Grado de madurez	Derechos	¿Quién consiente?
> 18 años	Plena autonomía sanitaria	Maduro/a - Capaz, si no se demuestra lo contrario	Los de una persona adulta	El/la paciente
16 – 18 años o < de 16 emancipado/a	Autonomía sanitaria salvo en los casos previstos en el artículo 9.4 de la Ley 41/2002, de autonomía del paciente. Presunción inicial de madurez	Maduro/a - Capaz, si no se demuestra lo contrario	Los equivalentes a una persona adulta	El/la paciente
12 – 16 años	Autonomía/Heteronomía sanitaria en función del grado de madurez.	Maduro/a - Capaz	Los equivalentes a una persona adulta	El/la paciente
	Valorar específicamente el grado de madurez	Inmaduro/a - Incapaz	Derecho a ser escuchado/a	Los padres / tutores
< 12 años	Heteronomía sanitaria salvo excepciones, en función del grado de madurez y del tipo de decisión a tomar.	Maduro/a - Capaz	Derecho a ser escuchado/a	Los padres / tutores, salvo casos y situaciones excepcionales
	Valorar específicamente el grado de madurez	Inmaduro/a - Incapaz		Los padres / tutores

(b) Artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 6.2 del Convenio relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, artículo 90, párrafo segundo, del Código Civil, artículo 133.2 de la Ley 9/1998, de 15 de julio, del Código de Familia.

I.2. Situación de la salud sexual y reproductiva

La sexualidad es la dimensión que cada cual da al hecho de ser sexuado. Todo sujeto en la condición humana es sexuado, pero cada cual elabora su propia sexualidad.

La sexualidad es central y propia de la historia personal. Da cuenta de cómo los sujetos se viven a sí mismos y a los otros que, a su vez, son también sexuados. Por lo tanto, los sujetos se hacen su propia imagen o concepto, sus propias sensaciones, emociones y sentimientos, transidos por esta cualidad^c.

Una sexualidad sana incluye tres conceptos básicos:

- ✓ La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
- ✓ La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la vivencia de la sexualidad o perturben las relaciones sexuales.
- ✓ La ausencia de trastornos orgánicos y de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductora.

En el informe final donde se explicitan, para la Región Europea, las principales directrices de la política sanitaria para las primeras dos décadas del siglo XXI, consensuadas en la 51.^a Asamblea Mundial de la OMS, celebrada en mayo de 1998⁶¹, la comunidad sanitaria consideró a la población adolescente especialmente vulnerable a los riesgos relacionados con su conducta sexual, dado que se trata de un período de maduración y donde experimentar es algo normal. Además, se hicieron las siguientes consideraciones, aún plenamente vigentes:

- ✓ La actividad sexual sin protección genera un gran número de embarazos no deseados, de abortos y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- ✓ En muchas partes no se está suministrando una educación sexual objetiva y sin prejuicios, ni en los centros educativos ni en otros lugares.
- ✓ De la falta de información y conocimientos sobre cuestiones relativas a la sexualidad, los cambios y funciones corporales, y los sentimientos y emociones, deriva una tensión emocional innecesaria.
- ✓ Hay una insuficiencia de servicios sanitarios de carácter confidencial pensados para jóvenes. Esta carencia puede limitar su acceso a una atención y a un asesoramiento adecuados.

I.2.1. Fecundidad y natalidad

En la actualidad está ampliamente reconocido que el embarazo en adolescentes y la maternidad temprana están asociados con el fracaso escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social, pobreza y otros factores relacionados.

^c Instituto de Sexología (INCISEX).

En 2005 se produjeron en España 14.064 nacimientos en los que uno o ambos progenitores era menor de 20 años (un 3% del total de nacimientos). En el 17,9% de los casos (2.520 nacimientos), ambos eran menores de 20 años y en el 84,1% (11.829 nacimientos), personas solteras (Tabla 10).

En lo que se refiere a población inmigrante, en ese mismo año se produjeron en España 4.374 nacimientos en mujeres extranjeras, en los cuales uno de los progenitores era menor de 20 años (un 6,2% del total de nacimientos). En el 12,4% de los casos, ambos eran menores de 20 años y en el 70,5%, personas solteras.

Debemos destacar que la edad de los padres por debajo de 20 años se ha manifestado como un riesgo desde el comienzo en la vida para los recién nacidos. Los embarazos en menores de 20 años presentan el doble de riesgos biológicos, asociados al menor peso al nacer, el parto distócico y la prematuridad. Además, hay que tener en cuenta los riesgos socioculturales que estos casos suelen llevar asociados.

Como principales indicadores de natalidad y fecundidad en España para el año 2005, el número de nacimientos fue de 466.371, en constante aumento desde 1998; el porcentaje de nacidos de madre extranjera se situó en un 15,1%; la tasa bruta de natalidad, en 10,7; el número medio de hijos por mujer en edad fértil, en 1,35, y la edad media de las madres al nacimiento de su primer hijo, en los 29,3 años (Tabla 11 y Figura 10).

I.2.2. Experiencia sexual y contracepción

Experiencia sexual

Diferentes estudios muestran una tendencia al inicio de las relaciones sexuales con penetración a edades cada vez más tempranas (Tabla 12), observándose un inicio más precoz de las relaciones sexuales en los hombres que en las mujeres, aunque las diferencias por sexo son menores entre los/las más jóvenes (Tabla 13)⁸².

Además, según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS)⁸³, en España, el 16,5% de las personas de 18-29 años ha tenido su primera relación sexual con menos de 16 años. Si analizamos este dato por grupos de edad (Figura 11), en ambos sexos se observa que en el grupo más joven (18-19 años) se da el porcentaje más elevado, sobre todo en las mujeres, que casi se duplica, pasando del 10,8% en las de 25-29 años al 18,9% en las menores de 20⁸². De ahí que en los últimos años esté emergiendo un colectivo de IVE en menores de 16 años, inexistente hasta hace pocos años⁸⁴.

Al descender la edad de la primera relación sexual y al retrasarse la edad en la que se forma una familia, aumenta el período en el que las y los jóvenes están sexualmente activos, con un mayor número de parejas sexuales (Tabla 14). El estilo de vida sexual del o la adolescente y el adulto/a joven se caracteriza por establecer, en el marco de una relación afectiva, muchas relaciones monógamas a corto plazo. Los y las jóvenes consideran como pareja estable aquella que permanece junta durante un período relativamente reducido con respecto a épocas anteriores⁸⁵.

Si analizamos el problema de los embarazos no deseados (Figura 12), nos encontramos con que, en 2004, casi un 10% de las mujeres de entre 14 y 29 años que habían tenido relaciones sexuales completas se quedaron embarazadas sin desearlo. La media de edad en que esto ocurrió fue de 19,6 años. El 77% de ellas se quedaron embarazadas entre los 15 y los 21 años. Un 31,3% terminará abortando³³.

Métodos de anticoncepción y prevención

El preservativo es el método de prevención más extendido entre la población juvenil, aunque, a mayor edad, mayor presencia se da de anticonceptivos orales (Tabla 15).

Según la ESHS, el 63,1% de las personas de 18-29 años usaron el preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales y su uso desciende a medida que aumenta la edad (Tabla 16).

En la mayoría de las ocasiones, es el hombre quien lleva el preservativo; pero, a medida que aumenta la edad, parece que se comparte en mayor medida la iniciativa de tener un preservativo disponible en el primer encuentro sexual con una nueva pareja, disminuyendo el gran desequilibrio por sexo existente en esta conducta⁸².

En el Informe Juventud en España 2004³³, el INJUVE analizó quién tomó la decisión de utilizar el preservativo u otro método anticonceptivo en la última relación sexual, y los resultados muestran que en casi tres de cada cuatro ocasiones (72%) se trató de una decisión conjunta, lo que muestra que la inmensa mayoría opta por el modelo más igualitario de “ambos” (Figura 13).

Otros estudios muestran que, desde el punto de vista de los costes del método de prevención, la chica se suele encargar de financiar la píldora anticonceptiva y el chico los preservativos⁸⁵.

Según el estudio del INJUVE, el principal motivo para utilizar el preservativo es prevenir un embarazo, frente a protegerse del VIH y otras ITS (Tabla 17). La juventud percibe el propio riesgo de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual como algo lejano, que no le puede pasar, siente que el VIH es una amenaza en cierta medida superada y que sólo les ocurre a otras personas, y reconoce utilizar la apariencia física o el tener alguna referencia de la pareja como un indicador para bajar la guardia y olvidarse de la prevención⁸⁶.

Según la ESHS los principales motivos citados por los jóvenes para no usar preservativo con una nueva pareja se relacionan con la falta de disponibilidad del mismo, estar utilizando otro método anticonceptivo, creer que se conocen lo suficiente y la falta de comunicación entre la pareja.

Contracepción de emergencia

La falta de una planificación que evite las consecuencias no deseadas de la práctica sexual puede medirse, aparte de por los embarazos no deseados y las IVE, a través de otros parámetros, como el uso de la contracepción hormonal de emergencia.

La anticoncepción de emergencia (AE) es un método que parece utilizarse cada vez con mayor frecuencia (Tabla 18). Con los datos disponibles se deduce que en torno al 63% de este tipo de anticoncepción es utilizada por mujeres menores de 30 años.

Este método parece jugar un doble papel, ya que, por un lado, podría reforzar la justificación de no usar el preservativo y, por otro, parece ser altamente efectivo de la prevención de embarazos no deseados³¹.

La rotura del preservativo o el hecho de no haber utilizado ningún método anticonceptivo son los motivos alegados con más frecuencia por las jóvenes a la hora de solicitar estas pastillas.

I.2.3. Interrupción voluntaria del embarazo

La tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)^d registrada en 2005 fue de 9,60‰ de mujeres, lo que supone un incremento del 68,7% en sólo 9 años, si la comparamos con la habida en 1996. Este incremento, que se inicia ininterrumpidamente un año después, ha sido a expensas fundamentalmente de mujeres menores de 25 años, aunque, en estos años, las tasas de IVE se han incrementado en todos los grupos de edad, más del doble en la mayoría de los casos (*Fuente: Registro Nacional de Sida.SPNS/CNE 2006. Tabla 19 y Figura 14*).

En concreto, en 2005, el 40% de las mujeres que tuvieron una IVE tenía menos de 24 años⁸⁷.

Pese a ello, la tasa de IVE es inferior a la de muchos otros países de la UE, si bien y con alguna excepción (p. ej., Holanda), la mayoría no presenta una tendencia a aumentar tan clara y sostenida como en el nuestro (Figura 15). No obstante y como se señala en un reciente estudio llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁸⁴, hay que ser muy prudentes a la hora de establecer comparaciones con otros países, dado que se dan diferentes circunstancias, tales como la fecha en que comenzó a existir un registro de IVE y la evolución de su cobertura, la legislación sobre despenalización, además de las políticas de planificación familiar.

El crecimiento de las IVE en las jóvenes menores de 24 años cabe asociarlo con un importante conjunto de transformaciones que han venido ocurriendo en España a lo largo de la última década⁸⁴:

- Cambios sociodemográficos con un fuerte crecimiento de la inmigración desde mediados de la década de 1990.
- Transformación en las condiciones de vida juvenil, con un fuerte crecimiento del trabajo asalariado en condiciones de temporalidad y un correlativo y significativo abandono de los estudios en importantes colectivos de lo que podríamos llamar clases medias y medias bajas.
- Afirmación progresiva de una sexualidad joven cada vez más temprana y generalizada. De una sexualidad que, parcialmente, incorpora las denominadas prácticas de riesgo en su propio desarrollo.
- Importante caída del esfuerzo institucional y educativo en el ámbito de la Educación para la Salud en el Sistema Educativo.

Tanto entre las jóvenes inmigrantes como entre las jóvenes autóctonas se observa un claro proceso de vulnerabilidad social y de fragilidad personal que se traduce en el desarrollo de un conjunto de prácticas de riesgo en relación con los embarazos no deseados y con las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

Según puede observarse en las estadísticas correspondientes publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la mayoría de las IVE corresponden a jóvenes solteras asalariadas, en situación laboral precaria y con un cierto déficit escolar en su nivel de estudios.

En 2005, el 29,54% de las mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo lo habían hecho ya anteriormente una o más veces.

En lo que se refiere al tipo de centro en donde se han realizado las IVE, tal como muestra la

^d Esta tasa supone el número de interrupciones voluntarias del embarazo registrados por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años.

Tabla 20, el 97% fue de titularidad privada, porcentaje que se mantiene constante a lo largo de los últimos años.

Los expertos y expertas señalan que las mujeres más pobres y más jóvenes son fundamentalmente las que experimentan un mayor riesgo de sufrir un aborto en malas condiciones sanitarias, lo que representa un serio problema de salud pública.

IVE en mujer extranjera frente a mujer española

En relación con las IVE, diversos estudios^{88 89 90 91}, parecen indicar que entre un 40 y un 50% de las IVE practicadas en España corresponden a mujeres no españolas, con una representación importante, entre ellas, de las menores de 25 años. Este dato, junto otros parámetros tales como la evolución de la notificación y de las IVE practicadas en el extranjero, no nos permiten afirmar categóricamente que las IVE estén aumentando en las mujeres españolas. Más bien se podría decir que las tasas de IVE apenas se han modificado desde su despenalización parcial.

1.2.4. Infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS)

Más de 30 enfermedades bacterianas, virales, fúngicas y parasitarias pueden ser transmitidas por vía sexual. En este apartado sólo se analizan aquellas más relevantes y de las que se tienen datos epidemiológicos.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por la magnitud que alcanza a nivel global como por sus complicaciones y secuelas, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

La información epidemiológica sobre las ITS a nivel estatal se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica son la infección gonocócica, la sífilis y la sífilis congénita⁹².

En el año 2005 se notificaron al sistema EDO 1.174 casos de infección gonocócica y 1.255 de sífilis (tasas por 100.000 habitantes en el conjunto de la población española, de 2,72 para la gonococia y 2,90 para la sífilis).

Entre 1995 y 2002 se observó un acusado descenso de la incidencia de infección gonocócica, pero esta tendencia favorable se interrumpe en el año 2003, fecha en la cual se advierte un incremento en la incidencia. Los datos de sífilis a lo largo de estos 10 años muestran un ascenso que se incrementa a partir de 2003, observándose en 2004 y 2005 que las tasas de sífilis superan a las de infección gonocócica.

Otra fuente de información complementaria e independiente es el Sistema de Información Microbiológica (SIM), que recopila a nivel estatal información de una red de laboratorios sobre infección gonocócica, sífilis, clamidia y herpes simple 1 y 2. Los datos aportados por este sistema de información coinciden con el sistema EDO en describir un aumento de diagnósticos de sífilis a partir del año 2000 y de gonococo, clamidia y herpes a partir del año 2002.

La Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de 2003, que recoge información sobre la frecuencia de ITS, muestra que el 5,9% de los hombres y el 4,9% de las mujeres que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida afirmaron haber sido diagnosticados/as de alguna infección de transmisión sexual en alguna ocasión⁹³.

En 2007 en España se estima que viven entre 120.000 y 150.000 personas con VIH o SIDA, es decir, alrededor de 3 de cada 1000 ciudadanas/os. De esta estimación, entre el 20-25% son mujeres y entre

el 75-80% hombres. Y una cuarta parte de estas personas no sabe que está infectada⁹². Además se estima que cada año se producen entre 2.500 y 3.500 nuevas infecciones y mueren 1.600 personas con la infección por VIH como causa principal.

La transmisión del VIH ha disminuido notablemente en nuestro país hasta situarse en niveles similares a los de Francia, Italia y otros países del entorno de la Unión Europea. No cabe duda que desde mediados de la década de los años 90, cuando España presentaba las tasas de incidencia de sida más altas de Europa, la epidemia de VIH evoluciona favorablemente, con descensos en la mortalidad, la incidencia de sida y en el número de nuevos diagnósticos⁹⁴.

Se ha producido un gran cambio en los patrones epidemiológicos. Mientras que, en décadas pasadas, el grueso de las nuevas infecciones se transmitía por el uso compartido de material para inyección de drogas, actualmente la categoría de transmisión heterosexual es la más frecuente (46,6%), seguida por la de hombres homosexuales/bisexuales (30,1%) y la de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), que sumó un 16,3% (Figura 16).

La infección por VIH y el sida en España han afectado mayoritariamente a hombres. En la actualidad, sin embargo, las mujeres han pasado a constituir más de una de cada cuatro de las nuevas infecciones diagnosticadas, y las incidencias para hombres y para mujeres se aproximan o incluso se igualan en los grupos de edad más jóvenes debido al peso creciente de la transmisión heterosexual, lo que sugiere que, en el futuro, el sida afectará en la misma proporción a unos y otras⁹⁵.

En el periodo 2003-2005 el 26,7% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH eran menores de 30 años⁹⁴.

El porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en personas de otros países ha subido notablemente. Los inmigrantes suponen ya un tercio de los nuevos diagnósticos, y su lugar de origen más común es Latinoamérica, África Subsahariana y Europa occidental⁹⁴.

I.2.5. Garantías jurídicas de los y las menores respecto a la sexualidad y la contracepción

Como complemento a lo reflejado en el apartado “Algunas cuestiones legales sobre la atención sanitaria a adolescentes y jóvenes”, cabe reseñar lo siguiente:

El **Código Penal**, en su artículo 181, presupone legalmente **la mayoría de edad sexual a partir de los 13 años**, al tipificar lo que se considera “abuso sexual”:

“Artículo 181.

1. El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses.
2. A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare.”

Por tanto, los 13 años marca la edad en la que se reconoce la capacidad de establecer libremente relaciones sexuales consentidas. De lo que se deduce la misma capacidad para adoptar las medidas

anticonceptivas que la menor o el menor con 13 años cumplidos tenga por convenientes. Es decir, para ello no se necesita consentimiento de progenitor o tutor alguno.

Por lo mismo, un/a menor podrá acudir a los Servicios Públicos de Salud en demanda de la correspondiente asistencia contraceptiva, dentro de la oferta de los servicios (Programa de Orientación Sexual, Planificación Familiar) y exigirlo como un derecho a la protección de su salud y a la asistencia, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Sanidad y a lo reflejado en el apartado “Algunas cuestiones legales sobre la atención sanitaria a adolescentes y jóvenes” contenido en este mismo documento.

En todo momento hay que tener en cuenta que la demanda anticonceptiva ha de provenir de quien esté capacitado para ello y esta capacidad, según el Código Civil, no se identifica con una mayoría de edad, sino con la *condición de madurez* (capacidad de comprender las consecuencias de su decisión sobre su integridad corporal y sobre su salud, así como sus eventuales repercusiones sobre su vida futura), lo que permite al menor de edad civil prescindir de la intervención de sus representantes legales. El juicio sobre la *condición de madurez* se deposita en el facultativo, como ya se reseñó anteriormente.

Por último, en relación con la solicitud de anticoncepción poscoital por parte de una menor de 13 años y atendiendo a lo reflejado en el artículo 181 del Código Penal, debe presumirse la existencia de abuso sexual, por lo que hay que plantearse la posibilidad de notificar al juez esta situación⁹⁶.

I.2.6. Algunos retos y recomendaciones.

En la estrategia de “Salud para todos en el siglo xxi. Salud 21” de la OMS, para la Región Europea⁶¹, se establecen tres objetivos relacionados con la salud sexual y salud reproductiva en adolescentes y jóvenes, con sus respectivas recomendaciones:

1. “para el año 2020, la incidencia de los embarazos en adolescentes se deberá reducir, al menos, en una tercera parte”

Estrategias propuestas:

- Introducir el concepto de “escuelas promotoras de salud”^e en todos los centros educativos.
 - Reducir las barreras en el acceso a los servicios sanitarios, mediante la protección de la confidencialidad y el establecimiento de horarios de atención adecuados.
 - Los Estados miembros deben garantizar el acceso a medidas para evitar los embarazos no deseados, incluyendo la información y la ayuda a los jóvenes.
2. “para el año 2015, todos los países deberán disminuir de manera mantenida y continua la incidencia, mortalidad y consecuencias adversas derivadas de la infección VIH, de otras enfermedades de transmisión sexual...”

Estrategias propuestas:

Los programas para hacer frente a esta cuestión deben incluir los siguientes elementos:

^e La “escuela promotora de salud” es aquella que desarrolla un entorno físico y psicosocial saludable y seguro con la pretensión de que toda la comunidad educativa pueda alcanzar estilos de vida saludables. Además, integra la Educación para la Salud en el proyecto curricular de forma coherente, persiguiendo el desarrollo del sentido de responsabilidad individual en relación con la salud, el pleno desarrollo físico, psíquico y social y la adquisición de una imagen positiva de sí mismos en todo el alumnado. Por último, amplía la concepción de los servicios de salud para hacer de ellos un recurso educativo.

- Proporcionar una información franca acerca de cómo prevenir la transmisión de la enfermedad a través de prácticas sexuales seguras y programas de intercambio de jeringuillas para los usuarios de drogas inyectables, además de capacitar a las personas para tomar decisiones vitales importantes en relación con su propia conducta.
 - Garantizar la amplia disponibilidad de preservativos.
 - Garantizar la seguridad de la sangre a través de una verificación y un cribado adecuados.
 - Garantizar el tratamiento eficaz y la atención a las ITS.
 - Crear un entorno que facilite unos hábitos más seguros en materia de conducta sexual y consumo de drogas, a través de medidas legales, económicas, estructurales, etc.
 - Establecer programas integrados y sensibles a las diferencias culturales para la prevención y el tratamiento del VIH y las enfermedades de transmisión sexual, que se centren en las personas consumidoras de drogas y otros grupos vulnerables.
3. *“para el año 2015 se deberá alcanzar una conducta más sana en ámbitos tales como la nutrición, la actividad física y la sexualidad”.*

Estrategias propuestas en relación con la sexualidad:

- Las políticas y programas de salud sexual deben implicar a todos los segmentos de la sociedad, en particular, entre otros, a los y las adolescentes y jóvenes.
- Se debe difundir ampliamente la información, que debe ser comunicada a través de unos programas educativos cuidadosamente diseñados para aprender a respetar las especificidades de cada sexo, desarrollar las aptitudes útiles para la vida y el sentido de la comunicación y fomentar la adopción de unas prácticas sexuales más seguras y la aceptación del concepto de planificación familiar.
- Se debe promocionar la utilización de preservativos y comercializarlos de forma activa, en especial, para los y las jóvenes.
- Se debe disponer con facilidad de preservativos a unos precios asequibles para todos.
- La información sobre prácticas sexuales seguras debe llegar a todas las personas.

Por último, y dada la importancia que tiene en cualquier estrategia de promoción de la salud la incorporación de la perspectiva de género, las recomendaciones que se hacen en este sentido son las siguientes:

“La salud de las mujeres puede mejorar a través de la provisión de servicios de atención primaria de salud de alta calidad más accesibles, disponibles y baratos, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva (por ejemplo, información y servicios de planificación familiar) (...)”.

“La reformulación de los servicios de información sanitaria y los programas de formación de los profesionales sanitarios, de modo que éstos sean sensibles a las cuestiones de género, tengan en cuenta las perspectivas de los usuarios en relación con las aptitudes interpersonales y capacidades de comunicación y tomen en consideración el derecho del usuario a la intimidad y a la confidencialidad, son estrategias que pueden garantizar que un mayor número de mujeres tenga acceso a unos servicios sanitarios de calidad y sean tratadas de forma adecuada a sus necesidades”.

“Todas las políticas del sector sanitario y de otros ámbitos deben incorporar una perspectiva de género”.

En 2001, la OMS definió los objetivos y las acciones a emprender en la Región Europea, para promover la salud sexual y la salud reproductiva (SSR) de la población adolescente europea⁹⁷, que pasamos a reseñar sintéticamente.

Tres son los objetivos que se definieron:

- Informar y educar a las y los adolescentes sobre todos los aspectos relevantes de la sexualidad y la reproducción.
- Asegurar su acceso a servicios de SSR adecuados para adolescentes y jóvenes.
- Reducir los embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual.

Las acciones propuestas implican intervenciones en diferentes áreas:

- a. *Reformas y mejoras en el sistema sanitario.*
- b. *Reformas legales.*
- c. *Estrategias de información, educación y comunicación.*
- d. *Formación de profesionales.*
- e. *Equidad de género.*
- f. *Monitorización y evaluación.*

a) Reformas y mejoras del sistema sanitario.

Se considera necesario el desarrollo de una política sanitaria clara para mejorar la SSR de las y los adolescentes y para ello se propone:

- Integrar las actividades de SSR en programas globales sociales y de salud para gente joven (incluyendo abuso de sustancias, deportes, actividades culturales, etc.).
- Crear mecanismos de coordinación entre las iniciativas gubernamentales y de las ONG para cubrir las necesidades en SSR de la gente joven.
- Crear centros especializados de información y atención en SSR en jóvenes.
- Crear, en los servicios y centros sanitarios, una atmósfera que sea atractiva para los y las jóvenes.
- Estipular que el consejo es confidencial, y muy necesario e importante para la gente joven.
- Implicación y participación de la juventud en la organización y desarrollo de actividades en pro de la SSR.

b) Reformas legales:

- Eliminar las barreras legales para las y los menores de edad en relación con el acceso a los métodos anticonceptivos, aborto, y otros servicios en SSR.
- Revisar la edad legal del consentimiento.

c) Información, educación y comunicación:

- Introducir o mejorar la educación sexual dentro y fuera de los centros educativos, utilizando métodos interactivos, antes de que se comiencen las relaciones sexuales.
- Utilización de nuevas tecnologías (Internet) para dar información sobre SSR a los y las jóvenes.

- Centrar la educación en SSR sobre el conocimiento, valores y adquisición de habilidades de conducta.
- Ofertar servicios de información y atención a la SSR donde se concentren un número elevado de jóvenes.
- Edición y distribución de materiales de SSR para diferentes grupos de edad.

d) Formación de profesionales:

- Formar y sensibilizar a sanitarios/as, educadores/as y otros/as profesionales sobre las necesidades de los y las jóvenes en SSR.
- Defender los derechos sexuales y reproductivos de la población joven.
- Promover la educación de padres y madres, para orientarles en el desarrollo sexual de las y los jóvenes.

e) Equidad de género:

- Incluir la perspectiva de género en las actividades de Información, Educación y Comunicación para la gente joven.
- Centrar el trabajo educativo con chicas en reforzar su confianza y en habilidades de toma de decisiones y de negociación.
- Desarrollo de actividades educativas que se focalicen en las necesidades en SSR y en las responsabilidades de los chicos.

f) Monitorización y evaluación:

- Iniciar o mejorar los registros nacionales de los embarazos en adolescentes, abortos e incidencia de ITS.
- Desarrollar investigaciones cualitativas sobre el comportamiento sexual y las percepciones de la gente joven en este campo. Aplicar los resultados para el desarrollo y la mejora de los servicios para jóvenes y las estrategias de Información, Educación y Comunicación.

En el XVII Congreso Mundial de Sexología (Montreal, 2005), La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS), en la llamada Declaración de Montreal “Salud Sexual para el Milenio”, estableció las siguientes metas:

1.– Reconocer, promover, asegurar y proteger los derechos sexuales para todos.

Los derechos sexuales son parte integral de los derechos humanos básicos y, por tanto, son inalienables y universales. La salud sexual no puede ser obtenida ni mantenida sin derechos sexuales para todos.

2.– Avanzar hacia la equidad de género.

La salud sexual requiere respeto y equidad de género. Las inequidades relacionadas con el género y los desequilibrios de poder impiden las interacciones humanas constructivas y armoniosas y, por ello, la consecución de la salud sexual.

3.– Eliminar todas las formas de violencia y abuso sexuales.

La salud sexual no puede alcanzarse en tanto las personas no estén libres de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexuales.

4.– Proveer acceso universal a la información y educación de la sexualidad integral.

El logro de la salud sexual requiere que todas las personas, incluyendo a los jóvenes, tengan pleno acceso a una educación integral de la sexualidad y a información y atención a su salud sexual durante todo el ciclo vital.

5.– Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan la importancia medular de la salud sexual.

La reproducción es una de las dimensiones críticas de la sexualidad humana y puede contribuir al fortalecimiento de las relaciones y la realización personal cuando ha sido deseada y planeada. La salud sexual es un concepto más amplio que la salud reproductiva. Los actuales programas de salud reproductiva deben ampliarse para contemplar integralmente las diversas dimensiones de la sexualidad y la salud sexual.

6.– Detener y revertir la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

El acceso universal a la prevención, consejo y prueba de detección voluntaria, la atención y tratamiento integral de los pacientes infectados con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual son igualmente esenciales para la salud sexual. Deben adoptarse e incrementarse de inmediato los programas que aseguren el acceso universal a estos servicios.

7.– Identificar, abordar y tratar inquietudes, padecimientos y disfunciones sexuales.

Puesto que la plenitud sexual tiene la capacidad de elevar la calidad de vida, es crítico reconocer, prevenir y tratar las inquietudes, padecimientos y preocupaciones sexuales.

8.– Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente del bienestar.

La salud sexual es más que la ausencia de enfermedad. El placer y la satisfacción sexuales son componentes integrales del bienestar y requieren su reconocimiento y promoción universal.

Es esencial que los planes de acción internacionales, regionales, nacionales y locales para el desarrollo sostenible prioricen acciones en salud sexual, asignen recursos suficientes y aborden las barreras sistémicas, estructurales y comunitarias que afectan a la salud sexual y que atiendan al progreso de estos planes y programas.

A la hora de confeccionar las recomendaciones específicas sobre SSR que más adelante se presentan, se han tenido en cuenta tanto la situación de partida como las orientaciones que acabamos de exponer.

I.3. El consumo de alcohol y sus consecuencias

Análisis de la situación

En Europa, desde el punto de vista de la salud, el alcohol es responsable de unas 195.000 muertes al año; a su vez, es responsable del 12% de las muertes prematuras y discapacidad en los hombres, y del 2% en las mujeres, tras controlar los beneficios para la salud. Esto convierte al alcohol en el tercero entre veintiséis factores de riesgo de la mala salud en la UE, superando al sobrepeso/obesidad y sólo por detrás del tabaco y la hipertensión arterial⁹⁸.

Los jóvenes soportan una parte desproporcionada de esta carga, debiéndose al alcohol más del 10% de la mortalidad de las mujeres jóvenes y en torno al 25% de la de los jóvenes varones en las categorías de edad de 15 a 29 años. Poco sabemos acerca de la dimensión del daño social en los jóvenes, aunque el 6% de los estudiantes de 15-16 años de la UE refieren peleas y el 4%, sexo no protegido en relación con su propio consumo de alcohol. Si se valoran los daños sociales que pueden afectar al desarrollo de los jóvenes en Europa, se estima que existirían 60.000 nacidos de bajo peso, un 16% de maltrato o abandono infantil y entre 5-9 millones de niños que viven en familias con problemas de alcohol (Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro IVE Figura17).

Si bien el índice medio de consumo de alcohol ha disminuido en la UE en los últimos años, la proporción de jóvenes y adultos jóvenes que tienen comportamientos de consumo nocivo y peligroso ha aumentado en muchos Estados miembros durante los últimos diez años. Los hábitos de consumo de alcohol, y especialmente el consumo masivo ocasional (*binge drinking*)⁹⁹, favorecido por la facilidad con que los menores de edad pueden acceder en cualquier momento a bebidas alcohólicas, así como la alta frecuencia de consumo de estos últimos en muchos países europeos¹⁰⁰ tendrán efectos sanitarios adversos a largo plazo y aumentarán sin duda el riesgo de perjuicios sociales.

En España, como en otros países de nuestro entorno (Figura 18), el alcohol es la droga psicoactiva legal cuyo uso está enraizado en nuestra cultura y economía, y su consumo por parte de la población juvenil y adolescente ha adquirido unas dimensiones importantes. Este consumo por debajo de los 18 años es un indicador de la permisividad social, la disponibilidad, la fácil accesibilidad y el incumplimiento legislativo en materia de alcohol. Los datos facilitados por la **Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007 realizada a población escolar de 14 a 18 años**, son de gran interés para medir este problema¹⁰¹.

Según dicha encuesta, el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años. De hecho, en 2006 la proporción de estos estudiantes que había consumido alguna vez bebidas alcohólicas en los 12 meses y en los 30 días previos a la encuesta fue de 74,9% y 58% respectivamente, siendo un 79,6% los que lo han probado alguna vez. Pero, a pesar de estas cifras, es importante señalar que **se ha experimentado un descenso de más de seis puntos en relación con los datos de la encuesta anterior (2004)**, aunque es conveniente esperar a encuestas posteriores para poder confirmar esta tendencia (Figuras Figura 19 y Figura 20).

- ✓ Se trata de consumos localizados fundamentalmente en el fin de semana. De hecho, en 2006, de los estudiantes que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días previos a la encuesta, prácticamente todos (99,5%) habían bebido en fin de semana, mientras que sólo un 32,4% lo habían hecho en días laborables. Un 21,8% del conjunto de estudiantes encuestados bebían todos los fines de semana (24,3% chicos y 19,5% chicas).
- ✓ Un dato que resulta preocupante es que los y las adolescentes que beben lo hacen en cantidades cada vez mayores, siendo cada vez más frecuentes consumos muy elevados de alcohol en cortos períodos de tiempo, como pone de manifiesto el hecho de que el **44,1% de los escolares de 14-18 años refieren episodios de embriaguez durante los 30 días anteriores a la entrevista**, frente a un 34,8% en los datos del año 2004 (Figura 21). Es decir, la cifra de adolescentes que se emborracha en fin de semana ha crecido un 10% en los últimos años. Este modelo de consumo se va acercando al modelo nórdico, en donde los consumos diarios de alcohol son relativamente moderados de lunes a jueves, disparándose en viernes y sábado.
- ✓ Hay que destacar como dato muy positivo en esta encuesta el **aumento de percepción del riesgo** ante el consumo de alcohol tanto en fin de semana como diariamente, con relación a encuestas de años anteriores (Figura 22). Se asume que, conforme el riesgo percibido aumenta, tiende a disminuir el consumo, siendo superior esta percepción en los chicos que en las chicas.

- ✓ La edad de inicio al consumo de alcohol se sitúa en los 13,8 años, no existiendo variedades significativas por sexo, ni en relación con años anteriores. La proporción de consumidores es también similar en ambos sexos. Sin embargo, la intensidad del consumo es mayor en chicos que en chicas.
- ✓ La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 18 años, produciéndose los mayores incrementos entre los 14 y 16 años, lo cual indica la importancia de estrategias preventivas en edades tempranas.
- ✓ Parece que no existen diferencias importantes entre ambos sexos en la extensión del consumo esporádico o experimental de alcohol, pero sí en los consumos habituales, que están más extendidos entre los chicos (51,8%) que entre las chicas (42,8%). Lo mismo sucede con la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días (37% en chicos y 32,5% en chicas).
- ✓ Sobre el tipo de bebida alcohólica que consumen los y las adolescentes, se mantiene el mismo patrón que en años anteriores, consistente en el consumo de combinados/cubatas prioritariamente en fin de semana, si bien en días laborables la bebida predominante es la cerveza (Tabla 21). Los lugares habituales de consumo son los bares o *pubs*, los espacios abiertos (calles, plazas, parques) o las discotecas. De hecho en los últimos treinta días un 73,5% de los consumidores lo han hecho en bares o *pubs*, un 64,5% en espacios abiertos y un 61,4% en discotecas.
- ✓ Por otro lado, se constata una intensa asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cannabis, de modo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una alta probabilidad de consumo de las restantes.
- ✓ Es evidente que el grado de facilidad para conseguir alcohol o cualquier otra sustancia puede influir en la probabilidad de su consumo; en este sentido, un 91,2% de estos/as estudiantes (menores de edad) consideran que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas.

Como conclusión se puede afirmar que ha descendido la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, tanto si se toma como referencia 1994 como 2004, pero por otra parte ha aumentado el consumo que provoca borracheras en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en este período, con respecto a 2004. Es decir **aunque disminuye la proporción de jóvenes que beben alcohol, los que consumen lo hacen con patrón de consumo más intenso.**

Además de la información facilitada en la Encuesta estatal sobre uso de drogas en la enseñanza secundaria, el **Estudio HBSC - 2006 (Health Behaviour in School-aged Children)**³² en chicos y chicas españoles de 11 a 17 años también aporta información sobre el uso de alcohol entre escolares españoles:

- ✓ El 57,6% de los y las adolescentes ha probado alguna vez alguna bebida alcohólica, siendo este porcentaje más elevado cuando el hábitat de residencia del que provienen es rural (62%), frente al urbano (55,2%), no existiendo diferencias importantes entre ambos sexos.
- ✓ Si el porcentaje de adolescentes que ha probado alguna vez bebidas alcohólicas se compara entre comunidades autónomas, existe una diferencia considerable entre ellas de hasta 20 puntos (70,7%-49,6%)
- ✓ Al igual que en la encuesta ESTUDES antes comentada, la proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad (15,7% a los 11-12 años), alcanzando su máximo entre los y las estudiantes de 18 años (91%) y produciéndose los mayores incrementos entre los 13-14 años (49,6%) y 15-16 años (80,7%) (Figura 23).

Pero **las y los jóvenes no son un grupo aislado del resto de la sociedad** y los niveles de consumo en esta población son frecuentemente un reflejo de lo que ocurre en la sociedad en general. Según la última **Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2005-2006**¹⁰²:

- ✓ El alcohol es la sustancia psicoactiva más extendida entre la población española, al igual que hemos referido en los y las escolares. De hecho, en 2005, un 76,7% de la población de 15 a 64 años había consumido alcohol en los últimos 12 meses, un 64,6% en el último mes y un 14,9% diariamente durante el último mes (Figura 24).
- ✓ Un 19,7% de las y los encuestados en el año 2005 se había emborrachado durante los últimos 12 meses con diversa frecuencia (frente a un 21,2% en 2003).
- ✓ Este indicador de intoxicaciones etílicas aumenta considerablemente entre la población juvenil, es decir, entre los 15 y 29 años, pasando a ser de un 44% en chicos y de un 24,4% en chicas en dicho tramo de edad, frente a un 19,7% en varones y un 6,9% en mujeres de 30 a 64 años.

La importancia de estas cifras radica no sólo en las consecuencias que estos consumos tienen en la persona que los realiza, sino en la influencia que estos hábitos de consumo pueden llegar a tener, ya que no hay que olvidar que muchas de estas personas son padres o madres, están a cargo de jóvenes o menores y son una referencia para ellos/as.

En relación con las tendencias temporales en este grupo de edad, hay que destacar que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual puede considerarse estable, y lo mismo sucede con la prevalencia de intoxicaciones etílicas. El consumo de alcohol parece estabilizado a niveles altos. La percepción del riesgo ante el consumo diario, y especialmente de fin de semana, sigue siendo baja para una proporción importante de la población, aunque por primera vez desde 1999 se observa un aumento de la percepción del riesgo, lo que puede avalar las políticas iniciadas por el Gobierno y por las distintas Administraciones autonómicas.

Estas cifras de consumo tienen también reflejos en los **datos de mortalidad**. Siguiendo la metodología propuesta por los CDC (Centers for Disease Control), en el año 2005 el Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas de la Universidad de Valladolid¹⁰³ en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha realizado un estudio de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España, así como de la mortalidad prematura atribuible al consumo de alcohol, en el período 1999-2004 (Figuras Figura 25 y Figura 26).

Según dicho estudio, el número de muertes en España, en el año 2004, relacionadas con el consumo de alcohol fue de 8.391. Ello supone que, del total de muertes acaecidas en ese año en España, son atribuibles al consumo de alcohol el 2,26%. El número de defunciones por causas relacionadas con alcohol es mayor en hombres que en mujeres (la razón hombre/mujer es aproximadamente 3:1). En este mismo estudio se contabilizan los fallecidos en accidentes de tráfico en España en los que se ha determinado su concentración de alcohol en sangre, según los datos aportados por el Instituto Nacional de Toxicología. Así, en el año 2004 fallecieron en accidentes de tráfico (AT) 514 personas menores de 30 años, de los que 136 tenían un nivel de alcohol en sangre > 0,8 g/l (actualmente el límite es de 0,5 g/l y en los conductores noveles 0,3 g/l), lo que equivale a un 26,20% de fallecidos con unos niveles considerables de alcohol en sangre.

Si se analizan las **lesiones derivadas de accidentes de tráfico**, según los datos publicados por el Observatorio de Seguridad Vial durante el año 2006¹⁰⁴ éstas siguen siendo la primera causa de mortalidad para el grupo de edad de entre 15 a 24 años. Un 37% de los fallecimientos de este grupo de edad fueron por esta causa. No obstante, es importante resaltar que en el año 2000 los accidentes de

circulación motivaron el 42% de los fallecimientos de ese grupo de edad. A pesar de este descenso, la tasa más alta de fallecidos por millón de población se halla en dicho grupo, encontrándose diferencias importantes en el mismo según tramos de edad y también entre sexos (Figuras Figura 27, Figura 28 y Figura 29 y Tabla 22).

El fin de semana y la noche suponen un mayor riesgo para los jóvenes. Durante el sábado y domingo se registraron entre los y las jóvenes de 18 a 24 años el 41% de los fallecimientos, mientras que para el resto de la población el porcentaje es del 35% (Figura 30). Se observa que, siendo la noche el período del día con más baja intensidad de tráfico, es sin embargo el más peligroso, computándose el 41% de las víctimas mortales. Son el sábado y domingo los días de la semana en que se registran más accidentes, la gravedad de los mismos es mayor y, por tanto, son los días en que se producen más víctimas mortales.

Siguiendo con los datos aportados por el **Instituto Nacional de Toxicología en el año 2006**, se realizaron análisis toxicológicos a 1.360 conductores fallecidos en accidentes de tráfico (Figura 31). Los resultados confirman la relación de las muertes con el alcohol y otras drogas. Afortunadamente, los porcentajes de conductores cuya tasa superaba los límites de alcoholemia de 0,3 y 0,5 g/l han descendido en relación con años anteriores. Este descenso se debe probablemente a la prioridad que en estos últimos años se ha dado a las políticas de seguridad vial centradas en el control de los elementos básicos de la misma, entre los que se encuentra el alcohol y la conducción.

Otros datos que corroboran la importancia que el alcohol tiene en la conducción son los obtenidos en la encuesta ESTUDES, antes referida. Así, el 22% de los estudiantes de 14-18 años (34,3% de los de 18 años) reconocen haber sido pasajeros en los últimos 12 meses de vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol. El 9,8% de estos estudiantes declara haber conducido en los últimos 12 meses un vehículo (coche o moto) bajo los efectos del alcohol (14,9% en los estudiantes de 18 años).

En relación con el ocio y el tiempo libre, se puede afirmar que en nuestro país una parte del **ocio juvenil de fin de semana** se ha plasmado en los últimos años, tanto en términos mediáticos como de investigación, en el fenómeno conocido como **“botellón”**, en el que los jóvenes presentan un consumo, en principio, abusivo de alcohol en parques, calles y plazas.

Este fenómeno deriva en consecuencias negativas tales como altos consumos de alcohol y otras sustancias, accidentes de tráfico, molestias para los vecinos, rotura de mobiliario urbano, etc. Por ello el fenómeno del “botellón” se considera hoy un problema que preocupa a la sociedad en general, aunque el abordaje del problema que aquí planteamos se ciñe a la prevención desde la óptica de la salud y no como problema de orden público

Tal y como se recoge en un informe elaborado por los Colegios Profesionales de Politólogos y Sociólogos, hablamos de un referente social o moda juvenil: *el “botellón” como ritual de paso de la infancia hacia la adolescencia; como búsqueda de un espacio/tiempo limitado e identificado como propio y definitorio de la gente joven y que configura un ámbito de identificación intrageneracional y vinculación positiva*¹⁰⁵.

Para trabajar en la reducción y gestión de riesgos que comporta esta manera de disfrutar del tiempo de ocio es necesario, primero, conocer el fenómeno, las motivaciones de los jóvenes para participar en él, las consecuencias y las posibles alternativas al mismo.

En estudios realizados sobre el fenómeno del botellón en jóvenes de 14 a 17 años de Madrid (2002) y Galicia y Jaén (2003)¹⁰⁵ y financiados por el Plan Nacional sobre Drogas, se analizaban las principales actividades realizadas por los jóvenes durante el fin de semana y, aunque el fenómeno del botellón no implica consumo de alcohol, la mayoría de los jóvenes que asisten al

mismo por lo común lo consumen (el 52,60% de los encuestados consumía todas las veces y el 21,17% la mayoría de ellas), hecho que corrobora el carácter de este fenómeno centrado en un ritual colectivo de consumo de alcohol (Tabla 23).

Entre las principales motivaciones para asistir al botellón se encuentran: la diversión, poder hablar con los amigos y amigas, y poder consumir más alcohol y a menor precio.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el número de borracheras y la frecuencia con la que los jóvenes van de botellón. En este sentido, podemos afirmar que las y los jóvenes que acuden al botellón tienden más frecuentemente a emborracharse, posiblemente por el estímulo al consumo ritual que fomenta el grupo de iguales y el grupo extenso, lo cual tiene una incidencia especial entre quines acuden con más frecuencia a él.

Al consumir alcohol los y las jóvenes se sienten más divertidos, charlatanes y sociables, por lo que a corto plazo sólo son conscientes de las sensaciones agradables que este consumo produce. Pero, a pesar de estas sensaciones, presentan los siguientes **efectos orgánicos**:

Efectos orgánicos graves, al menos en una ocasión	93,2%
Caídas (riesgo de traumatismo)	15,1%
Quedarse dormido (riesgo de coma, paro cardíaco por hipotermia)	11,5%
Arritmias	3,3%
Tratado en urgencias (probables comas etílicos)	2,3%
Vómitos	22,2%
No va al colegio al día siguiente	5,2%

1.3.1. Adolescencia y consumo de alcohol

Durante la infancia los niños y las niñas aprenden a identificar el alcohol con el mundo adulto, bien por el ejemplo de sus padres y madres, bien por la influencia de otros modelos sociales a través del cine, la televisión, etc.

La adolescencia es una etapa crítica para el inicio del consumo de sustancias adictivas. Son sustancias que pueden marcar en muchos y muchas adolescentes el acceso al mundo adulto. La imitación y el deseo de ser como los demás tienen un peso muy importante en el inicio del consumo de alcohol, siendo además incuestionable que la exposición temprana al alcohol es un claro predictor de una posible dependencia al alcohol en la edad adulta, multiplicando por cuatro el riesgo de desarrollar dependencia en quienes comienzan a beber antes de los 15 años, frente a los que lo hicieron a los 20¹⁰⁶. Por otro lado, es un período de rápido crecimiento y de cambios físicos. Algunas investigaciones¹⁰⁷ sugieren que los adolescentes que beben excesivamente rara vez presentan trastornos crónicos severos del tipo cirrosis hepática, pancreatitis o gastritis; sin embargo, sí experimentan efectos adversos en su hígado, huesos, crecimiento y desarrollo endocrino. El consumo excesivo de alcohol en la adolescencia descende los niveles de hormonas sexuales y de las hormonas de crecimiento tanto en chicos como en chicas. Estas investigaciones indican que el cerebro del adolescente pudiera ser más sensible a los efectos dañinos del alcohol que el de los adultos, al interrumpirse los procesos clave del desarrollo cerebral, describiéndose incluso lesiones cerebrales persistentes y alteraciones anatómicas en adolescentes que comenzaron a consumir precozmente¹⁰⁸. El Informe de la Comisión Clínica del PNSD realiza una descripción extensa de estas consecuencias¹⁰⁹:

Resumen de los hallazgos de los efectos fisiológicos de alcohol en adolescentes

Hígado	→ Niveles de enzimas hepáticas usadas como indicadores de daño hepático están más elevados en adolescentes con trastornos relacionados con el alcohol. → y en adolescentes obesos que beben cantidades más moderadas.	→ Clark et al. 2001
Sistema endocrino	→ Descenso de niveles de estrógenos en chicas adolescentes. → Descenso de hormona luteinizante y niveles de testosterona en chicos adolescentes. → En ambos sexos reduce los niveles de hormona del crecimiento.	→ Block et al. 1993 → Diamond et al. 1986 → Frias et al. 2000 (a) → Frias et al. 2000 (b)
Huesos	→ El incremento de consumo de alcohol está asociado con baja densidad ósea en adolescentes varones, pero no en mujeres.	→ Fehily et al. 1992; Neville et al. 2002; Elgan et al. 2002; Fujita et al. 1999.
Cerebro	→ Una historia de abuso de alcohol o dependencia en adolescentes se asoció con reducción del volumen del hipocampo → y con sutiles anormalidades en la microestructura de la sustancia blanca en el cuerpo calloso.	→ De Bellis et al. 2000 → Tapert et al. 2003

Fuente: *The effects of alcohol on Physiological Processes and Biological Development*¹¹⁰.

La construcción del hábito de consumo de alcohol que, en la mayoría de los casos, comienza por inercia, sin una reflexión previa, dentro de un entorno que lo favorece, se verá potenciada en la medida en que el o la adolescente aprenda que el alcohol le sirve, al menos a corto plazo, para evitar situaciones negativas (por ejemplo, vencer la timidez, calmar los nervios), o para obtener o intensificar sensaciones positivas (pasarlo bien, desinhibirse, sentirse a gusto con su grupo, tener sensación de euforia, etc.). En la medida en que no desarrolle otras capacidades alternativas para conseguir esos resultados que se esperan del alcohol, su consumo se verá favorecido.

En realidad, lo que identifica y diferencia el consumo de alcohol por los y las adolescentes son los modos y actitudes seguidas en ese consumo, en la medida en que responden a pulsiones, actitudes y necesidades muy relacionadas con su personalidad. Entre ellas destaca¹¹¹:

LA GRUPALIDAD. A medida que aumenta la edad y la frecuencia del consumo, éste se traslada al entorno de amigos/as. Los y las jóvenes buscan su identidad y construyen su personalidad entre sus iguales. Por otro lado, las pandillas o grupos actuales se caracterizan, a diferencia de los tradicionales (definidos por una cierta estructuración y fidelidad), por ser más abiertos, flexibles e informales, sirviendo de marco de encuentro e intercambio, al mismo tiempo que permiten “ir a su aire”. Esta flexibilidad, este estar y no estar, permite a las y los jóvenes aguantar en grupo más tiempo, y no hay que olvidar que es el **grupo** el marco en el que se produce un mayor consumo.

LA SIMETRÍA. La cantidad de alcohol consumida por un/a adolescente parece depender de la cantidad que ingieran los compañeros/as, por lo que la voluntad de dominio o control sobre la propia ingesta se supedita a la presión grupal.

LA EXPERIMENTACIÓN. El grupo ofrece la suficiente seguridad como para que el o la menor pueda desplazar la relación de simetría de un plano interpersonal a un plano intrapersonal (probarse a sí mismo/a). Confluyen en él o ella una serie de rasgos (atracción por el riesgo como un modo de cono-

cer y ampliar los límites, falsa conciencia de invulnerabilidad, etc.) que contribuyen directamente a la intensidad de la ingesta.

Cuando analizamos las características del “ser joven” actual debemos entender que los procesos de socialización se realizan en actividades intrínsecamente unidas a diferentes drogas. Para poder aprehender el fenómeno de las drogas entre la juventud actual, debe conocerse el proceso valorativo de las y los jóvenes y de sus padres y madres.

Como factores individuales añadidos, hay que señalar la percepción del riesgo y la percepción positiva derivada del uso. En los y las adolescentes la percepción del riesgo ante el alcohol es menor que para otras drogas.

El consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol son vistos por muchos expertos y expertas como conductas “de entrada” que, para muchas personas, son precursores del consumo de otras drogas. Así, pese a que la experimentación con estas sustancias frecuentemente es vista como algo normal y el consumo ocasional en sí mismo pueda no ser dañino, los expertos/as en prevención le dan una importancia crucial, ya que evitando la experimentación con estas sustancias se garantiza que no se llegará a un consumo inadecuado de las mismas y seguramente tampoco se llegará a consumir otras sustancias más dañinas.

Pasado el consumo ocasional, es frecuente que los y las adolescentes y jóvenes mantengan, dentro del grupo de iguales, un nivel alto de consumo de alcohol. Este nivel tiende a moderarse y estabilizarse a medida que el o la joven construye su propia personalidad, se hace más independiente del grupo de iguales y desarrolla su propio autocontrol.

Pero conviene tener presente que esta moderación del consumo no ocurre en todos los casos y la probabilidad de que se produzca es menor cuanto más elevado es el nivel de consumo en la adolescencia y la juventud.

A menudo se presenta injustamente a las y los jóvenes como causantes de los problemas derivados del alcohol, en vez de como sus víctimas. Existen múltiples factores que favorecen este consumo. Entre estos factores, destacan los relacionados con la presión de los medios de comunicación social.

La juventud se encuentra inmersa en una sociedad en la que **la publicidad** invade la vida cotidiana y, aunque formalmente las y los adolescentes están excluidos como destinatarios de la publicidad de bebidas alcohólicas, ésta les llega por diferentes vías con la finalidad última de manipular su demanda.

Esta constante presión de tácticas publicitarias, visibles unas, invisibles otras, provoca la indefensión de la población más joven ante el alcohol, siendo cada vez más agresivas las técnicas de venta y *marketing* de productos potencialmente dañinos, como el alcohol¹¹².

La publicidad es, pues, uno de los elementos que contribuye al importante consumo de esta sustancia. Va destinada al mantenimiento y a la captación de nuevos bebedores en grupos de población vulnerables, como son los niños y niñas, adolescentes y mujeres, a través de la publicidad directa, mediante la promoción de sus productos bajo el patrocinio de diversas actividades (deportivas, musicales, viajes, sorteos, premios, etc.), o utilizando marcas en otros objetos (ropa, discos, calzados, relojes, etc.). La publicidad se sustenta en estudios motivacionales y pulsa todos los resortes por los que se mueve la juventud (diversión, popularidad entre iguales, sexo, modernidad, contestación...). La promoción del consumo de alcohol puede hacerse incluso a través de bebidas refrescantes para la infancia cuyo diseño imita el de bebidas alcohólicas, y mediante anuncios que incluyen los refrescos en el mismo contexto social en que las personas adultas usan alcohol. En definitiva, la publicidad

genera una actitud positiva hacia el alcohol, que al fin y al cabo es una droga, eliminando cualquier preocupación con respecto a la salud de quien la consume¹¹³.

Finalmente, debemos señalar que la accesibilidad a este producto (que es muy importante en España) es otro factor claramente determinante. Además de los límites de edad, se debería poner límites a las promociones (dos por uno, barra libre, etc.) y concursos de bebidas.

I.3.2. Límites en la seguridad en el consumo

En la **I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica**, celebrada el 14 y 15 de junio de 2007 en Madrid, un importante grupo de expertos y expertas discutió y elaboró un documento de consenso sobre la revisión de las evidencias científicas existentes en la **Prevención de los Problemas derivados del consumo de alcohol**.

En relación con los **límites de seguridad** en el consumo de alcohol, en las conclusiones de esta Conferencia se reitera el mensaje lanzado por la Organización Mundial de la Salud: **ALCOHOL — LESS IS BETTER**, traducido como “**Alcohol: cuanto menos, mejor**”. Con este mensaje se pretende transmitir la idea de que no existe un límite estricto en relación con el nivel de consumo de alcohol a partir del cual éste empieza a ser perjudicial para la salud, pero que, en cualquier circunstancia, cuanta menos cantidad de alcohol se consuma, mejor.

Sin embargo, aunque no exista un umbral de riesgo unánimemente aceptado y se estime que el riesgo se incrementa paralelamente al consumo, se ha consensuado como **nivel de riesgo en adultos** que merece intervención el consumo de > 20 g/día (2-3 consumiciones) en la mujer y de > 40 g/día, en el hombre (4-5 consumiciones). La mujer no debería pasar de 1, o como máximo 2, consumiciones al día y el hombre de 2 o un máximo de 3.

Existen circunstancias especiales y determinadas poblaciones en las que estos niveles de riesgo citados para la población adulta sana no son válidos. Tal es el caso de las y los **menores**, embarazadas o mujeres que puedan quedar embarazadas, la conducción de vehículos y aquellas actividades que requieran atención, destreza y coordinación, casos, todos ellos, en los que **no debe consumirse nada de alcohol**.

En jóvenes, como antes hemos señalado, el sistema nervioso, en especial el cerebro, está todavía en fase de desarrollo hasta al menos los 18 años, por lo que no es aconsejable ningún tipo de consumo alcohólico antes de dicha edad. Además, la defensa metabólica ante el alcohol es más baja en menores, por lo que su consumo en estas etapas de la vida puede producir más fácilmente alteraciones orgánicas y/o psicológicas.

En relación con el **consumo de alcohol por las chicas y por la mujer en general**, podemos afirmar que son más vulnerables a los efectos del alcohol que los varones, incluso si lo consumen en pequeñas cantidades. Esto es debido a diferencias tanto en su distribución corporal como en su metabolismo. El etanol se disuelve mucho mejor en el agua que en los lípidos (relación aproximada de 30/1), lo cual propicia que se observen diferencias en su distribución entre dos personas con distinta proporción de grasa corporal, aun cuando la cantidad ingerida de esta sustancia y su peso corporal sean iguales. Debido a la diferente cantidad de grasa entre hombres y mujeres (menor contenido acuoso y más grasa en la mujer), junto con la tendencia media de un menor peso corporal en éstas, provoca mayores niveles de etanol en sangre en mujeres ante un mismo consumo¹¹⁴. Además, las diferencias genéticas en los enzimas capaces de metabolizar el etanol también pueden producir importantes variaciones en la metabolización de esta sustancia. En este sentido una menor actividad de alcohol-deshidrogenasa gástrico en mujeres provoca una menor metabolización del alcohol e incrementa la cantidad de etanol que pasa a la sangre¹¹⁵. Por otra parte, beber en exceso es, de alguna manera,

mucho más arriesgado para las mujeres que para los hombres, debido al mayor riesgo que la mujer tiene de desarrollar problemas relacionados con el alcohol, e incluso al aumento del peligro de convertirse en víctima de violencia y abuso sexual.

Una situación especial en la mujer es **el embarazo**. En este período **no existe ningún nivel de consumo seguro de alcohol**; por eso las mujeres embarazadas y las que planifiquen estarlo deben abstenerse de cualquier ingesta alcohólica. Sería conveniente incorporar información en los envases de los graves efectos que sobre el feto puede provocar su consumo en la mujer embarazada. Por el mismo motivo sería aconsejable que figurara la graduación alcohólica, por pequeña que ésta sea, en todos los envases de las denominadas cervezas “sin” alcohol, al contener en algunos casos una concentración alcohólica que pudiera perjudicarle.

En las últimas décadas estamos asistiendo a cambios muy decisivos en el hábito de consumo de alcohol que se centran fundamentalmente en el paso de un consumo diario a un consumo intensivo de fin de semana, sobre todo en nuestros/as jóvenes, lo que se ha venido llamando *binge drinking*. Ésta ha sido una pauta de consumo habitual en los países anglosajones.

En la citada Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud, se propuso una nueva categoría diagnóstica a fin de definir esta pauta de consumo por su auge entre los jóvenes, para, de este modo, poder facilitar su estudio y cuantificación adecuada. Se le ha denominado **episodios de consumo intensivo**, que se definiría como **consumo de 60 o más gramos (6 UBE^f), en varones, y de 40 o más gramos (4 UBE), en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8)** (Tabla 24).

Cuando se beben diariamente más de 40 gramos al día (4-5 consumiciones) en el caso del hombre y más de 20 gramos (2-3 consumiciones) en el caso de la mujer, o se realizan ingestiones concentradas de 5 o más bebidas en una ocasión de consumo, se impone una seria reflexión y cambio de hábito, que el individuo puede lograr siendo informado y aconsejado por su médico.

Recientemente ha sido publicado un estudio llevado a cabo en la Comunidad de Madrid¹¹⁶ sobre la prevalencia de este patrón de consumo. Constituye el primer estudio en población general realizado en España y también en un país mediterráneo. La información ha sido obtenida durante el período 2000 a 2005 en una muestra de más de 12.000 personas de entre 18 y 64 años. Entre las conclusiones, destaca que la prevalencia más alta de *binge drinking* se observó en el grupo de edad más joven, entre 18 y 24 años, siendo más importante en varones (30,8%) que entre mujeres (18,2%); en relación con la clase social, son los varones de nivel educativo alto (universitarios) los que más siguen este patrón de consumo. Se observó una alta asociación entre las personas que seguían este patrón de consumo y las que tenían un elevado consumo de alcohol. Las bebidas más consumidas eran las de más alta graduación (espirituosas), en un 72%, en ambos sexos. Estos resultados serán sin duda muy útiles para la orientación de distintas intervenciones preventivas.

I.3.3. Conclusiones o análisis de tendencias

La revisión de los distintos estudios realizados tanto en el ámbito internacional como nacional y autonómico nos permite extraer algunas CONCLUSIONES de interés sobre el **patrón del consumo juvenil de alcohol**:

^f 1 UBE = 10 gramos de alcohol, equivalente a 1 caña, 1 vaso de vino o media consumición de destilados.

Existe una tendencia europea a la homogeneización de los patrones juveniles de consumo de alcohol (GLOBALIZACIÓN).

La EDAD de INICIO a consumos regulares es cada vez más temprana.

Es un hábito extremadamente frecuente, y probablemente podamos afirmar que es la droga más consumida, pero NO ES UN HÁBITO GENERALIZADO. **El porcentaje de jóvenes abstemios (NO BEBEDORES) se viene incrementando en los últimos años en España.**

Los y las jóvenes que beben lo hacen en cantidades cada vez más elevadas, siendo cada vez más frecuentes *consumos muy elevados de alcohol en cortos períodos de tiempo (binge drinking)* y, por tanto, este modo de consumo lleva consigo la producción de episodios de embriaguez en nuestros/as jóvenes.

Estos patrones se traducen en alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros/as y maestros/as, bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido, así como actividades sexuales de riesgo, que conllevan embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

También se traducen en un incremento de los problemas relacionados con el alcohol (trastornos físicos y mentales, complicaciones sociales y dependencia alcohólica).

Además, cada vez es más importante la cuestión de GÉNERO. Tradicionalmente las chicas han venido consumiendo alcohol con menor frecuencia y en menor cantidad que los chicos en la mayoría de países europeos. Estas diferencias están desapareciendo, e incluso se están invirtiendo.

Entre las MOTIVACIONES para beber debemos destacar que cada vez es más frecuente **la búsqueda de los efectos psicoactivos del alcohol, es decir, el uso de alcohol como droga**. La vivencia subjetiva que produce no está exenta de una cierta función socializante entre iguales, aunque difiera del tradicional consumo social de las bebidas alcohólicas en personas adultas.

El consumo habitual de los y las menores se realiza fuera del entorno familiar. El consumo se lleva a cabo fuera de casa, en la calle y en los espacios donde se producen las relaciones sociales de los y las jóvenes, lugares de encuentro y diversión y se realiza en el grupo de iguales.

Destacan las nuevas tendencias de consumo masivo concentrado en el fin de semana por parte de la población juvenil.

Se consume principalmente cerveza, observándose un consumo creciente de bebidas destiladas, principalmente a través de mezclas y combinados.

Aumenta la frecuencia de episodios de embriaguez en nuestros/as jóvenes, y este hecho forma ya parte de la CULTURA JUVENIL DE ALCOHOL. Es necesario, por ello, plantear los medios necesarios para prevenir y erradicar los efectos nocivos que se derivan de esta realidad, para lo que es necesario involucrar a los diferentes sectores implicados: las y los propios jóvenes, sus familias, las organizaciones sociales, el ámbito educativo, la industria del ocio, los medios de comunicación y los poderes públicos.

I.3.4. Políticas de control desde la perspectiva de salud pública

En todas las culturas en las cuales el alcohol se ha consumido libremente, se han desarrollado políticas, tanto formales como informales, destinadas a reducir los problemas relacionados con el alcohol y las consecuencias negativas del consumo de alcohol en las personas y en la sociedad.

Desde finales de la década de 1960, especialmente como resultado de las investigaciones realizadas por Ledermann, Terris, Lint, Schmidt, Makela y Skog, los problemas de alcohol se enfocaron desde la perspectiva de la salud pública, concentrando la atención en los individuos que sufrían dependencia y problemas relacionados con el alcohol, en el consumo general de alcohol en comunidades bebedoras, en los factores que inciden en ese consumo, en la relación entre distintos grados de consumo de alcohol y desarrollo de enfermedades relacionadas con el mismo y en los accidentes entre las personas bebedoras en su conjunto¹¹⁷. Este enfoque se ha ido ampliando progresivamente a toda la población de bebedores, incluyendo los bebedores ligeros y moderados, quienes numéricamente acumulan más problemas sobre todo en el ámbito social (por ejemplo: alcohol y accidentes de tráfico). La actuación sobre este colectivo (identificación e intervención precoces) tiene un elevado potencial preventivo. En los últimos años, el enfoque poblacional está siendo complementado por la atención a grupos de especial riesgo, al haberse evidenciado que tan importante es el consumo per cápita como el patrón de bebida.

Por otro lado, hay que destacar que a lo largo de estos años la OMS ha ocupado una posición preferente a la hora de liderar el desarrollo de una política sobre el alcohol, consistente en una serie de estrategias que sirvan de guía para llevar a cabo distintas medidas a fin de reducir los problemas relacionados con el alcohol. Así, se han aprobado dos **Planes Europeos de Actuación sobre el Alcohol** (1992-1999 y 2000-2005)¹¹⁸. En el contexto de este segundo Plan, tuvo lugar en Estocolmo (2001) la **Segunda Conferencia Ministerial sobre Jóvenes y Alcohol**¹¹⁹, en la que se aprobó la Declaración de Estocolmo. En ella se recogen diez objetivos para reducir tanto el consumo de alcohol de la juventud como los daños derivados del mismo, para lo cual se proponen medidas eficaces de política de alcohol en las siguientes áreas:

- **Proveer protección.** Controlar la disponibilidad del alcohol mediante medidas dirigidas a su accesibilidad, edad mínima, precios, consumo de alcohol por menores. Se debe proteger y apoyar a menores cuyas familias tienen problemas con el alcohol, así como protegerles de la promoción y esponsorización del alcohol.
- **Promover educación** mediante programas de educación sanitaria en marcos tales como la escuela, organizaciones juveniles y comunidades locales.
- **Reducir el daño** con distintas actuaciones, promoviendo una mayor comprensión de las consecuencias negativas del alcohol en las personas, la familia y la sociedad.
- **Promover una mayor comprensión de las consecuencias negativas de la bebida para las personas, la familia y la sociedad.** En el medio en el que se consume alcohol, debe asegurarse formación a los responsables de servir alcohol y promulgar reglamentaciones que prohíban la venta de alcohol a menores y personas intoxicadas. Reforzar los reglamentos y multas por conducir bajo los efectos del alcohol. Proveer adecuados servicios de salud y sociales dirigidos a los y las jóvenes que experimentan problemas como resultado del consumo de otros o de su propio consumo de alcohol. *(En España se han reforzado últimamente algunas de estas medidas: aumento de controles aleatorios de alcoholemia, permiso por puntos, modificación del código penal para aplicación de penas más duras por lesiones producidas por conducción bajo los efectos del alcohol, etc.).*
- **Apoyar ambientes saludables,** fomentando y favoreciendo alternativas a la cultura del beber. Desarrollar y fomentar el papel de la familia para promover la salud y el bienestar de los jóvenes.

Dentro de la **Unión Europea**, podríamos decir que no ha existido una política comunitaria en materia de salud pública y alcohol hasta hace unos años. En 2001 se aprobó la **Recomendación del Consejo sobre consumo de alcohol por parte de niños y adolescentes**, y las **Conclusiones del Consejo**

jo sobre una estrategia comunitaria dirigida a reducir el daño derivado de los problemas de alcohol¹²⁰.

Fruto de dichas recomendaciones, actualmente tenemos como [marco de referencia de actuación la Estrategia de la UE para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol](#)¹²¹. Esta Estrategia se centra en cinco temas prioritarios, con la consiguiente aplicación de buenas prácticas que han ayudado a reducir estos daños. Entre las que nos interesa considerar en este documento podemos destacar:

- ✓ **La protección de los y las jóvenes**, niños, niñas y bebés nonatos. Entre las **medidas** que han demostrado ser eficaces al respecto, podemos citar: la introducción de restricciones sobre la venta de alcohol, la disponibilidad de bebidas alcohólicas y las prácticas comerciales que puedan influir en los y las jóvenes, las acciones apoyadas en grupos sociales concretos para prevenir los daños y comportamientos de riesgo, con la participación de profesores y profesoras, padres y madres, partes interesadas, así como las y los propios jóvenes, y apoyada en mensajes en los medios de comunicación y en programas de formación de aptitudes para la vida.
- ✓ **Reducción de las lesiones y muertes causadas por accidentes de carretera relacionados con el alcohol**: distintos estudios concluyen que sería deseable la imposición de un límite máximo de 0,5 mg/ml o incluso una cifra inferior (en España ya existe). El cumplimiento real de las medidas contra la conducción en estado de embriaguez podría reducir sustancialmente tanto los casos de muerte como las lesiones y discapacidades registradas en accidentes de tráfico. En este sentido, cabe destacar que se han mostrado eficaces las políticas basadas en la introducción y realización de pruebas del aire espirado aleatorias, frecuentes y sistemáticas, apoyadas por campañas de educación y sensibilización en las que participen todas las partes interesadas. Los conductores y conductoras jóvenes y novatos/as están más a menudo implicados en accidentes de carretera relacionados con el alcohol. Otro ejemplo de política eficaz es la introducción de una tasa cero de alcohol en sangre para estos conductores/as.
- ✓ **Prevención de los daños relacionados con el alcohol entre las personas adultas** con la finalidad de reducir las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y las muertes relacionadas con su consumo. Es importante la instauración y cumplimiento de licencias para la venta de alcohol, la formación del personal de hostelería que sirve alcohol, las intervenciones basadas en grupos sociales concretos, las políticas de precios (por ejemplo, reducción de las ofertas de dos bebidas por una), la coordinación del transporte público y los horarios de cierre de los locales de ocio, los consejos dados por médicos/as o enfermeros/as de atención primaria a las personas en situación de riesgo y los tratamientos adecuados. Todas ellas son intervenciones que parecen eficaces para prevenir los daños relacionados con el alcohol entre la población adulta. La educación, las actividades de información y las campañas para promover un consumo moderado o en contra del alcohol al volante, durante el embarazo y antes de la edad legal, pueden utilizarse para movilizar el apoyo público a favor de las intervenciones.
- ✓ **Información, educación y sensibilización sobre las consecuencias del consumo nocivo y peligroso de alcohol y sobre pautas de consumo adecuadas**: los modos de vida adoptados en la juventud predeterminan la salud de la persona adulta. Por ello, los niños, niñas y jóvenes, así como sus padres y madres, constituyen el grupo más importante al que deben dirigirse la educación sanitaria y las intervenciones de sensibilización. Programas amplios y cuidadosamente aplicados de educación para la salud y de aptitudes para la vida, que se comiencen en la primera infancia y continúen, preferentemente, durante la adolescencia, pueden aumentar la conciencia de los comportamientos de riesgo y ejercer un efecto sobre ellos. Tales intervenciones deberían referirse a factores de riesgo, como el alcohol, y también a períodos de

riesgo, como la adolescencia, y a factores de protección, es decir, cambios en los comportamientos y modos de vida.

Como resumen de las estrategias antes mencionadas, es de gran interés citar la revisión realizada de **las evidencias científicas existentes en relación con las estrategias e intervenciones dirigidas a prevenir o reducir el daño relacionado con el alcohol**, realizada por Babor et al¹²², en donde se priorizaron 10 opciones políticas como las mejores prácticas. Estas evidencias ha sido recogidas y analizadas a su vez en el reciente Informe del Comité de Expertos de la OMS sobre los Problemas relacionados con el consumo de alcohol, 2007¹²³ y en el Documento de consenso elaborado en la 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la salud en la Práctica Clínica en España sobre Prevención de los Problemas Derivados del Alcohol¹²⁴.

- ✓ **Edad legal mínima para la venta a menores:** el incremento de la edad legal reduce las ventas y las consecuencias del consumo en menores. En España, la edad legal a nivel estatal es de 16 años, aunque la mayoría de las comunidades autónomas (con excepción de Asturias, Islas Baleares y Galicia) han elevado esta edad a 18 años.
- ✓ **Monopolio gubernamental de la venta al por menor** (al público): sólo existe en países nórdicos; en España no sería aplicable.
- ✓ **Restricciones en horas o días de venta:** esta medida da lugar a una disminución de los problemas relacionados con el alcohol. Tanto esta estrategia como la siguiente dependen en España de los municipios.
- ✓ **Restricciones a la densidad en los puntos de venta:** el consumo tiende a incrementarse cuando aumenta el número de puntos de venta. También aumentan los problemas cuando los puntos de venta están muy próximos entre sí: existe una relación entre la densidad de los puntos de venta y el grado de consumo de alcohol entre los y las menores. La Federación Española de Municipios y Provincias publicó un modelo de ordenanza municipal, no vinculante, reguladora del consumo indebido de bebidas alcohólicas, que contemplaba estos aspectos¹²⁵.
- ✓ **Impuestos/precios:** el consumo entre las y los jóvenes es particularmente sensible al precio. Se ha demostrado que las políticas que aumentan los precios del alcohol reducen: la proporción de jóvenes que beben en exceso, el consumo de alcohol entre menores y los episodios de consumo intensivo. También retrasan en el tiempo la intención de comenzar a beber entre los y las adolescentes más jóvenes.
- ✓ **Intervenciones breves en bebedores de riesgo,** sobre todo en el ámbito de atención primaria, han demostrado su efectividad en la reducción del consumo excesivo de alcohol y de problemas relacionados con el mismo.
- ✓ **Controles aleatorios de alcoholemia** han demostrado una importante reducción de traumatismos y muertes relacionadas con el alcohol.
- ✓ **Tasas legales de alcoholemia requeridas para la conducción:** unas tasas de alcoholemia bajas es una de las estrategias más eficaces para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, junto con los controles aleatorios de alcoholemia y la aplicación de severas sanciones. En España, el límite de alcoholemia es de 0,5 g/l o de 0,25 en aire espirado. Esta cifra se reduce a 0,3 g/l en sangre o a 0,15 en aire espirado en conductores noveles (2 años), profesionales y ciclistas.
- ✓ **Suspensión administrativa del permiso de conducción** para los conductores que den positivo en una prueba de alcoholemia, dependiendo de la tasa. En España está regulado por la Ley 17/2005, de 19 de julio, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a mo-

tor y seguridad vial, y la reciente modificación del Código Penal (por Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre).

- ✓ **Permiso graduado para noveles:** consiste en un sistema graduado para obtener el permiso de conducir. Requiere que los nuevos conductores conduzcan con un instructor (p. ej., familiar responsable) que los supervise y fomente las buenas prácticas en la conducción. Se van obteniendo distintos tipos de licencia hasta llegar a la licencia definitiva y permite al joven comenzar el aprendizaje de la conducción con menor edad.

Probablemente, la verdadera alternativa a los problemas relacionados con el consumo de alcohol debe plantearse desde la perspectiva de la salud pública, pues es donde la dependencia del alcohol se considera como un proceso de continuidad en toda la población de bebedores habituales, y donde se establecen las diferencias existentes entre los problemas derivados de su consumo. Es evidente que estamos ante un problema de salud pública en el que está involucrada el conjunto de la sociedad, siendo las y los jóvenes los que en numerosas ocasiones sufren las peores consecuencias. La solución a este problema es por ello una responsabilidad de todos, tanto de la clase política como de las familias, la comunidad educativa y la sociedad civil.

Finalmente, debemos hacer referencia al **Acuerdo de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas** (abril, 2007), relativo al Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la juventud, en la que se llega a importantes conclusiones en relación con los distintos ámbitos de actuación frente a los consumos de drogas entre los jóvenes¹²⁶:

- ✓ Proporcionar más y mejor **información** a los y las adolescentes y a toda la sociedad.
- ✓ Importancia de la **familia** como primer núcleo de socialización de la persona.
- ✓ La **escuela**, junto con la familia, es el espacio más importante para la formación; en él se transmiten valores y actitudes que van a permitir tomar decisiones de forma libre, consciente y responsable.
- ✓ La **atención integral** a los problemas de salud ocasionados por el consumo de drogas debe abarcar, en el Sistema Nacional de Salud, desde la prevención, asistencia y reducción de daños hasta la integración social y laboral.
- ✓ Implicación de toda la **sociedad**.
- ✓ Participación e implicación positiva de los **medios de comunicación social**.
- ✓ Papel de la **Administración** central, autonómica y local, así como de asociaciones y organizaciones no gubernamentales. La Administración local debe tener un papel relevante, al ser la más cercana a la ciudadanía.
- ✓ Abordaje de las distintas estrategias desde la **perspectiva de género**.

I.4. Situación de la salud mental

La OMS describe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad¹²⁷.

La salud mental está condicionada por múltiples factores: **biológicos** (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo), **individuales** (experiencias personales), **familiares y sociales** (contar con apoyo familiar y social), **económicos y medioambientales** (clase social y condiciones de vida).

I.4.1. Datos epidemiológicos

En España no existen datos poblacionales representativos de salud mental. No obstante, datos de frecuentación hospitalaria y determinados estudios y encuestas pueden acercarnos a identificar algunos de los problemas de salud mental más prevalentes.

Se estima que en torno al 15% de la población española podría padecer algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, aunque en la mayoría de los casos son trastornos leves y transitorios. Las enfermedades graves y crónicas se estima que afectan al 1% de la población (alrededor de 430.000 personas). De ellas, la mitad sufre un trastorno grave asociado a un grado de minusvalía tal que supone la dependencia del enfermo¹²⁸.

La Propuesta de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud¹²⁹ —Ministerio de Sanidad y Consumo (2006)— indica que en España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, **el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad, que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida** y que estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro.

El *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)*¹³⁰, realizado con una muestra representativa de la población general mayor de 18 años de seis países europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia) proporciona los siguientes resultados: **el 20% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida y el 8,4% un trastorno en los últimos 12 meses**. El trastorno mental más frecuente es el episodio de depresión mayor (3,9% de prevalencia-año y 10,5% de prevalencia-vida), seguido de la fobia específica, con una prevalencia-vida de 4,52, y la distimia, prevalencia-vida de 3,65%. Por grupos de trastornos, los de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1% frente al 4,3%), aunque esta relación se invierte al analizar la prevalencia-vida (9,3% frente a 11,4%), donde los trastornos del estado de ánimo resultan mayoritarios.

Según las últimas “Encuestas de Morbilidad Hospitalaria”, en los hospitales públicos y privados fueron **dados de alta, en el año 2006, 115.759 enfermos con el diagnóstico de “trastorno mental” y en 2005, 114.768**¹³¹.

La Tabla 25 muestra los resultados de diferentes estudios comunitarios realizados en España en las últimas décadas. **Se observa que las mujeres presentan mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica que los hombres**. Este exceso de morbilidad psiquiátrica se debe a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos entre las mujeres; en los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo de alcohol y otras drogas. Las diferencias respecto a la influencia del género en la salud mental se explicarían por la conjunción de variables constitucionales, genéticas y/o endocrinas, y socioculturales.

Se estima que la prevalencia de trastornos **mentales en los jóvenes europeos de 15-24 años está en torno al 20%. Entre el 10 y el 20% de los jóvenes españoles podrían presentar problemas de salud mental** según las puntuaciones obtenidas en el test GHQ. Las chicas urbanas de 18 años o más son el grupo de jóvenes en el que se obtienen mayores puntuaciones¹³².

La Encuesta Nacional de Salud (2006) señala que el 11,5% de los varones de 16-24 años presentan “riesgo de mala salud mental”; para este mismo grupo de edad, el “riesgo de mala salud mental” en mujeres se eleva al 22,2%: prácticamente el doble.

En la Tabla 26 se recoge, según el estudio ESEMED, la prevalencia por grupos de edad. Se observa una mayor prevalencia en el grupo 18-24 años.

Mundialmente **el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad de 15 a 19 años**. Actualmente, el suicidio entre jóvenes menores de 15 años es poco frecuente. Sin embargo, en algunos países hay un crecimiento alarmante de los suicidios entre los jóvenes menores de 15 años, así como en la franja de 15 a 19 años¹³³.

El suicidio es un problema subestimado. En algunos casos puede ser imposible determinar si algunas muertes causadas, por ejemplo, por accidentes de automóvil, ahogados, caídas y sobredosis de drogas ilegales, fueron intencionados o no. **En general, los varones adolescentes cometen suicidio más a menudo que las mujeres; sin embargo, las tasas de intentos de suicidio es dos o tres veces mayor entre las mujeres**. Las jóvenes sufren depresión más a menudo que los varones, pero también es más fácil para ellas hablar de sus problemas y solicitar ayuda. Esto probablemente ayuda a prevenir los actos suicidas con resultado fatal. Los jóvenes son, a menudo, más agresivos e impulsivos y muchas veces actúan bajo la influencia del alcohol y otras drogas, lo cual contribuye al resultado fatal de sus actos suicidas.

Aunque **España presenta una de las tasas de suicidio más bajas (8,7/100.000)**, ha sufrido junto con Irlanda uno de los incrementos más altos en las tasas de Europa y del mundo. Según últimos datos ofrecidos por el Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII, el Instituto Nacional de Estadística y la OMS, se puede observar un aumento en las tasas de suicidio desde 1975 hasta 1994 con una estabilización de las tasas en los sucesivos años; este incremento es más pronunciado entre los varones que entre las mujeres¹³⁴.

Durante **el año 2006**, se suicidaron en España 373 jóvenes de edades comprendidas entre 15-29 años; de ellos, **302 eran hombres y 71 mujeres**. En **2005** se suicidaron, en este mismo grupo de edad, **436 jóvenes**, 3.438 hombres y 93 mujeres (datos: INE).

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo. En esta población, se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas, aceptándose **un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa (AN), de 1-3% de bulimia nerviosa (BN) y de aproximadamente 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)**, según el protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995), la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000) y revisiones de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek & van Hoeken, 2003). Dichas fuentes establecen una ratio de prevalencia de TCA de uno a nueve varones respecto a mujeres¹³⁵.

En las y los jóvenes, uno de los indicadores indirectos de los trastornos no graves de salud mental es la salud percibida. La percepción que tienen de su propia salud suele ir en general muy unida al entorno familiar, al estilo de vida, al rendimiento escolar, a las relaciones sociales y a las condiciones de vida. La mala calificación de la propia salud y la percepción de síntomas coinciden con modos de vida arriesgados, especialmente el consumo de drogas, la soledad, un ambiente escolar que se percibe de forma negativa y una gran cantidad de problemas vividos en relación con el colegio o el trabajo.

En la Encuesta Nacional de Salud (2006), **el 12,71% de las y los jóvenes de 16-24 años valoran su estado de salud (salud percibida) como regular, mala y muy mala**⁴⁸.

El sondeo de opinión de la segunda encuesta **“Percepción generacional, valores y actitudes, calidad de vida y felicidad”**, del INJUVE (2006), indica que los y las jóvenes mantienen un alto nivel de satisfacción: **un 88% se declara bastante o muy satisfecho**. Esta valoración positiva de la situación de la juventud ha mejorado ligeramente respecto al año anterior. **El 12% muestra claras dosis de insatisfacción con su vida personal**; el 96% de los entrevistados/as se muestra satisfecho (mucho o

bastante) con su familia y un 94% con sus amigos/as. Le siguen en cuanto a nivel de satisfacción los aspectos relacionados con la salud (el 94%), la libertad que tienen en su casa (90%) y su aspecto físico (89%). También se mantiene constante **el número de jóvenes que valora negativamente su estado de ánimo (30%), calificándolo de estresante y nervioso.**

El estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (*Health Behaviour in School-aged Children, HBSC, 2006*)³², en el que España participa con una muestra de 21.811 adolescentes escolarizados de edades comprendidas entre los 11 y 17 años, proporciona los siguientes datos e informaciones:

Sobre violencia y maltrato entre iguales

Pelea física: en los últimos 12 meses un **14% de los adolescentes** (11-17 años) indican haber tenido dos o más peleas físicas. En el estudio anterior (año 2002) esta cifra **era del 19,5%**. La participación en peleas físicas disminuye claramente con la edad, siendo más frecuentes entre los chicos que entre las chicas en todas las edades.

Maltrato entre iguales. En los 2 últimos meses han sido maltratados⁹ en el colegio una o más **veces el 12%** de los adolescentes encuestados. En el estudio del año 2002, esta cifra era del **23,9%**. Los valores de los chicos son superiores a los de las chicas. Se observan también diferencias en función de la edad: los episodios de maltrato disminuyen con la edad.

Tirar, romper o quitar cosas: a la pregunta “¿Con qué frecuencia, en tu colegio o instituto, otros estudiantes te han tirado, roto o quitado algunas de tus cosas en los dos últimos meses?”, **un 85,1% contesta que no le ha ocurrido nunca, y un 12%, que una o más veces.**

Percepción de la salud, manifestaciones somáticas y malestar psicológico

Un **90,2%** de los y las adolescentes valora **su salud como excelente o buena**. No obstante, esta valoración disminuye con la edad. El **12,3%** se ha **sentido nervioso “casi todos los días” durante los últimos 6 meses**, siendo superior el porcentaje en las chicas (14,8%) que en los chicos (9,5%). Durante el mismo período, **el 7,2%** ha tenido dificultades para dormir **todos los días** y un 8,4% más de una vez a la semana. A la pregunta “En la última semana, ¿te has sentido triste?”, **el 41,6% responde “algunas veces”, un 6,5% “casi siempre” y un 2,2% “siempre”**. Los valores de las chicas son superiores a las de los chicos en las distintas variables estudiadas: experimentar nerviosismo, dificultad para dormir y sentimiento de tristeza.

Autoestima

El 20% de las chicas expresan sentirse frustradas con su apariencia física frente al **13,8% de los chicos**. Las chicas consideran en mayor medida que los chicos que su cuerpo es **“un poco gordo”** (34,4% y 28,4%, respectivamente). Ambos colectivos también difieren en el deseo de **“sentir más aprecio por mí mismo/a”**: el 62,6% de las chicas así lo declaran frente al 47,2% de los chicos.

Finalmente, el 84,6% de los y las adolescentes se sienten satisfechos consigo mismos, no existiendo apenas diferencia entre sexos.

El segundo “Estudio de violencia escolar: el maltrato entre iguales” realizado en los centros de educación secundaria españoles (Defensor del Pueblo, 2006), en el que se encuestó a 3.000

⁹ **Un alumno o alumna está siendo maltratado cuando otro alumno/a o un grupo de ellos/as, le dice o hace cosas hirientes o desagradables. También hay maltrato cuando se le toma el pelo repetidamente de una manera que a él o a ella no le gusta o cuando deliberadamente se le aparta del grupo. No hay maltrato cuando dos alumnos/as que tienen fuerza y poder parecido discuten o se pelean. Tampoco hay maltrato cuando la burla se hace de forma amistosa o jugando.**

estudiantes, pertenecientes a 300 centros públicos y privados (fueran estos últimos concertados o no), ubicados en las distintas comunidades autónomas, proporciona los siguientes datos e informaciones, en comparación con el estudio realizado en el año 2000:

COMPARACIÓN DE INCIDENCIA DE MALTRATO A PARTIR DE LOS PORCENTAJES DE VÍCTIMAS DE CADA TIPO DE MALTRATO EN 1999 Y 2006

	Ocurre a veces		Ocurre en muchos casos		Total	
	99	06	99	06	99	06
Me ignoran	14,2	9,5	0,9	1	15,1	10,5
No me dejan participar	9	7	1,9	1,6	10,9	8,6
Me insultan	34,4	23,2	4,7	3,9	39,1	27,1
Me ponen mote ofensivo	30,4	21,4	7,2	5,2	37,7	26,7
Hablan mal de mí	31,8	27,3	3,8	4,2	35,6	31,6
Me esconden cosas	20,2	14,2	1,8	1,8	22	16
Me rompen cosas	4,2	3	0,3	0,5	4,5	3,5
Me roban cosas	6,5	5,1	0,8	1,2	7,3	6,3
Me pegan	4,1	3,3	0,7	0,5	4,8	3,9
Me amenazan para meterme miedo	8,6	5,4	1,2	1	9,8	6,4
Me obligan con amenazas	0,8	0,5	0,1	0,2	0,8	0,6
Me amenazan con armas	0,6	0,4	0,1	0,1	0,7	0,5
Me acosan sexualmente	1,7	0,6	0,3	0,3	2	0,9

* Las celdas sombreadas expresan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Tomado del informe "Estudio de violencia escolar: el maltrato entre iguales". Defensor del Pueblo, 2006. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Respecto a la incidencia diferencial, este mismo estudio señala los siguientes aspectos:

- ✓ Las variables comunidad autónoma y tamaño de hábitat no resultan ser significativas en el estudio del maltrato entre iguales.
- ✓ La variable **género** muestra que, allí donde aparecen diferencias, éstas siempre ponen de manifiesto que **los chicos no sólo agreden más, sino que también sufren mayor número de agresiones que las chicas**. Existe una excepción en el caso de hablar mal, conducta que se da más en las chicas como agresoras, como víctimas y como testigos.
- ✓ El curso académico resulta ser una variable de suma importancia. Aparece una pauta muy consistente en el sentido de que los malos tratos son más frecuentes en los primeros cursos de la ESO.

El informe Violencia entre compañeros en la escuela (2005), realizado con una muestra de alumnos adolescentes (800) de 12-16 años, de ambos sexos, escolarizados y residentes de derecho a escala nacional, proporciona las siguientes informaciones¹³⁶:

Alumnos que han sido testigos de violencia:

- ✓ El 75% de los y las escolares (600) han sido testigos de agresiones en su centro escolar.
- ✓ Respecto al tipo de maltrato: maltrato emocional, 84,3%; maltrato físico, 76,5%; vandalismo, 17,2%; maltrato económico, 10%; abuso sexual, 1,3%.

Alumnos que han sido víctimas de agresiones:

- ✓ El 14,5% (116) de los y las escolares declara ser víctima de agresiones en su centro escolar.
- ✓ Respecto al tipo de maltrato: maltrato emocional, 82,8%; maltrato físico, 50,9%; vandalismo, 5,2%, y maltrato económico, 0,9%. Ninguna víctima declara haber sido objeto de abuso sexual.

Los lugares más habituales para llevar a cabo las agresiones son la clase (54,3%) y el patio (53,4%).

El estudio cualitativo “**Las concepciones de la salud en los jóvenes**”⁵⁰, realizado con jóvenes madrileños de entre 13 y 21 años de edad, indica que **la violencia constituye una realidad cada vez más común entre los y las jóvenes**; además, ésta no es percibida como problema sanitario, a pesar de que, a veces, puede generar importantes problemas de salud.

Por último, cabe señalar el **problema del consumo de drogas** por los importantes problemas de salud mental que está generando; entre **los admitidos a tratamiento menores de 18 años**, las admisiones **por abuso o dependencia de cannabis (59,9%)** fueron con diferencia las más numerosas, seguidas de **cocaína (19,9%) y heroína (8,15%)**.

La **cocaína (49%) fue la sustancia mencionada con mayor frecuencia** en los **episodios de urgencia, seguida del alcohol (39%)**. La edad media de las personas atendidas por episodios de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas fue de 29,8 años¹³⁷.

I.4.2. Grupos vulnerables

El impacto de los trastornos mentales no afecta uniformemente a todos los sectores de la sociedad. Los grupos y personas con circunstancias adversas y con menos recursos tienen una mayor carga de vulnerabilidad para los trastornos mentales.

I.4.3. Avances recientes en el conocimiento, tratamiento y atención de las personas con trastornos mentales

Existen tratamientos efectivos para muchos de los trastornos mentales y se conocen mejor los distintos factores de riesgo y de protección.

I.4.4. La atención en salud mental

Hay que indicar que las CC.AA. difieren en sus formas de abordar la atención psiquiátrica. En el Informe anual del Sistema Nacional de Salud (2003) se señala que las tasas de frecuentación y los sistemas de información en salud mental varían considerablemente entre regiones.

I.4.5. Aspectos señalados respecto a la atención de la población infanto-juvenil

Respecto a la atención de la población infanto-juvenil, se señalan los siguientes aspectos:

- ✓ El desarrollo de los dispositivos de atención a la población infanto-juvenil ha sido lento e irregular en todas las CC.AA.
- ✓ En casi todas las CC.AA. se denominan *unidades de salud mental infanto-juvenil*, a excepción de Castilla y León y el País Vasco, donde se llaman *equipos de psiquiatría infanto-juvenil*, y de Madrid y Navarra, donde son *programas*.
- ✓ La derivación a estas unidades es también diferente. En unas CC.AA. se puede derivar directamente desde Atención Primaria y en otras hay que hacerlo desde las unidades/centros de adultos.
- ✓ Existe mucha diversidad respecto al rango de la población atendida:
 - De 0-14 años: en Asturias y la Comunidad Valenciana.
 - De 0-15 años: en Murcia y La Rioja.
 - De 0-16 años: en Galicia, Navarra y el País Vasco.
 - De 0-17: en Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Islas Baleares, Madrid y Melilla.

II. INTERVENIR PARA MEJORAR LA SALUD

II.1. Recomendaciones Comunes

Antes de plantear las recomendaciones en los diferentes espacios de intervención para cada área específica de acción prioritaria, se ha considerado interesante extraer el factor común de aquellas estrategias que se han venido mostrando eficaces en el trabajo con jóvenes y añadir en esta nueva edición una serie de recomendaciones comunes en un plano más operativo. Se recogen a continuación aquellos instrumentos que ayudan al desarrollo de estas estrategias y que se han considerado importantes entre las acciones que se proponen a lo largo de este documento: “Ganar salud con la Juventud”.

1. *Compatibilizar diversión y salud.*
 2. *Personalizar las intervenciones.*
 3. *Participación desde la influencia de los iguales.*
 4. *Complementar las estrategias curriculares transversales con estrategias de asesorías, basadas en criterios de oportunidad.*
 5. *Trabajo intersectorial: elaborar respuestas “CON”.*
 6. *Trabajar habilidades y oportunidades, además de los conocimientos.*
 7. *Colectivos y segmentos que necesitan una atención preferente.*
 8. *Perspectiva de promoción, con prevención primaria y secundaria.*
 9. *La cuestión de género, sombras y oportunidades.*
 10. *Características básicas para la acción con jóvenes.*
 11. *Sus “espacios vitales”: familiar, educativo/laboral y de encuentro.*
 12. *La presencia: el acompañamiento cotidiano.*
 13. *La influencia de los medios de comunicación y otros soportes.*
 14. *Los espacios claves para la acción: movida, deporte y música.*
 15. *Planes compartidos de formación en técnicas de actuación con jóvenes.*
 16. *Investigación y acción participativa.*
 17. *Priorizar el nivel local de atención.*
 18. *Tener en cuenta los modelos culturales que inciden en el comportamiento de la población juvenil.*
 19. *Expectativas sociales hacia la juventud frente a apoyos reales y específicos.*
 20. *Crear servicios sanitarios adecuados para adolescentes y jóvenes.*
-
1. **Compatibilizar diversión y salud.**— Con frecuencia se estima que los “consejos saludables” están contrapuestos al disfrute y a la satisfacción, conducen con asiduidad a prohibiciones y limitan sustancialmente las posibilidades de un enfoque positivo. Esta apreciación es aún más acentuada entre jóvenes, y lleva unido un rechazo casi instintivo a todo aquello que precisa investirse de autoridad o referencia institucional administrativa. Esta situación también tiene que ver con el modo de hacer las cosas utilizado hasta ahora, con frecuencia con rasgos de cierto paternalismo y mensajes sociales contradictorios. Aunque existen conductas “no negociables”, en las reco-

mendaciones propuestas se ha tenido en cuenta este tipo de inconveniente, de forma que se presta una especial atención a compatibilizar la diversión con una mejor respuesta a los riesgos; se puede pasar bien sin necesidad de exponerse a riesgos importantes y en ocasiones decisivos para la salud. *Controlar las riendas de la diversión es un mensaje coherente con la reducción de riesgos y con la búsqueda de una respuesta compatible con la salud.*

2. **Personalizar las intervenciones.**— Como ya se ha comentado en el análisis, no existe un todo homogéneo en el colectivo de jóvenes; existen muchas maneras de ser joven y de vivir esta etapa vital dependiendo de muy diversos factores. Ante esta realidad, es necesario identificar los diferentes tipos de jóvenes y personalizar las intervenciones en busca de una mayor eficacia.

Las estrategias con jóvenes deben organizarse en función de las situaciones personales, familiares, sociales y de pertenencia al grupo. En consecuencia, cualquier ejercicio de planificación con jóvenes debe concretarse según estas realidades.

3. **Participación desde la influencia de los iguales.**— En la realización de los planes y programas es necesario incorporar desde las fases preliminares a las y los propios jóvenes, no sólo porque el resultado obtenido es cualitativamente diferente, sino también porque la ejecución de lo que se pretende se facilita de forma definitiva. Trabajar CON jóvenes es, pues, determinante; así lo recoge reiteradamente este documento desde su título. Otro aspecto esencial que atraviesa todas las recomendaciones es la “influencia de los iguales” en determinados tramos de edad, ya que experiencias del desarrollo de esta estrategia en problemas como el VIH/sida se han mostrado altamente satisfactorias a la hora de trasladar información, no sólo para proporcionar conocimientos, sino para transmitir habilidades y oportunidades en el manejo de instrumentos de prevención. La universidad constituye un yacimiento privilegiado de mediadores, sobre todo en aquellas carreras del campo de las ciencias de la salud, la educación y la comunicación.
4. **Complementar las estrategias curriculares transversales con estrategias de asesorías, basadas en criterios de oportunidad.**— Una de las cuestiones estratégicas que se incorporan en el marco de la promoción es combinar las estrategias curriculares, a lo largo de todo el proceso educativo, con estrategias de respuesta a problemas determinados, sobre todo los planteados por adolescentes y jóvenes. Se trata entonces de hacer compatibles los programas educativos que contemplan el proceso de aprendizaje adaptado a la evolución de la edad con el acercamiento de asesorías a aquellos que plantean problemas en el momento: “aquí y ahora”, en los espacios cercanos y habituales para jóvenes.

La estrategia curricular es básica y debe garantizarse a la totalidad de escolares. La nueva LOE^h está orientada a desarrollar las capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como a adquirir habilidades en el fortalecimiento de una serie de actitudes contrarias a la violencia, a los prejuicios de cualquier tipo y a los estereotipos sexistas; e igualmente, promueve el conocimiento, la comprensión, el respeto a las diferentes culturas, así como a las diferencias entre las personas, la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres y la no discriminación de personas con discapacidad.

Además, esta estrategia debe apoyarse con medidas que conviertan a los centros educativos en lugares promotores de salud. Todos los programas de promoción de la salud y prevención de

^h La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (BOE núm. 106, de 4 de mayo), establece en su artículo 23, entre otros objetivos que “la educación secundaria obligatoria contribuirá a desarrollar en los alumnos y las alumnas las capacidades que les permitan: a) Asumir responsablemente sus deberes, conocer y ejercer sus derechos en el respeto a los demás, practicar la tolerancia, la cooperación y la solidaridad entre las personas y grupos, ejercitarse en el diálogo afianzando los derechos humanos como valores comunes de una sociedad plural y prepararse para el ejercicio de la ciudadanía democrática”.

riesgos y enfermedades en la escuela tienen elementos comunes encaminados a la educación en valores y las habilidades de vida. Sobre este núcleo común deben incardinarse los aspectos específicos de cada tema, según las diferentes edades y contextos, de acuerdo con las prioridades sociales y educativas. Los planteamientos básicos de la educación para la salud en la escuela, así como las estrategias y metodologías adecuadas, han sido objeto de consenso de grupos de expertos y expertas de todos los sectores relacionados con la educación para la salud en la escuela a nivel nacional. Este cuerpo común de consenso debe desarrollarse, así como los aspectos específicos.

Un programa de salud en la escuela es la inversión más rentable de una nación, ya que mejora la salud y la educación simultáneamente (Dra. Gro Harlen. WHO. Abril de 2000). *La educación para la salud debe estar reconocida obligatoriamente en la formación básica del profesorado.*

5. **Trabajo intersectorial: elaborar respuestas “CON”.**— Casi todos los sectores coinciden ya en elaborar respuestas conjuntas para mantener el nivel de eficacia. La naturaleza de los problemas prevalentes y emergentes es cada vez más compleja y exige planes compartidos entre los distintos sectores institucionales, frecuentemente el Educativo y el de Salud, como se ha comprobado en las recomendaciones, con la participación de entidades colaboradoras directamente implicadas, como son los Institutos y Consejos de la Juventud, los de la Mujer, las corporaciones locales... Debe afirmarse que la elaboración sea también conjunta, a la vez que la ejecución pueda comprometer espacios, recursos materiales y profesionales, así como otros recursos comunitarios, y no sólo un simple reparto de funciones.
6. **Trabajar habilidades y oportunidades, además de los conocimientos.**— Hemos comentado ya en varias ocasiones lo importante que es trabajar con habilidades y oportunidades. Habitualmente se mide la eficacia de lo que hacemos por los conocimientos; pero, por ejemplo, se puede conocer perfectamente la batería de anticonceptivos y los riesgos y, en cambio, otra cuestión bien distinta es usarlos en el momento adecuado. “Del dicho al hecho va mucho trecho”, y este trecho en los jóvenes ha de recorrerse aportando habilidades para su uso oportuno. La estimación del riesgo en términos de previsión del peligro, frente a los accidentes de tráfico por ejemplo, o la percepción del cuerpo respecto a los trastornos alimentarios, tienen que ver directamente con la traducción del conocimiento y actitudes en habilidades y oportunidades.
7. **Colectivos y segmentos que necesitan una atención preferente.**— Hemos repetido que hablar de jóvenes en general es asumir imprecisiones importantes. Decimos que, aunque es un grupo globalmente sano, sí presenta incrementos en su morbilidad en determinados tramos, habitualmente según la situación socioeconómica de origen, según el género y en función de los problemas que se traten. Es necesario, pues, determinar aquellos segmentos que presentan mayores situaciones de riesgo y actuar prestándoles una atención preferente. Aunque han de considerarse prioritariamente, como en otras poblaciones, los riesgos derivados de situaciones sociales y económicas desfavorables (clase social), también hay que añadir otros itinerarios de exclusión no socioeconómica, como los excluidos del sistema educativo o laboral. No obstante, habría que tener en cuenta una matización: los jóvenes suelen compartir las situaciones de riesgo, sobre todo en aquellos espacios de aglomeraciones y fin de semana que conducen a asumir un mismo nivel de riesgo, independientemente de su currículo educativo o procedencia familiar.

Además, hay que considerar situaciones y colectivos de especial necesidad, como son los y las jóvenes que viven en zonas periféricas, aquellos procedentes de la inmigración, de otras etnias, en situaciones de dependencia...; y para todas ellas, además, el hecho de ser mujer.

8. **Perspectiva de promoción, con prevención primaria y secundaria.**— Se ha venido concretando a nivel estratégico una perspectiva de promoción que ha subrayado el aspecto positivo de

compatibilizar diversión y salud, y que pone una especial atención en asegurar la participación de los y las jóvenes y respetar su nivel de decisión. A la vez se ha pretendido que esta decisión se base en una buena información/formación que combine conocimientos y habilidades, información curricular y asesorías juveniles; en definitiva, posibilitar al colectivo joven una elección de la conducta más favorable para la salud, sin que ello suponga una renuncia a las condiciones que, como jóvenes, les son propias. Es lo que hemos venido denominando “mejorar la respuesta a los riesgos”, en la certeza de que controlar los factores que inciden en la propia salud es el objetivo central de la Promoción.

A la vez, se vienen proponiendo las estrategias de prevención primaria, en cuanto a dar la información y los instrumentos necesarios para evitar que los hechos indeseados ocurran, en espacios muy cercanos a los y las jóvenes. Y por último, comienzan a proponerse estrategias de intervención en aquellos grupos de chicos y chicas que ya están iniciando un “juego peligroso” con determinadas hábitos y problemas de salud; la intervención en estos momentos es especialmente eficaz, menos complicada y costosa si la comparamos con los síndromes ya instaurados. Antes hablábamos en estos casos de iniciar la prevención secundaria; ahora hablamos de ella para reforzarla y plantearla en cualquier ejercicio de planificación.

9. **La cuestión de género, sombras y oportunidades.**— Procediendo de las diferencias biológicas, a los chicos y a las chicas les son dados diferentes contextos para la acción social, lo que determina la percepción individual, la manera como se trata al propio cuerpo y el desarrollo de la personalidad. La perspectiva de género ofrece una oportunidad para que nuestras acciones sean mucho más efectivas. El género ha sido uno de los aspectos más significativos para la salud y también hay consideraciones específicas de género en el trabajo con jóvenes. Asumiendo que ha sido la herencia del modelo patriarcal la que ha venido configurando las actitudes en la etapa actual, también en jóvenes, con una notable desventaja para las mujeres, el avance en la evolución histórica de la mujer (movimiento feminista) en las últimas décadas está provocando un replanteamiento general radical en el posicionamiento de los géneros, las relaciones de igualdad y los proyectos de familia y descendencia. Estos avances afectan directamente al trabajo con jóvenes, por lo que es necesario actualizar y consensuar un discurso que analice los claroscuros de estas diferencias y permita buscar la igualdad de oportunidades para proyectar, en un marco favorable para la salud de ambos géneros, una relación corresponsable de igual a igual, donde nos sirvamos de la diversidad para ser más efectivos a fin de dar respuesta a los problemas de salud a estas edades.

Hemos comprobado cómo el análisis epidemiológico, en términos de mortalidad, impacta desfavorablemente en los jóvenes varones, y como los problemas derivados de las relaciones heterosexuales siguen impactando con diferencia en las chicas. Las actitudes en general se difuminan frente a los riesgos, habiendo chicas que utilizan la asertividad frente a otras que prefieren reproducir roles, y por lo tanto situaciones de riesgo, tradicionalmente masculinas. Por otro lado, es mucho el camino que queda por recorrer para alcanzar unas relaciones corresponsables y seguras, la introducción de temas como la píldora poscoital han servido de “coartada” para delegar toda la responsabilidad de nuevo en las chicas; la mediación del alcohol en las relaciones reproduce con frecuencia los modelos machistas, aunque sean protagonizados por las chicas; también la percepción de un “cuerpo deseable por el otro” es una meta de especial trascendencia en las chicas, hoy también en los chicos, que, sumada a aspectos más esenciales de salud mental y a otros factores del entorno familiar y social, puede conducir a trastornos más o menos importantes de la alimentación.

En definitiva, en el trabajo con jóvenes es necesario tener un enfoque de género (de ambos géneros: definidos en la diversidad, el trato igualitario y la corresponsabilidad). Esta fórmula es un ins-

trumento transversal, estratégico e imprescindible para minimizar los riesgos y aprovechar además aquellas condiciones favorables de cada uno de los géneros, para construir un mensaje igualitario de promoción.

- 10. Características básicas para la acción con jóvenes.**— En este apartado destacamos tres características importantes a tener en cuenta en el trabajo con jóvenes: la falta de inmediatez entre causa y efecto de ciertas acciones en la salud, la proximidad entre “lo quiero” y “lo hago” (planeamiento y acción) y, siempre, la fuerza del presente.

La falta de inmediatez supone una dificultad inicial en el trabajo con jóvenes, a la hora de valorar los efectos y consecuencias diferidas de sus acciones, como ocurre con los “embarazos no deseados”, o con el VIH/sida. Casi todos los estudios convergen en la idea de que, si las consecuencias fueran inmediatas a las prácticas de riesgo, se facilitaría la prevención. Entre estos grupos de edad está muy extendida la creencia de la invulnerabilidad: “A mí no me va a suceder...”, “No es posible que me toque a mí...”, “Ya veremos, si ocurre...”. Incorporar la necesidad de prever consecuencias a medio plazo encierra una dificultad añadida que hay que tener presente en el trabajo con jóvenes.

La proximidad entre “lo quiero” y “lo hago” para la juventud exige que la planificación y la acción que propongamos estén lo más cerca posible. La falta de credibilidad es alta ante “discursos redondos”, más o menos teóricos y extremadamente coherentes, aunque poco operativos. Por otro lado, existe una ansiedad por las soluciones inmediatas y su capacidad para diferir o temporizar las soluciones es muy escasa. Se impone la “fuerza del presente”, las acciones de los jóvenes se orientan hacia tiempos inmediatos y lugares conocidos e identificables y desemboca, para algunos analistas, en la fuerza simbólica de la noche. Todo ello conlleva un debilitamiento del futuro que, cuando aparece, no lo hace en forma de proyecto, sino unido a la inquietud y la incertidumbre.

Pero el presente también ofrece oportunidades a tener en cuenta para la actuación con los jóvenes: la apuesta por el realismo facilita abordar materias cercanas y cotidianas. *Hay interés por lo próximo, por aspectos del cada día que también son relevantes... Hay que enganchar con lo cercano, hoy.*

- 11. Sus “espacios vitales”: familiar, educativo/laboral y de encuentro.**— Las recomendaciones específicas se han ido concretando para los espacios donde los jóvenes suelen encontrarse. Hay que tener en cuenta que muchos de los mensajes pueden ser distintos y en ocasiones contradictorios. Con frecuencia no tiene mucho que ver lo que se diga en el ámbito educativo y lo que se plantee a nivel familiar, sobre sexualidad o violencia por ejemplo; o lo que se debata en el grupo sobre el alcohol o quedarse embarazada, y lo que se plantea en el aula o con la familia sobre el mismo tema. La permeabilidad entre estos ambientes es baja; aunque pueda incrementarse en el marco de la comunidad escolar, por ejemplo, es difícil contrastar y homogeneizar los mensajes. La familia sigue siendo el punto de referencia más importante para centrar las acciones, aunque la influencia de los iguales se está convirtiendo en un instrumento muy eficaz. En el momento actual, para facilitar la permeabilidad entre estos espacios y apoyar el papel central de las familias debe darse asesoramiento e información a los padres y madres a lo largo de todo el desarrollo evolutivo de sus hijos e hijas. Debe crearse un permiso laboral del mismo rango que el de atención sanitaria para facilitar el contacto entre el sistema educativo y las familias y para significar la importancia social de esta comunicación.

- 12. La presencia: el acompañamiento cotidiano.**— Si queremos responder a la juventud teniendo en cuenta sus espacios vitales, es necesaria la presencia activa de la familia (madres y padres) y buscar momentos de encuentro y de asesoramiento también con los educadores para los problemas específicos en la vida cotidiana. *Para educar hay que ESTAR, vivir y convivir.*

El valor de los hechos y la fuerza de lo cotidiano es lo que le da un alto valor de eficacia.

- 13. La influencia de los medios de comunicación y otros soportes.**— Ya está asumida la gran influencia que tienen los medios de comunicación sobre las conductas, de tal manera que éstos consiguen homogeneizar muchos de los comportamientos juveniles.

Esto plantea tres niveles de actuación: capacitar a este colectivo para que pueda discriminar la información que le llega; utilizar estas técnicas de comunicación para difundir y con ello alcanzar el mismo nivel de impacto incorporando mensajes favorables a la salud; y fomentar, con los grandes medios, las alianzas frente a los riesgos, en función de su responsabilidad social.

- 14. Los espacios claves para la acción: movida, deporte y música.**— Es interesante señalar que las intervenciones con jóvenes de carácter colectivo y a modo de campañas conviene que se realicen considerando que la juventud se comporta de forma más selectiva frente a los medios tradicionales, de modo que elige cuidadosamente programas y sintonías, además de utilizar con alta frecuencia otros medios menos comunes al resto de la población, como son el cine, Internet y la telefonía móvil. Además, muchas veces resulta más efectivo, y sustancialmente más barato, canalizar la información a través de los eventos que suelen frecuentar jóvenes, como son los espectáculos musicales, deportivos y la movida juvenil. Así pues, las campañas y todo tipo de intervenciones informativas en jóvenes han de plantearse teniendo en cuenta estas especificaciones. Internet es un medio muy adaptado a la gente joven, pero hay que tener en cuenta que no todos ellos y ellas tienen acceso a las nuevas tecnologías.

- 15. Planes compartidos de formación en técnicas de actuación con jóvenes.**— La formación constituye la plataforma básica para prestar una atención efectiva y capaz de conectar con los y las jóvenes. La relación de los y las profesionales de la salud con adolescentes y jóvenes quizás sea una de las cuestiones pendientes y susceptibles de una mejora sustancial, que tarde o temprano es preciso acometer. El conocimiento de las estrategias descritas, el uso de los instrumentos necesarios que hemos ido enumerando y, finalmente, la capacidad de intervenir en espacios no habituales y compartir la tarea con otros profesionales (psicólogos, pedagogos, educadores...) en aspectos como la planificación de las respuestas a dar crea una incertidumbre que sólo se contrarresta con una formación reglada, muy en conexión con el trabajo a realizar.

Es cierto que muchos y muchas profesionales de la salud ya están asumiendo en la práctica estos roles, debido a que han sido las prioridades de la atención en su entorno las que les han llevado a incorporar estos retos, de forma más o menos autodidacta; pero es precisamente gracias a ellos, y a profesionales directamente implicados en el trabajo con jóvenes, a los que se debe el que hoy se pueda concretar un *Plan de Formación Inicial en instrumentos y estrategias de prevención y promoción ante los problemas de salud de jóvenes y adolescentes*.

En suma, capacitarse es más que tener conocimiento; es necesario explorar y adquirir técnicas que incorporen habilidades y actitudes que nos hagan competentes para el trabajo con jóvenes.

- 16. Investigación y acción participativa.**— Plantear la apertura de una cartera de investigación constituye el siguiente paso, directamente relacionado con el desarrollo del documento propuesto.

Como en otros campos, pero especialmente en jóvenes, la investigación aplicada —lo que significa acción y reflexión— es de vital importancia, ya que, ante cambios generacionales y sociales, tan rápidos, que afectan al lenguaje, la conducta, los valores, las expectativas..., se requiere una constante actualización sobre las propias acciones, capaz de generar una planificación y evaluación continua, basada en la experiencia del propio trabajo y en contraste permanente con lo que otros realizan.

17. Priorizar el nivel local de atención.— Por último, es necesario destacar desde el punto de vista estratégico, como se ha evidenciado a lo largo de todas las recomendaciones para la acción, la importancia del nivel local como actor principal de las intervenciones. Si se ha puesto de manifiesto la necesidad de un nivel central de planificación (“permitir hacer”), incluso con referencia institucional que compare, transfiera e integre las acciones, y si se ha señalado la necesidad de un seguimiento y apoyo en términos de formación e investigación a un nivel intermedio (“facilitar hacer”), es porque existe un nivel que lleva las acciones a cabo: el local (“hacer”). Todas las estrategias convergen en esta realidad, desde el trabajo intersectorial, la participación, la influencia de los iguales... hasta los espacios de acción y la comunicación del problema; serán realidad si son asumidas y desarrolladas por el nivel local de intervención. No es extraño, en consecuencia, que se priorice este nivel en cuanto a asignación de recursos y apoyos de formación e investigación. Hemos de considerar que el hecho de constatarlo aquí, como una estrategia transversal más, es porque a menudo no suele ocurrir así: se diseñan campañas e intervenciones a niveles generales, que no tienen el suficiente sentido y aprovechamiento si no se ha tenido en cuenta la conexión con el nivel local, que es donde se suele obtener la máxima rentabilidad en términos de promoción de la salud.

18. Tener en cuenta los modelos culturales que inciden en el comportamiento de la población juvenil.— Muchas de las estrategias anteriores son consecuencia del análisis de modelos culturales que explican determinadas variantes en las conductas de las y los jóvenes y su expresión diferenciada y simbólica (sobre la comida, la bebida, el consumo, los vestidos, la sexualidad, los gustos, etc.).

Estas claves sociológicas, antropológicas y psicológicas son importantes a la hora de elaborar las respuestas de intervención. Las respuestas estratégicas han de tener en cuenta la existencia de “culturas sectoriales”, de grupos y colectivos de configuración inestable, no estática, con percepciones y comportamientos diferenciados. Estas situaciones cambiantes explican en gran medida las distintas valoraciones que cada grupo hace, de forma que lo habitual es que coexistan en un mismo espacio “realidades múltiples”, que hay que tener en cuenta en la intervención.

Esta estrategia es especialmente relevante en el ámbito de los medios de comunicación y, específicamente, en la publicidad, que, si bien hace un uso discutible para obtener objetivos de consumo, hemos de tenerla presente como oportunidad para reforzar las respuestas positivas que ya existen: la fuerza de la noche y del presente, la preocupación por el cuidado del cuerpo, la asertividad de las adolescentes, la solidaridad de grupo o el voluntariado, la aceptación de la diversidad cultural, etc., elementos de valor que presentan opciones para la prevención y la promoción de la salud.

19. Expectativas sociales hacia la juventud frente a apoyos reales y específicos.— Una percepción realista, confiada y colaboradora podría aumentar el capital social, la confianza y la solidaridad intergeneracional. Para apoyar este proceso, las distintas Administraciones deberíamos potenciar la investigación sobre las necesidades y expectativas de la juventud. En concreto, las Administraciones sanitarias deberíamos investigar periódicamente la idea de salud de los y las jóvenes, sus necesidades, y ofrecer apoyo a lo largo del proceso de construir unos estilos de vida saludable y facilitar servicios de salud accesibles y adecuados. También los servicios de salud y las personas adultas, en especial las de referencia, deberían tener presente las características de esta etapa, y albergar expectativas más ajustadas y positivas sobre “las juventudes”, reconociendo sus avances y contribuciones a la sociedad.

Los límites de edad como criterio en la provisión de servicios, la no discriminación entre los distintos ambientes de vida y trabajo o estudio de la gente joven, podrían estar causando una auténtica discriminación hacia los y las jóvenes con menos oportunidades o expuestos a condiciones socioeconómicas muy desfavorables.

20. **Crear servicios sanitarios adaptados a las necesidades de jóvenes y adolescentes**ⁱ.—

Es una realidad de nuestro sistema sanitario que sus servicios están lejos de adaptarse adecuadamente a las características tan peculiares que definen la época de la preadolescencia, adolescencia y juventud; esto es, no cumplen con algunos requisitos que para esta población resultan determinantes a la hora de ser utilizados.

Nuestra población adolescente y joven acude en escasa proporción a los servicios sanitarios, lo que podría pensarse lógico, dadas las relativas bajas tasas de morbilidad que presenta. Pero resulta que no está exenta de padecer problemas, susceptibles de ser abordados desde los servicios de salud. Recientes estudios europeos^{32,6} ponen de manifiesto que la salud de nuestros/as adolescentes y jóvenes se ve amenazada por diferentes factores de riesgo que se asocian a las infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente el VIH, los desórdenes en el campo de la salud mental, con las depresiones y el suicidio a la cabeza, y los malos hábitos en relación con la alimentación, con un incremento del sobrepeso y la obesidad, por citar sólo los más relevantes.

Como ya se dijo al principio de este documento, la población joven no identifica al sistema sanitario ni a las médicas y los médicos como interlocutores para asuntos relacionados con la prevención⁷⁵ y muchos/as jóvenes tienen serios reparos para revelar sus comportamientos de riesgo.

Para hacer frente a esta situación, se hace necesario reformar nuestros centros de salud, especialmente los de atención primaria, en la dirección que marca la OMS⁸¹. Hay que crear centros/servicios que sean atractivos para la población joven, que estén adaptados a sus necesidades, en donde los chicos y las chicas que acudan se sientan escuchados/as y respetados/as, y no se les hagan juicios morales de sus conductas, en donde no encuentren trabas burocráticas y existan garantías “visibles” del respeto a la privacidad e intimidad, la confidencialidad y el anonimato. En donde prevalezca el principio de autonomía del paciente y exista la presunción de madurez y capacidad para la toma de decisiones en las y los menores de edad y que, por tanto, sólo se exija el consentimiento paterno/materno en los casos en que no se dé la condición de “menor capaz o maduro”. Que sean centros atendidos por profesionales con un perfil adecuado, con formación y experiencia profesional en trabajo con jóvenes y en promoción de la salud, que tengan incorporada la perspectiva de género en su quehacer profesional y a quienes les guste trabajar con población adolescente y joven. Centros en los que existan cauces que permitan la participación y la implicación de las y los jóvenes en la organización y desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud.

ⁱ Traducción habitual de la OMS para el término “adolescent/youth-friendly health services” de la literatura anglosajona.

Visto este análisis estratégico, se recomiendan actuaciones más operativas:

ESTRATEGIAS	RECOMENDACIONES OPERATIVAS
1. <i>Compatibilizar diversión y salud</i>	Tomar las riendas de la diversión
2. <i>Personalizar las intervenciones</i>	Tener en cuenta las condiciones individuales
3. <i>Participación desde la influencia de los iguales</i>	Con ellos y ellas y no para ellos y ellas
4. <i>Estrategias curriculares transversales y criterios de oportunidad</i>	Partir del problema para aprovechar la oportunidad
5. <i>Trabajo intersectorial: elaborar respuestas "CON".</i>	Compartir espacios y recursos
6. <i>Habilidades y oportunidades, además de los conocimientos</i>	Competencia y capacitación
7. <i>Colectivos y segmentos que necesitan una atención preferente</i>	Atención preferente a situaciones especiales
8. <i>Perspectiva de promoción, con prevención 1.^a y 2.^a</i>	Atención integral
9. <i>La cuestión de género, sombras y oportunidades</i>	Pertinencia de enfoque de género
10. <i>Características básicas para la acción con jóvenes</i>	En los ámbitos donde están los y las jóvenes
11. <i>Sus "espacios vitales": familiar, educativo/laboral y de encuentro</i>	Conexión entre los espacios
12. <i>La presencia: el acompañamiento cotidiano</i>	Hay que estar con ellos y ellas
13. <i>La influencia de los medios de comunicación y otros soportes</i>	Alianza y discriminación con los "medios"
14. <i>Los espacios claves para la acción: movida, deporte y música</i>	Estar donde están
15. <i>Planes compartidos de formación</i>	Formación cruzada
16. <i>Investigación y acción participativa</i>	Acción - reflexión - acción
17. <i>Priorizar el nivel local de atención</i>	En lo cotidiano
18. <i>Modelos culturales y comportamiento</i>	Tener en cuenta el grupo de pertenencia (familia, grupo, clase...)
19. <i>Modificar las expectativas y brindar apoyo real y específico</i>	Potenciar investigación en necesidades y servicios. Flexibilizar intervenciones etarias y en los distintos entornos
20. <i>Crear servicios sanitarios adaptados a las necesidades de jóvenes y adolescentes</i>	Adaptar la atención primaria a las características de la población adolescente y joven

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Las recomendaciones propuestas se han estructurado en *tres áreas* de acción, para facilitar la integración de las distintas partes y la lectura del documento. Estas áreas son recomendaciones: Salud Pública, Educativas (las recomendaciones en medio escolar son tratadas en el apartado común previo, salvo aspectos muy específicos) y de Atención Sanitaria. Dada la especificidad de cada materia, no ha resultado posible encontrar una estructura común más detallada, aunque sí coinciden los espacios de intervención y ciertas estrategias. Intencionalmente las recomendaciones tienen un grado limitado de concreción, con objeto de posibilitar un amplio margen de decisión a los diferentes ámbitos de responsabilidad, fundamentalmente autonómicos y locales.

II.2. Recomendaciones para la salud sexual y reproductiva

II.2.1. Salud Pública

Medidas informativas

Los chicos y chicas jóvenes necesitan recibir información de calidad sobre sexualidad, procedente de informadores cualificados y con responsabilidades educativas para con ellos y ellas, especialmente de los padres y madres, y del personal sanitario y docente, con un enfoque global y de género. Además, para que resulte eficaz:

la información sobre sexualidad debe incorporar más dimensiones que la puramente biológica; en concreto, debe contar con las aproximaciones que los chicos y las chicas jóvenes hacen al mundo de las relaciones afectivas y sexuales.

Como soportes, hay que:

potenciar la utilización de las nuevas tecnologías: mensajes SMS, Internet, etc.

editar materiales didácticos, tanto para el medio escolar como para fuera de él (padres, madres y población general), con un enfoque integral y holístico de la salud sexual,

teniéndose en cuenta la edad y las características socioculturales de adolescentes y jóvenes, con perspectiva de género, que contribuyan a mantenerles informados sobre:

- Sexualidad.
- Prevención de infecciones/enfermedades de transmisión sexual.
- Prevención del VIH.
- Anticoncepción.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Agresiones y abuso sexual.
- Dispositivos de atención sanitaria y comunitaria para jóvenes.

En cada comunidad autónoma debería valorarse la existencia de:

Un teléfono y/o correo electrónico de información y asesoramiento accesible para jóvenes, sobre salud sexual y salud reproductiva, gratuito, específico o integrado en otros servicios de atención a los jóvenes, atendido por personal experto en este campo.

Una página web institucional

que permita el acceso juvenil a información relevante, contrastada científicamente, sobre la sexualidad. Asimismo, sería deseable que esta página incluyera, también, información actualizada dirigida a profesionales sanitarios y de la educación.

La información básica sobre anticonceptivos debe incluir la anticoncepción de emergencia como medida excepcional.

Accesibilidad a la anticoncepción

Es necesario:

Promocionar el uso del preservativo masculino y femenino entre los jóvenes.

Promocionar su venta a bajo precio y en estuches de una, dos o tres unidades, en oficinas de farmacia, parafarmacias, grandes superficies y a través de máquinas expendedoras en lugares habituales de ocio juvenil.

Este proceso debería estar bajo el control de cada comunidad autónoma (preferentemente a través de las consejerías de sanidad). También podrían valorarse medidas de reducción del IVA a este tipo de productos.

Incluir la anticoncepción hormonal, en sus diversas modalidades, dentro de la lista de medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud.

Facilitar el acceso efectivo a la anticoncepción de emergencia.

Realizar la dispensación de la anticoncepción de emergencia como tratamiento directamente observado.

Promoviendo la implicación de los servicios de urgencia, sobre todo en el nivel primario.

Dado que existe evidencia de la existencia de serias dificultades entre las mujeres inmigrantes para acceder a métodos anticonceptivos adecuados y a los servicios de salud sexual y reproductiva, se hace necesario

mejorar la información sobre los métodos anticonceptivos y los recursos de atención y asesoramiento en salud sexual y reproductiva entre los diferentes colectivos de mujeres jóvenes inmigrantes.

Lo que significa la edición y distribución de materiales divulgativos sobre anticoncepción y sexualidad especialmente pensados para los diferentes grupos de hombres y mujeres jóvenes inmigrantes, que contemple la perspectiva de género.

Atención a las IVE

Dada la creciente importancia demográfica que está teniendo en nuestro país la población inmigrante y su impacto en determinados comportamientos sexuales y de utilización de servicios, para conocer mejor la situación real con relación a las IVE y poder orientar adecuadamente las actividades preventivas, se considera necesario

tener en cuenta y estudiar la información aportada por la variable "país de origen" de los boletines de notificación de las IVE.

Se valora como muy importante que las y los profesionales sanitarios que trabajan desde los diferentes servicios que conforman el SNS y que atienden a mujeres con antecedentes de una o más IVE

lleven a cabo actividades de educación para la salud, en sus diferentes modalidades (consejo breve, consulta individual programada), encaminadas a evitar IVE de repetición.

Además, se hace necesario introducir modificaciones legales, en ningún caso restrictivas, destinadas a:

- Realizar las IVE en las primeras semanas de la gestación.
- Disminuir la inseguridad jurídica de los profesionales que realizan este tipo de intervenciones.

Dado el escaso porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos, se considera importante

poner en marcha las medidas oportunas encaminadas a aumentar significativamente el porcentaje de IVE practicadas en centros de titularidad pública.

Atención a grupos específicos

Por su mayor vulnerabilidad y por encontrarse en situación de mayor riesgo de exclusión social, todos los jóvenes económica o socioculturalmente desfavorecidos^j pueden considerarse población diana.

Cada comunidad autónoma debería establecer un plan de intervención en colectivos de jóvenes económica o socioculturalmente desfavorecidos.

Uno de los objetivos de dicho plan debe ser la promoción de la salud sexual y la prevención de embarazos no deseados, infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual. El colectivo de mujeres que han sufrido ya una interrupción voluntaria del embarazo debería ser objeto de una atención especial. Dicho plan debe contemplar, entre otros aspectos, la subvención de proyectos a ONG y asociaciones sin ánimo de lucro, cercanas al mundo juvenil o a esos colectivos. Sería asimismo deseable que cada comunidad autónoma apoyara (mediante subvenciones, asesorías técnicas, etc.) aquellos proyectos de prevención de embarazos no deseados, infección por VIH y otras ITS en adolescentes y jóvenes desfavorecidos, llevados a cabo por corporaciones locales que no tengan suficientes medios y que se consideren de especial interés para la salud pública. El establecimiento de **subvenciones** requiere el seguimiento técnico del desarrollo y evaluación de los proyectos y, a veces, asesoramiento y formación, lo que debe ser tenido en cuenta por cada comunidad autónoma.

Medidas de vigilancia epidemiológica

A fin de disponer de información que contribuya a planificar y poner en marcha las actuaciones necesarias para hacer frente a la epidemia del VIH/sida, se recomienda

implantar un sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por VIH en todo el territorio nacional.

Según datos europeos, la infección por *Chlamydia* es la ITS más común entre jóvenes de 15 a 24 años, especialmente mujeres¹³⁸. Por ello se recomienda

incluir la infección por *Chlamydia* en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

^j Se considera colectivos económica o socioculturalmente desfavorecidos aquellos que no gozan de los mismos derechos u oportunidades que el resto de la ciudadanía en razón de circunstancias sociales, abuso de drogas, orientación sexual, pobreza, estilo de vida o pertenencia a ciertos grupos étnicos o religiosos.

Al no disponer en la vigilancia epidemiológica de las ITS de información individual sobre los casos, no es posible identificar a los subgrupos de población más afectados, por lo que se recomienda:

Mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica de ITS, incluyendo un conjunto de variables mínimas, como sexo y edad, que sirvan para poder caracterizar a la población.

Otras medidas

Siguiendo lo dispuesto en la Resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en ésta (2001/2128(INI)), las Administraciones públicas deben hacer un esfuerzo por:

Defender los derechos de los y las jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva, en todos los ámbitos sociales.

Fomentar las investigaciones en el campo de la salud sexual y reproductiva.

II.2.2. Educativas

Cuestiones específicas en la enseñanza obligatoria y postobligatoria

Para lograr el mayor compromiso de los centros educativos con la educación sexual,

se recomienda que la educación sexual esté integrada en el proyecto educativo de cada centro, a lo largo de todas las etapas de la educación obligatoria.

Los contenidos y la metodología de los programas marco de educación para la salud sexual y la salud reproductiva en los centros educativos

deben incorporar y potenciar la perspectiva de género, y adaptarse a la edad, nivel de instrucción y características socioculturales del alumnado.

Asimismo, deben buscar la participación de las y los propios jóvenes y en su desarrollo curricular, abordar como mínimo, en el momento adecuado y según las distintas etapas evolutivas, los siguientes temas:

- I. Desarrollo sexual y de la sexualidad.
- II. Identidad y deseo sexual.
- III. La diversidad de los comportamientos sexuales.
- IV. Respeto a uno mismo y a los demás en la satisfacción del deseo, con el fin de evitar imposiciones, abusos o agresiones.
- V. Desarrollo de la autoestima y fomento de la autonomía y la capacidad para la toma de decisiones.
- VI. Fecundidad y métodos anticonceptivos.
- VII. Contenidos claros sobre los riesgos de la práctica afectivo-sexual y su prevención, adaptados a la edad y a la experiencia afectivo-sexual previa, para posibilitar una opción saludable y personalizada.
- VIII. La percepción de riesgos y sus condicionantes. Potenciación de los factores de protección.
- IX. Medidas de prevención y protección frente al VIH y el resto de ITS.
- X. Las influencias sociales y de los medios de comunicación sobre la conducta afectivo-sexual.
- XI. El acceso a programas y servicios preventivos.

- XII. La enseñanza de habilidades para una efectiva comunicación y negociación sexual, asertividad para plantear a la pareja el uso de medidas de prevención frente a embarazos no deseados/no planificados y frente al VIH y al resto de ITS.

La enseñanza de estos contenidos debería hacerse desde las experiencias, vivencias y modelos cognitivos del alumnado, por lo que se recomienda:

Fomentar el aprendizaje significativo, buscando en todo momento la implicación y el protagonismo del alumnado.

En la educación afectivo-sexual hay que reforzar los aspectos positivos de la sexualidad y los menos biologicistas, resaltando la riqueza de contenidos que tiene y su vertiente placentera.

Debido a que el estudio de cuestiones básicas acerca de la sexualidad humana ha estado generalmente ausente en los programas de formación de los profesionales de la educación y de otras especialidades,

es necesaria la formación permanente del profesorado en el ámbito de la educación afectivo-sexual.

Enseñanza universitaria

Desde las instituciones educativas deben fomentarse actividades relacionadas con la sexualidad, la prevención de infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados, a ser posible con el apoyo de las asociaciones de alumnos.

Educación no formal. Potenciación de la educación entre iguales

Fomentar la participación de los y las jóvenes favorecerá el éxito de las intervenciones dirigidas a mejorar los conocimientos, modificar las actitudes y entrenar en la adquisición de habilidades personales para el desarrollo de conductas sexuales saludables y la toma de decisiones. Capacitando a estudiantes voluntarios como agentes de promoción de la salud y convirtiéndose en referentes respecto a sus iguales, acercarán a otros y otras jóvenes la información sobre sexualidad de manera atractiva, desde la reflexión, el debate y la participación. De esta forma, las y los propios jóvenes se sentirán más comprometidos, involucrados y estimulados, y asumirán un sentido de responsabilidad más duradero. Por ello deberían potenciarse proyectos y programas de educación sexual entre iguales^k.

Para llevar a cabo esta estrategia, se requiere **personal** debidamente **formado**. Por lo que

se recomienda un plan de formación, en educación sexual, de mediadores/as juveniles, educadores/as de calle, animadores/as socioculturales, etc.

Para la educación entre iguales fuera del medio escolar es básico el trabajo conjunto entre la Administración (autonómica y local) y las organizaciones y asociaciones juveniles. Sería conveniente, por tanto,

establecer convenios de colaboración u otros acuerdos entre las distintas Administraciones públicas (comunidad autónoma, ayuntamientos) y las ONG juveniles y/o el Consejo de la Juventud correspondiente, para el desarrollo de la educación entre iguales.

^k Educación entre iguales (peer education) se refiere a la educación de unas personas por otras que pertenecen al mismo grupo social basado en edad, rango o posición social.

Medio familiar

Apoyo a padres y madres para facilitar un diálogo familiar abierto sobre sexualidad.

Potenciar la información/asesoramiento/educación a los padres y madres tendentes a estimular el diálogo y la comunicación con sus hijos e hijas sobre sexualidad.

El trabajo conjunto entre Salud y Educación con las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS) puede ser una de las vías que ayuden a lograr este objetivo.

Como instrumentos que faciliten la labor de padres y madres, se propone:

- Elaboración de guías con recomendaciones y pautas de actuación.
- Creación de un sitio web y/o un teléfono de información para madres y padres.
- Realización de campañas informativas, de sensibilización.
- Promover la formación de padres y madres sobre el desarrollo sexual de los y las jóvenes.

Asimismo se recomienda que los proyectos educativos que se promuevan desde los centros escolares o desde los centros de atención primaria contemplen la participación activa de la familia.

Colaboración entre los sistemas educativo y sanitario

Con el fin de consolidar la necesaria colaboración entre los sistemas sanitario y educativo para la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en un amplio marco de educación y promoción de la salud, sería necesario que en cada comunidad autónoma

existiera una “Comisión de Coordinación” interinstitucional entre las consejerías de educación y sanidad, con la posible inclusión de las consejerías/departamentos de juventud y mujer.

Dicha comisión, u órgano equivalente, debería

potenciar el trabajo conjunto entre los centros educativos (educación infantil, primaria y secundaria) y los diferentes dispositivos asistenciales y de salud pública que integran el sistema sanitario.

En este marco de colaboración, habría que favorecer y estimular

el trabajo conjunto entre los centros educativos y los equipos de atención primaria.

Sería deseable que esta colaboración se enmarcara en el modelo de las Escuelas Promotoras de Salud.

II.2.3. Atención sanitaria

Debe mejorarse la atención sanitaria a adolescentes y jóvenes, adecuando los servicios y dispositivos sanitarios a sus especiales características y necesidades, cercanos a sus espacios vitales.

Se recomienda:

- Incluir la atención a la sexualidad en la atención integral de la persona adolescente/joven.
- Potenciar el servicio de atención a la persona adolescente/joven, de la cartera de servicios de atención primaria, habilitando espacios y procesos administrativos adecuados a esta población.

- Crear dispositivos de atención específicos para la atención integral de la persona adolescente/joven, integrados en la red asistencial de atención primaria, en donde prime la promoción de la salud y la prevención de situaciones y factores de riesgo.
- Salir de los servicios sanitarios a sus propios espacios.
- Incluir la anticoncepción hormonal en la financiación del sistema sanitario público.

Ámbitos, todos ellos, donde se les proporcione:

- Asesoría sexual.
- Anticoncepción regular.
- Anticoncepción de emergencia.
- Atención a las agresiones y abusos sexuales.
- Asesoría y derivación en relación con la IVE.
- Asesoría sobre VIH y otras ITS.
- Promoción de la prueba de detección del VIH.

Ha de preservarse en todo momento la intimidad y la confidencialidad

y garantizar la atención a menores de edad, de acuerdo con sus derechos contemplados por las leyes vigentes. Para ello:

No ha de exigirse como requisito previo para la atención sanitaria el consentimiento paterno/materno.

Ha de mejorarse la accesibilidad a estos dispositivos asistenciales en lo referente a:

- Horario: que contemple las tardes y fines de semana.
- Personal: el equipo de profesionales deberá ser multidisciplinar y tendrá que estar formado, entrenado y sensibilizado para la atención a jóvenes.
- Donde se asegure la intimidad, la confidencialidad y, en su caso, el anonimato de los y las jóvenes y se adecuen a sus preferencias y necesidades, favoreciendo un clima de confianza.
- Proximidad geográfica: asegurar una red mínima de dispositivos asistenciales.
- Situaciones de urgencia: atención efectiva en tiempo y forma ante situaciones tales como maltrato y abuso sexual, y necesidad de anticoncepción de emergencia.

Sería deseable la integración y coordinación desde las consejerías de sanidad, de los diferentes dispositivos autonómicos y municipales para la atención sanitaria a jóvenes.

Deben crearse sólidos vínculos entre los recursos de atención sanitaria para jóvenes y adolescentes y los servicios culturales y educativos.

Hay que crear cauces de participación de los y las jóvenes en la organización de los dispositivos específicos que existan o se creen para su atención.

Sería asimismo deseable la inclusión, en los protocolos de atención primaria a adolescentes y jóvenes, de procedimientos tendentes a la detección de actitudes y conductas de riesgo, así como recomendaciones para su abordaje.

Los equipos de atención primaria de salud deben disponer de protocolos para la atención a jóvenes que precisen anticoncepción de emergencia y profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. También para los casos de agresiones o abusos sexuales.

Dada la actual situación de confusión sobre determinados aspectos legales en relación con la atención sanitaria a adolescentes y jóvenes, especialmente en el campo de la salud sexual y reproductiva, se recomienda

clarificar entre las instituciones, servicios y profesionales sanitarios que prestan atención a la población adolescente y joven los derechos que la ley reconoce a esta población a la hora de solicitar atención sanitaria y determinadas prestaciones en el mismo ámbito, especialmente en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva.

En concreto, es necesario que los profesionales del sistema sanitario conozcan los derechos de los y las menores de 18 años, la necesidad o no de solicitar el consentimiento paterno/materno, la existencia de diferentes mayorías de edad según sea el concepto al que se aplica, el grado de autonomía que las y los adolescentes o jóvenes deben tener en su relación con el sistema sanitario, etc., junto con los principios éticos que todo profesional sanitario debe observar.

Con el fin de aumentar la seguridad jurídica de las y los profesionales sanitarios,

en la atención sanitaria a menores de 16 años, sería muy conveniente que el/la profesional sanitario/a que realice la atención anotase en la historia clínica los criterios que ha seguido para valorar el grado de madurez/capacidad de comprensión del o la paciente.

II.3. Recomendaciones para disminuir el consumo de alcohol y reducir sus riesgos

II.3.1. Salud pública

Controlar y limitar la disponibilidad y accesibilidad al alcohol

La edad mínima para comprar alcohol, las políticas de precios y las restricciones a la venta de bebidas alcohólicas están claramente asociadas con las tendencias del consumo de alcohol entre las y los adolescentes. Los jóvenes de ambos sexos beben menos en países con limitaciones a la publicidad de bebidas alcohólicas y con estrictas regulaciones en la venta, así como en aquellos países donde el precio es alto.

Las políticas de reducción de la oferta tienen el mayor potencial para reducir el daño que hace el alcohol. Respecto a los programas educativos de prevención, su aportación es probablemente mayor cuando son congruentes con el entorno social. Sólo los programas estructurados que hayan demostrado su utilidad en evaluaciones rigurosas deben ser apoyados a gran escala (según expertos y expertas en la 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España).

Es importante recordar que los esfuerzos dirigidos a reducir el consumo per cápita de alcohol, y los problemas relacionados con el mismo en personas adultas, también tendrán un efecto positivo sobre el entorno familiar de niños, niñas y adolescentes. Por ello se recomienda,

a pesar de los avances normativos de las comunidades autónomas, prohibir la venta de bebidas alcohólicas a las y los menores de 18 años en todo el territorio nacional y exigir el cumplimiento estricto de la legislación vigente sobre oferta y venta de alcohol a menores de edad, así como regular otros aspectos relacionados con la venta y suministro de alcohol, tales como la venta en determinados locales e instalaciones.

Dotar a las Administraciones competentes de los recursos necesarios para

potenciar y mejorar las actividades de control, inspección y cumplimiento de la normativa reguladora,

favoreciendo la comunicación y colaboración de los distintos organismos sancionadores, así como proceder a la

información, formación y edición de materiales dirigidos a las personas que sirven alcohol.

La industria de bebidas alcohólicas podría implicarse en este tema, facilitando el conocimiento de las responsabilidades éticas y legales de las personas implicadas en su comercialización y servicio. Sería conveniente realizar una adecuada formación de profesionales de la hostelería por personal independiente, con la finalidad de instruirlos en la “dispensación responsable” de bebidas alcohólicas, no sirviendo a personas que no alcanzan la edad legal mínima, a personas intoxicadas y a clientes que tengan que conducir.

No debería aceptarse el apoyo de la industria alcoholera a proyectos educativos o de investigación relacionados con el alcohol y la salud (recomendación de la 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España).

Dada la influencia que los mensajes publicitarios tienen en las y los jóvenes, sería recomendable:

Ampliar las limitaciones a la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas dirigida a jóvenes, incrementando las actividades de vigilancia del *marketing* de productos alcohólicos y de las nuevas bebidas dirigidas a menores.

Hacer cumplir la normativa referente a la promoción de las bebidas alcohólicas realizada a través del patrocinio o financiación de actividades deportivas o culturales dirigidas a menores de 18 años.

Aunque no existe evidencia suficiente de las consecuencias que sobre el consumo de alcohol tiene la información en el etiquetado, es un derecho del consumidor saber la graduación alcohólica de todo lo que ingiere, así como de sus principales riesgos.

Sería recomendable

la inclusión en el etiquetado de:

- Grado alcohólico de las cervezas "sin".
- Advertencias sanitarias de que el consumo de alcohol tiene riesgos en mujeres embarazadas y en menores de edad.

Medidas informativas

Los medios de comunicación de masas (MCM) son considerados, junto con la familia y el grupo de iguales, un agente más en el proceso de socialización a través del cual el medio sociocultural transmite a los sujetos los valores y normas de actuación establecidas, refuerza pautas de comportamiento y atribuye los significados, positivos o negativos, a partir de los cuales cada persona elabora la representación psicosocial de los distintos fenómenos con los que nos encontramos en la vida cotidiana. Su importante papel es, hoy día, indiscutible. Crean debate, crean opinión y también pueden crear confusión. Por ello, se recomienda

la utilización del uso combinado de diferentes medios informativos, mediante campañas multimedia, adecuadamente adaptadas a las diferentes situaciones y grupos destinatarios.

No se trata de modificar el comportamiento individual, sino de promover el debate, sensibilizando y disseminando información relevante. Se ha de transmitir a la sociedad en su conjunto un mensaje claro, homogéneo y basado en la evidencia.

Deben desarrollarse aplicaciones multimedia informativas y formativas especialmente diseñadas para jóvenes, como la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre alcohol y jóvenes en la que se proporciona información para identificar situaciones de riesgo y explorar su autoconsumo.

Hay que sensibilizar a los periodistas, publicistas, productores (cine, televisión, etc.) a través de la edición de materiales específicos (guías, manuales, folletos...) y la organización de foros de encuentro, seminarios formativos, etc. con el objetivo de fomentar el trabajo conjunto. Sería deseable:

la participación y compromiso de los distintos medios de comunicación social.

Fomentar el desarrollo de actividades de ocio saludables

Dar alternativas de ocio a los jóvenes, fomentando hábitos saludables durante la tarde-noche del fin de semana es un área de mercado a explotar, en el sentido de que genera empleo para jóvenes que sin excesiva cualificación profesional tienen una gran experiencia asociativa. Para ello deben implan-

tarse políticas de juventud integrales a en el ámbito local que unifiquen los esfuerzos de diferentes áreas del ayuntamiento: juventud, sanidad, servicios sociales, deportes, cultura, empleo..., que rompan con ideas preconcebidas sobre la juventud y con metodología de trabajo tradicional.

Para los y las más jóvenes, la calle se convierte en su lugar de expansión, de convivencia entre iguales, alejado del control adulto. Por tanto, también es la calle espacio de localización y trabajo con la gente joven. ¿Quién mejor que una persona joven para trasladar información a otra utilizando su mismo lenguaje y sus mismas pautas? Deben ser las y los propios jóvenes quienes lideren y se conviertan en transmisores de la información necesaria que induzca a una reflexión sobre sus actitudes respecto al uso de alcohol y otras drogas: papel de mediador social. Ser joven facilita el acercamiento a aquellos que presentan muchas reservas, por lo que es necesario:

Fomentar en los y las jóvenes una visión del ocio como algo que puede disfrutarse a lo largo de los fines de semana de forma diversificada y saludable. Es necesario POTENCIAR LA OFERTA DE ACTIVIDADES culturales, deportivas, artísticas, recreativas, medioambientales, etc. y la participación de la gente joven en ellas. En el diseño de estas ofertas deben estar implicados todos los actores sociales afectados (las Administraciones públicas, la industria del ocio, el ámbito educativo, medios de comunicación, etc.) y especialmente las y los propios jóvenes.

Potenciar el desarrollo de estrategias de intervención comunitarias en contextos geográficos delimitados.

Los municipios son excelentes aliados para ello.

Debe favorecerse el acceso de la juventud a dichas actividades eliminando los obstáculos económicos, haciendo a las y los jóvenes protagonistas del proceso creativo y facilitando el proceso relacional de la gente joven a través de su participación, haciendo compatibles con la diversión conductas saludables y de reducción del riesgo.

Deben orientarse las intervenciones a lograr una mejor respuesta a la gestión del riesgo.

Medidas en el medio laboral

Fomentar en las empresas el desarrollo de programas de promoción de la salud que incorporen la prevención del consumo de alcohol.

Los servicios de prevención de riesgos laborales deberán ir contemplando contenidos específicos sobre alcohol para jóvenes trabajadores/as.

Sensibilizar, formar e informar a responsables y mediadores laborales para prevenir adicciones en el medio laboral.

Prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol

Las medidas que tienen como propósito reducir el número de víctimas por accidentes de tráfico provocados directa o indirectamente por el alcohol figuran entre las más estudiadas para reducir los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Deben reforzarse las medidas de control en relación con la conducción bajo los efectos del alcohol,

promocionando el consumo de bebidas no alcohólicas, fomentando la implantación de establecimientos alternativos donde no se consuman bebidas alcohólicas, fomentando una adecuada gestión del

riesgo, mediante la introducción del permiso graduado y estimulando el desarrollo de líneas de transporte colectivo en lugares donde se reúne la gente joven, especialmente durante los fines de semana.

Los mensajes deben reforzar las siguientes conductas:

- No consumas alcohol si crees que vas a conducir.
- No permitas que conduzca alguien que ha consumido alcohol.
- No compartas vehículo con alguien que conduce tras haber bebido.

II.3.2. Educativas

Cuestiones específicas en la enseñanza obligatoria

Los programas educativos deben contemplar

el refuerzo de las actuaciones en el área de alcohol a lo largo del primer ciclo de la ESO,

por ser ésta la etapa en la que adquiere importancia la experimentación con el alcohol y su posible cristalización en un consumo cotidiano. Estos programas deberían permitir que los padres y madres, profesores/as, grupos de iguales y líderes juveniles ayuden a las y los jóvenes a un entrenamiento en habilidades de vida dirigido a resistir la presión social y la gestión del riesgo. Además, los y las jóvenes deberían poder tomar responsabilidades como importantes miembros de la sociedad que son.

El desarrollo de mensajes educativos debe dirigirse no sólo a reforzar la abstinencia y el consumo de bajo riesgo, y a informar de las consecuencias a corto largo plazo, sino también al fomento de actitudes críticas ante mensajes contradictorios, y a la cuantificación de su propio consumo. Sería esencial que el profesorado conociera los efectos que el consumo de alcohol tiene en adolescentes y jóvenes.

Es importante exigir el cumplimiento de la normativa vigente respecto al consumo y disponibilidad de alcohol en los centros educativos.

Enseñanza secundaria postobligatoria y universitaria

Es necesario fomentar el desarrollo de actividades formativas en este campo, tanto en el pregrado como en el posgrado. La universidad y otros centros educativos deberán disponer de puntos concretos de información. Especial importancia adquiere

la inclusión de temas relacionados con el consumo de alcohol en los programas curriculares de futuros profesionales tanto del ámbito educativo como sanitario.

Medio familiar

Hay que proporcionar a las familias información relativa a los problemas derivados del consumo de alcohol, los factores de riesgo y los de protección, potenciando su capacidad para prevenir el consumo juvenil a través de actividades informativas y divulgativas.

Deben potenciarse mecanismos que posibiliten el

asesoramiento y la formación de los padres y madres respecto a los problemas derivados del consumo de alcohol y su prevención.

Uno de los objetivos básicos de la formación debe ser la mejora de la comunicación interfamiliar y el concienciar a los padres y madres de su papel como modelos o referencia en la futura conducta de sus hijas e hijos en relación con el alcohol, para evitar que exista una banalización de su conducta.

El trabajo conjunto entre Sanidad y Educación con las AMPAS (asociaciones de padres y madres de alumnos) puede ser una de las vías que ayuden a lograr este objetivo.

Ha de facilitarse

apoyo estructurado a aquellas familias en las que alguno de los miembros tiene problemas derivados del consumo de alcohol.

II.3.3. Atención sanitaria

Reducción del daño

La exploración sistemática de consumo de alcohol, como mínimo cada dos años, en toda persona de más de 14 años, mediante encuestas semiestructuradas. (Anexo IV AUDIT. C)

A pesar de que la detección precoz de los consumidores de riesgo junto con la intervención breve son las intervenciones preventivas más eficaces en el ámbito sanitario, sobre todo de atención primaria, existe gran dificultad para llevarlas a cabo, por lo que:

Deberá propiciarse progresivamente una respuesta de los servicios (centros de drogodependencia y de atención primaria) a grupos de jóvenes que estén iniciando un consumo de riesgo.

Se debe facilitar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación eficaces, que cuenten con personal adecuadamente formado, a las y los jóvenes con un consumo de riesgo y para los miembros de su familia.

Desde los dispositivos de atención de adultos con problemas de dependencia al alcohol deben desarrollarse programas preventivos dirigidos a los y las jóvenes y adolescentes que vivan en las familias de dichos adultos.

Estos/as jóvenes presentan un mayor riesgo de tener problemas emocionales, cognitivos y psicosociales, así como una mayor probabilidad de acabar dependiendo del alcohol. Asimismo, la mayoría de los hijos e hijas de los padres y madres con dependencia al alcohol han experimentado cierta forma de abandono. En este sentido, cabe destacar el programa ALFIL^{139 140} dirigido a jóvenes con antecedentes familiares de dependencia al alcohol y a sus padres.

Es fundamental la información y consejo a las familias sobre el factor de riesgo “antecedentes familiares de dependencia alcohólica”.

Se considera de gran importancia la intervención de los profesionales sanitarios desde el ámbito de la Atención Primaria de Salud, por lo que se recomienda:

Apoyar todos aquellos programas y estrategias dirigidas a incrementar la participación de los y las profesionales sanitarios en la prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Programas que fomentan la intervención de estos/as profesionales en la valoración del consumo de alcohol por sus pacientes, y en la provisión de información y consejo sanitario estructurado a los bebedores de riesgo y a las mujeres jóvenes embarazadas.

Ha de proporcionarse consejo sobre los riesgos derivados del consumo de alcohol:

Hay momentos o situaciones que pueden ser “aprovechadas” para incrementar la percepción de riesgo de las y los jóvenes y adolescentes, tales como los accidentes, intoxicaciones agudas, actos violentos (peleas) y comas etílicos.

Todos los y las pacientes deben recibir consejo respecto a los peligros de conducir un automóvil bajo la influencia del alcohol y otras drogas, y también sobre los riesgos de viajar en un vehículo conducido por alguien que esté bajo la influencia de estas sustancias.

II.4. Recomendaciones para la promoción de la salud mental

Existen evidencias que demuestran la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones de promoción y prevención de la salud mental, incrementando, a través de las mismas, el bienestar y la calidad de vida de las personas, al mismo tiempo que reducen el riesgo de padecer trastornos mentales (**Anexos V y VI**).

Muchas de las actuaciones de promoción de la salud mental implican generar condiciones que favorezcan y posibiliten un desarrollo personal óptimo; a nivel social es importante garantizar la integración social mediante el acceso al trabajo, vivienda, educación y salud, así como la creación de redes sociales eficientes y eficaces. A nivel individual es necesario crear, desde el embarazo, las condiciones que favorezcan el mejor desarrollo posible; posteriormente, a partir del nacimiento, se precisa promover, de acuerdo con cada edad, el desarrollo integral de cada persona (afectivo, cognitivo y social).

Las acciones en este campo son, por tanto, una tarea intersectorial y multidisciplinar que necesita de la implicación, además del área de salud, de otras áreas, departamentos o entidades (educación, servicios sociales, trabajo, vivienda...).

II.4.1. Salud pública

Las diferentes medidas y actuaciones formarán parte de las estrategias comunes de salud pública, atención primaria y especializada.

Medidas informativas:

Reducir el estigma de la enfermedad mental; informar sobre la existencia de tratamientos efectivos a través de estrategias informativas y divulgativas adecuadas que impliquen a los medios de comunicación, profesionales, gestores y a la sociedad en general.

Realización de campañas de información y sensibilización: utilización de los medios de comunicación, cartelería, folletos divulgativos.

Proporcionar información sobre los diferentes recursos sociales y asistenciales existentes.

Proporcionar, a través de los diferentes servicios y recursos existentes, información/guías específicas dirigidas a los y las adolescentes y jóvenes, así como a sus madres y padres, sobre diferentes aspectos relacionados con la promoción de la salud mental.

Sistemas de información, investigación y conocimiento

Desarrollar un sistema de información/vigilancia, investigación y conocimiento que permita evaluar la situación de la salud mental y las necesidades de la población al respecto y que posibilite, al mismo tiempo, el análisis comparado nacional e internacionalmente; para ello sería necesaria la creación de sistemas unificados de salud mental entre las diferentes Administraciones públicas.

Estudiar la posibilidad de incluir en la Encuesta Nacional de Salud un nuevo apartado que permita obtener, mediante procedimientos validados, un índice de salud mental de la población.

Atención a grupos específicos

Se recomienda prestar, desde los diferentes servicios/dispositivos (sociales, sanitarios, educativos...), especial atención a adolescentes y jóvenes que viven determinadas condiciones y circunstancias que les hacen más vulnerables:

- ✓ Convivencia con padre o madre con graves problemas de salud mental (incluidos las consecuencias derivadas del consumo de drogas y el abuso de alcohol).
- ✓ Situaciones de privación económica importante.
- ✓ Niños, niñas y adolescentes que viven sin sus padres en centros de acogida/tutela.
- ✓ Niños, niñas, adolescentes y jóvenes cuyo padre y/o madre se encuentra/n privado/s de libertad.
- ✓ Situaciones de pérdida importante en su vida (muerte de padre o madre).
- ✓ Situaciones de maltrato, violencia.
- ✓ Inmersos en procesos de desintegración cultural (inmigrantes...).
- ✓ Madres adolescentes/jóvenes, sin pareja, de escaso nivel socioeconómico y sin apoyo familiar o social.
- ✓ Niños, niñas, adolescentes y jóvenes que sufren fracaso escolar continuado.
- ✓ Absentismo escolar.
- ✓ Niños, niñas, adolescentes y jóvenes que consumen drogas.

Estas circunstancias están, con frecuencia, asociadas; hay familias con más de uno de estos problemas; se podría hablar de riesgos acumulativos.

Medios de comunicación

Se acepta desde diversos ámbitos que una forma de aprender un nuevo comportamiento es no sólo observarlo directamente en modelos de la vida real, sino a través de imágenes y palabras. En la televisión, cine, juegos de ordenador, son frecuentes las situaciones en las que los personajes utilizan la violencia como fórmula para relacionarse entre ellos; es un medio para imponer y dominar, en definitiva para conseguir sus fines. Por otro lado, los anuncios en prensa y televisión transmiten imágenes en las que muchos/as adolescentes y jóvenes encuentran el canon de belleza a imitar. Cabe indicar, asimismo que se está promocionando un modelo de consumo que puede tener consecuencias sociales y sanitarias adversas importantes. Este modelo presenta la adquisición de bienes como un proceso indispensable para la identidad personal y social. En este sentido se recomienda:

Desarrollar y cumplir la normativa dirigida a limitar y controlar, en la televisión, los programas con contenidos violentos, así como aquellos que incluyan discriminaciones de género, de grupos minoritarios o raciales.

Fomentar la responsabilidad social de los medios de comunicación, anunciantes, guionistas y publicistas a través de la información y el debate público.

Promover programas (series, documentales, concursos, películas) que contemplen valores positivos tales como: no violencia, solidaridad, esfuerzo, responsabilidad personal y social, respeto, justicia, amistad, participación y cooperación, consenso, etc.

Dar visibilidad en los medios de comunicación a personas que por su profesión, sus valores y forma de “estar en la vida” se consideran modelos sociales positivos.

Los y las diferentes profesionales y agentes sociales (sanitarios/as, profesores/as, padres y madres...) deberían estimular, en los y las jóvenes y adolescentes, una utilización más racional de los diferentes medios (TV, ordenador, videojuegos...), enseñándoles a ser críticos.

Desarrollo de campañas publicitarias de promoción de la salud mental.

Los padres y madres deben conocer, supervisar y, en su caso, limitar la utilización que hacen los niños, niñas y adolescentes de los siguientes medios:

TV: no es aconsejable que los niños y niñas dispongan de televisión en su habitación; conviene poner límites de tiempo y seleccionar programas, así como conocer los programas, series y películas que ven sus hijos e hijas, verlas con ellos y charlar a propósito de lo que se ha visto.

INTERNET: constituye una gran fuente de documentación y conocimientos muy útil a la hora de realizar trabajos y de consultar dudas, etc. También pueden comunicarse con sus amigos y amigas y jugar. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este medio permite acceder a informaciones, concursos, compras y contactos que pueden ser negativos (drogas, sexo, violencia...). Por ello es importante supervisar y conocer la utilización que hacen de este medio y en según que casos limitar el acceso. El Ministerio de Educación, Política Social y Deporte dispone de una página

(http://www.cnice.mec.es/padres/videojuegos/menores_e_internet/) dirigida a padres y educadores con consejos para tutelar a los menores en el manejo de Internet, así como herramientas para filtrar información. La compañía Microsoft y la Asociación Española de Pediatría han elaborado “**Windows OneCare Protección Infantil**”, una herramienta que garantiza la seguridad infantil. Los criterios establecidos por las autoridades del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio en esta materia son los siguientes: promover el uso seguro de las tecnologías de información y comunicación (TIC) para los niños y niñas, ayudarles a que reconozcan e identifiquen los peligros de la Web y a diferenciar entre el mundo real y virtual, incrementar la comunicación con las personas adultas sobre el uso de las TIC, y apoyar y reforzar el trabajo de la comunidad educativa en este campo. El **Anexo VII** ofrece información sobre los y las menores y el uso de Internet.

VIDEOJUEGOS: es importante que los padres conozcan qué tipo de videojuegos utilizan sus hijas e hijos, leer la etiqueta, e informarse de las escenas y lenguaje que contiene.

Desde otra perspectiva, cabe señalar que es muy importante transmitir desde los medios de comunicación una imagen correcta de la salud mental y del enfermo mental, y contrarrestar así los estereotipos, prejuicios y falsas creencias que todavía existen sobre la enfermedad mental. Al respecto, se recomienda:

Informar con exactitud de la enfermedad mental, proporcionando datos y contenidos científicos.

Mostrar una visión integral de las personas con enfermedad mental (sentimientos, trabajo, familia, ocio...).

Proporcionar información normalizadora; la enfermedad mental debe recibir el mismo trato que otra enfermedad; cualquiera de nosotros puede, en un momento de su vida, padecer un trastorno mental.

El estudio ESEMED¹³⁰, realizado con una muestra representativa de la población general mayor de 18 años, señala que un 20% de los participantes españoles habían presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida.

Mostrar los avances científicos que se están realizando en este campo: existen tratamientos eficaces mediante la medicación y la psicoterapia.

OCIO Y TIEMPO LIBRE

Desde las diversas Administraciones públicas, promover y fomentar el asociacionismo juvenil en el contexto comunitario, ofreciendo apoyo, asesoramiento y medios materiales (subvenciones, programas específicos).

Llevar a cabo programas alternativos de ocio y tiempo libre desde las Administraciones locales y organizaciones vecinales y juveniles, implicando a los y las adolescentes y jóvenes en su diseño y organización.

Desde la familia, promover un ocio diversificado y sano: deporte, cine, teatro, lectura, excursionismo, música, exposiciones, juegos diversos... De acuerdo con la edad, fijar horarios de llegada, y “estar atentos a cómo llega”, ya que en estas edades mucho/as adolescentes comienzan a experimentar con las drogas.

Promover un debate social relativo a medidas que limiten y controlen los horarios de cierre de bares, discotecas, etc.

Cumplir y hacer un seguimiento de las medidas existentes sobre la dispensación de alcohol a menores de 18 años.

Prevención del consumo de drogas: existe una relación estrecha entre el abuso de drogas (alcohol, psicofármacos, cocaína, cannabis, alucinógenos, heroína, drogas de diseño) y la aparición de problemas y trastornos mentales tales como depresión, psicosis y suicidio; por ello se propone:

Desde las Administraciones públicas: articular todas las medidas posibles para disminuir la oferta y disponibilidad de drogas, tanto legales como ilegales.

Desarrollar programas de educación para la salud/educación sobre las drogas, dirigidos a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Formar a los padres y madres en materia de Educación para la Salud y la educación sobre drogas.

II.4.2. Educativas

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, indica en el preámbulo que “entre los fines de la educación se resaltan el **pleno desarrollo de la personalidad** y de las capacidades afectivas del alumnado...”.

Se proponen las siguientes medidas:

- ✓ Considerar la importancia que tiene en la vida de los centros escolares el “**currículo oculto**”: la cultura propia de los centros educativos que se manifiesta en el ambiente general del centro, sus normas, valores, relaciones interpersonales, y las actitudes adoptadas por el profesorado y otras personas adultas del entorno escolar hacia el alumnado.
- ✓ La necesaria coordinación entre el **profesorado y los padres y madres**, para así trabajar en la misma dirección: mensajes a transmitir, actitudes, aspectos a reforzar en cada alumno o alumna, reprobación/límites a conductas, etc.).
- ✓ Desarrollo de **programas específicos para la prevención del fracaso escolar**.
- ✓ **La formación del profesorado** en aspectos ligados a la promoción de la salud mental tales como la importancia del autoconcepto, su desarrollo y su influencia en el desarrollo de las personas, el manejo y aprendizaje de técnicas para solución de problemas, la prevención de la intimidación y violencia, el desarrollo de la empatía, el afrontamiento del estrés, la detección precoz de problemas (consumo de drogas, depresión, trastornos de ansiedad...).
- ✓ **La promoción de la salud mental de los y las docentes** y de otros miembros del equipo institucional: asegurar el equilibrio y bienestar del profesorado y el resto del personal; posibilitar a los profesores y profesoras espacios en los que puedan expresar las situaciones tensionales vividas en el centro, así como los recursos y habilidades para hacer frente a estas situaciones (técnicas para afrontar el estrés, solución de problemas...).
- ✓ Incrementar/crear espacios de **coordinación** entre el profesorado o equipos de orientación psicopedagógica y los y las profesionales de Atención Primaria, Salud Mental y Servicios Sociales.

Crear grupos de trabajo mixtos Educación-Salud para temas y aspectos concretos de acuerdo con las necesidades y prioridades de cada zona (inmigración, violencia...).

- ✓ Llevar a cabo, en los centros, programas de Educación para la Salud que incluyan estrategias de comunicación efectiva, expresión de emociones y sentimientos, resolución de conflictos y problemas, toma de decisiones, valoración del respeto y ayuda mutua como elementos/aspectos claves de la convivencia, conductas de riesgo (consumo de drogas, relaciones sexuales sin medidas de prevención, etc.).

Medio familiar

Se recomienda:

Promover, desde diferentes ámbitos —Atención Primaria, asociaciones de madres y padres de alumnos (AMPAS), Equipos de Salud Mental...— programas de educación parental, dirigidos a los padres y madres, que aborden los siguientes temas: el desarrollo evolutivo, la autoestima, la comunicación, afecto, apoyo y supervisión, manejo de conflictos, establecimiento de normas y límites, desarrollo del autocontrol, ocio y tiempo libre, familia y escuela, la importancia del ejemplo, los valores, la tolerancia a la frustración, las competencias sociales, la prevención del consumo de drogas, la utilización de la TV, Internet, video-juegos, etc.

Promover la colaboración y participación de los padres y madres con los centros educativos:

Nivel individual: acudir al centro con cierta regularidad para conocer el comportamiento y actitudes de su hijo o hija: responsabilidad, esfuerzo personal, colaboración y participación con los otros alumnos y alumnas, respeto, etc.

Nivel comunitario: participar y colaborar con programas y actuaciones que lleven a cabo las AMPA, ayuntamientos, consejerías.

Proporcionar, a través de diferentes medios (folletos, vídeos, Internet, campañas en los medios de comunicación), información sobre pautas y criterios para la promoción de la salud mental en el medio familiar.

Importancia de la comunicación: dedicarles tiempo y que éste sea de calidad, comunicando pensamientos, emociones, ideas, sentimientos. Procurar “estar presente en su vida”, escucharles.

“Estar alerta”/supervisar/conocer: quiénes son sus amigos, “cómo le va en el instituto”, disponibilidad de dinero y su utilización, “saber cómo viene cuando sale por la noche”...

Importancia del afecto: muéstrele, exprésele que le quiere.

Sea un buen ejemplo para su hija o hijo: en sus comportamientos, en sus actitudes, en sus hábitos.

II.4.3. Atención sanitaria

Se recomienda:

- ✓ Incrementar la oferta y calidad de **la formación en salud mental** dirigida a los profesionales de atención primaria y salud pública.
- ✓ **Detección precoz** desde atención primaria/pediatría.
- ✓ Potenciar/desarrollar **la coordinación entre los profesionales que trabajan en los dispositivos de Salud Mental infanto-juvenil** con los que trabajan en otros centros e instituciones (centros educativos, servicios sociales, atención primaria). Esta coordinación es muy importante, ya que evitaría la parcialización de los problemas, así como la dificultad que existe a la hora de dar respuestas globales e integrales.
- ✓ Distribuir, desde el ámbito sanitario, guías/folletos dirigidas a los padres y madres con el objetivo de proporcionarles información sobre aspectos relacionados con la promoción de la salud mental en el medio familiar.
- ✓ Incrementar la **calidad de los sistemas de salud mental**: integrales, integrados y eficientes que aborden promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Adaptar los servicios y dispositivos de salud mental a los y las jóvenes: por ejemplo, en horarios (cuando acuden por la mañana, además de perder clase, tienen que llevar la justificación al centro, sienten que pierden su intimidad, aparece el miedo al estigma).

Mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental a la población joven.

Se deben proveer servicios de salud mental sensibles a las diferencias culturales y poblacionales (edad, género, cultura).

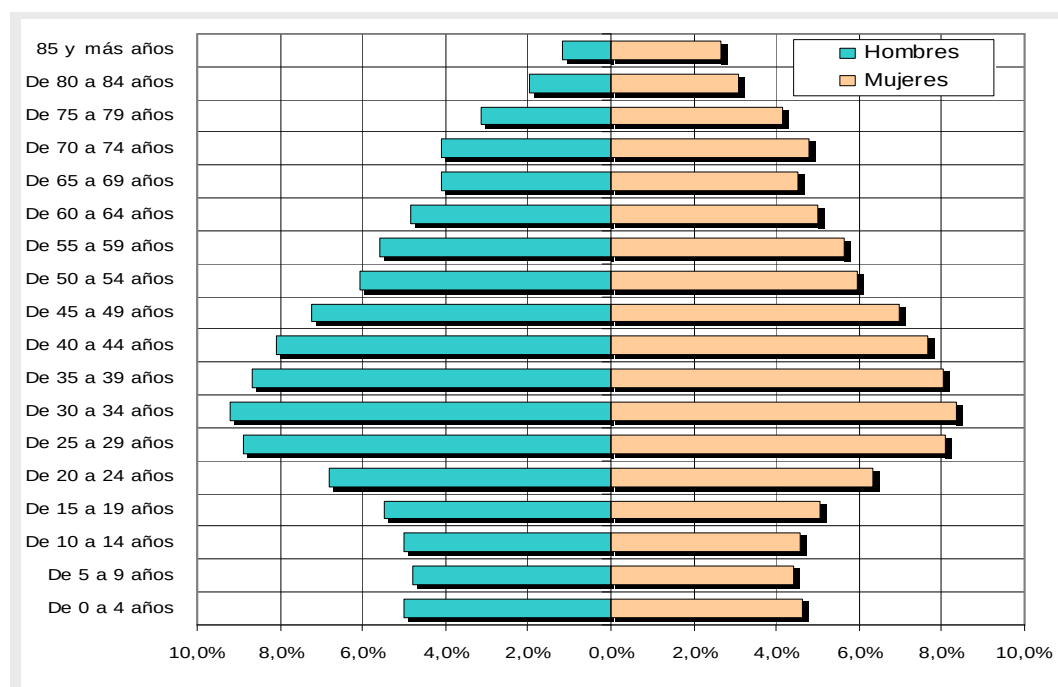
Desarrollo de programas específicos: intervenciones preventivas con madres para evitar la depresión posparto; intervenciones específicas con poblaciones vulnerables (hijos e hijas de alcohólicos, de adictos a otras drogas, con padres que tienen graves problemas de salud mental...).

Desarrollar el Real Decreto 1030/2006, en el que se definen las prestaciones que el sistema sanitario público actualmente está ofertando a los ciudadanos, y en el que se actualiza la cartera de servicios.

Este Real Decreto contempla importantes actuaciones de promoción y prevención de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital (ver [Anexo VIII](#)).

III. TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS

FIGURA 1. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN A 1 DE ENERO DE 2006

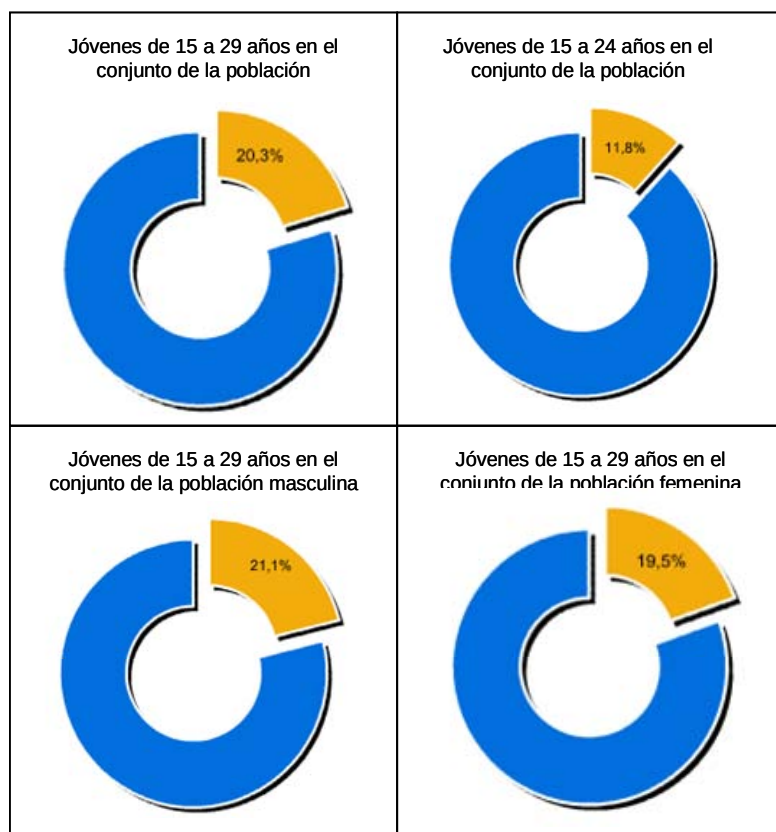


Fuente: INE, Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006.

TABLA 1. POBLACIÓN JOVEN (15-29 AÑOS) POR SEXO Y EDAD AÑO A AÑO

Edades	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
15 años	447.056	229.864	217.192
16 años	455.819	234.462	221.357
17 años	461.798	237.610	224.188
18 años	473.277	243.453	229.824
19 años	492.712	252.207	240.505
20 años	517.942	265.043	252.899
21 años	546.505	279.463	267.042
22 años	573.504	293.369	280.135
23 años	617.135	316.161	300.974
24 años	654.593	336.559	318.034
25 años	697.293	358.473	338.820
26 años	725.551	373.878	351.673
27 años	765.411	396.016	369.395
28 años	781.363	405.556	375.807
29 años	799.607	413.982	385.625
15 a 29 años	9.009.566	4.636.096	4.373.470
15 a 24 años	5.240.341	2.688.191	2.552.150

Fuente: INE, Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006.

FIGURA 2. EL PESO DE LA GENTE JOVEN EN EL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN

Fuente: INE, Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006.

TABLA 2. POBLACIÓN JOVEN EN COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS POR GRUPOS DE EDADES. AMBOS SEXOS

Comunidades y ciudades autónomas	Total población	Jóvenes 15-29 años	Jóvenes 15-24 años	GRUPOS DE EDADES		
				15-19 años	20-24 años	25-29 años
TOTAL	44.395.286	9.009.566	5.240.341	2.330.662	2.909.679	3.769.225
Andalucía	7.935.074	1.752.700	1.072.095	496.310	575.785	680.605
Aragón	1.269.927	233.677	134.759	59.631	75.128	98.918
Asturias (Principado de)	1.075.279	190.621	108.388	45.865	62.523	82.233
Baleares (Islas)	986.333	206.016	116.537	51.260	65.277	89.479
Canarias	1.984.672	437.330	257.833	116.990	140.843	179.497
Cantabria	566.678	108.940	62.405	26.876	35.529	46.535
Castilla y León	2.514.362	457.031	272.439	120.956	151.483	184.592
Castilla-La Mancha	1.924.200	396.066	242.612	113.081	129.531	153.454
Cataluña	7.083.618	1.397.085	773.630	333.802	439.828	623.455
Comunidad Valenciana	4.772.403	977.814	560.576	248.633	311.943	417.238
Extremadura	1.084.599	221.744	142.300	68.829	73.471	79.444
Galicia	2.764.250	523.952	304.488	132.730	171.758	219.464
Madrid (Comunidad de)	5.891.905	1.208.476	679.038	291.442	387.596	529.438
Murcia (Región de)	1.362.546	311.751	182.112	80.685	101.427	129.639
Navarra (Comunidad Foral de)	600.231	113.046	64.231	28.104	36.127	48.815
País Vasco	2.131.148	380.103	212.470	91.018	121.452	167.633
Rioja (La)	305.355	59.656	33.798	14.725	19.073	25.858
Ceuta	75.726	17.985	10.783	5.077	5.706	7.202
Melilla	66.980	15.573	9.847	4.648	5.199	5.726

Fuente: INE, Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006.

FIGURA 3. PORCENTAJES DE POBLACIÓN JOVEN DE ENTRE 15 Y 29 AÑOS EN CADA COMUNIDAD Y CIUDAD AUTÓNOMA

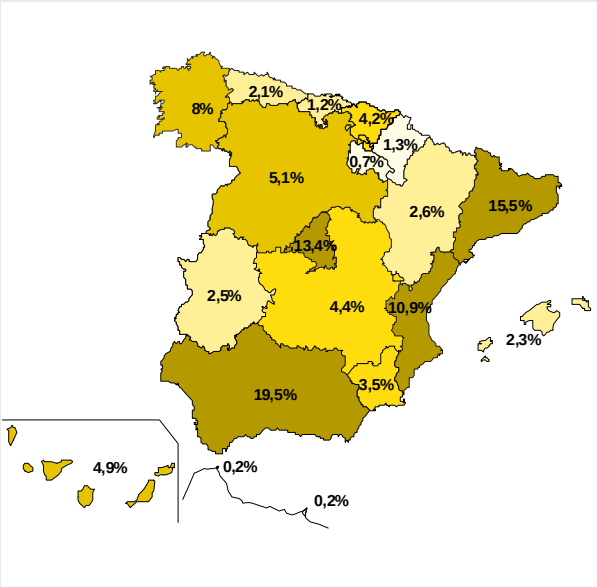
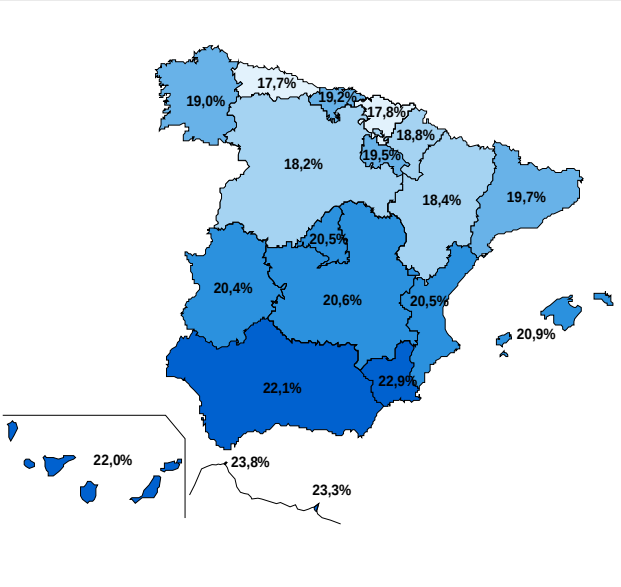


FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN JOVEN DE ENTRE 15 Y 29 AÑOS POR COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS



Fuente: INE, Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006.

TABLA 3. EL LUGAR DONDE VIVE HABITUALMENTE LA GENTE JOVEN (15-29 AÑOS), POR SEXO Y GRUPOS DE EDADES. EVOLUCIÓN 1996-2004

PARA CADA AÑO, PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE CADA GRUPO DE EDAD Y SEXO

Sexo y grupos de edad	LUGAR DONDE VIVEN HABITUALMENTE									BASE (N:)		
	Domicilio familia de origen			Casa independiente			Comparten vivienda con no familiares					
	1996	2000	2004	1996	2000	2004	1996	2000	2004	1996	2000	2004
AMBOS SEXOS												
Total 15-29 años	77,7%	77,4%	68,7%	18,5%	17,7%	23,4%	3,8%	4,7%	7,5%	(6000)	(6492)	(5014)
15 a 19 años	95,4%	96,0%	94,2%	2,9%	1,1%	1,9%	1,6%	2,8%	3,7%	(2072)	(2109)	(1306)
20 a 24 años	82,4%	81,8%	73,0%	11,9%	11,2%	16,2%	5,7%	6,8%	10,4%	(2006)	(2225)	(1578)
25 a 29 años	53,6%	54,6%	47,8%	42,1%	40,7%	44,4%	4,3%	4,4%	7,5%	(1922)	(2150)	(1950)
HOMBRES												
Total 15-29 años	81,2%	81,2%	72,0%	14,5%	13,9%	20,4%	4,2%	4,8%	7,3%	(3059)	(3310)	(2566)
15 a 19 años	96,0%	96,6%	95,0%	2,3%	1,1%	1,2%	1,8%	2,1%	3,5%	(1063)	(1081)	(668)
20 a 24 años	85,4%	85,0%	78,1%	8,3%	7,8%	12,1%	6,3%	7,1%	9,5%	(1021)	(1132)	(902)
25 a 29 años	60,7%	62,2%	51,1%	34,5%	32,6%	40,9%	4,8%	4,9%	7,7%	(975)	(1092)	(996)
MUJERES												
Total 15-29 años	74,0%	73,4%	65,3%	22,6%	21,7%	26,6%	3,4%	4,7%	7,8%	(2941)	(3182)	(2448)
15 a 19 años	94,8%	95,5%	93,4%	3,7%	1,1%	2,6%	1,5%	3,5%	3,9%	(1009)	(1028)	(638)
20 a 24 años	79,3%	78,5%	67,6%	15,6%	14,8%	20,6%	5,1%	6,5%	11,3%	(985)	(1092)	(856)
25 a 29 años	46,3%	46,7%	44,5%	50,1%	49,0%	48,0%	3,7%	3,9%	7,3%	(947)	(1058)	(954)

Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España en cada año.

TABLA 4. ORIGEN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DE LA GENTE JOVEN (15-29 AÑOS) POR SEXO Y GRUPOS DE EDADES

PARA CADA AÑO, PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE CADA GRUPO DE EDAD Y SEXO

Sexo y grupos de edades	RECURSOS ECONÓMICOS				Base (N:)
	Propios exclusivamente	Propios principalmente	Ajenos principalmente	Ajenos exclusivamente	
AMBOS SEXOS					
Total 15-29 años	24,2%	21,0%	15,0%	38,5%	(5014)
De 15 a 19 años	4,9%	6,8%	10,5%	76,5%	(1306)
De 20 a 24 años	22,8%	21,7%	19,4%	34,5%	(1758)
De 25 a 29 años	38,5%	29,8%	14,0%	16,7%	(1950)
HOMBRES					
Total 15-29 años	31,5%	21,0%	12,0%	34,2%	(2566)
De 15 a 19 años	5,7%	8,6%	9,0%	75,1%	(668)
De 20 a 24 años	29,4%	21,5%	16,5%	30,9%	(902)
De 25 a 29 años	50,9%	29,0%	9,8%	9,7%	(996)
MUJERES					
Total 15-29 años	16,6%	20,9%	18,1%	43,1%	(2448)
De 15 a 19 años	4,1%	4,9%	12,0%	78,0%	(638)
De 20 a 24 años	15,8%	21,9%	22,4%	38,4%	(856)
De 25 a 29 años	25,6%	30,6%	18,3%	24,0%	(954)

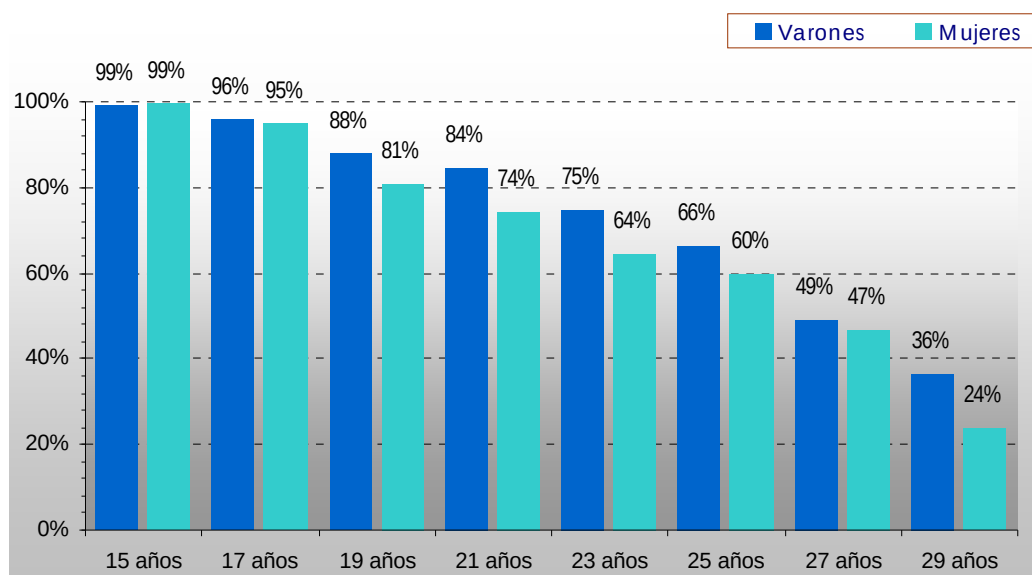
Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España 2004

TABLA 5. LAS OCUPACIONES DE LA GENTE JOVEN ENTRE 15 Y 29 AÑOS. PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE POBLACIÓN JOVEN

Sexo y grupos de edades	OCUPACIONES						Base (N:)
	Sólo trabajan	Compatibilizan estudios y trabajo	Sólo estudian	Parados	Labores del hogar	Otras	
AMBOS SEXOS							
Total 15-29 años	41,0%	12,5%	32,6%	9,8%	2,7%	1,0%	(5014)
De 15 a 19 años	10,9%	6,7%	73,4%	7,4%	0,3%	0,9%	(1306)
De 20 a 24 años	40,8%	16,0%	29,3%	10,3%	2,3%	0,9%	(1758)
De 25 a 29 años	61,3%	13,2%	8,4%	10,9%	4,8%	1,3%	(1950)
HOMBRES							
Total 15-29 años	47,3%	11,4%	32,0%	8,0%	0,2%	0,8%	(2566)
De 15 a 19 años	13,5%	5,6%	72,7%	6,8%		1,0%	(668)
De 20 a 24 años	47,0%	13,9%	29,4%	8,6%	0,1%	0,8%	(902)
De 25 a 29 años	70,2%	13,0%	7,2%	8,4%	0,3%	0,8%	(996)
MUJERES							
Total 15-29 años	34,4%	13,6%	33,3%	11,6%	5,4%	1,2%	(2448)
De 15 a 19 años	8,2%	7,8%	74,2%	8,1%	0,7%	0,7%	(638)
De 20 a 24 años	34,3%	18,3%	29,2%	12,2%	4,6%	1,0%	(856)
De 25 a 29 años	52,1%	13,3%	9,6%	13,4%	9,4%	1,8%	(954)

Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España 2004

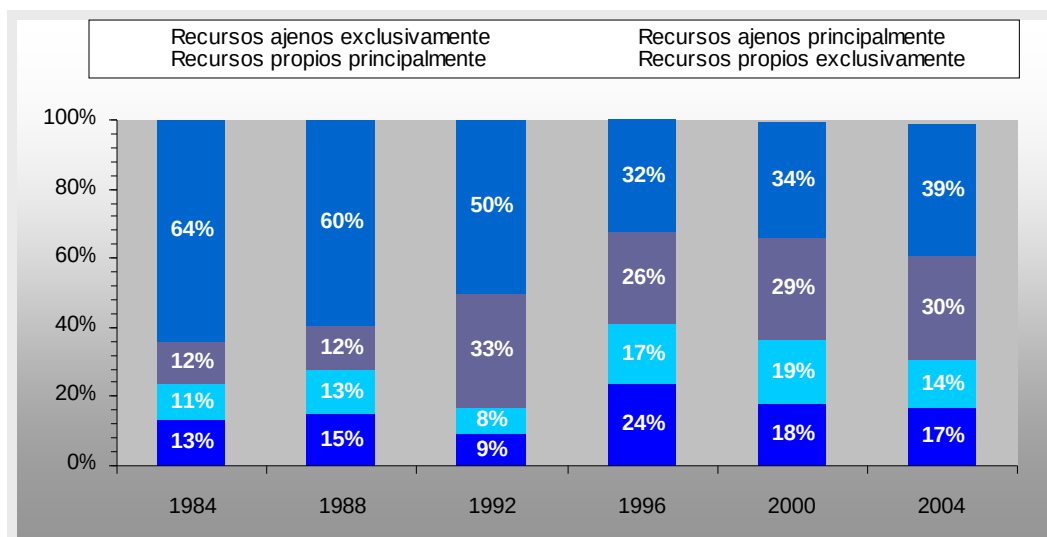
FIGURA 5. PERSONAS JÓVENES (15-29 AÑOS) QUE VIVEN EN EL DOMICILIO DE LA FAMILIA DE ORIGEN EN CADA EDAD, SEGÚN EL SEXO.
EN CADA EDAD Y SEXO, PORCENTAJES SOBRE LA POBLACIÓN JOVEN QUE VIVE EN EL DOMICILIO DE LA FAMILIA DE ORIGEN



Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España 2004

FIGURA 6. EVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA-INDEPENDENCIA ECONÓMICA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE ENTRE 25 Y 29 AÑOS. 1984-2004.

PARA CADA AÑO, PORCENTAJES SOBRE LA POBLACIÓN JOVEN DE ENTRE 25 Y 29 AÑOS



Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España para cada año

TABLA 6. POBLACIÓN EXTRANJERA Y POBLACIÓN JOVEN EXTRANJERA (15-29 AÑOS) A 1 DE ENERO DE 2006 POR NACIONALIDADES

Nacionalidades	Total población extranjera	Jóvenes extranjeros 15 29 años	% Jóvenes en cada nacionalidad
Total	3.884.573	1.168.280	30,1%
Unión Europea	916.113	157.389	17,2%
Resto de Europa	645.634	234.811	36,4%
África	741.580	257.041	34,7%
América Central	117.313	36.866	31,4%
América del Norte	44.709	12.753	28,5%
América del Sur	1.214.388	404.939	33,3%
Asia	202.083	63.918	31,6%
Oceanía	2.160	436	20,2%
Apátridas	593	127	21,4%

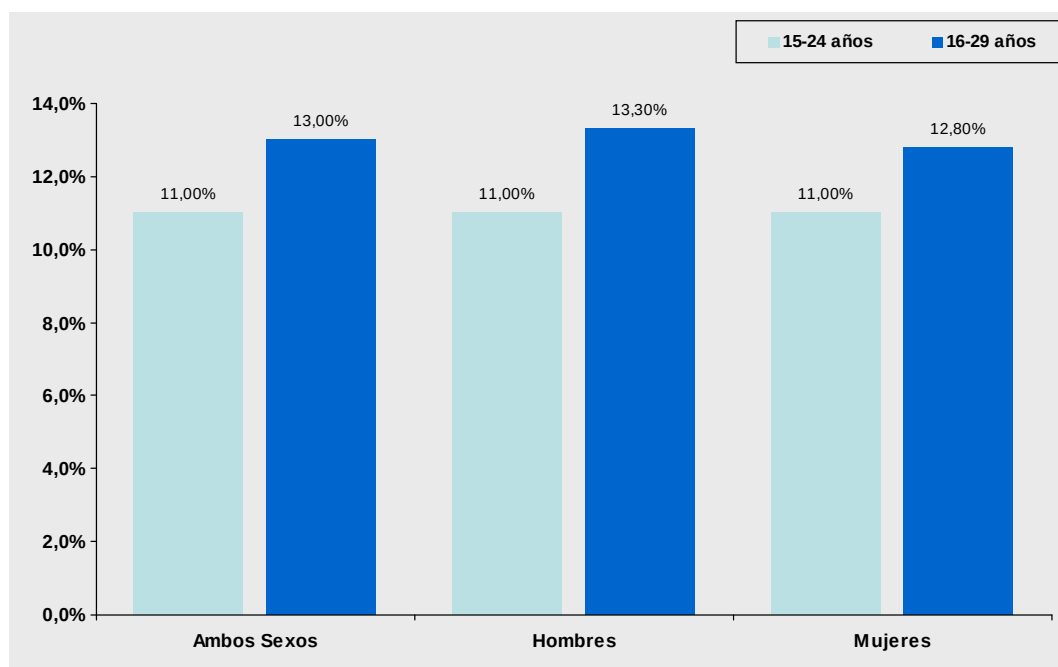
Fuente: Cifras jóvenes. MTAS. 2007

TABLA 7. POBLACIÓN JOVEN EXTRANJERA SEGÚN LAS NACIONALIDADES MÁS NUMEROSAS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

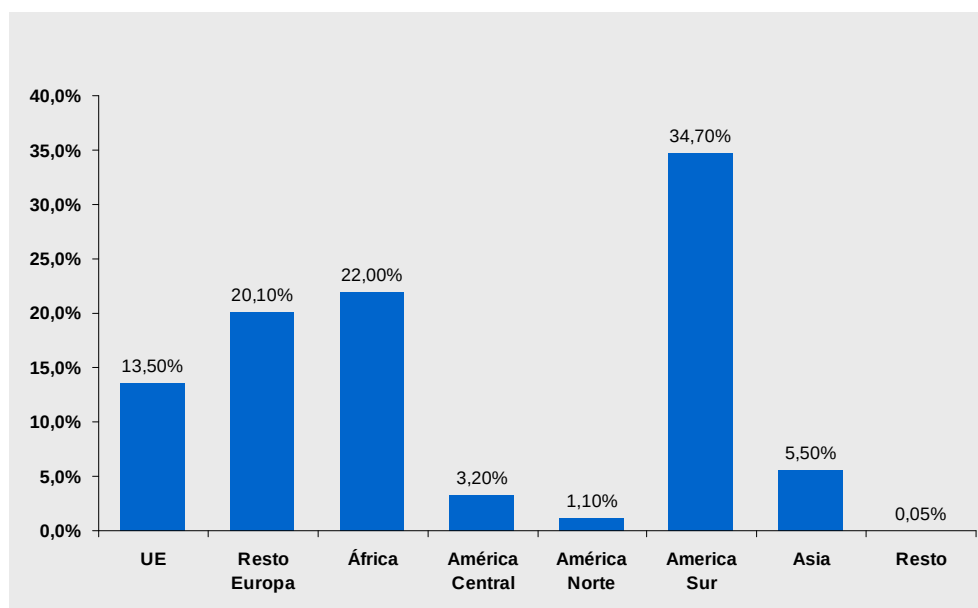
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	15-29 años	15-24 años	15-29 años	15-24 años	15-29 años	15-24 años
Total jóvenes extranjeros	1.168.280	573.988	618.043	294.525	550.237	279.463
Marruecos	188.352	96.393	127.389	60.418	60.963	35.975
Rumanía	160.993	83.959	82.251	40.390	78.742	43.569
Ecuador	137.096	67.997	66.018	32.312	71.078	35.685
Colombia	71.108	35.501	31.156	16.991	39.952	18.510
Bolivia	53.702	25.744	22.293	10.433	31.409	15.311
Argentina	38.914	17.200	19.620	8.756	19.294	8.444
China	31.741	18.207	17.637	10.034	14.104	8.173
Bulgaria	29.600	15.055	15.783	7.650	13.817	7.405
Italia	29.154	12.426	16.556	6.797	12.598	5.629
Total 9 nacionalidades	740.660	372.482	398.703	193.781	341.957	178.701
% s/ Total jóvenes extr.	63,4%	64,9%	64,5%	65,8%	62,1%	63,9%

Fuente: Cifras jóvenes. MTAS. 2007

FIGURA 7. % JÓVENES EXTRANJEROS EN EL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN JOVEN EN CADA GRUPO DE EDAD Y SEXO



Fuente: Cifras jóvenes. MTAS. 2007

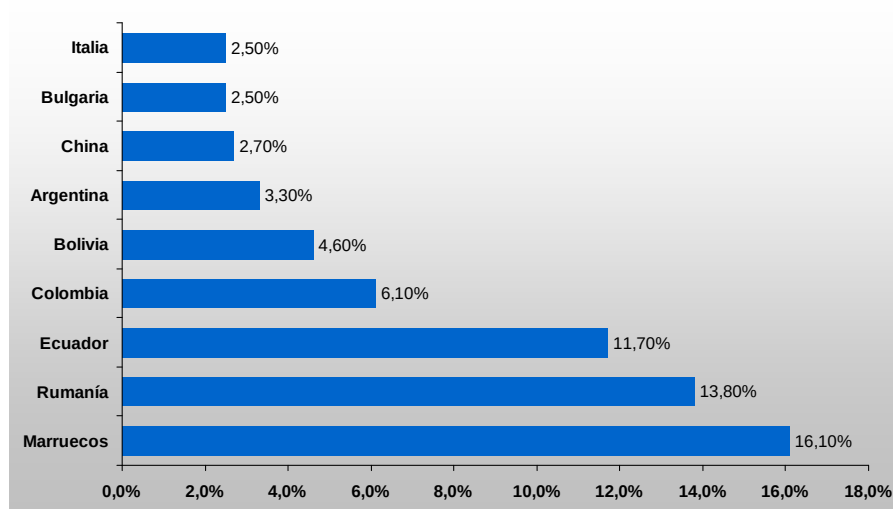
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN JOVEN EXTRANJERA (15-29 AÑOS) SEGÚN NACIONALIDADES

Fuente: Cifras jóvenes. MTAS. 2007

TABLA 8. LOS JÓVENES EXTRANJEROS EN EL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN JOVEN POR SEXO Y GRUPOS DE EDADES

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total 15 a 24 años	5.240.341	2.688.191	2.552.150
Extranjeros 15 a 24 años	573.988	294.525	279.463
Total 15 a 29 años	9.009.566	4.636.096	4.373.470
Extranjeros 15 a 29 años	1.168.280	618.043	550.237

Fuente: Cifras jóvenes. MTAS. 2007

FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN JOVEN EXTRANJERA DE 15 A 29 AÑOS SEGÚN LAS NACIONALIDADES MÁS NUMEROSAS

Fuente: Cifras jóvenes. MTAS. 2007

TABLA 9. ALUMNADO EXTRANJERO MATRICULADO EN ENSEÑANZAS NO UNIVERSITARIAS SEGÚN TIPO DE CENTRO Y CONTINENTE. CURSO 2005-2006

CENTROS	TOTAL ALUMNADO	ALUMNADO EXTRANJERO									
		TOTAL	CONTINENTE								
			EUROPA		ÁFRICA	AMÉRICA			ASIA	OCEANÍA	NO CONSTA
			UE	Resto de Europa		Norte	Central	Sur			
TOTAL	7.634.409	529.461	72.341	72.167	103.112	5.537	19.013	230.381	25.329	280	1.301
PRIVADOS	30,37	17,89	23,43	14,14	10,55	40,76	22,10	18,71	27,30	35,21	8,69
PÚBLICOS	69,63	82,11	76,57	85,86	89,45	59,24	77,90	81,29	72,70	66,79	91,31

Fuente: Estadísticas MEC. Curso 2005-2006

TABLA 10. NACIMIENTOS EN ESPAÑA SEGÚN LA EDAD DE LOS PADRES Y MADRES Y ESTADO CIVIL DE LA MADRE. 2005

PADRE		Menos de 20 años	Todas las edades
MADRE	C	144	2.121
	S	2.376	10.910
	T	2.520	13.031
Todas las edades	C	258	342.433
	S	3.295	123.938
	T	3.553	466.371

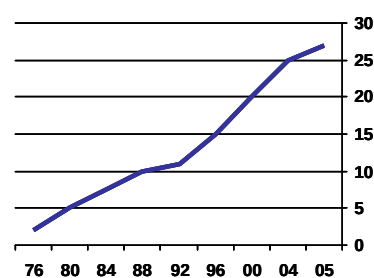
C = Casada; S = Soltera; T = Total de casadas y solteras

Fuente: Movimiento natural de la población. 2005. INE.

Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.

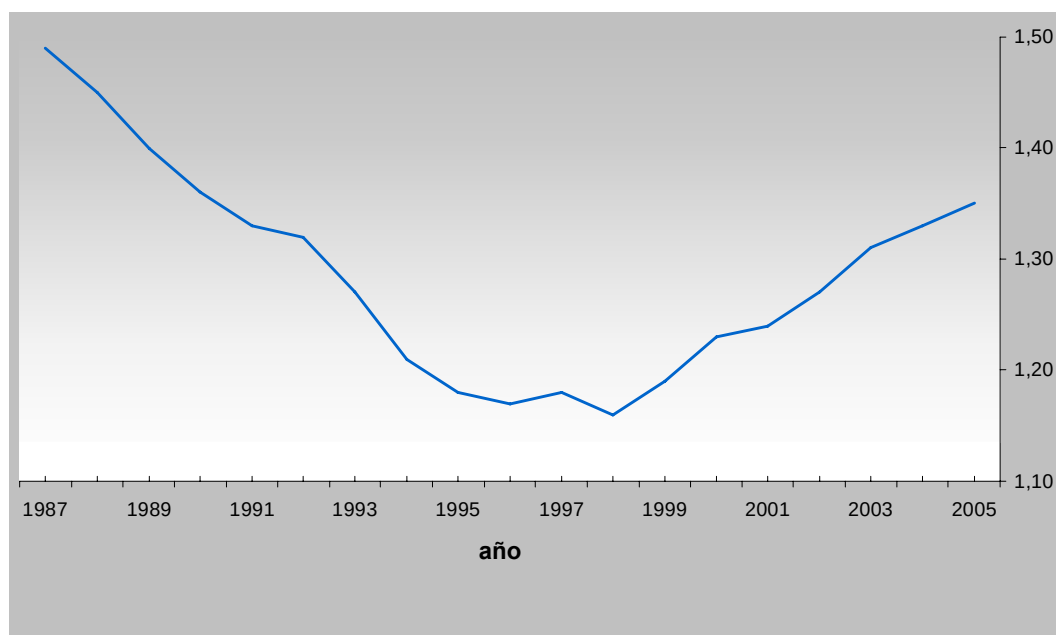
TABLA 11. PRINCIPALES INDICADORES DE NATALIDAD Y FECUNDIDAD. 2005

Variación interanual %			
Número de Nacimientos	466.371		2,6
Tasa bruta de natalidad (1)	10,7		0,8
% de nacimientos de madre extranjera	15,1		9,2
Número medio de hijos por mujer	1,35		1,3
Edad media de las madres al nacimiento del primer hijo	29,3		0,1
% de nacidos fuera del matrimonio	26,6		5,9

Nacidos de madre no casada (%)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2005

FIGURA 10. NÚMERO MEDIO DE HIJOS POR MUJER



Fuente: Análisis de la Fecundidad. INE

TABLA 12. EDAD MEDIA DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES SEGÚN DIFERENTES ESTUDIOS SOBRE SALUD Y JÓVENES

Estudio	Año	Edad	Hombres		Mujeres	
ESHS ¹	2003	18-29	17,5		18,2	
INJUVE ²	2003	15-29	17,3		18	
CJE ³	2001	18-29	Rural	Urbano	Rural	Urbano
			16,2	17,2	17,8	18,3
HBSC ⁴	2002	15-18	15,3		15,5	

Población: personas que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

¹ ESHS: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003. Instituto Nacional de Estadística. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2006.

² INJUVE: Juventud en España. Informe 2004. Instituto de la Juventud, 2005.

³ CJE: Salud y Juventud. Consejo de la Juventud de España, 2003.

⁴ HBSC: Estudio "Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11-17 años, 2002". Ministerio de Sanidad y Consumo. Universidad de Sevilla, 2005.

Fuente: Informe FIPSE. Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH en España 2003. 2006.

TABLA 13. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES SEGÚN SEXO Y EDAD (MEDIA, MEDIANA Y PERCENTILES 10 Y 90)

Grupos de edad	Total			Hombres			Mujeres		
	Media	Mediana	Percentil (10,90)	Media	Mediana	Percentil (10, 90)	Media	Mediana	Percentil (10, 90)
Total	17,8	18	(15, 21)	17,5	17	(15, 21)	18,2	18	(15, 22)
18-19	16,5	17	(15, 18)	16,4	17	(15, 18)	16,6	17	(15, 18)
20-24	17,5	17	(15, 20)	17,1	17	(15, 20)	17,9	18	(16, 20)
26-29	18,4	18	(15, 23)	18,1	18	(15, 22)	18,8	18	(15, 23)

Población: personas de 18-29 años que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

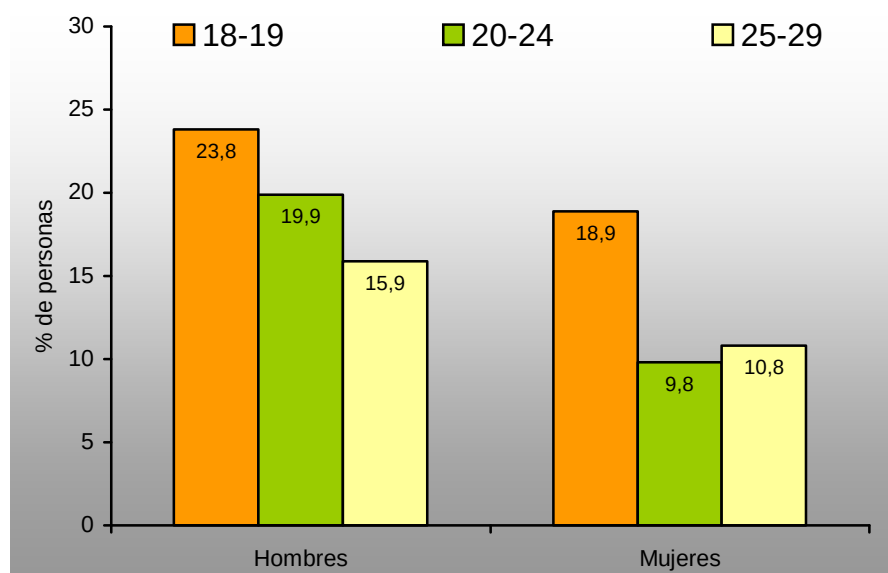
Fuente: Informe FIPSE. Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003

TABLA 14. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN SEXO Y EDAD (%)

	Ninguna			Una			Dos			Tres-Cuatro			≥ Cinco		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	10,3	11,1	9,4	59,3	50,5	68,5	13,4	13,2	13,5	9,1	12,1	6,0	8,0	13,1	2,7
18-19 años	10,5	14,4	6,0	54,9	45,8	65,4	16,0	14,3	17,9	12,3	17,0	6,9	6,3	8,5	3,8
20-24 años	10,8	10,6	11,0	54,9	44,6	65,3	14,4	15,4	13,4	10,3	13,2	7,4	9,6	16,2	2,9
25-29 años	9,8	10,6	8,9	63,6	55,9	71,5	12,0	11,4	12,6	7,4	10,0	4,7	7,2	12,1	2,2

Población: personas de 18-29 años que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

Fuente: Informe FIPSE. Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003.

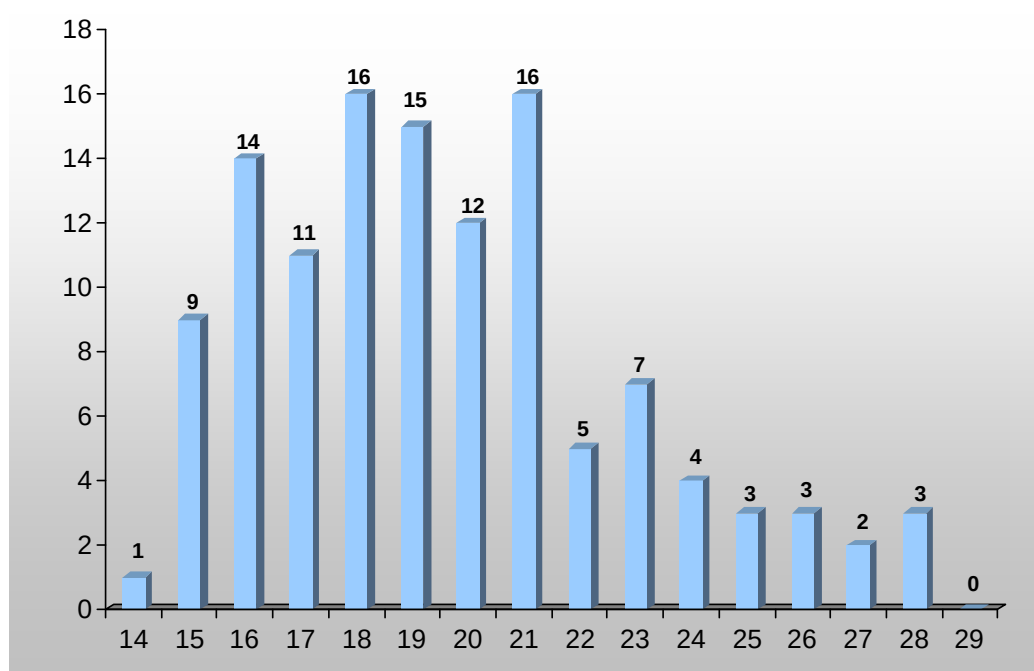
FIGURA 11. PORCENTAJE DE PERSONAS QUE INICIARON LAS RELACIONES SEXUALES CON MENOS DE 16 AÑOS SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD

Fuente: ESHS: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003. Instituto Nacional de Estadística. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2006.

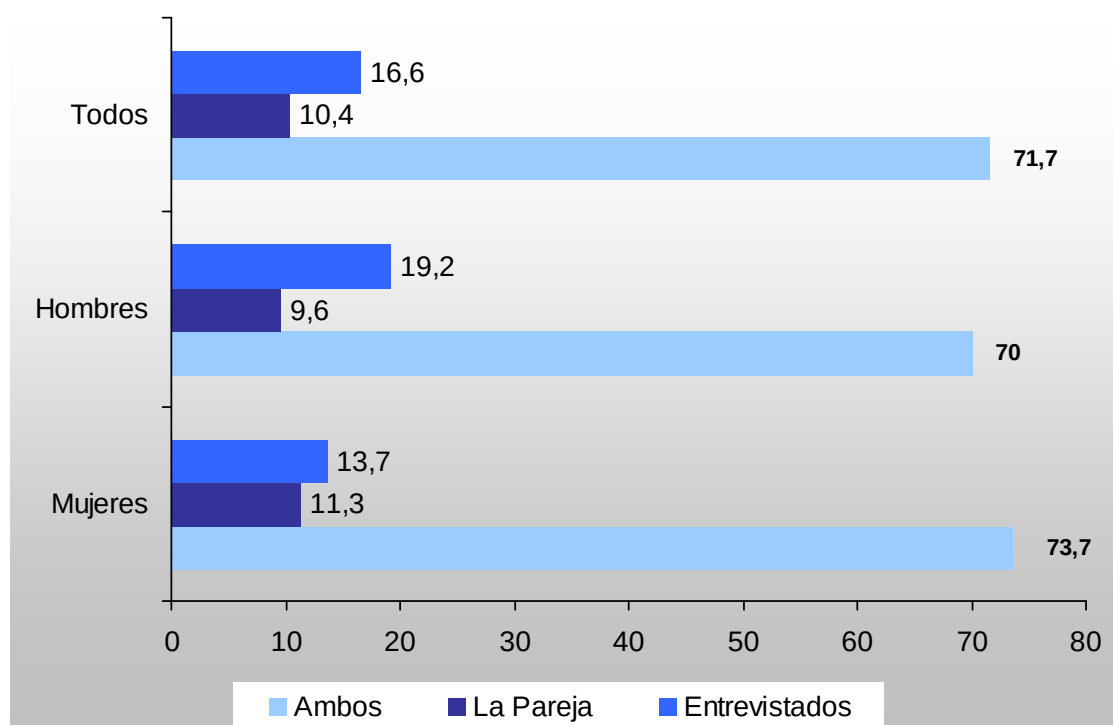
TABLA 15. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN SEXO Y EDAD.

Estudio	TOTAL	Hombre	Mujer	17-15	18-20	21-24	25-29
Preservativo o condón	79,4	87,4	73,6	94,7	90,4	81,6	71,9
Píldora anticonceptiva	17,3	12,9	22,1	4,3	8,1	14,8	24,1
DIU, dispositivo intrauterino o sterilet	1,1	0,7	1,7	-	0,2	0,7	1,9
Píldora del día siguiente	0,2	0,2	0,3			0,3	0,3
Coito interrumpido	0,3	0,2	0,5			0,6	0,3
Métodos naturales (Orino, Billings, Temperatura)	0,0	0,1	-			0,1	-
Otro	0,4	0,1	0,8			0,6	0,4
NS	1,2	1,2	1,2		1,3	1,2	1,2

Fuente: Informe Juventud en España 2004. INJUVE.

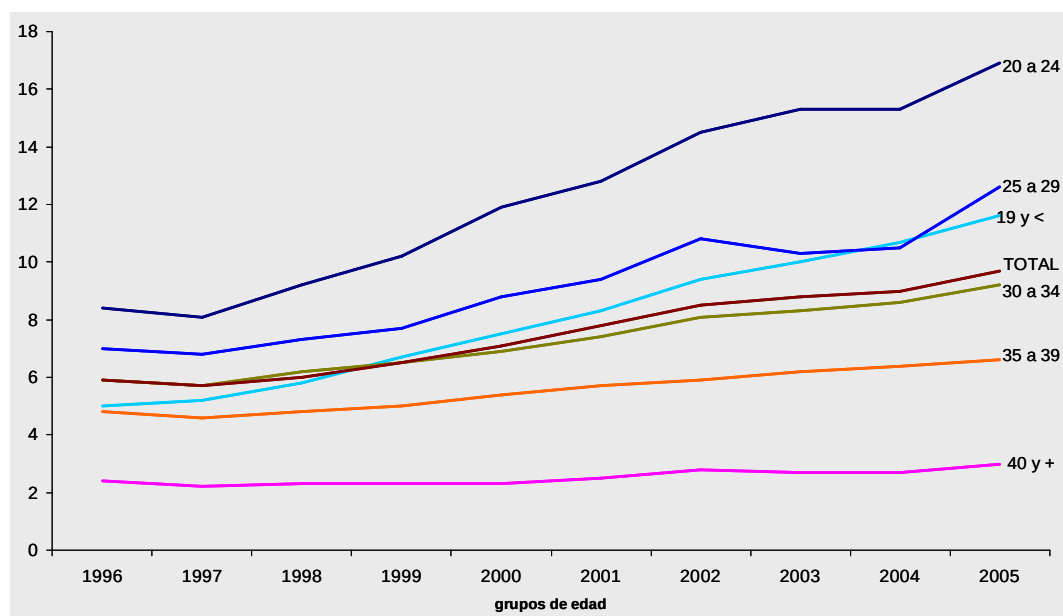
FIGURA 12. EMBARAZOS NO DESEADOS POR EDAD

Fuente: Informe Juventud en España 2004. INJUVE.

FIGURA 13. DECISIÓN SOBRE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

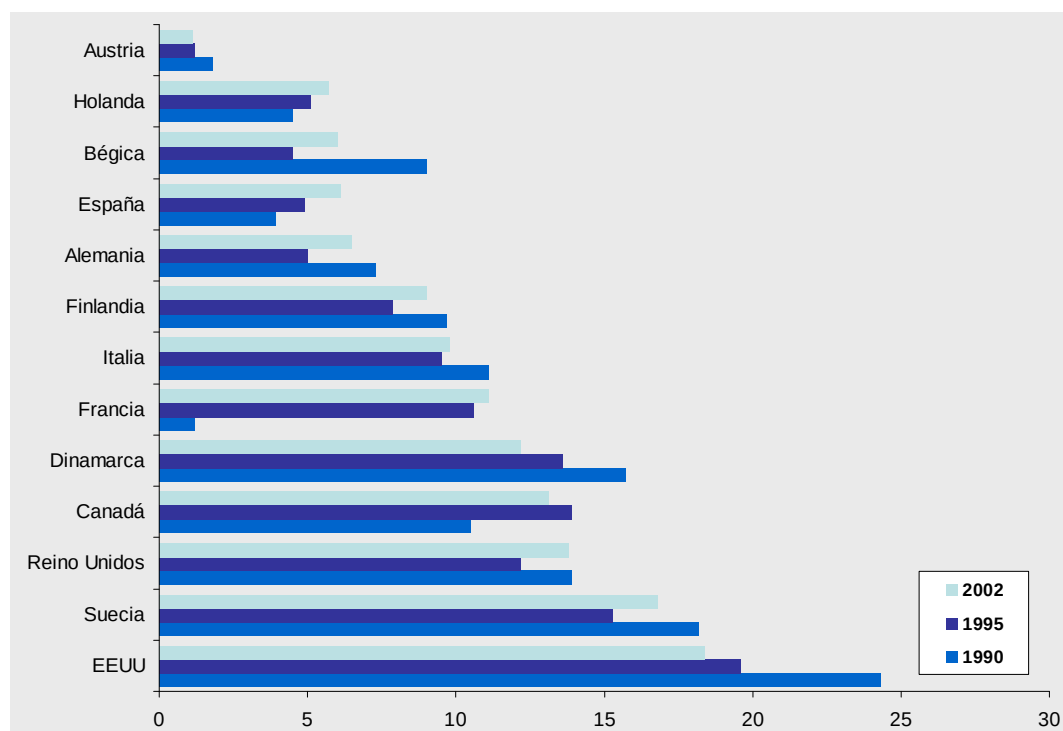
Población: personas que utilizaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual.
Fuente: INJUVE: Juventud en España. Informe 2004. Instituto de la Juventud, 2005.

FIGURA 14. TASAS DE IVE POR 1.000 MUJERES DE CADA GRUPO POR EDAD Y AÑO. PERÍODO 1996-2005.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro IVE 2004.

FIGURA 15. FRECUENCIA DE ABORTOS EN VARIOS PAÍSES EUROPEOS, CANADÁ Y EE.UU.



Fuente. Bases de datos: Eurostat, Naciones Unidas para varios años. También www.insee.fr para Francia, www.statistics.gov.uk para Reino Unido, www.ssd.scb.se para Suecia. INE y Ministerio de Sanidad y Consumo para España. Para EE.UU. y Canadá, anuarios demográficos de Naciones Unidas. Para EE.UU. también www.cdc.gov. Y www.census.gov y para Canadá también www.bcstats.gov.bc.ca.

TABLA 16. USO DEL PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN SEXO, EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS (%)

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	63,1	67,0	58,9
18-19 años	79,8	80,5	78,9
20-24 años	65,8	69,9	61,2
25-29 años	57,2	61,5	52,6

Población: personas de 18-29 años que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

Fuente: Informe FIPSE. Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003.

TABLA 17. RAZONES PARA USAR EL PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN

	IJE	INJUVE	IJE 2000
Prevenir embarazo	93,1	95	93
Proteger del sida	38,4	45,1	43
Proteger otras ETS	31,9	43,2	35
NC	2,2	1,0	-

Población: personas que han utilizado el preservativo en la última relación.

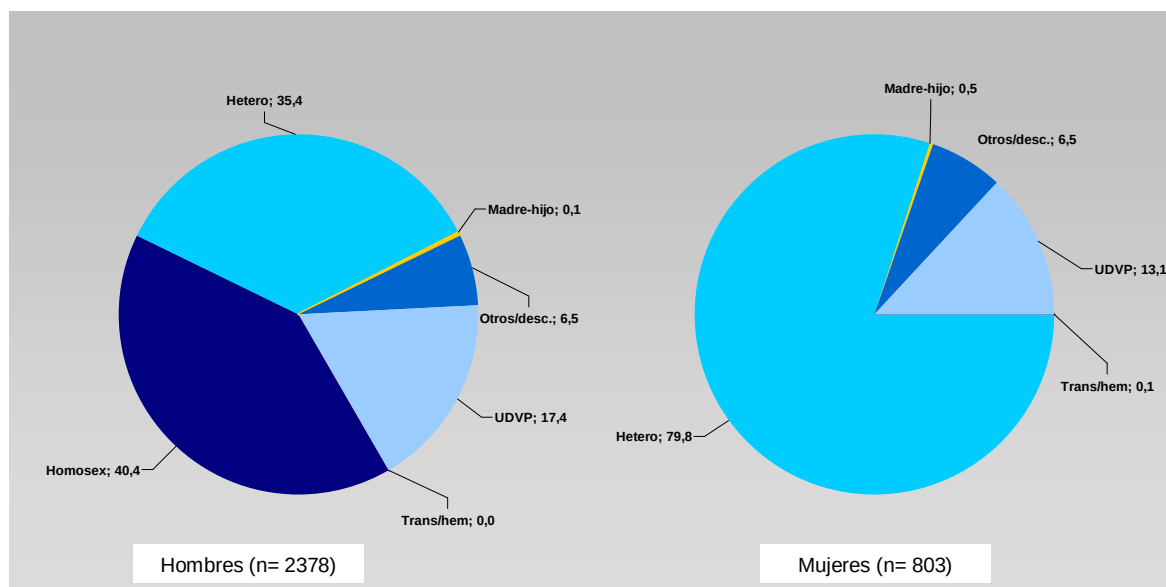
Fuente: IINJUVE: Juventud en España. Informe 2004. Instituto de la Juventud, 2005.

TABLA 18. EVOLUCIÓN DE LAS VENTAS DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA (EN MILES DE UNIDADES) EN FARMACIAS Y HOSPITALES. PERÍODO 2001-2004

Años	Farmacias	Hospitales	Total	Tasa* utilización
2001	144,3	15,9	160,2	18
2002	269,6	39,5	309,1	34
2003	317	76,7	393,7	43
2004	366	118,4	484,4	51
2005**	399	107	506	53

Fuente: IMS (International Marketing Studies). Los datos de las farmacias corresponden a un panel representativo del 95% de dichos establecimientos. * Tasa por mil mujeres 15-45 años. ** Para 2005 se estimó la cantidad total a partir de las ventas realizadas hasta agosto (dato disponible).

FIGURA 16. NUEVOS DISGNÓSTICOS DE VIH. CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN. ESPAÑA. DATOS DE OCHO CCAA. PERÍODO 2003-2005



Fuente: Registro Nacional de Sida.SPNS/CNE.2006

TABLA 19. TASAS DE IVE POR 1.000 MUJERES DE CADA GRUPO POR EDAD Y AÑO. PERÍODO 2005.

	< 20 años	20 - 24 años	25 - 29 años	30 - 34 años	35 - 39 años	> 39 años	TOTAL
% de variación 95 - 05	154,5%	106,2%	99,4%	57,5%	42,7%	18,1%	73,6%
2005	11,48	16,83	12,60	9,07	6,48	2,87	9,60
2004	10,57	15,37	11,43	8,57	6,12	2,69	8,94
2003	9,90	15,31	11,30	8,28	6,02	2,69	8,77
2002	9,28	14,37	10,72	8,10	5,84	2,72	8,46
2001	8,29	12,86	9,34	7,44	5,42	2,47	7,66
2000	7,49	11,88	8,66	6,90	5,11	2,35	7,14
1999	6,72	10,26	7,90	6,37	4,86	2,34	6,52
1998	5,71	9,13	7,35	5,99	4,65	2,35	6,00
1997	5,03	8,13	6,84	5,57	4,45	2,27	5,52
1996	4,91	8,35	7,02	5,89	4,7	2,37	5,69
1995	4,51	8,16	6,32	5,76	4,54	2,43	5,53

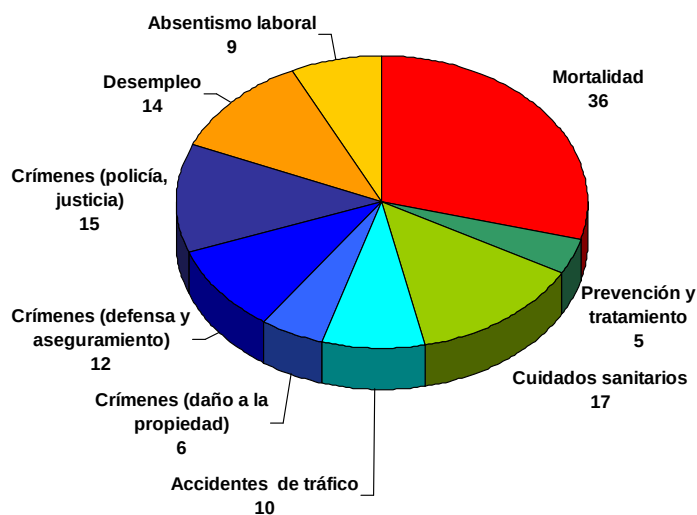
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro IVE.

TABLA 20. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE ABORTOS REALIZADOS SEGÚN TIPO DE CENTRO. TOTAL NACIONAL

Año	Centros públicos			Centros privados		
	Total (%)	Hospital (%)	Extrahosp. (%)	Total (%)	Hospital (%)	Extrahosp. (%)
2005	2,91	2,91	0,00	97,09	9,88	87,21
2004	3,57	3,56	0,00	96,44	9,72	86,73
2003	2,86	2,41	0,44	97,15	10,13	87,02
2002	2,47	2,09	0,38	97,53	8,87	88,66
2001	2,43	2,16	0,28	97,57	8,85	88,72
2000	2,37	2,11	0,26	97,63	8,34	89,29
1999	2,53	2,24	0,29	97,46	7,78	89,68
1998	2,64	2,33	0,31	97,37	7,65	89,72
1997	2,68	2,39	0,29	97,32	8,58	88,74
1996	2,77	2,47	0,30	97,24	7,98	89,26

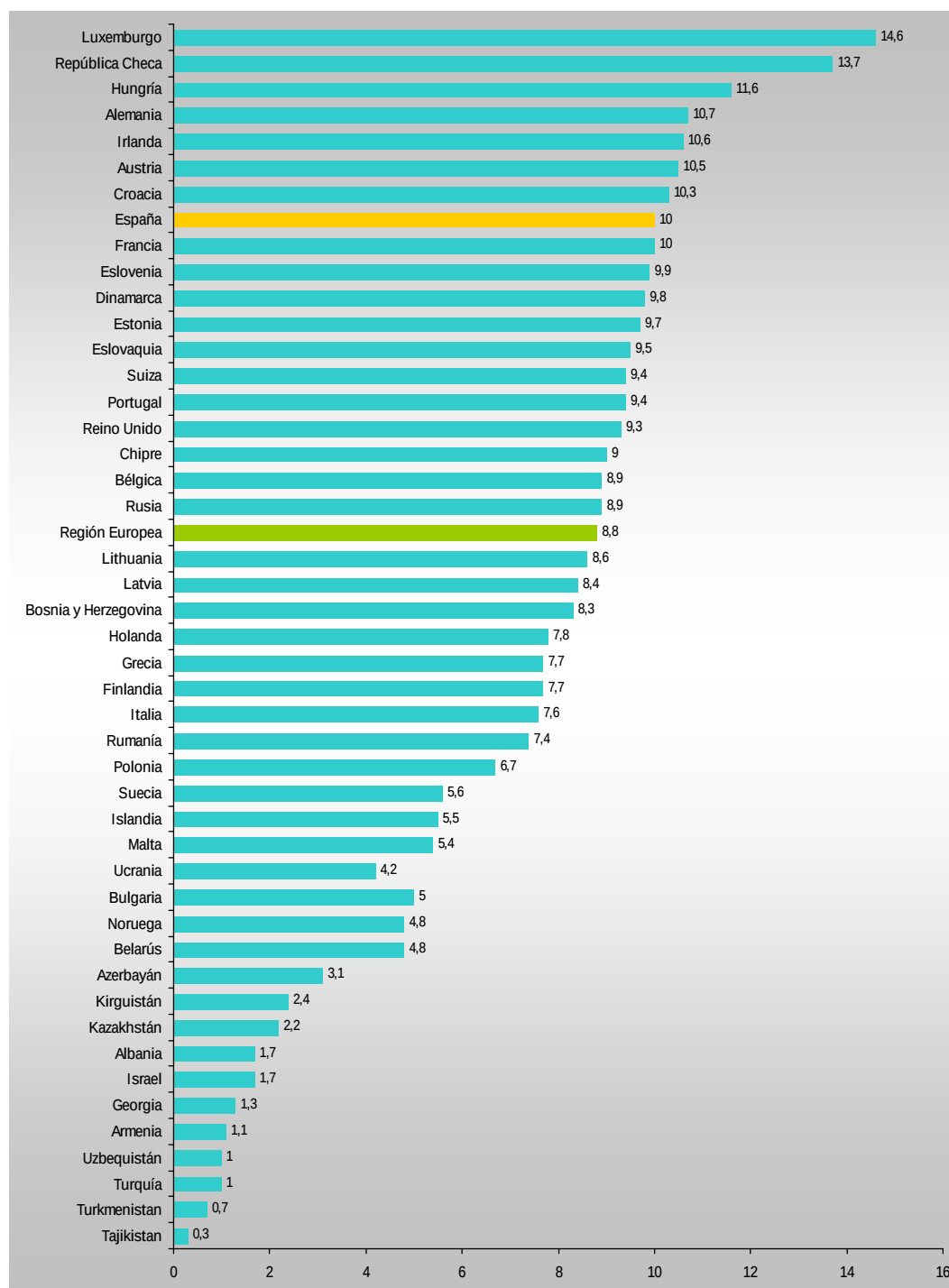
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro IVE

FIGURA17. COMPONENTES DE LOS COSTES TANGIBLES (BILLONES DE EUROS) DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EUROPA, 2003



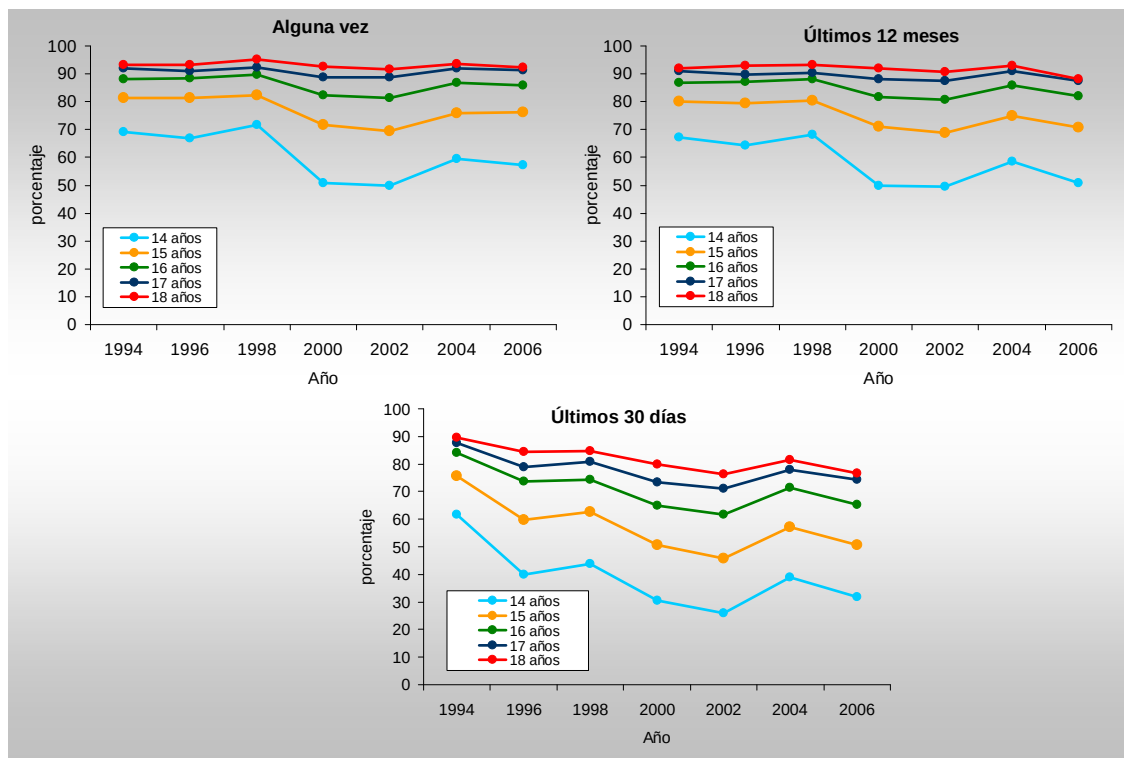
Fuente: Anderson & Baumberg, 2006

FIGURA 18. CONSUMO TOTAL DE ALCOHOL EN PAÍSES EUROPEOS, 2003. CONSUMO PER CÁPITA. LITROS DE ALCOHOL PURO.



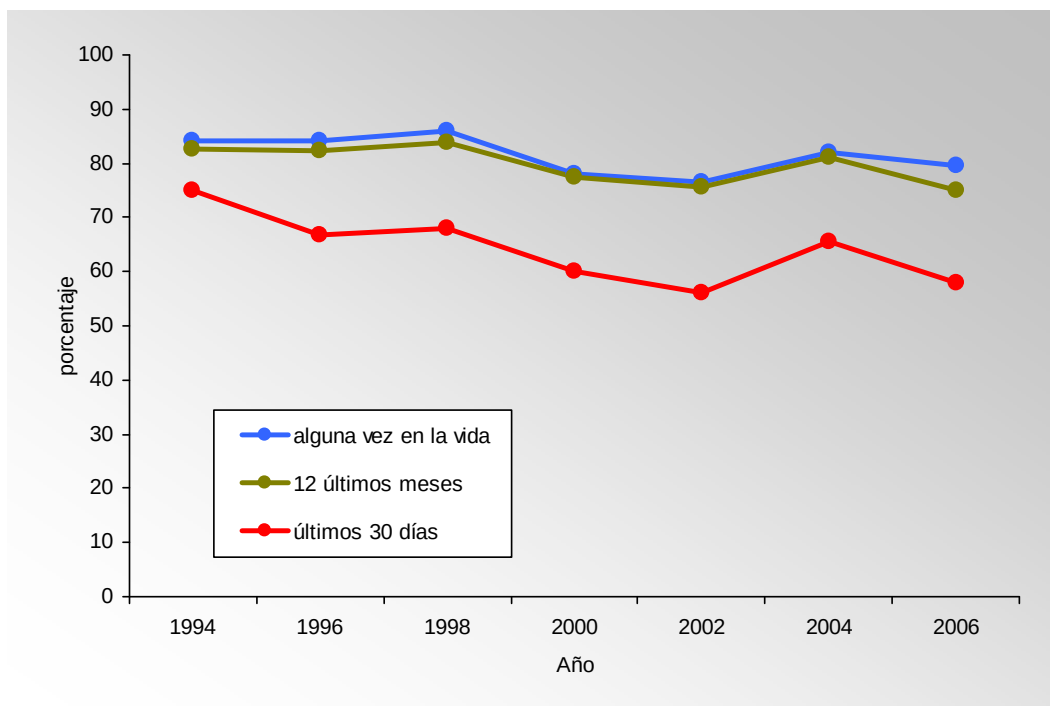
Fuente: World Health Organization. Regional Office for Europe
European health for all database (HFA-DB).

FIGURA 19 PEVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL POR GRUPOS DE EDAD. ESPAÑA 1994-2006.



FUENTE: DGPND. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria 2006.

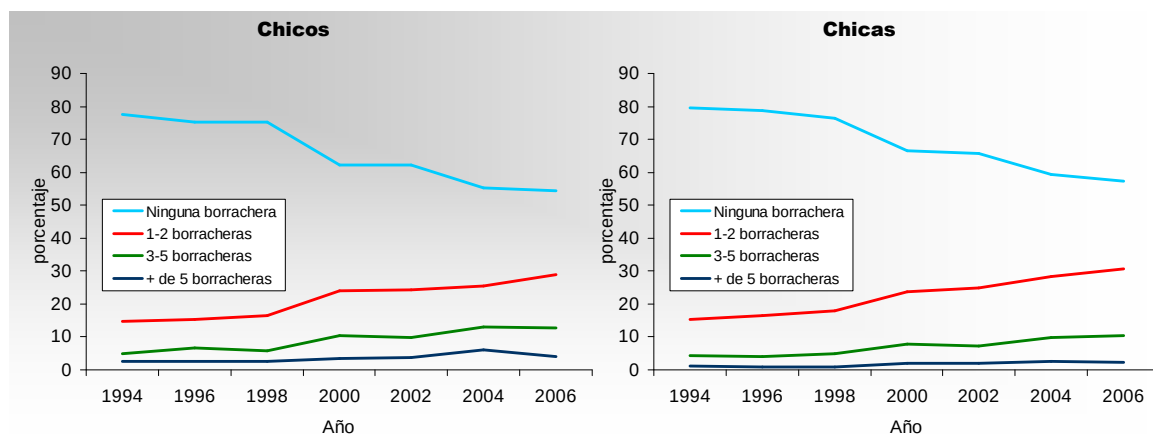
FIGURA 20 EVOLUCIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS. (PORCENTAJES). ESPAÑA 1994-2006



Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ES-TUDES) 1994-2006.

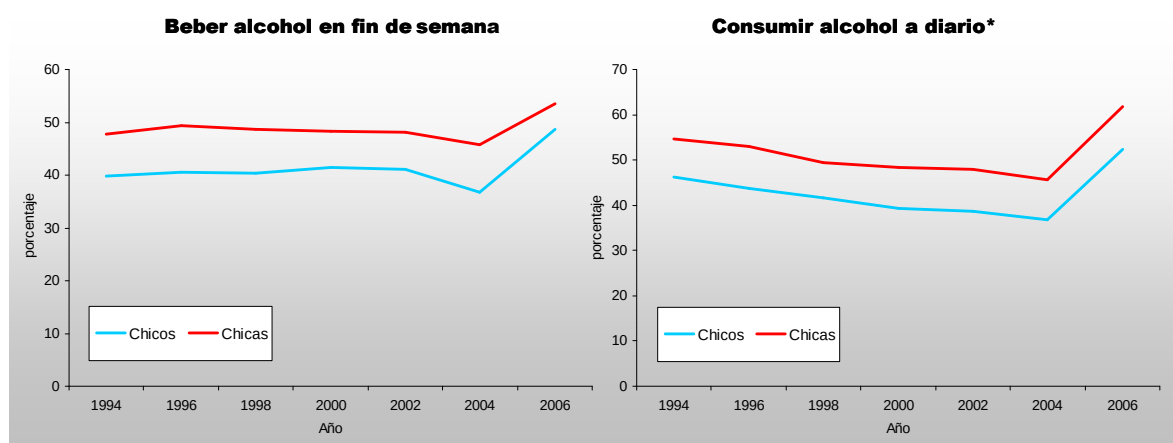
FIGURA 21 FRECUENCIA DE BORRACHERAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ENTRE LOS ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL EN ESTOS 30 DÍAS



Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

FIGURA 22 EVOLUCIÓN DEL RIESGO PERCIBIDO ASOCIADO AL CONSUMO HABITUAL DE ALCOHOL ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS, SEGÚN SEXO. ESPAÑA 1994-2006.



Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

() Tomar una o dos cañas/copas cada día*

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

TABLA 21. CONSUMO ALGÚN FIN DE SEMANA ENTRE ESCOLARES DE 14 A 18 AÑOS. AÑO 2006

ALGÚN DÍA DE VIERNES A DOMINGO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

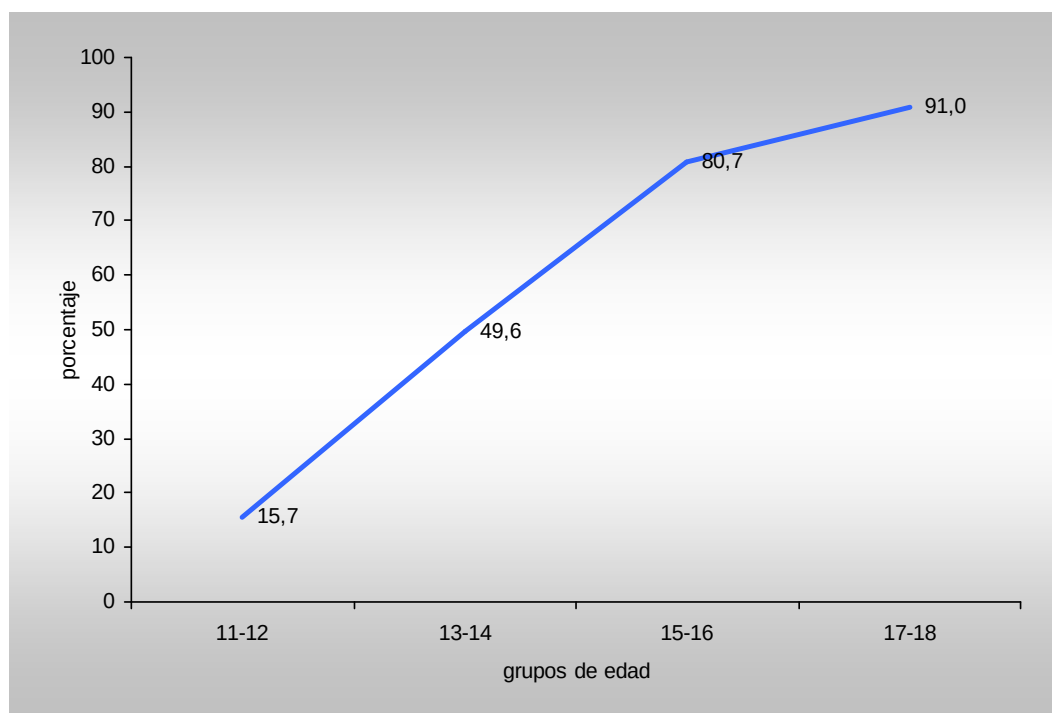
TIPOS DE BEBIDAS	%
Vino	18,8
Cerveza	27,9
Aperitivos	8,3
Combinados	51,6
Licores fuertes	23,0
Licores frutas	20,6

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

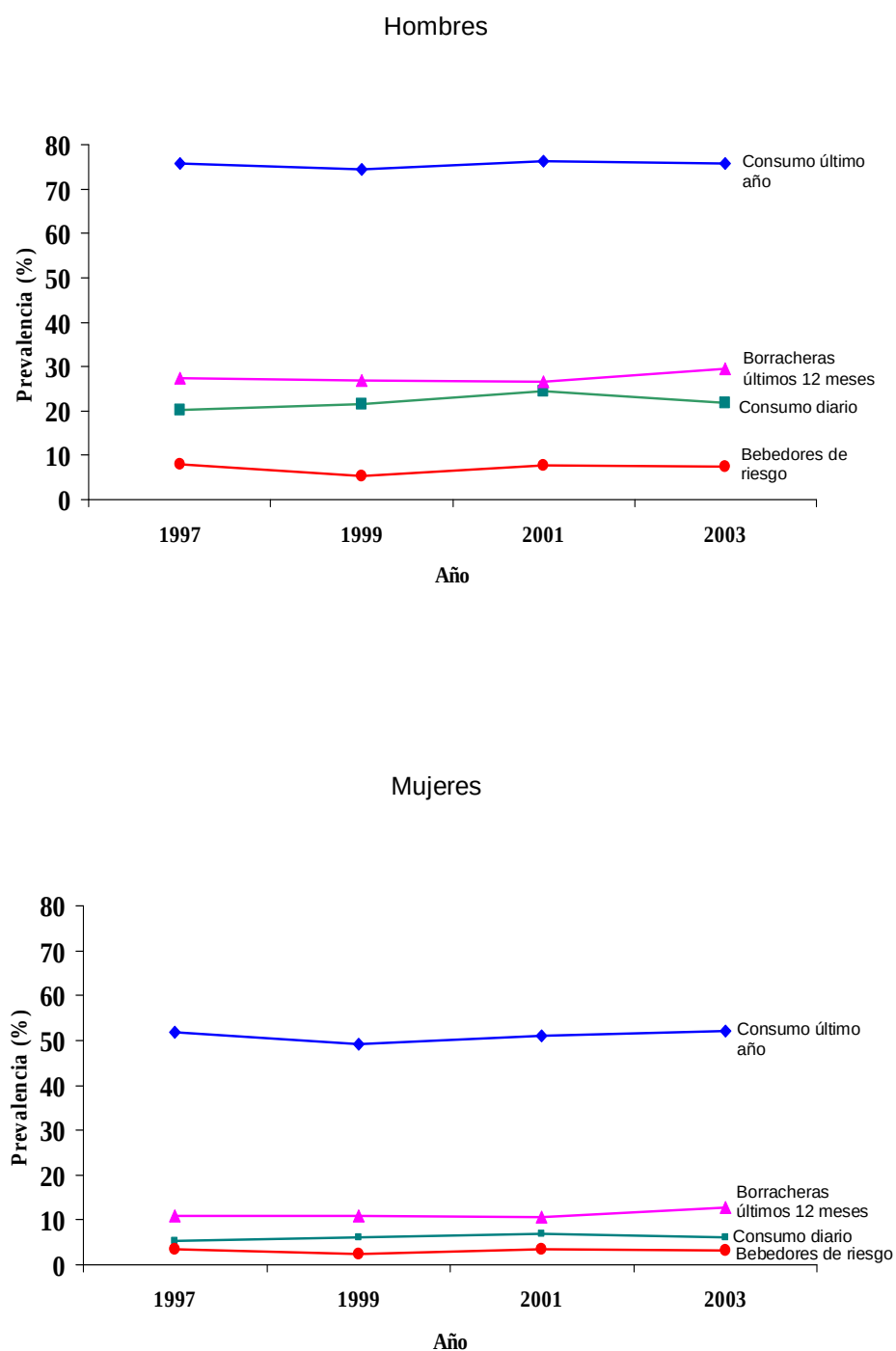
FIGURA 23 PORCENTAJE DE RESULTADOS DEL ESTUDIO HBSC-2006 CON CHICOS Y CHICAS ESPAÑOLES DE 11 A 17 AÑOS.

¿Has probado alguna vez alguna bebida alcohólica? (algo más que un sorbito o un trago)



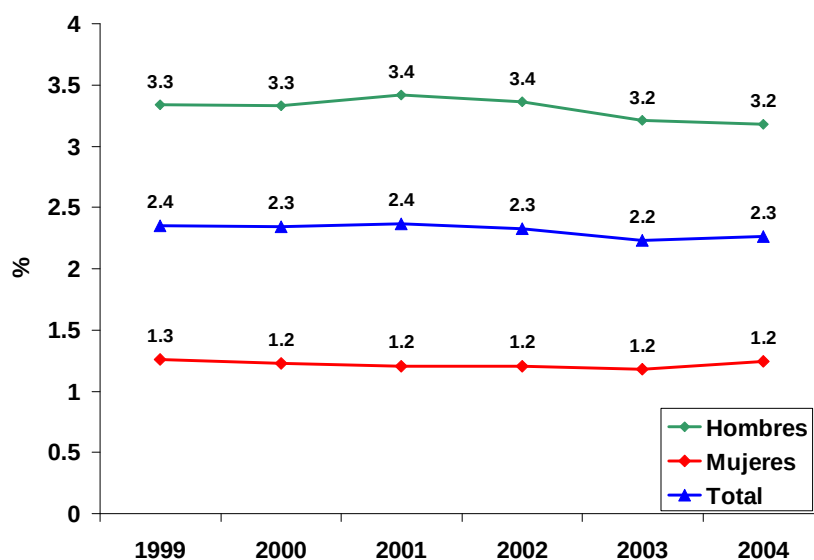
Fuente: HBSC - 2006

FIGURA 24. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN DE 15 A 64 AÑOS. ESPAÑA, 1997-2003



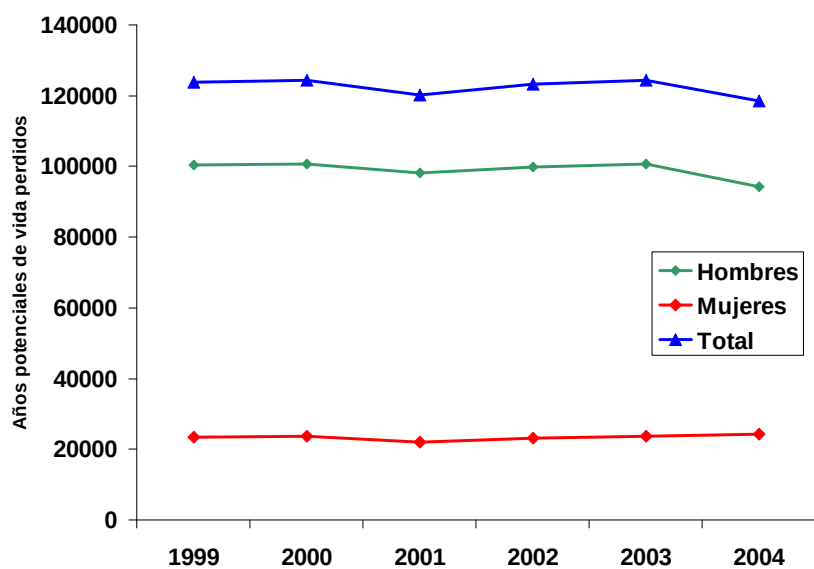
Fuente: DGPNSD. Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1997-2003.

FIGURA 25. MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN SEXO. ESPAÑA, 1999-2004.



Fuente: Ochoa et al, 2006¹⁰³

FIGURA 26. MORTALIDAD PREMATURA ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN SEXO. ESPAÑA, 1999-2004.



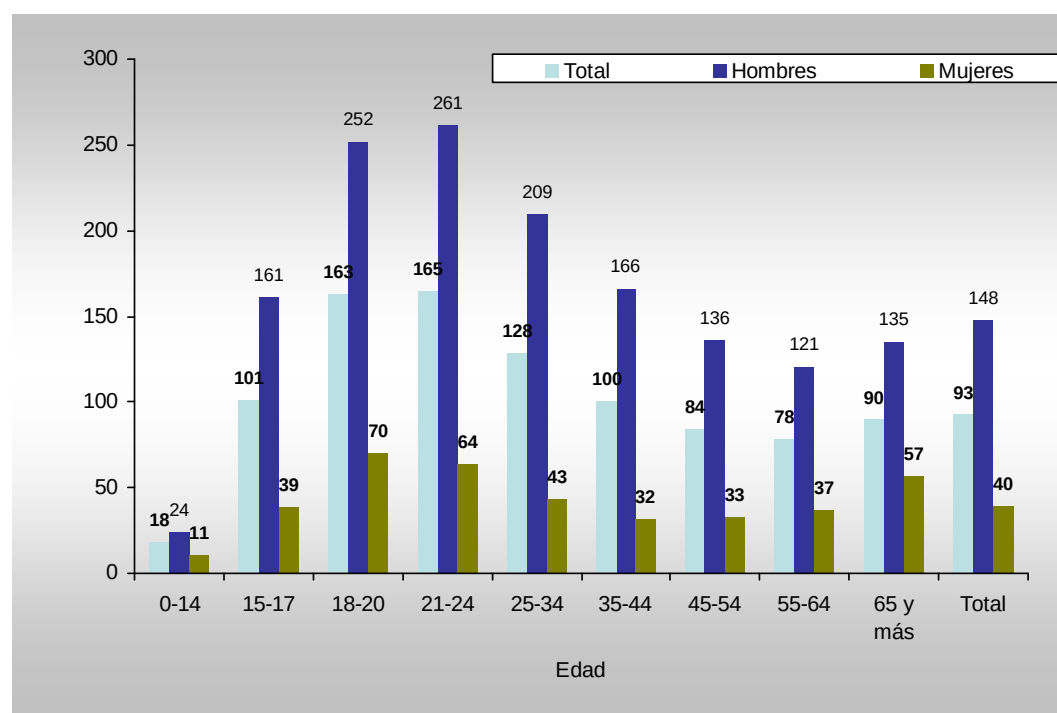
Fuente: Ochoa et al, 2006¹⁰³

TABLA 22. EVOLUCIÓN DE LAS VÍCTIMAS MORTALES 2003-2006

Víctimas mortales	2003	2004	2005	2006	2006/2005	2006/2003
0-14	153	124	121	115	-5%	-25%
15-24	1.167	968	873	741	-15%	-37%
25-34	1.220	1.089	995	955	-4%	-22%
35-44	808	725	700	717	2%	-11%
45-54	616	556	537	494	-8%	-20%
55-64	460	421	429	368	-14%	-20%
65 y+	811	738	713	667	-6%	-18%
Sin especificar	164	120	74	47	-36%	-71%
Total	5.399	4.741	4.442	4.104	-8%	-24%

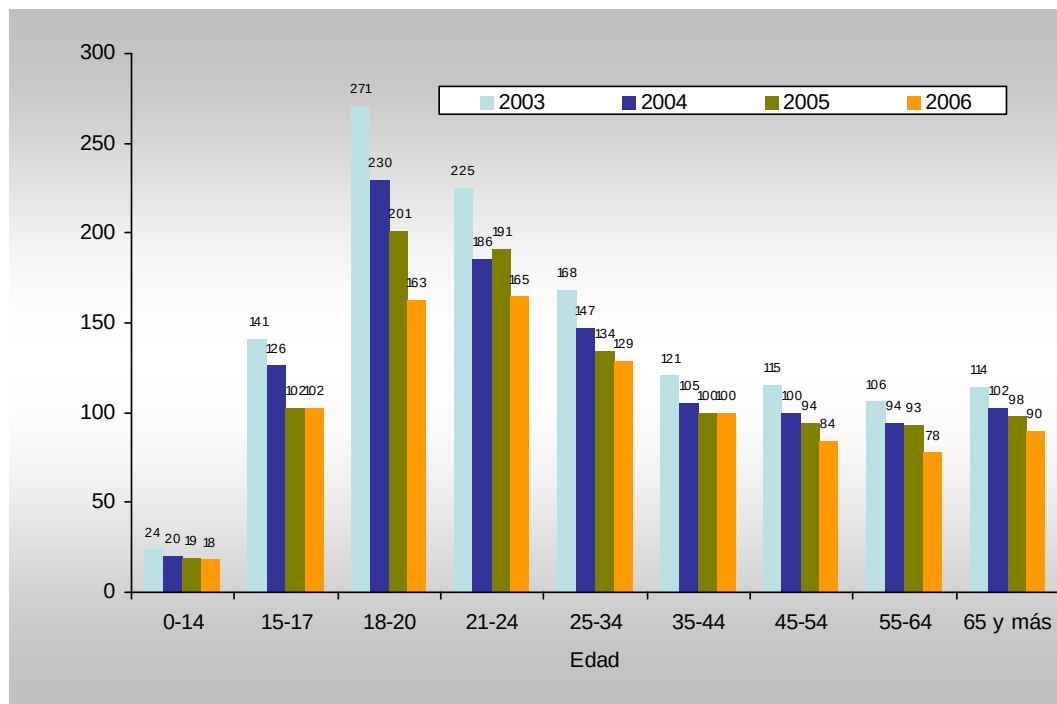
Fuente Principales cifras de la Seguridad Vial. España 2006. Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial, 2007.

FIGURA 27 N.º DE MUERTOS POR ACCIDENTES DE TRÁFICO EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DEL SEXO POR MILLÓN DE HABITANTES. 2006



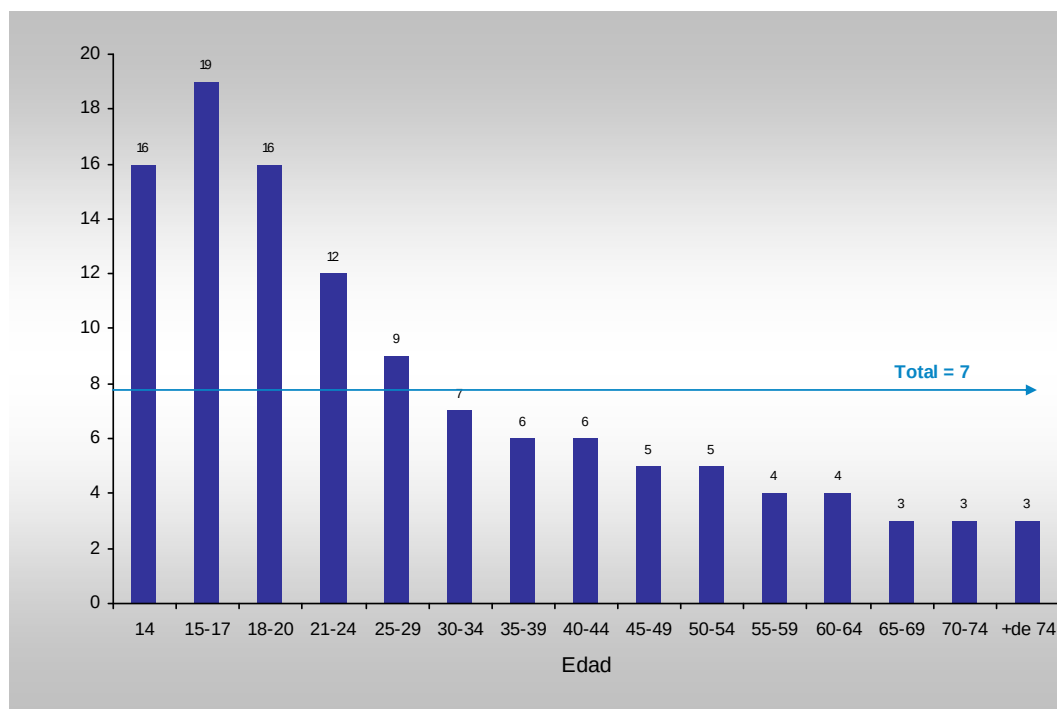
Fuente: Principales cifras de la Seguridad Vial. España 2006. Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial, 2007.

FIGURA 28 EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MUERTOS POR ACCIDENTES DE TRÁFICO POR MILLÓN DE HABITANTES. 2006.



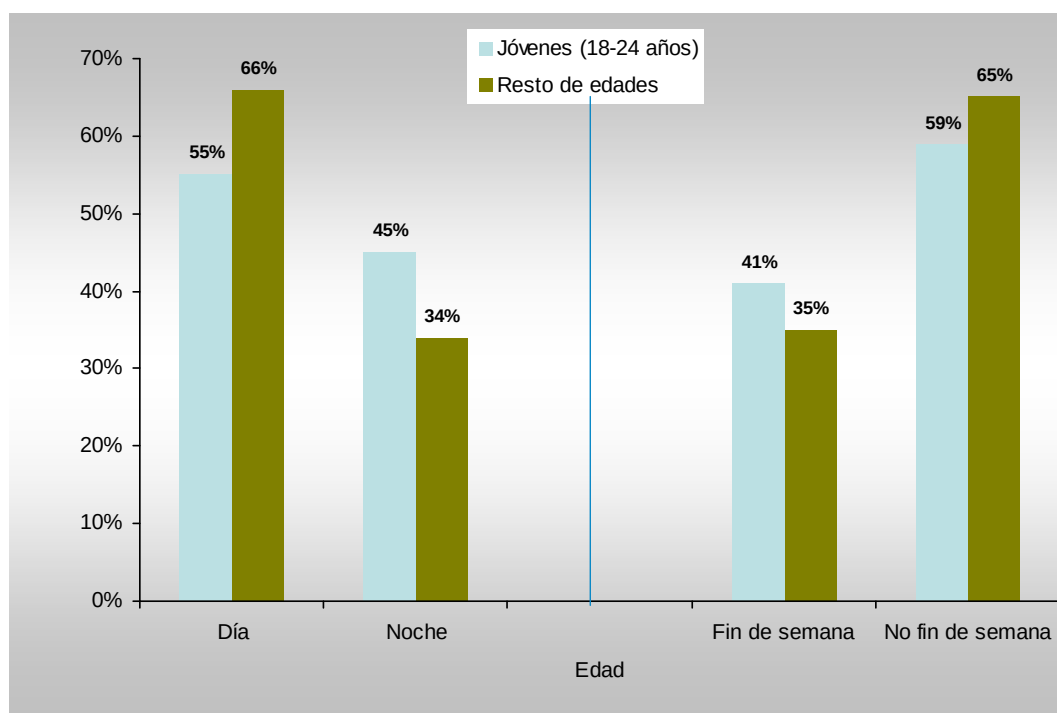
Fuente Principales cifras de la Seguridad Vial. España 2006. Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial, 2007.

FIGURA 29 NÚMERO DE CONDUCTORES IMPLICADOS EN ACCIDENTES CON VÍCTIMAS POR 1.000 CONDUCTORES CENSADOS. 2006.



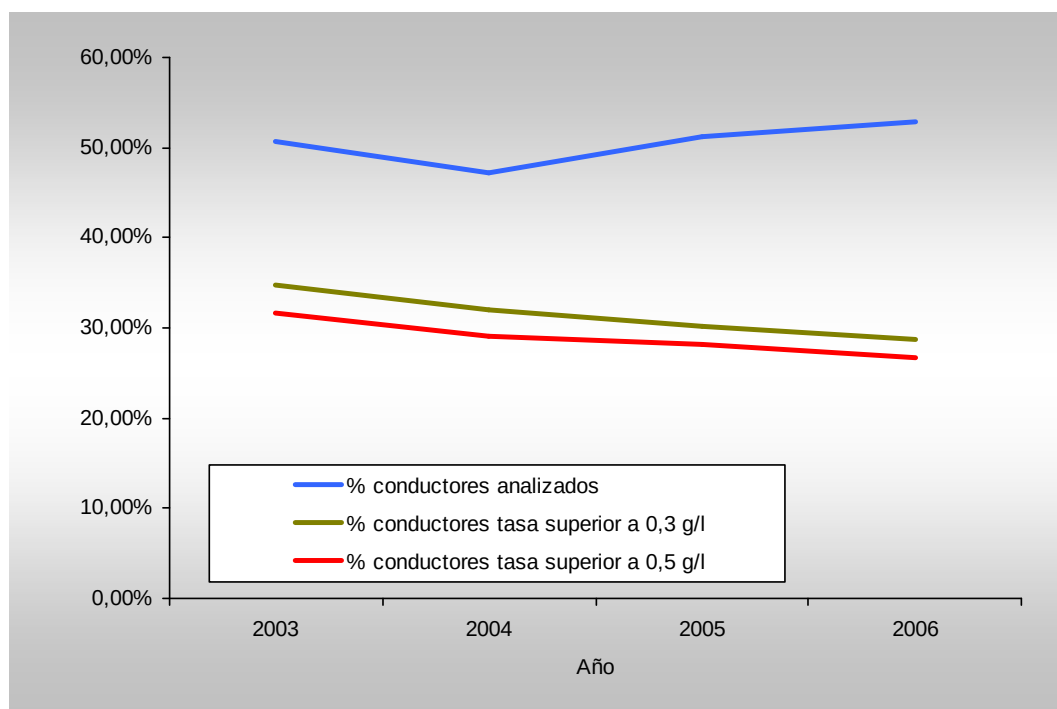
Fuente Principales cifras de la Seguridad Vial. España 2006. Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial, 2007.

FIGURA 30 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS FALLECIDOS JÓVENES Y RESTO DE EDADES EN FUNCIÓN DE LOS PARÁMETROS DÍA/NOCHE Y FIN DE SEMANA/NO FIN DE SEMANA. 2006.



Fuente: Principales cifras de la Seguridad Vial. España 2006. Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial, 2007.

FIGURA 31 CONDUCTORES FALLECIDOS A LOS QUE SE LES HA REALIZADO ANÁLISIS TOXICOLÓGICO. 2006.



Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

TABLA 23. EL FENÓMENO DEL BOTELLÓN. ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS

Actividades realizadas todos los fines de semana

ACTIVIDADES	TOTAL
Escuchar música	98,1
Estar charlando en la calle/parque	95,7
Ver la televisión	95,1
Ir de botellón	80,0
Ir de bares/pubs	79,6
Ir a casa de un amigo o a la suya	73,1
Jugar con ordenador/consola/Internet	69,5
Ir a fiestas/discotecas	59,9
Consumir drogas	34,9

Fuente: Estudio comparado en Madrid, Galicia y Jaén. (2002-2003). Ministerio de Sanidad y Consumo.

TABLA 24. CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIDADES

1 UBE		2 UBE	
200 ml de cerveza (caña o quinto)		1 copa de coñac (50 ml)	
100 ml de vino (vaso pequeño)		1 combinado (50 ml)	
50 ml de vino generoso (jerez}		1 vermut (100 ml)	
50 ml de cava (1 copa)		1 whisky (50 ml)	
25 ml de licor (carajillo)			
Tipo de bebida	Volumen	N.º de unidades	
Vino	1 vaso (100 cc)	1	
	1 litro	10	
Cerveza	1 caña (200 cc)	1	
	1 litro	5	
Copas	1 copa (50 ml)	2	
	1 carajillo (25 ml)	1	
	1 combinado (50 ml)	2	
	1 litro	40	
Jerez, cava, vermut	1 copa (50 ml)	1	
	1 vermut (100 ml)	2	
	1 litro	20	

Fuente: PAPPS. http://www.papps.org/publicaciones/abuso_alcohol.pdf

TABLA 25. PREVALENCIA DE MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ESTUDIOS COMUNITARIOS REALIZADOS EN ESPAÑA.

Autor (año)	Área	Muestra (n)	Instrumento	Prevalencia psiquiátrica (%)	
				Hombres	Mujeres
Muñoz et al (1979)	Navarra	885	PSE 140	11,6	23,6
Vázquez-Barquero et al (1981, 1982)	Navarra	1.156	CIS	19,2	28,3
Seva-Díaz et al (1982)	Soria	404	GHQ-30	—	34,2
Vázquez-Barquero et al (1987)	Cantabria	1.232	PSE 140	8,1	20,6
Herrera et al (1987)	Barcelona	811	GHQ-60	15,9	30,8
Mateos et al (1989)	Galicia	2.510	GHQ-60	20,8	33,6
Canals et al (1997)	Cataluña	290 (18 años)	SCAN	21,7	36,1
Rajmil et al (1998)	Cataluña	12.415	GHQ-12	15,8	18,7
Roca et al (1999)	Formentera	697	GHQ-28	15	23,6

GHQ: cuestionario general de salud; PSE: examen del estado actual; CIS: Cuestionario de Entrevista Clínica; SCAN: cuestionario para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría.

Fuente: I. Montero et al. "Género y salud mental en un mundo cambiante". Gaceta Sanitaria, v. 18 supl. 1. Barcelona, mayo de 2004.

TABLA 26. PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES COMUNES EN POBLACIÓN ESPAÑOLA CLASIFICADOS, SEGÚN DSM IV POR GRUPOS DE EDAD.

Edad	Cualquier trastorno mental	Trastorno afectivo o del estado de ánimo	Trastorno de ansiedad
18-24 años	10,1	3,8	7,8
25-34 años	8,5	3,4	4,2
35-49 años	8,4	4,5	4,5
50-64 años	9,1	5,4	6
Mayores de 65	6,6	4,4	3,9

Fuente: Propuesta de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

ANEXO I

LA DECLARACIÓN “HACIA NUESTRO BIENESTAR MENTAL” DE ADOLESCENTES Y JÓVENES DE ALCALÁ DE HENARES

Como forma de participación activa en el HBSC FORUM 2007 de la Organización Mundial de la Salud sobre “Cohesión social para el bienestar mental de los adolescentes”, jóvenes del proyecto de participación comunitaria de adolescentes y jóvenes “Aprendiendo entre todos a relacionarnos de forma saludable” del centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares (<http://adolescentes.blogia.com>) coordinaron el proceso colectivo de redacción del manifiesto “The teenagers statement from Alcalá de Henares”, en el que estuvieron involucrados más de 70 adolescentes y jóvenes. He aquí el manifiesto:

“Nosotros, adolescentes y jóvenes de Alcalá de Henares, manifestamos en relación con la promoción de nuestro bienestar mental lo siguiente:

- **Necesitamos modelos adultos coherentes, que nos acompañen desde pequeños, dándonos oportunidades de ser nosotros mismos.**
- **Os pedimos que no nos impongáis vuestras ideas ni quienes tienen que ser o dejar de ser nuestros amigos. Nuestra mente y nuestros afectos no son propiedad vuestra, sino nuestra. Sabemos lo que queremos.**
- **No nos encasilléis y atribuyáis defectos solamente por ser jóvenes, ni nos trasladéis vuestros miedos y preocupaciones.**
- **Para sentirnos bien necesitamos tranquilidad, respeto, estabilidad y menos violencia a nuestro alrededor.**
- **Contad con nosotros en las decisiones que afectan a nuestras vidas.**
- **Dadnos espacios reales de participación.**
- **Para algunas cosas somos mayores pero para otras somos pequeños, por lo que necesitamos que confiéis en nosotros y nos ayudéis a desarrollarnos sin sobreprotegernos ni dejándonos solos ante el peligro.**
- **A veces se nos olvida que somos únicos y valiosos y nos desanimamos. Ahí estáis vosotros para valorarnos y recordarnos lo maravilloso de ser diferente. Si la gente se ríe de ti por ser diferente, riete de ellos por ser todos iguales.**
- **Querednos, decidnos lo que hacemos bien y no sólo lo que hacemos mal, y apoyad nuestros esfuerzos por conseguir nuestras ilusiones.”**

ANEXO II

ALGUNOS DATOS SOBRE VALORES, ACTITUDES POSITIVAS Y DEDICACIÓN A LA SOLIDARIDAD

Población de entre 15 y 29 años

Fuente: Sondeos de opinión INJUVE-CIS 2006 y 2007

1. Valoración de algunas cuestiones de su vida

- ✓ A lo que dan más importancia en su vida es a “la familia”, a la cual casi la totalidad (un 99,6%) le atribuye bastante (17,4%) o mucha (82,2%) importancia, y en segundo lugar sitúan “la salud” (99,1%). A ambos asuntos más del 80% les dan mucha importancia.
- ✓ También figuran entre los temas más destacados “la amistad” (98%, con un 66% de respuestas “muy importante”), y “el trabajo” (96%, con un 63% de respuestas “muy importante”).
- ✓ En valoración asimismo muy alta, pero algo más rezagados, quedan “el tiempo libre u ocio” (94%, con un 45% de respuesta máxima), “ganar dinero” (93%, con 50% de máxima) y “la sexualidad” (91%, con 42% de máxima).
- ✓ Son valorados también altos “los estudios” (87%, con 40% de máxima) y “el aspecto físico” (73%, con 23% de máxima).
- ✓ Por contraste, quedan muy atrás en su valoración “la política” (28%, con sólo un 7% de máxima) y “la religión” (27%, con un 9% de máxima).
- ✓ Las mujeres dan incluso algo más de importancia que los hombres a “la familia”, “la salud” y “los estudios” y los hombres a “ganar dinero”, “la sexualidad” y “el tiempo libre”.

2. Valoración de causas sociales

- ✓ La causa más valorada, que merecería para defenderla asumir riesgos y sacrificios es “la lucha contra el hambre”, con una valoración de 8,9 sobre 10, seguida de “la defensa de los derechos humanos” (8,8 sobre 10), “la libertad individual” y “la paz” (ambas con 8,5), “la igualdad de sexos” y “la defensa de la naturaleza” (con 8,4).
- ✓ Queda algo relegada “la defensa de España” (6,8) y suspenden “la revolución” (4,4) y la religión (4,3).
- ✓ En todos los casos la valoración de las mujeres es más alta que la de los hombres (salvo en “la defensa de España”, que es idéntica); destacan las diferencias en “la igualdad de sexo” (las mujeres la califican con un 8,8 frente a un 8,0 de los hombres) y “la religión” (las mujeres 4,7 y los hombres 4,0).
- ✓ Por otra parte, un 83% considera que no hay causa alguna que justifique la violencia por motivos políticos o sociales; la diferencia por género vuelve a ser significativa, ya que así piensan un 78% de hombres y un 88% de mujeres. Hay un 18% de hombres y un 9% de mujeres que creen que sí existen causas que hacen justificable la violencia, como es sobre todo “la defensa en caso de agresión externa” y “la defensa de las libertades”.

3. Solidaridad

Concepto de solidaridad, formación e interés por la solidaridad

- ✓ En lo que se refiere al concepto que tienen de la solidaridad, casi todos y todas están de acuerdo en que la solidaridad es “tener en cuenta a los demás” (95%) y que “la verdadera solidaridad consiste en cumplir bien con las obligaciones que se tienen” (93%); también están de acuerdo de un modo bastante general con la opinión de que “la solidaridad es repartir y compartir lo que se tiene: el tiempo, el dinero, etc.” (91%); aunque no son pocos los que aceptan también la idea de que “la solidaridad empieza por uno mismo” (88%).
- ✓ Casi dos de cada tres (63%) creen que han sido educados para la solidaridad mucho o bastante en el centro de enseñanza donde estudian o estudiaron; son más las chicas (66%) que los chicos (60%).
- ✓ Casi la totalidad (83%) confiesa haber comentado con amigos o compañeros la situación de necesidad de países y personas; son más las chicas (86%) que los chicos (81%).

Dedicación a la solidaridad

- ✓ Casi la mitad de los/as jóvenes entrevistados/as (48%) dice haber dado dinero, en alguna ocasión, para países o personas que lo necesitan; de nuevo son algo más las chicas (49%) que los chicos (45%).
- ✓ Además, casi uno/a de cada tres (29%) dice que ha dedicado, en algún momento, algunas horas de tiempo libre a actividades de ayuda a otras personas; otra vez son más las chicas (31%) que los chicos (27%).

Solidaridad con otros países

- ✓ Dos de cada tres jóvenes (67%) piensan que las diferencias entre países pobres y ricos están aumentando.
- ✓ La inmensa mayoría (83%) está de acuerdo con que el Estado español dedique el 0,7% de su producto interior bruto para ayudar a los países subdesarrollados, aunque también son mayoría (54%) quienes están de acuerdo en que primero hay que solucionar las necesidades de nuestro país y después las de otros países.

Pobreza en España

- ✓ Uno/a de cada dos (51%) cree que hay mucha o bastante pobreza en España; quienes piensan esto son significativamente más las chicas (56%) que los chicos (47%).
- ✓ Los/as jóvenes consideran que la causa principal de esta situación de necesidad en la que viven algunas personas en nuestro país es la injusticia social (44%); una vez más son claramente más proclives a esta respuesta las chicas (49%) que los chicos (39%). La segunda causa en porcentaje de respuestas es la “pereza y falta de voluntad” (25%); quienes se inclinan por esta opción son más los chicos (27%) que las chicas (22%).

Grupos e instituciones solidarias

- ✓ Finalmente, piensan que la familia es el grupo o institución que contribuye más a favorecer sentimientos y prácticas de solidaridad (89%), seguida por las asociaciones y organizaciones (76%), las relacionadas con la enseñanza (73%), los amigos (66%), los medios de comunicación (55%) y la Iglesia (52%). Los grupos e instituciones que menos contribuyen a generar

esos sentimientos y prácticas de solidaridad son los partidos políticos (18%), los ayuntamientos (29%) y el Estado (29%).

4. Voluntariado

Actividad voluntaria y voluntarios potenciales

- ✓ El 10% de los y las jóvenes en España de entre 15 y 29 años de edad dice colaborar como voluntario con alguna organización. El 18% dice que colaboró en el pasado, pero que ya no lo hace. El 72% nunca ha colaborado.
- ✓ Entre los que nunca han colaborado, hay un 42% (es decir un 30% del total de jóvenes entrevistados, porcentaje que representa, en números absolutos, a casi 2.800.000 jóvenes) que ha pensado alguna vez en colaborar como voluntario en alguna organización. Los motivos más importantes que aducen éstos/as, para no haber colaborado hasta ahora es “no tener tiempo” (46% —un 14% del total de entrevistados—) y “porque no me lo he propuesto en serio” (27% —un 8% del total de entrevistados—, unos 900.000 jóvenes en términos absolutos).

Actividades voluntarias preferidas

- ✓ Las actividades voluntarias que consideran más interesantes para ellos/as tienen que ver con “la infancia y la juventud” (14%: chicas 17% y chicos 11%), “tercer mundo y países en conflicto” (11%), “discapacitados” (11%), “ecología y medio ambiente” (10%: chicas 5% y chicos 14%), y “sanidad, salud, hospitales” (9%: chicas 11% y chicos 7%).

Colaboración con organizaciones voluntarias y en acciones solidarias

- ✓ El 13% dice colaborar con alguna organización de voluntarios, mediante una aportación económica regular; más las chicas (15%) que los chicos (10%).
- ✓ El 39% suele colaborar en alguna acción solidaria, aunque no haya sido como voluntario de una organización; también algo más las chicas (41%) que los chicos (38%).
- ✓ El 34% ha colaborado en alguna acción solidaria realizada con motivo de algún hecho extraordinario (guerras, desastres naturales).
- ✓ El 22% dice tener algún miembro en su familia que colabora actualmente en alguna organización de voluntarios; el 17% dice tener algún amigo que colabora.

Niveles territoriales, voluntariado y actuaciones solidarias

- ✓ Se sienten identificados con actuaciones solidarias organizadas indistintamente a cualquier nivel territorial (27%), aunque son las actuaciones solidarias locales o del barrio las que concitan mayor identificación (24%), seguidas de las municipales (13%) y de las internacionales (13%). Las actuaciones solidarias a nivel regional (4%) y a nivel nacional (8%) generan menor identificación.
- ✓ El 31% conoce proyectos de voluntariado desarrollado por su ayuntamiento.
- ✓ La calificación media que dan a la importancia que tiene el voluntariado en su ciudad es de un 6,7 sobre 10. No obstante, el 48% considera que la presencia de voluntarios en su ciudad o pueblo es más bien escasa o incluso muy escasa.

Perfil del voluntariado y motivaciones

- ✓ Las características que imaginan que configuran el perfil de un/a voluntario/a son: “es preferentemente mujer” (lo opina el 82%), “es gente eficaz” (81%), “es joven” (80%), “con estudios” (68%) y “es gente estable familiarmente” (68%). Los rasgos que menos identifican con un/a

voluntario/a son: “gente poco constante que actúa sólo temporalmente, que está ociosa y no tiene otra cosa que hacer, y que es de clase alta o media-alta”.

- ✓ Las motivaciones que piensan que tienen mayor importancia para hacerse voluntario son: “por sentirse útil” (así opina un 88%), “por realizar un servicio a la comunidad” (87%) y “por creencias morales” (81%). Las motivaciones menos señaladas son: “por presiones sociales o políticas” (15%) y “porque está de moda” (20%).

Compensaciones y financiación

- ✓ El 52% cree que los voluntarios no deberían recibir compensación alguna por su labor, el 44% cree que sí. Y de éstos, el 41% (es decir, el 18% del total de entrevistados) opina que la compensación más adecuada sería una “promoción en el mundo laboral”; el 35% propone “descuentos o gratuidad en servicios públicos” y el 14%, “ventajas fiscales”.
- ✓ Mayoritariamente (70%) piensan que la labor del voluntariado debería ser asumida simultáneamente por las organizaciones voluntarias y por las Administraciones públicas. El papel de las Administraciones públicas debería ser la financiación económica de las organizaciones; así lo cree el 38%.

ANEXO III

CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CONTENIDOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA JUVENTUD

Fuente: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Cartera de servicios comunes de atención primaria

- ✓ Dentro del apartado 2, “Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos”, en los procedimientos diagnósticos se contempla la realización de tests psicoafectivos.
- ✓ En el apartado 6, “Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia...”, dentro de los servicios de atención a la adolescencia, se contempla la promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitando embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ En el mismo apartado, en servicios de atención a la mujer, se recoge la indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo.
- ✓ También en el mismo apartado, en atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos, se explicita la atención de personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.

Cartera de servicios comunes de atención especializada

- ✓ En el apartado 5, “indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos”, se contempla la planificación familiar, que incluye:
 - a) Consejo genético en grupos de riesgo.
 - b) Información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos.

ANEXO IV

AUDIT (C)

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| (0) Nunca | ☐ |
| (1) Una o menos veces al mes | ☐ |
| (2) Dos a cuatro veces al mes | ☐ |
| (3) Dos-tres veces a la semana | ☐ |
| (4) Cuatro o más veces a la semana | ☐ |

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| (0) Una o dos | ☐ |
| (1) Tres o cuatro | ☐ |
| (2) Cinco o seis | ☐ |
| (3) Siete a nueve | ☐ |
| (4) Diez o más | ☐ |

3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| (0) Nunca | ☐ |
| (1) Menos de una vez al mes | ☐ |
| (2) Mensualmente | ☐ |
| (3) Semanalmente | ☐ |
| (4) A diario o casi a diario | ☐ |

Punto de corte para el consumo de riesgo: 5 o más en varones y 4 o más en mujeres.

Fuente: Babor, T.F.; Higgins-Biddle, J.C.; Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Ginebra: World Health Organization WHO/MSD/MSB/01.6a.

* Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., & Colom, J. (2002). "Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test". Alcohol & Alcoholism, vol. 37, No. 6, pp. 591–596, 2002.

ANEXO V

PROGRAMAS EFICACES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Escenario	Programa	Grupo objetivo	Factor de riesgo y protección	Tipo de investigación	Impacto sanitario	Impacto económico y social
Hogar	Child Development Programme (Barker, Anderson y Chalmers, 1992)	Padres primerizos. Problemas de paternidad/maternidad	Paternidad/Maternidad. Autoestima. Autocontrol. Soporte social	Diseño cuasiexperimental: cifra experimental pareada con la comunidad	Tasas de abuso de menores un 50% más bajas	Disminución del 41% de la tasa de Registro de Protección de Menores
	Prenatal Infancy Project (Olds, 1988, 1986)	Madres primerizas. Grupo socioeconómico bajo. Embarazo precoz	Condiciones del parto. Crianza. Hábitos de salud. Soporte social. Abuso de menores. Servicios comunitarios	Diseño experimental (RTC): comparación experimental y grupo	Disminución del 75% del bajo peso al nacer, reducción del consumo de tabaco y mejora de la dieta de las madres. Descenso del abuso y descuido de menores (19% a 4%)	Disminución del 56% del uso de la sala de urgencias. Menor número de embarazos. Menor número de partos prematuros (75%)
	STEEP. Steps toward effective enjoyable parenting (Erickson, 1989)	Madres primerizas. Problemas de paternidad/maternidad. Poca educación	Paternidad/Maternidad. Relación íntima positiva	Diseño experimental (RTC): experimental / grupo de control	Menor ansiedad y depresión. Mejor organización. Entornos más estimulantes para los niños	Actitudes positivas hacia los niños
Centro de enseñanza	Perry Pre-school Project (Schweinhart, 1992)	Niños afroamericanos de 3-4 años, historial de extrema pobreza	Fracaso académico. Problemas precoces de conducta. Privación económica. Compromiso escolar bajo. Educación de los padres	Diseño experimental (RTC) Experimental / grupo de control	Menor número de retrasos mentales. Mejor ajuste social. Mejor rendimiento académico. Mayor competencia social en la adolescencia y en la primera etapa de la vida adulta	Menos años de educación especial. Menor número de abandonos de los estudios. Menor delincuencia, arrestos y contactos con la policía. Menor número de embarazos entre las adolescentes. Menor desempleo y mejores trabajos. Cada 1.000 dólares invertidos produjeron un beneficio de 9.000 dólares
	STAR: Students Together and Resourceful (Emshof, 1990)	Niños (11-14) con padres drogadictos	Adicciones. Conducta antisocial. Rendimiento escolar. Habilidades relacionales	Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Cambios de percepción del control interno. Concepto de sí mismo. Disminución de la depresión y la soledad. Niveles menores de abuso de sustancias que crean adicción	Relaciones sociales. Más amigos. Implicación de los iguales. Soporte social percibido. Conexión positiva con la vida escolar.
	SPED: School transition environmental programme (Felber y Adam, 1988)	Estudiantes que entran en noveno grado. Grupo socioeconómico bajo. Pertenecían a una minoría	Mantenimiento de niveles de buen funcionamiento. Dificultades académicas y funcionales. Sistema de apoyo por los iguales	Diseño experimental: Muestra pareada de control	Incrementos menores de las disfunciones emocionales y conductuales (depresión, abuso de sustancias que crean adicción, actos de delincuencia)	Menor número de abandono de los estudios. Mejor rendimiento académico

Escenario	Programa	Grupo objetivo	Factor de riesgo y protección	Tipo de investigación	Impacto sanitario	Impacto económico y social
Lugar de trabajo						
	CSP: Caregiver Support Programme (Heaney et al., 1995)	Personal de asistencia y gestores de hogares que ofrecen atención residencial a enfermos mentales	Habilidades individuales. Proceso organizacional. Soporte social. Solución de problemas. Influencia en las decisiones	Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Confianza en las habilidades para salir adelante. Menos síntomas depresivos y somatización en los participantes de alto riesgo.	Mejora del clima en el equipo de trabajo. Mayor aportación de recursos de soporte social
Comunidad						
	Jobs Programme (Price et al., 1992)	Pérdida involuntaria del trabajo. Baja asertividad. Dificultades económicas. Desempleo. Sintomatología depresiva.	Impotencia. Habilidades para buscar trabajo. Actitudes positivas. Autoeficacia. Habilidades para salir adelante. Soporte social	Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Mayor satisfacción y motivación laboral. Mayor confianza en sí mismo y para buscar trabajo. Disminuciones de la depresión (39-25%)	
	Coping with Stress Course (Clarke et al., 1995)	Adolescentes con alto riesgo de depresión. Sintomatología depresiva	Pensamientos negativos irracionales. Habilidades sociales y para salir adelante	Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Disminuciones de las tasas de incidencia de la depresión: 25,7% a 14,5%	Encuentro más rápido de un puesto de trabajo. Mejores trabajos, estabilidad e ingresos. Coste: 286 dólares por persona. Beneficios: 720 dólares por persona después de 32 meses. 10.377 dólares después de 5 años. 1.649 dólares para el gobierno por persona.
	The Swedish Educational Programme (Rutz et al., 1992, 1989)	Médicos generalistas	Educación en temas globales de depresión	Diseño cuasiexperimental: Medidas iniciales	Reducción del 70% de los días de hospitalización. Disminución de las prescripciones de tranquilizantes. Aumento de los antidepresivos	Análisis de costes actualmente en investigación Disminución de los suicidios: de 19,7 por 100.000 habitantes a 7,1 después de 3 años. Reducción de la frecuencia de los permisos por enfermedad debidos a desórdenes depresivos. Diagnóstico adecuado y tratamiento. Costes: 62.000 dólares. Ahorros: 26 millones de dólares (en tres años)

Fuente: "La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud Mental".

Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

ANEXO VI

ESTUDIOS SOBRE LA EVIDENCIA DE EFECTIVIDAD DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Estudios y año de publicación	Enfoques de los estudios	N.º estudios	Conclusiones	Comentarios
Well v otros, 2003				
	Salud mental. Pruebas controladas de intervenciones que adoptaron un planteamiento universal en la Promoción de la Salud.	17	Algunos programas fueron efectivos. Los programas efectivos fueron probablemente adoptados a propuesta de alguna escuela, siendo implantados de forma continuada durante más de un año, haciendo más hincapié en promocionar la salud mental que en prevenirla.	Síntesis narrativa incapaz de calcular el efecto medio.
Wilson y otros, 2003				
	Salud mental. Pruebas controladas de programas de reducción de la violencia.	221	Reducción media de 1/3 de una desviación estándar en las medidas de violencia y agresión. Menos efectivos en niños en edad de entre 6 y 13 años (mejor en niños menores de hasta 5 años y en jóvenes adultos de más de 14 años).	Meta-análisis de resultados de una amplia serie de planteamientos. Programas de demostración y los evaluados en pruebas aleatorias controladas demostraron mayor efecto.
Scheckner y otros, 2002				
	Salud mental. Pruebas controladas de programas de prevención de la violencia en la escuela.	16	Reducción media mayor de 1/3 de una desviación estándar en la mitad de los estudios y menos de un tercio en la otra mitad. La efectividad se ha incrementado por: el enfoque en la prevención primaria, la implantación en múltiples escenarios, la duración de los programas y la mayor cualificación del personal.	No son posibles los resultados del meta-análisis, debido al número tan pequeño de la muestra.
Mytton y otros, 2002				
	Salud mental. Pruebas aleatorias controladas de programas de prevención de la violencia que utiliza planteamiento preventivo en secundaria o en alto riesgo.	44	Reducción promedio a través de todas las pruebas de un tercio de la desviación estándar. Ninguno de los dos responde que capacitación y rendimiento fueran efectivos.	Meta-análisis del resultado de rango de las estandarizaciones inventariadas. La mayoría de programas se centraron en los varones.
Shepherd y otros, 2002				
	Salud mental. Estudios controlados, todavía no incluidos en informes "de buena calidad" y sistemáticos, sobre prevención de suicidios, depresiones o autolesiones, o bajo autoconcepto.	14, de los cuales 5 son considerados sólidos o firmes	Resultados variados. La prevención en primaria ha sido más efectiva que en secundaria. Los programas de prevención fueron menos eficaces. La promoción de programas de autoestima ha tenido un modesto impacto.	Incluía una amplia variedad de propuestas, desde conferencias a sesiones de desarrollo de técnicas.

Estudios y año de publicación	Enfoques de los estudios	N.º estudios	Conclusiones	Comentarios
Thomas, 2002	Abuso de sustancias. Estudios de control randomizados de toda clase de programas preventivos de tabaquismo con o sin componente familiar o comunitario.	76	Los resultados han sido variados. Los programas basados en la influencia social han sido más efectivos, pero sólo la mitad de ellos fueron positivos.	16 estudios de influencias se consideraron los más válidos. Se incluyeron estudios que combinaban la prevención de drogas y tabaquismo.
Tobler, 2000	Abuso de sustancias. Estudios controlados de prevención universal de drogas en la escuela.	207	Los resultados han sido variados. Por término medio el impacto fue pequeño o muy pequeño. Los programas interactivos que fomentaban el desarrollo de técnicas eran probablemente más efectivos que los de conferencias orientativas.	Se han incluido solamente programas de tabaquismo y alcoholismo. Meta-análisis con regresión. Pequeños estudios tienen más probabilidades de mostrar resultados positivos que los estudios amplios.
White y otros, 1998	Abuso de sustancias. Estudios controlados de programas de prevención del consumo de drogas ilícitas.	62	Dieciocho estudios muestran alguna evidencia de efectividad. El impacto medio fue muy pequeño en un año e incluso menor a los dos años.	Meta-análisis de una amplia variedad de enfoques. Los autores concluyen diciendo que tanto la reducción como el retraso a corto plazo es todo lo que puede ser alcanzado.
Shepherd y otros, 2002	Salud alimentaria y actividad física. Estudios controlados de intervenciones diseñadas para aumentar la actividad física o ejercicio.	22 salud alimentaria 12 de actividad física, de la cual 7 fueron considerados severos o firmes	La mayor parte de los programas fueron efectivos. El mayor impacto fue evidente en chicas y estudiantes mayores. Programas efectivos adoptados en toda la escuela (niveles), abordaron y previnieron la alimentación saludable en comedores. La formación del profesorado fue importante.	Todos los programas fueron realizados en las escuelas secundarias y con todos los multicomponentes.
Stone, 1998	Alimentación sana y actividad física. Estudios controlados de intervenciones sobre actividad física.	14	Los resultados fueron variados. Los estudios que muestran ser más efectivos son las intervenciones más extensas. Algunos muestran que persisten los efectos beneficiosos.	Intervenciones que incluyen el marco comunitario.

Estudios y año de publicación	Enfoques de los estudios	N.º estudios	Conclusiones	Comentarios
Grave, 2003	Desórdenes alimentarios. Ensayos controlados de programas preventivos de desórdenes alimentarios.	29	Los resultados fueron variados. Los programas dirigidos a población diana fueron más efectivos en cambios de comportamiento.	—
Roberts, 2003	Prevención de lesiones. Control de ensayos randomizados de programas preventivos de conductores.	3	Programas llevados cabo con la obtención de la primera licencia de conducir y no reducen los accidentes de carreteras.	—
Harden y otros, 2001	Transferencia entre iguales. Estudios controlados.	64, de los cuales 12 fueron con metodología sólida	Siete de doce estudios sólidos muestran impacto, pero los estudios comparados entre iguales con profesor muestran resultados contradictorios.	Estudios de intervención en los cuales, de los grupos de iguales, sólo han sido excluidos los de una menor participación. Estudios cualitativos y también revisiones muestran una valoración positiva por la gente joven.
Mellanby, 2000	Transferencia entre iguales. Estudios controlados en intervenciones dirigidas por grupos de iguales.	13	Los grupos de iguales fueron al menos tan eficaces como los de adultos.	—
Lister-Sharpe y otros, 1999	Una aproximación a la promoción de la salud en la escuela. Estudios experimentales (incluidos estudios no controlados) de intervenciones que adoptan una aproximación a la promoción de la salud.	12	Los resultados fueron de conductas variadas. Algunas intervenciones fueron efectivas en alimentación sana, actividad física y probablemente en su propia autoestima y <i>bullying</i> . El enfoque tuvo efecto en el entorno físico y social de la escuela.	La amplitud del rango de desvío de las intervenciones más pequeñas. El enfoque de la promoción de la salud en la escuela define como intervención involucrando cada una de las tres áreas: entorno individual y en la escuela, curricular y familiar/comunitario.

Fuente: What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and specifically, what is effectiveness of the health promoting schools approach? WHO Regional Office for Europe, 2006.

ANEXO VII

LOS MENORES Y EL USO DE INTERNET¹

http://www.cnice.mec.es/padres/videojuegos/menores_e_internet/

ENLACES DE INTERÉS

Mayor seguridad en la navegación por Internet: consejos para los padres

<http://www.net-consumers.org/erica/spanish.htm>

Orientaciones recomendadas para la navegación de los niños, consejos para padres, junto con el programa recomendado por ERICA (Investigaciones Europeas en Asuntos de Consumidores) para la protección de la infancia en Internet.

Niños e Internet: no permitas que hablen con extraños

<http://www.seguridadenlared.org/es/index.php?id=1@=55>

Artículo publicado por la Asociación de Internautas.

Protección de menores

<http://www.protecciondemenores.org/>

Web que trata de sensibilizar a los padres en el uso responsable de Internet por parte de sus hijos e hijas.

Artículo de Terra sobre las “ciberniñeras”

<http://www.terra.com.mx/noticias/articulo/024170/>

Describe los diferentes tipos de “ciberniñeras” o programas especializados en restringir el acceso a información no deseada por los niños y niñas.

Capitan Net

<http://www.capitannet.com>

Iniciativa apoyada por el Ministerio de Ciencia y Tecnología y promovida por el Comité español de la UNICEF para fomentar el uso seguro de Internet por los niños y niñas, con consejos para madres y padres, y educadores/as.

ICRA (antigua Internet Content Rating Association)

<http://www.icra.org/>

Factores que hacen de Internet una red segura para los niños y niñas. En inglés.

Seguridad infantil

<http://www.asociacion-acpi.org/normasbasicasninointernet.htm>

Normas básicas para la seguridad de los niños y niñas en Internet. Elaborada por la asociación Acción Contra la Pornografía Infantil (ACPI).

Uso excesivo de Internet

Artículo: **Adicción a Internet ¿desconocimiento del medio o una forma de darse a conocer?**

http://www.acceso.com/display_release.html?id=4305

Realizado por la Asociación de Usuarios de Internet.

¹ Estas web fueron revisada el 1 de julio de 2008 por última vez y podrían no estar operativas. Esta publicación será revisada periódicamente mientras tanto pueden desactualizarse.

Nuevos ambientes de aprendizaje para una sociedad de la información

<http://www.uib.es/depart/gte/ambientes.html>

Por el Dr. Jesús Salinas, del Dpto. de Ciencias de la Educación, Universidad de las Islas Baleares. Muestra las posibilidades educativas de Internet y el impacto de su uso sobre el/la estudiante. Describe el rol necesario del alumnado en este medio potencialmente educativo.

Un problema de contenidos

http://www.informatica-juridica.com/trabajos/problema_contenidos.asp

Control, libertad de expresión, medidas tomadas en la Unión Europea y reclamo de la navegación responsable de jóvenes y padres/madres.

El uso responsable de Internet por los niños y niñas: decálogo para los padres/madres y cinco consejos para “jóvenes cibernautas”

<http://www.aeped.es/comunicado/decalogo.htm>

Elaborado por la Asociación Española de Pediatría (AEP).

ANEXO VIII

CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SALUD MENTAL)

Fuente: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

ATENCIÓN PRIMARIA

- Respecto a la cartera de servicios comunes de atención primaria en coordinación con los servicios de atención especializada se indican:
 - Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
 - Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
 - Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
 - Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.
 - Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:
 - Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
 - Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
 - Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
 - Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
 - Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
 - Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
 - Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Ganar salud con la juventud*. 2002.
- 2 UNICEF. *Pobreza infantil en perspectiva. Un panorama de bienestar infantil en los países ricos*. Centro de Investigaciones Innocenti, de Florencia, 2007. Disponible en: http://www.periodicoescuela.es/infoescuela/pdf/Informe_pobreza1.pdf
- 3 Centro de Estudios Andaluces. *Consejería de la Presidencia. Preocupaciones sociales sobre la infancia y la adolescencia*. Sevilla, 2007.
- 4 UNFPA, World Health Organization, Unicef. *Guideline for Adaptation of the WHO Orientation Programme on Adolescent Health for Health Care Providers in Europe and Central Asia*. 2006.
- 5 The Commonwealth Fund. *Quality of Health Care for Children and Adolescents: A Chartbook*. 2004.
- 6 World Health Organization. *European Strategy for Child and Adolescent Health and Development*. 2005.
- 7 World Health Organization. *European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Assessment tool*. 2005.
- 8 World Health Organization. *European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Information tool*. 2005.
- 9 World Health Organization. *European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Action tool*. 2005.
- 10 World Health Organization. *European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Gender tool*. 2005.
- 11 World Health Organization. *The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen. 2005.
- 12 World Health Organization. *Regional Office for Europe. Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Copenhagen. 2006.
- 13 LIBRO BLANCO. *Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013) COM(2007) 630 final*. Bruselas, 23.10.2007. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_es.pdf
- 14 British Medical Association Board of Science and Education. *Adolescent health*. 2003. Disponible en: www.bma.org.uk.
- 15 "Adolescenza e benessere / Adolescence and wellbeing", núm. monográfico ed. por Annamaria Giannoni, Roberto Leonetti y Benedetta Rotesi. *Salute e Territorio. Rivista bimestrale di politica sociosanitaria*. Pisa, julio-agosto de 2007.
- 16 Federal Ministry of Education and Research. *Children and Adolescents*. 2006. Disponible en: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/en/126.php>.
- 17 Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; accessed 01. March 2006. <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>).
- 18 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009*. Aprobado en Consejo de Ministros celebrado el 16 de junio de 2006. Madrid. 2006.
- 19 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Plan Interministerial de Juventud*. 2005-2008.
- 20 Ministerio de Sanidad y Consumo / Ministerio de Educación y Ciencia. *Criterios de calidad para el desarrollo de programas y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Una guía de actuación para los centros educativos*. Informe borrador. Febrero de 2008.
- 21 St. Leger, L. "Promoción de la salud eficaz en los centros de enseñanza", en IUHPE. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Edición española. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000, pp. 115-127.
- 22 Junta de Andalucía, Consejería de Sanidad. *Programa Forma Joven*. Disponible en: <http://www.formajoven.org/>
- 23 Ruiz Lázaro, P. J. *Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

- 24 World Health Organization. Europe. Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents. Copenhagen, 2006.
- 25 World Health Organization. Europe. Addressing the socioeconomic determinants of adolescents mental health. Copenhagen, 2007.
- 26 Informe SIAS. Salud, Infancia, Adolescencia, Sociedad. Sección de Pediatría Social. Asociación Española de Pediatría, 2004.
- 27 Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España. Sociedad de Pediatría Social, MSC, 2004.
- 28 World Health Organization. Europe. What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents? Health Evidence Network. Evidence for Decision Makers. Junio de 2005.
- 29 Ministerio de Sanidad y Consumo / Fundación Secretariado Gitano. Encuesta Nacional de Salud de la Población Gitana. 2006. Realizada por EDIS.
- 30 Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población 2004. Madrid.
- 31 Ministerio de Sanidad y Consumo. Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del Estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Madrid. 2002. Accesible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>.
- 32 Ministerio de Sanidad y Consumo. Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del Estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2006). Madrid. 2006. En prensa.
- 33 INJUVE. Informe Juventud en España. Madrid, 2004.
- 34 INJUVE. Jóvenes y fracaso escolar en España. Madrid, 2007.
- 35 Ungerleider, C.; Keating, D. Education as a Determinant of Health. The Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference. Toronto. Noviembre de 2002.
- 36 Metzler, M. "Social determinants of health: what, how, why, and now". Prev Chronic Dis 2007;4(4).
- 37 INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria. 2004.
- 38 Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Documento técnico. Madrid, 1997.
- 39 Nutbeam, D. "Eficacia de la promoción de la salud. Las preguntas que debemos responder", en IUHPE. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Edición española. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000, pp. 1-11.
- 40 Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de la obesidad infantil y juvenil. 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid, junio de 2007.
- 41 OMS. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- 42 Morgan, A.; Ziglio, E. "Revitalising the evidence base for public health: an asset model", en Promotion and Education. Supplement, 2. 2007.
- 43 Ministerio de Sanidad y Consumo / Fundación Secretariado Gitano. Salud y comunidad gitana. Madrid, 2004.
- 44 World Health Organization. WHO/FCH/CAH/01.20. Department of Child and Adolescent Health and Development. Family and Community Health. Broadening the horizon. Balancing protection and risk for adolescents. Ginebra, 2002.
- 45 Search Institute. 40 elementos fundamentales del desarrollo para jóvenes, preescolares y preadolescentes. <http://www.search-institute.org>.
- 46 WHO. La salud de los jóvenes dentro de su contexto. Estudio de la Conducta sobre Salud de los Jóvenes en Edad Escolar ("Health Behaviour in School-aged Children" – Estudio HBSC): Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adoles2001_2002.pdf.
- 47 UNICEF. Innocenti Research Centre. Innocenti Working Paper. Comparing child well-being in OECD countries: Concepts and methods. Jonathan Bradshaw, Petra Hoelscher and Dominic Richardson. IWP-2006-03. Italia. Diciembre de 2006.
- 48 Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 2006. Madrid, 2008. En prensa. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- 49 Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1997. Madrid, 1999.

- 50 Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Las concepciones de salud de los jóvenes. Informe 2004. Documentos Técnicos de Salud Pública, n.º 93. Madrid. 2005.
- 51 Estudio sobre Educación para la Salud y adolescencia. Madrid, octubre de 1996. Iniciativas Culturales. Gabinete Técnico. Investigación encargada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia. No publicado.
- 52 Warren, Mitchell. "Juventud desescolarizada", en IUHPE. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Edición española. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000, pp. 43-56.
- 53 Federal Centre for Health Promotion. "Protection on Risk? Family environments reflected in communication between parents and their children". Research and Practice of Health Promotion, vol. 10, Colonia, Alemania, 2001.
- 54 Martín Criado, Enrique. Producir juventud. Madrid, Istmo, 1998.
- 55 Martín Criado, Enrique. "Convivir con los jóvenes. Algunas reflexiones sobre la construcción de los problemas juveniles. La salud pública, instrumento para la convivencia". Foro de debate sobre Salud Pública en Andalucía. Sevilla, 2002.
- 56 INJUVE. Cifras jóvenes. Sondeo de opinión. Tablas de resultados. Uso de tecnologías, ocio y tiempo libre e información. 2.ª encuesta, 2007.
- 57 Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71, de 23 de marzo, pp. 12611-12645.
- 58 Resolución WHA60.25, aprobada en la 60.ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el mes de mayo de 2007.
- 59 "Una encuesta entre adolescentes constata la vigencia del sexismo". La Vanguardia, 11 de julio de 2007.
- 60 INJUVE. Informe Juventud en España. Madrid, 2006.
- 61 Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional Europea. Salud 21. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid, 1999.
- 62 Gómez López, L.; Gascón Andreu, L.; Gallego Diéguez, J.; Febrel Bordejé, M.; Granizo Membrado, C. "Objetivo 15: Mejorar conocimientos y motivaciones para una conducta saludable", en: Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000. Monografías EASP: 30: 209-217.
- 63 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio permanente de la inmigración. Las redes sociales de los inmigrantes extranjeros en España. 2005.
- 64 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de la Infancia. La inserción de los adolescentes latinoamericanos en España: algunas claves. Madrid, 2007.
- 65 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de la Infancia. La infancia en cifras. Madrid, 2006.
- 66 Office of the Deputy Prime Minister. Creating Sustainable Communities. Transitions. Young Adults with Complex Needs. A Social Exclusion Unit Final Report. Londres, noviembre de 2005.
- 67 Dirección General de las Familias y la Infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Año 2005.
- 68 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Génesis y desarrollo de los comportamientos de los jóvenes con problemas de conducta en centros de menores. Estudios. Madrid, 2002.
- 69 Estadísticas sobre delincuencia juvenil en España del Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia.
- 70 Dirección General de las Familias y la Infancia. Estadística básica de medidas impuestas a los menores infractores. Año 2005.
- 71 Gill Jones. "The thinking and behaviour of young adults (aged 16-25)". Literature Review for the Social Exclusion Unit. Septiembre de 2005.
- 72 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Discapacidad 1999.
- 73 Oficina de Estadística del MEC. Estadística de enseñanza en España. Niveles no universitarios. Curso 2005-2006. INJUVE. Bienestar y felicidad de la juventud española. 2007.
- 74 UNFPA. OMS. "Servicios de Salud adaptados a la juventud en Europa". Entre nous. Revista Europea sobre Salud Sexual y Reproductiva, n.º 58, 2004.
- 75 Hernán, M.; Ramos, M.; Fernández, A. Salud y Juventud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejo de la Juventud de España. Madrid.
- 76 Kramer, T.; Garralda, M.E. "Psychiatric disorders in adolescents in primary care". The British Journal of Psychiatry 173: 508-513 (1998).

- 77 WHO. *Global consultation on adolescent health services. A consensus statement*. Ginebra: Department of Child and Adolescent Health and Development. World Health Organization, 2001.
- 78 WHO. *Programming for adolescent health and development: report of a WHO/UNFPA/UNICEF study group on programming for adolescent health*. Ginebra, World Health Organization, 2001.
- 79 Dehne, K.; Riedner, G. *Sexually transmitted infections among young people: the need for adequate health services*. Ginebra: World Health Organization, Deutsche Gesellschaft fuer Technische, 2005.
- 80 *Atención a la población adolescente. Atención Primaria Área 1. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid*. 2007.
- 81 WHO. *Adolescent friendly health services. An agenda for change*. Ginebra, World Health Organization, 2002.
- 82 Belza MJ, Koerting A, Suárez M, Álvarez R, López M, Melero I, Royo A. *Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003*. FIPSE. 2006.
- 83 Instituto Nacional de Estadística. *Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta de salud y Hábitos Sexuales*. España, 2003. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006
- 84 Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer. *Estudio sociológico: contexto de la interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente y juventud temprana*. 2006.
- 85 Comunidad de Madrid. *Servicio de Promoción de la Salud. Las concepciones de salud de los jóvenes. Informe 2004. Volumen II: prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables*. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2004.
- 86 Bimbela JL, Maroto G. *Mi chico no quiere utilizar condón, estrategias innovadoras para la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2003
- 87 Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
- 88 Barroso, P.; Lucena, M.A.; Parrón, T. "Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el período 1998-2002". *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 79, n.º 4, julio-agosto de 2005.
- 89 Clínica Dator. *Estudio preliminar de Interrupciones Voluntarias del Embarazo en el período 2000-2005 en la Clínica Dator*. Madrid, 2006.
- 90 *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, n.º 3, vol. II, marzo de 2005.
- 91 *El País*, 28 de diciembre de 2005
- 92 Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. 1995-2005*. Noviembre de 2006.
- 93 Instituto Nacional de Estadística, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales*. España, 2003. Madrid, 2006.
- 94 Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Actualización año 2006*. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 95 Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. *Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en mujeres 2005. Actualización diciembre 2006*. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 96 García Álvarez, A.C.; Ballarín González, A.; López Romero, A. "Competencias esenciales del médico de familia. Dudas legales en la consulta del médico de familia". *El Médico* 2008; 1064: 25-43.
- 97 WHO. *Regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhagen, 2001.
- 98 Anderson, Peter; Baumberg, Ben. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. Institute of Alcohol Studies, UK, 2006. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf.
- 99 Comunicación de la Comisión Europea: *Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol*. Bruselas, noviembre 2006 (14851/06). Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaNov2006.pdf>.
- 100 Informe ESPAD de 2003, *Alcohol and Other Drug Use Among Student in 35 European Countries*, Björn Hibell et al, Estocolmo, 2004. Disponible en: www.espad.org/report.asp.

- 101 Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>.
- 102 Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES) 2005-2006. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>.
- 103 Ochoa R., Fierro I., Yáñez J.L., Álvarez F.J. Mortalidad relacionada con el consumo de Alcohol en España: 1999-2004. Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid; 2006.
- 104 Principales cifras de la Seguridad Vial. España 2006. Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial, 2007.
- 105 El fenómeno del botellón. Estudio comparado en Madrid, Galicia y Jaén (2002-2003). Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/JuventudDrogodependencias4.pdf>.
- 106 Harford, Thomas C.; Grant, Bridget F.; Yi Hsiao-Ye; Chen Chiung M. "Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse". *Alc Clin ad Exp Res* 2005; 29: 810-828.
- 107 National Institute of Health. "The Effects of Alcohol on Physiological Processes and Biological Development". *Alcohol Research & Health*, vol. 28, n.º 3, 2004 / 2005.
- 108 Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Médica. Madrid, 14 y 15 de junio de 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>.
- 109 Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre alcohol. Febrero de 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>.
- 110 Harford TC, Grant BF, Yi H, Chen CM. Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. *Alc Clin ad Exp Res* 2005; 29: 810-828
- 111 Dirección General de Relaciones Informativas y Sociales. Condiciones de consumo de alcohol en menores. Madrid, Ministerio del Interior, 1994.
- 112 Vega Fuente, Amando. La publicidad del alcohol: de la invisibilidad al análisis crítico. Comunicación oral. Disponible en: <http://web.udg.edu/tiec/orals/c32.pdf>.
- 113 Sánchez, R. "Publicidad de bebidas alcohólicas. Algunas razones para establecer unos límites", en Gual, A. (ed). Monografía de alcohol. Adicciones 2002; 14 Supl 1: 133-140.
- 114 Aragón, C.; Miguel, M.; Correa, M.; Sanchís-Segura, C. "Alcohol y metabolismo humano", en Gual, A. (ed). Monografía de alcohol. Adicciones 2002; 14 Supl 1: 23-38.
- 115 Rubio Valladolid, Gabriel; Santo-Domingo Carrasco, Joaquín. Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Madrid, Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad, 2000.
- 116 Galán, I.; Rodríguez-Artalejo, F.; Valencia-Martín, J.L. "Binge Drinking in Madrid, Spain". *Alcohol Clin. Exp Res*. Vol. 31, N.º 10, 2007; pp. 1723-1730.
- 117 Gil, E.; Robledo, T.; Espiga I. Alcohol y Salud Pública. Serie de Informes Técnicos, n.º 1 (1994). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 118 OMS Europa. "Plan Europeo de Actuación sobre el Alcohol 2000-2005" (EUR/LVNG 01 05 01). Disponible en: www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/alcohol/planEuropeo/planEuropa.htm.
- 119 OMS (2001). "Declaración sobre Jóvenes y Alcohol". Conferencia Ministerial sobre Jóvenes y Alcohol. Estocolmo, febrero de 2001. EUR/00/5020274/6. Disponible en: www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/alcohol/declaEsto.htm
- 120 Conclusiones del Consejo de 5 de junio de 2001 sobre una estrategia comunitaria para reducir los daños derivados del consumo de alcohol (2001/C 175/01). Disponible en <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/docs/estrategiaComunitaria.pdf>.
- 121 Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones: Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol. Bruselas, noviembre 2006 (14851/06). Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaNov2006.pdf>.
- 122 Thomas Babor et al. Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford y Nueva York, Oxford University Press, 2003.

-
- 123 Comité de Expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Segundo Informe. Serie de Informes Técnicos, N.º 944, 2007.
- 124 Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid, junio de 2007.
- 125 Federación Española de Municipios y Provincias. Modelo de ordenanza reguladora del consumo indebido de bebidas alcohólicas. Modelo de ordenanza elaborado por el Grupo de Trabajo de Drogodependencias. Madrid, FEMP, 2003. En la cub.: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- 126 Acuerdo de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas, relativo al Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cánnabis, cocaína y las drogas de diseño. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Sección Cortes Generales VIII Legislatura. Serie A: Actividades Parlamentarias. 30 abril de 2007. Num. 377.
- 127 Citado en "Mejorar la salud mental de la población". Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, Comisión de las Comunidades Europeas, 2005.
- 128 Informe anual Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- 129 Ministerio de sanidad y Consumo. Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>
- 130 ESEMED. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. Forma parte del estudio multicéntrico "Encuestas de Salud Mental", puesto en marcha por la OMS para estudiar la prevalencia de trastornos mentales, la discapacidad asociada y el tratamiento recibido por personas con trastornos mentales a escala mundial.
- 131 INE. Encuestas de morbilidad hospitalaria, 2005 y 2006.
- 132 Hernán, M.; Fernández, A.; Ramos, M. "La salud en los jóvenes". Gac. Sanit. 2004; 18 (Supl. 1).
- 133 OMS. Prevención del suicidio. Ginebra, 2001.
- 134 Ruiz-Pérez, Isabel; Olry de Labry-Lima, Antonio. "El suicidio en la España de hoy". Gac. Sanit. 2006; 20 (Supl. 1): 25-31.
- 135 Peláez Fernández, M.A.; Labrador Encinas, F.J.; Raich Escursell, R.M. (2007). "Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas [Prevalence of Eating Disorders: Methodological Considerations]". International Journal of Psychology and Psychology, vol. 5, n.º 2, pp. 135-148. Julio de 2005.
- 136 Ángela Serrano Sarmiento e Isabel Iborra Marmolejo. Informe. Violencia entre compañeros en la escuela. España, 2005. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Disponible en: http://www.centroreinasofia.es/informes/Violencia_entre_compa%C3%B1eros_en_la_escuela.pdf.
- 137 Indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad del Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas, 2002.
- 138 Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe. European Centre for Disease Prevention and Control, junio de 2007.
- 139 Rosa Díez y Lourdes Serrano. ¿Alcohol en la familia? Una guía para ayudar a toda la familia a recuperarse del alcoholismo. Barcelona, Socialdrogalcohol, 2001. Disponible en: http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/alcohol_familia.pdf
- 140 Ministerio de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, ¿Por qué es importante hablar de alcohol? Guía informativa. Consumo juvenil de alcohol. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/GUIA_ALCOHOL.pdf.