

COLECCIÓN **GAZTEAK**BILDUMA 01

KGK

Salud y juventud

Concepciones de salud
de la juventud en Euskadi

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

KULTURA SAILA

DEPARTAMENTO DE CULTURA

Eusko Jurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISBN: 978-84-457-2705-8



9 788445 727058

Salneurria/P.V.P.: 18 €



Salud y juventud

Concepciones de salud
de la juventud en Euskadi

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

KULTURA SAILA

DEPARTAMENTO DE CULTURA

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2008

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno vasco: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Edición: 1.^a, abril 2008

Tirada: 2.000 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Cultura

Internet: www.euskadi.net

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Autor: Gazteen Euskal Behatokia
Observatorio Vasco de la Juventud

Coordinación editorial: Bakarne Zuazua Astarloa

Diseño de la colección: Canaldirecto • www.canal-directo.com

Fotocomposición e impresión: RGM, S.A. - Aita Larramendi, 2 (48012 Bilbao)

ISBN: 978-84-457-2705-8

D. L.: BI-1091-08

Índice

PRESENTACIÓN	19
INTRODUCCIÓN	21
1. ANÁLISIS CUALITATIVO	25
1.1. El espacio joven	27
1.1.1. La salida del fin de semana	35
1.1.2. La «cotidianidad» de la violencia en los entornos jóvenes ..	38
1.2. El consumo de droga	40
1.2.1. El consumo de alcohol	41
1.2.2. El consumo de cannabis	45
1.2.3. El consumo de cocaína	48
1.3. Concepciones sobre la salud y prácticas saludables	48
1.3.1. La concepción femenina de la salud	49
1.3.2. La concepción masculina de la salud	50
1.3.3. Los autocuidados entre los y las jóvenes	51
1.3.4. El cuidado en la alimentación	53
1.3.5. La práctica de ejercicio físico	54
1.3.6. La seguridad vial	56
1.3.7. Las relaciones afectivo-sexuales	59
1.4. Las enfermedades que más preocupan	62
1.5. Promoción y educación para la salud	64
1.6. El sistema médico	66
2. ANÁLISIS CUANTITATIVO	69
2.1. Rasgos que definen el espacio joven	71
2.1.1. Prioridades personales: valoración sobre salud, familia, amistad, amor, sexo, ocio, trabajo, estudios, política y religión	71
2.1.2. Preocupaciones de la juventud	75
2.1.3. Percepciones de futuro	79

2.1.4. Relaciones afectivas, relaciones de amistad y apoyos de los que dispone la juventud	87
2.1.5. Violencia en el entorno habitual	96
2.1.6. Asociacionismo y compromiso social	101
2.2. Alcohol, tabaco, drogas y noche	104
2.2.1. Salir de copas	104
2.2.2. Conocimiento de la edad legal de consumo de alcohol ...	105
2.2.3. Cumplimiento de la hora establecida para la vuelta a casa..	106
2.2.4. Grado de acuerdo con premisas sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas.....	108
2.2.5. Grado de conformidad sobre los perjuicios de fumar, beber en exceso y tomar drogas ilegales.....	110
2.2.6. Cambiar de actividades lúdicas.....	112
2.3. Salud y prácticas saludables	113
2.3.1. Concepciones sobre la salud propia	113
2.3.2. Cuidados y prácticas saludables	145
2.4. Promoción y educación para la salud.....	172
2.4.1. Actitud ante un problema relacionado con la sexualidad..	172
2.4.2. Actitud ante un problema relacionado con las drogas	175
2.4.3. Uso de internet	176
2.4.4. Información sobre consumo excesivo de alcohol.....	176
2.4.5. Utilidad de las campañas de prevención de consumo de drogas ilegales.....	177
2.5. El sistema médico.....	179
2.5.1. Frecuencia de visitas médicas y tipología de consultas médicas	179
2.5.2. Usuarios de servicios sanitarios públicos y/o privados	180
2.5.3. Dificultades para ir al médico	183
2.5.4. Utilidad de los servicios médicos para tratar enfermedades.....	184
2.5.5. Utilidad de los servicios médicos para prevenir enfermedades.....	187
2.5.6. Valoración de los servicios médicos	190

3. POSIBLES RECOMENDACIONES A ACCIONES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	191
4. PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO	197
4.1. Contexto social de las formas de vida de la juventud vasca: el espacio joven	199
4.1.1. Nueva noción de «juventud»	199
4.1.2. Relaciones afectivas, relaciones de amistad y apoyos de los que dispone la juventud	203
4.1.3. Violencia en el entorno habitual	204
4.2. La relación que los y las jóvenes establecen con las drogas y el lugar que se les asigna	205
4.3. Concepciones sobre la salud y prácticas saludables	207
4.3.1. Concepciones sobre la propia salud	207
4.3.2. Cuidados y prácticas saludables	208
4.4. Enfermedades que más preocupan	213
4.5. Promoción y educación para la salud	214
4.6. El sistema médico	215
5. METODOLOGÍA	217
5.1. Los instrumentos	220
5.2. El universo de estudio	220
5.3. La muestra	220
5.4. Trabajo de campo	222
5.5. Modo de ofrecer los datos	223

Índice de tablas

Tabla 1.	Prioridades personales, según el género.	73
Tabla 2.	Prioridades personales, según grupos de edad.	73
Tabla 3.	Prioridades personales, según la ocupación	74
Tabla 4.	Preocupaciones personales importantes actuales (%).	75
Tabla 5.	Preocupaciones personales importantes actuales, según grupos de edad (%)	76
Tabla 6.	Preocupaciones personales importantes actuales, según territorios históricos (%)	76
Tabla 7.	Preocupaciones personales importantes actuales, según la ocupación (%)	77
Tabla 8.	Causas de preocupación	77
Tabla 9.	Causas de preocupación, según el género	78
Tabla 10.	Causas de preocupación, según grupos de edad.	78
Tabla 11.	Causas de preocupación, según la ocupación	79
Tabla 12.	Percepción sobre el futuro económico en relación a la de sus padres, según grupos de edad (%)	80
Tabla 13.	Percepción sobre el futuro económico en relación a la de sus padres, según la clase social (%)	81
Tabla 14.	Esperanza de trabajar en el área de estudios en el que se está formando o se ha formado, según grupos de edad (%)	82
Tabla 15.	Esperanza de trabajar en el área de estudios en el que se está formando o se ha formado, según territorios históricos (%)	82
Tabla 16.	Esperanza de trabajar en el área de estudios en el que se está formando o se ha formado, según la ocupación (%)	83
Tabla 17.	Esperanza de trabajar en el área de estudios en el que se está formando o se ha formado, según la clase social (%)	83
Tabla 18.	Percepción sobre la salud física futura, según el género (%)	84

Tabla 19.	Percepción sobre la salud física futura, según clase social (%)	85
Tabla 20.	Percepción sobre el estado de ánimo futuro, según territorios históricos (%)	86
Tabla 21.	Valoración sobre la amistad (%)	87
Tabla 22.	Valoración sobre la amistad, según grupos de edad (%)	88
Tabla 23.	Valoración sobre la amistad, según territorios históricos (%)	88
Tabla 24.	Origen de las amistades (%)	89
Tabla 25.	Origen de las amistades, según grupos de edad (%)	90
Tabla 26.	Origen de las amistades, según territorios históricos (%)	90
Tabla 27.	Origen de las amistades, según la ocupación (%)	90
Tabla 28.	Temas que se evitan o prefieren no hablar con las amistades (%)	92
Tabla 29.	Existencia o no de temas que evitan o prefieren no hablar con las amistades, según el género (%)	92
Tabla 30.	Existencia o no de temas que evitan o prefieren no hablar con las amistades, según territorios históricos (%)	93
Tabla 31.	Recursos afectivos, según el género (%)	94
Tabla 32.	Recursos afectivos, según grupos de edad (%)	94
Tabla 33.	Recursos afectivos, según territorios históricos (%)	95
Tabla 34.	Recursos afectivos, según la clase social (%)	95
Tabla 35.	Recursos afectivos, según la ocupación (%)	96
Tabla 36.	Peleas físicas en las que se ha visto involucrado/a en los últimos doce meses, según el género (%)	98
Tabla 37.	Peleas físicas en las que se ha visto involucrado/a en los últimos doce meses, según grupos de edad (%)	98
Tabla 38.	Situaciones no deseadas vividas en primera persona, según grupos de edad (%)	100

Tabla 39.	Situaciones no deseadas vividas por terceros alumnos/as, según grupos de edad (%)	101
Tabla 40.	Ayuda prestada a amistades con discapacidad física o mental (%)	103
Tabla 41.	Hábitos cuando se sale de copas (%)	104
Tabla 42.	Hábitos cuando se sale de copas, según grupos de edad (%) . .	105
Tabla 43.	Conocimiento de la edad legal de consumo de alcohol (%) . .	106
Tabla 44.	Cumplimiento de la hora establecida para la vuelta a casa (%)	107
Tabla 45.	Cumplimiento de la hora establecida para la vuelta a casa, según el género (%)	107
Tabla 46.	Cumplimiento de la hora establecida para la vuelta a casa, según grupos de edad (%)	108
Tabla 47.	Premisas sobre el alcohol, tabaco y las drogas, según grupos de edad	110
Tabla 48.	Creencias sobre hábitos de consumo (%)	111
Tabla 49.	Creencias sobre hábitos de consumo, según el género (%) . .	111
Tabla 50.	Actividades que les gustaría realizar durante el fin de semana (%)	112
Tabla 51.	Peso y altura (%)	113
Tabla 52.	Peso y altura, según grupos de edad	114
Tabla 53.	Percepción del propio atractivo personal (%)	114
Tabla 54.	Percepción del propio cuerpo (%)	115
Tabla 55.	Percepción del propio cuerpo, según el género (%)	115
Tabla 56.	Percepción del propio atractivo personal, según la clase social (%)	116
Tabla 57.	Factores que influyen más sobre su imagen corporal, según el género (%)	117

Tabla 58.	Factores que influyen más sobre su imagen corporal, según grupos de edad (%)	118
Tabla 59.	Percepción de la propia salud (%)	119
Tabla 60.	Percepción del propio estado de forma física, según el género (%)	120
Tabla 61.	Percepción del propio estado de forma física, según la clase social (%)	120
Tabla 62.	Percepción del estado de forma física de quienes les rodean, según el género (%)	122
Tabla 63.	Imagen del estado de forma física de quienes les rodean, según grupos de edad (%)	122
Tabla 64.	Imagen del estado de forma mental propio, según el género (%)	124
Tabla 65.	Imagen del estado de forma mental de quienes les rodean, según territorios históricos (%)	124
Tabla 66.	Frecuencia de padecimiento de las siguientes dolencias (%)	126
Tabla 67.	Frecuencia de padecimiento de las siguientes dolencias, según el género (%)	127
Tabla 68.	Frecuencia de padecimiento de las siguientes dolencias, según grupos de edad (%)	128
Tabla 69.	Frecuencia de padecimiento de las siguientes dolencias, según territorios históricos (%)	128
Tabla 70.	Frecuencia de padecimiento de las siguientes dolencias, según la ocupación (%)	129
Tabla 71.	Percepción sobre la vida propia (%)	131
Tabla 72.	Percepción de la vida propia, según la ocupación (%)	132
Tabla 73.	Percepción de la vida propia, según la clase social (%)	133
Tabla 74.	Proporción de amigos/as íntimos/as del mismo sexo, según el género (%)	135

Tabla 75.	Consideración de sí mismo/a (%)	138
Tabla 76.	VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN EL GÉNERO (%)	140
Tabla 77.	VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN EL GÉNERO (%)	141
Tabla 78.	VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)	142
Tabla 79.	VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)	143
Tabla 80.	VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)	143
Tabla 81.	VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)	144
Tabla 82.	VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)	144
Tabla 83.	Horas que se duermen al día (%)	146
Tabla 84.	Promedio de horas de sueño, según grupos de edad	146
Tabla 85.	Frecuencia de alimentos consumidos, según el género (%)	148
Tabla 86.	Frecuencia de alimentos consumidos, según grupos de edad (%)	148
Tabla 87.	Comidas diarias (%)	149
Tabla 88.	Comidas diarias, según el género (%)	149
Tabla 89.	Comidas diarias, según grupos de edad (%)	149
Tabla 90.	Seguimiento de dietas (%)	151
Tabla 91.	Práctica del deporte (%)	152
Tabla 92.	Práctica del deporte, según el género (%)	153
Tabla 93.	Práctica del deporte, según grupos de edad (%)	153
Tabla 94.	Práctica del deporte, según territorios históricos (%)	154
Tabla 95.	Práctica del deporte, según la ocupación (%)	154
Tabla 96.	Práctica del deporte, según la clase social (%)	155
Tabla 97.	Frecuencia con que se practica el deporte (%)	155

Tabla 98. Frecuencia de la práctica deportiva, según la clase social (%)	156
Tabla 99. Práctica deportiva de las amistades, según el género (%)	157
Tabla 100. Compañía en la que se practica el deporte, según el género (%)	158
Tabla 101. Lugar donde se practica el deporte, según el género (%)	158
Tabla 102. Motivos por los que se practica deporte (%)	159
Tabla 103. Creencias acerca de las personas que practican deporte, según territorios históricos (%)	160
Tabla 104. Grado de difusión del doping (%)	161
Tabla 105. El doping como problema social (%)	162
Tabla 106. El doping como problema social, según el género (%)	162
Tabla 107. El doping como problema social, según grupos de edad (%)	163
Tabla 108. El doping como problema social, según territorios históricos (%)	163
Tabla 109. Vehículo habitual, según el género (%)	165
Tabla 110. Vehículo habitual, según grupos de edad (%)	165
Tabla 111. Vehículo habitual, según territorios históricos (%)	166
Tabla 112. Vehículo habitual, según la ocupación (%)	166
Tabla 113. Frecuencia de uso de medidas de protección (%)	167
Tabla 114. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, según causas principales entre las mujeres y los hombres de 15 a 29 años en 1992/1996 y 2002/2003	168
Tabla 115. Frecuencia de uso de medidas de protección, según grupos de edad (%)	169
Tabla 116. Frecuencia de uso de medidas de protección, según territorios históricos (%)	169
Tabla 117. Causas de los accidentes de tráfico, según grupos de edad (%)	171

Tabla 118. Causas de los accidentes de tráfico, según territorios históricos (%)	171
Tabla 119. Fuentes de resolución de problemas relacionados con la sexualidad, según el género (%)	173
Tabla 120. Fuentes de resolución de problemas relacionados con la sexualidad, según grupos de edad (%)	174
Tabla 121. Fuentes de resolución de problemas relacionados con la sexualidad, según territorios históricos (%)	174
Tabla 122. Fuentes de resolución de problemas relacionados con las drogas (%)	175
Tabla 123. Información sobre prevención del consumo excesivo de alcohol proporcionada por el profesorado, según grupos de edad (%)	176
Tabla 124. Información sobre prevención del consumo excesivo de alcohol proporcionada por el profesorado, según territorios históricos (%)	177
Tabla 125. Valor de las campañas de publicidad para prevenir el consumo de drogas ilegales (%)	177
Tabla 126. Valor de las campañas de publicidad para prevenir el consumo de drogas ilegales, según género y grupos de edad (%)	178
Tabla 127. Valor de las campañas de publicidad para prevenir el consumo de drogas ilegales, según la clase social (%)	178
Tabla 128. Acudir al médico (%)	179
Tabla 129. Acudir al médico, según género y territorios históricos (%)	179
Tabla 130. Medias de consultas médicas anuales por individuo de 15 a 29 años según el género, en 1992 y 2002	181
Tabla 131. Servicios sanitarios utilizados ante un problema de salud, según la clase social (%)	182
Tabla 132. Dificultades para ir al médico, según grupos de edad (%)	184

Tabla 133. Utilidad de los servicios sanitarios para tratar enfermedades (%)	185
Tabla 134. Utilidad de los servicios sanitarios para tratar enfermedades, según género (%)	185
Tabla 135. Utilidad de los servicios sanitarios para tratar enfermedades, según grupos de edad (%)	186
Tabla 136. Utilidad de los servicios sanitarios para tratar enfermedades, según la clase social (%)	187
Tabla 137. Utilidad de los servicios sanitarios para prevenir enfermedades (%)	188
Tabla 138. Utilidad de los servicios sanitarios para prevenir enfermedades, según grupos de edad (%)	188
Tabla 139. Utilidad de los servicios sanitarios para prevenir enfermedades, según la ocupación (%)	189
Tabla 140. Utilidad de los servicios sanitarios para prevenir enfermedades, según la clase social (%)	189

Índice de gráficos

Gráfico 1. Accidentes con personas conductoras de 14-24 años (%) (2001-2005)	57
Gráfico 2. Prioridades personales	72
Gráfico 3. Con relación al nivel económico de tus padres, crees que en el futuro el tuyo será... (%)	80
Gráfico 4. ¿Esperas trabajar en el área de estudios en el que te estás formando o te has formado? (%)	82
Gráfico 5. Percepción sobre la salud física futura (%)	84
Gráfico 6. Percepción sobre el estado de ánimo futuro (%)	85
Gráfico 7. Previsión de descendencia en el futuro (%)	86
Gráfico 8. ¿Hay temas que evitas o prefieres no hablar con las amistades? (%)	91
Gráfico 9. Si tuviera un problema íntimo, podría contarlo y pedir ayuda a... (%)	93
Gráfico 10. Peleas físicas en las que se ha visto involucrado/a en los últimos doce meses (%)	97
Gráfico 11. Situaciones no deseadas vividas en primera persona (%) ..	99
Gráfico 12. Situaciones no deseadas vividas por terceros alumnos/as (%)	100
Gráfico 13. ¿Actualmente, eres miembro de alguna asociación? (%) ..	101
Gráfico 14. ¿Entre tu círculo de amigos/as hay algún discapacitado/a físico o mental? (%)	103
Gráfico 15. Premisas sobre el alcohol, tabaco y las drogas	109
Gráfico 16. Factores que influyen más sobre su imagen corporal (%) ..	117
Gráfico 17. Percepción del propio estado de forma física (%)	119
Gráfico 18. Estado de forma física propio y de quienes les rodean (%) ..	121
Gráfico 19. Estado mental o psíquico propio y de quienes les rodean (%)	123
Gráfico 20. Tipo de enfermedad crónica o discapacidad física (%)	125
Gráfico 21. Problema por el que se encuentra en tratamiento psicológico (%)	130

Gráfico 22. Grado de acuerdo con «me gusta cómo me van las cosas», según grupos de edad (%)	131
Gráfico 23. Percepción de la vida propia, según clase social (%)	133
Gráfico 24. Amigos/as íntimos/as que los varones jóvenes afirman tener en la actualidad (%)	134
Gráfico 25. Amigos/as íntimos/as que las mujeres jóvenes afirman tener en la actualidad (%)	134
Gráfico 26. En las últimas semanas, ¿has podido concentrarte bien en lo que haces? (%)	135
Gráfico 27. En las últimas semanas, ¿has sentido que no puedes superar tus dificultades? (%)	136
Gráfico 28. (A) En las últimas semanas, ¿has podido o te has sentido... (%)	139
Gráfico 29. (B) En las últimas semanas, ¿has podido o te has sentido... (%)	139
Gráfico 30. ¿Con qué frecuencia te limpias los dientes? (%)	145
Gráfico 31. Frecuencia de consumo de alimentos (%)	147
Gráfico 32. Comidas diarias, según territorios históricos (%)	150
Gráfico 33. Seguimiento de dietas, según género (%)	151
Gráfico 34. Vehículo habitual (%)	164
Gráfico 35. Causas de los accidentes de tráfico (%)	170
Gráfico 36. Si tuvieras un problema relacionado con la sexualidad, ¿a quién acudirías?, ¿y a quién te gustaría acudir? (%)	172
Gráfico 37. ¿Qué médico o servicio sanitario visitaste en tu última visita? (%)	180
Gráfico 38. Cuando tienes un problema de salud, ¿qué servicios sanitarios usas más? (%)	181
Gráfico 39. Servicios sanitarios utilizados ante un problema de salud, según territorios históricos (%)	182
Gráfico 40. ¿Qué dificultades tienes para ir al médico o a los servicios sanitarios? (%)	183

Presentación

La presente publicación es fruto de la confluencia de dos factores íntimamente relacionados. Por un lado, y dentro de las labores que el Observatorio Vasco de la Juventud ha asumido desde sus inicios como entidad pública encargada de la creación y difusión de conocimiento en torno a la realidad juvenil del País Vasco, recoge las preocupaciones de esta entidad por la investigación sobre uno de los aspectos de la vida cotidiana del colectivo joven. Por otro lado, responde a aquellos objetivos relacionados con la intervención en el campo de la salud, formulados en la actual política de juventud.

En este contexto *Salud y juventud. Concepciones de salud de la juventud en Euskadi* es fruto del trabajo del Observatorio Vasco de la Juventud en el marco de las medidas de impulso de la política de juventud, comprometida en la aportación de la información y el conocimiento necesarios de la realidad sobre la que se desea intervenir, en este caso relativa a los aspectos de la salud del colectivo joven.

Pero no se trata sólo de dar cumplimiento a compromisos de tipo institucional, sino de aportar alguna luz y esclarecer la relación que la juventud establece con la salud, desde la percepción que los y las propios/as jóvenes tienen sobre este aspecto humano. De ahí que esta investigación, que parte de la mirada del o la joven, no pretenda medir «la salud» de la juventud, sino reflejar las opiniones, las creencias y experiencias que este colectivo tiene en relación al tema. Esta perspectiva de análisis nos parece necesaria si queremos comprender a la juventud, a menudo criticada, valorada, juzgada y en el mejor de los casos incomprendida, en la medida en que es la mirada de los y las adultos/as la que se impone desde el punto de vista cultural. Además entendemos que el tema de la salud entre la juventud —entendida la salud de forma integral—, es un aspecto que induce a debates que suscitan gran polémica y controversia social, al tiempo que resulta especialmente susceptible de ser definido desde el poder de otros grupos de edad. Pero sin duda no acertaremos a poner en marcha políticas de salud adecuadas a este colectivo si no somos capaces de conocer cómo concibe la juventud la salud. Ésta es la principal aportación de esta investigación, si bien somos conscientes de que aún queda mucho por indagar, y de que el tema no se agota en el breve acercamiento propuesto en esta investigación. Pero, en todo caso, creemos que los resultados pueden resultar de interés para quienes día a día trabajan o están cerca de las personas jóvenes, o simplemente se encuentran interesados por ellas.

Sólo nos queda invitaros a su lectura y esperar que la misma sea un punto de referencia para la reflexión social, así como para quienes tienen la responsabilidad de la toma de decisiones que afectan al colectivo joven.

Miren Azkarate Villar

CONSEJERA DE CULTURA DEL GOBIERNO VASCO

Introducción

Este libro es el resultado de la investigación puesta en marcha por el Observatorio Vasco de la Juventud en el año 2006 con el objetivo de conocer la percepción de la juventud vasca con relación a la salud.

En esta investigación se entiende por salud, tal y como lo define la OMS en sus estatutos de constitución, «el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades». Se parte por tanto de una definición básica de la salud que engloba no solamente el bienestar físico sino también el psíquico y el social, y hace referencia a la calidad de vida de las personas en su contexto cultural de referencia.

Se entiende así mismo que la salud es un aspecto humano íntimamente ligado con otras facetas de la vida de las personas. Desde un planteamiento de carácter integral no se pueden obviar las interrelaciones que de forma compleja se establecen entre la salud y otros elementos del desarrollo humano y social de una población dada. De manera que en el acercamiento a la idea de salud que la juventud tiene, el estudio toma en consideración las especificidades que como grupo revela la juventud.

De acuerdo con lo anterior, existen en nuestro entorno algunos problemas de salud pública que afectan de manera especial a este grupo. No sabemos si en nuestra sociedad la juventud constituye por sí misma una categoría sociológica que resulta ser una fuente de inequidad de salud, pero según datos estadísticos¹ cabe afirmar que por ejemplo, los accidentes de tráfico, algunas enfermedades de transmisión sexual, comportamientos adictivos, trastornos alimentarios y mentales, son algunos de los problemas de salud, que sin ser exclusivos de este grupo, merman la salud de la juventud por delante de otros factores. De ahí que los temas seleccionados en la investigación giren en torno a estos elementos que aparecen como relevantes en las estadísticas sobre la salud juvenil.

Otro aspecto importante de la investigación es el que viene determinado por la inquietud de este Observatorio por conocer lo que la juventud, desde la posición de sujeto, entiende bajo el término tan amplio de la salud. Como guía orientadora de la investigación nos hemos referido a una acepción de la salud institucionalmente reconocida a nivel mundial. Con ello hemos

¹ OBSERVATORIO VASCO DE LA JUVENTUD. «La mortalidad en las y los jóvenes de 15 a 29 años»; p. 6. En: *Indicadores de Juventud*. 1.ª ed. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2007.

querido dejar claro cuál es el punto de partida de este estudio, una perspectiva integral de la salud, no reduccionista a los aspectos físicos, y contextualizada histórica y culturalmente. Por lo tanto la presente investigación no trata de ser una valoración de la salud de la juventud vasca, sino un acercamiento a la representación que estos tienen sobre la salud, y desde esta representación conocer el lugar que otorgan a sus hábitos de consumo, comportamientos y los cuidados que se dirigen.

Para alcanzar estos objetivos, se ha realizado un acercamiento abierto y dirigido a lo que significa «ser joven», cómo se vive ser joven, no desde la mirada adulta, sino desde la de la propia juventud.

Este modo de acercamiento se encuentra doblemente justificado por la necesidad de dar voz a la propia juventud en el tema al que nos referimos. Resulta habitual en nuestro entorno encontrar noticias de prensa, artículos en publicaciones, debates en los medios, o conversaciones entre ciudadanos que discuten, comentan o simplemente opinan sobre una amplia variedad de temas en los que la juventud aparece como la protagonista. En estas conversaciones —expresados en su mayor parte por adultos— es fácil encontrar asociada a la población juvenil con temas que hacen referencia a la noche, las drogas, el ocio, la violencia, los accidentes de tráfico, la moda, el aborto, el VIH, el desempleo, etc. Parece que la imagen que toma cuerpo entre nosotros apunta a la existencia cuanto menos de cierta confusión e incompreensión por parte de los adultos acerca del lugar en el que la juventud se ubica hoy en día. Esta actitud por sí misma no desmerecería ningún tipo de deslegitimación, salvo por el hecho de que existe el riesgo de que ante el desconocimiento se creen imágenes a menudo estereotipadas acerca de la juventud. Hemos querido por tanto primar la opinión de la propia juventud frente a la gran cantidad de opiniones expresadas sobre ellos y ellas, tratando de clarificar la situación en la medida de nuestras posibilidades.

El estudio está dividido en cinco apartados. En el primer capítulo se presenta el análisis en profundidad de los datos obtenidos a través de metodología cualitativa. Su estructura narrativa comienza con la caracterización del espacio joven a través de la significación que adquiere el «ser joven» hoy en día. Continúa con un breve análisis sobre la relación que la juventud establece con el consumo de drogas, y se profundiza de forma más detenida en las nociones de salud de los y las jóvenes, y el lugar que se atribuye a los cuidados relacionados con el bienestar. A esto le sigue un apartado referido a las enfermedades que preocupan a la juventud, un tema muy relacionado con la educación para la salud, que es de lo que se habla a continuación, y termina con la valoración de la utilidad que la juventud percibe en el sistema médico, analizado según parámetros concretos.

En el segundo capítulo se recoge el conjunto de datos conseguidos a través de encuestas telefónicas, y ofrece, de forma descriptiva, la opinión de la juventud sobre los temas como: las coordenadas en las que se ubica el espacio de la juventud, las opiniones en torno al mundo de las drogas y el ocio, la idea de salud que la juventud tiene acerca de sí misma, los hábitos de salud predominantes, las fuentes de resolución de problemas y búsqueda de información utilizadas en relación con temas específicos, y la imagen sobre la utilidad del sistema médico.

Coinciden, como es lógico, los temas en los que se indaga en ambos apartados, aunque con variaciones debidas al carácter abierto de las técnicas utilizadas para realizar el análisis cualitativo.

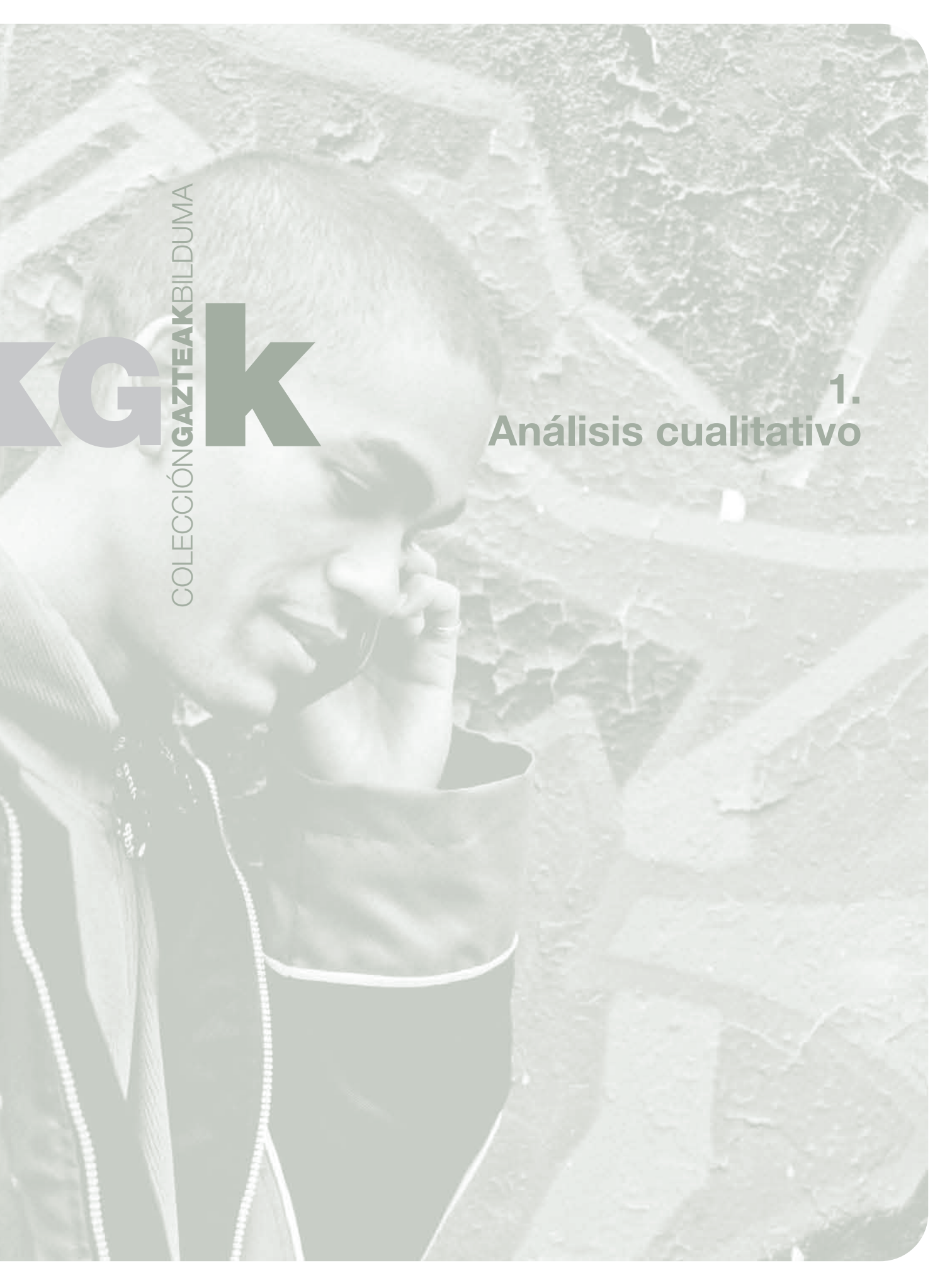
El estudio se concreta básicamente en estos dos grandes apartados, el tercer capítulo, dedicado a las recomendaciones para la educación en salud, señala posibles formas de actuación orientadas a reducir los riesgos en salud que afectan al colectivo de la juventud.

El cuarto punto recapitula a modo de síntesis las principales aportaciones de este estudio y en el quinto se describen los aspectos metodológicos bajo los que se ha desarrollado esta investigación.

KGk

COLECCIÓN **GAZTEAK** BILDUMA

1.
Análisis cualitativo



1

Análisis cualitativo

1.1. EL ESPACIO JOVEN

La investigación ahora presentada se ha planteado, en gran medida, como un acercamiento a la vivencia que los propios jóvenes tienen de «ser jóvenes», es decir, «ser joven hoy» y cómo esta vivencia y el lugar asignado a los jóvenes puede incidir en la práctica de hábitos saludables y en la propia concepción que puedan tener sobre la salud.

Nuestra sociedad ha vivido un cambio en la concepción de la «juventud», si antes era vivido como un espacio de paso, de preparación y formación para el mundo adulto, ahora se ha constituido en una etapa propia, modificándose la percepción del espacio que la sociedad asigna y otorga a los jóvenes, al mismo tiempo que se produce una ampliación social del «espacio joven», se modifican y amplían los límites de la «edad joven». La extensa franja de edad objeto de la investigación es sin duda un claro reflejo de la prolongación del espacio joven que se ha apuntado. Así, bajo el paraguas de «jóvenes» se incluyen sectores desde los 13 a los 29 años, colectivos que se encuentran lógicamente en situaciones vitales muy diferentes, y que lleva a reflexionar, hoy más que nunca, sobre cual es el espacio o espacios de los «jóvenes». Dentro de la consideración de «colectivo joven» con el que se ha trabajado, cabe distinguir tres, incluso cuatro estadios. El espacio preadolescente-adolescente, que podría considerarse hasta los 15-16 años; un segundo estadio que podría considerarse el espacio simbólico de la juventud, desde los 16-17 años hasta aproximadamente los 22-23 años; un tercer estadio de juventud adulta que podría venir a coincidir con los 23-26 años, y un cuarto estadio que bien podría considerarse ya de espacio adulto joven, y que supone el inicio de la participación en el mundo adulto. En cada uno de estos estadios, lógicamente el lugar en el que se sitúan los jóvenes es muy diferente, y sobre todo son diferentes sus expectativas y el futuro que proyectan para sí.

Esta nueva concepción de juventud se habría ido configurando en paralelo a la transformación de nuestra sociedad en el camino de modernización que ha seguido en las últimas décadas: desarrollo de las libertades, mejora de los niveles económicos y sociales, cambios en los modelos familiares, cambios en el mercado laboral, etc. Transformaciones estructurales que habrían tenido su reflejo, entre otras esferas, en los modelos educativos de los hijos. Las últimas generaciones de padres, los padres de los hoy jóvenes, han tratado de romper con el modelo educativo autoritario, restrictivo en el que ellos vivieron y se educaron, y en el rechazo

de este modelo se habría ido generando un modelo educativo inverso. En el intento de alejarse de los modelos educativos presentes en generaciones anteriores, los padres actuales —los de la «democracia»— habrían ido conformando un modelo educativo permisivo, con escasas limitaciones para los niños y jóvenes.

En una sociedad en la que los «hijos/as» son un bien escaso resulta difícil decir «no» a sus demandas. En la sociedad opulenta y rica en la que vivimos resulta difícil decir que «no» a los hijos en la compra de cualquier producto cuando económicamente es posible. Cuando el tiempo de trabajo resta tiempo compartido con los hijos, cuesta mucho negarles algo. Son condicionantes sociales que de una u otra forma habrían ido configurando un modelo educativo permisivo, y que llevado al extremo hace que los niños y jóvenes sean educados en la falta de límites. Una falta de contención que facilita que los niños y jóvenes interioricen y se eduquen en la consecución inmediata de sus deseos, lo que dificulta que éstos aprendan a asumir y elaborar la frustración, a que desarrollen recursos personales y sociales para enfrentarse a ella, y que tarde o temprano se encontrarán; una frustración que en demasiadas ocasiones acaba canalizándose violentamente. En este sentido, resulta significativa la aparente «cotidianidad» con la que la juventud ha de enfrentarse a situaciones de cierta violencia, ya sea en los centros escolares —el acoso escolar—, o en las propias zonas de ocio, en las que se describen situaciones de provocación y violencia gratuita con una preocupante «normalidad».

En la idea de la inmediatez del logro en la que han sido educados no se produce el aprendizaje de la postergación del logro, del futuro como el tiempo en el que conseguir lo deseado, sino que por el contrario han sido educados y acostumbrados en la consecución presente del deseo. Una consecución inmediata que convierte en inoperantes como el esfuerzo o el sacrificio, sobre los que se basa la acción cuando el logro se proyecta en el futuro. En el modelo educativo que hoy parece el dominante en sectores sociales centrales —clases medias-medias bajas—, la juventud no está siendo educada en un presente de esfuerzo o sacrificio para lograr lo deseado en un futuro más o menos cercano, sino que lo deseado se consigue —sin esfuerzo y sin sacrificio— en el presente.

Desde la falta de integración e incorporación de unos límites (incluso de un «otro» que ponga límites externos), se ha ido generando un modelo en el que se rechaza la posibilidad de «conflicto», conformándose una tolerancia mínima a éste, ya sea al «berrinche» del niño o a la «rebeldía» adolescente. Existiría no sólo una menor tolerancia al conflicto, sino que también existe una mayor inseguridad a la hora de resolverlo cuando éste surge. De forma que para evitarlo la que aparece como mejor opción es no decir «no». Negar por tanto la posibilidad de que

surja el conflicto, evitar la situación en la que nos sentimos incómodos. En este modelo educativo proteccionista y permisivo, no se educa a los niños-jóvenes en la superación y elaboración de la frustración, o en la resolución del conflicto, puesto que son situaciones a las que los progenitores evitan que se enfrenten.

En gran medida, los niños y jóvenes han sido y están siendo educados en una «burbuja» en la que se les protege de los elementos hostiles y conflictivos que pueden surgir. Una protección que impide que ellos mismos desarrollen recursos propios con los que enfrentarse a las dificultades. Desde la protección que se dirige a los niños y jóvenes, éstos no han de enfrentarse a situaciones en las que precisen poner en juego recursos sociales para la resolución de posibles conflictos en sus relaciones sociales, o que se vean en la necesidad de resolver o desenvolverse en cuestiones cotidianas. Se les educa en una «burbuja», en una situación de «facilidad» que poco tiene que ver con las demandas con las que se encontrarán en el exterior, en las distintas esferas por las que deberán transcurrir hasta llegar al espacio adulto, con lo que esto supone de déficit en su preparación o desarrollo personal.

En este modelo proteccionista, las exigencias de los padres hacia los hijos tienden a reducirse al ámbito académico, obviando o dejando de lado otras esferas del espacio cotidiano como puede ser la mera colaboración en tareas domésticas. Los progenitores tienden a «exigir» el cumplimiento o unos resultados en el espacio académico, para luego ser muy permisivos en otros ámbitos, y el del ocio es uno de ellos. A los niños y/o jóvenes se les exige una gran carga de trabajo y presión académica —que puede llegar a ser vivido de forma insatisfactoria, con el riesgo de generarse malestar psicológico—, al tiempo que se les «descarga» de la asunción de otras responsabilidades. De esta forma el proceso de crecimiento se desarrolla de forma desequilibrada, con una excesiva protección de padres y madres que dificultan que los niños-jóvenes vayan asumiendo mayores niveles de autonomía e independencia fuera de la familia.

Este entorno proteccionista y al mismo tiempo permisivo es en el que los niños y jóvenes aprenden a relacionarse con las cosas y con los «otros». Generándose —o pudiéndose generar— entre ellos una forma perniciosa de entender y relacionarse con la realidad. Una realidad distinta a la «burbuja» en la que han sido educados. Es así, como desde el proteccionismo y la permisividad la «juventud» acaba por conformarse en la etapa de la «despreocupación», una etapa hedonista, dirigida y dedicada al disfrute inmediato. Una actitud y forma de posicionarse ante la realidad que está muy presente en los consumos que los jóvenes hacen de algunos tóxicos —especialmente el alcohol—, pero también sobre las expectativas que cons-

truyen y en su propio proceso de identidad personal. Desde esta perspectiva el espacio de ocio aparece como el espacio simbólico central del desarrollo personal; apareciendo como el espacio en el que la juventud comienza a tomar contacto con la sociedad de forma independiente y autónoma, fuera de la mirada de los progenitores. En gran medida, los condicionantes sociales han llevado a convertir el ocio, y en concreto el del fin de semana, como el espacio que nuestra sociedad otorga a los jóvenes, como espacio de la diversión y disfrute en el que desarrollarse y crecer.

En este marco, directamente vinculado con los cambios de los modelos educativos e interrelacionado con otros cambios sociales, especialmente en el mercado laboral, se habría producido una prolongación de «la etapa joven». A partir de los cambios sociales vividos, la «etapa de la juventud» se habría visto ampliada en sus extremos. En efecto, cada vez más la incorporación al espacio joven se produce a edades más tempranas al participar antes de la salida de ocio del fin de semana, que aparece como el espacio de desarrollo personal entre los jóvenes, y por el contrario «la salida» de este espacio joven se viene produciendo a edades más tardías. Un cambio social que es preciso tener muy presente y que es fundamental para entender y comprender a los jóvenes y los estilos de vida joven.

Desde unos modelos educativos más permisivos se estaría facilitando —paradójicamente— la entrada más temprana en el espacio de ocio, es decir, en el centro simbólico del «espacio joven». Decimos paradójicamente en la aparente contradicción que supone desde la actitud proteccionista que los padres dirigen a sus hijos/as, que la juventud salga a un espacio social fuera de la familia considerado hostil, cada vez a edades más tempranas. Así, jóvenes de 13 o 14 años (aunque podría hablarse de niños/as), comienzan cada vez antes a compartir los espacios y hábitos de ocio de sectores juveniles. Una entrada más temprana que se produce por tanto en estados evolutivos menos desarrollados, con lo que esto significa de menores recursos sociales y personales para resolver las tensiones que van a encontrarse en ese otro espacio, entre el mandato familiar y el nuevo mandato e influencia creciente de los pares, en los nuevos entornos sociales a los que se abren sin la mirada y protección de los padres. Desde esta perspectiva, el adelanto de edad en la salida autónoma del fin de semana puede suponer riesgos para la salud de estos jóvenes en lo que se refiere al consumo de tóxicos por la presencia que éstos tienen en los actuales modelos de diversión de los jóvenes. En este sentido resulta significativo que los propios jóvenes de edades más centrales sean los primeros portavoces de este cambio y de los riesgos que en el perciben. En esta entrada más temprana pareciera que los jóvenes están incorporando o desarrollando unos modelos de consumo de tóxicos —especialmente alcohol y cannabis— diferentes a los que existían hace apenas unos años, que lleva

a que los sectores de jóvenes más adultos (poco más adultos), los perciban incluso alejados de la que ha sido su propia experiencia. Un no reconocimiento en el modelo de diversión y/o consumo de alcohol que apuntaría o reflejaría la intensidad del cambio que se está produciendo en el hecho de ser joven.

La incorporación más temprana a la salida del fin de semana, el centro simbólico del desarrollo personal, no se acompaña en paralelo de la asunción de «responsabilidades» en otras esferas cotidianas, sino que la juventud pareciera pivotar entre la exigencia y responsabilidad en el ámbito académico y la diversión de la salida del fin de semana. Desde esta perspectiva la etapa joven se constituye simbólicamente, y es vivida por las personas jóvenes, como diversión y despreocupación, sin apenas responsabilidades.

Esta situación de «disfrute» y de limitada despreocupación es la que vendría a coincidir con las edades centrales jóvenes, lo que podría corresponder a los 16-23 años, las edades que ocupan el centro simbólico de «ser joven», y por tanto el espacio joven que más se aproxima a la imagen adulta de «juventud feliz». Desde estas edades centrales la mirada que se dirige al espacio adulto no es positiva, el ser «mayor» no aparece en el horizonte al que se aspira, mientras que los adolescentes sí desean alcanzar este espacio central del «ser joven». El espacio adulto no aparece como una meta que se quiera alcanzar, sino que por el contrario lo que se busca o se desearía es postergar al máximo la entrada en este espacio adulto en tanto que aparece marcado negativamente como un espacio de responsabilidades. De esta forma, a las dificultades sociales que actúan para participar del mundo adulto se une que éste no aparece como atractivo, por lo que la prolongación del «estilo de vida joven» se vería doblemente reforzada. En una gráfica cita, las jóvenes de Donostia dirán «sentirse estresadas de pensar que les espera una vida adulta estresada».

- Pero aparte *estamos estresados porque sabemos que vamos a estar estresados el resto de nuestra vida*. Ahora estoy estresada pero cuando trabaje lo estaré más, cuando tenga hijos lo estaré más y se van sumando así cosas...
- Hasta que te jubiles.
- Hasta que me jubile, fijate tú.
- Pero cuando te jubiles tendrás una jubilación de mierda.

(Rg. 4. Mujeres 16-18 años. Donostia. C. media-alta)

Si en las generaciones pasadas alcanzar la consideración de «adulto» aparecía como un atractivo, ahora no, lo que lleva a la juventud a reforzar su vinculación y vivencia del presente, no existe una proyección de futuro adulto.

Si la entrada más temprana en el espacio joven puede decirse que es un fenómeno relativamente reciente, la prolongación de la juventud a edades tradicionalmente «adultas» es ya un fenómeno muy presente en nuestra sociedad, en la que resulta ya normal que la salida de casa se produzca pasados los 30 años. Unas edades, que también es cierto, parecen comenzar a descender, produciéndose un ligero adelanto a esta salida.

La precariedad, la inestabilidad y la temporalidad laboral (fruto de las reformas laborales de la década de los 90, y en especial la realizada en 1994) son las condiciones en la que la juventud participa inicialmente del mercado laboral. Condiciones que en gran medida son la base —en realidad una de las bases— en las que se asienta la prolongación de la presencia de los y las jóvenes en el hogar familiar ante las dificultades existentes para que se produzca la emancipación. Ciertamente, las condiciones laborales que muchos sectores jóvenes sufren en el mercado laboral, junto con el alto precio de la vivienda (ya sea de alquiler o en propiedad) dificultan mucho, aunque sin obviar que la situación y condiciones de vida de las que disfrutaban los y las jóvenes en los hogares familiares tampoco empujan o estimulan a la emancipación. No hay que perder de vista que el conflicto intergeneracional padres-hijos es mucho menor que el que ha existido en otras etapas históricas —no tan lejanas— de nuestra sociedad, dominadas por un modelo educativo autoritario y represor. En este sentido, los grupos realizados reflejan las buenas relaciones que los jóvenes parecen disfrutar con sus padres, ya que en ningún grupo más allá de la edad, se han puesto de manifiesto situaciones conflictivas o insatisfactorias con los padres, sino que por lo general se reconoce la existencia de relaciones de confianza mutua. Desde el disfrute de buenas relaciones con los progenitores no es extraño que se repita hasta la saciedad la idea de que «se vive muy bien con los padres». En la actualidad la juventud disfruta en los hogares familiares no sólo de un alto nivel de comodidades y de bienestar material («de buena vida») sino que también disfruta de parcelas importantes de libertad personal. En efecto, no sienten la necesidad de salir del hogar para actuar y tomar decisiones con relativa independencia y/o autonomía, especialmente en el campo del consumo. La convivencia satisfactoria con los progenitores permite que, incluso existiendo una alta dependencia económica, logren desarrollar un espacio de autonomía importante, y que tendría su centro en el espacio de ocio. En esta situación privilegiada tampoco se sienten especialmente presionados o empujados a salir del hogar familiar, toda vez que esta salida se percibe complicada, difícil y no siempre accesible, por lo que su respuesta —y en gran medida a la que les empuja la sociedad— no es sino prolongar su «juventud», su estilo de vida joven.

Pero a medida que se avanza en edad, los sectores jóvenes adultos comienzan a dar muestras de insatisfacción personal por esta prolongación de la juventud, que cada vez perciben más forzada socialmente y alejada de sus deseos personales. Entre los sectores jóvenes más adultos, poco a poco esta «prolongación de la vida joven» —que tendría como «símbolo» la salida del fin de semana— se vive de forma poco satisfactoria por lo que significa de limitación a su desarrollo y crecimiento personal. Sin duda, uno de los aspectos que más nos han llamado la atención en la investigación ha sido comprobar cómo en las franjas adultas de jóvenes aparecen en sus discursos señales que apuntan a la insatisfacción que sienten por el lugar que les ha otorgado o que les deja ocupar la sociedad. Las condiciones de precariedad e inestabilidad del mercado laboral, que afectan de forma muy especial a estos colectivos jóvenes, junto con el alto precio de la vivienda son el freno para el desarrollo de un proyecto personal plenamente autónomo. El acceso a la vivienda —preferentemente en propiedad— aparece en el discurso de los jóvenes más adultos como el centro simbólico de la autonomía e independencia personal, la entrada en el mundo adulto. Un último salto que aparece como un obstáculo difícil de superar. Estos sectores de jóvenes adultos perciben que la entrada en el mundo adulto, en el que ahora sí aspiran a participar, les es dificultada al máximo.

Las dificultades de acceder ya sea en pareja, pero especialmente a nivel individual, a una vivienda impiden la construcción de un proyecto de futuro, lo que les empuja a mantenerse anclados o a vivir el presente, «lo inmediato». Así, ante la dificultad de una integración social «adulta» —que se condensaría en el acceso a la vivienda— sectores importantes de jóvenes parecen optar (o son forzados) a renunciar a este «consumo adulto» y desarrollar un modelo de consumo más inmediato y a corto plazo. Desde esta perspectiva la integración social de los jóvenes vendría produciéndose a través del consumo, configurándose antes como colectivo de consumidores que como ciudadanos. Ante la imposibilidad del proyecto personal autónomo, la juventud parece optar por dirigir sus ingresos a un consumo inmediato —coche, viajes, ropa, ocio, etc.— antes que aplazar este consumo en pro de un logro a medio plazo.

— Yo no entiendo. Dije: «¿Qué...? ¿Cómo? No entiendo. No puedo... No puedo [comprar una casa] y ya está... A gastar. A tomar por culo; a gastar...»

[Risas]

— Es verdad, al final...

(Rg. 9. Mujeres. 25-29 años. Zarautz. Activas. Clase media)

El acercamiento a la frontera superior del espacio joven, la aproximación de la salida del espacio adulto (pareciera más biológica que social) es vivido por las cohortes de más edad desde la insatisfacción, por cuanto tiene de expectativas incumplidas, de imposibilidad de un desarrollo personal pleno. El grupo de mujeres jóvenes de Zarautz de 25 a 29 años, refleja muy claramente la insatisfacción por no poder participar del espacio adulto, en lo que tiene de construcción de proyecto a medio-largo plazo. Una de las cuestiones sin duda más destacables de la investigación es justamente el alto nivel de malestar psicológico que parecen sufrir sectores de jóvenes adultos vascos. Malestar, insatisfacción personal, que no coincidiría con la imagen estereotipada y reductora de «juventud feliz» que parece existir entre los adultos respecto de los jóvenes. En el discurso adulto, de forma empobrecedora, el espacio de la juventud se vincula en demasiadas ocasiones con la idea del disfrute y de despreocupación, lo que lleva a pensar en una «juventud feliz», pero escuchando a la propia juventud esta asociación no resulta tan directa y unívoca como pudiera creerse, sobre todo cuando se escucha a los sectores de jóvenes adultos. Su sensación de «desencanto», de frustración, de insatisfacción, de vacío vital o como lo queramos denominar es realmente llamativa. La «buena vida» que reconocen tienen y disfrutan no les hace finalmente «felices», o sin intentar ser tan maximalistas, no les lleva a disfrutar tanto como pudiera pensarse. Es un disfrute que se agota en lo inmediato, sin alimentar y construir un proyecto personal auténtico. La reflexión que los propios jóvenes adultos (desde aproximadamente 24 años en adelante) realizan, es que teniendo en lo material más de lo que sus padres pudieran tener a su edad, no se sienten «más felices», una falta de disfrute, de felicidad, que la propia juventud vive como síntoma de su malestar, de su profunda insatisfacción. Desde esta posición los y las jóvenes ponen en evidencia la presión a la que se sienten sometidos por la sociedad consumista y materialista que hemos construido, y que les lleva a la insatisfacción, a no «conformarse nunca». Una sociedad que presiona para consumir más y más, que lleva a valorar antes el propio acto de consumir, que el objeto consumido, ofreciendo por tanto una satisfacción que se agota en el propio acto de la compra y no en el disfrute posterior.

En la medida que en la sociedad actual la integración pasa por el consumo, el no poder alcanzar determinados niveles de consumo llevaría a ocupar una posición social periférica, y ésta es la idea que parece estar en la base del desencanto, de la frustración de los y las jóvenes vascos adultos. La percepción o imposibilidad de repetir o alcanzar por sí mismos el nivel de vida que sus padres tienen, y les han ofrecido, es de alguna forma vivido o sentido como un fracaso. Desde su experiencia personal, las dificultades que tienen para emanciparse y desarrollar de forma plena su proyecto personal, la necesidad en muchas ocasiones de seguir contando con la ayuda económica de los progenitores, estaría conformando la percepción de no poder ocupar el centro social —al que se suponen están llamados— sino que sienten estar abocados a ocupar una posición periféri-

ca. Situación periférica que simbólicamente aparece en el discurso de la juventud como la imposibilidad de poder seguir viviendo en su propia localidad por el coste de la vivienda, sintiéndose así «expulsados» del centro social. El discurso de las cohortes de edad más adultas pone de manifiesto el incumplimiento de sus expectativas, pero también la frustración que les genera no estar respondiendo a las expectativas sociales que pudieran dirigirseles.

1.1.1. La salida del fin de semana

En los discursos generados en los grupos, el fin de semana aparece en contraposición a la semana laboral y se vive como desconexión, como ruptura con la rutina semanal. Desde esta posición, el fin de semana ocupa un lugar central en el discurso juvenil, apareciendo como espacio central en el desarrollo personal, sobre todo en las edades más jóvenes (podría decirse hasta aproximadamente 22 años). La centralidad que otorgan a la salida del fin de semana quedaría reflejada en el hecho de que es el tema por el que los grupos suelen iniciar sus intervenciones. En el fin de semana se desarrollan las situaciones que les resultan más gratificantes, siendo el encuentro con los amigos el factor central de esta gratificación.

En los discursos juveniles uno de los aspectos que más llaman la atención es la evolución de la vivencia del fin de semana. En efecto, frente a la vivencia de la salida del fin de semana como un espacio de «libertad», de construcción personal, presente en los sectores adolescentes que inician o han conquistado hace poco este espacio exterior, en cambio en las edades de jóvenes adultos la salida del fin de semana evoluciona hacia una vivencia en la que tiene cabida la insatisfacción. Paradójicamente el espacio liberador del fin de semana tiene la capacidad de vivirse de forma insatisfactoria y rutinaria, y para algunos incluso como una obligación que lleva a que la «inactividad» se viva como una liberación. Pero lo que más sorprende es que la percepción de rutina, de cansancio (e incluso de aburrimiento) está presente ya en sectores muy jóvenes, como el grupo de chicas de Donostia de 16-18 años. Pareciera que también el modelo de diversión joven —asociado a la salida a bares y consumo de alcohol— se ha convertido para la juventud en un «objeto» de consumo inmediato más, lo que lleva a su rápido «agotamiento»: se participa antes en él, pero se agota antes la satisfacción que pudiera ofrecer. De esta forma, el espacio de ocio, que se vincula con el disfrute, y sobre el que se construye en gran medida la imagen de «juventud feliz», resulta insatisfactorio para sectores importantes de jóvenes vascos, lo que les lleva a buscar alternativas de ocio, fuera del modelo de «beber» por obligación, como única opción de diversión.

Una de estas alternativas es el encuentro en lonjas o locales, donde la juventud puede desarrollar plenamente la que para ellos es —la mayoría de los y las jóvenes que han participado en la investigación así lo señalan— la parte más gratificante del fin de semana. Estos espacios posibilitan hablar, conversar, intercambiar y compartir con los amigos— dimensión social que se recupera también en la celebración de los litros o botellones—, lo que resulta difícil de conseguir en los ruidosos ambientes de bares y pubs en los que pareciera que sólo queda beber. En cambio, en los encuentros en lonjas o locales, la relación con el consumo de alcohol es diferente, perdiendo éste protagonismo, en favor de un mayor desarrollo de la dimensión social.

Desarrollo de la dimensión social, de compartir con las amistades que nos parece fundamental para un desarrollo personal sano y equilibrado. Los discursos de las personas jóvenes muestran señales de un espacio de «fragilidad» de las relaciones de amistad, en la medida que éstas se inscriben en gran medida en el espacio y el tiempo del disfrute. Una fragilidad de las relaciones que tomaría tal vez su reflejo más extremo en la delegación que parece comenzar a producirse del cuidado del «amigo/a borracho» a los servicios médicos de emergencias. Cuando ante un consumo excesivo de alcohol de un amigo/a su entorno opta por llamar al 112 para que sean ellos quienes le cuiden y atiendan, y poder así continuar de marcha, la «concepción de amistad» sobre la que se sustenta la relación es terriblemente frágil. Si la amistad se entiende que es sólo para los momentos de diversión, el joven aparece aislado, debilitado, sin poder recurrir en sus momentos de incertidumbre o preocupación al apoyo de otro, y juntos poder aprender a tomar decisiones. Por lo tanto, el desarrollo de la dimensión más afectiva, el refuerzo del intercambio con los amigos es un elemento «saludable» para los jóvenes, en lo que significa de apoyo y ayuda. Como ponen en evidencia las chicas más adultas el desahogo es saludable, tiene un poder terapéutico. Por lo tanto es positivo que exista un entorno que facilite la comunicación, que se «enseñe» antes a mostrar los sentimientos, las preocupaciones que a ocultarlo. Nuestra sociedad, no sólo entre la juventud, muestra una baja tolerancia al malestar, lo que conduce a su «relativización» o directamente a su ocultamiento. Actitud negadora —distinta a la introversión— que dificulta que el individuo se desarrolle de forma plena.

Desde la valoración que la juventud vasca otorga a la amistad, a compartir con las amistades no sólo los momentos de diversión y disfrute, sino entendida como apoyo, y desde el cansancio o sentimiento de rutina con el que parece vivirse en ocasiones la salida del fin de semana, no resulta extraño que poder disponer de una lonja o de un local para el encuentro con las amistades sea para ellos una alternativa buscada y deseada, pero que cuenta con el inconveniente de su coste y en ocasiones de pequeños conflictos con posibles vecinos.

La sensación de «cansancio», de rutina del fin de semana está en parte determinada por el propio tamaño de las localidades, lo que conlleva no sólo la existencia de una oferta de ocio limitada —y según los jóvenes conocida—, sino además al encuentro sistemático con la «misma gente», lo que no hace sino reforzar la percepción de rutina.

— Hay muy pocas zonas para salir y al final estás todo el año yendo a las mismas y a mí me aburre. Salir viernes y sábado me aburre un montón. Prefiero irme con mi novio y ya está y no ir de fiesta a ningún lado. Yo prefiero. Me las sé ya de memoria, la misma gente y todo.

(Rg. 7. Mujeres. 19-24 años. Bilbao. Universitarias. Clase media-alta)

Desde esta perspectiva, el disfrutar del tiempo de ocio en una localidad distinta a la habitual aparece entre la juventud como una experiencia que puede decirse que oxigenante, liberadora. Por lo que significa de apertura, de novedad, de diversidad y también de anonimato.

En efecto, tanto en los grupos realizados en las capitales de los tres territorios, como en los correspondientes a ámbitos más pequeños, tiende a hacerse una lectura en clave negativa de que «todos se conocen». Tal vez, en los grupos en los que aparece de forma más intensa y negativa sea en los grupos hechos en Gipuzkoa, y de forma muy especial los correspondientes a chicas. La vivencia negativa de la densidad social tiene su reflejo en distintos aspectos, pero que todos, desde la idea del «control social», llevan a una cierta percepción de «opresión», que hace que el «afuera» aparezca como un espacio de libertad, un espacio en el que pueden mostrarse de forma más auténtica. El anonimato que se disfruta en el «afuera» es vivido como un espacio de libertad, en el que no existe temor, miedo al control social, a la mirada escrutadora de los otros.

La búsqueda de alternativas de ocio que desarrolla la juventud, ya sea el encuentro en las lonjas, o las salidas de fin de semana, indica la insatisfacción que sienten algunos sectores de jóvenes vascos por el modelo de diversión hoy dominante y mayoritario, que es el que pueden desarrollar con más facilidad, pero que no es el que más les aporta, sobre todo una vez pasada la etapa iniciática de autonomía del espacio familiar con la conquista del espacio de la salida del fin de semana. De esta forma, iniciativas que faciliten el acceso a lonjas o locales, o incluso potenciar una red de «alojamientos jóvenes», estarían en línea con lo que buscan sectores de jóvenes vascos en su intento de alejarse de unos modelos de diversión que no les satisfacen.

1.1.2. La 'cotidianidad' de la violencia en los entornos jóvenes

Uno de los aspectos que llama la atención del discurso de los adolescentes y de los sectores de edades centrales, es la presencia «cotidiana» de «violencia», de agresiones en los entornos jóvenes. Es decir, los y las jóvenes vascos, sobre todo los de franjas de edad más pequeñas, parecen convivir con situaciones de relativa violencia tanto en el entorno escolar como en el espacio de ocio. Una convivencia con la violencia que, con independencia de ser síntoma de un malestar social, tiene el riesgo de afectarles, no sólo como potenciales destinatarios o víctimas de agresiones, sino en la forma de establecer sus relaciones con los otros, generando desconfianza, temor, etc.

Entre los adolescentes (hasta los 15-16 años), el acoso escolar aparece como una de sus preocupaciones (e incluso podría decirse temores). Por su parte, entre la cohorte de jóvenes de edades centrales 16-21/22 años, la existencia de situaciones de agresión o provocación gratuita aparece como algo relativamente habitual dentro de las zonas de diversión que frecuentan, y que ellos mismos vinculan con el consumo de alcohol y/o el de otras drogas como cocaína o drogas de síntesis.

Ambos fenómenos, el *bullying* y la provocación gratuita, aunque toman formas diferentes, comparten la falta de límites, de contención en el comportamiento de los agresores, y que ya hemos señalado como la característica perniciosa del modelo educativo que simbólicamente es hoy el dominante. La falta del límite externo, lleva a la no interiorización de ningún límite, lo que facilita que se produzcan respuestas agresivas a la menor oportunidad. En este sentido, alguno de los entrevistados de los servicios de emergencias, destacan como ha ido incrementando en los últimos años el número de incidentes violentos de los que son víctimas los servicios de emergencias que acuden a las zonas de marcha juvenil a atender algún servicio. Unas situaciones, en las que con la presencia del alcohol como desinhibidor de los límites, lleva a convertir la «agresión» en una parte más de la diversión, reconociéndose sólo como límite, a la autoridad institucional: la policía.

En este entorno de violencia, otro elemento que comparte el acoso escolar con lo que estamos llamando provocación gratuita, es la percepción de la soledad como debilidad, y por el contrario la presencia del grupo de amigos/as como protección y defensa. Así se entiende que los sectores que parecen más expuestos a este tipo de situaciones (los jóvenes de 16-18 años de clases medias-bajas de áreas metropolitanas), se sientan cómodos en una concepción de la amistad de

«baja intensidad», en la que la figura del «conocido» responde a sus expectativas. La «cantidad de conocidos» es entendida como una red de apoyo a la que puede acudir cuando se necesite, ya sea para tomar algo, o también llegado el caso de los que poder recibir protección.

En el caso del acoso escolar hay que destacar la presencia que tiene entre los más jóvenes, y la «domesticación» que muestran ante este fenómeno. El propio hecho de que se refieran a este fenómeno como «*bullying*», es ya un indicador de su proximidad con este fenómeno, del que sí parecen hablar tanto en los centros escolares como en los hogares. Desde la alarma social generada, y de la que la juventud también parece participar, pareciera que todas las situaciones de conflicto y de abuso que pueden suceder entre compañeros se inscriben bajo el paraguas de «acoso escolar». Y tal vez, al hacerlo se corre el riesgo de relativizar la gravedad y el dramatismo de las situaciones de verdadero acoso escolar. Teniendo esto en cuenta, lo primero que llama la atención en estos grupos jóvenes es la cotidianidad con la que parecen enfrentarse a situaciones que ellos inscriben bajo el paraguas de *bullying*. Y tal vez, por ser una experiencia por desgracia cotidiana para ellos, es por lo que tengan tan sumamente claro como actúa el mecanismo del acoso. La idea de debilidad aparece como central en la imagen que la juventud tiene del proceso que lleva a entrar en el círculo vicioso en el que se desarrolla y toma fuerza el *bullying*. Débil es quien no «sabe defenderse» o el que está solo. En este fenómeno, no sólo tienen presencia víctima y agresor/es, sino que también participa un tercero, los testigos. Un tercero que se encuentra en un incómodo —y riesgoso— espacio al ser testigo de una conducta que aún desaprobando vuelven la cara, miran hacia otro lado para evitar verse inmersos en el conflicto: evitar ser ellos mismos objetos de la agresión o la exclusión y tener que enfrentarse al agresor o agresores. El problema es que con esta conducta pasiva, perpetúan y/o refuerzan la posición de fuerza del agresor y la soledad y debilidad de la víctima. La aparente «no participación» de los testigos es finalmente una actuación activa. Al perpetuarse esta situación, y alimentarse la posición de fuerza del agresor —del líder negativo— el propio tercero queda abocado a aproximarse tarde o temprano a él. La necesidad de pertenencia al grupo le empuja, ahora sí, a una actuación activa. Cuanto mayor sea la cercanía con el grupo, más fácil será compartir su discurso, y que se terminen asumiendo valores que inicialmente se rechazaban, lo que facilita que participen también finalmente activamente del acoso, a no aceptar a las víctimas, a los que han sido excluidos. Desde la dificultad de intervenir y actuar en este fenómeno de *bullying*, trabajar sobre este espacio del «tercero» parecería positivo, fomentando, ayudando, dotándole de recursos para que su aparente participación pasiva no se vuelva contra la víctima, sino en todo caso contra el agresor/es.

En esta línea creemos interesante romper entre la juventud más expuesta al acoso escolar, la idea de que el *bullying* ha existido siempre, y que en muchas ocasiones los padres son los

primeros en transmitir. Desde esta percepción se corre el riesgo de que se viva y perciba como algo «normal», lo que no hace sino restar importancia al fenómeno del acoso escolar, tal y como se está produciendo en nuestros días, y que incluso esconde el riesgo de desplazar la responsabilidad de lo que sucede a la víctima.

En este sentido parece necesario seguir trabajando con la juventud sobre la «anormalidad» que supone el acoso escolar. Ayudar por supuesto a las víctimas, pero sin olvidar la posición o figura del «tercero», puesto que en su aparente inactividad puede ser también víctima o convertirse en «agresor».

1.2. EL CONSUMO DE DROGA

En lo referido al consumo de drogas, la juventud hace especial hincapié en la «normalización» de su consumo, lo que lleva a que algunos tóxicos como el cannabis o la cocaína tengan una mayor visibilidad y se oculte menos su consumo. Mayor visibilidad que se une a la percepción de fácil accesibilidad a las drogas en los entornos juveniles. Esta es una idea presente en todos los grupos —dirán que en el País Vasco es más fácil conseguir drogas que en otras comunidades del Estado—, pero especialmente en el caso del grupo de Donostia, en el que cocaína, cannabis o alcohol serían en la práctica igual de fáciles de conseguir.

A esta mayor visibilidad y accesibilidad se une además la bajada de los precios de este tipo de sustancias, al tiempo que la juventud dispone de mayores cantidades de dinero. De esta forma, la juventud hoy se encontraría con un entorno social en el que por distintas razones resulta más sencillo acceder a drogas, y que estaría en la base del adelanto en la edad de inicio. Éste es uno de los cambios que la juventud adulta señala respecto a su propia experiencia, ahora los más jóvenes viven con mayor «normalidad» el consumo de cannabis o incluso de cocaína, ya que éstas no se perciben como conductas tan lejanas y proscritas como ellos mismos lo vivieron cuando se iniciaron en la salida del fin de semana. La «normalidad» de estos consumos, acerca la idea de legitimación de su consumo lúdico, de forma semejante a la que ya cuenta el consumo de alcohol, y aleja la percepción de riesgos, en tanto que éstos los tienden a situar en el espacio de la adicción, que lo perciben alejado del consumo lúdico que ellos pueden desarrollar.

En este contexto de percepción de accesibilidad a las drogas, además de la centralidad del consumo de alcohol y tabaco, el cannabis aparece como un consumo bastante «legitima-

do» entre la juventud, siendo la cocaína y las drogas de síntesis las que tienden a aparecer en un espacio menos normalizado. La heroína no tiene presencia en el discurso de la juventud vasca, apareciendo muy alejada de la experiencia y los entornos de los sectores centrales jóvenes.

1.2.1. El consumo de alcohol

Una de las líneas argumentales que está presente en la reflexión que hace la juventud sobre el consumo de alcohol entre la juventud es la normalización-legitimación de este consumo en la sociedad vasca, con independencia de la edad. Una normalización que se refleja en las estadísticas, ya que el País Vasco muestra una prevalencia de consumo de alcohol por encima a la media del Estado.

Los y las jóvenes ponen en evidencia la existencia de un entorno que facilita —cuando no incita— el consumo de alcohol. Las habituales ofertas de «2×1» de las zonas de marcha joven, o el propio precio que tienen las bebidas no alcohólicas —en el grupo de Zarautz irónicamente dirán que «se bebe para ahorrar»— son el reflejo de la legitimación social del consumo de alcohol.

La normalización del consumo de alcohol dentro de la sociedad vasca lleva a que la juventud vasca vea su consumo con total normalidad, como un paso más dentro de su proceso de crecimiento, sin que exista un cuestionamiento de los riesgos de su consumo, como sí existe con el tabaco y el cáncer de pulmón, y que desmotiva al consumo. En el caso del consumo de alcohol, los riesgos para la salud los sitúan en el «exceso» y con un efecto a largo plazo. En el presente el riesgo del consumo de alcohol se situaría en la posibilidad del accidente de tráfico si se conduce bajo los efectos del alcohol.

En el discurso joven, el consumo de alcohol aparece como un consumo social, como un paso a dar en el proceso de crecimiento, puede incluso decirse, desde la percepción de una cultura de consumo de alcohol, que en el proceso de integración. Mientras que por el contrario el consumo de tabaco aparece como un consumo individual, en el que se decide participar o no. Distinta percepción del consumo del tabaco como consumo individual y del alcohol como un consumo social, que lleva a que la presión grupal juegue un papel muy diferente en uno y otro consumo. En efecto, el discurso juvenil describe el caso del tabaco como un consumo individual, por lo que el «no consumo» no pone en juego el sentimiento de pertenencia al grupo; en

cambio el consumo de alcohol se desarrolla en el plano de lo social, en el fin de semana, por lo tanto en el centro de la relación con los pares, tomando fuerza la idea de pertenencia. En el deseo de pertenencia al grupo, la presión que pone en juego el grupo para anular la heterogeneidad (el no consumo), lleva o empuja a participar también del consumo de alcohol y no sentirse así excluidos o quedarse fuera de la complicidad que parece aportar el consumo de alcohol. Teniendo esto en cuenta, parece positivo reforzar entre los y las jóvenes la idea de respeto a la decisión de los otros, de que la pertenencia al grupo no se basa en la homogeneidad. El espacio de libertad que se reivindica y se demanda desde algunos sectores de jóvenes a la cuadrilla, es el desarrollo de una pertenencia desde la heterogeneidad, no tener que enfrentar la libertad personal con la pertenencia al grupo.

Desde la percepción, no sólo de la legitimación social del consumo de alcohol, sino también desde la existencia en la sociedad vasca de una «cultura del poteo», los sectores más jóvenes, adolescentes que tal vez no se han iniciado en el consumo de alcohol, tienden a argumentar antes su no consumo por una «cuestión de edad», de no haber llegado todavía el momento, que argumentar «su decisión» en un contexto de hábito saludable, de interiorización de un mandato externo. La participación en el consumo de alcohol aparece como integración y seguimiento de una «tradición», de una cultura y un modelo de relación social que se ha visto desde la niñez.

Es en este contexto cultural de consumo de alcohol, en el que la juventud tiende a inscribir su propio modelo de consumo, equiparando —y por tanto buscando la misma legitimación social— sus litros o botellón al poteo tradicional; en el discurso joven aparecen el modelo de consumo adulto y el modelo joven, que a medida que se avanza en edad se verá desplazado por el modelo tradicional del poteo. Desde la incorporación de ambos modelos de consumo en el mismo espacio, los y las jóvenes no entran a reflexionar sobre lo diferentes que son y los distintos riesgos o efectos sobre la salud que pueden tener uno y otro. Ciertamente ambos modelos comparten la dimensión social, el ser espacios de encuentro con las amistades, pero mientras que en el caso del poteo, el encuentro es lo principal, lo que sirve de excusa para beber, en los litros, la motivación principal es «beber». Mientras que en el caso del poteo —a base de vino o cerveza—, si se llega al descontrol, es como resultado no buscado de haber bebido demasiado, en el caso de los litros —a base de bebidas alcohólicas de alta graduación—, lo que se busca es alcanzar el «descontrol», y además alcanzar el «bienestar» que supuestamente les aporta esta situación de la forma más rápida posible. Son por lo tanto dos modelos muy diferentes entre sí, frente a la cultura del poteo, que muestra (y pone en valor) el saber beber —que parece estar presente en los ámbitos rurales—, los «litros» — presentes especialmente en los ámbitos urba-

nos— son la antítesis de esta cultura, es el contramanual del saber beber (consumo impulsivo, mezclas, etc.).

En el discurso juvenil el consumo de alcohol ocupa un lugar central en el desarrollo de su tiempo de ocio. La relación con el alcohol se verá modificada en paralelo a la propia edad, pero de una u otra forma siempre parece estar presente.

Los grupos realizados muestran claramente la evolución seguida en la relación con el alcohol, desde las primeras salidas de ocio, hasta las edades más adultas en las que se desarrolla ya un modelo de consumo de alcohol que puede calificarse claramente de adulto. Una evolución que la propia juventud describe de forma expresa, y que en gran medida se condensaría en el itinerario de paso de los «litros» al poto.

En la amplia franja de edad en la que se ha fijado la investigación, la relación con el consumo de alcohol es muy diferente, produciéndose una evolución clara. Puede decirse que se identifican una serie de fases. Fases que tienen por un lado el componente del aprendizaje, del conocimiento propio, y en paralelo y directamente interrelacionado la experiencia de la salida.

En esta evolución, nos encontramos con los grupos más jóvenes que se sitúan a las puertas del consumo de alcohol los fines de semana en sus salidas de ocio; los grupos de edades más centrales 16-20/21 años que se muestran más cercanos a un modelo de ingesta de alcohol más impulsivas y excesivas y las franjas superiores que tienden a desarrollar un modelo de consumo próximo al modelo adulto.

En este desarrollo o itinerario, el discurso grupal hace especial hincapié en la idea de «aprendizaje», de conocimiento del propio cuerpo que se va produciendo a medida que se consume alcohol. Un aprendizaje que tiene en la idea de «controlar» su mayor desarrollo. Es decir, el aprendizaje, el conocimiento del propio cuerpo tiene que llevar al sujeto a «saberse controlar», a no llegar al exceso descontrolado. Además del aprendizaje desde la propia experiencia, el cambio de modelo de consumo de alcohol responde también al cambio de la experiencia de la salida. De esta forma van «agotando» etapas, hasta llegar a la sensación de rutina, de aburrimiento en la salida del fin de semana que hemos señalado en otro apartado.

En el proceso de aprendizaje que se inicia en la relación con el alcohol, es fundamental, y en línea con el «control» personal, saber los efectos del alcohol sobre el organismo. Lo que la juventud expresa es la idea de «maximizar» los efectos gratificantes que para ellos y ellas puede

tener el consumo de alcohol, y evitar llegar al espacio más negativo: la borrachera descontrolada. En este contexto, de conocerse y conocer los efectos del alcohol sobre el propio cuerpo, aparecen casi a modo de gradiente, distintas fases o estadios. Estadios que irían desde la situación más básica de «buen rollito», a la situación de «puntito», el «pedo» y por último la borrachera descontrolada.

La primera fase está más presente en los modelos de consumo de alcohol de la juventud adulta. Un encuentro relajado y alegre entre amigos alrededor de una copa. El consumo de alcohol es secundario ante la experiencia placentera del encuentro. Una convivencia que se desarrolla en un entorno de alegría, de tranquilidad, en definitiva de «buen rollito» con su gente. Este ambiente relajado y distendido es el que los y las jóvenes tienden a asociar con el ambiente que se genera en las lonjas, en los locales que alquilan y comparten.

El segundo estadio, el «puntito» tiende a aparecer para buena parte de los y las jóvenes como la «situación ideal». Un puntito que mostraría la mejor expresión grupal, al conseguirse un grado alto de complicidad. Desde esta posición «idealizada» aparece el deseo de alcanzar el puntito como el «límite» que no es preciso traspasar para pasárselo bien, es más, es el umbral en el que existe la «garantía» de pasarlo bien, de disfrutar, de tener un comportamiento desinhibido pero controlado y consciente (sin los inconvenientes de la borrachera). El umbral del «puntito» aparece como el momento en que realmente se disfruta, y en el que llegado el caso se quieren mantener, sin dar un paso más, y pasar al «pedo». Justamente, el llevar el puntito a su extremo, a su límite, conlleva el riesgo de sobrepasarlo si el individuo no se conoce suficientemente bien, o no es suficientemente maduro para «controlar».

En el discurso de los y las jóvenes estos dos estadios, el pequeño consumo o incluso la búsqueda del «puntito» no aparecen asociados a la idea de prácticas de riesgo. Mayoritariamente la juventud no ve en este comportamiento un riesgo para su salud. Todo lo más que perciben es el riesgo añadido que puede suponer conducir en estas condiciones. Situarse en estos espacios es una posibilidad de conocerse a sí mismos, de poner a prueba sus límites, lo que es importante en la etapa vital en la que se encuentran, al tiempo que proporciona situaciones gratificantes, que pueden llegar a ser consideradas como «saludables» en un doble sentido: situación placentera y ayudar a conocerse.

El «pedo» aparece, en esta especie de ranking que se establece alrededor de la relación con el alcohol, como una situación mucho menos gratificante que el «puntito». Mientras que en el «puntito» hay un desarrollo pleno de la diversión grupal, el «pedo» y por supuesto la «borra-

chera» tiende a aparecer como una experiencia más individual. Alcanzar el «pedo» no supone el desarrollo de la relación social sino que por el contrario la dificulta o impide. Es cuando el «amigo/a» comienza a convertirse en una carga. Se produce una individualización, el grupo como tal desaparece.

Dentro del modelo joven de consumo de alcohol, buena parte de los sectores jóvenes vascos, sobre todo los más jóvenes, tienen como meta u objetivo de la salida del fin de semana alcanzar este «pedo», y hacerlo de la forma más rápida o inmediata posible. La caracterización de los litros, con bebidas alcohólicas de muy alta graduación, los chupitos, las mezclas, etc., facilita que ese objetivo se consiga con relativa facilidad cada fin de semana.

Si bien es cierto que este modelo de salir para «pillarla» actúa entre sectores de jóvenes vascos, también lo es que es un modelo que se gana la censura y crítica de los propios jóvenes, que van a contraponer y enfrentar este modelo de «beber por beber» al de «salir para divertirse». En el propio entorno de la juventud se censura que la finalidad última de la salida sea buscarse el pedo, por lo que esto significa de renuncia a la «diversión», a estar compartiendo con los amigos y ser finalmente una carga para el resto, un freno para la diversión. Beber para emborracharse entendido como finalidad no es divertido, o al menos no ofrece la misma diversión que acabar «borracho/a» como término o fin de un proceso de compartir.

La borrachera, «el super pedo», aparecería en el discurso juvenil como el estadio último y más negativo del exceso en el consumo de alcohol, que se asocia con la idea de «estar tirado en el suelo». En los grupos de las chicas más adolescentes esta situación más extrema es la que tienden a asociar con el «coma etílico», efecto del consumo excesivo de alcohol. En el itinerario que construyen los y las jóvenes de su relación con el alcohol, las situaciones de exceso, se asocian de forma unívoca con las primeras salidas, los primeros contactos con el alcohol. Desde el desconocimiento y la inexistencia de una cultura de beber, es fácil superar cualquier límite.

1.2.2. El consumo de cannabis

El consumo de «porros» entre la juventud vasca ha tendido a aparecer en los grupos como una práctica relativamente habitual, en ningún caso es visto como una excepcionalidad, tendiendo a percibirse desde la «normalización».

A partir de lo expresado en los grupos y aunque el consumo de porros ha aparecido en casi todos los grupos —con la excepción del grupo de chicas de 13-15 años—, las edades centrales en este tipo de consumo parecerían ser —desde la perspectiva cualitativa— los 16-20 años, sobre todo varones. Los sectores más jóvenes parecerían haberse o estar integrándose en este consumo con más intensidad, pero sobre todo con mayor «naturalidad» que lo que pudieran hacerlo los sectores de jóvenes adultos.

Aunque con mucha menos intensidad que en el caso de alcohol, apuntan la existencia de consumo de cannabis en sectores adultos. Presencia en el mundo adulto que no aparece cargada negativamente, sino que por el contrario tiende a aparecer con un cierto halo terapéutico y/o saludable, que positiviza su consumo.

— **¿Y eso os parece más sano o menos sano?**

— Más sano. Sólo porros sí.

— **Más sano, ¿por?**

— Son malos pero bueno...

— Mucho, mucho son malos.

— Lo hacen para relajarse.

— Ya.

— Te quita las neuronas.

— **Para vosotros no es malo el que sea para relajarse.**

— Es malo fumar pero igual al año... *Mi tío hace... al año cinco veces, fuma porros para relajarse.* Igual cuando no duerme o lo pasa mal en las noches se fuma un porro.

(Rg. 2. Varones 13-15 años. Lekeitio. C. media)

Dentro de las franjas de edad más adultas ha aparecido este modelo de «consumo adulto» de cannabis. Un consumo que no se inscribe en el espacio lúdico, en el que tienden a situarlo los y las jóvenes, sino que aparece como un consumo individual, en el espacio íntimo, y con la finalidad de buscar la relajación. De ser un consumo proscrito aparece una vez más en el espacio de lo saludable.

La presencia de este consumo adulto normalizado y «positivizado», tiene una importante capacidad de incidir en la imagen que los más jóvenes construyen del cannabis. Distinto modelo que puede ayudar a conformar los límites de consumo de este tóxico. Tal vez, de una forma similar a lo que ocurre en el caso del consumo de alcohol, si el «no consumo» —que sería a priori lo ideal— no es la opción elegida por la juventud, al menos que el modelo de consumo de referencia sea el adulto, un consumo esporádico y moderado.

En cualquier caso no podemos obviar, que desde la conformación de un modelo de consumo de cannabis que puede llamarse «relajante» —y por lo tanto para algunos «saludable»—, resulta más difícil transmitir a la juventud políticas de prevención para evitar el consumo de esta droga, puesto que poco a poco, se conforma la imagen de ser un consumo legitimado socialmente, como ocurre con el caso del alcohol.

En este entorno resulta curioso que prácticas como el consumo diario de porros y/o la incorporación de su consumo a la esfera de lo cotidiano —como puede ser la propia escuela—, no es percibido necesariamente, por buena parte de este colectivo como «adicción», y por lo tanto no se perciben tampoco los riesgos de este consumo habitual. La inscripción del consumo de cannabis en lo cotidiano, más allá de que no se piensa en los daños directos que puede ocasionar en la salud del individuo, sí lleva a pensar en posibles accidentes que pueden originarse a partir de su efecto depresor del sistema nervioso. Por ejemplo, los jóvenes trabajadores de Mondragón, que se reconocen consumidores de porros, son conscientes de la irresponsabilidad que sería consumirlos en sus trabajos, no sólo por poder ser expedientados o despedidos, sino sobre todo por la mayor probabilidad de sufrir o provocar un accidente de trabajo.

De forma similar a lo que ocurre con el alcohol, la percepción de los riesgos del consumo de cannabis tiende a situarse en el «exceso». El «no saber cuando dejarlo» es lo que lleva a la pérdida de la «cabeza», «a quedarte pillado», una pérdida de autonomía y de identidad que corresponden a las preocupaciones mostradas por los sectores jóvenes en lo que se refiere al ámbito de salud-enfermedad. En este sentido sería positivo romper la idea de que los riesgos del consumo de cannabis están únicamente en un consumo excesivo, y aproximar los efectos negativos de este consumo a su propia experiencia, es decir, aproximarles la posibilidad de la pérdida de autonomía —del quedarse «pillados» que aparece en los grupos— a su modelo de consumo.

1.2.3. El consumo de cocaína

En el imaginario de la juventud, el acceso a la cocaína aparece como el final de un itinerario, de un trayecto de consumo de drogas. Pero es un final que aparece muy distante del espacio ocupado por el alcohol o el cannabis. En los sectores de jóvenes varones de clases medias-medias bajas, que se muestran próximos al consumo de cannabis, el consumo de cocaína aparece lejano. Es un paso que no parecen dispuestos a dar, por el temor a su capacidad adictiva, y por tanto a los riesgos.

Los y las jóvenes sitúan tanto la cocaína como las drogas de síntesis en un espacio diferenciado de otros tóxicos como el cannabis o el alcohol. Es un espacio en el que la percepción de riesgo es mayor al aparecer en su imaginario que la «adicción» se produce antes, es decir, son necesarios menos contactos para engancharse, lo que rompería el modelo de consumo recreativo en el que tienden a situar el consumo de drogas, y que aparece dominado por la idea del «autocontrol».

1.3. CONCEPCIONES SOBRE LA SALUD Y PRÁCTICAS SALUDABLES

En las concepciones sobre la salud, el género aparece como una variable más determinante que la edad. Si bien los discursos generados por los jóvenes y las jóvenes evidencian diferencias. Hay que señalar que comienza a haber espacios de convergencia entre ambas nociones, sobre todo en los sectores más jóvenes, siendo en las edades más adultas donde más se evidencian las diferencias.

La concepción de salud de las mujeres jóvenes se desarrolla o basa sobre la idea de «sentirse bien», considerándose tanto aspectos físicos como emocionales y psicológicos. Una concepción integral y global de salud en la que está muy presente la dimensión relacional consigo misma pero también con los demás.

En cambio, entre los varones la noción de salud se articula alrededor del «estar bien», un «estar bien» en el que tiene presencia ante todo el bienestar físico antes que el psicológico. En el discurso masculino, la dimensión relacional con los otros tiene menor presencia que entre las

mujeres. En la concepción masculina de salud, el plano emocional-psicológico no ocupa la centralidad que tiene en el discurso femenino, sino que los varones construyen su noción de salud desde la idea de la fuerza, del vigor físico.

En este contexto, los sectores más jóvenes parecen tender a una mayor cercanía. En efecto, los jóvenes varones parecen estar integrando a su concepción de salud también la dimensión más emocional y afectiva, tal y como está presente en el discurso de las jóvenes, y por su parte las mujeres más jóvenes parecen tener más presente la dimensión más orgánica de la salud de la que la tienen los sectores femeninos más adultos.

1.3.1. La concepción femenina de la salud

Entre las jóvenes, la concepción de salud como «sentirse bien» sería el reflejo del equilibrio entre la esfera «emocional/relacional» y la «corporal», pero otorgando si cabe mayor importancia al plano emocional o psicológico. Esta dimensión de bienestar anímico, de «estar a gusto contigo», de «estar a gusto con los demás» (familia, entorno de trabajo, etc.), si bien está presente en todos los grupos de chicas, es en las franjas más adultas donde toma un sentido más global e integral. Un «estar a gusto» que no hace sino apuntar a la idea de equilibrio entre las exigencias del exterior y la forma personal de enfrentarse a él. Un exterior que en las edades adultas toma cada vez más presencia en distintas esferas: trabajo, pareja, familia, lo que dificulta cada vez más la consecución del deseado equilibrio.

La mayor importancia que la subjetividad toma en el discurso femenino, estará directamente relacionada con la presencia en los grupos de chicas de «somatizaciones» y de males-tares psico-patológicos como la depresión, situaciones que en cambio no han tenido presencia en los grupos de varones, mucho más volcados y cercanos a una concepción orgánica-física de la salud, en el que la presencia-ausencia de enfermedad es lo que se vincula directamente con estar «sano». En esta misma línea estaría la presencia de ciertos trastornos de la conducta alimenticia (como puede ser el «síndrome del atracón») como síntoma de malestar emocional, que se ha repetido en buena parte de los grupos de chicas.

Sólo desde la importancia que las jóvenes otorgan al plano emocional puede entenderse su preocupación por la enfermedad mental (especialmente la depresión), que sitúan en un espacio de «enfermedad» próximo a ellas, frente a lo distantes que tienden a situar a las enfer-

medades orgánicas-físicas. Cuando se fijan en lo corporal, las jóvenes tienden a situar la enfermedad fuera del espacio simbólico de la juventud. El cuerpo joven aparece o es, coincidiendo con la concepción de los jóvenes varones, por naturaleza sano. La enfermedad como limitación, como algo crónico se inscribe en las edades mucho más adultas. La juventud es por esencia, por definición, vitalidad, salud física.

Desde la consideración y el papel que las jóvenes otorgan en su concepción de salud a la dimensión emocional, se entiende la comprensión que manifiestan de la situación de suicidio. Llama la atención la distinta posición que tienden a tomar los varones y las mujeres ante el suicidio, mientras que los varones hacen una lectura de esta opción desde la idea de «debilidad», las mujeres lo ven como la «salida» percibida en situaciones extremas de soledad.

Como es lógico, el sesgo de la mayor importancia de la subjetividad presente en la noción de salud femenina, determina los cuidados que se dirigen las jóvenes. La búsqueda de la relajación, de quitar tensiones está en la base de buena parte de las acciones o prácticas que las jóvenes inscriben en el espacio de lo saludable; la vivencia del ejercicio como un espacio personal, que aporta «bienestar» está en el mismo plano. Es desde esta perspectiva de centralidad del «bienestar psicológico», por la que las mujeres jóvenes (también presente en el discurso masculino aunque con menor fuerza) incorporan algunos consumos proscritos como «prácticas saludables», en tanto que promueven bienestar anímico. Consumos o prácticas puntuales, moderadas o controladas que se contraponen al exceso o a la adicción, y del que se hace una lectura totalmente positiva.

1.3.2. La concepción masculina de la salud

En el discurso masculino de la salud la idea de «estar bien» remite a la dimensión física. La salud es percibida como fuerza, como vitalidad, aguante, etc., lo que lleva a que la enfermedad —entendida como antítesis de salud— se entienda como limitación.

Si en el caso de las féminas, la transgresión del mandato puede vivirse y percibirse como saludable desde el bienestar anímico que puede aportar, en el discurso masculino la existencia de «malos hábitos», de hábitos no saludables, resulta compatible con la percepción de estar sano, en la medida que no existe una vivencia de limitación. Desde la centralidad de lo orgánico, la noción masculina de salud aparece también mas «medicalizada», apareciendo con fuerza la

«objetividad» de la prueba médica como valoración última de la «salud» del individuo. La vivencia personal de no limitación física puede no coincidir con los resultados de pruebas médicas del «interior» del cuerpo, que sí pueden poner en evidencia los efectos que la trasgresión de la norma, el seguimiento de hábitos poco saludables como fumar o beber, pueden tener sobre el cuerpo. Desde esta perspectiva —que minimiza la subjetividad en pro de la objetividad del diagnóstico médico— la prueba médica es la que realmente valora la «salud», si se está sano o no.

En el discurso de los jóvenes varones, en la concepción dominante de salud que muestran, se refleja una mayor separación entre cuerpo y mente, una menor interrelación de estos dos planos. Una separación cuerpo-mente que refleja una concepción más mecanicista del organismo, el cuerpo como una máquina. Desde esta perspectiva y desde la consideración de salud como fuerza, como no limitación, se entiende que lo que más temen los jóvenes varones es la limitación física, apareciendo la invalidez como condensación de ese temor. Limitación física que anula el espacio de libertad respecto al hogar familiar que recién acaban de conquistar.

Si bien ésta es la concepción de salud dominante entre los jóvenes varones vascos, pareciera que cada vez más —los sectores más jóvenes y de clases medias y medias-altas— se está incorporando una dimensión o vivencia subjetiva de la salud, es decir, se incorpora el «sentirse bien» de la noción de salud femenino, dando por tanto cabida a la idea de «bienestar psicológico», y que tendría su reflejo en la práctica de cuidados que buscan la relajación y la desconexión.

1.3.3. Los autocuidados entre los y las jóvenes

En los autocuidados que se dirigen los y las jóvenes están presentes motivaciones estéticas y motivaciones más próximas al mandato de lo saludable, pero lo cierto es que ambas dimensiones no se desarrollan de forma independiente y compartimentada, sino que tienden a entrecruzarse. Una interrelación que está especialmente presente en la esfera de la alimentación y en la práctica de ejercicio o deporte, que ocupan el centro de los cuidados que se dirigen los colectivos jóvenes, y los que aparecen en el centro simbólico de las prácticas saludables.

En el caso de los varones, los cuidados que se pueden dirigir con la práctica deportiva y el cuidado en la alimentación están muy dirigidos a conseguir, o acercarse al cuerpo vigoroso, fuerte, que es la referencia entre los varones. Una imagen o concepción dominante del cuerpo masculino que parece construirse desde la idea de la competencia, cuando no desde el enfren-

tamiento con los otros varones. La fuerza física —sobre todo en sectores sociales medios-medios bajos— aparece como forma de reconocimiento social.

Por su parte, las mujeres —desde una motivación más estética— buscan con parte de los autocuidados que pueden dirigirse en las esferas de la alimentación y del ejercicio físico, aproximarse al modelo corporal que actúa de referencia entre las jóvenes: el «cuerpo delgado»; pero curiosamente en cada uno de los grupos de chicas realizado, se ha expresado por parte de alguna participante el deseo de «engordar», con lo que esto significa de rechazo estético a la extrema delgadez, y el efecto positivo que tiene para la salud de las jóvenes. En este sentido parece que entre las y los jóvenes vascos existiría un canon de belleza, que si bien tiene en el cuerpo delgado su referencia, éste no lo sería en extremo, sino que se trataría de un cuerpo equilibrado.

Tanto varones como mujeres van a rechazar el cuerpo «obeso». Entre los sectores más jóvenes, su motivación por evitar el «sobrepeso» sería sobre todo estética, antes que por motivos de salud. Los colectivos más jóvenes, desde la inseguridad que muestran en el proceso de desarrollo personal en el que se encuentran, se manifiestan muy pendientes de la opinión y la mirada del otro, evitando más que ningún otro colectivo de jóvenes el sobrepeso, por lo que éste tiene de «señalización» en su entorno, cuando la actitud dominante en el colectivo es pasar desapercibido para evitar ser centro de burlas o ataques. La mayor intensidad o fuerza de la motivación estética en parte de los autocuidados que se dirigen las mujeres, facilita que el «otro» tenga una mayor presencia en el discurso femenino que la que tiene en el masculino, apareciendo además de diferente forma, en el caso de las mujeres desde la posibilidad de «seducir» y en el caso de los varones desde la posibilidad de «competir».

En el caso de las jóvenes se incorpora, desde una dimensión estética, la preocupación por la ropa y el cuidado cosmético. Dos cuidados que no tienen presencia en el discurso masculino, en el que tiende a aparecer una asociación más pobre o básica de cuidados con la esfera de la higiene personal. En los grupos de mujeres, y en clara correspondencia con la concepción integral que tienen de la salud, y de la importancia que le conceden a la dimensión psicológica, se incorporan con cierta intensidad cuidados dirigidos a «relajarse», ya sea a través de masajes, sesiones de talasoterapia, paseos en solitario, o desarrollo de alguna afición .

1.3.4. El cuidado en la alimentación

La alimentación como cuidado ha aparecido en todos los grupos, ocupando un lugar central en el espacio de las prácticas saludables. Tal y como hemos señalado en dicho cuidado coexisten mandatos saludables y mandatos estéticos, además de la nada despreciable dimensión de disfrute asociada a la comida. Más allá de los cuidados asociados a la alimentación, la relación con la comida que muestran los grupos de varones y mujeres más jóvenes, es muy diferente. Mientras que en los grupos de varones comer aparece en un contexto de disfrute, de situación placentera, en la que los propios padres parecen tener que decir «¡para!», en los grupos de chicas —y especialmente en el más adolescente de 13-15 años—, la comida aparece en ocasiones en un contexto de conflicto o tensión con los progenitores ante la resistencia a comer algunos productos.

No es casualidad que en todos los grupos realizados con mujeres hayan aparecido situaciones que si bien no se consideran trastornos de la alimentación (anorexia o bulimia), sí tienen en la relación con la comida el reflejo de un malestar: ansiedad, depresión, etc. En los grupos femeninos se ha repetido la ingesta impulsiva y descontrolada de comida —el «síndrome del atracón»—, asociada a situaciones depresivas o pre-depresivas o en situaciones de ansiedad y estrés.

Al hablar de «hábitos saludables», el discurso de la juventud enseguida apunta al cuidado de la alimentación como práctica saludable por excelencia —junto con la práctica deportiva o de ejercicio físico—. En su imaginario «una buena alimentación» se condensaría en la idea de «comer de todo», en mantener una dieta equilibrada. Una buena alimentación que en el discurso juvenil se identifica con la que siguen en los hogares familiares, la «comida hecha por las madres», frente a la comida rápida o precocinada —presente en sectores que se emancipan—. Una buena dieta, que parece que tiende a vincularse cada vez más a la posibilidad de controlar el origen de los alimentos. Una idea que en los discursos juveniles aparece desde la recuperación positiva que hacen del consumo de los productos cultivados por la propia familia, y la creciente desconfianza hacia la manipulación y/o artificiosidad de los alimentos. Una idea de pérdida de control de lo que comemos que se vinculará a la percepción de una mayor incidencia de enfermedades como el cáncer, apuntando así a la influencia de factores medioambientales en la aparición de enfermedades que superan el ámbito de actuación e intervención del individuo. Esto conlleva a relativizar la propia idea de prevención, con lo que esto supone de negativo para el cuidado de la salud.

Desde la identificación del «hogar» como un espacio de hábitos saludables en la alimentación, el exterior aparece como el espacio de transgresión de la norma, que no sólo habría de expli-

car desde el plano del gusto por sabores, etc., sino también teniendo presente el papel que tiene el incumplimiento de la norma en el proceso de toma de autonomía que comienzan los más jóvenes.

En el hogar, como es lógico, los y las jóvenes hacen una delegación del cuidado de la alimentación en las figuras maternas, los hábitos de alimentación de la juventud están determinados directamente por los del ámbito familiar. Así, la emancipación aparece asociada a un cierto descuido de los hábitos saludables, que poco a poco se irían recuperando. Los contextos familiares de sectores sociales medios altos se muestran más normativos y preocupados por el seguimiento de buenos hábitos de alimentación, mostrándose más rigurosos en el cumplimiento del mandato, sobre todo en las prohibiciones o restricciones del consumo de pastelería industrial, precocinados, refrescos, golosinas, etc. Por su parte, sectores sociales medios y medios-bajos parecen mostrarse menos prohibicionistas.

A partir de lo dicho por los y las jóvenes, parece que en general en los hogares vascos sí existe una preocupación alta por el cuidado de la alimentación, teniendo en la diversidad y el consumo de frutas y verduras, dos ideas muy asentadas y generalizadas —las encuestas muestran que la sociedad vasca sí mantiene una dieta diversificada—. Dentro de la construcción y percepción de la imagen de una alimentación sana que tiene este colectivo, aparece un elemento que resulta novedoso respecto a investigaciones que hemos tenido ocasión de realizar con anterioridad: la centralidad que se le otorga al consumo de fruta, y en la que las recientes campañas institucionales fomentando el consumo de frutas y verduras no parecen ser ajenas, reforzando un hábito que pareciera estar ya bastante interiorizado en los hogares vascos.

En el discurso juvenil, y de forma especial en el femenino, desde su mayor cercanía con la idea de la restricción y desde la concepción integral-relacional que tienen de salud, el incumplimiento de la norma aparece próximo al espacio de lo «saludable», por lo que tiene de disfrute, de fuente de bienestar.

1.3.5. La práctica de ejercicio físico

Tal y como se ha señalado la práctica deportiva o de ejercicio aparece —junto con la alimentación— en la base de los cuidados saludables, aunque su puesta en práctica no es igual en todos los sectores, existiendo importantes diferencias por género. Según datos recogidos del

estudio *Retratos de juventud* 8², el 64% de los y las jóvenes practica algún deporte, entre los varones es el 74% frente al 52% de las jóvenes.

La diferenciación por género, no sólo se hace patente en el nivel de práctica o el tipo de práctica deportiva realizada, sino también y en lo que resulta de más interés para el presente estudio, en las motivaciones que actúan para hacer deporte o ejercicio y que también están reflejadas en el estudio ya citado.

A partir de lo surgido en los grupos de varones y mujeres jóvenes, de forma muy sintética y breve podría hablarse de tres espacios motivacionales para la práctica del deporte o ejercicio, o si se prefiere en la percepción y vivencia de lo que aporta a los y las jóvenes la práctica deportiva.

—Plano de la imagen: acercamiento a la práctica deportiva desde una motivación «estética», como «cuidado de la imagen».

—Plano social: práctica deportiva como momento de encuentro y diversión con las amistades.

—Plano emocional: el ejercicio físico como desarrollo de un espacio personal de relajación, de disfrute personal.

Tres dimensiones de la práctica deportiva que se entrecruzan entre sí, pero que estarían presentes con diferente fuerza en distintos sectores, y en los que tal y como hemos apuntado, está muy presente la variable de género.

En el caso de los varones la práctica deportiva tiende a asociarse con fuerza al plano social. Para los varones jóvenes hacer deporte es, en gran medida, sinónimo de encuentro con los amigos. A diferencia de lo que ocurre en el caso de los varones, entre las mujeres la práctica deportiva o el ejercicio físico tiende a hacerse de forma individual, quedando mayoritariamente excluida la dimensión social. En esta misma línea los jóvenes varones hablan en mayor medida de que hacen deporte de una forma más o menos formal u organizada en equipos. En cambio, en el caso de las jóvenes, al hablar de práctica de actividad física, no se habla tanto de «depor-

² OBSERVATORIO VASCO DE LA JUVENTUD. *Retratos de juventud*, 8. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza, Prospekzio Soziologikoen Kabinetea = Gobierno Vasco, Gabinete de Prospección Sociológica, 2005.

te», sino que se hablaría de ejercicio más informal, lo que facilita que sectores importantes de mujeres jóvenes, sobre todo en las cohortes de edad más medias y adultas, incorporen a su cotidianidad actividades físicas como los desplazamientos a pie, bicicleta, etc., como prácticas saludables. Actividades físicas que es posible que no se vivan, ni se consideren como deporte —lo que podría tener su reflejo en encuestas que se interesen por práctica deportiva—, pero que sí sitúan en un lugar central dentro del abanico de cuidados que se dirigen.

En este contexto de práctica individual, buena parte de las mujeres inscriben la práctica de ejercicio dentro de la esfera de lo saludable, pero no desde la consideración del cuidado del cuerpo, o de la forma física, sino sobre todo porque les hace «sentirse bien», actuando antes en el plano psicológico que en el físico, lo que le inscribiría en el espacio de lo saludable. En esta concepción, el hacer ejercicio aparece no sólo como una necesidad, sino como un momento propio buscado, es un tiempo y espacio íntimo, personal.

Situación de necesidad de ejercicio que aparece en el extremo contrario a la «obligatoriedad» con la que las mujeres parecen percibir y vivir la práctica de ejercicio, cuando esta se inscribe de forma reductora al espacio de la imagen.

En las franjas de edad más jóvenes tanto de mujeres como de varones, aparece tal vez como emergente, una concepción del deporte como práctica saludable integral. Pareciera que en esa generación joven se estaría construyendo y/o inculcando un acercamiento más intenso del que existe en la actualidad al deporte desde una perspectiva distinta, superadora del deporte como «actividad física», que aproxima la práctica deportiva a un espacio personal, que convierte a esta práctica en una vía de relajación, en un canal para «despejarse», podría decirse que se convierte en una «sana desconexión» de lo cotidiano. Concepción global que recoge la dimensión social de la práctica deportiva que es más habitual y tradicional entre los chicos, es decir, el deporte como encuentro de los amigos, pero también, y desde una perspectiva más novedosa, mostrando además su cercanía con una concepción del deporte entendido como espacio de relajación personal.

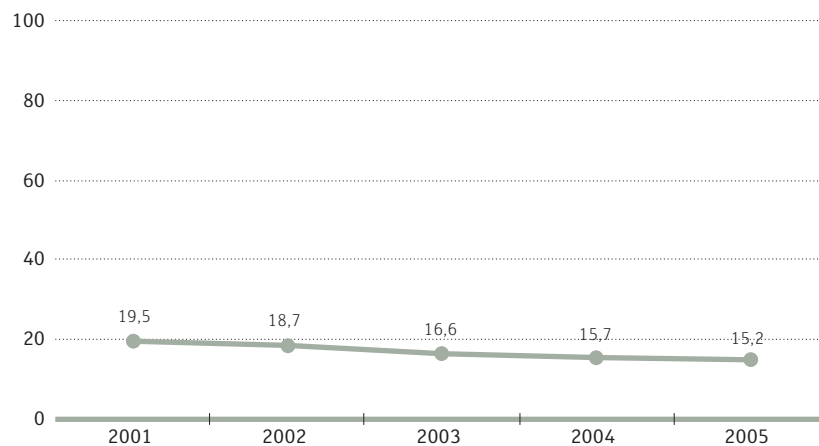
1.3.6. La seguridad vial

Como es sabido, los accidentes de tráfico son uno de los principales problemas de salud de la juventud tanto a nivel de todo el Estado Español como en el País Vasco, siendo la primera causa de muerte en este colectivo, lo que sitúa esta problemática en el centro de cualquier planteamiento sobre salud entre la juventud.

En este contexto de gravedad, y de alta incidencia de accidentes dentro del colectivo joven, lo cierto es que en los últimos cinco años, en el País Vasco se ha producido un marcado descenso dentro del total del porcentaje de accidentes en los que están implicados conductores jóvenes de 14-24 años (Gráfico 1).

Gráfico 1

ACCIDENTES CON PERSONAS CONDUCTORAS DE 14-24 AÑOS (%)
(2001-2005)



Fuente: Departamento de Interior del Gobierno Vasco. *Anuarios Estadísticos de Accidentes de Tráfico (2001-2005)*.

Un descenso que permite ser relativamente optimistas y que abre la puerta a pensar que la concienciación entre la juventud alrededor de este tema es cada vez mayor, y/o que las acciones que se han venido realizando en este tiempo están dando sus frutos. El discurso construido en los grupos alrededor de este tema, si bien es cierto que apunta a una importante concienciación —e interiorización— por parte de los y las jóvenes sobre los riesgos de conducir bajo los efectos del alcohol, también es cierto que la posibilidad del castigo —multa, retirada de puntos, etc.—, sigue actuando y continúa siendo necesario para desmotivar que se produzca una conducción temeraria. La combinación de concienciación y presión punitiva parece seguir siendo necesaria. En este sentido, destaca la eficacia que parece tener la

estrategia puesta en marcha por el Departamento de Interior del Gobierno Vasco de controles de alcoholemia selectivos. La existencia de controles selectivos en zonas de marcha, la seguridad de que va a estar montado el control, reduce el espacio de «azarosidad», lo que entre la juventud es especialmente importante en la medida en que les obliga o presiona a un mayor «autocontrol». Ante la seguridad de que se van a encontrar con un control, los y las jóvenes parecen optar en mayor medida por evitar el consumo de alcohol, que si la existencia de un control fuese sólo una probabilidad.

Los grupos no muestran ni mucho menos una situación en la que se hayan erradicado por completo las conductas temerarias, como conducir después de haber ingerido alcohol, o conducir a alta velocidad. Lo que sí aparece en los grupos es una tendencia clara al descenso de estas conductas. En los grupos conducir de forma temeraria a alta velocidad o conducir bajos los efectos del alcohol aparece cada vez más como una conducta criticada y censurada por los propios jóvenes, una muestra de «irresponsabilidad» e «inconsciencia», y esto es un factor importante, dado que la crítica o la censura del grupo más cercano sí es tenida en cuenta. En este contexto de desaprobación social e interiorización personal de los riesgos, la juventud desarrolla cada vez más distintas estrategias que les alejan de ese espacio de riesgo: uso de transporte público, disminuir el consumo de alcohol, descansar antes de regresar a casa, etc.

Desde la mayor interiorización, y apropiación personal del mandato y de los riesgos de conducir bebido, la propia juventud está en disposición de convertirse —cada vez más— en «agentes de prevención de riesgos», en tanto que convencen o disuaden al amigo/a de conducir bajos los efectos del alcohol. En este contexto, surge una interesante reflexión sobre la posición y responsabilidad de los acompañantes. Son situaciones en las que se pone en juego la idea de la responsabilidad, no sólo hacia uno mismo, sino también hacia o con los acompañantes, e incluso con los «otros» desconocidos que pueden encontrarse en la carretera. Presencia de un «otro» que sí parece tener cierta fuerza disuasoria y/o de freno a la conducción después de haber consumido alcohol. Los grupos muestran el dilema cotidiano al que seguramente muchos jóvenes han de enfrentarse al querer volver a casa tras una noche de fiesta: ¿Qué hacer si el conductor no está en las mejores condiciones para conducir?, ¿intentar convencerle para que no coja el coche?, ¿optar por no regresar con él/ella?, o bien ¿arriesgarse y regresar? Las respuestas a estos interrogantes juegan con la idea de corresponsabilidad. La seguridad no sólo atañe al conductor/a sino también a los y las acompañantes. Un factor importante si tenemos en cuenta que en los accidentes en los que se ven involucrados conductores menores de 24 años, el nivel de ocupación de los vehículos es superior a la media total, con lo que aumenta el número potencial de víctimas.

1.3.7. Las relaciones afectivo-sexuales

Los grupos señalan un elemento central para entender cómo se desarrollan las relaciones afectivo-sexuales entre la juventud hoy, y es la nueva consideración y vivencia que tienen de la idea de «estabilidad», que es un elemento central a la hora de abordar la existencia de prácticas sexuales de riesgo. Justamente esta idea superficial de «estabilidad» es uno de los aspectos que hoy por hoy más preocupa a los profesionales que trabajan en este campo de la educación y promoción de la educación afectivo-sexual, por el efecto que tiene en la actitud y comportamiento en el seguimiento de medidas profilácticas. Desde la consideración de «estabilidad» surge de forma casi inmediata la idea de confianza, lo que determina el espacio de relación con el otro, pero sobre todo determina la percepción de «riesgos» que existe en dicha relación, lo que puede llevar a tomar decisiones fundamentales en el uso de medios preventivos.

Una estabilidad en el tiempo que en realidad no lo es tanto y que tras «romperse» la relación se inicia en continuidad otra relación que también de forma más o menos inmediata pasa a vivirse como «estable». Vivencia de lo que está viniéndose a llamar «monogamia seriada», que constituye un nuevo modelo de relación joven. Un modelo de relación que desde una «mal entendida» estabilidad y confianza en el «otro» facilita o fomenta que se produzca una relajación en el uso del preservativo, lo que esto significa de riesgo de contagio del VIH, de otras enfermedades de transmisión sexual o de embarazos no deseados. En este contexto, las hipótesis que se están apuntando para los próximos años es que se produzca entre los sectores jóvenes un incremento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, al igual que un incremento en el número de IVEs y embarazos entre la población joven.

La juventud en su discurso más racional muestra su total resistencia y rechazo a mantener relaciones sexuales sin protección. El mantenimiento de relaciones sexuales de riesgo, sin el uso de preservativo, es considerado como una gran irresponsabilidad, una «inconsciencia» por el riesgo no sólo de embarazo sino también de contagio de enfermedades de transmisión sexual. Es decir, a nivel social el mantener relaciones sexuales sin preservativo es una conducta censurada o criticada. Toda vez que el uso —y acceso— de los preservativos está totalmente normalizado, por lo que no existiría, desde lo racional, razón para su no utilización. En este contexto, en los discursos juveniles no aparece una reivindicación explícita de mantener relaciones sexuales sin preservativo. Los sectores que en este sentido aparecen más expuestos serían tal vez varones de 16-18 años, dado que su deseo de iniciar relaciones sexuales parece llevarles a

un irracional de todo vale, convirtiéndolos a priori en un colectivo de especial riesgo o probabilidad de mantener relaciones sexuales de riesgo.

Si bien en el plano más racional no se cuestiona el uso del preservativo, la realidad no siempre parece estar dominada por la racionalidad. Los y las jóvenes se reconocen como sujetos de prácticas sexuales de riesgo, que inscriben en el entorno de la «excepción». Una excepción que por lo dicho en los grupos, o lo que se deja entrever en el discurso generado son «excepciones frecuentes» que aparecen asociadas al «calentón» y a la peligrosa presencia de consumo de alcohol.

Además de los efectos que puede tener para el uso o no de preservativo, las relaciones basadas en la noción superficial de «estabilidad» y confianza que hemos apuntado, no podemos obviar la incidencia o efecto que tiene en el comportamiento y actitud de la juventud, en lo que se refiere a las prácticas de riesgo, la existencia de la píldora post coital e incluso la posibilidad del aborto.

La píldora post coital tiende a aparecer en los grupos como la «aliada perfecta» en las situaciones en las que se ha producido una relación sexual completa sin preservativo, además de ser el colchón de seguridad cuando a pesar de tomar medidas se produce algún accidente. En todos los grupos de chicas mayores de 16 años, varias de las participantes habían necesitado hacer uso de la píldora post coital. La existencia y acceso a la píldora «del día después» minimiza o relativiza el riesgo de embarazo. Una disminución del riesgo de embarazo que puede conllevar por el contrario un mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, por lo que puede suponer de «relajación» en el uso del preservativo al tener cubierto el riesgo de embarazo —que sigue siendo para importantes sectores de jóvenes vascos su principal preocupación al mantener relaciones sexuales—, y más, desde la concepción y vivencia de estabilidad y confianza en el que parecen moverse cada vez más en el espacio de la «monogamia seriada».

La accesibilidad a la píldora, y lo «sencillo» que aparentemente resulta poner fin a la angustia de un posible y temido embarazo, parece tener un efecto disuasorio para el uso del preservativo, al percibirse —por parte de algunos sectores de jóvenes— la existencia de la píldora del día después como un «colchón» de seguridad para evitar el embarazo. De ser un método de emergencia tiene el riesgo de convertirse para algunas jóvenes, en un anticonceptivo normal, con el grave riesgo que esto puede suponer para la salud de las jóvenes. En los grupos de chicas, y de forma más intensa a medida que aumenta su edad, aparece cierto cuestionamiento respecto a la idoneidad de la toma de la pastilla post coital. Una idoneidad, o más correctamen-

te, prevención ante la toma de esta píldora, no por la existencia de un cuestionamiento moral —que por otro lado es inexistente en el discurso juvenil— sino desde el cuestionamiento de su efecto sobre la salud de la mujer. La posición mayoritaria entre las jóvenes es que la píldora post coital debe evitarse, y sobre todo la repetición de su uso, por los efectos que puede tener sobre la propia salud de la mujer (desarreglo hormonal, esterilidad, etc.).

En lo que se refiere a la píldora post coital no han aparecido críticas o quejas sobre posibles dificultades para acceder a ella. En ninguno de los territorios, ni localidades en las que se ha desarrollado el trabajo de campo, los y las jóvenes han descrito problemas o negativas por parte de profesionales sanitarios a dispensar la receta correspondiente. En líneas generales, en todos los grupos y ámbitos el acceso aparece como relativamente fácil. Facilidad, inexistencia de inconvenientes que los y las jóvenes contraponen a los obstáculos que saben por experiencias indirectas existen en otras ciudades del estado, como en Pamplona, o bien por experiencias directas en otros países europeos. El principal problema que aparece asociado a la píldora post coital son las incomodidades e inconvenientes de horario, apertura-cierre de centros etc., que existen durante los fines de semana o los festivos, que son los días en los que es más habitual que los y las jóvenes mantengan relaciones sexuales y por tanto surja la necesidad de tener que recurrir a la píldora post coital.

Aunque con menor intensidad que la píldora postcoital, la posibilidad del aborto también tiene presencia en el discurso joven como «colchón de seguridad» en el caso de producirse prácticas sexuales sin protección. Más allá de que el aborto sea una práctica mucho más lejana y distante que la dispensación de la píldora postcoital, en el discurso de los y las jóvenes tiende a aparecer de forma «normalizada», percibiéndolo como un «recurso» al que puede accederse en situaciones extremas, como última alternativa. Desde la accesibilidad, y la ausencia de otro tipo de cuestionamiento, pareciera que para algunos sectores de jóvenes —varones de clases medias—, el aborto habría entrado en un espacio meramente monetario, en la medida que el acceso a esta alternativa responde a disponer o no de dinero, sin que exista apenas una reflexión sobre los posibles efectos que el hecho de abortar pueda tener para la salud de las jóvenes. La mirada que las propias jóvenes dirigen al embarazo y a la posibilidad de un aborto es bien diferente. El aborto aparece como un último recurso, y si bien en algún caso se despierta cierta reflexión sobre el aborto, no parecen actuar «frenos morales» intensos para llegado el caso las jóvenes se plantearan el aborto como una opción, que en su imaginario aparece como accesible. Entre las mujeres jóvenes, en la posibilidad de abortar se tiene muy presente los efectos que puede tener sobre su propia salud, no tanto en el plano físico-orgánico sino en el plano más afectivo, psicológico.

1.4. LAS ENFERMEDADES QUE MÁS PREOCUPAN

Entre los jóvenes, tanto mujeres como varones, está muy presente la idea del cuerpo joven, como un cuerpo sin enfermedad, y por lo tanto como un cuerpo sano. Desde esta perspectiva, su «juventud» pareciera situarles en un espacio de «invulnerabilidad», donde no existe la enfermedad grave, todo lo más que sitúan cercano al espacio joven son pequeños malestares físicos pasajeros, alejados de la idea de malestar crónico y limitante que asocian con enfermedad y que sitúan en franjas de edad más altas.

De esta forma, al hablar de las preocupaciones de la juventud sobre su salud, o de las enfermedades que les preocupan, habría que distinguir entre enfermedades que sienten más próximas a su situación, y la preocupación que pueden sentir hacia otras enfermedades con independencia de que las perciban como probables o próximos a ellos mismos.

En este contexto, la juventud se sentiría —desde su condición de joven— vulnerable a situaciones de limitación y/o dependencia. Es decir, temen perder las esferas de autonomía e independencia que han conquistado. El temor a situaciones de limitación, de pérdida de autonomía, toma distinta forma en el discurso masculino y femenino, en clara correspondencia con las concepciones de la salud dominantes en cada colectivo.

En el caso de los varones, la limitación a la que temen es la física. La posibilidad del accidente de tráfico, les hace sentir vulnerables. La idea de invalidez, de pérdida de un miembro, aparece en el discurso masculino como «peor que la muerte». La concepción orgánica de la salud que domina el discurso masculino, sitúa el accidente físico en el centro de sus preocupaciones, en cambio desplaza y aleja la posibilidad de «accidente en el plano mental». Un desplazamiento, puede pensarse también en negación, que dificulta que exista entre los jóvenes varones una mayor interiorización del daño neuronal asociado al consumo de drogas. En tanto que este daño neuronal se asocia al consumo excesivo de drogas, el consumo lúdico, y por supuesto el consumo esporádico o la simple «prueba» aparecen en un espacio sin riesgo. Por su parte, las mujeres parecen dirigir su temor de limitación no en el plano físico, sino en el mental. Las mujeres no temerían ni se sienten vulnerables a la «enfermedad mental» de forma general y difusa, sino que su temor de limitación —entendida en gran medida como pérdida de iniciativa, «de abandonarse»— se focalizaría en la depresión. Situación depresiva que sí perciben como un malestar inscrito en el espacio joven, o que en algún caso han llegado a sufrir.

En un nivel más general, en el que los jóvenes, mujeres y varones, no se sienten tan interpellados o vulnerables, se mencionan especialmente dos enfermedades: el cáncer y el SIDA. El acercamiento que la juventud realiza a estas enfermedades va a articularse, en gran medida, alrededor de la «responsabilidad» del individuo en su enfermedad, lo que tiene una clara relación con el lugar dado a la prevención. Desde esta perspectiva el lugar asignado a una y otra enfermedad es muy diferente, como lo es la posibilidad de intervención del propio sujeto que imaginan en cada caso.

En el discurso juvenil, el cáncer aparece como algo totalmente «azaroso», que responde a factores que superan el espacio de intervención individual: medio ambiente, carga genética, convirtiendo al individuo en un sujeto pasivo, sin capacidad de actuación, y por tanto sin espacio de prevención. Posibilidad de evitación que sólo aparece, y de forma relativa, en el caso del cáncer de pulmón, ya que ni siquiera el no fumar es garantía suficiente para no sufrirlo. En la percepción del cáncer como un proceso «azaroso», sin espacio de intervención, se relativizan las «prácticas saludables». Por ejemplo, según esta posición, ¿qué sentido tiene cuidar la alimentación cuando no existe control sobre los procesos que tiene su producción? Esto llevaría, por otro lado, a la recuperación de los procesos naturales de producción que estamos viviendo —agricultura ecológica, rechazo de transgénicos, etc.—. Si se quiere dar cabida a una cultura de la prevención, de prácticas saludables, se hace necesario matizar o minimizar la idea del azar, de la inexistencia de un espacio de intervención del propio sujeto.

El SIDA, se situaría en el plano simbólico, en la posición contraria al cáncer. El SIDA no responde a un proceso azaroso, sino que es un proceso en el que sí está presente la responsabilidad —en realidad «irresponsabilidad»— del sujeto. El individuo sí tiene posibilidad directa de intervenir para evitar el contagio. Desde el espacio de la prevención, es positivo que los y las jóvenes —que todas las personas— se sientan responsables de evitar el contagio, por lo que esto significa de seguimiento de medidas profilácticas y evitación de prácticas de riesgo. Esta parecería ser la posición discursiva dominante entre la juventud vasca, sin embargo, en sectores masculinos de clases medias-medias bajas, pareciera producirse un desplazamiento de la idea de responsabilidad hacia el otro. Desde estas posiciones, sería al otro al que corresponde tomar las medidas para evitar el contagio: uso de preservativo, informar de que se está enfermo, etc. Desplazamiento de la «responsabilidad» que se produciría en un entorno de relaciones establecidas desde una mal entendida idea de estabilidad y confianza —de monogamia seriada—, con el riesgo que ello supone de prácticas de riesgo.

Si en el caso del cáncer, la percepción dominante de que entre todos estamos construyendo un entorno cada vez más insano puede llevar a la relativización del sentido de las prácti-

cas saludables, en el caso del SIDA, paradójicamente, su menor presencia social puede llevar a relativizar la necesidad de evitar prácticas de riesgo, lo que puede significar un incremento en el número de casos de contagio del VIH.

Uno de los aspectos que llama la atención es que en los grupos, a la hora de hablar del SIDA no se produce una recuperación expresa de la existencia de las terapias antirretrovirales que la han convertido en una enfermedad crónica, deteniendo el avance de la enfermedad y posibilitando a los y las enfermos/as una buena calidad de vida. En el imaginario de la juventud parece seguir dominando la idea de que se trata de una enfermedad mortal de necesidad —no crónica—, que lleva aparejada una pérdida total de calidad de vida.

La imagen que algunos y algunas jóvenes parecen mantener del enfermo/a de SIDA es la de una persona deteriorada, «marcada» físicamente por la enfermedad. Suposición equivocada de que el enfermo/a de SIDA —en general—, tiene una «imagen física marcada», que lleva a la errónea idea de que es posible la identificación física, lo que, según estos jóvenes supondría un filtro —incluso una garantía—, para no mantener relaciones sexuales o prácticas de riesgo. De esta forma, mantener la imagen de que el SIDA se refleja en el cuerpo, siendo fácilmente reconocible, puede suponer en sí misma un riesgo, por lo que significa de no interiorización de la prevención activa, no se incorpora plenamente que la forma más eficaz para evitar el contagio del virus VIH es el uso del preservativo. Desde el mantenimiento de que la enfermedad tiene una visibilidad que puede distinguirse, implícitamente se está obviando o relativizando el uso del preservativo en aquellos casos en los que el aspecto sea saludable y no corresponda a la imagen construida de la enfermedad.

En los grupos no aparece tanto la idea de falta de información, como la falta de conciencia de que el SIDA sigue estando presente en el primer mundo, más allá de su menor presencia mediática, de su mayor control médico o de la reducción del número de casos.

1.5. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Los colectivos de jóvenes escolares en etapas no universitarias aparecen como los receptores de las acciones de promoción y educación para la salud. Dirigiéndose en este sentido un alto nivel de «exigencias» o «demandas» a los profesionales de la enseñanza. Una concentración de acciones en el entorno escolar, que dificulta el acceso a la información a sectores jóvenes que tienen una temprana salida del sistema educativo.

En los grupos de discusión realizados, la práctica totalidad de los y las jóvenes que están todavía en niveles de educación obligatoria o en bachillerato habría participado de alguna acción de educación y promoción para la salud. En este sentido la excepción serían alumnas de colegios religiosos que no habrían recibido ningún tipo de acción formativa o informativa sobre temas como consumo de drogas o sexualidad.

Dentro de esta situación de contacto mayoritario con algún tipo de programa de educación en salud, la juventud muestra sus opiniones y preferencias sobre los enfoques o actividades de educación para la salud en las que han participado. Parecen manifestar cierto desinterés cuando las acciones se limitan a suministrar información desde un planteamiento «puramente» normativo y dicotómico de «lo bueno» y «lo malo», sin dejar mayor espacio o posibilidad al alumnado que ser un mero receptor pasivo de información. Una información que además, se piensa o se cree que ya se «sabe de memoria», lo que genera en ellos desinterés, y sensación de pérdida de tiempo por las clases perdidas.

Frente al enfoque normativo presente en buena parte de las acciones que se realizan, también desde su experiencia directa, lo que perciben es la existencia de claroscuros en los consumos de drogas o de alcohol, lo que no se adapta a la reductora dicotomía de información que muchas veces reciben. El interés que muestran los y las más jóvenes por «probar» debe inscribirse en este espacio de ambivalencia, de temeroso atractivo que les despierta en algunos casos el consumo de alcohol u otras drogas. El «consumo lúdico» de las drogas y el alcohol, sitúa estos consumos en un espacio teñido muchas veces de positividad, difícil de contra argumentar. En este contexto de necesidad de argumentos que consoliden la posición autónoma, que den consistencia a la decisión propia, los y las jóvenes parecen señalar la insuficiencia que tiene para ellos conocer el mandato de «lo bueno» y «lo malo». Como se dice en los grupos, nunca ha existido tanta información, pero tampoco tanto nivel de consumo de drogas. Es en este contexto, de rechazo a los enfoques puramente normativos, en el que de forma unánime e intensa se recuperan en positivo acciones que se dirigen a la juventud como individuos activos: debates tras el visionado de una película, charlas de personas afectadas directamente por un accidente de tráfico, con problemas de adicción, etc.

Los responsables de educación en seguridad vial entrevistados, recogían por su propia experiencia, la buena acogida que tenía entre la juventud las visitas que se organizaban de víctimas de accidentes de tráfico a centros escolares. Este contacto de enfrentamiento directo con las consecuencias de los accidentes de tráfico, sí parece actuar —al menos aparentemente— más eficazmente en la toma de conciencia de los riesgos de una conducción te-

meraria, que campañas más estandarizadas sobre lo que no debe hacerse en carretera. Es en el enfrentamiento a la realidad, a las consecuencias que pueden tener las decisiones que se toman —o que no se toman— cuando los y las jóvenes se hacen conscientes también de su responsabilidad.

La juventud valora y se interesa por las acciones formativas o de prevención en las que se les trata como sujetos activos de la acción, como sujetos que van a tomar decisiones en un entorno en el que no están presentes los adultos que les «recuerden» los mandatos, sino que se trata de que ellos hagan propios esos mandatos, de valorar los pros y los contras, para que así sus decisiones sean realmente autónomas e independientes y puedan enfrentarse-contrarrestar el peso o presión del grupo, de los pares, del «otro» ante ciertos consumos o prácticas de riesgo. En definitiva, se sienten interesados por acciones que sí perciben que les ayudan o preparan a enfrentarse y resolver los posibles claroscuros que existen en las distintas situaciones que pueden encontrarse en su entorno.

Jóvenes y profesionales entrevistados coinciden en esta percepción de mayor receptividad cuando se trabaja no desde un enfoque normativo dicotómico, de lo que debe y no debe hacerse, sino cuando se busca que el o la joven integre una información y que desde ella tome una decisión. Y ésta es la línea de trabajo que parece estar incorporándose últimamente; la de situar a la juventud ante distintos supuestos con diferentes salidas, incitándoles a tener que decir ante dilemas a los que la decisión o la respuesta a dar no resulta tan clara o única.

1.6. EL SISTEMA MÉDICO

El sistema médico, y en concreto la atención primaria, aparece entre la juventud en un ámbito alejado de la prevención y promoción de la salud, inscribiéndolo directamente en el espacio de la «enfermedad». No se piensa en el sistema médico dentro o participando del «espacio de lo saludable» sino en el de ausencia de salud. El acercamiento que la juventud realiza al sistema médico de atención primaria tiene siempre presente la enfermedad, y en el peor de los casos la expectativa es la dispensación de una receta.

Además de casos en los que la existencia de algún tipo de dolencia haga necesaria revisiones rutinarias, la asistencia a la consulta más allá de una enfermedad o malestar puntual resulta extraña. En los grupos ésta ha resultado ser una práctica totalmente minoritaria, y ha

aparecido vinculada al control médico de un régimen-dieta. El cuidado de la alimentación, y su efecto directo en la salud, pareciera que va incorporándose cada vez más entre los y las jóvenes, y de forma especial entre las mujeres, que parecen estar más concienciadas, tal vez por la mayor cercanía con los «trastornos de alimentación». En este contexto de cierta preocupación, sí parece pensarse en la función preventiva y saludable del control médico a la hora de seguir un régimen para conseguir adelgazar o engordar, y hacerlo así de la forma más sana posible.

Entre las jóvenes la visita al servicio de ginecología tampoco se inscribe en el espacio de la «prevención». Las motivaciones que parecen actuar para acudir a la consulta ginecológica serían la existencia de problemas o trastornos en el ciclo menstrual —«ya no me quedaba más remedio»— o el inicio y/o mantenimiento de relaciones sexuales, y la decisión de tomar anti-conceptivos orales. En el discurso femenino domina la asociación de la idoneidad de acudir a ginecología una vez que existen relaciones sexuales. En esta vinculación de la visita ginecológica con la actividad sexual se produce una mirada terriblemente reductora de la salud de las mujeres, produciéndose un vacío y descuido que es preciso romper.

Vergüenza, miedo, son sentimientos que se entrecruzan y desmotivan terriblemente la visita ginecológica, y de forma muy especial la «temida primera visita», que se imagina como una experiencia incómoda, cargada de una fuerte dosis de violencia simbólica. Una vivencia de «agresión» que en ocasiones —pareciera que en demasiadas— se vería reforzada por la actitud poco comprensiva que muestran los y las profesionales médicos ante el nerviosismo y la tensión de las jóvenes pacientes. Esta impresión de incomprensión o incluso de falta de paciencia por la tensión habitual con la que se acude a esta consulta, no es en ningún caso un elemento que facilite el acercamiento, sino que por el contrario, se corre el riesgo de obstaculizar e impedir la normalización de las visitas ginecológicas.



KGk

COLECCIÓN **GAZTEAK** BILDUMA

2. Análisis cuantitativo

Análisis cuantitativo

2.1. RASGOS QUE DEFINEN EL ESPACIO JOVEN

2.1.1. Prioridades personales: valoración sobre salud, familia, amistad, amor, sexo, ocio, trabajo, estudios, política y religión

Se han denominado «prioridades personales» a los conceptos de: salud, familia, amistad, amor, sexo, ocio, trabajo, estudios, política y religión. A través de la percepción de cada uno de esos grandes bloques que afectan a todos y a cada uno de los encuestados, pretendemos entender los parámetros en los que se mueve la juventud.

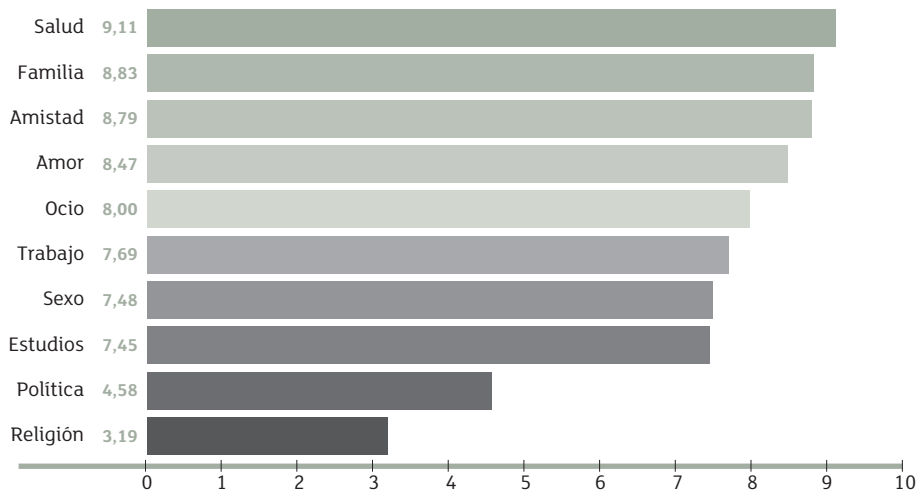
Salud, familia, amistad, amor, sexo, ocio, trabajo y estudios son ocho variables —de las 10 variables propuestas— que así ordenadas han superado el «notable» por los encuestados de 15 a 29 años, en una escala de importancia, donde 0 es «nula importancia» y 10 «total importancia».

Conceptos generales como salud, familia, amistad, trabajo o sexo vienen siendo contemplados en los cuestionarios puestos en marcha por el Observatorio Vasco de la Juventud. De esa manera, se puede apreciar el grado de aceptación de cada uno de esos conceptos a lo largo de casi año y medio (marzo de 2005-julio de 2006), en cuanto al grado de importancia que se les otorga. En ese sentido destacamos que hay una gran coherencia interna sobre la valoración que alcanza cada concepto en el periodo transversalmente estudiado.

Ordenando los conceptos planteados en cuanto al grado de valoración que les dan nos encontramos con la siguiente lista: en primer lugar se prioriza la «salud» con valores entre el 9,1 (julio 2006) y 9,25 (marzo 2005) y en último, la «religión» con valores entre 3,19 (julio 2006) y 3,52 (marzo 2005), siendo 0 «nula importancia» y 10 «total importancia»; los valores intermedios son: familia, amistad, amor, ocio, trabajo, sexo, estudios y política.

Los últimos datos disponibles para esta variable son de julio de 2006 y pueden verse en el siguiente gráfico (Gráfico 2).

Gráfico 2
PRIORIDADES PERSONALES



* Puntuación otorgada a cada una de las variables en una escala del 0 al 10, siendo 0 «nula importancia» y 10 «total importancia».

En líneas generales, tanto mujer como hombre valoran de forma bastante similar los distintos conceptos planteados; no obstante la mujer da ligeramente mayor importancia a los conceptos de «salud», «familia», «amistad», «amor», «trabajo», «estudios» y «religión» que el hombre; mientras que para éste sólo el «sexo» tiene más importancia que para ella (Tabla 1).

Más diferencias constatables hay si contemplamos la variable edad, a pesar de que los valores planteen pequeñas diferencias internas. Salvo en el concepto «religión», las demás variables guardan una estrecha relación con el incremento de edad; a más edad, más grado de aceptación con la importancia que se da a los conceptos planteados; mientras que en el referido concepto de «religión» sucede al contrario: el aumento de edad disminuye o estanca el grado de importancia que se le da a dicha variable (Tabla 2).

Sólo disponemos del grado de importancia que se le da al concepto «sexo» por territorios y, en ese sentido, destacamos que las diferencias territoriales son insignificantes; siendo en Bizkaia con un 7,59 puntos donde más importancia se le da y en Álava donde menos con un 7,17 puntos, (Gipuzkoa 7,41 puntos).

Tabla 1
PRIORIDADES PERSONALES, SEGÚN EL GÉNERO

	HOMBRE	MUJER
Salud	9,01	9,22
Familia	8,72	8,93
Amistad	8,70	8,88
Amor	8,31	8,63
Trabajo	7,46	7,91
Sexo	7,67	7,29
Estudios	7,24	7,65
Religión	3,04	3,33

* Puntuación otorgada a cada una de las variables en una escala del 0 al 10, siendo 0 «nula importancia» y 10 «total importancia».

Tabla 2
PRIORIDADES PERSONALES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

	15-19	20-24	25-29
Salud	8,86	9,17	9,25
Familia	8,69	8,78	8,99
Amor	8,21	8,52	8,62
Trabajo	7,38	7,72	7,90
Sexo	7,14	7,54	7,67
Política	4,20	4,74	4,71
Religión	3,60	2,98	3,09

* Puntuación otorgada a cada una de las variables en una escala del 0 al 10, siendo 0 «nula importancia» y 10 «total importancia».

En el perfil de «trabajador» es en donde más importancia se da a cinco de las siete «variables de importancia» presentadas a excepción del ocupado que «estudia», que le supera en la importancia que da a «religión», al que «estudia y trabaja» que le supera en «estudios». De esa manera, aunque sea por escasas décimas, el «trabajador» destaca por delante de «estudiantes», «desempleados» o quienes compaginan «trabajo y estudio» a la hora de poner en valor aquellas cuestiones que más le importan (Tabla 3).

Tabla 3
PRIORIDADES PERSONALES, SEGÚN LA OCUPACIÓN

	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
Salud	8,99	9,26	9,22	8,94
Familia	8,60	9,03	8,93	8,85
Amor	8,38	8,61	8,67	8,06
Trabajo	7,45	7,90	7,73	7,82
Sexo	7,24	7,73	7,64	7,30
Estudios	7,69	7,03	7,84	7,12
Religión	3,40	3,20	2,84	2,86

* Puntuación otorgada a cada una de las variables en una escala del 0 al 10, siendo 0 «nula importancia» y 10 «total importancia».

La clase social no parece un componente discriminatorio contundente para valorar la importancia que se le da a la «política» (única variable de la que disponemos datos) en los distintos estratos, ya que la respuesta es similar en los tres; no obstante, es en la clase «alta/media-alta» con 4,9 puntos, donde el valor es más alto y en la «media» donde es más bajo, con 4,4 puntos (clase media-baja/baja 4,6 puntos).

2.1.2. Preocupaciones de la juventud

2.1.2.1. Ranking de preocupaciones personales actuales

El dinero, la imagen y lo que los demás piensan de uno mismo junto a la salud personal son las principales preocupaciones de los jóvenes de 15 a 29 años. «Dinero/bienes materiales que dispone» emerge como la preocupación más destacada y con gran diferencia sobre las demás. Jóvenes que presumiblemente aún no tienen ingresos propios y/o que están iniciando su actividad profesional manifiestan claramente su inquietud ante la falta de recursos materiales.

Las relaciones sociales tanto con su pareja, familia o amigos/as son otras de las preocupaciones que les rondan, pero en menor intensidad (Tabla 4).

Tabla 4
PREOCUPACIONES PERSONALES IMPORTANTES ACTUALES (%)

«ACTUALMENTE, ¿TIENES UNA PREOCUPACIÓN PERSONAL IMPORTANTE RELACIONADA CON...?»	%
Dinero/bienes materiales de que dispone	32,0
Imagen/apariencia personal	20,3
La valoración que hacen los demás de su persona	20,1
La salud física-psicomental	18,1
Las relaciones con familiares	12,8
Las relaciones con amigos	10,0
Las relaciones con su pareja	9,9
El control que ejercen sobre él/ella otras personas	9,8
La sexualidad	9,7

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a cada uno de los aspectos.

«La valoración que hacen los demás de su persona» es una gran inquietud que va en aumento hasta los 24 años, después desciende ostensiblemente. Previsiblemente, la edad más próxima al cambio de década —30 años— comienza a ser un factor que aporta mayor seguridad en sí mismos, haciendo que importe menos lo que los demás piensen de uno (Tabla 5).

Tabla 5

PREOCUPACIONES PERSONALES IMPORTANTES ACTUALES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«ACTUALMENTE, ¿TIENES UNA PREOCUPACIÓN PERSONAL IMPORTANTE RELACIONADA CON...?»	15-19	20-24	25-29
La valoración que hacen los demás de su persona	19,4	22,8	17,6

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a la variable.

Llama la atención la diferente preocupación que proporciona «la valoración que hacen los demás de su persona» por territorios históricos. Mientras Álava y Gipuzkoa tienen un comportamiento próximo —con mayor peso en Gipuzkoa—, Bizkaia se destaca radicalmente por manifestar que dicha cuestión apenas la considera un problema (Tabla 6).

Con relación a la preocupación por «las relaciones con su pareja» veíamos que alcanzaba una puntuación en la CAPV de 9,9%, ligeramente superior a lo que manifiestan alaveses y vizcaínos, mientras que guipuzcoanos nos indican que dicha consideración sí supone un problema más considerable para ellos (Tabla 6).

Tabla 6

PREOCUPACIONES PERSONALES IMPORTANTES ACTUALES, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«ACTUALMENTE, ¿TIENES UNA PREOCUPACIÓN PERSONAL IMPORTANTE RELACIONADA CON...?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
La valoración que hacen los demás de mi persona	23,3	15,8	26,1
Las relaciones con su pareja	7,4	8,6	13,3

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a cada uno de los ítems.

El estar ocupado «trabajando» es decisivo para que «la valoración que hacen los demás de su persona» deje de ser un problema, mientras que para el resto resulta serlo en mayor medida (Tabla 7).

Tabla 7
PREOCUPACIONES PERSONALES IMPORTANTES ACTUALES, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«ACTUALMENTE, ¿TIENES UNA PREOCUPACIÓN PERSONAL IMPORTANTE RELACIONADA CON...?»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
La valoración que hacen los demás de su persona	22,3	15,3	24,8	21,4

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a la variable.

2.1.2.2. Grado de acuerdo con diversas frases sobre causas de preocupación

Sin duda las variables «exámenes» y «agobio y tensión» tienen un peso específico importante para los y las jóvenes, como una de las grandes preocupaciones habituales. También «trabajo» y «preocupación, agobio y tensión» son conceptos que viven de cerca (Tabla 8).

Tabla 8
CAUSAS DE PREOCUPACIÓN

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	PUNTUACIÓN
La preocupación en época de exámenes me agobia y produce tensión	6,70
En el trabajo diario es habitual tener motivos de preocupación	5,85
En el trabajo diario es habitual tener agobios y tensiones	5,79
La preocupación en época de exámenes me hace perder el sueño	5,05

* Puntuación otorgada a cada una de las frases en una escala del 0 al 10, siendo 0 «nula importancia» y 10 «total importancia».

En esta relación «exámenes/tensión-sueño» se presenta como más proclive a sufrir las consecuencias la mujer que el hombre (Tabla 9).

Tabla 9
CAUSAS DE PREOCUPACIÓN, SEGÚN EL GÉNERO

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	HOMBRE	MUJER
La preocupación en época de exámenes me agobia y produce tensión	6,17	7,25
La preocupación en época de exámenes me hace perder el sueño	4,35	5,78

* Puntuación otorgada a cada una de las frases en una escala del 0 al 10, siendo 0 «totalmente en desacuerdo» y 10 «totalmente de acuerdo».

A mayor edad, presumimos mayor porcentaje de jóvenes trabajando como planteamiento general, y en ese planteamiento, cuanto más mayor se es más «preocupaciones» y «agobios/tensiones» se sienten en el trabajo (Tabla 10).

Tabla 10
CAUSAS DE PREOCUPACIÓN, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	15-19	20-24	25-29
En el trabajo diario es habitual tener motivos de preocupación	4,82	5,80	6,12
En el trabajo diario es habitual tener agobios y tensiones	5,18	5,71	6,00

* Puntuación otorgada a cada una de las frases en una escala del 0 al 10, siendo 0 «totalmente en desacuerdo» y 10 «totalmente de acuerdo».

«Desempleados» y «trabajadores» son los que más sufren «preocupaciones» por el trabajo, en una secuencia lógica; asimismo, son los que más manifiestan tener «agobios y tensiones». Aquellos que aún «estudian» no pueden sino intuir dichas cuestiones y los que combinan «estudios y trabajo» son los menos afectados (Tabla 11).

Tabla 11
CAUSAS DE PREOCUPACIÓN, SEGÚN LA OCUPACIÓN

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
En el trabajo diario es habitual tener motivos de preocupación	5,57	6,12	5,28	6,15
En el trabajo diario es habitual tener agobios y tensiones	5,41	6,09	5,11	6,59

* Puntuación otorgada a cada una de las frases en una escala del 0 al 10, siendo 0 «totalmente en desacuerdo» y 10 «totalmente de acuerdo».

2.1.3. Percepciones de futuro

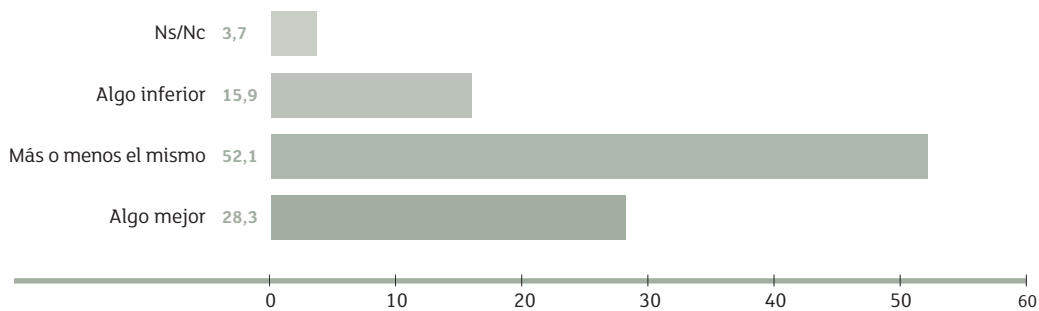
2.1.3.1. Visión de su economía futura con relación a la de sus padres

La mitad de la población encuestada —52,1%— piensa que el nivel económico que consoliden en el futuro será similar al que sus padres tienen actualmente; sin embargo, casi un tercio de los jóvenes —28,3%— cree que en el futuro su economía será «algo mejor» que la de sus padres. Una mejor preparación intelectual y técnica de estos jóvenes permite suponer que muchos de ellos puedan prever superar las posibilidades de sus progenitores (Gráfico 3).

Que dicho futuro económico sea «algo mejor» guarda una relación bastante similar por grupos de edad; sin embargo, hacemos hincapié en la valoración que según aumenta la edad se hace tanto del futuro «más o menos el mismo» cuyas posibilidades disminuyen, como del futuro «algo inferior» cuya sospecha de ser realidad aumenta con la edad. A más edad, más exactitud sobre sus situaciones y potencialidades laborales y, por ende, económicas; y con esos datos, los jóvenes van posicionándose, unos intuyen una economía como la de los padres y otros algo inferior (Tabla 12).

Gráfico 3

CON RELACIÓN AL NIVEL ECONÓMICO DE TUS PADRES,
CREES QUE EN EL FUTURO EL TUYO SERÁ... (%)

**Tabla 12**

PERCEPCIÓN SOBRE EL FUTURO ECONÓMICO EN RELACIÓN A LA DE SUS PADRES,
SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«CON RELACIÓN AL NIVEL ECONÓMICO DE TUS PADRES, CREES QUE EN EL FUTURO EL TUYO SERÁ...»	15-19	20-24	25-29
Algo mejor	29,3	26,5	29,6
Más o menos el mismo	56,7	53,6	46,4
Algo inferior	9,8	17,0	19,7
Ns/Nc	4,1	2,9	4,3
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

A medida que la clase social es más baja, más esperanzas tienen los y las jóvenes en que su economía sea «algo mejor» a la de sus padres; aspiran, por tanto, a mejorar sus posibilidades más los que teóricamente menos tienen.

Quedarse como los padres, tener «más o menos el mismo» nivel es lo que supone la gran mayoría de «alta/media-alta» y «media», mientras que pierde peso en la «media-baja/baja»; pero llama la atención el importante porcentaje —24,4%— que dan los «media-baja/baja» a quedarse con un nivel «algo inferior» al de sus padres (Tabla 13).

Tabla 13
PERCEPCIÓN SOBRE EL FUTURO ECONÓMICO EN RELACIÓN A LA DE SUS PADRES,
SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«CON RELACIÓN AL NIVEL ECONÓMICO DE TUS PADRES, CREES QUE EN EL FUTURO EL TUYO SERÁ...».	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Algo mejor	26,0	28,4	35,4
Más o menos el mismo	53,3	53,4	34,1
Algo inferior	18,4	14,5	24,4
Ns/Nc	2,2	3,7	6,1
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.1.3.2. Posibilidad de trabajar en aquello para lo que se están formando o se han formado

Mayoría absoluta —71,1%— de los encuestados/as cuando se les pregunta si «espera trabajar en el área de estudios en la que se está formando o se ha formado»; si a dicha respuesta le agregamos el 11,5% que responde «ya lo hace», se alcanza un 82,6%. Es decir, la opción formativa y profesional por la que han optado los jóvenes es la que esperan consolidar en el futuro (Gráfico 4).

A medida que se cumplen años descendiendo bruscamente dicha esperanza de «trabajar en el área de estudios en la que se está formando o se ha formado»; a mayor edad, mayor conocimiento de que se va a trabajar más donde surja, que donde se debería trabajar en consonancia con la preparación aportada (Tabla 14).

Los guipuzcoanos son los más optimistas o confiados en la creencia de que su futuro profesional coincidirá con los estudios realizados (Tabla 15).

Gráfico 4

¿ESPERAS TRABAJAR EN EL ÁREA DE ESTUDIOS EN EL QUE TE ESTÁS FORMANDO O TE HAS FORMADO? (%)

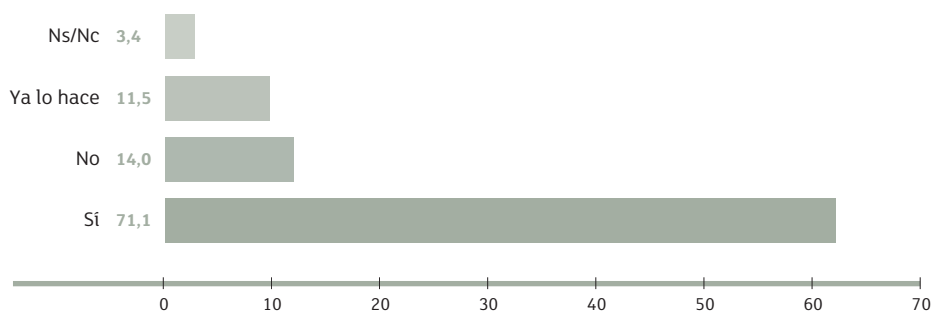


Tabla 14

ESPERANZA DE TRABAJAR EN EL ÁREA DE ESTUDIOS EN EL QUE SE ESTÁ FORMANDO O SE HA FORMADO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«¿ESPERAS TRABAJAR EN EL ÁREA DE ESTUDIOS EN EL QUE TE ESTÁS FORMANDO O TE HAS FORMADO?»	15-19	20-24	25-29
SÍ	85,0	73,9	56,2

Tabla 15

ESPERANZA DE TRABAJAR EN EL ÁREA DE ESTUDIOS EN EL QUE SE ESTÁ FORMANDO O SE HA FORMADO, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«¿ESPERAS TRABAJAR EN EL ÁREA DE ESTUDIOS EN EL QUE TE ESTÁS FORMANDO O TE HAS FORMADO?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
SÍ	70,8	67,3	77,5

Los «estudiantes» son los que más confían en la potencialidad de hacer coincidir estudios y perfil profesional, pero los «trabajadores» con un porcentaje que casi desciende a la mitad respecto a estudiantes son los que menos esperan ya que dicha coincidencia —estudios/perfil profesional— se haga realidad (Tabla 16).

Tabla 16

ESPERANZA DE TRABAJAR EN EL ÁREA DE ESTUDIOS EN EL QUE SE ESTÁ FORMANDO O SE HA FORMADO, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«¿ESPERAS TRABAJAR EN EL ÁREA DE ESTUDIOS EN EL QUE TE ESTÁS FORMANDO, O TE HAS FORMADO?»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
SÍ	89,5	48,5	76,2	60,0

Fuerte bajada en escala de la clase social para confiar en ese futuro de adecuación formativa/perfil profesional; confían en ello los de «alta/media-alta», pero la desconfianza va aumentando con el descenso social (Tabla 17).

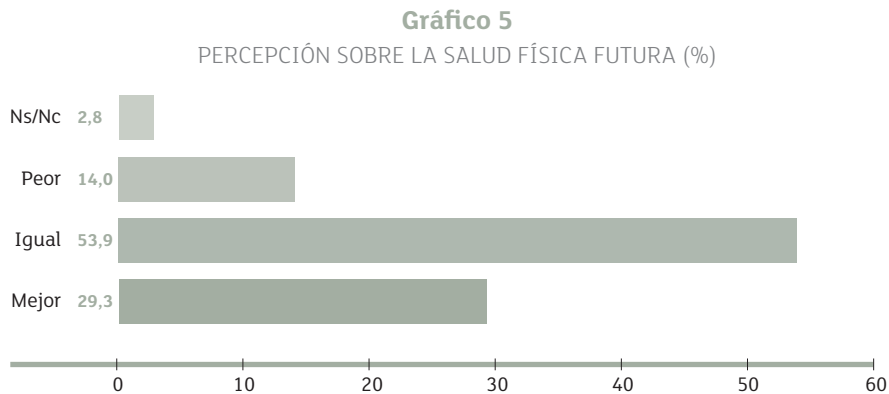
Tabla 17

ESPERANZA DE TRABAJAR EN EL ÁREA DE ESTUDIOS EN EL QUE SE ESTÁ FORMANDO O SE HA FORMADO, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«¿ESPERAS TRABAJAR EN EL ÁREA DE ESTUDIOS EN EL QUE TE ESTÁS FORMANDO O TE HAS FORMADO?»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
SÍ	77,8	69,9	59,8

2.1.3.3. Salud física futura

La juventud encuestada confía mayoritariamente en que en un futuro su «salud física» sea como mínimo como hasta ahora, pero casi un tercio de ellos —29,3%— esperan «mejorar» dicha salud, mientras que desciende al 14,0% los que la ven con un «peor» futuro (Gráfico 5).



Mientras la mujer es más estable y espera en mayor medida mantenerse en salud física como está, el hombre cree más que ésta oscilará al puntuar más altos los valores «mejor» y «peor» (Tabla 18).

Tabla 18
PERCEPCIÓN SOBRE LA SALUD FÍSICA FUTURA, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«EN UN FUTURO PRÓXIMO, CREES QUE TU SALUD FÍSICA FUTURA VA A SER...»	HOMBRE	MUJER
Mejor	31,3	27,3
Igual	49,7	58,0
Peor	16,4	11,6
Ns/Nc	2,6	3,1
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

La clase social «baja/media-baja» es la que más cree en que su «salud futura» pueda empeorar y la que menos cree que pueda mejorar (Tabla 19).

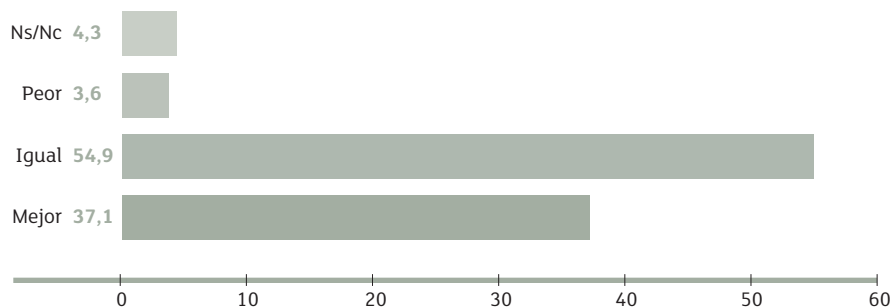
Tabla 19
PERCEPCIÓN SOBRE LA SALUD FÍSICA FUTURA, SEGÚN CLASE SOCIAL (%)

«EN UN FUTURO PRÓXIMO, CREES QUE TU SALUD FÍSICA VA A SER...»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Mejor	28,3	30,8	17,1
Igual	56,5	52,5	61,0
Peor	14,3	13,4	19,5
Ns/Nc	1,0	3,3	2,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.1.3.4. Estado de ánimo futuro

Si la salud física futura destaca porque pocos jóvenes creen que pueda empeorar, el «estado de ánimo futuro» es aún mucho más haslagüeño. Aumenta al 37,1% el número de jóvenes que cree sea «mejor», mientras sólo un 3,6% cree que sea «peor» (Gráfico 6).

Gráfico 6
PERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO FUTURO (%)



Los alaveses son los que más confían en que el «estado de ánimo futuro» sea «mejor» que en el presente, mientras que los vizcaínos son los que más creen en que dicho futuro pueda ser «peor» (Tabla 20).

Tabla 20

PERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO FUTURO, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

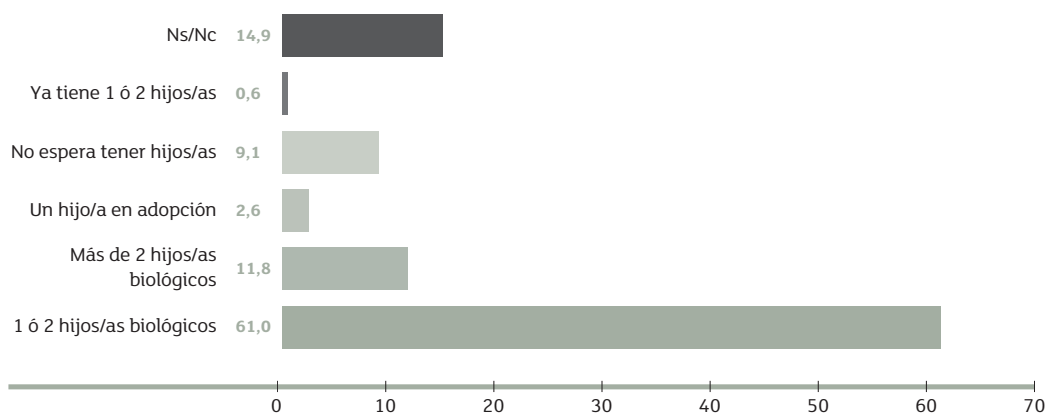
«EN UN FUTURO PRÓXIMO, CREES QUE TU ESTADO DE ÁNIMO VA A SER...»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Mejor	43,1	37,6	33,7
Igual	52,5	52,9	59,6
Peor	2,0	5,4	1,3
Ns/Nc	2,5	4,1	5,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.1.3.5. Previsión de hijos/as en un futuro

Tres cuartas partes de los jóvenes encuestados piensan ser padres en un futuro o ya lo son. «Adoptar un hijo/a» tiene un peso porcentual del 2,6 y, mientras que el 9,1% no piensa tener hijos o hijas. Por otro lado, «tener 1 ó 2 hijos/as biológicos» alcanza un 61,0% y el porcentaje de los que piensan tener «más de 2 hijos biológicos» es del 11,8%, pero también hay un 14,9% que aún no sabe qué respuesta dar a dicha cuestión (Gráfico 7).

Gráfico 7

PREVISIÓN DE DESCENDENCIA EN EL FUTURO (%)



2.1.4. Relaciones afectivas, relaciones de amistad y apoyos de los que dispone la juventud

2.1.4.1. Valoración sobre la amistad

Las premisas que se les han planteado a los y las jóvenes son para tratar de entender el papel de la amistad y cómo se entiende ésta entre los encuestados. En ese sentido, percibimos que la amistad como concepto social, «amigos con los que pasar el rato» es algo universal, extendido y claro. Sin embargo, a medida que al amigo se le van pidiendo retos, tales como compartir preocupaciones o ayuda, vemos cómo esa amistad va perdiendo fuerza (Tabla 21).

Tabla 21
VALORACIÓN SOBRE LA AMISTAD (%)

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	%
Es fácil tener amigos/as con los que pasar el rato	94,7
Siempre hay amigos/as con los que hablar de cuestiones que te preocupan	83,5
Cuando sales con la cuadrilla tratas de divertirte y no hablar de problemas	78,6
Es fácil tener amigos/as que te apoyan y ayudan cuando tienes problemas	72,1

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a cada uno de los aspectos (muy de acuerdo + bastante de acuerdo).

«Cuando sale con la cuadrilla trata de divertirte y no hablar de problemas» es sobre todo propio de los y las más jóvenes —15-19 años—, ya que a medida que cumplen años va descendiendo claramente el acuerdo con dicha afirmación. Entendemos que a más edad, más sinceridad hay con los pares de iguales para manifestarles todo aquello que les pueda preocupar y que un amigo se tiene no sólo para la diversión (Tabla 22).

Tabla 22

VALORACIÓN SOBRE LA AMISTAD, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	15-19	20-24	25-29
Cuando sales con la cuadrilla tratas de divertirte y no hablar de problemas	86,0	77,4	73,8

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a este aspectos (muy de acuerdo + bastante de acuerdo).

Es en Bizkaia donde más de acuerdo se está con la premisa «cuando sale con la cuadrilla trata de divertirse y no hablar de problemas», bien porque así se entienda la amistad o porque esos jóvenes tengan menos problemas que compartir. Ya veíamos que en Bizkaia es donde menos peso tienen las preocupaciones tanto por «la valoración que hacen los demás de su persona», como las de «pareja» (Tabla 23).

Tabla 23

VALORACIÓN SOBRE LA AMISTAD, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Cuando sales con la cuadrilla tratas de divertirte y no hablar de problemas	76,2	82,5	73,0

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a este ítem (muy de acuerdo + bastante de acuerdo).

2.1.4.2. De qué se conoce a los mejores amigos/as

Nos parecía de interés una visión longitudinal del alcance del origen de la amistad durante las distintas edades que abarca el universo de estudio. En ese sentido, «ser compañeros desde Primaria» es el gran origen de la amistad para la mayor parte de los encuestados/as. Muy lejos, compañeros de Secundaria, universidad, Bachillerato y la movida son otras de las fuentes de la amistad. Ya con muy baja incidencia surgen el origen laboral, la procedencia de nacimientos, deporte y otros como posibilidades para encontrar a los mejores amigos/as (Tabla 24).

Tabla 24
ORIGEN DE LAS AMISTADES (%)

«CONOCE A SUS MEJORES AMIGOS/AS...»	%
Por ser compañeros desde Primaria	67,4
Por ser compañeros desde Secundaria	15,1
Por ser compañeros desde la universidad	11,6
Por ser compañeros desde el Bachillerato	11,4
Por la noche, la movida	10,0
Por el trabajo	5,8
Del pueblo	3,2
Del deporte	2,8
Vecinos/barrio	2,7
Por ser hijos de amigos de sus padres	1,2
Por otros amigos	1,1
Otras	1,6
No tiene buenos amigos	0,3
Ns/Nc	1,6

* La suma de los porcentajes no da el 100% porque se trata de una pregunta con respuesta múltiple. Se trata del porcentaje de personas que han elegido esa opción en primer, segundo o tercer lugar.

«Ser compañeros desde Primaria» es un valor básico, pero que se va perdiendo con la edad, a pesar de seguir siendo lo primordial para uno de cada dos encuestados (Tabla 25).

Tabla 25

ORIGEN DE LAS AMISTADES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«CONOCE A SUS MEJORES AMIGOS/AS...»	15-19	20-24	25-29
Por ser compañeros desde Primaria	75,4	65,0	52,8

* Porcentaje de personas que han respondido afirmativamente a este ítem.

«Ser compañeros desde Primaria» sigue siendo un valor superior a la media de la CAPV en el territorio de Gipuzkoa (Tabla 26).

Tabla 26

ORIGEN DE LAS AMISTADES, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«CONOCE A SUS MEJORES AMIGOS/AS...»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Por ser compañeros desde Primaria	63,4	65,5	72,6

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a este ítem.

Si veíamos que la edad es un factor con el cual se pierden amigos cuyo origen es la «Primaria», en ocupación se corrobora dicho dato ya que son únicamente los «estudiantes» quienes así se manifiestan, mientras para «trabajadores» y «desempleados» dicho valor pierde peso sustancialmente (Tabla 27).

Tabla 27

ORIGEN DE LAS AMISTADES, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«CONOCE A SUS MEJORES AMIGOS/AS...»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
Por ser compañeros desde Primaria	76,1	59,8	62,4	61,4

* Porcentaje de personas que han respondido afirmativamente a este ítem.

2.1.4.3. De qué se habla con las amistades

Seis de cada diez personas jóvenes en la CAPV hablan de todo con sus amistades mientras que un tercio —36,0%— afirma que «hay temas que evita o prefiere no hablar con las amistades»; falta de intimidad, falta de confianza o falta de valoración de lo que es la amistad pueden ser algunas de las razones para tal comportamiento (Gráfico 8).

Gráfico 8
¿HAY TEMAS QUE EVITAS O PREFIERES NO HABLAR CON LAS AMISTADES? (%)



Temas sobre los que se evita hablar con las amistades

Entre quienes evitan o prefieren no hablar de algunos temas, «íntimos/personales» y «familiares» son los temas básicos que se eluden en las conversaciones; es decir, todo aquello que alude al entorno personal más estricto es lo que menos se comparte. «Política» es otro de los grandes temas a evitar; la particular situación política y social que vive el País Vasco puede ser la causa de que los y las jóvenes prefieran ser discretos a comunicativos. Y el otro resultado que nos parece de interés comentar es el alto porcentaje que alcanza la respuesta «Ns/Nc» con un 31,0%; entendemos que para la juventud es costoso definir de qué no hablan con sus iguales. Saben que callan cosas, que hay temas que no comparten, pero les cuesta concretar de qué se trata (Tabla 28).

Tabla 28

TEMAS QUE SE EVITAN O PREFIEREN NO HABLAR CON LAS AMISTADES (%)

«TEMAS QUE EVITAN HABLAR CON LAS AMISTADES»	%
Íntimos/personales	28,8
Familia	20,0
Política	13,7
Trabajo	1,8
Sexo	1,4
Estudios	1,0
Otros	2,3
Ns/Nc	31,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0

* n = jóvenes que evitan o prefieren no hablar de ciertos temas con las amistades.

Sin duda alguna, y a tenor de la siguiente tabla, el chico es mucho más reservado que la chica en permitirse confidencias con las amistades (Tabla 29).

Tabla 29

EXISTENCIA O NO DE TEMAS QUE EVITAN O PREFIEREN NO HABLAR CON LAS AMISTADES, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«¿HAY TEMAS QUE EVITAS O PREFIERES NO HABLAR CON LAS AMISTADES?»	HOMBRE	MUJER
SÍ	41,4	30,6

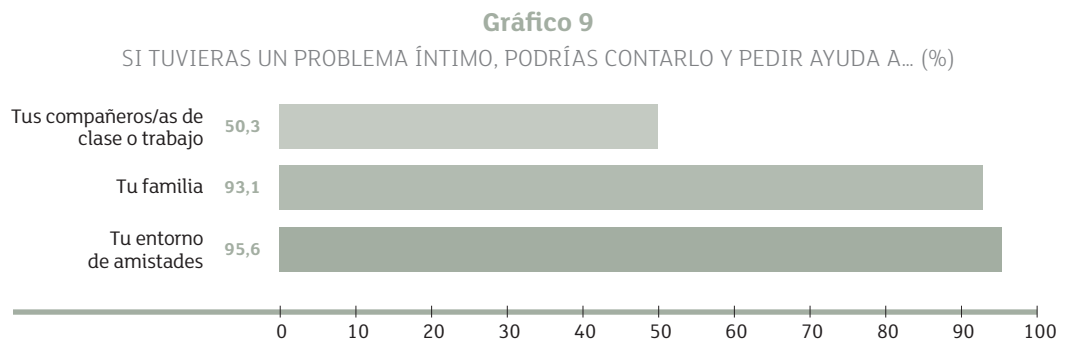
Por territorios históricos, Gipuzkoa destaca como el territorio más abierto, más proclive a compartir con los amigos aquellos temas de interés o preocupación (Tabla 30).

Tabla 30
EXISTENCIA DE TEMAS QUE EVITAN O PREFIEREN NO HABLAR CON LAS AMISTADES,
SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«¿HAY TEMAS QUE EVITAS O PREFIERES NO HABLAR CON LAS AMISTADES?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
SÍ	34,7	38,9	31,7

2.1.4.4. Problemas personales y recursos afectivos

Damos un paso más en la consideración que los y las jóvenes tienen de las amistades y apreciamos que sí se tienen para ayudar en caso de que sea necesario; una contundente respuesta —95,6%— expresa que «si el joven o la joven tuviera un problema íntimo, podría contarle y pedir ayuda a las amistades». Es decir, las amistades se tienen también para compartir problemas, pero en casos extremos; es como si la amistad fuera sólo para asuntos graves o delicados, y compartirlo todo con las amistades fuera un exceso. También la «familia» —93,1%— emerge como el gran pilar con el que cuentan los/as encuestados/as para compartir los problemas íntimos. Muy de lejos aparecen «sus compañeros/as de clase o trabajo» —50,3%— como recurso para compartir los problemas íntimos (Gráfico 9).



* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a cada uno de los ítems.

Con relación a la posible ayuda que se pueda esperar de los «compañeros de clase o trabajo» es la mujer la más proclive a pedirla; posiblemente sea porque considere a *dichos compañeros* más como *amigos* que como *meros colegas* (Tabla 31).

Tabla 31
RECURSOS AFECTIVOS, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«SI TUVIERAS UN PROBLEMA ÍNTIMO, PODRÍAS CONTARLO Y PEDIR AYUDA A...»	HOMBRE	MUJER
Tus compañeros/as de clase o trabajo	46,6	54,0

* Porcentajes de jóvenes que responden afirmativamente al ítem.

La edad no es un factor discriminatorio de la consideración de la «amistad como posible recurso de ayuda»; en ese sentido a cualquiera de las edades contempladas (15-29 años) sí se considera posible, si bien destaca ligeramente la cohorte más joven y se va perdiendo poco a poco ese recurso con el aumento de la edad.

No sucede lo mismo con la consideración de los «compañeros de clase» como posible recurso de ayuda, ya que apreciamos que son los más jóvenes —15-19 años— los que más se manifiestan de acuerdo con dicha premisa. A medida que los jóvenes se hacen mayores más se van alejando de la posibilidad de que un «compañero» le pueda ayudar en un problema íntimo (Tabla 32).

Tabla 32
RECURSOS AFECTIVOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«SI TUVIERAS UN PROBLEMA ÍNTIMO, PODRÍAS CONTARLO Y PEDIR AYUDA A...»	15-19	20-24	25-29
Las amistades	96,9	95,6	94,4
Tus compañeros/as de clase o trabajo	60,4	47,6	45,1

* Porcentajes de jóvenes que responden afirmativamente a cada uno de los ítems.

Apenas hay diferencias entre los territorios a la hora de valorar la posibilidad de que un «amigo» pueda ayudar en un problema íntimo; en los tres se valora de forma similar.

Sin embargo, cuando se trata de valorar a la «familia» en esa potencial ayuda ante un problema íntimo, sí encontramos cierta diferencia en Gipuzkoa donde son menos proclives de lo que manifiestan en Álava y Bizkaia cuya respuesta es igualitaria (Tabla 33).

Tabla 33
RECURSOS AFECTIVOS, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«SI TUVIERAS UN PROBLEMA ÍNTIMO, PODRÍAS CONTARLO Y PEDIR AYUDA A...»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Las amistades	94,6	95,8	95,7
La familia	94,6	94,8	89,7

* Porcentajes de jóvenes que responden afirmativamente a cada uno de los ítems.

La clase social sí se convierte en un elemento discriminatorio para considerar o no a los «compañeros de clase o trabajo como recurso ante un problema íntimo»; clase «alta/media-alta y media» superan ostensiblemente a «clase media-baja/baja». A menor clase social menor consideración de los «compañeros de clase o trabajo» para que les ayuden ante un problema (Tabla 34).

Tabla 34
RECURSOS AFECTIVOS, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«SI TUVIERAS UN PROBLEMA ÍNTIMO, PODRÍAS CONTARLO Y PEDIR AYUDA A...»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Tus compañeros/as de clase o trabajo	49,5	51,4	40,2

* Porcentajes de jóvenes que responden afirmativamente al ítem.

También la ocupación nos ofrece información sobre la consideración de unos y otros sobre el papel de los «compañeros de clase o trabajo ante un problema íntimo». Los desempleados/as (30,0%) son los menos receptivos a dicha consideración, entre otras razones porque si no están trabajando es probable que se hayan desconectado de sus antiguos compañeros o hayan sufrido alguna decepción con los mismos. Los estudiantes con un 58,6% son los que más consideran a «sus compañeros/as de clase o trabajo» como potencial ayuda para los problemas íntimos (Tabla 35).

Tabla 35
RECURSOS AFECTIVOS, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«SI TUVIERAS UN PROBLEMA ÍNTIMO, PODRÍAS CONTARLO Y PEDIR AYUDA A...»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
Tus compañeros/as de clase o trabajo	58,6	43,7	50,5	30,0

* Porcentajes de jóvenes que responden afirmativamente al ítem.

2.1.5. Violencia en el entorno habitual

2.1.5.1. Violencia durante el fin de semana

Sobre si creen que hay «violencia en el entorno en que se mueven los fines de semana», el 52,9% piensa que «no», frente al 44,8% que responde afirmativamente, (Ns/Nc, 2,3%).

Sobre la posible «violencia en el entorno en que se mueven los fines de semana», son los chicos los que más de acuerdo están con dicha afirmación con un 50,4%, ante el 39,2% de las chicas.

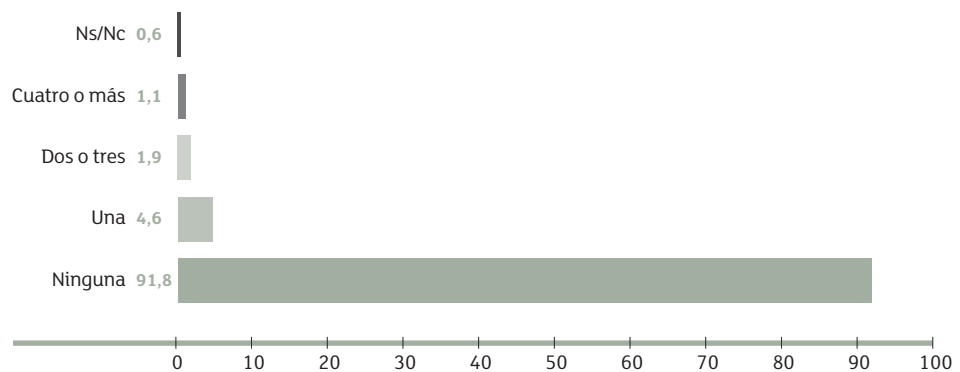
Cuanto más joven se es, más de acuerdo se está con la premisa de que hay «violencia en el entorno en que se mueven los fines de semana» con un 59,7%. Este porcentaje de jóvenes que se encuentran de acuerdo con la afirmación mengua según se avanza en edad; 32,7%

de los y las jóvenes de entre 25-29 años y el 44,7% de los que se encuentran en el intervalo de edad de 20-24 años.

2.1.5.2. Peleas físicas en las que se ha visto involucrado en los últimos doce meses

Un 7,6% de la juventud encuestada dice haberse visto «involucrada en alguna pelea física en los últimos doce meses», frente al 91,8% que responde negativamente. Entre quienes «sí» manifiestan haberse peleado, lo más frecuente es haberlo hecho en «una» ocasión, 4,6% (Gráfico 10).

Gráfico 10
PELEAS FÍSICAS EN LAS QUE SE HA VISTO INVOLUCRADO/A EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (%)



Es más habitual que sea el chico el que se haya visto «involucrado en alguna pelea física en el último año», si bien ambos géneros tienen unos porcentajes similares tanto en el número de peleas como en la ausencia de las mismas (Tabla 36).

A más edad, menor porcentaje de personas han estado involucradas en «peleas físicas» (Tabla 37).

Tabla 36

PELEAS FÍSICAS EN LAS QUE SE HA VISTO INVOLUCRADO/A EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES,
SEGÚN EL GÉNERO (%)

«EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿CUÁNTAS VECES HAS TENIDO UNA PELEA FÍSICA?»	HOMBRE	MUJER
Ninguna	89,6	94,0
Una	5,9	3,3
Dos o tres	2,9	0,9
Cuatro o más	1,0	1,3
Ns/Nc	0,7	0,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

Tabla 37

PELEAS FÍSICAS EN LAS QUE SE HA VISTO INVOLUCRADO/A EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES,
SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿CUÁNTAS VECES HAS TENIDO UNA PELEA FÍSICA?»	15-19	20-24	25-29
Ninguna	86,3	92,5	95,5
Una	6,5	4,6	3,0
Dos o tres	3,6	1,6	0,6
Cuatro o más	3,1	0,5	0,2
Ns/Nc	0,5	0,7	0,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

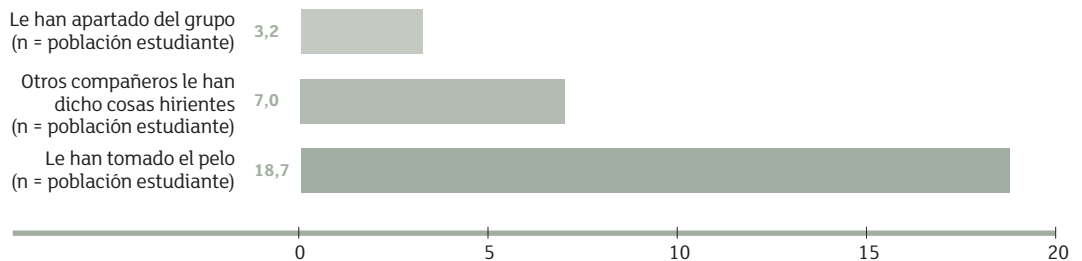
2.1.5.3. En los últimos meses ha vivido alguna situación no deseada en la escuela

Entre la gente encuestada y que en el momento de ser preguntada era estudiante, un 78,6% manifiesta que en ningún momento ha sido objeto de malos tratos por parte de sus compañeros o compañeras. Un 21,4% responde afirmativamente a la pregunta de «haber sufrido maltrato escolar»; es decir, uno de cada 5 jóvenes dice haber sufrido algún tipo de acoso escolar.³

«Tomaduras de pelo» son las acciones básicas que sufren los estudiantes en los centros de enseñanza por parte de sus compañeros, pero también un 7,0% dice que «un alumno o grupo de alumnos le han hecho cosas hirientes o desagradables»; asimismo, un 3,2% siente que «le han apartado del grupo» (Gráfico 11).

Gráfico 11

SITUACIONES NO DESEADAS VIVIDAS EN PRIMERA PERSONA (%)



* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a cada ítem.

Podemos afirmar así mismo que según grupos de edad, no existen diferencias significativas respecto a lo que venimos denominando maltrato escolar. De hecho, el porcentaje de jóvenes de entre los 15 y 19 años, que afirma haberlos vivido en primera persona es casi la misma que el de los y las jóvenes cercanos a los treinta años (22,0% y 22,3% respectivamente) (Tabla 38).

³ «Decimos que un alumno o alumna está siendo maltratado cuando otro alumno o alumna, o un grupo de ellos, se dice o hace cosas hirientes o desagradables. También hay maltrato cuando se le toma el pelo repetidamente de una manera que a él o ella no le gusta o cuando deliberadamente se le aparta del grupo. Pero no hay maltrato cuando dos alumnos o alumnas que tienen la misma fuerza discuten o se pelean. Tampoco hay maltrato cuando la burla se hace de forma amistosa». Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla 38

SITUACIONES NO DESEADAS VIVIDAS EN PRIMERA PERSONA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«¿HAS VIVIDO MALTRATO ESCOLAR?»	15-19	20-24	25-29
SÍ	22,0	20,4	22,3

* n = población estudiante.

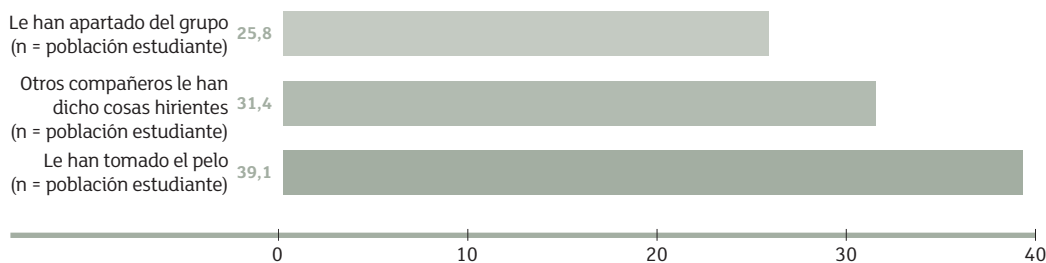
2.1.5.4. En los últimos meses ha presenciado alguna situación no deseada por terceros alumnos en la escuela

El 44,0% de los y las estudiantes entrevistadas han apreciado maltrato escolar cuando éste sucede a otras personas a su alrededor. Apreciamos que la óptica de sufrirlo en primera persona o verlo en otros es sumamente diferente y que dicho maltrato presumiblemente se ve con más facilidad en terceras personas que en uno mismo.

Asimismo, la tipología de situaciones de «maltrato escolar» que se percibe en los demás tiene una incidencia mucho mayor que en sí mismo. «Tomaduras de pelo», «escuchar cosas hirientes» y «ser apartado del grupo» se ven en una escala mayor cuando es a otros a quienes se hace (Gráfico 12).

Gráfico 12

SITUACIONES NO DESEADAS VIVIDAS POR TERCEROS ALUMNOS/AS (%)



* Porcentaje de personas que han respondido afirmativamente a cada ítem.

A medida que el joven cumple años y deja de estar escolarizado, más lejos tiene el hecho de haber presenciado «maltrato escolar»; ahora bien, destacamos que más de uno de cada dos jóvenes de 15-19 años dice haberlo presenciado (Tabla 39).

Tabla 39

SITUACIONES NO DESEADAS VIVIDAS POR TERCEROS/AS ALUMNOS/AS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«¿HAS PRESENCIADO MALTRATO ESCOLAR?»	15-19	20-24	25-29
SÍ	57,4	36,7	22,3

* n = población estudiante.

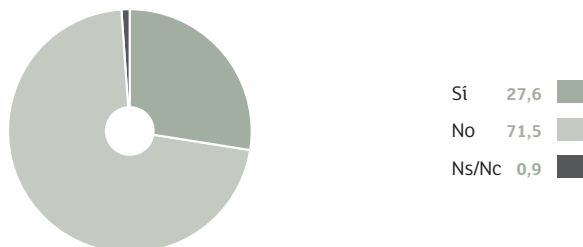
2.1.6. Asociacionismo y compromiso social

2.1.6.1. Ser miembro de alguna asociación

Casi tres cuartas partes del universo estudiado no son miembros de asociación alguna, o lo que es lo mismo, menos de uno de cada tres jóvenes entre 15 y 29 años sí es miembro de una asociación cultural, deportiva, ecologista, etc. (Gráfico 13).

Gráfico 13

¿ACTUALMENTE, ERES MIEMBRO DE ALGUNA ASOCIACIÓN? (%)



Sin duda, el hombre (33,1%) es más activo en el asociacionismo que la mujer (22,0%), ya que está por encima de ella en once puntos.

La «clase social» nos aporta una orientación informativa; a medida que se desciende socialmente menor es la repercusión de que los jóvenes sean miembros de algún tipo de asociación. En ese sentido, son los jóvenes de la «clase alta/media-alta» los que más vinculados se encuentran al movimiento asociativo (34,9%), frente a quienes se consideran de la clase social media (25,3%) y media-baja/baja (24,4%).

2.1.6.2. Confianza en la gente

En relación con si «se puede confiar en la mayor parte de la gente», vemos una gran desconfianza social ya que el 59,4% contesta que «no», frente al 33,7% de los confiados, (Ns/Nc, 6,9%).

Con relación a si «se puede confiar en la mayor parte de la gente», vemos que el territorio más desconfiado es Bizkaia (29,4%), mientras que en Álava (38,4%) y Gipuzkoa (38,9%) hay una opinión similar.

2.1.6.3. Consideración de la discapacidad física o mental

La última cuestión que les planteábamos a los y las jóvenes en este apartado hace alusión a la discapacidad física o mental de sus congéneres.

El 84,6% de los y las encuestados/as dice que en su círculo de sus amigos o amigas nadie «padece discapacidad física o mental» (Gráfico 14).

No obstante, con relación a aquellos/as jóvenes que sí tienen en su círculo de amigos/as algún «discapacitado/a físico/mental» queríamos saber el grado de implicación/colaboración con los mismos. En ese sentido, nos encontramos con que casi la mitad de los/las jóvenes que se en-

cuentran en dicha situación son proclives a «ayudar siempre que pueden». Además vemos que bajo su prisma, más de una cuarta parte de los supuestos «discapacitados/as físico/mental», «no necesitan ayuda» (Tabla 40).

Gráfico 14
¿ENTRE TU CÍRCULO DE AMIGOS/AS HAY ALGÚN
DISCAPACITADO/A FÍSICO O MENTAL? (%)

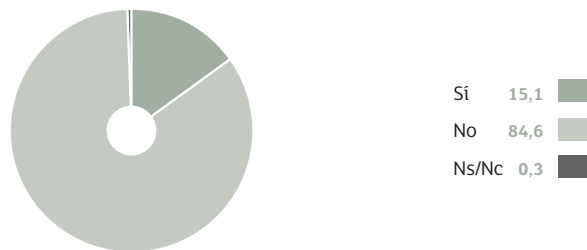


Tabla 40
AYUDA PRESTADA A AMISTADES CON DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL (%)

«¿LE AYUDAS EN ALGUNA TAREA?»	%
Sí, siempre que puedo	48,1
Sólo si me lo pide	18,4
No, prefiero no ayudarle	0,9
No necesita ayuda	27,4
Ns/Nc	5,2
TOTAL PORCENTUAL	100,0

* n = jóvenes en cuyo grupo de amigos/as hay algún discapacitado/a físico/a o mental.

2.2. ALCOHOL, TABACO, DROGAS Y NOCHE

2.2.1. Salir de copas

La juventud vasca cuando sale por la noche «de copas», consume alcohol, principalmente, en los bares y en las discotecas (60,9%). El 26,8% «hace litros» para luego ir a las discotecas y tan sólo el 2,4% se dedica a hacer botellón toda la noche. Un 6,0% va a espectáculos y una minoría, el 1,1% dice que no sale de copas por la noche (Tabla 41).

Tabla 41
HÁBITOS CUANDO SE SALE DE COPAS (%)

«CUANDO SALES DE COPAS POR LA NOCHE LO MÁS HABITUAL ES...»	%
Ir a bares o discotecas	60,9
Hacer litros o botellón al principio de la noche y luego ir a bares y discotecas	26,8
Ir a espectáculos	6,4
Hacer litros toda la noche	2,4
No sale de copas por la noche	1,1
Otras	0,6
Ns/Nc	1,8
TOTAL PORCENTUAL	100,0

Cabe mencionar que existen diferencias en el modo de «beber» según la edad de los y las jóvenes. El consumo de alcohol se realiza principalmente en los bares y las discotecas, sin embargo, a medida que se avanza en la edad, esta opción llega a ser mayoritaria, frente al resto. «Hacer litros toda la noche» o «hacer litros al principio de la noche y luego ir a bares o discote-

cas» son formas de relacionarse con el consumo de alcohol asociados a la cohorte de los y las más jóvenes principalmente, y son hábitos que poco a poco se van abandonando a medida que se cumplen años (Tabla 42).

Tabla 42
HÁBITOS CUANDO SE SALE DE COPAS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«CUANDO SALES DE COPAS POR LA NOCHE LO MÁS HABITUAL ES...»	15-19	20-24	25-29
Ir a bares o discotecas	45,3	59,9	74,9
Hacer litros o botellón al principio de la noche y luego ir a bares y discotecas	36,3	30,8	14,2
Ir a espectáculos	7,8	4,6	7,5
Hacer litros toda la noche	5,7	1,1	1,3
No sale de copas por la noche	1,8	0,9	0,9
Otras	0,5	0,6	0,6
Ns/Nc	2,6	2,2	0,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.2.2. Conocimiento de la edad legal de consumo de alcohol

El estudio abarca a encuestados de 15 a 29 años y nos parecía de interés indagar en su grado de conocimiento sobre la legalidad de venta y consumo de alcohol en lugares públicos. En ese sentido se confirma que la gran mayoría de los encuestados/as conocen la edad legal de los 18 años, con un 88,8%; no obstante hay más de un 10,0% de jóvenes que desconocen o confunden dicha edad (Tabla 43).

Tabla 43
CONOCIMIENTO DE LA EDAD LEGAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (%)

«¿PODRÍAS DECIRME A QUÉ EDAD ES LEGAL CONSUMIR ALCOHOL EN UN LOCAL?»	%
<15 años	0,5
16 años	7,8
17 años	0,4
18 años	88,8
> 18 años	0,2
Ns/Nc	2,3
TOTAL PORCENTUAL	100,0

2.2.3. Cumplimiento de la hora establecida para la vuelta a casa

Prácticamente a 8 de cada 10 jóvenes encuestados/as sus padres no les marcan hora de vuelta a casa cuando salen por la noche. Del porcentaje al que sí marcan hora —20,0%—, algo más de la mitad (11,9%) «nunca» incumple el llegar a casa una hora más tarde de lo pactado, el resto lo hace con diversas frecuencias, pero sólo lo hacen «siempre» un 2,1% (Tabla 44).

Hombres y mujeres siguen una pauta semejante a la hora de tener o no marcada hora límite para regresar a casa por la noche, así como del grado de aceptar o infringir la norma establecida; no obstante, la chica se perfila como más cumplidora y el chico como más trasgresor y con menos normas horarias por parte de sus progenitores (Tabla 45).

Tabla 44

CUMPLIMIENTO DE LA HORA ESTABLECIDA PARA LA VUELTA A CASA (%)

«EN EL CASO DE QUE TUS PADRES TE MARQUEN HORA NOCTURNA DE VUELTA A CASA, ¿INCUMPLES EN MÁS DE UNA HORA LA CONVENIDA?»	%
Nunca	11,9
A veces	5,1
Excepcionalmente	1,1
Siempre	2,1
No le marcan hora	78,7
Ns/Nc	1,1
TOTAL PORCENTUAL	100,0

Tabla 45

CUMPLIMIENTO DE LA HORA ESTABLECIDA PARA LA VUELTA A CASA, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«EN EL CASO DE QUE TUS PADRES TE MARQUEN HORA NOCTURNA DE VUELTA A CASA, ¿INCUMPLES EN MÁS DE UNA HORA LA CONVENIDA?»	HOMBRE	MUJER
Nunca	9,6	14,3
A veces	5,6	4,7
Excepcionalmente	1,4	0,9
Siempre	1,6	2,7
No le marcan hora	80,7	76,7
Ns/Nc	1,1	0,7
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

Los y las jóvenes de 20 a 29 años tienen un comportamiento similar en el acatamiento de las normas nocturnas por parte de los mayores: apenas tienen restricciones horarias y cuando las tienen, las acatan. La gran diferencia la marcan los encuestados/as más jóvenes; en ese sentido, a casi 6 de cada 10 jóvenes de 15 a 19 años les marcan hora límite de regreso nocturno. Y, por otra parte, más de un tercio de los que tienen horario «nunca» lo incumplen (Tabla 46).

Tabla 46

CUMPLIMIENTO DE LA HORA ESTABLECIDA PARA LA VUELTA A CASA,
SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

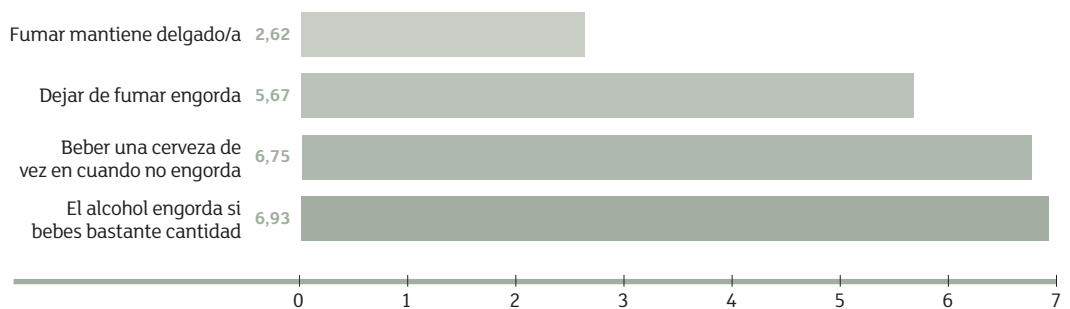
«EN EL CASO DE QUE TUS PADRES TE MARQUEN HORA NOCTURNA DE VUELTA A CASA, ¿INCUMPLES EN MÁS DE UNA HORA LA CONVENIDA?»	15-19	20-24	25-29
Nunca	35,5	4,2	1,5
A veces	14,0	2,6	0,9
Excepcionalmente	2,1	1,3	0,2
Siempre	5,7	1,3	0,2
No le marcan hora	42,0	89,6	96,4
Ns/Nc	0,8	1,1	0,9
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.2.4. Grado de acuerdo con premisas sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas

Los hábitos de consumo de alcohol y tabaco van generando una serie de valoraciones sociales relacionadas con la forma física del consumidor. Así se ha querido recabar la opinión de los/las encuestados/as sobre su grado de acuerdo con la relación que guardan ambas sustancias con la «gordura» y la «delgadez».

De los resultados obtenidos, podemos concluir que, para la juventud, la ingesta excesiva de alcohol «engorda» —6,93 puntos sobre 10 (siendo 0 «totalmente en desacuerdo» y 10 «totalmente de acuerdo»)—, lo mismo que la ingesta moderada —6,7 puntos— («una cerveza de vez en cuando»), y con relación al tabaco, se desprende que no está muy claro que «dejar de fumar engorda» con un 5,67, mientras que pocos son los que creen que «fumar mantiene delgado/a» con un 2,62 (Gráfico 15).

Gráfico 15
PREMISAS SOBRE EL ALCOHOL, TABACO Y LAS DROGAS



* Puntuación otorgada a cada una de las frases en una escala del 0 al 10, siendo 0 «totalmente en desacuerdo» y 10 «totalmente de acuerdo».

Apenas es significativa la diferencia con que hombres y mujeres valoran la premisa «fumar mantiene delgado/a».

El aumento de edad guarda una cierta relación con la distinta percepción que se va teniendo de la frase «el alcohol engorda si bebes bastante cantidad» y «beber una cerveza de vez en cuando no engorda», ya que a mayor edad mayor es el grado de acuerdo con ambas expresiones.

Sin embargo, a mayor edad disminuye el acuerdo con los otros dos conceptos planteados: «dejar de fumar engorda» y «fumar mantiene delgado/a» que van perdiendo consideración en los grupos de mayor edad. No obstante, todas las afirmaciones planteadas tienen una valoración bastante similar entre los grupos de edad (Tabla 47).

Tabla 47

PREMISAS SOBRE EL ALCOHOL, TABACO Y LAS DROGAS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	15-19	20-24	25-29
El alcohol engorda si bebes bastante cantidad	6,26	7,20	7,14
Beber una cerveza de vez en cuando no engorda	6,35	6,84	6,97
Dejar de fumar engorda	5,91	5,78	5,35
Fumar mantiene delgado/a	3,02	2,58	2,34

* Puntuación otorgada a cada una de las variables en una escala del 0 al 10, siendo 0 «totalmente en desacuerdo» y 10 «totalmente de acuerdo».

2.2.5. Grado de conformidad sobre los perjuicios de fumar, beber en exceso y tomar drogas ilegales

Con relación al grado de asentimiento con una serie de premisas sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol, tabaco y drogas podemos generalizar que hay una abrumadora respuesta coincidente entre los encuestados/as; por encima del 91,1% de la juventud afirma que de entre todas las variables planteadas está de acuerdo con ocho de ellas. «No hay que experimentar con cualquier droga» baja hasta el 83,8% y «en su entorno podría conseguir drogas ilegales fácilmente» al 75,4%; el planteamiento de «beber alcohol le ayuda a relacionarse socialmente» queda situado muy por debajo con un 43,4% y, por último, «fumar tabaco le ayuda a relacionarse socialmente» que sólo alcanza un 7,4%.

Hay por lo tanto un acceso fácil a las drogas ilegales y una opinión generalizada de la nocividad de todas las drogas, legales e ilegales, que sin embargo se matiza en el caso del alcohol al considerarlo como ayuda en las relaciones sociales (Tabla 48).

Tomando en cuenta el género, son las chicas las que con más rotundidad se manifiestan de acuerdo con la premisa de «no hay que experimentar con cualquier droga» con un 87,6% frente al 80,0% de los chicos. Por otra parte, para ellos es más fácil «poder conseguir drogas ilegales fácilmente» con un 79,7% que para las mujeres con un 71,2% (Tabla 49).

Tabla 48
CREENCIAS SOBRE HÁBITOS DE CONSUMO (%)

CREENCIAS SOBRE HÁBITOS DE CONSUMO	ESTÁN DE ACUERDO
Fumar tabaco es perjudicial para tu salud	98,7
El consumo excesivo de alcohol es perjudicial para tu salud	98,1
Tomar cocaína es perjudicial para tu salud	97,9
Tomar éxtasis es perjudicial para tu salud	97,7
Respirar el humo de los demás perjudica tu salud	95,0
El tabaco crea adicción	94,9
Fumar hachís es perjudicial para tu salud	92,4
Se puede salir de marcha sin beber alcohol	91,1
No hay que experimentar con cualquier droga	83,8
En tu entorno podrías conseguir drogas ilegales fácilmente	75,4
Beber alcohol te ayuda a relacionarse socialmente	43,4
Fumar tabaco te ayuda a relacionarse socialmente	7,4

* Porcentaje de personas que ha respondido que están de acuerdo con cada una de las frases.

Tabla 49
CREENCIAS SOBRE HÁBITOS DE CONSUMO, SEGÚN EL GÉNERO (%)

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CREENCIAS SOBRE HÁBITOS DE CONSUMO	HOMBRE	MUJER
No hay que experimentar con cualquier droga	80,0	87,6
En tu entorno podría conseguir drogas ilegales fácilmente	79,7	71,2

* Porcentaje de personas que ha respondido que están de acuerdo con cada una de las frases.

2.2.6. Cambiar de actividades lúdicas

A más de la mitad de los y las jóvenes (53,0%) les gustaría «hacer otro tipo de actividades diferentes a las que hace durante el fin de semana», sin desdeñar el 45,1% que no cambiaría sus hábitos (Ns/Nc 1,9%).

Entre quienes responden afirmativamente a querer hacer otras actividades, el «deporte» es la gran opción alternativa —29,0%—; junto a ello, «viajar más» con un 17,4% y «monte, actividades al aire libre» con un 15,4% son las más destacadas (Tabla 50).

Tabla 50

ACTIVIDADES QUE LES GUSTARÍA REALIZAR DURANTE EL FIN DE SEMANA (%)

«¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDADES TE GUSTARÍA REALIZAR DURANTE EL FIN DE SEMANA?»	%
Más deporte	29,0
Viajar más	17,4
Monte, aire libre	15,4
Como «Bilbao gaua»	2,7
Cine	2,7
Salir con amigos/as	2,2
Oferta cultural	1,9
Música, conciertos	1,8
Playa	1,8
Teatro	1,3
Talleres, cursos	1,1
Otras	0,7
Ns/Nc	22,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0

* n = personas a las que les gustaría realizar otro tipo de actividades durante el fin de semana.

2.3. SALUD Y PRÁCTICAS SALUDABLES

2.3.1. Concepciones sobre la propia salud

2.3.1.1. Imagen corporal

a) Peso y altura

El peso medio declarado del joven de la CAPV se encuentra en 66 kg; por intervalos de peso, lo que más predomina es gente que está entre «50-60 kg» ya que suponen el 33,6% de los encuestados/as.

La altura media declarada está en 171 cm; siendo el intervalo de los «161-170 cm» el más abundante con un 37,3% (Tabla 51).

Tabla 51
PESO Y ALTURA (%)

PESO	%	ALTURA	%
<50 kg	5,4	<150 cm	0,2
50-60 kg	33,6	150-160 cm	15,7
61-70 kg	27,0	161-170 cm	37,3
71-80 kg	20,6	171-180 cm	30,9
>80 kg	12,1	>180 cm	15,3
Ns/Nc	1,3	Ns/Nc	0,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0	TOTAL PORCENTUAL	100,0

La media de peso declarado en el hombre alcanza los 74,13 kg y la altura los 176,85 cm, mientras que en la mujer se sitúa en los 58,63 kg y su la altura en 164,58 cm.

A más edad, prácticamente la misma altura, pero se va ganando en peso (Tabla 52).

Tabla 52
PESO Y ALTURA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

	15-19	20-24	25-29
Media de kg	63,24	66,98	68,29
Media de altura (cm)	169,51	171,38	170,90

b) Percepción del atractivo personal y del propio cuerpo

El 67,3% de la juventud y con relación a cómo percibe su atractivo personal se califica como que «es del montón», mientras que un 22,5% se considera «bastante atractivo» (Tabla 53).

Tabla 53
PERCEPCIÓN DEL PROPIO ATRACTIVO PERSONAL (%)

«¿PIENSAS QUE ERES...?»	%
Muy atractivo/a	4,7
Bastante atractivo/a	22,5
Del montón	67,3
Poco atractivo/a	2,6
Nada atractivo/a	0,6
Ns/Nc	2,3
TOTAL PORCENTUAL	100,0

En esa misma línea, un 66,0% percibe su propio cuerpo como que de «la talla adecuada», frente al 19,4% que se siente «un poco gordo» (Tabla 54).

Tabla 54
PERCEPCIÓN DEL PROPIO CUERPO (%)

«¿PIENSAS QUE TU CUERPO ES...?»	%
Demasiado delgado/a	1,9
Un poco delgado/a	10,6
Tiene la talla adecuada	66,0
Un poco gordo/a	19,4
Demasiado gordo/a	1,1
No contesta	1,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0

Tanto la mujer como el hombre perciben de forma similar que tienen la «talla adecuada» con relación a su propio cuerpo; ahora bien, ellos se perciben más que ellas como «un poco delgado», mientras que la mujer se percibe más como «un poco gorda» con relación a lo que responde el hombre (Tabla 55).

Tabla 55
PERCEPCIÓN DEL PROPIO CUERPO, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«¿PIENSAS QUE TU CUERPO ES...?»	HOMBRE	MUJER
Demasiado delgado/a	2,0	1,9
Un poco delgado/a	13,9	7,3
Talla adecuada	66,2	65,8
Un poco gordo/a	15,6	23,1
Demasiado gordo/a	0,9	1,4
No contesta	1,4	0,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

La percepción que cada uno tiene de su atractivo personal también tiene que ver con la adscripción a la clase social. La percepción del atractivo personal aumenta en la medida que lo hace la clase social (Tabla 56).

Tabla 56
PERCEPCIÓN DEL PROPIO ATRACTIVO PERSONAL, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«¿PIENSAS QUE ERES...?»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Muy atractivo/a	5,8	4,1	6,7
Bastante atractivo/a	27,0	21,2	14,7
Del montón	62,8	70,2	65,3
Poco atractivo/a	2,1	2,6	6,7
Nada atractivo/a	0,2	0,6	4,0
Ns/Nc	2,1	1,4	2,7
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

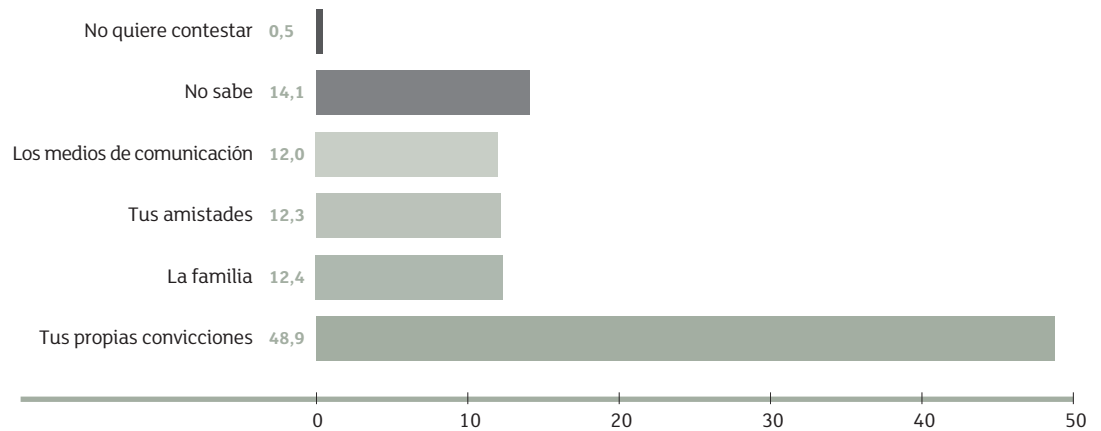
c) Factores que influyen en la imagen corporal

Lo que más influye en la imagen corporal de cada cual son sus «propias convicciones» con un 48,9%; lejos quedan lo que pueda opinar «la familia», «las amistades» y «los medios de comunicación», con unos porcentajes entre el 12,4% y el 11,8%. Curiosamente hay un 14,1% de los y las encuestados/as que «no sabe» definir los factores que puedan estar influyéndole en su imagen corporal (Gráfico 16).

Tanto hombres como mujeres modifican o no su aspecto físico/imagen corporal en primer lugar por «sus propias convicciones»; pero a ellas les influye más el factor de los medios de comunicación (Tabla 57).

Gráfico 16

FACTORES QUE INFLUYEN MÁS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL (%)

**Tabla 57**

FACTORES QUE INFLUYEN MÁS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«DE LOS SIGUIENTES FACTORES: ¿CUÁL CREES QUE ES EL QUE MÁS INFLUYE SOBRE TU IMAGEN CORPORAL?»	HOMBRE	MUJER
Tus propias convicciones	47,8	49,9
La familia	13,2	11,6
Tus amigos/as	13,7	10,8
Los medios de comunicación	8,6	15,0
No sabe	15,6	12,7
No quiere contestar	1,1	0,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

El aumento de edad sigue siendo una variable fundamental en la importancia que se le va dando a «las propias convicciones» como factor que influye en la imagen corporal, mientras que disminuye claramente el papel de los «amigos» (Tabla 58).

Tabla 58
FACTORES QUE INFLUYEN MÁS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL,
SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«DE LOS SIGUIENTES FACTORES: ¿CUÁL CREES QUE ES EL QUE MÁS INFLUYE SOBRE TU IMAGEN CORPORAL?»	15-19	20-24	25-29
Tus propias convicciones	41,0	49,8	54,1
La familia	12,7	11,9	12,5
Tus amigos/as	20,8	10,3	7,6
Los medios de comunicación	12,5	11,6	11,5
No sabe	12,5	15,8	13,6
No quiere contestar	0,5	0,6	0,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.3.1.2. Percepción de la propia salud y del propio estado de forma física

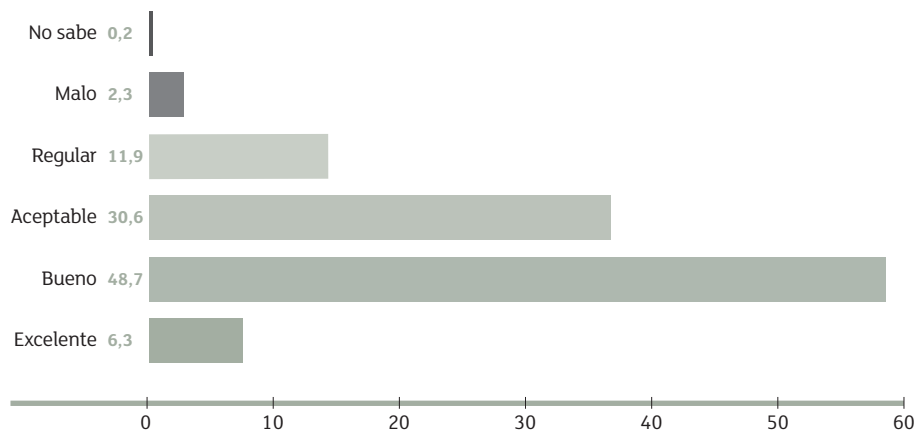
El 69,1% de las personas encuestadas de 15 a 29 años de la CAPV perciben su propia «salud» como «buena», frente al 1,1% que la considera «pobre» (Tabla 59).

En esa misma línea, la percepción sobre el ítem: «estado de su forma física» es considerada «buena» por el 48,7% y «aceptable» por un 30,6% frente a un 2,3% que la considera «mala» (Gráfico 17).

Tabla 59
PERCEPCIÓN DE LA PROPIA SALUD (%)

«¿DIRÍAS QUE TU SALUD ES...?»	%
Excelente	17,8
Buena	69,1
Pasable	11,8
Pobre	1,1
No contesta	0,2
TOTAL PORCENTUAL	100,0

Gráfico 17
PERCEPCIÓN DEL PROPIO ESTADO DE FORMA FÍSICA (%)



El joven es más optimista que la chica en la consideración de su estado de forma física; en ese sentido, tanto quienes lo consideran «excelente» como «bueno» destacan en gran medida sobre la mujer que se decanta más por percibirlo como «aceptable» y «regular» (Tabla 60).

Tabla 60

PERCEPCIÓN DEL PROPIO ESTADO DE FORMA FÍSICA, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«¿CUÁL DIRÍAS QUE ES TU ESTADO DE FORMA FÍSICA?»	HOMBRE	MUJER
Excelente	9,3	3,3
Bueno	51,9	45,5
Aceptable	26,9	34,2
Regular	9,6	14,3
Malo	2,0	2,6
No sabe	0,3	0,1
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

Mientras que el estado de forma física se ve como «bueno» sobre todo en la clase «alta/media-alta», la clase «baja/media-baja» es la que más lo percibe como «regular» y «malo» (Tabla 61).

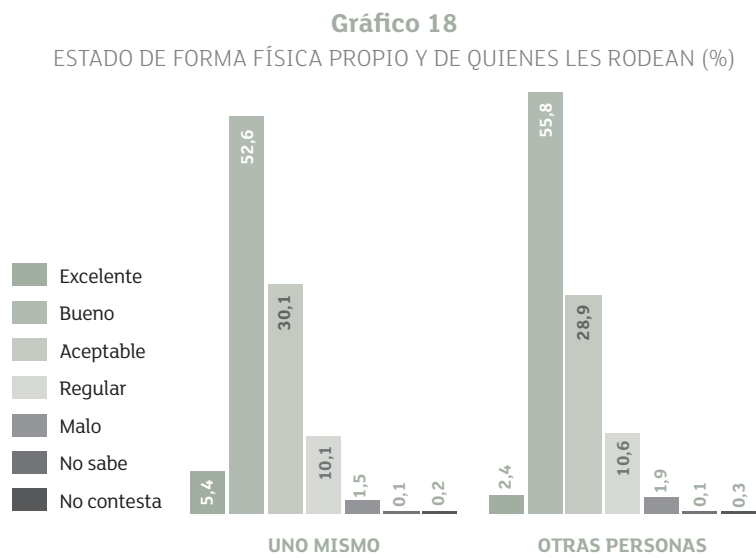
Tabla 61

PERCEPCIÓN DEL PROPIO ESTADO DE FORMA FÍSICA, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«¿CUÁL DIRÍAS QUE ES TU ESTADO DE FORMA FÍSICA?»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Excelente	7,9	5,4	8,0
Bueno	51,9	48,1	36,0
Aceptable	30,2	30,8	33,3
Regular	8,4	13,7	13,4
Malo	1,6	2,1	9,3
No sabe	0,0	0,1	0,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.3.1.3. Comparativa entre la forma física propia y ajena

En líneas generales los encuestados ven su propio estado físico y de quienes les rodean de forma parecida; la gran mayoría —casi el 90,0%— lo califican como «excelente, bueno o aceptable». Sólo 10 de cada 100 lo ven como «regular» y menos del 2,0% como «malo». Además, un cierto optimismo prevalece en su valoración personal cuando el valor «excelente» alcanza cotas superiores en uno mismo por encima de la gente que le rodea, pero en líneas generales pocas diferencias plantean la forma de ver su forma física y la de los demás (Gráfico 18).



La joven encuestada percibe el «estado físico de quienes le rodean» de forma más positiva que el hombre. De hecho la variable «bueno» alcanza un 61,9% frente al 49,7% de los hombres; además puntúan más bajo que ellos «regular» y «malo», mientras que entre los chicos sólo el valor «aceptable» supera a la puntuación que le dan las chicas (Tabla 62).

Los encuestados/as más jóvenes —15-19 años— son los que más sanos ven a los de su alrededor en cuanto a las variables «excelente» y «bueno»; y a medida que se cumplen años esa salud de sus próximos la van viendo más como «aceptable» y «regular» (Tabla 63).

Tabla 62

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE FORMA FÍSICA DE QUIENES LES RODEAN, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«Y EN GENERAL, ¿CÓMO CREES QUE ES EL ESTADO FÍSICO DE LA GENTE JOVEN QUE TE RODEA?»	HOMBRE	MUJER
Excelente	2,3	2,4
Bueno	49,7	61,9
Aceptable	33,1	24,6
Regular	11,7	9,4
Malo	2,7	1,1
No sabe	0,1	0,0
No contesta	0,3	0,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

Tabla 63

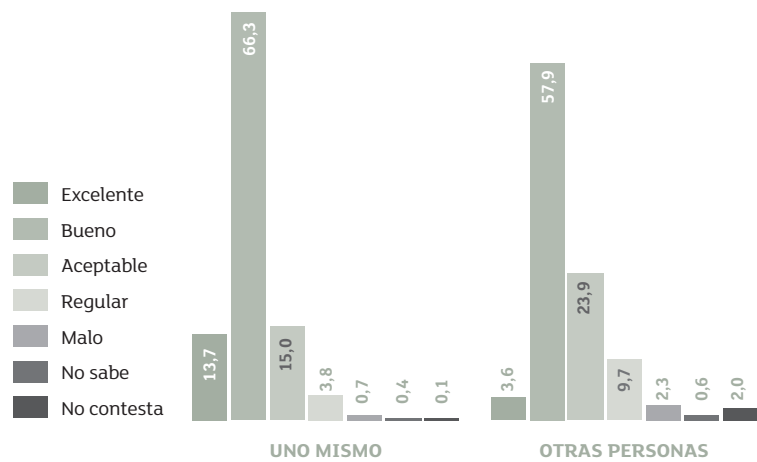
IMAGEN DEL ESTADO DE FORMA FÍSICA DE QUIENES LES RODEAN, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«Y EN GENERAL, ¿CÓMO CREES QUE ES EL ESTADO FÍSICO DE LA GENTE JOVEN QUE TE RODEA?»	15-19	20-24	25-29
Excelente	3,4	1,8	2,1
Bueno	61,1	54,2	53,2
Aceptable	26,4	30,5	29,0
Regular	7,0	11,5	12,4
Malo	1,8	1,8	2,1
No sabe	0,0	0,2	0,0
No contesta	0,3	0,0	1,1
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.3.1.4. Comparativa entre el estado mental propio y ajeno

Acabamos de reflejar que la percepción sobre el estado físico propio de los encuestados/as y de quienes les rodean apenas tiene pequeños matices entre unos y otros; pues bien, con relación a la valoración que hacen del estado mental propio y ajeno encontramos mayores diferencias. El encuestado es mucho más benévolo en su auto percepción mental que en la de los demás. En ese sentido, los valores de «excelente» y «bueno» del «estado mental propio» suman un 80,0% frente al 61,5% del «estado mental o psíquico de quienes les rodean», mientras que a las personas de su entorno las ven más en los grados de «aceptable», «regular» y «malo» (Gráfico 19).

Gráfico 19
ESTADO MENTAL O PSÍQUICO PROPIO Y DE QUIENES LES RODEAN (%)



Con relación a cómo se ve su propio estado mental o psíquico, el joven encuestado marca los valores más altos en los grados de «excelente», «regular», «aceptable» y «malo», mientras que la chica supera por bastante diferencia en el grado de «bueno» (Tabla 64).

Álava y Gipuzkoa son territorios optimistas en cuanto a la forma en que los encuestados ven el «estado mental de quienes les rodean». Por otra parte, Bizkaia es el territorio donde dicho estado mental se percibe de forma más deteriorada, ya que en los grados de «regular» y «malo» se elevan sus índices porcentuales (Tabla 65).

Tabla 64

IMAGEN DEL ESTADO DE FORMA MENTAL PROPIO, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«¿CUÁL DIRÍAS QUE ES TU ESTADO DE FORMA MENTAL O PSÍQUICO?»	HOMBRE	MUJER
Excelente	16,7	10,7
Bueno	62,3	70,3
Aceptable	15,4	14,6
Regular	4,3	3,3
Malo	1,0	0,4
No sabe	0,1	0,7
No contesta	0,1	0,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

Tabla 65

IMAGEN DEL ESTADO DE FORMA MENTAL DE QUIENES LES RODEAN,
SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

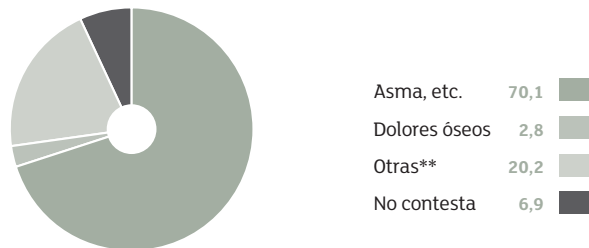
«Y EN GENERAL, ¿CÓMO CREES QUE ES EL ESTADO MENTAL DE LA GENTE JOVEN QUE TE RODEA?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Excelente	5,4	3,3	3,1
Bueno	61,4	53,4	63,8
Aceptable	25,2	25,6	20,2
Regular	4,5	12,2	7,9
Malo	0,5	3,5	1,1
No sabe	0,5	0,8	0,4
No contesta	2,5	1,2	3,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.3.1.5. Enfermedades crónicas y/o discapacidades

El 89,6% declara «no padecer enfermedad crónica o discapacidad física» y el 10,3% de los encuestados de la CAPV dicen «tener alguna enfermedad crónica o discapacidad física», de los cuales el 70,1% la concreta como «enfermedad alérgica» (asma, etc.) y el 2,8% como «dolores óseos» (Gráfico 20).

Gráfico 20

TIPO DE ENFERMEDAD CRÓNICA O DISCAPACIDAD FÍSICA (%)



* n = porcentaje de personas que ha respondido que tienen alguna enfermedad crónica o alguna discapacidad física.

** Secuelas de accidentes de tráfico, artritis, estómago, tiroides, linfoma, úlcera, anemia, síndrome de ovarios poliquísticos, etc.

2.3.1.6. Tipología de padecimientos físicos y/o psicológicos

Casi un tercio de la juventud entrevistada (32,1%) siente con mucha frecuencia —casi todos los días o más de una vez a la semana— «cansancio y agotamiento» y uno de cada cinco, «irritabilidad o mal genio» (20,3%) y «nerviosismo» (19,8%). El «dolor de espalda» con un 14,1% es el cuarto de los dolores más padecidos, seguido por «dolor de cuello o de hombros»

con el 12,9%, «dificultades para dormir» con el 11,1% o «dolor de cabeza» con 8,6%; más lejos quedan «bajo ánimo» con 7,4%, «dolor de estómago» con 4,1%, «miedo» con 2,9% y «sensación de mareo» con 2,6% (Tabla 66).

Tabla 66

FRECUENCIA DE PADECIMIENTO DE LAS SIGUIENTES DOLENCIAS (%)

«EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS TENIDO...?»	MUCHA FRECUENCIA
Cansancio y agotamiento	32,1
Irritabilidad o mal genio	20,3
Nerviosismo	19,8
Dolor de espalda	14,1
Dolor de cuello o de hombros	12,9
Dificultades para dormir	11,1
Dolor de cabeza	8,6
Bajo ánimo	7,4
Dolor de estómago	4,1
Miedo	2,9
Sensación de mareo	2,6

* Porcentaje de personas que ha respondido que padecen estas dolencias casi todos los días o más de una vez a la semana.

La mujer es la que con más frecuencia padece todas y cada una de las tipologías que se han contemplado en la cuestión «tipo de padecimientos». En particular, «cansancio y agotamiento», «irritabilidad o mal genio», «nerviosismo», «dolor de espalda», «dolor de cabeza», «dolor de estómago», «dolor de cuello o de hombros» y «sensación de mareo» son más percibidos por la mujer que por el hombre; solamente la sensación de «bajo ánimo» es igualmente percibida por unos y otros con un valor coincidente del 7,4% (Tabla 67).

Tabla 67
FRECUENCIA DE PADECIMIENTO DE LAS SIGUIENTES DOLENCIAS, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS TENIDO...?»	HOMBRE	MUJER
Cansancio y agotamiento	30,9	33,2
Irritabilidad o mal genio	18,0	22,5
Nerviosismo	16,0	23,4
Dolor de espalda	11,2	17,1
Dolor de cuello o de hombros	11,3	14,4
Dolor de cabeza	6,6	10,7
Bajo ánimo	7,4	7,4
Dolor de estómago	3,4	4,9
Sensación de mareo	2,0	3,3

* Porcentaje de personas que ha respondido que padecen estas dolencias casi todos los días o más de una vez a la semana.

Por grupos de edad, la única variable en la que la edad resulta significativa es «sensación de mareo», que se manifiesta más acusadamente entre los y las jóvenes de 20 a 24 años, que en el resto (Tabla 68).

Tabla 68

FRECUENCIA DE PADECIMIENTO DE LAS SIGUIENTES DOLENCIAS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS TENIDO...?»	15-19	20-24	25-29
Sensación de mareo	2,0	4,2	1,3

* Porcentaje de personas que ha respondido que padecen estas dolencias casi todos los días o más de una vez a la semana.

Los vizcaínos son los que con más frecuencia padecen «cansancio y agotamiento», «irritabilidad o mal genio», «dolor de cabeza», «dolor de estómago», «bajo ánimo», «nerviosismo» y «dificultades para dormir». La única variable que tiene un comportamiento similar por territorios es el «miedo», con valores porcentuales entre el 2,8 (Bizkaia) y el 3,0% (Álava) (Tabla 69).

Tabla 69

FRECUENCIA DE PADECIMIENTO DE LAS SIGUIENTES DOLENCIAS, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS TENIDO...?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Cansancio y agotamiento	26,2	35,2	29,4
Irritabilidad o mal genio	15,8	23,0	17,8
Nerviosismo	13,4	21,5	19,6
Dificultades para dormir	8,4	14,1	7,2
Dolor de cabeza	6,9	10,8	5,8
Bajo ánimo	5,9	8,9	5,6
Dolor de estómago	1,0	6,6	1,3
Miedo	3,0	2,8	2,9

* Porcentaje de personas que ha respondido que padecen estas dolencias casi todos los días o más de una vez a la semana.

Con respecto a la ocupación, obviamente aquellos/as encuestados/as que combinan estudios y trabajo son los que con más frecuencia padecen «cansancio y agotamiento» y «dolor de cuello o de hombros»; y los que menos los padecen son los «desempleados/as» (Tabla 70).

Tabla 70
FRECUENCIA DE PADECIMIENTO DE LAS SIGUIENTES DOLENCIAS,
SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS TENIDO...?»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
Cansancio y agotamiento	29,9	34,3	42,0	22,5
Dolor de cuello o de hombros	10,9	14,5	19,9	9,9

* Porcentaje de personas que ha respondido que padecen estas dolencias casi todos los días o más de una vez a la semana.

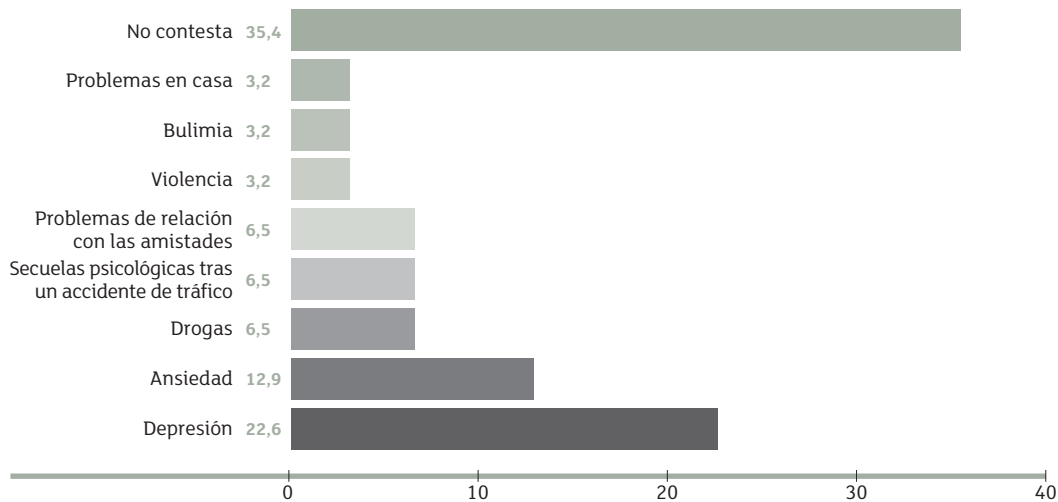
2.3.1.7. Tratamiento psicológico y tipología de tratamiento psicológico

Dentro del territorio de la Comunidad Autónoma del País Vasco sólo un 2,2% contesta afirmativamente a la pregunta de si actualmente está siguiendo un tratamiento psicológico, frente al 97% que dice no seguir tratamiento alguno.

«Depresión» con un 22,6% es el principal problema de dicho tratamiento, «ansiedad» con un 12,9% y «drogas», «secuelas psicológicas tras un accidente de tráfico» y «problemas de relación con las amistades» con un 6,5% son las siguientes causas en importancia porcentual; más lejos quedan «violencia», «bulimia» y «problemas en casa» con un 3,2%. Ahora bien, con un 35,4% aparece el apartado de «Ns/Nc» que puede indicarnos que ante la magnitud del problema ni siquiera se quiere hablar de él o son dolencias sin apellido (Gráfico 21).

Gráfico 21

PROBLEMA POR EL QUE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO (%)



* n = personas que se encuentran en tratamiento psicológico.

La mujer declara seguir en mayor medida un tratamiento psicológico que el hombre (3,6% y 0,9% respectivamente).

2.3.1.8. Percepciones sobre sí mismo/a

a) Valoraciones sobre su vida propia

La juventud siente en gran medida que «tienen una buena vida» —93,7%—, «su vida va bien» —90,9%—, les «gusta cómo les van las cosas» —88,4%— y «se siente bien respecto a las cosas que le ocurren» con un 85,6%; sin embargo, a casi un tercio de los encuestados (31,9%) les «gustaría cambiar muchas cosas de su vida», descendiendo al 16,7% quienes «dejarían tener una vida diferente» (Tabla 71).

El hombre, con relación a «se siente bien respecto a las cosas que le ocurren», se reafirma más que la mujer (88,1% y 83,2% respectivamente).

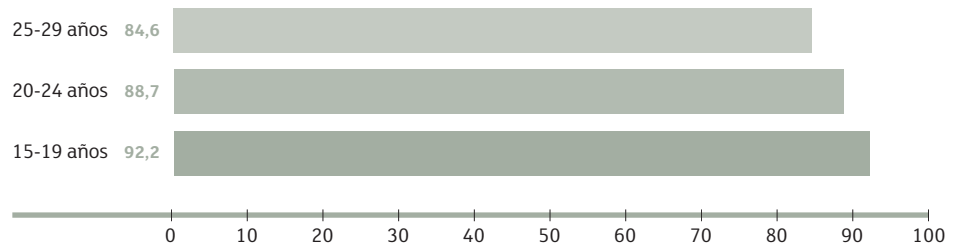
Tabla 71
PERCEPCIÓN SOBRE LA VIDA PROPIA (%)

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	%
Tengo una buena vida	93,7
Mi vida va bien	90,9
Me gusta cómo me van las cosas	88,4
Me siente bien respecto a las cosas que me ocurren	85,6
Me gustaría cambiar muchas cosas de mi vida	31,9
Deseo tener una vida diferente	16,7

* Porcentaje de personas que afirman estar más bien de acuerdo con los ítems presentados.

A medida que los encuestados cumplen años, menos conformes están con «cómo les van las cosas» (Gráfico 22).

Gráfico 22
GRADO DE ACUERDO CON «ME GUSTA CÓMO ME VAN LAS COSAS»,
SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)



* Porcentaje de personas que afirman estar más bien de acuerdo con el ítem presentado.

Dentro de la clasificación «ocupación», son los «desempleados» quienes menos sienten que «su vida vaya bien» —75,7%— frente a quienes «estudian» con un 93,2%; también los «desempleados» son los que a «menos les gusta cómo les van las cosas» —70,3%—frente a los estudiantes —91,6%—. En coherencia, a dichos «desempleados» es a quienes más les gustaría «cambiar muchas cosas de su vida» —51,4%— y tener «una vida diferente» —33,3%—, mientras que los «estudiantes» son los que «menos cosas cambiarían» en su vida, con un 29,0% y «menos desean tener una vida diferente» con un 13,8% (Tabla 72).

Tabla 72
PERCEPCIÓN DE LA VIDA PROPIA, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
Mi vida va bien	93,2	90,9	92,0	75,7
Me gusta cómo me van las cosas	91,6	86,5	91,5	70,3
Me gustaría cambiar muchas cosas de mi vida	29,0	31,9	31,3	51,4
Deseo tener una vida diferente	13,8	17,4	16,5	33,3

* Porcentaje de personas que afirman estar más bien de acuerdo con los ítems presentados.

La pertenencia a la clase social sí parece que guarde una estrecha relación con sentir que se tiene «una vida buena», «su vida va bien» y «le gusta cómo le van las cosas», ya que a medida que se desciende socialmente, más disminuye esa afirmación o sentimiento; pero es que también con relación a «se siente bien respecto a las cosas que le ocurren» disminuye la intensidad de la sensación a menor rango social. A su vez, es en la «clase media-baja/baja» donde más se «desearía tener una vida diferente» (Tabla 73).

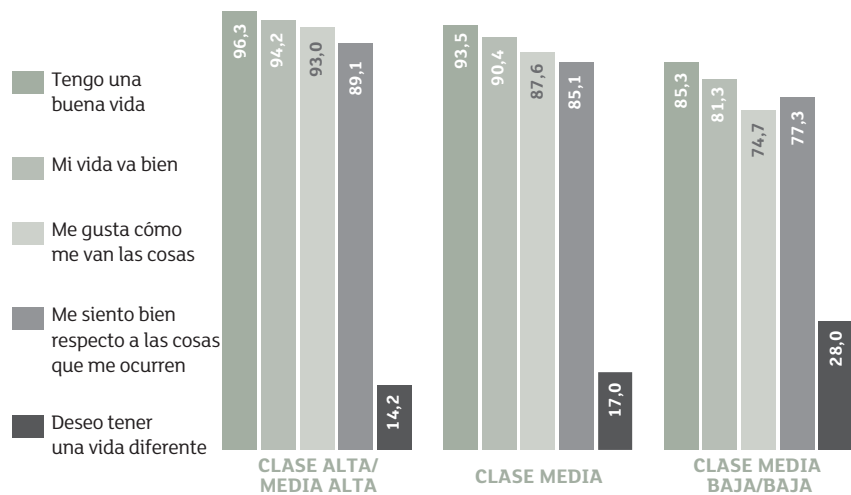
El gráfico de barras muestra claramente ese descenso porcentual que presentan las clases, a medida que desciende el rango social y conforme a las valoraciones que van otorgando a cada una de las englobadas en la «percepción sobre su propia vida» (Gráfico 23).

Tabla 73
PERCEPCIÓN DE LA VIDA PROPIA, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

GRADO DE ACUERDO SON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Tengo una buena vida	96,3	93,5	85,3
Mi vida va bien	94,2	90,4	81,3
Me gusta cómo me van las cosas	93,0	87,6	74,7
Me siento bien respecto a las cosas que me ocurren	89,1	85,1	77,3
Deseo tener una vida diferente	14,2	17,0	28,0

* Porcentaje de personas que afirman estar más bien de acuerdo con los ítems presentados.

Gráfico 23
PERCEPCIÓN DE LA VIDA PROPIA, SEGÚN CLASE SOCIAL (%)



* Porcentajes de personas que afirman estar más bien de acuerdo con los ítems presentados.

b) Número de amigos/as

Con relación a los «amigos que las personas encuestadas tienen en la actualidad», por un lado, comprobamos que tres de cada cuatro jóvenes, sea el encuestado hombre —73,7%— o mujer —74,3%—, tienen «tres o más amigos», y que el porcentaje de aquellos que «no tienen amigos» o tienen 1 ó 2 es similar entre hombres y mujeres.

Por otro lado, nos parece de interés destacar otro dato importante y es el sexo preferente del amigo del encuestado; en ese sentido, los datos nos indican que si el hombre tiene entre 1 y 2 amigos/as destacan como amigas las mujeres y cuando tiene 3 ó más amigos predominan los amigos hombres. Asimismo, la mujer que tiene hasta dos amigos/as, predomina que éstos sean amigos hombres y cuando tiene tres o más amigos/as, predomina entre ellas el componente femenino (Gráficos 24 y 25).

Gráfico 24

AMIGOS/AS ÍNTIMOS/AS QUE
LOS VARONES JÓVENES AFIRMAN
TENER EN LA ACTUALIDAD (%)

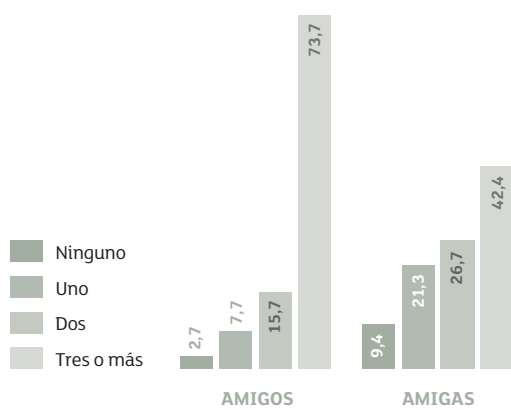
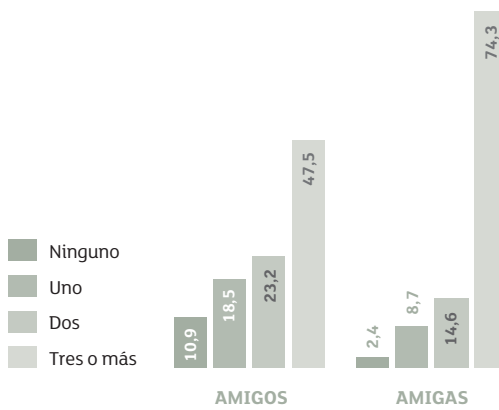


Gráfico 25

AMIGOS/AS ÍNTIMOS/AS QUE
LAS MUJERES JÓVENES AFIRMAN
TENER EN LA ACTUALIDAD (%)



Por otro lado, tanto el número de amigos como el género de los mismos, sea el encuestado hombre o mujer sufre un comportamiento similar. El hombre tiene más amigos de su propio sexo y la mujer tiene más amigas del suyo y en proporciones casi idénticas (Tabla 74).

Tabla 74

PROPORCIÓN DE AMIGOS/AS ÍNTIMOS/AS DEL MISMO SEXO, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«EN LA ACTUALIDAD, ¿CUÁNTOS AMIGOS/AS ÍNTIMOS/AS TIENES?»	HOMBRE	MUJER
Tres amigos/as o más	73,7	74,3

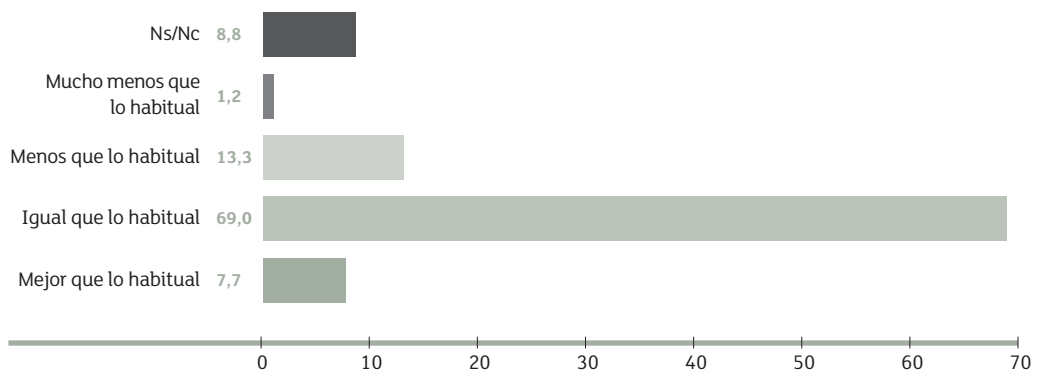
c) Salud emocional

Capacidad de concentración en lo que hace

El porcentaje de población que en las últimas semanas ha podido concentrarse bien en lo que hace de forma «igual que lo habitual» alcanza una cota del 69,0%; muy lejos quedan los valores «mejor», «menos» o «mucho menos que lo habitual» (Gráfico 26).

Gráfico 26

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HAS PODIDO CONCENTRARTE BIEN EN LO QUE HACES? (%)

**Pérdida de sueño por preocupaciones**

Parece que las preocupaciones no les hacen perder «en absoluto» el sueño a un 42,8% de la población o, al menos, «no más de lo habitual» al 33,9%, mientras que un 20,6% declaran que «bastante más de lo habitual» y tan sólo un 2,2% «mucho más».

Utilidad de su papel en la vida

Tres de cada cuatro encuestados (74,9%) y con relación a si han sentido que están jugando un papel útil en la vida piensan que «igual que lo habitual», siendo la segunda respuesta más valorada «más útil que lo habitual» con un 11,8%, «menos útil de lo habitual» un 6,1% y «mucho menos útil de lo habitual» un 0,8%.

Capacidad para tomar decisiones

También tres de cada cuatro (74,1%) se han sentido capaces de tomar decisiones de forma «igual que lo habitual», un 21,4% «más capaz de lo habitual», un 3,4% «menos capaz de lo habitual», y un 0,2% «mucho menos capaz de lo habitual».

Sentimiento de agobio y/o tensión

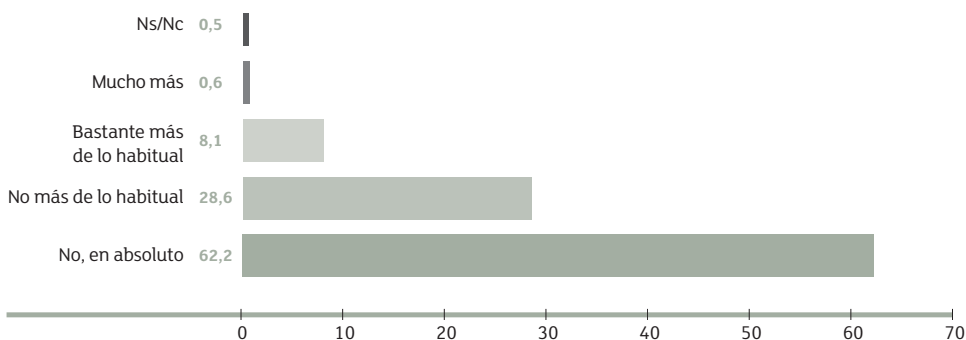
Casi la mitad de la población al preguntarles si se ha sentido constantemente agobiado y en tensión, responde que «no, en absoluto» —46,1%—, un 28,1% «no más de lo habitual», pero un 22,4% «bastante más de lo habitual» y un 2,9% «mucho más de lo habitual».

Superación de dificultades

Sobre si han sentido que no pueden superar sus dificultades, un 62,2% responde igualmente que «no, en absoluto» y un 28,6% «no más de lo habitual», como valores más destacados frente a «bastante más de lo habitual» con un 8,1% y «mucho más de lo habitual» con un residual 0,6% (Gráfico 27).

Gráfico 27

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HAS SENTIDO QUE NO PUEDES SUPERAR TUS DIFICULTADES? (%)



Capacidad de disfrutar día a día

Y sienten que han sido capaces de disfrutar de sus actividades normales de cada día «igual que lo habitual» un 73,9%, «más que lo habitual», un 17,7%, «menos que lo habitual» un 6,9% y «mucho menos que lo habitual» un 0,9%.

Capacidad de hacer frente a los problemas

Hasta un 81,1% de la población siente que ha sido capaz de hacer frente a sus problemas «igual que lo habitual», seguido de un 13,1% que se considera haber sido «más capaz de lo habitual»; atrás quedan aquellos que se han sentido «menos capaces de lo habitual» con un 4,6% y los que se han sentido «mucho menos» con un imperceptible 0,1%.

Sentimiento de felicidad y/o depresión

Un 11,3% se ha sentido poco feliz y deprimido «bastante más de lo habitual» y un 0,6% «mucho más», mientras que un 60,6% considera que «no, en absoluto» y lo 26,1% «no más de lo habitual».

Grado de confianza en sí mismo/a

Una vez más, casi la cuarta parte de los encuestados —70,8%— con relación a si han perdido la confianza en sí mismos, responden «no, en absoluto». Junto a ellos, el 21,7% contesta «no más de lo habitual», el 6,4% «bastante más de lo habitual» y el 0,1% «mucho más de lo habitual».

Sentimiento de que no vale para nada

El sentimiento de pensar que se es una persona que no vale para nada parece reñido con los entrevistados/as ya que un 86,1% está en completo desacuerdo con ese concepto; el 10,1% «no más de lo habitual», y sólo un 2,4% «bastante más de lo habitual» o «mucho más» con un 0,2%.

Sentimiento de felicidad

Sobre la premisa «se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias», un 74,0% contesta que «aproximadamente lo mismo que lo habitual», el 20,9% «más feliz que lo habitual» y lejos ya el 3,7% «menos feliz» y el 0,4% «mucho menos feliz que lo habitual».

Consideración de sí mismo/a

Por otro lado, la «consideración de cada encuestado consigo mismo» es muy alta en cuanto a que «pueden hacer cosas tan bien como la mayoría», «tener buenas cualidades», «tan digno de aprecio como los demás» o a «estar satisfecho consigo mismo», todos ellos por encima del 91,4%; sólo con relación a «tener una actitud positiva hacia sí mismo/a» baja de la escala hasta un 82,1% (Tabla 75).

Tabla 75
CONSIDERACIÓN DE SÍ MISMO/A (%)

GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	MUY DE ACUERDO/DE ACUERDO
Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría	95,9
Creo que tengo cualidades buenas	94,1
Me siento tan digno/a de aprecio como los demás	92,4
En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a	91,4
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	82,1

* Porcentaje de personas que responde estar muy de acuerdo o de acuerdo con los ítems presentados.

En líneas generales y a tenor de las dos tablas que a continuación dibujamos (A) y (B), podemos decir que la percepción del encuestado en lo que hemos llamado salud emocional, como compendio de sentimientos que uno siente ante diversas circunstancias más o menos hostiles, es bastante equilibrado. La mayor parte de la gente se concentra, decide o disfruta de lo cotidiano de forma «igual» a lo habitual en cada cual y, sobre todo, se siente razonablemente feliz de forma habitual (Gráfico 28 y Gráfico 29).

En «el grado de concentración», «sentir que se está jugando un papel útil en la vida», y «haber sido capaz de disfrutar de sus actividades normales» ambos géneros tienen en el valor «igual» la respuesta mayoritaria. Sin embargo, los chicos corroboran dichas afirmaciones de «igual» varios puntos por encima de las chicas. Por otro lado, para ellas «concentrarse bien en lo que hace», «sentir que está jugando un papel útil en la vida» y «haber sido capaz de disfrutar de las actividades normales» tiene en la categoría «más» un peso superior a las cifras que arroja el hombre.

Gráfico 28

(A) EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HAS PODIDO O TE HAS SENTIDO... (%)

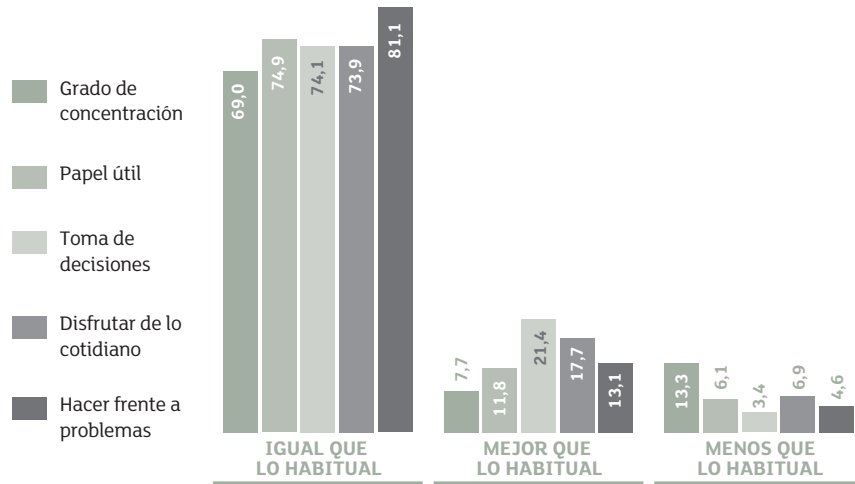
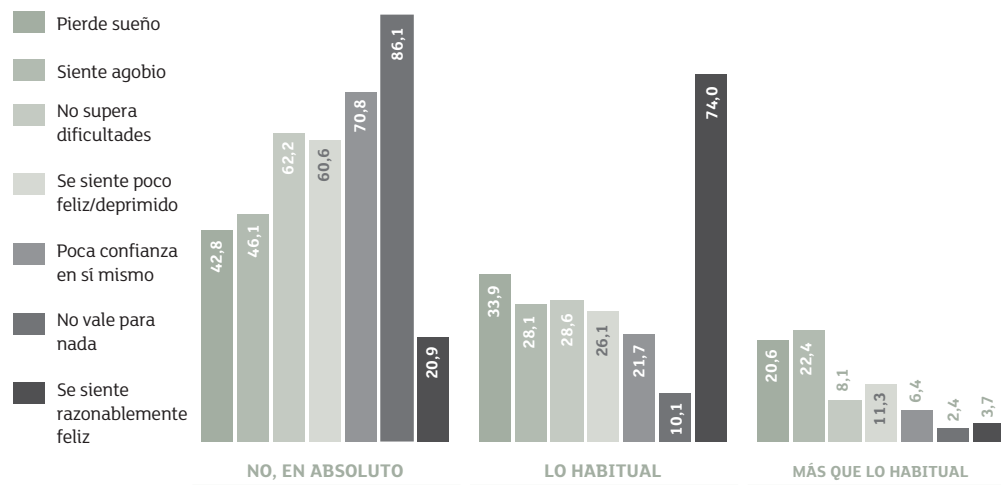


Gráfico 29

(B) EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HAS PODIDO O TE HAS SENTIDO ... (%)



De algún modo, en la mujer hay una tendencia a que los valores extremos tengan mayor peso que en el hombre (Tabla 76).

Tabla 76
VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN EL GÉNERO (%)

	HA PODIDO CONCENTRARSE BIEN EN LO QUE HACE		HA SENTIDO QUE ESTÁ JUGANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA		HA SIDO CAPAZ DE DISFRUTAR SUS ACTIVIDADES NORMALES	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Más que lo habitual	6,6	8,8	8,9	14,7	15,8	19,8
Igual que lo habitual	73,4	64,6	76,4	73,3	77,5	70,2
Menos que lo habitual	10,6	16,0	6,4	5,8	5,4	8,3
Mucho menos que lo habitual	0,9	1,6	1,0	0,6	0,9	1,0
Ns/Nc	8,6	9,0	7,3	5,6	0,6	0,7
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En otro orden de cosas, se les ha planteado a las personas encuestadas sobre su grado de conformidad ante distintas situaciones vitales. En ese sentido, para las cinco cuestiones planteadas (preocupación, tensión, depresión, pérdida de confianza y pensar que se es una persona que no vale para nada) es siempre la mujer la que tanto en los valores de «bastante más» como de «mucho más» destaca sobre el hombre.

Paralelamente, es el hombre el que manifiesta tanto un grado de disconformidad (valor: «en absoluto») como de equilibrio (valor: «no más de lo habitual») mayor que el de la mujer, en cada una de las cinco cuestiones planteadas.

De alguna manera, ante los datos manejados puede aventurarse la afirmación de que el hombre se presenta como más equilibrado a la hora de autoevaluar el grado de su salud mental, mientras la mujer es la que más acusa sentimientos más negativos (Tabla 77).

Tabla 77
VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN EL GÉNERO (%)

	SUS PREOCUPACIONES LE HAN HECHO PERDER MUCHO SUEÑO		SE HA SENTIDO CONSTANTEMENTE AGOBIADO/A Y EN TENSIÓN		SE HA SENTIDO POCO FELIZ Y DEPRIMIDO/A	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
No, en absoluto	47,5	38,1	50,6	41,5	62,5	58,6
No más de lo habitual	35,5	32,2	29,5	26,8	26,8	25,5
Bastante más de lo habitual	15,0	26,2	17,9	26,8	8,9	13,7
Mucho más de lo habitual	1,4	3,0	1,7	4,1	0,1	1,0
Ns/Nc	0,6	0,4	0,3	0,7	1,7	1,1
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	HA PERDIDO CONFIANZA EN SÍ MISMO/A		HA PENSADO QUE ES UNA PERSONA QUE NO VALE PARA NADA	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
No, en absoluto	73,8	67,8	87,1	85,0
No más que lo habitual	20,6	22,8	10,6	9,7
Bastante más que lo habitual	4,3	8,4	1,1	3,6
Mucho más que lo habitual	0,0	0,1	0,0	0,4
Ns/Nc	1,3	0,9	1,1	1,3
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0	100,0

En cuanto a la edad, el no tener preocupaciones parece patrimonio de los más jóvenes —15-19 años—, mientras que si hay algún tipo de preocupación, ésta aumenta según aumenta la edad.

También en ese intervalo de edad (15-19 años) es donde más rotundo se es en no sentir agobio y tensión en grado de «no, en absoluto» (Tabla 78).

Tabla 78
VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

	SUS PREOCUPACIONES LE HAN HECHO PERDER MUCHO SUEÑO			SE HA SENTIDO CONSTANTEMENTE AGOBIADO/A Y EN TENSIÓN		
	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29
No, en absoluto	50,9	39,9	39,5	53,5	40,6	46,3
No más que lo habitual	31,7	34,2	35,2	26,2	28,1	29,7
Bastante más que lo habitual	16,6	22,1	22,3	18,4	26,3	21,0
Mucho más que lo habitual	0,8	2,8	2,8	1,6	4,0	2,8
Ns/Nc	0,0	1,1	0,2	0,3	0,9	0,2
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Los estudiantes son los que «mejor» han podido concentrarse bien en lo que hacen y los desempleados los que se concentran «mucho menos» dentro de los perfiles contemplados; si bien toda la tabla se mueve en oscilaciones poco relevantes (Tabla 79).

Los desempleados son los que más sienten agobio y tensión en los valores de «bastante más» y «mucho más», mientras que «no más de lo habitual» es un sentimiento muy homogéneo entre los perfiles planteados (Tabla 80).

Tabla 79
VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«HA PODIDO CONCENTRARSE BIEN EN LO QUE HACE»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
Mejor que lo habitual	9,4	6,1	7,1	7,5
Igual que lo habitual	67,1	71,0	68,9	74,2
Menos que lo habitual	12,6	12,0	19,6	9,2
Mucho menos que lo habitual	1,2	1,1	0,4	2,5
Ns/Nc	9,6	9,8	4,0	6,7
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabla 80
VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«SE HA SENTIDO CONSTANTEMENTE AGOBIADO/A Y EN TENSIÓN»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
No en absoluto	50,5	48,9	37,3	34,2
No más de lo habitual	26,6	28,2	29,8	29,2
Bastante más que lo habitual	19,4	19,9	29,8	32,5
Mucho más que lo habitual	3,3	2,2	2,2	4,2
Ns/Nc	0,2	0,9	0,9	0,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0	100,0

El nivel de clase social parece guardar una estrecha relación con el sentimiento de sentirse más o menos útil en la vida; en ese sentido cuanto más baja es la clase social, más aumenta la sensación de sentirse «menos útil que lo habitual» (Tabla 81).

Tabla 81

VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«HA SENTIDO QUE ESTÁ JUGANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Mejor que lo habitual	13,3	11,2	14,4
Igual que lo habitual	73,8	76,8	57,7
Menos que lo habitual	4,9	5,7	15,5
Mucho menos que lo habitual	0,8	0,8	1,0
Ns/Nc	7,2	5,5	11,3
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

Por otro lado, a menor clase social, más aumenta la sensación de «sentirse poco feliz y deprimido» en sus valores negativos más extremos (bastante y mucho más), aunque también hay un porcentaje mayor de personas que «no se sienten más infelices o deprimidos» que lo habitual; pero no podemos dejar de constatar que es la clase media-baja/baja la que en el porcentaje relativo a «no, en absoluto» menos puntuación manifiesta (Tabla 82).

Tabla 82

VARIABLES DE SALUD EMOCIONAL, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

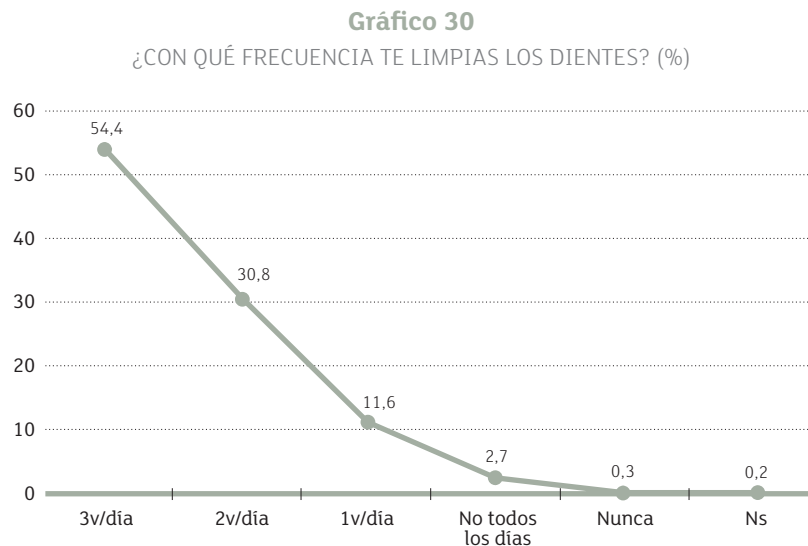
«SE HA SENTIDO POCO FELIZ Y DEPRIMIDO/A»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
No, en absoluto	62,4	61,2	48,5
No más de lo habitual	21,7	27,1	32,0
Bastante más que lo habitual	13,3	10,4	14,4
Mucho más que lo habitual	0,0	0,6	2,1
Ns/Nc	2,7	0,7	3,1
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.3.2. Cuidados y prácticas saludables

2.3.2.1. Higiene y sueño

a) Frecuencia de limpieza dental

En ese sentido, y con relación a la higiene diaria se les ha preguntado la «frecuencia con la que se lavan los dientes». Algo más de la mitad de la población joven lo hace «tres veces al día», y casi un tercio «dos veces al día» (Gráfico 30).



b) Horas de sueño

Ocho horas es el promedio de horas de sueño entre los jóvenes de 15 a 29 años; y precisando más, podemos decir que el 74,0% de los jóvenes duerme entre 7-8 horas diarias (Tabla 83).

La edad guarda una estrecha relación con las horas de sueño, porque a más edad, se duerme menos (Tabla 84).

Tabla 83
HORAS QUE SE DUERMEN AL DÍA (%)

HORAS DE SUEÑO	%
<5	0,5
5-6	7,8
7-8	74,0
9-10	16,8
>10	0,6
Ns/Nc	0,3
TOTAL PORCENTUAL	100,0

Tabla 84
PROMEDIO DE HORAS DE SUEÑO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

HORAS DE SUEÑO	15-19	20-24	25-29
Promedio de horas de sueño	8,21	7,77	7,44

Los más «dormilones» son los estudiantes —8,11 horas—, frente a los trabajadores con 7,42 horas diarias (estudia y trabaja: 7,60 horas y desempleado/a: 7,86 horas).

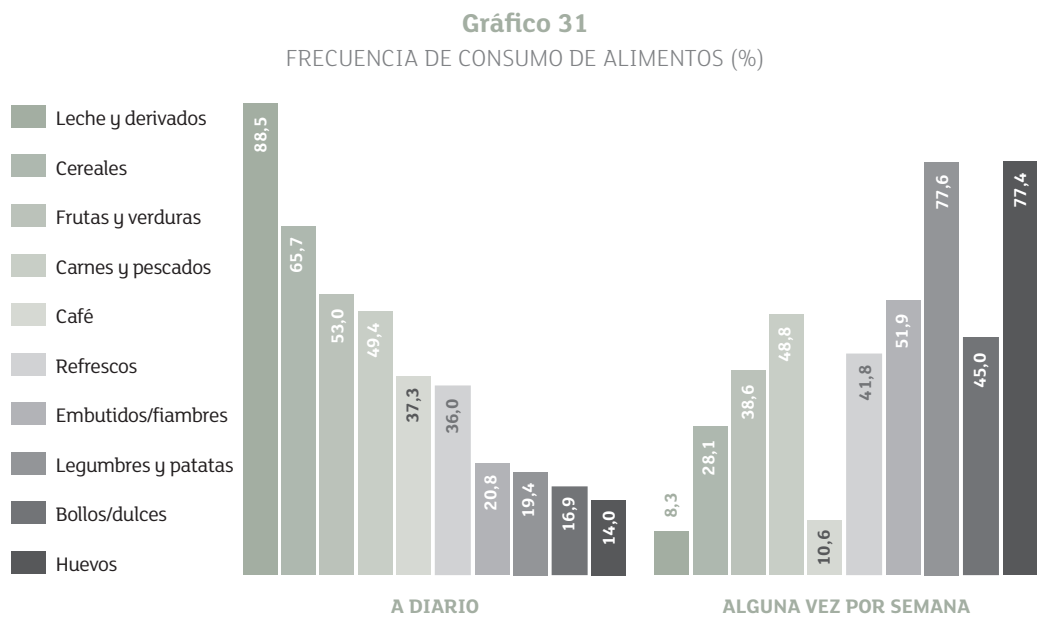
2.3.2.2. La alimentación

a) Frecuencia de consumo de alimentos

En relación con los productos que la juventud consume cada día, por encima del 49,4% de la población joven toma a diario «leche», «cereales», «frutas y verduras» y «carne y pescados». Otros alimentos, como «café», «refrescos» y «embutidos/fiambres» tienen una incidencia entre el 37,3% y el 20,8%; mientras que «legumbres y patatas», «bollos y dulces», y «huevos» tienen valores por debajo del 20%.

Junto a ello, podemos precisar que el consumo esporádico de alimentos —«alguna vez por semana»— se refiere básicamente a: «huevos» y «legumbres y patatas» por encima del 77,0%; «embutidos/fiambres», «carnes y pescados» y «bollos/dulces» con cifras entre el 51,9% y el 45,0%; y, por último, «refrescos», «frutas y verduras», «cereales», café» y «leche y derivados».

«Carnes y pescados» es el único alimento que no sufre variación en el consumo, tanto sea «a diario» como «alguna vez por semana»; y cercano a él, «refrescos» es el otro alimento cuya ingesta poco depende de la frecuencia. El resto de alimentos, y como hemos visto, a medida que se consume más «a diario» tiende a desaparecer en la frecuencia «alguna vez por semana» y a la inversa (Gráfico 31).



Con relación a las diferencias de consumo diario por género, se refleja que las chicas consumen más «café» que los chicos, mientras éstos consumen más «refrescos», «embutidos y fiambres» que ellas (Tabla 85).

Tabla 85

FRECUENCIA DE ALIMENTOS CONSUMIDOS, SEGÚN EL GÉNERO (%)

CONSUMO DIARIO**	HOMBRE	MUJER
Café	43,9	51,9
Refrescos	81,8	73,8
Embutidos/fiambres	76,8	68,5

* Porcentaje de personas que consumen a diario estos alimentos.

** Consumo diario = a diario + alguna vez por semana.

Destacamos que la frecuencia del «consumo diario» de «frutas y verduras», «café» y «huevos» aumenta con la edad, sobre todo la del «café» (Tabla 86).

Tabla 86

FRECUENCIA DE ALIMENTOS CONSUMIDOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

CONSUMO DIARIO**	15-19	20-24	25-29
Frutas y verduras	88,3	92,5	93,4
Café	34,0	46,1	61,4
Huevos	87,8	91,2	94,7

* Porcentaje de personas que consumen a diario estos alimentos.

** Consumo diario = a diario + alguna vez por semana.

b) Comidas diarias

«Almuerzo» y «cena» son dos comidas practicadas por la gran generalidad, mientras que el «desayuno» lo hace poco más de 3 de cada 4 personas. El «picoteo» alcanza al 40,6% de la población encuestada de la CAPV (Tabla 87).

Tabla 87
COMIDAS DIARIAS (%)

Comida/almuerzo	97,1
Cena	92,2
Desayuno	80,5
Picoteo	40,6
Merienda	27,2

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a cada uno de los ítems.

La mujer hace el «almuerzo» diario con una frecuencia ligeramente mayor que el hombre, al igual que el «desayuno» (Tabla 88).

Tabla 88
COMIDAS DIARIAS, SEGÚN EL GÉNERO (%)

COMIDAS DIARIAS	HOMBRE	MUJER
Comida/almuerzo	95,6	98,7
Desayuno	78,4	82,6

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a cada uno de los ítems.

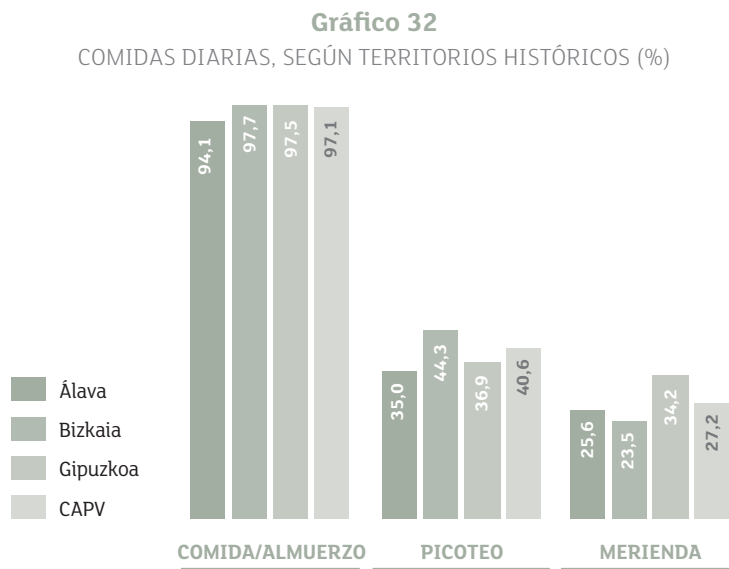
Los que más meriendan son los más jóvenes (Tabla 89).

Tabla 89
COMIDAS DIARIAS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

COMIDAS DIARIAS	15-19	20-24	25-29
Merienda	33,0	25,0	25,1

* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente al ítem.

El «almuerzo» diario donde menos extendido está es en Álava con un 94,1%, frente al 97,7% de Bizkaia; asimismo, también en Álava es donde con menos frecuencia se «picotea». Por contra, en Bizkaia es donde menos se «merienda» a diario (Gráfico 32).



* Porcentaje de personas que ha respondido afirmativamente a cada uno de los ítems.

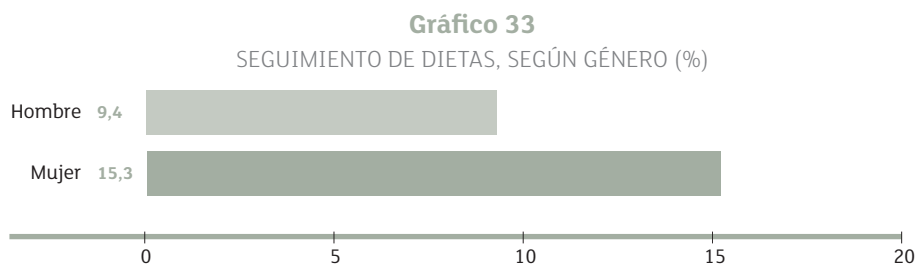
c) Seguimiento de dietas

Algo más de 6 de cada diez jóvenes dice tener el «peso correcto»; es decir, el 62,6% de la población no hace dieta de alimentación, porque consideran que su peso «es correcto»; por otro lado, un 12,4% «sí» declara seguir algún tipo de dieta o acción para perder peso. Junto a éstas, un 16,9% dicen no seguir dieta pero necesitarla, mientras que un 6,1% «no hace dieta y necesitaría ganar algo de peso» (Tabla 90).

Tabla 90
SEGUIMIENTO DE DIETAS (%)

«¿EN ESTE MOMENTO ESTÁS SIGUIENDO ALGUNA DIETA O HACIENDO OTRA COSA PARA PERDER PESO?»	%
No, considero que mi peso es el correcto	62,6
Si	12,4
No, pero debería perder peso	16,9
No, porque necesito ganar peso	6,1
Ns/Nc	2,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0

La mujer —15,3%— sigue más dietas que el hombre —9,4%— para perder peso (Gráfico 33).



* Porcentaje de personas que han respondido que en este momento están siguiendo alguna dieta o haciendo otra cosa para perder peso.

La clase «media» es la más proclive a seguir dietas para perder peso —13,8%— frente al 9,8% de la clase «alta/media-alta».

2.3.2.3. La práctica deportiva

a) Práctica deportiva de los y las jóvenes

Practican algún deporte

Más de la mitad de los y las jóvenes vascos practican al menos un deporte —54,5%—; en concreto, el 35,6% practica uno, mientras el 18,9% practica varios. Una alta proporción de los y las jóvenes entre 15 y 29 años dice sí al deporte, frente al 45,5% que «no practica ninguno» (Tabla 91).

Tabla 91
PRÁCTICA DEL DEPORTE (%)

«CONSIDERANDO EL DEPORTE EN TODAS SUS FORMAS, ES DECIR, COMO LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO, ¿PRÁCTICAS ALGÚN DEPORTE?»	%
Practica uno	35,6
Practica varios	18,9
No practica ninguno	45,5
TOTAL PORCENTUAL	100,0

La variable «género» arroja una diferencia muy significativa de comportamiento deportivo. En el hombre tiene más peso «practicar deporte» (66,1%) que «no practicarlo» (33,7%), mientras que en la mujer esta relación se invierte con un 57,5% de chicas que no practican deporte frente a un 42,6% que lo practica. Por un lado, tanto entre chicos como entre chicas lo que predomina es hacer un deporte frente a varios.

Asimismo, el hombre practica un deporte nueve puntos más de lo que lo hace la mujer, pero esa cifra sube casi a 15 de diferencia cuando son varios los deportes practicados. En coherencia, el porcentaje de jóvenes que no practican deporte es mucho más elevado —casi 24 puntos más— entre las mujeres que entre los hombres (Tabla 92).

Tabla 92
PRÁCTICA DEL DEPORTE, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«¿PRACTICAS ALGÚN DEPORTE?»	HOMBRE	MUJER
Practica uno	40,1	31,0
Practica varios	26,1	11,6
No practica ninguno	33,7	57,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

La edad también es significativa a la hora de valorar la práctica deportiva. De alguna manera, a medida que los y las jóvenes cumplen años disminuye dicha práctica y además se transforma teniendo más peso la diversidad deportiva frente a la práctica de un solo deporte (Tabla 93).

Tabla 93
PRÁCTICA DEL DEPORTE, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«¿PRACTICAS ALGÚN DEPORTE?»	15-19	20-24	25-29
Practica uno	45,9	30,7	32,8
Practica varios	11,4	20,6	23,0
No practica ninguno	42,7	48,7	44,2
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

Gipuzkoa es el territorio donde más se hace deporte, fundamentalmente varios deportes, frente a Bizkaia que es donde menos se practica. Por otro lado, en Álava predomina de una forma contundente la práctica de un deporte frente a la de varios deportes (Tabla 94).

Tabla 94
PRÁCTICA DEL DEPORTE, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«¿PRACTICAS ALGÚN DEPORTE?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Practica uno	44,1	34,0	34,4
Practica varios	8,9	17,5	25,6
No practica ninguno	47,0	48,5	40,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

Los y las «estudiantes» son los que más hacen deporte, y los que menos las y los «trabajadores»; presumimos que a medida que el joven deja los estudios e invierte gran parte de su tiempo en la jornada laboral, encuentra menos tiempo para la práctica deportiva (Tabla 95).

Tabla 95
PRÁCTICA DEL DEPORTE, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«¿PRACTICAS ALGÚN DEPORTE?»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
Practica uno	42,4	28,8	32,2	35,7
Practica varios	16,7	19,3	24,3	22,9
No practica ninguno	40,9	51,9	43,6	41,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0	100,0

La clase social guarda una estrecha relación con la práctica deportiva; a medida que se desciende socialmente menos importante es el peso de los que hacen «algún deporte» frente a los que «no practican ninguno», que alcanza cifras del 58,5%.

Otra información que arroja esta tabla es que en la clase «alta/media-alta», además de ser donde más se hace deporte, es donde más se practican «varios» deportes (Tabla 96).

Tabla 96
PRÁCTICA DEL DEPORTE, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«¿PRACTICAS ALGÚN DEPORTE?»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Practica uno	34,6	36,4	28,0
Practica varios	24,8	17,5	13,4
No practica ninguno	40,6	46,2	58,5
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

Frecuencia deportiva propia

De ese 54,5% que practica deporte nos encontramos con que la mayoría, el 63,6%, lo hacen con una frecuencia de «más de dos veces por semana», el 28,5% «una o dos veces por semana» y sólo un 7,9% lo hace «esporádicamente» (Tabla 97).

Tabla 97
FRECUENCIA CON QUE SE PRACTICA EL DEPORTE (%)

«POR LO GENERAL, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SUELES PRACTICAR DEPORTE?»	%
Una o dos veces por semana	28,5
Más de dos veces por semana	63,6
Esporádicamente	7,9
TOTAL PORCENTUAL	100,0

* n = jóvenes que practican uno o varios deportes.

Como ya hemos visto reflejado en la tabla anterior, es en la clase «alta/media-alta» donde más se hace deporte y además ese deporte se hace, sobre todo, con una frecuencia «superior a dos veces por semana». Cuando se practica deporte lo que queda claro es que en él se invierte tiempo (Tabla 98).

Tabla 98

FRECUENCIA DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«POR LO GENERAL, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SUELES PRACTICAR DEPORTE?»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Una o dos veces por semana	27,3	27,9	41,2
Más de dos veces por semana	67,4	64,1	41,2
Esporádicamente	5,3	8,0	17,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

* n = jóvenes que practican uno o varios deportes.

Frecuencia deportiva de su círculo de amigos/as

Más de un tercio de los encuestados (38,4%) dice que sus amigos practican deporte con una frecuencia «similar a la suya»; el 24,2% «más alta que la suya», el 20,6% «menos alta que la suya», mientras que el 14,1% «no hacen deporte». De donde podemos concluir que la mayor parte de los y las jóvenes que practican deporte se relacionan con pares de iguales, en gran medida.

Para los hombres, el resto de sus amigos hace deporte con una frecuencia «similar» a la suya o «menos alta», mientras que para las mujeres lo hacen de forma «similar» o «más alta»; otra diferencia que arroja el género es que para ellas hay un número más elevado de personas que «no hacen deporte» del que indican ellos (Tabla 99).

Tabla 99
PRÁCTICA DEPORTIVA DE LAS AMISTADES, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«EN TU CÍRCULO DE AMIGOS/AS, LA MAYOR PARTE DE ELLOS/AS HACE DEPORTE CON UNA FRECUENCIA ...»	HOMBRE	MUJER
Similar a la tuya	43,0	33,9
Más alta que la tuya	21,7	26,7
Menos alta que la tuya	23,7	17,4
No hacen deporte	9,0	19,1
Ns/Nc	2,6	2,9
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

Con quién hacen deporte

El 49,9% de los jóvenes que practican deporte lo hacen «por su cuenta», mientras que el 45,7% lo hace «como actividad de un club, asociación u organización»; sólo un 3,3% lo hace «como actividad de un centro de enseñanza o trabajo». En ese sentido, el 53,5% lo hace en compañía de un «grupo de amigos», el 24,1% «unas veces sólo/a y otras en grupo», el 18,1% «la mayor parte de las veces sólo/a», el 2,2% con «grupo de compañeros de estudio/trabajo» y el 1,3% con «algún miembro de la familia».

La práctica deportiva se hace, básicamente, con otros deportistas, sobre todo entre los hombres donde comparten en un alto porcentaje con «un grupo de amigos»; si bien también las mujeres optan por la compañía, es en ellas donde más peso tiene el que lo hagan en soledad (Tabla 100).

Dónde hacen deporte

El 51,0% lo hace «al aire libre» y el 45,0% en «un gimnasio» (Ns/Nc 4,0%).

Prácticamente en la misma proporción en que el hombre elige fundamentalmente el «aire libre» para hacer deporte, la mujer elige el «gimnasio»; el hombre se decanta porque sus prácticas deportivas sean en espacios abiertos y la mujer en recintos específicos (Tabla 101).

Tabla 100

COMPAÑÍA EN LA QUE SE PRACTICA EL DEPORTE, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«HABITUALMENTE, ¿CON QUIÉN HACES DEPORTE?»	HOMBRE	MUJER
Grupo de amigos/as	58,8	45,3
A veces solo/a, a veces en grupo	25,0	22,8
La mayor parte de las veces solo/a	14,0	24,5
Con algún miembro de la familia	0,0	3,4
Con un grupo de compañeros/as de estudio o trabajo	1,7	3,0
Ns/Nc	0,4	1,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

* n = jóvenes que practican uno o varios deportes.

Tabla 101

LUGAR DONDE SE PRACTICA EL DEPORTE, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«CUANDO HACES DEPORTE O EJERCICIO, ¿QUÉ ES MÁS HABITUAL?»	TOTAL	HOMBRE	MUJER
Hacerlo en el gimnasio	51,0	31,9	65,4
Hacerlo al aire libre	45,0	63,8	31,2
Ns/Nc	4,0	4,3	3,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

* n = jóvenes que practican uno o varios deportes.

Por qué hacen deporte

El deporte se hace básicamente por «disfrute» y «ejercicio físico». Así comprobamos que el 33,5% lo hace por «diversión y pasar el tiempo», el 20,6% porque «le gusta el deporte» y el 18,0% por «hacer ejercicio físico». El resto de motivos los vemos en la Tabla 102.

Tabla 102
MOTIVOS POR LOS QUE SE PRACTICA DEPORTE (%)

«¿POR QUÉ MOTIVOS PRINCIPALMENTE PRACTICAS DEPORTE?»	
Por diversión y pasar el tiempo	33,5
Porque me gusta el deporte	20,6
Por hacer ejercicio físico	18,0
Por mantener/mejorar la salud	7,2
Por encontrarse con amigos/as	5,9
Por mantener la línea	5,1
Por evasión	3,3
Por relajarme	3,1
Porque me gusta competir	0,9
Por otra razón	0,9
Ns/Nc	1,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0

* n = jóvenes que practican uno o varios deportes.

b) Cómo es la gente que practica deporte

Nos ha parecido interesante recoger la opinión de la los y las jóvenes sobre cómo ven y catalogan a las personas que practican alguna actividad deportiva. En ese sentido, destacan dos grandes respuestas; por un lado y con un 36,8% las definen como «más sanos que la mayoría», por otro lado y con un 30,9% «más activos que la mayoría». Activos y sanos, dos términos muy relacionados con la salud, de forma que podríamos aventurarnos a decir que quienes practican deporte son vistos como personas que cuidan su salud. Un 5,9% los ve además como «más divertidos que la mayoría», un 1,4% como gente «que no sabe hacer otra cosa» y un 1,1% «más aburridos que la mayoría».

En líneas generales en los tres territorios hay una idea similar de cómo son las personas que hacen deporte; «más activos» y «más sanos» sin duda alguna, aunque cada territorio aporte ciertos matices. Así es en Álava donde el sumatorio de esa idea es más contundente con un 10,0% por encima de la cifra de los otros dos territorios, mientras en que Bizkaia y Gipuzkoa es en donde el porcentaje de «Ns/Nc» alcanza valores más altos o, lo que es lo mismo, no se sienten capaces de definir a la gente que practica deporte (Tabla 103).

Tabla 103

CREENCIAS ACERCA DE LAS PERSONAS QUE PRACTICAN DEPORTE,
SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«EN TU OPINIÓN, LA GENTE QUE ENTRE SUS AFICIONES PRACTICA ALGÚN TIPO DE DEPORTE, ES...»	TOTAL	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Más divertida que la mayoría	5,9	6,9	5,0	7,0
No sabe hacer otra cosa	1,4	0,5	1,7	1,1
Más activa que la mayoría	30,9	32,2	35,1	23,4
Más sana que la mayoría	36,8	45,0	31,3	42,2
Más aburrida que la mayoría	1,1	2,0	1,2	0,7
Ns/Nc	23,6	13,4	25,6	25,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0	100,0

c) Repercusión del doping entre los practicantes de actividades físicas

Grado de difusión del doping y el uso de productos estimulantes entre los practicantes de actividades físicas, deportivas y recreativas en gimnasios y otros centros deportivos

Algo tan de actualidad como el doping y el uso de productos estimulantes entre los practicantes de actividades físicas, deportivas y recreativas en gimnasios y otros centros deportivos que

viene afectando a muchos deportistas profesionales de elite tiene su incidencia entre el grupo de estudio. Para el 35,8% ese grado de difusión del doping lo es «bastante»; 20,7% opina que «mucho»; 17,5% «poco» y 4,6% dice que el grado de difusión del doping es «nada»; además nos encontramos con un significativo alto porcentaje en «Ns/Nc» con un 21,4%. Parece que para los encuestados no es fácil opinar sobre este asunto. No obstante, nos parece importante recoger que, al menos un 56,5% en grado sumatorio de «bastante o mucho» sí es consciente de que la práctica del dopaje está presente en las actividades deportivas que ellos conocen y frecuentan (Tabla 104).

Tabla 104
GRADO DE DIFUSIÓN DEL DOPING (%)

«¿HASTA QUE PUNTO DIRÍAS QUE EL DOPING SE HA DIFUNDIDO EN LA ACTUALIDAD ENTRE LOS Y LAS PRACTICANTES DEL DEPORTE?»	%
Mucho	20,7
Bastante	35,6
Poco	17,5
Nada	4,6
Ns/Nc	21,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0

El doping como problema social

Cuando se les pregunta cómo califican al doping como problema social, un 46,2% lo califican como «bastante grave», un 21,2% «poco grave», un 18,0% «muy grave» y un 6,2% «nada grave». La cifra sumatoria de considerar el dopaje como «muy o bastante grave» alcanza un 64,2% lo cual nos parece lo suficientemente significativa como para afirmar que una gran mayoría de los y las jóvenes encuestadas es muy consciente de la existencia del uso de productos estimulantes en la práctica deportiva y lo perjudicial de dicha práctica (Tabla 105).

Tabla 105
EL DOPING COMO PROBLEMA SOCIAL (%)

«DIRÍAS QUE ESTA NUEVA SITUACIÓN ES UN PROBLEMA SOCIAL...»	%
Muy grave	18,0
Bastante grave	46,2
Poco grave	21,2
Nada	6,2
Ns/Nc	8,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0

Para la mujer el hecho de que el dopaje sea un problema en las prácticas deportivas tiene una repercusión mucho más fuerte que entre los hombres; en grado de «mucho y bastante» alcanza entre ellas un sumatorio de 72,2% frente al 56,2% de los hombres que son, a su vez, los que más creen en valores de «poco y nada» que dicho problema lo sea (Tabla 106).

Tabla 106
EL DOPING COMO PROBLEMA SOCIAL, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«DIRÍAS QUE ESTA NUEVA SITUACIÓN ES UN PROBLEMA SOCIAL...»	HOMBRE	MUJER
Muy grave	15,1	20,9
Bastante grave	41,1	51,3
Poco grave	26,6	15,9
Nada	9,4	3,0
Ns/Nc	7,7	9,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

Considerar el dopaje como un problema social es una opinión compartida en los tres grupos de edad en cuanto a verlo como «muy o bastante» problema; las mayores diferencias radican en el grupo más joven —15/19 años— donde hay más gente que no tiene una opinión formada al respecto con un 12,2% (Tabla 107).

Tabla 107

EL DOPING COMO PROBLEMA SOCIAL, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«DIRÍAS QUE ESTA NUEVA SITUACIÓN ES UN PROBLEMA SOCIAL...»	15-19	20-24	25-29
Muy grave	19,7	17,7	17,0
Bastante grave	47,2	47,4	44,0
Poco grave	16,1	22,6	23,8
Nada	4,9	5,7	7,9
Ns/Nc	12,2	6,6	7,3
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

Álava es el territorio más concienciado del dopaje como problema social ya que la cifra sumatoria de sus valores en «mucho y bastante» alcanza un 73,2%; mientras Gipuzkoa destaca porque es en donde los valores de «poco y nada» tienen el mayor peso de los tres territorios (Tabla 108).

Tabla 108

EL DOPING COMO PROBLEMA SOCIAL, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

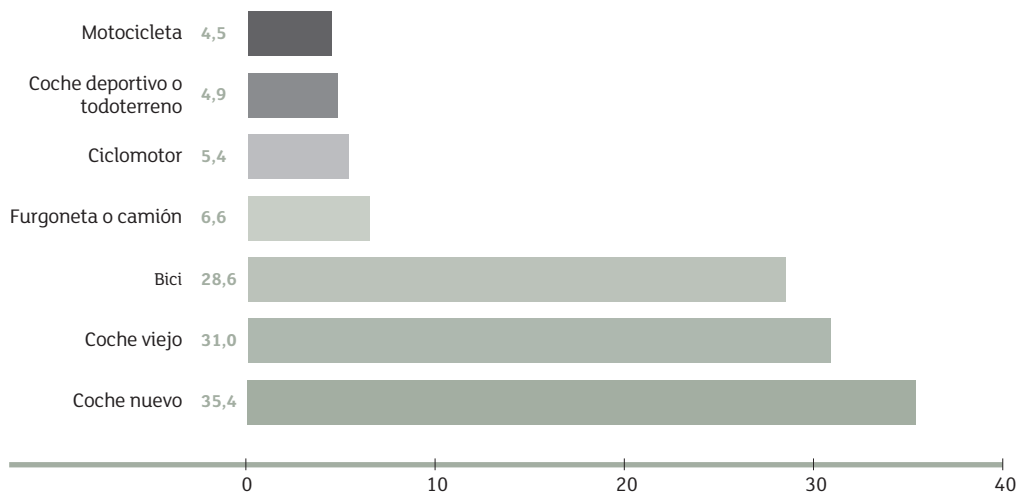
«DIRÍAS QUE ESTA NUEVA SITUACIÓN ES UN PROBLEMA SOCIAL...»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Muy grave	17,3	17,0	20,0
Bastante grave	55,9	45,2	43,6
Poco grave	15,8	22,3	21,8
Nada	5,4	4,6	9,2
Ns/Nc	5,4	10,9	5,4
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.3.2.4. Seguridad vial

a) Vehículo habitual

La mayoría de la juventud usa algún tipo de vehículo (76,2%) y entre éstos los más habitualmente utilizados son el «coche nuevo», seguido de «coche viejo» y «bici», con alrededor de un tercio de los y las entrevistados/as dicen hacer uso de los mismos, mientras que «furgoneta», «camión», «ciclomotor», «coche deportivo» o «todoterreno» y «motocicleta» los utiliza poca gente, entre el 6,6% y el 4,5% (Gráfico 34).

Gráfico 34
VEHÍCULO HABITUAL (%)



* Porcentaje de personas que dicen usar habitualmente ese vehículo.

Con relación al género, si bien no se dan diferencias en el uso del de vehículos a motor de cuatro ruedas, en el uso de la «bici», «ciclomotor» y «motocicleta» hay una clara conexión según género, ya que los hombres son quienes más usan esos tres tipos de vehículos para sus desplazamientos, especialmente la «bici» (Tabla 109).

Tabla 109
VEHÍCULO HABITUAL, SEGÚN EL GÉNERO (%)

«¿CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES VEHÍCULOS UTILIZAS HABITUALMENTE?»	HOMBRE	MUJER
Bici	35,1	22,1
Ciclomotor	6,9	3,9
Motocicleta	6,4	2,6

* Porcentaje de personas que dicen usar habitualmente ese vehículo.

Todos los vehículos, se utilizan más a medida que se tienen más años salvo la «bici» y el «ciclomotor» más propios de los más jóvenes (15-19 años) (Tabla 110).

Tabla 110
VEHÍCULO HABITUAL, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«¿CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES VEHÍCULOS UTILIZAS HABITUALMENTE?»	15-19	20-24	25-29
Coche nuevo	22,6	36,2	44,8
Coche viejo	18,4	36,0	35,5
Bici	37,1	28,5	21,7
Furgoneta o camión	4,7	5,3	9,6
Ciclomotor	7,5	6,1	2,8

* Porcentaje de personas que dicen usar habitualmente ese vehículo.

Son significativas las diferencias por territorios; en Bizkaia es donde menos se utiliza el «coche viejo» y la «bici». Y en Gipuzkoa es en donde más uso se le da a la «bici» y al «ciclomotor» (Tabla 111).

Tabla 111
VEHÍCULO HABITUAL, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«¿CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES VEHÍCULOS UTILIZAS HABITUALMENTE?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Coche viejo	37,9	27,8	33,3
Bici	37,9	19,4	39,8
Ciclomotor	3,0	4,0	8,8

* Porcentaje de personas que dicen usar habitualmente ese vehículo.

La variable «ocupación» arroja diferencias internas significativas; «coche viejo», «furgoneta» y «motocicleta» son los más utilizados por las y los «trabajadores» para sus desplazamientos y «bici» por las y los «estudiantes» (Tabla 112).

Tabla 112
VEHÍCULO HABITUAL, SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«¿CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES VEHÍCULOS UTILIZAS HABITUALMENTE?»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
Coche nuevo	25,7	47,4	36,0	33,3
Coche viejo	27,6	35,2	34,7	28,3
Bici	36,4	21,8	26,2	23,3
Furgoneta o camión	3,8	9,8	7,6	5,8
Motocicleta	3,5	6,8	3,1	3,3

* Porcentaje de personas que dicen usar habitualmente ese vehículo.

b) Frecuencia de uso de medidas de protección en los vehículos

Las distintas «medidas de protección» legales y posibles tienen un uso muy diferenciado. El «cinturón de seguridad cuando es uno el que conduce» es el factor de seguridad más aceptado con un 94,5%; «el cinturón para el pasajero» o «el casco para los ocupantes de moto y bici» son conceptos a los que, aparentemente, se da menos importancia. No obstante, el uso de «casco» excepto cuando se va en «bici» está muy generalizado (Tabla 113).

Tabla 113
FRECUENCIA DE USO DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN (%)

«SEÑALA LA FRECUENCIA CON QUE UTILIZAS LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE PROTECCIÓN»	% DE USUARIOS/AS DE CADA VEHÍCULO, SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NS/NC	TOTAL PORCENTUAL
Cinturón de seguridad si conduces	67,0	94,5	1,5	0,2	3,8	100,0
Cinturón si no conduces	97,0	85,9	10,7	2,4	0,7	100,0
Casco cuando vas detrás en la moto	40,9	80,5	5,2	5,4	8,9	100,0
Casco cuando conduces en moto	21,9	70,0	2,0	3,3	24,8	100,0
Casco cuando vas en bici	48,4	18,0	10,9	65,0	6,1	100,0
Casco cuando vas en monopatín	19,5	7,7	3,6	64,2	24,5	100,0

En términos generales, la juventud se decanta mayoritariamente por el uso del cinturón de seguridad, especialmente cuando es quien conduce. Sin embargo no existe la misma actitud

en cuanto a la utilización del casco en las motos, con porcentajes importantes de gente que no la utiliza siempre. Por último, la utilización de casco cuando se anda en bicicleta o en monopatín es minoritaria.

A tenor de los datos manejados por el Departamento de Sanidad⁴, los accidentes de tráfico continúan siendo en la CAPV la principal causa de mortalidad juvenil, especialmente entre los chicos, aunque se está produciendo un ligero descenso. (Tabla 114).

Tabla 114
TASAS DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES,
SEGÚN CAUSAS PRINCIPALES ENTRE LAS MUJERES Y
LOS HOMBRES DE 15 A 29 AÑOS EN 1992/1996 Y 2002/2003

CAPV	1992/96			2002/03			DIFERENCIA 2002/03-1992/96		
	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos
Accidentes de tráfico vehículo motor	29,3	7,0	18,3	26,2	9,0	17,8	-3,1	2,0	-0,5

Fuente: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

A mayor edad más conciencia para el uso tanto del «cinturón de seguridad» como del «casco», aunque el grupo de 20-24 años se presenta como más permisivo hasta que cumple más años (Tabla 115).

⁴ OBSERVATORIO VASCO DE LA JUVENTUD. «La mortalidad en las y los jóvenes de 15 a 29 años»; p. 6. En: *Indicadores de Juventud*. 1.ª ed. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2007.

Tabla 115
FRECUENCIA DE USO DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«SEÑALA LA FRECUENCIA CON QUE UTILIZAS LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE PROTECCIÓN»	% DE USUARIOS/AS DE CADA VEHÍCULO, SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN	15-19	20-24	25-29
Cinturón si no conduces	97,0	84,0	83,0	90,7
Casco en bici	48,4	15,3	14,5	25,1
Casco en monopatín	19,5	8,3	6,1	8,8

* Porcentaje de personas que afirman usar la medida de protección correspondiente siempre.

Los guipuzcoanos son los que menos utilizan el «cinturón si no conducen» y el «casco cuando van detrás en la moto» y, sin embargo, son los más precavidos en el uso del «casco cuando van en monopatín» (Tabla 116).

Tabla 116
FRECUENCIA DE USO DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

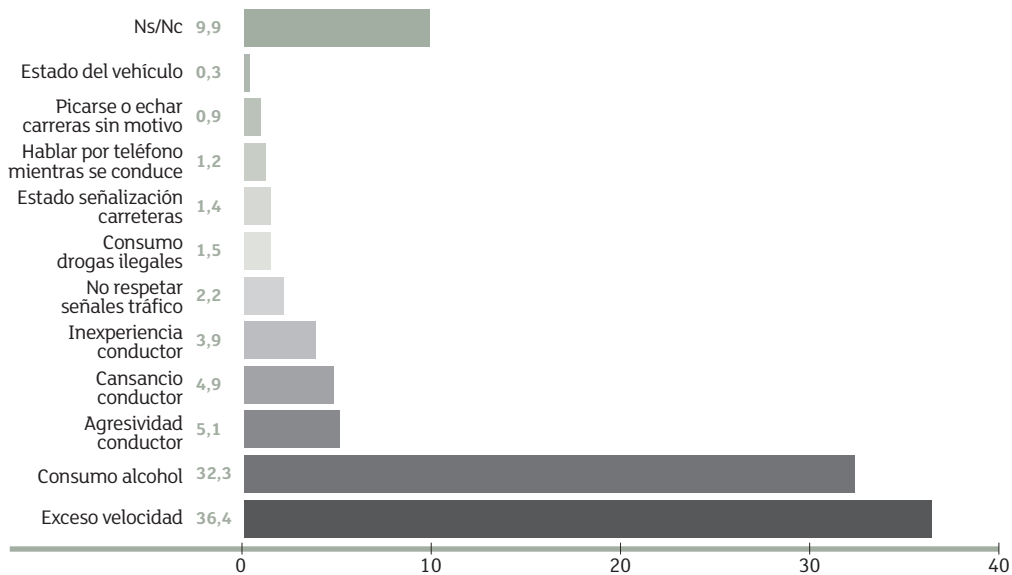
«SEÑALA LA FRECUENCIA CON QUE UTILIZAS LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE PROTECCIÓN»	% DE USUARIOS/AS DE CADA VEHÍCULO, SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Cinturón si no conduces	97,0	87,1	87,8	81,8
Casco cuando vas detrás en la moto	40,9	76,1	83,3	77,2
Casco en monopatín	19,5	4,0	5,2	15,7

* Porcentaje de personas que afirman usar la medida de protección correspondiente siempre.

c) Causas de los accidentes de tráfico

El «exceso de velocidad» —36,4%— y el «consumo de alcohol» —32,3%— son, en opinión de la juventud vasca, los dos factores que destacan sobre las causas claras de los accidentes de tráfico. El resto de causas a las que se atribuyen los accidentes son muy variadas y poco concluyentes: «agresividad del conductor», «cansancio» o «inexperiencia», entre otras por debajo del 5,1% (Gráfico 35).

Gráfico 35
CAUSAS DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO (%)



Las mujeres atribuyen el «consumo de alcohol» como causa de accidentes de tráfico en mucha mayor medida que los hombres (41,9% y 30,9% respectivamente); sin embargo, el «exceso de velocidad» como factor de causa de accidentes se percibe de forma similar entre mujeres y hombres (33,5% y 31,1% respectivamente).

A más edad, menor creencia en que el «consumo de alcohol» sea influyente en los accidentes de tráfico, y más creencia en que el «exceso de velocidad» sí influye (Tabla 117).

Tabla 117
CAUSAS DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«EN TU OPINIÓN, ¿QUÉ INFLUYE MÁS EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO?»	15-19	20-24	25-29
Exceso de velocidad	28,6	37,3	41,8
Consumo de alcohol	37,1	32,5	28,0

A su vez, son los guipuzcoanos los más concienciados en que tanto el «exceso de velocidad» como el «consumo de alcohol» son causas directas de los accidentes de tráfico (Tabla 118).

Tabla 118
CAUSAS DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«EN TU OPINIÓN, ¿QUÉ INFLUYE MÁS EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Exceso de velocidad	35,5	35,8	38,0
Consumo de alcohol	29,1	32,2	33,9

2.4. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

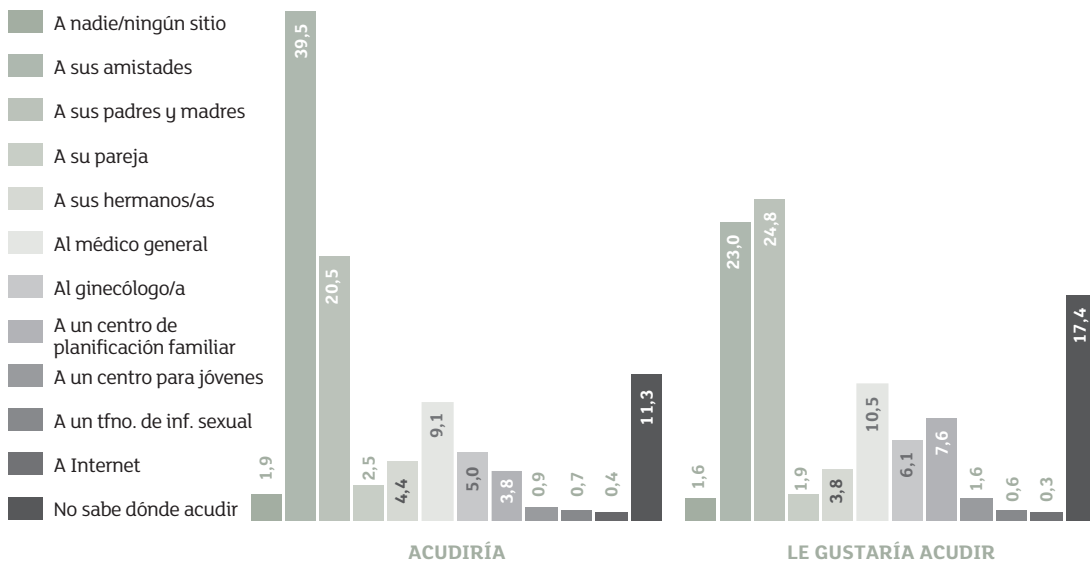
2.4.1. Actitud ante un problema relacionado con la sexualidad

La juventud vasca si tuviera un problema relacionado con la sexualidad acudiría principalmente a sus amigos/as (39,5%) y a su familia (20,0%). Entre los servicios sanitarios, el «médico general» sería más demandado (9,1%) que el «ginecólogo» (5,0%) y el «Centro de Planificación Familiar» (3,8%). Hay que destacar así mismo el hecho de que el tercer porcentaje más elevado de personas se sitúe en la opción de «no sabe a dónde acudir».

Por otro lado, vemos que ante eventuales problemas relacionados con la sexualidad a quien más se «acude» es a las amistades, pero potencialmente gustaría acudir más a la familia (Gráfico 36).

Gráfico 36

SI TUVIERAS UN PROBLEMA RELACIONADO CON LA SEXUALIDAD,
¿A QUIÉN ACUDIRÍAS?, ¿Y A QUIÉN TE GUSTARÍA ACUDIR? (%)



Ante un eventual problema relacionado con la sexualidad, tanto hombres como mujeres tienen comportamientos similares, si bien las chicas se apoyan en mayor medida en sus amigos y en sus padres, y en los chicos se da un mayor desconcierto con respecto a dónde acudir o dónde les gustaría acudir en caso de tener un problema sexual (Tabla 119).

Tabla 119
FUENTES DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD,
SEGÚN EL GÉNERO (%)

«SI TUVIERAS UN PROBLEMA RELACIONADO CON LA SEXUALIDAD, ¿A QUIÉN ACUDIRÍAS?, ¿Y A QUIÉN TE GUSTARÍA ACUDIR?»	HOMBRE	MUJER
Acudiría a amigos/as	36,8	42,4
Acudiría a padres y madres	20,3	21,0
No sé dónde acudiría	13,9	8,7
Me gustaría acudir a amigos/as	21,9	25,7
Me gustaría acudir a padres y madres	21,7	27,7
No sé dónde me gustaría acudir	22,7	12,1

A medida que aumenta la edad disminuyen tanto la figura del «amigo» como de la «familia» como posibles fuentes de apoyo del encuestado ante un problema de índole sexual.

La «amistad» es un valor estable en el potencial «a quien acudiría» en todas las edades, mientras que la «familia» pierde mucho peso a medida que la edad aumenta (Tabla 120).

En Bizkaia es donde «amigos/as» alcanza los valores más altos de los tres territorios, ante un problema sexual. Los guipuzcoanos «acudirían a los padres y madres» más que en los otros dos territorios, mientras que los alaveses presentan los porcentajes más altos en la categoría de «no sabría dónde acudiría» (Tabla 121).

Tabla 120

FUENTES DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD,
SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«SI TUVIERAS UN PROBLEMA RELACIONADO CON LA SEXUALIDAD, ¿A QUIÉN ACUDIRÍAS?, ¿Y A QUIÉN TE GUSTARÍA ACUDIR?»	15-19	20-24	25-29
Acudiría a amigos/as	43,4	40,6	35,2
Acudiría a padres y madres	31,4	19,3	13,4
No sé dónde acudiría	7,8	13,2	11,9
Me gustaría acudir a amigos/as	23,9	23,7	23,8
Me gustaría acudir a padres y madres	36,1	23,7	16,6
No sé dónde me gustaría acudir	14,3	19,1	18,0

Tabla 121

FUENTES DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD,
SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«SI TUVIERAS UN PROBLEMA RELACIONADO CON LA SEXUALIDAD, ¿A QUIÉN ACUDIRÍAS?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Acudiría a amigos/as	37,9	41,0	38,0
Acudiría a padres y madres	21,7	18,6	23,6
No sé a dónde acudiría	16,3	10,2	10,8

2.4.2. Actitud ante un problema relacionado con las drogas

Ante un problema relacionado con las drogas, también «padres» y «amigos/as» destacan sobre el resto de posibles apoyos, tanto en «acudiría» como en «le gustaría acudir». Es destacable que la tercera opción más elegida sea «no sé dónde acudiría» (10,6%) por delante del «médico especialista» (8,6%) y de un «centro de drogodependencias» (5,9%) (Tabla 122).

Tabla 122
FUENTES DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DROGAS (%)

«SI TUVIERAS UN PROBLEMA RELACIONADO CON LAS DROGAS...»	¿A QUIÉN ACUDIRÍAS?»	¿Y A QUIÉN TE GUSTARÍA ACUDIR?»
A mis padres y madres	42,8	37,8
A mis amigos/as	20,2	11,9
No sé a dónde acudiría	10,6	16,9
Al médico especialista	8,6	11,4
A un centro de drogodependencias	5,9	11,2
Al médico general	4,4	4,0
A mis hermanos/as	3,8	3,0
A un centro para jóvenes	1,6	2,2
A nadie o a ningún sitio	1,6	0,9
A un teléfono de información de drogas	0,4	0,4
A mi pareja	0,1	0,2
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0

* n= porcentaje de personas que han respondido si.

2.4.3. Uso de internet

Internet se convierte en una fuente de búsqueda de información para muchos de los encuestados/as; así un 44,1% afirma entrar allí para profundizar más sobre sexo, drogas, alimentación, tiempo libre, etc., mientras que el 53,0% restante no utiliza dicho recurso (2,9% Ns/Nc).

A más edad, más se acude a «Internet a buscar información sobre sexo, drogas, alimentación, tiempo libre, etc.» (de 15 a 19 años, 37,9%; de 20 a 24 años, 45,2%; y de 25 a 29 años, 48,0%).

2.4.4. Información sobre consumo excesivo de alcohol

Más de la mitad de las y los jóvenes encuestados —54,4%— ha recibido información de sus profesores sobre prevención del consumo excesivo de alcohol, como otro de los grandes temas de estudio de esta investigación, mientras un 41,2% dicen no haber recibido.

Entre quienes han recibido información el 64,7% ha considerado útil la información recibida y el 28% no útil. Un 6,9% no contesta la pregunta.

Con relación a la edad, el papel del profesor como informante sobre la prevención del consumo excesivo de alcohol aumenta entre los y las más jóvenes (Tabla 123).

Tabla 123

INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL
PROPORCIONADA POR EL PROFESORADO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«¿HAS RECIBIDO INFORMACIÓN DE TUS PROFESORES SOBRE PREVENCIÓN DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL?»	15-19	20-24	25-29
Sí	78,7	54,0	34,8

Álava es el territorio donde las y los jóvenes más información reciben de los profesores sobre prevención del consumo excesivo de alcohol con un 60,6%, mientras que Gipuzkoa es donde menos con un 52,1% (Tabla 124).

Tabla 124
 INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL
 PROPORCIONADA POR EL PROFESORADO, SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«¿HAS RECIBIDO INFORMACIÓN DE TUS PROFESORES SOBRE PREVENCIÓN DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL?»	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Sí	60,6	54,0	52,1

2.4.5. Utilidad de las campañas de prevención de consumo de drogas ilegales

Se ha preguntado a los y las jóvenes su opinión sobre el valor de las campañas en los medios de comunicación como medio para prevenir el consumo de drogas ilegales; en ese sentido, consideran en un 55,9% que dichas campañas no sirven como acción preventiva y un 34,4% que sí lo son (10,5% Ns/Nc) (Tabla 125).

Tabla 125
 VALOR DE LAS CAMPAÑAS DE PUBLICIDAD PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES (%)

«¿CREES QUE LAS CAMPAÑAS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SIRVEN PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES?»	%
Sí	34,4
No	55,9
No sabe	9,1
No contesta	0,6
TOTAL PORCENTUAL	100,0

La mujer confía más que el hombre en el papel preventivo de las campañas en los medios de comunicación sobre el consumo de drogas ilegales (37,2% y 31,5% respectivamente).

A medida que se cumplen años hay más desconfianza en el papel preventivo de las campañas en los medios de comunicación sobre el consumo de drogas ilegales; así vemos que los y las jóvenes de 15 a 19 años opinan «sí» confiar en un 42,3%, mientras que el «sí» de los de 25-29 años desciende al 30,4% (Tabla 126).

Tabla 126

VALOR DE LAS CAMPAÑAS DE PUBLICIDAD PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES, SEGÚN GÉNERO Y GRUPOS DE EDAD (%)

«¿CREES QUE LAS CAMPAÑAS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SIRVEN PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES?»	TOTAL	HOMBRE	MUJER	15-19	20-24	25-29
Sí	34,4	31,5	37,2	42,3	32,2	30,4

Gipuzkoa es el territorio donde menos confianza hay en el papel preventivo de las campañas en los medios de comunicación sobre el consumo de drogas ilegales —30,8%—, y Bizkaia donde más —36,3%— (Álava 35,0%).

Con relación al papel preventivo de las campañas en los medios de comunicación sobre el consumo de drogas ilegales, tanto la clase «alta/media-alta» (35,4%), como la «media» (35,3%) tienen un criterio similar, ya que uno de cada tres encuestados ven claro dicho papel preventivo; por el contrario, la clase «media-baja/baja» es la más escéptica respecto al papel de los medios de comunicación, con un 22,7% (Tabla 127).

Tabla 127

VALOR DE LAS CAMPAÑAS DE PUBLICIDAD PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES, SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«¿CREES QUE LAS CAMPAÑAS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SIRVEN PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES?»	TOTAL	ALTA-MEDIA ALTA	MEDIA	MEDIA BAJA-BAJA
Sí	34,4	35,4	35,3	22,7

2.5. EL SISTEMA MÉDICO

2.5.1. Frecuencia de visitas médicas y tipología de consultas médicas

El 27,2% no ha acudido al médico en el último año, mientras que sí lo ha hecho el 69,8% (Tabla 128).

Tabla 128
ACUDIR AL MÉDICO (%)

«¿HAS ACUDIDO AL MÉDICO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?»	%
Sí	69,8
No	27,2
Ns/Nc	3,0
TOTAL PORCENTUAL	100,0

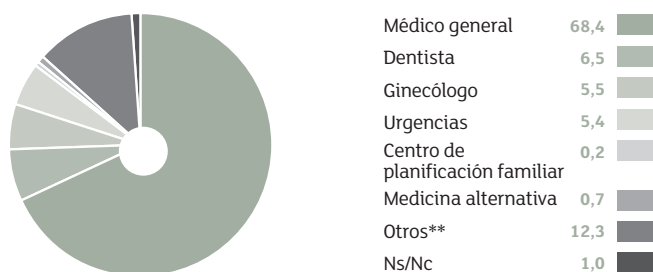
Las mujeres han acudido más al médico que los hombres y por territorios históricos, los y las alavesas son quienes en mayor proporción han visitado al médico (Tabla 129).

Tabla 129
ACUDIR AL MÉDICO, SEGÚN GÉNERO Y TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)

«¿HAS ACUDIDO AL MÉDICO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?»	HOMBRE	MUJER	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Sí	66,1	73,6	74,8	68,3	70,3

Entre quienes han acudido al médico siendo el «médico general» con un 68,4% el más visitado en la última consulta (Gráfico 37).

Gráfico 37
¿QUÉ MÉDICO O SERVICIO SANITARIO VISITASTE
EN TU ÚLTIMA VISITA?* (%)



* n = personas que han acudido a consulta médica en el último año.

** Otros: traumatología, dermatología, oculista, médico de empresa, cardiólogo/a, psicólogo/a, cirujano/a, fisioterapeuta, neumólogo/a, medicina deportiva, etc.

Asimismo, de los que han acudido al médico en el último año, en un 53,6% lo han hecho para «diagnóstico y/o tratamiento», el 31,8% para «revisión» y el 3,2% para «dispensación de recetas»; teniendo el resto de causas una incidencia por debajo del 1,5%

2.5.2. Usuarios de servicios sanitarios públicos y/o privados

Los «servicios sanitarios públicos» con un 84,6% son abrumadoramente la opción más utilizada por los encuestados de la CAPV cuando tienen un problema de salud, frente al 11,4% que acude al «servicio sanitario privado o de un seguro» (Gráfico 38).

En ese sentido y con la información que nos proporciona la siguiente tabla⁵, se puede contrastar el fuerte incremento que en una década han experimentado las consultas médicas públicas en la CAPV; pasándose de 4,2 consultas a 5,5 consultas médicas anuales (Tabla 130).

⁵ OBSERVATORIO VASCO DE LA JUVENTUD. «La salud de las y los jóvenes de 15 a 29 años»; p. 5. En: *Indicadores de Juventud*. 1.ª ed. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2007.

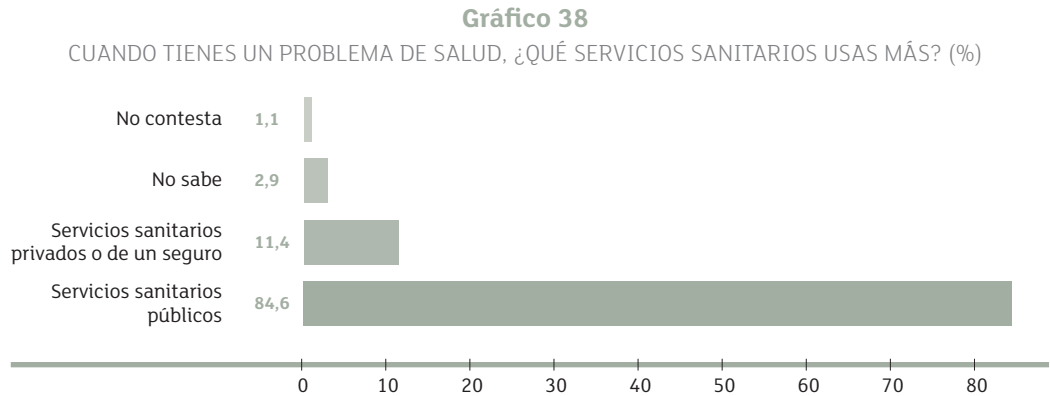


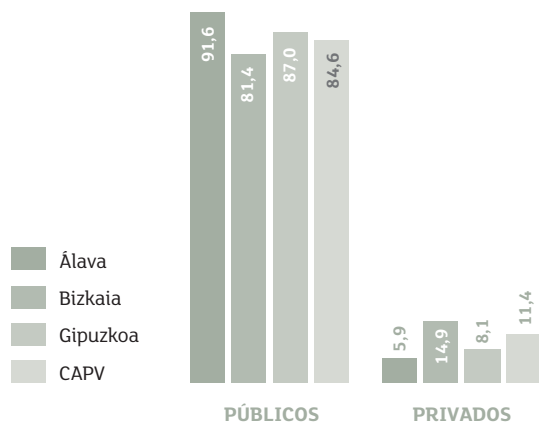
Tabla 130
 MEDIAS DE CONSULTAS MÉDICAS ANUALES POR INDIVIDUO DE 15 A 29 AÑOS
 SEGÚN EL GÉNERO, EN 1992 Y 2002

	1992*	2002	DIFERENCIA 2002-1992
Hombres	3,5	4,9	1,4
Mujeres	5,0	6,1	1,1
Ambos Sexos	4,2	5,5	1,3

* La población de 15 a 29 años es la censada en 1991, ya que para 1992 no disponemos de datos por edad y sexo.
 Fuente: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. ESCAV, 1992 Y 2002.

Álava es el territorio donde más se «usan los servicios sanitarios públicos» ante un problema de salud, mientras que los «servicios sanitarios privados o de un seguro» es en Bizkaia donde más respuesta tienen (Gráfico 39).

Gráfico 39
SERVICIOS SANITARIOS UTILIZADOS
ANTE UN PROBLEMA DE SALUD,
SEGÚN TERRITORIOS HISTÓRICOS (%)



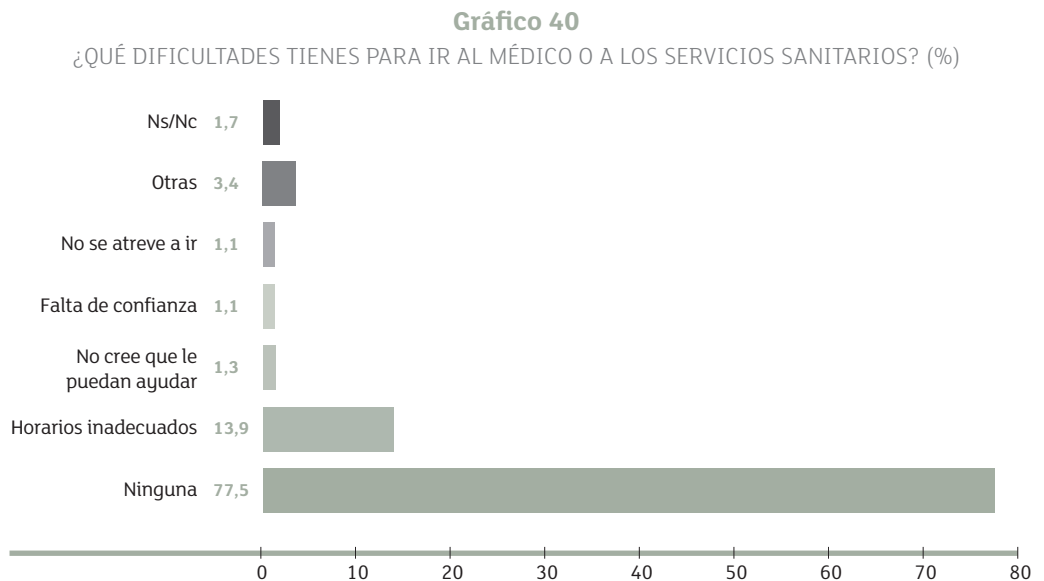
La correlación entre nivel de «clase social» y el uso de «servicios sanitarios públicos y/o privados» guarda un estrecho vínculo; según asciende el nivel social del encuestado menos prevalencia tienen los servicios públicos y más se acude a los privados (Tabla 131).

Tabla 131
SERVICIOS SANITARIOS UTILIZADOS ANTE UN PROBLEMA DE SALUD,
SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«CUANDO TIENES UN PROBLEMA DE SALUD, ¿QUÉ SERVICIOS SANITARIOS UTILIZAS MÁS?»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Servicios sanitarios públicos	79,8	86,4	90,7
Servicios sanitarios privados	16,7	9,6	5,3

2.5.3. Dificultades para ir al médico

Para algo más de tres de cada cuatro jóvenes de 15 a 29 años no hay «ninguna» dificultad para acceder al médico —77,5%—, aunque un 13,9% plantean los «horarios inadecuados» como el principal problema de accesibilidad. El resto de causas aducidas como dificultades para ir al médico son prácticamente inapreciables: «no cree que le puedan ayudar», «falta de confianza» o «no se atreve a ir» (Gráfico 40).



En el planteamiento que se hace a los encuestados sobre posibles «dificultades para ir al médico» percibimos que la variable edad proporciona datos significativos. Cuanto más joven se es, el valor de «no tiene dificultad» es más elevado, y a medida que el intervalo de edad aumenta, más crece la sensación de las dificultades en cuanto a «horarios inadecuados» (Tabla 132).

Tabla 132
DIFICULTADES PARA IR AL MÉDICO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«¿QUÉ DIFICULTADES TIENES PARA IR AL MÉDICO O A LOS SERVICIOS SANITARIOS?»	15-19	20-24	25-29
No tengo dificultad	84,1	75,1	74,6
Horarios inadecuados	8,3	15,5	16,7
No creo que me puedan ayudar	0,3	1,8	1,5
Falta de confianza	2,3	1,1	0,2
No me atrevo a ir	0,8	1,3	1,3
Otras	1,5	4,2	3,9
Ns/Nc	2,8	0,9	1,8
TOTAL PORCENTUAL	100,0	100,0	100,0

2.5.4. Utilidad de los servicios médicos para tratar enfermedades

Con relación a la utilidad de los servicios sanitarios para tratar distintos problemas de salud, los ítems: «una enfermedad de transmisión sexual» (58,2%), «problemas con la sexualidad» (51,7%) y «un embarazo no deseado» (51,5%) son en donde más alta utilidad sanitaria encuentran los encuestados para el «tratamiento de dichas enfermedades» (Tabla 133).

La utilidad que se da a los servicios sanitarios para «tratar problemas sobre sexualidad», «tratar una depresión», «tratar una anorexia», para «dejar de fumar» y «prevenir un embarazo no deseado» tiene un peso mayor entre las mujeres que entre los hombres. Sólo con relación a dicha utilidad en cuanto a «tratar un embarazo no deseado» y «tratar problemas psicológicos» tienen ambos géneros un comportamiento prácticamente similar (Tabla 134).

Tabla 133
UTILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA TRATAR ENFERMEDADES (%)

«¿CUÁL ES EN TU OPINIÓN LA UTILIDAD QUE TIENEN LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA TRATAR O ATENDER LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?»	MUY ÚTIL + BASTANTE ÚTIL
Una enfermedad de transmisión sexual	58,2
Problemas sobre sexualidad	51,7
Un embarazo no deseado	51,5
Problemas psicológicos	49,4
Problemas con las drogas	44,3
Una depresión	42,6
Una anorexia	42,2
Dejar de fumar	37,9

* Porcentaje de personas que han respondido «muy útil+bastante útil» a cada uno de los ítems.

Tabla 134
UTILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA TRATAR ENFERMEDADES, SEGÚN GÉNERO (%)

«¿CUÁL ES EN TU OPINIÓN LA UTILIDAD QUE TIENEN LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA TRATAR O ATENDER LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?»	HOMBRE	MUJER
Tratar problemas sobre sexualidad	48,2	55,2
Tratar un embarazo no deseado	51,2	51,8
Tratar problemas psicológicos	48,9	49,9
Tratar una depresión	40,5	44,8
Tratar una anorexia	40,9	43,5
Dejar de fumar	34,0	41,8

* Porcentaje de personas que ha respondido «muy útil+bastante útil» a cada uno de los ítems.

También son significativas las diferencias de edad con relación a la utilidad que se da a los servicios sanitarios para tratar: «un embarazo no deseado», «problemas psicológicos» «problemas con las drogas», «depresión», «anorexia» y «dejar de fumar», ya que cuanto más joven se es, más utilidad constatable se percibe en cada una de esas variables (Tabla 135).

Tabla 135

UTILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA TRATAR ENFERMEDADES,
SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«¿CUÁL ES EN TU OPINIÓN LA UTILIDAD QUE TIENEN LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA TRATAR O ATENDER LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?»	15-19	20-24	25-29
Tratar un embarazo no deseado	56,4	51,2	47,6
Tratar problemas psicológicos	58,7	49,4	41,4
Tratar problemas con las drogas	54,4	42,4	37,9
Tratar una depresión	50,9	40,4	38,2
Tratar una anorexia	53,7	40,6	34,2
Dejar de fumar	43,6	37,7	33,3

* Porcentaje de personas que ha respondido «muy útil+bastante útil» a cada uno de los ítems.

Poder «tratar problemas sobre sexualidad en los servicios sanitarios» donde más se considera en la categoría de «muy/bastante útiles» es en la escala social más elevada; siendo así, que en la «clase alta/media-alta» es donde se llega a la cifra más alta con un 54,2%. Asimismo, la utilidad de los servicios sanitarios para «tratar problemas psicológicos» sigue la pauta anterior con un 55,1% en dicha «clase alta/media-alta», al igual que para «tratar problemas con las drogas» con un 47,0% y para tratar una «depresión» con un 47,9% (Tabla 136).

Tabla 136
UTILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA TRATAR ENFERMEDADES,
SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«¿CUÁL ES EN TU OPINIÓN LA UTILIDAD QUE TIENEN LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA TRATAR O ATEÑER LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
Tratar problemas sobre sexualidad	54,2	51,7	40,0
Tratar problemas psicológicos	55,1	48,1	37,3
Tratar problemas con las drogas	47,0	44,0	32,0
Tratar una depresión	47,9	40,8	36,0

* Porcentaje de personas que ha respondido «muy útil+bastante útil» a cada uno de los ítems.

2.5.5. Utilidad de los servicios médicos para prevenir enfermedades

Asimismo, esa utilidad sanitaria preventiva alcanza un 59,4% cuando es para prevenir el SIDA en su consideración como «útil/bastante útil»; dicha utilidad desciende si se trata de «prevenir un embarazo no deseado» (49,1%) o «consumo excesivo de tabaco, alcohol y drogas ilegales», ya que descienden al tercio los encuestados que creen en la utilidad de los servicios médicos para dicha prevención (Tabla 137).

Las mujeres opinan que los servicios sanitarios resultan de mayor utilidad para prevenir un embarazo que los hombres (52,1% y 46,2% respectivamente).

Asimismo y con relación a la utilidad de los servicios sanitarios para prevenir distintas cuestiones sanitarias, nos encontramos con que también las cohortes más jóvenes son las que más utilidad les encuentran —en el valor «muy/bastante útil»— en todas las áreas planteadas. Es decir, que de alguna manera, a medida que los jóvenes cumplen años menos utilidad ven en los servicios sanitarios en su acción preventiva (Tabla 138).

Tabla 137

UTILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA PREVENIR ENFERMEDADES (%)

«¿CUÁL ES EN TU OPINIÓN LA UTILIDAD QUE TIENEN LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA PREVENIR LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?»	MUY ÚTIL + BASTANTE ÚTIL
El SIDA	59,4
Un embarazo no deseado	49,1
Consumo de tabaco	36,2
Consumo excesivo de alcohol	33,5
Consumo de drogas ilegales	32,0

* Porcentaje de personas que ha respondido «muy útil+bastante útil» a cada uno de los ítems.

Tabla 138

UTILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA PREVENIR ENFERMEDADES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (%)

«¿CUÁL ES EN TU OPINIÓN LA UTILIDAD QUE TIENEN LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA PREVENIR LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?»	15-19	20-24	25-29
El SIDA	64,0	61,1	53,3
Un embarazo no deseado	57,7	48,3	42,8
Consumo de tabaco	41,8	34,6	33,3
Consumo excesivo de alcohol	41,8	30,5	29,8
Consumo de drogas ilegales	38,8	29,4	29,2

* Porcentaje de personas que ha respondido «muy útil+bastante útil» a cada uno de los ítems.

Y respecto a la relación entre dicha utilidad para prevenir «el SIDA», «un embarazo no deseado» y «el consumo excesivo de alcohol» los «desempleados» son los que menos útiles ven dichos servicios y los «estudiantes» los que más (Tabla 139).

Tabla 139

UTILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA PREVENIR ENFERMEDADES,
SEGÚN LA OCUPACIÓN (%)

«¿CUÁL ES EN TU OPINIÓN LA UTILIDAD QUE TIENEN LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA PREVENIR LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?»	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	DESEMPLEADO/A
El SIDA	62,4	56,6	61,4	46,8
Un embarazo no deseado	53,3	43,1	51,7	37,8
Consumo excesivo de alcohol	36,6	31,7	29,5	27,9

* Porcentaje de personas que ha respondido «muy útil+bastante útil» a cada uno de los ítems.

Por último, recogemos que también la utilidad de los servicios sanitarios para «prevenir el SIDA» tiene una relación directa con el ascenso en el nivel de clase social; siendo en este caso, donde la clase social «Alta/media-alta» alcanza un valor más alto con un 64,9% (Tabla 140).

Tabla 140

UTILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA PREVENIR ENFERMEDADES,
SEGÚN LA CLASE SOCIAL (%)

«¿CUÁL ES EN TU OPINIÓN LA UTILIDAD QUE TIENEN LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA PREVENIR LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?»	ALTA/MEDIA-ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA/BAJA
El SIDA	64,9	57,4	48,0

* Porcentaje de personas que ha respondido «muy útil+bastante útil» a cada uno de los ítems.

2.5.6. Valoración de los servicios médicos

La juventud que ha acudido al médico o a los servicios sanitarios en el último año, en una escala de 0 a 10 (pésima-excelente), califican con un 9,24 puntos el servicio recibido. Sin embargo, la puntuación otorgada a los servicios sanitarios, independientemente de que los hayan usado o no, es de dos puntos menos (6,95 puntos).

La valoración general que se hace a los servicios sanitarios, cuyo promedio es un 6,95, alcanza un 7,23 en el intervalo de los jóvenes entre 15 y 19 años, descendiendo a un 6,84 entre los de 25 a 29 años.

Esta información se ratifica en la «valoración general de los servicios sanitarios», cuyo promedio veíamos que es del 6,95, y donde los «desempleados/as» califican de 6,82 mientras que los «estudiantes» suben hasta un 7,05 (trabajadores: 6,84 y trabajadores/estudiantes: 6,86).

Cabe mencionar, finalmente, que con relación a la valoración que la juventud hace sobre la utilidad de los servicios sanitarios para tratar y/o prevenir distintos riesgos en salud, este colectivo percibe una mayor utilidad de los servicios sanitarios para tratar enfermedades, que para prevenirlas.

Por otro lado, la valoración concedida a la labor de la asistencia médica tanto si se trata de su utilidad para prevenir como para tratar las enfermedades, es menor a medida que aumenta la edad.

KGk

COLECCIÓN **GAZTEAK** BILDUMA

3.
**Posibles
recomendaciones
a acciones
de promoción
y educación
para la salud**



Posibles recomendaciones a acciones de promoción y educación para la salud

Dentro de las posibles recomendaciones sobre acciones vinculadas con la promoción y educación para la salud, vamos a diferenciar entre las que tendrían el ámbito escolar como su espacio de desarrollo, y medidas de carácter más político, que se desarrollarían dirigidas al colectivo joven de forma más general. Comencemos por ver las acciones más directamente vinculadas con la promoción y educación para la salud.

En cuanto a posibles acciones a desarrollar en el entorno escolar, parece claro que el enfoque más adecuado e idóneo para las acciones de promoción y educación para la salud, sería uno eminentemente práctico, que pueda ayudar a la juventud a tomar decisiones de una forma autónoma y responsable para su salud.

En este sentido, resulta imprescindible incorporar el nivel de la experiencia real o representada de la juventud, que éstos puedan observar en las acciones que se les presentan una clara utilidad y «operatividad» en sus ámbitos cotidianos. Por lo tanto, parece positivo plantear talleres u otras acciones, con relación directa a la realidad joven, y tratar de huir de planteamientos excesivamente «psicologistas» que puedan resultar abstractos y cuya intención es difícil de aprehender por parte de este colectivo.

Al incorporar la experiencia se tiene presente la existencia de claroscuros que la juventud advierte en algunas prácticas no saludables, como puede ser el consumo de alcohol, cannabis, etc. Lo que significa romper con los modelos de acciones informativas o formativas en las que se hace una exposición normativa de lo «bueno» y «lo malo», planteamiento dicotómico muy alejado de la que es la aprehensión que los y las jóvenes hacen de su contacto con el consumo de drogas. No sólo se trata de que cuenten con información, sino de que incorporen y hagan propios los cuidados para su salud.

En la misma línea, sería positivo hacer un planteamiento de estas acciones abierto a la participación de los y las jóvenes, alejándose del modelo de «conferencia» y «charla» de adultos, que otorga a éstos una mera posición de escucha pasiva. Se hace necesario escuchar a los propios jóvenes, las dudas, reflexiones y las ambivalencias que puedan tener respecto a áreas muy diferentes, y que en definitiva son sobre las que se basa su comportamiento y actitud. Una participación y escucha activa que puede canalizarse de formas muy diferentes

—debates tras visionados de películas o a partir de noticias; exposición de casos reales, etc. —. En definitiva, ayudar a que la juventud reflexione sobre los posibles resultados de sus decisiones, de sus pros y contras.

Lo que se plantea en el discurso juvenil sobre los programas de educación para la salud ya estaría siendo recogido por algunos programas de promoción, basados en el planteamiento de «dilemas» o presentación de casos ante los que los y las jóvenes han de tomar una decisión. Este tipo de enfoque se aleja del planteamiento estrictamente normativo, reconociendo la ambivalencia que existe en las situaciones a las que deben enfrentarse cotidianamente, lo que ayuda a reforzar la responsabilidad de los y las jóvenes, fortaleciendo su posición personal en la toma de decisiones. Son enfoques «prácticos» que reconocen a las personas jóvenes como sujetos activos de la acción y de la decisión.

Otro factor importante a considerar es el profesional que debiera desarrollar este tipo de acción. Lo que parece más recomendable es que sea alguien externo al propio entorno escolar, es decir, una figura distinta al profesorado. La existencia de una relación e imagen previa de estos puede incidir negativamente en la receptividad e interés demostrado por la juventud. El esfuerzo que se está haciendo desde distintas instituciones y organismos en formación de profesores, no estaría reñido con el hecho de que sean otros profesionales quienes deban encargarse del desarrollo de las acciones, puesto que el profesorado debe ser un apoyo importante en esta educación, pero no necesariamente el único actor.

En cuanto a las posibles esferas de contenidos, parece recomendable dar entrada u otorgar una mayor importancia a la educación afectiva. Educación afectiva que trabaje la dimensión relacional del sujeto, consigo mismo, y con los otros. Una relación con los otros en la que se priorice y privilegie la comunicación como base de la confianza mutua. Se trataría de reforzar la concepción de amistad entendida como apoyo, y no sólo como soporte para el disfrute y la diversión. Fortaleciendo dentro de los grupos de pares la idea de respeto personal, favoreciendo que la permanencia al grupo no se asiente en la homogeneidad, sino en la libertad personal.

A partir de lo que aparece en los grupos, parece positivo desarrollar una educación afectiva que no niegue ni relativice la existencia de malestar, sino facilite y fomente que éste pueda mostrarse y comunicarse, evitando que se produzca su ocultamiento.

La educación afectivo-sexual debería plantearse de una forma amplia, no fijándose únicamente en ofrecer información sobre los medios anticonceptivos —teniendo por tanto el acto sexual, el coito, como único espacio de atención—, sino desarrollando una auténtica educación

afectiva, teniendo muy presente el lugar del otro, en la que el coito no sea sino un elemento más dentro de la relación, inscribiéndose en un marco de relación en el que debe tener cabida la responsabilidad, la confianza y la comunicación.

La esfera de la práctica deportiva es otro de los campos en los que es posible realizar alguna actuación desde el ámbito educativo. En este sentido, parece positivo fomentar una concepción integral de la práctica deportiva como desarrollo de bienestar físico y también psicológico, ya sea desde el desarrollo de la dimensión relacional de encuentro con las amistades, y/o el personal. Se podría pensar en la incorporación de actividades que ayuden y enseñen a los y las jóvenes a tener vías de relajación personal, y desarrollar una concepción de práctica deportiva global, en la que esté presente el plano físico y el mental.

De forma más general, y fuera del ámbito educativo, podrían apuntarse algunas medidas políticas concretas.

Dentro del ámbito de ocio sí parece existir cierta posibilidad de actuación orientado a incidir sobre los modelos de ocio joven. Los y las jóvenes han puesto de manifiesto la dimensión saludable que tiene la «salida» del espacio habitual, como vivencia liberadora y como encuentro de una diversidad que no siempre tienen en sus localidades. Teniendo esto en cuenta, cabe apuntar la idea de desarrollar una «red de alojamiento joven»: albergues, casas rurales, intercambio de viviendas, hoteles, etc., que facilite la salida de los y las jóvenes a otras formas y lugares de ocio.

Otro de los aspectos directamente relacionado con la dimensión saludable y gratificante del encuentro con las amistades, es la dificultad de acceder a lonjas o locales en los que desarrollar un encuentro más personal en un entorno con menor presencia y presión para el consumo de alcohol. En este contexto, parece positivo fomentar una política que facilite el acceso de la juventud a locales propios.

En el ámbito de la seguridad vial, lo dicho por los y las jóvenes presenta los actuales controles selectivos de alcoholemia como una estrategia eficaz con efectos positivos directos sobre la conducta seguida, siendo elementos disuasorios.

En el campo del sistema sanitario parece preciso motivar las visitas al servicio de ginecología entre las jóvenes, lo que pasa por romper la asociación reduccionista de esta consulta con la existencia de actividad sexual y situarla en un espacio más global de salud.

GAZTEAK

COLECCIÓN GAZTEAK BILDUMA

4. Principales resultados del estudio



Principales resultados del estudio

Finalmente, y para terminar se recogen algunas de las principales aportaciones realizadas en este estudio acerca de las representaciones, formas de vivir, y sentir de la juventud sobre la salud.

4.1. CONTEXTO SOCIAL DE LAS FORMAS DE VIDA DE LA JUVENTUD VASCA: EL ESPACIO JOVEN

Para entender la relación de los y las jóvenes con su salud, es necesario no olvidar que la salud de las personas está culturalmente condicionada. De ahí que primeramente tengamos que hacer referencia, siquiera brevemente, a las coordenadas en las que hoy en día se sitúa el «ser joven». De ello va a depender, en gran medida, la salud de este colectivo.

4.1.1. Nueva noción de ‘juventud’

Uno de los principales elementos que sirven para comprender lo que significa ser joven hoy es la configuración de una nueva concepción de la juventud. Los principales rasgos que definen este nuevo espacio joven serían los siguientes:

- Se abandona la tradicional idea de la juventud como período de aprendizaje para el ingreso en el mundo adulto y deviene en un espacio propio que abarca distintos estadios con características propias.
- Se produce la dilatación de la etapa joven desde los dos extremos que delimitan este espacio. Por un lado, la incorporación al espacio joven se produce a edades cada vez más tempranas, y por el otro, la salida de este espacio es forzosamente aplazado en su extremo superior.
- Desde un modelo educativo permisivo y proteccionista, la juventud se construye como una etapa de «despreocupación» orientada al disfrute inmediato, ya que parale-

lamente a las exigencias académicas, los y las jóvenes no van asumiendo nuevas responsabilidades y compromisos en otras esferas de la vida.

- La construcción de la idea de juventud, asociada a la ilimitada despreocupación y al disfrute vendría a coincidir con las edades centrales jóvenes (16-23 años), y se constituiría como el centro simbólico del espacio joven. Esta sería la etapa que desde la mirada adulta coincide con la imagen de «juventud feliz».
- El ocio, y sobre todo el asociado al del fin de semana, es el espacio que la sociedad otorga a la juventud como espacio central simbólico de desarrollo personal, aquel en el que los y las jóvenes comienzan a tener contacto con la realidad del exterior sin la tutela de los progenitores.

Este nuevo marco de referencia supone cambios cualitativos importantes que provoca tensiones en el ámbito de la salud. Se resaltan dos por su significación:

- La participación, a través de las salidas de los fines de semana, a edades cada vez más tempranas en los espacios de ocio de sectores juveniles, y por tanto en estadios evolutivos menos desarrollados, puede acarrear riesgos en la salud de los más jóvenes debido a los modelos de diversión establecidos en esos espacios (riesgos de accidentes, adicciones, etc.).
- En el extremo superior del límite que acota la juventud surgen así mismo tensiones y conflictos relacionados con el paso al mundo de los adultos. En la medida en que para algunos sectores de la juventud el ingreso en la sociedad como ciudadanos plenos está condicionado por factores sociales estructurales —relacionados con el empleo y la emancipación— que dificultan este tránsito, emerge un difuso malestar psicológico que se somatiza en forma de trastornos mentales o alimentarios que señalan la gran carga de frustración que el alargamiento forzado de la juventud conlleva.

Algunas de las consecuencias de esta situación serían:

- Aparecen situaciones paradójicas. Ante la falta de proyección de un futuro adulto, los y las jóvenes adultos, forzados a continuar seguir siendo jóvenes, se aferran a estilos de vida joven y tratan de postergar la entrada en el estadio de adultos.

- Renuncia al «consumo adulto» y desarrollo de un consumo basado en lo inmediato.
- Miedo al desclasamiento junto con el sentimiento de fracaso ante la imposibilidad de poder cumplir las expectativas puestas en ellos y ellas.
- Percepción del riesgo de ser relegados a la periferia social, sensación de desarraigo y exclusión.

Partiendo de una acepción integral y global de la salud, uno de los indicadores que mide la salud es el bienestar psíquico y emocional de las personas. Si nos fijamos en este indicador, las cifras que arroja este mismo estudio en relación a la salud mental no reflejan sin embargo tan nítidamente el descontento y el malestar psicológico del que acabamos de hablar.

La percepción de los y las jóvenes sobre su propia vida es que tienen una buena vida (93,7%) y que ésta les va bien (90,9%). El porcentaje de personas que afirma estar más bien de acuerdo con los ítems «me gustaría cambiar muchas cosas en mi vida» y «deseo tener una vida diferente» es del 31,9% y 16,7% respectivamente.

Así mismo se puede afirmar que la inmensa mayoría de la juventud goza de una situación emocional equilibrada; tres de cada cuatro encuestados/as dice sentirse «capaz de concentrarse», de «disfrutar de lo cotidiano», de «hacer frente a problemas», de «tomar decisiones» y «superar dificultades», y sobre todo, se siente «razonablemente feliz» de forma igual a lo que es habitual en cada uno.

Siguiendo con los datos, el porcentaje de población que afirma estar recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico es del 2,2% y los tratamientos están relacionados principalmente con problemas de depresión y ansiedad.

En lo que se refiere al temor al desclasamiento, la visión general que cerca de la mitad de la población joven (52,1%) tiene sobre su economía futura es que el nivel económico que puede llegar a consolidar será parecido al que sus padres disfrutaban actualmente.

Ahora bien, este optimismo generalizado se atenúa a medida que los y las jóvenes cumplen años; entre el colectivo de jóvenes cercanos a la edad adulta (25-29 años), el 84,0%

afirma estar de acuerdo con cómo les van las cosas, pero este porcentaje es mucho mayor (92,2%) entre los que se encuentran entre los 15 y 19 años. Lo mismo ocurre en cuanto a la esperanza de que los estudios realizados coincidan con la profesión; el porcentaje de jóvenes que espera que el binomio estudios-profesión se consolide es del 85,0% entre los y las más jóvenes, mientras que esta cifra desciende al 56,2% en el caso de las personas más adultas. Y finalmente, a medida que se avanza en la edad, crece la sospecha de que tal vez no se alcance el nivel económico que los progenitores poseen en la actualidad; el 19,7% de los y las jóvenes de entre 25-29 años opina que éste será algo inferior que el de sus progenitores, frente al 9,8% de la juventud de entre 15-19 años.

Es importante matizar, que con respecto a la percepción y valoración de la juventud sobre la propia vida, intervienen así mismo otros factores como la ocupación o la clase social a la hora expresas una mayor insatisfacción; así, son los y las desempleados/as a quienes más les gustaría «cambiar muchas cosas en su vida» y «tener una vida diferente». En este mismo sentido, a menor rangos social, existe una menor satisfacción con el propio modo de vida, ya que disminuye la intensidad de los y las jóvenes que afirman estar de acuerdo con «tengo una buena vida», «mi vida va bien», «me gusta como me van las cosas» o «me siento bien respecto a las cosas que me ocurren», al tiempo que aumenta el número de personas que desean tener una vida diferente.

También en la idea que la juventud tiene acerca del nivel económico que espera consolidar en el futuro interviene la clase social. En este sentido, son los y las jóvenes que se autosi-túan en el rango inferior, quienes que en mayor medida opinan que su estatus económico será inferior al de sus progenitores.

El estrato social percibido por cada cual, junto con la edad, son dos de los factores más importantes que matizan y rebajan ese optimismo general del que hablábamos anteriormente, ya que se advierte que los que se ubican en la clase social media-baja y baja son quienes, al igual que en el caso de la edad, menos esperanzas albergan sobre la correlación estudios y profesión, y además, quienes peor salud creen que tendrán en el futuro.

Pero las muestras de insatisfacción personal empiezan ya a manifestarse en torno a las edades centrales de la juventud. Entre algunos sectores de jóvenes vascos el modelo de ocio de fin de semana centrado en el beber y la salida por los mismos lugares se vive con insatisfacción y de forma rutinaria incluso antes de llegar a los 20 años.

4.1.2. Relaciones afectivas, relaciones de amistad y apoyos de los que dispone la juventud

Desde los discursos que hace la juventud se deduce que las relaciones de amistad son uno de los principales puntos de referencia dentro de su constelación de valores.

No obstante, y a pesar de que su relevancia no resulta ser todavía muy significativa, parece que también despuntan otro tipo de discursos juveniles en los que aparece una concepción de amistad más ligada a la trivialidad. El riesgo que se corre en los discursos en que se enfatiza esta perspectiva estriba en que se puedan estar fraguando relaciones de amistad de gran fragilidad, en el sentido de que, si bien sirven para pasar un rato agradable, no obstante pueden fallar en los momentos en los que los y las jóvenes necesitan ayuda y apoyo mutuos.

Se puede observar esta misma tendencia en el análisis cuantitativo. La amistad entendida como espacio que sirve para pasar un buen rato es una acepción con la que la mayoría están de acuerdo (94,7%). Pero el porcentaje de jóvenes que opinan que es fácil tener una amistad comprometida es mucho menor (72,1%).

Entre los recursos afectivos con los que la juventud cuenta se encuentran las amistades y la familia. Ambos resultan ser los dos pilares básicos sobre los que pueden apoyarse en caso de necesitar ayuda. Por encima del 93,0% de los y las jóvenes está de acuerdo en que si tuviera un problema íntimo podría contarle y pedir ayuda a su entorno de amigos/as y su familia. Y de hecho, cuando se les pregunta a quien acudirían en caso de tener problemas relacionados con la sexualidad o las drogas, a quien más se acude es a los/las amigos/as y progenitores.

Esto significa que los y las jóvenes tienen amigos/as a los que poder recurrir en situaciones extremas, pero más allá de estas situaciones se percibe que triunfa la amistad en su sentido más social, ya que el 36,0% opina que es mejor evitar hablar de temas personales con las amistades cuando lo que se espera de la amistad es que sea un canal de diversión.

En el contexto social general actual, donde el malestar se oculta, los y las jóvenes también se sienten obligados a ocultar el suyo, tanto entre pares como de cara al conjunto de la sociedad.

Entre los lugares idóneos que la juventud encuentra hoy para el cultivo de la amistad en su acepción más reconfortante se encuentran las lonjas. Los locales privados se convierten así en espacios alternativos de encuentro con los amigos y amigas.

Otra de las áreas de interés a la hora de analizar la relación de la juventud con la salud son las prácticas sexuales de riesgo. La existencia o no de estas prácticas en el colectivo joven se inscribe dentro de las relaciones afectivo-sexuales, de ahí que primero sea necesario aclarar algunas nociones acerca del modo en que se viven hoy día estas relaciones.

Según el informe, una de las características más novedosas del nuevo modelo de relación joven sería la idea de estabilidad de la pareja en la que éstas se basan. Parece que los y las jóvenes están viviendo relaciones seriadas de poco tiempo donde se considera estable cada una de las parejas por las que se pasa. El riesgo en cuanto a las prácticas sexuales reside precisamente en que desde la idea de estabilidad surge de manera casi inmediata la idea de confianza, y una de sus consecuencias puede derivar en la relajación en el uso de métodos anticonceptivos y medidas de protección para evitar el contagio de enfermedades.

En los discursos más racionales, la práctica sexual sin protección es censurada y criticada como irresponsable. Sin embargo, se reconocen excepciones relacionadas con el consumo de alcohol y el «calentón», excepciones que por otra parte, parecen ser más habituales de lo que el discurso racional deja entrever. Todo ello hace pensar en un posible incremento del número de embarazos no deseados, abortos, casos de contagio por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

4.1.3. Violencia en el entorno habitual

Lo destacable a partir de la información obtenida acerca de este tema es la aparente «normalidad» con la que los y las jóvenes conviven con situaciones de violencia en su entorno habitual.

La juventud entrevistada, cuando es preguntada sobre si creen que hay «violencia en el entorno en que se mueve el fin de semana», el 52,9% opina que no, frente al 44,8% que responde afirmativamente.

El porcentaje de los que se han visto involucrados en una pelea el último año es de un 7,6% y es más habitual que sea un chico joven el que se vea envuelto en una pelea. En las capitales o sus alrededores, también aparece la «pelea por la pelea» asociada al ocio del fin de semana y al consumo de alcohol u otras drogas.

Pero la violencia con la que conviven los más jóvenes no se reduce al fin de semana. Según datos de la encuesta, uno de cada cinco estudiantes dice haber sufrido maltrato escolar. Y este porcentaje se duplica al preguntar sobre si han presenciado algún tipo de maltrato en tercera persona. La juventud describe perfectamente el mecanismo del acoso escolar —el denominado *bullying*—, y convive con este tipo de violencia con cierta cotidianeidad en su entorno escolar.

Pero independientemente de que todos los casos de violencia se puedan clasificar o no como acoso —dado el clima actual de desconcierto—, existe el riesgo de que la juventud esté siendo socializada en contextos en los que la fuerza se convierte en un valor que genera respeto, y se corre el riesgo de que las relaciones entre personas sean percibidas como relaciones entre débiles y fuertes.

4.2. LA RELACIÓN QUE LOS Y LAS JÓVENES ESTABLECEN CON LAS DROGAS Y EL LUGAR QUE SE LES ASIGNA

En la relación que la juventud establece con las drogas llama la atención la idea de normalidad con la que se concibe su consumo. Esta idea de normalidad conlleva a su vez la idea de legitimación del consumo de drogas que hasta hace poco se ocultaban en mayor medida, como ocurre en el caso del cannabis y la cocaína. Así mismo, la accesibilidad de la juventud a estas drogas, incluso de la cohorte más joven aquí analizada, también ha aumentado de forma notable.

En términos generales, se puede afirmar que nueve de cada diez jóvenes consideran que el consumo de alcohol, tabaco, cocaína, éxtasis y hachís es perjudicial para la salud. Así mismo, el 91,1% estaría de acuerdo en que se puede salir de marcha sin beber alcohol.

En cuanto al modo de relacionarse con el alcohol, cuando la juventud «sale de copas», lo más habitual (60,9%), es consumir alcohol, principalmente, en los bares y discotecas, o

hacer botellón al principio y luego ir a bares y discotecas (26,8%). Y tan sólo el 2,4% se dedica a hacer botellón toda la noche. Siendo esta última opción más propia de los y las jóvenes de 15 a 19 años, si bien, la opción mayoritaria dentro de este colectivo, es, al igual que en el resto de la juventud, consumir alcohol en bares y discotecas.

Ahora bien, la relación que se establece con los distintos tipos de drogas es diferente:

- El consumo de alcohol ocupa un lugar central en el tiempo de ocio de la juventud. Dentro de un entorno facilitador, y desde la percepción de una cultura que legitima socialmente su consumo, los y las jóvenes inscriben su forma de beber dentro de un proceso de integración socio-cultural. Así el significado que atribuyen a los litros y al consumo abusivo del fin de semana, es el mismo que se atribuye al piteo. Desde la visión de la juventud lo que equipara ambos modelos es su dimensión social.
- En relación al consumo de cannabis, la idea que tienen acerca de esta droga es muy similar a la del consumo de alcohol. Al igual que en el caso anterior, fumar porros es visto con una gran normalidad y su práctica es bastante habitual en el espacio de ocio del fin de semana. Del mismo modo, los argumentos para su uso acentúan su dimensión social, y los riesgos derivados de ambos consumos se sitúan en el espacio del exceso y el abuso. Lo novedoso, si cabe, es la intensidad y la mayor naturalidad con la que la cohorte de las personas más jóvenes parece estar integrándose en el consumo de cannabis.
- En cuanto a fumar tabaco, éste se concibe como un acto individual cuyos riesgos se asocian directamente al desarrollo del cáncer de pulmón.
- Finalmente, se asigna un espacio diferente al consumo de cocaína y otras sustancias. La percepción del riesgo que se corre en el consumo de estas drogas es mayor que con respecto al alcohol o el cannabis. Se tiene la idea de que tanto la cocaína como otras sustancias de síntesis conllevan mayores riesgos de adicción y de producir daños de tipo cerebral, y esto los sitúa como drogas por excelencia. Si bien, en los últimos años la cocaína también está adquiriendo una mayor presencia en la calle, de forma que para algunos sectores de la juventud su acceso está llegando a ser tan fácil como al del alcohol o al del cannabis.

4.3. CONCEPCIONES SOBRE LA SALUD Y PRÁCTICAS SALUDABLES

4.3.1. Concepciones sobre la propia salud

El 69,1% de las personas jóvenes encuestadas cree que su salud es buena y casi la mitad opina que su estado físico también es bueno (48,7%). En cuanto a la valoración de la salud del otro, también esta se valora como buena.

El 62,6% no lleva a cabo ningún tipo de dieta alimenticia porque dice tener el «peso correcto» y la gran mayoría (89,6%) no padece enfermedad crónica o discapacidad física alguna, salvo las que corresponden a alergias y asma.

Según la tipología de padecimientos físicos o psicológicos un tercio de la juventud (32,1%) dice padecer con mucha frecuencia «cansancio y agotamiento» y uno de cada cinco padece «irritabilidad o mal genio» (20,3%) y «nerviosismo» (19,8%).

Existen ligeras diferencias entre los hombres y las mujeres. Ellos son más optimistas que ellas en su valoración de la salud física propia: la mujer se decanta por considerar esta como «aceptable» o «regular» en mayor medida que el hombre (el 48,5% de las mujeres opina que su salud física es aceptable o regular, frente al 36,5% de los hombres). Asimismo, la mujer es la que con mayor frecuencia padece todo tipo de dolencias —cansancio, irritabilidad, nerviosismo— y la que en mayor medida sigue tratamientos psicológicos (3,6% frente a 0,9% de hombres). Por otro lado, la mujer es la que en mayor medida sigue las dietas, con casi 6 puntos porcentuales de diferencia respecto al hombre.

4.3.1.1. Nociones de la salud entre hombres y mujeres jóvenes

Al analizar los discursos de los y las jóvenes sobre la salud, el género aparece como una variable determinante para diferenciar las nociones de salud de los hombres y las mujeres.

A través del análisis cualitativo se observa que las mujeres hacen un mayor hincapié en la idea de «sentirse bien», una noción que engloba tanto los aspectos físicos como emo-

cionales, mientras que los hombres subrayan el bienestar físico, que se describe como «estar bien».

Desde la visión de las mujeres, la salud y el bienestar estarían muy relacionados con el bienestar emocional y anímico de tipo subjetivo, donde la buena relación con una misma y con el entorno resultan fundamentales. De ahí que la salud mental sea uno de los temas que más preocupan a las jóvenes cuando se habla de la salud. Es necesario matizar que esta definición de salud es más propia de mujeres jóvenes adultas. Entre las más jóvenes, junto a la importancia otorgada al plano emocional, la idea de salud engloba también aspectos físicos y corporales.

Por contra, la concepción de salud de los hombres se construye desde la idea de vitalidad, fuerza, capacidad de aguante, etc., elementos que están relacionados con lo físico-corpóreo. En este sentido, se trataría de una concepción más medicalizada de la salud, ya que la importancia concedida a la subjetividad y a lo emocional se minimizaría en favor de la prueba médica objetiva. No obstante, entre los chicos más jóvenes parece que también se está incorporando la idea de bienestar psicológico como elemento a considerar a la hora de hablar de salud.

4.3.2. Cuidados y prácticas saludables

En general, y para ambos sexos, las áreas centrales en las que se concentran los cuidados de los y las jóvenes son la alimentación y la práctica deportiva. En ambas esferas intervienen tanto las motivaciones estéticas como las relacionadas con lo saludable.

Entre las mujeres, el ideal de cuerpo que actúa como canon de belleza es un cuerpo que tiene como referente el cuerpo delgado, aunque no excesivamente delgado, y lo que se busca a través de los autocuidados es acercarse a ese ideal. No obstante, y a medida que se avanza en edad, junto a los cuidados en la alimentación, la ropa y el ejercicio físico, se van incorporando paulatinamente los cuidados cosméticos y otro tipo de prácticas (masajes, sesiones de talasoterapia, paseos en solitario, etc.) que buscan la relajación y el cuidado emocional. Parece que se produce un proceso de autocuidados que aunque comienza en motivaciones externas, de tipo más estético, con el tiempo va englobando razones que tienen que ver con una concepción más integradora y global de la salud.

En el caso de los hombres, los cuidados, se orientan básicamente a la consecución de un cuerpo fuerte y vigoroso. Para ello se incide sobre todo en el deporte y una alimentación sana pero sin restricciones.

4.3.2.1. La alimentación

Según datos de la encuesta, más del 49,4% de los y las jóvenes en la CAPV consumen leche, cereales, frutas y verduras, y carnes y pescados a diario. Asimismo, la gran generalidad almuerza y cena, y también desayunan tres de cada cuatro jóvenes. Es una alimentación variada y equilibrada, en la que llama la atención la importancia que se le da al consumo de fruta. Por lo tanto, podemos deducir que los hábitos alimenticios de la juventud vasca sí se acercan a lo saludable, ya que la mayoría delegan la responsabilidad de su cuidado en la familia.

Pero la relación que las chicas y los chicos establecen con la alimentación resulta diferente. Mientras que para los hombres comer se asocia con algo placentero, entre las mujeres esta relación conlleva términos conflictivos. Entre las más jóvenes el conflicto surge debido a las dietas y los controles que las más adolescentes se imponen a sí mismas a fin de conseguir un cuerpo que se acerca al ideal. Entre las más adultas, los desequilibrios alimentarios (atracones, etc.) reflejan situaciones de malestar que están relacionadas con lo psicológico y lo emocional.

4.3.2.2. La práctica deportiva

Más de la mitad de la juventud vasca practica al menos un deporte (54,5%), y el 63,6% de los mismos lo hace con una frecuencia de más de dos veces por semana. El 49,9% practica el deporte por su cuenta, mientras que el 45,7% lo hace «como actividad de un club, asociación u organización». Y básicamente se hace deporte en compañía de «un grupo de amigos» (53,5%).

Pero según la edad y el género, esta práctica no es igual en todos los sectores juveniles; varía el nivel, el tipo y las razones que la inducen.

Si nos fijamos en la edad, la práctica de cualquier deporte disminuye con la edad, si bien en torno a los treinta años parece que hay personas que vuelven a recuperar algunos hábitos deportivos.

Respecto a las razones que aducen para hacer deporte, los datos de la encuesta dicen que el deporte se hace básicamente por «diversión y pasar el tiempo» (33,5%), «porque les gusta el deporte» (20,6%) y «por hacer ejercicio físico» (18,0%).

Pero las diferencias más llamativas radican en la comparación entre géneros. Para empezar, cabe afirmar que la frecuencia con que se hace deporte es mayor entre los hombres que entre las mujeres (el 66,1% de hombres practica deporte frente al 42,6% de mujeres). Así, seis de cada diez mujeres jóvenes no practican ningún deporte.

En el caso de los hombres, la práctica deportiva se asocia, sobre todo, al plano social; hacer deporte se vive como un lugar de encuentro y disfrute con los amigos. Así, el 58,8% afirma practicar deporte en un grupo de amigos, mientras que este porcentaje es del 45,3% entre las mujeres. Las mujeres son más proclives a realizar ejercicio físico de forma individual: el 24,5% dice practicar deporte la mayor parte de las veces sola, mientras este porcentaje se reduce al 14,0% en el caso de los hombres.

Entre los hombres la práctica deportiva adquiere asimismo connotaciones más relacionadas con el deporte formal y disciplinado. En cambio, entre las mujeres no se hablaría tanto de «deporte», como tal, sino de «ejercicio físico». En este último caso se trataría de formas de actividad física, tales como caminar o andar en bicicleta, ir al monte, pasear, etc., que no tienen connotaciones de deporte formal, pero que se sitúan en el ámbito de lo saludable.

Entre los motivos que llevan a practicar deporte a unos y otras también se observan diferencias. Entre las mujeres el plano de la imagen y el emocional adquieren un mayor peso que entre los hombres.

En cuanto al lugar en el que el deporte se practica, decir que la mujer elige el gimnasio (65,4%) en la misma proporción en que el hombre elige el aire libre (63,8%).

Finalmente, cabe resaltar el grado de difusión que el doping y el uso de estimulantes ha adquirido entre los practicantes de actividades físicas, deportivas y recreativas en gimnasios y otros centros deportivos. En este sentido —y aunque a los/las encuestados/as no les resulta fácil opinar sobre este tema— para el 56,5% su difusión es grande. Lo que nos hace pensar que el uso de estos productos está presente en las actividades deportivas que la juventud conoce y practica.

4.3.2.3. La seguridad vial

La mayoría de la juventud usa algún tipo de vehículo (76,2%) y entre estos los más habitualmente utilizados son el «coche nuevo» (35,4%), «coche viejo» (31,0%) —sobre todo entre trabajadores— y «bici» (28,6%) entre estudiantes.

En cuanto a la adopción de las distintas medidas preventivas en la utilización del cinturón parece que la juventud es bastante prevenida aunque no tanto en el uso del casco, especialmente en lo que se refiere a la bicicleta.

Los y las jóvenes señalan como principales causas de los accidentes de tráfico el exceso de velocidad (36,4%) y el consumo de alcohol (32,3%). Sin embargo, en sus discursos ambas conductas son tachadas de «irresponsables» e «inconscientes». Esto no significa que las conductas de riesgo se hayan erradicado ni mucho menos, además sigue vigente la idea de que después de todo se «controla», pero en la medida en que en los grupos estas actitudes son criticadas y censuradas, son los mismos jóvenes los que se convierten en agentes de prevención de accidentes, y este hecho sí puede incidir en el decremento de accidentes. Sin olvidar, por supuesto, la influencia de las sanciones.

Por géneros, también existen diferencias en torno a la precaución con la que se conduce. En este sentido se puede afirmar que los accidentes de tráfico son un problema que afecta, sobre todo, a los chicos jóvenes. En la misma línea, son las mujeres las que de forma más clara señalan el consumo de alcohol como motivo principal de los accidentes de tráfico (41,9% de mujeres sobre el 30,9% de hombres).

4.3.2.4. Los métodos anticonceptivos

Los más conocidos y habituales entre la juventud son la píldora anticonceptiva y los preservativos. Existe, por otra parte, una gran normalidad alrededor de su uso y resultan accesibles para la población juvenil. En relación a la píldora anticonceptiva, el paso al uso de este método se produce una vez que se considera que se tiene una relación estable.

Tradicionalmente parece que la responsabilidad de portar el preservativo en las parejas estables ha sido cosa de los chicos. Entre las chicas jóvenes existe cierto pudor por la imagen

de «buscona» que creen que pueden transmitir a su pareja. Sin embargo, entre las mujeres más adultas sí se vive con mayor naturalidad el hecho de que las chicas lleven preservativos, y poco a poco, parece que están cambiando los hábitos de las mujeres a fin de que sean ellas mismas las que puedan hacerse cargo de la prevención.

4.3.2.5. La píldora post-coital

Surge en los discursos de la juventud como la «aliada perfecta» para situaciones en las que por distintos motivos se han mantenido relaciones sexuales completas sin preservativo. Para importantes sectores de jóvenes cercanos a la adolescencia, cuyo mayor temor reside en el embarazo no deseado, se ha convertido en el colchón idóneo desde el que pueden relativizar el riesgo de embarazo, pero con la contrapartida de que aumenta la probabilidad de padecer enfermedades de transmisión sexual debido a la relajación en el uso del preservativo.

El informe señala el riesgo de que esta píldora se convierta en un anticonceptivo de uso normalizado en algunos sectores de jóvenes. Las mujeres en general, pero más intensamente las más adultas, cuestionan más su uso y abuso por motivos relacionados con la salud de las mujeres. Sin embargo para todas ellas resulta ser un método de emergencia del que pueden echar mano en casos extremos.

En lo que se refiere a su acceso, no existen quejas. Las personas jóvenes poseen información suficiente sobre los recursos existentes y parece que no hay obstáculos por parte de los especialistas a la hora de proporcionar las recetas médicas. Las únicas críticas residen en su precio —especialmente en el caso de los chicos— y en la poca información que en ocasiones dicen recibir por parte de los profesionales sobre las consecuencias que puede tener esta píldora en la salud de la mujer.

4.3.2.6. El aborto

De forma similar a lo que ocurre con la píldora postcoital, el aborto también se considera un recurso normalizado al que las personas jóvenes pueden acudir en caso de un embarazo no deseado. La práctica del aborto no se percibe con la misma cercanía que la píldora, es decir, para los y las jóvenes es algo que queda algo más lejos, pero en todo caso se concibe como alternativa para situaciones extremas.

Existen diferencias en cuanto al género a la hora de enfocar la posibilidad de un aborto. Desde una concepción más integral de la salud, las mujeres, incluso las más jóvenes —para quienes los costes económicos de un aborto podrían suponer realmente un problema— sopesan la interrupción voluntaria del embarazo sobre todo en términos de costes psicológicos para ellas.

Sin embargo, llama la atención la postura de un sector minoritario de hombres para el que pareciera que abortar fuera una cuestión monetaria.

4.4. ENFERMEDADES QUE MÁS PREOCUPAN

Propiamente hablando, la juventud no sitúa la enfermedad dentro del ámbito de sus preocupaciones cercanas, ya que un cuerpo joven es, desde su perspectiva, un cuerpo sano por naturaleza. No se sienten, por tanto, vulnerables a enfermedades orgánicas graves. Lo que sí preocupa es la pérdida de la autonomía y la limitación, que dependiendo del género, y por tanto, de las distintas nociones de salud entre los hombres y las mujeres, toma diferentes formas en los discursos.

Entre los chicos y algunos sectores de chicas jóvenes de 13-15 años, la pérdida de autonomía a la que temen es la autonomía física, que se concreta en el temor de padecer un accidente de tráfico. No se contempla la pérdida de la autonomía en un sentido más cerebral, por ejemplo, por razones de consumo de drogas, ya que no asocian su consumo a este riesgo. En todo caso, hablan del riesgo de padecer daño neuronal, pero estaría relacionado con el exceso y no con el consumo en sí y el que ellos y ellas desarrollan.

En cambio, en la mayor parte del discurso femenino, adquiere una mayor relevancia la pérdida de autonomía desde la perspectiva mental, asociada, sobre todo, a la pérdida de iniciativa o al abandono, que se focalizaría en la depresión.

A otro nivel, en una situación en la que las personas jóvenes no se sienten tan interpeladas y vulnerables, la juventud menciona el cáncer y el SIDA como enfermedades que preocupan. El discurso en torno a estas enfermedades gira alrededor de la responsabilidad individual y la posibilidad de prevención.

Desde esa perspectiva, se asigna un lugar muy diferente a cada enfermedad y, por ende, a las posibilidades de prevención en cada caso. Mientras que el cáncer es visto como un proceso azaroso en el que la intervención del sujeto no cuenta —lo que puede derivar en relativizar las prácticas saludables—, en el caso del SIDA sin embargo sí se atribuiría la responsabilidad al individuo, lo que influiría positivamente a la hora de adoptar medidas de prevención.

Llama la atención la desinformación que existe en algunos sectores de la juventud acerca del SIDA. Hay jóvenes que creen que el SIDA es una enfermedad mortal que conlleva el deterioro físico del cuerpo, visible desde el exterior. Así, en aquellos casos en que la imagen construida de la enfermedad no coincide con el aspecto de la persona, parece que la juventud baja la guardia a la hora de utilizar medidas profilácticas.

Es necesario matizar que, según la edad y el género, varía la puesta en marcha de medidas preventivas. Según se avanza en edad, la reflexión acerca de las consecuencias, la problemática, y lo relacionado con la enfermedad del SIDA es mayor, así como su concienciación. Por otra parte, las mujeres —sobre todo las jóvenes de más edad—, tienen una actitud más proactiva de las medidas preventivas. Los hombres, en cambio, delegan la responsabilidad del cuidado personal hacia la otra persona.

4.5. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Más de la mitad de la juventud encuestada (54,4%), ha recibido información a través de sus profesores acerca del consumo excesivo de alcohol, y la misma se considera útil para el 64,7%. Sin embargo, la valoración se invierte en relación a la consideración de las campañas de prevención de consumo de drogas ilegales y la conducción temeraria. Para la gran mayoría de la juventud estas campañas resultan ineficaces.

El colectivo hacia el que están orientadas la mayor parte de las acciones de promoción y educación para la salud son jóvenes que se encuentran en etapas no universitarias. Quedan fuera del acceso a esta información quienes abandonan prematuramente los estudios.

La opinión de los y las jóvenes coincide en gran medida respecto a lo que les resulta válido y de interés acerca de las acciones de educación para la salud que reciben. Frente a un enfo-

que puramente teórico-normativo, reclaman la participación directa, los espacios donde existe la posibilidad de reflexionar, de debatir, de ser interpelados/as y, en definitiva, de ser tratados/as como sujetos activos de las acciones.

4.6. EL SISTEMA MÉDICO

La juventud de Euskadi es usuaria preferentemente de los servicios sanitarios públicos (84,6%) y acude a ellos como media 5,5 veces al año sin que existan mayores problemas para su acceso. Por especialidades, en el año 2005 es el médico general el más visitado por la juventud (68,4%). Las principales razones por las que se acude al médico general son el diagnóstico y/o tratamiento (53,6%) y la revisión (31,8%).

Por otro lado, la valoración que los y las jóvenes realizan sobre su utilidad a la hora de tratar temas relacionados con la sexualidad, problemas psicológicos y las distintas adicciones es intermedia. La mayor utilidad de los servicios sanitarios públicos la perciben en relación con el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (resulta muy útil o útil para el 58,2% de la juventud), en el tratamiento de problemas sobre sexualidad (51,7%) y en el caso de un embarazo no deseado (51,5%). En cuanto a su utilidad preventiva, la valoración también es intermedia: en este caso, los y las jóvenes atribuyen su máxima eficacia en la prevención del SIDA.

En general, se puede afirmar que la valoración que la juventud vasca hace de los servicios sanitarios de atención primaria resulta intermedia, 6,95 puntos en una escala del 0 al 10 (valoración pésima-valoración excelente). Por otro lado, los servicios de salud se conciben más como servicios que ayudan a tratar enfermedades que a prevenirlas.

Las mujeres jóvenes tampoco circunscriben la visita al servicio de ginecología al ámbito de la prevención. Lo que motiva estas visitas está generalmente relacionado con la actividad sexual y reproductiva de la mujer. En este sentido, hay que señalar el reduccionismo que se está produciendo en el cuidado de la salud de las mujeres al vincular ésta únicamente a la procreación.

La normalización de las visitas ginecológicas se ve obstaculizada además por la deficitaria atención que las jóvenes perciben en los y las especialistas que las atienden.

KGk

COLECCIÓN **GAZTEAK** BILDUMA

5. Metodología



5

Metodología

Según el objetivo propuesto en esta investigación, la metodología empleada se ha basado principalmente en el enfoque emic. Es decir, se ha primado la significación y la interpretación que la propia juventud realiza acerca de los temas relacionados con la salud. No obstante, y de cara a completar la investigación, en algunos apartados se ha hecho uso de fuentes secundarias de información provenientes del Observatorio Vasco de la Juventud.

Por otra parte, se han utilizado tanto métodos cuantitativos como cualitativos, ya que además de conocer las significaciones, percepciones, e interpretaciones acerca de la salud nos ha parecido oportuno calibrar el peso, la distribución, la intensidad y la extensión de aquellos componentes de la noción de salud susceptibles de ser medidos. De esta manera ha sido posible abarcar un mayor campo de aspectos relacionados con el tema.

El análisis cuantitativo converge así con el análisis cualitativo en algunos temas pero no necesariamente esto ha de ser así. Ambos análisis se complementan y aportan información diferente.

Es necesario mencionar en esta introducción a la metodología que algunas variables han sido analizadas de forma cuantitativa y en distintas fases a lo largo de casi un año y medio. En estos casos el dato se señala expresamente en el análisis.

Las características sociodemográficas que se han tenido en cuenta para la identificación de las diferencias internas en el universo de estudio han sido las siguientes:

1. Género: hombres y mujeres.
2. Edad: 15-19, 20-24 y 25-29 años.
3. Territorio histórico: Álava, Bizkaia y Gipuzkoa.
4. Nivel socioeconómico: clase media-baja y baja, clase media, y clase media-alta y alta.
5. Ocupación: estudiante, trabajador/a, estudiante y trabajador/a, y desempleado/a.

5.1. LOS INSTRUMENTOS

Las técnicas utilizadas para la recogida de la información han sido la encuesta telefónica, para el caso del análisis cuantitativo, y el grupo de discusión y la entrevista con profesionales, para el análisis cualitativo.

5.2. EL UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio de la encuesta lo componen jóvenes de ambos sexos, de entre 15 y 29 años, residentes en la CAPV.

La población que integra el universo de estudio en el análisis cualitativo es más amplia, ya que la componen jóvenes de ambos sexos, de entre 13 y 29 años, residentes en la CAPV.

5.3. LA MUESTRA

En el caso de la encuesta telefónica se ha utilizado el muestreo aleatorio estratificado por territorio, municipio, sexo y edad, con afijación proporcional a las cuotas. Así el número total de entrevistados/as ha sido de 4.200 jóvenes residentes en la CAPV, de entre 15 y 29 años, lo que con un nivel de confianza del 95%, y siendo $p=q$, da un margen de error para el conjunto de la muestra de $\pm 2,62\%$.

Para el análisis cualitativo se han realizado un total de once reuniones de grupo compuestas de la siguiente manera:

RG N.º 1: mujeres de entre 13 y 15 años, de clase media-media baja, estudiantes (en colegios públicos o ikastolas) y de Sestao.

RG N.º 2: varones de entre 13 y 14 años, de clase media, estudiantes (en colegios públicos y privados), y de Lekeitio.

RG N.º 3: varones de entre 16 y 18 años, pertenecientes a clases medias-medias bajas, estudiantes (nivel de Bachillerato), y de Salvatierra-Agurain.

RG N.º 4: mujeres de entre 16 y 18 años, de clase media-media alta, estudiantes (nivel de Bachillerato) y residentes en Donostia-San Sebastián.

RG N.º 5: varones de entre 16 y 18 años, de clase media-media baja, estudiantes (nivel de Bachillerato o Formación Profesional) y residentes en Bilbao.

RG N.º 6: varones de entre 19 y 24 años, de clase media-media baja, habiendo sido estudiantes (nivel de Formación Profesional o sin terminar los estudios), actualmente trabajadores eventuales (servicios y talleres) y residentes en Arrasate-Mondragón.

RG N.º 7: mujeres de entre 19 y 24 años, de clase media alta-media, estudiantes (nivel universitario) o trabajadoras eventuales (en empleos relacionados con el ocio y la noche) y residentes en Bilbao.

RG N.º 8: mujeres de entre 19 y 24 años, de clase media-media baja, empleadas en el sector de los servicios (empleos sin cualificar) y residentes en Vitoria.

RG N.º 9: mujeres de entre 25 y 29 años, de clase media, sin estudios universitarios, empleadas en trabajos no técnicos, sin hijos y residentes en Zarautz.

Además de estos nueve grupos previstos en el proyecto inicial, el estudio ha incluido otros dos con el diseño básico de los grupos previos de los que se quería confirmar su posición discursiva. Estos dos grupos han sido:

RG N.º 8b: mujeres de entre 19 y 24 años, de clase media-media baja, empleadas en el sector de los servicios (trabajos no cualificados) y residentes en Bilbao.

Gt. 1: varones de entre 16 y 18 años, de clase media-media baja, estudiantes (nivel de Bachillerato) y residentes en Bilbao.

En cuanto a los y las profesionales entrevistados/as, han sido interlocutores de la investigación diez profesionales de áreas y ámbitos muy diferentes:

- Psiquiatra de Salud mental extrahospitalaria. Vizcaya.
- Psiquiatra responsable de Salud mental extrahospitalaria. Guipúzcoa.
- Dos técnicos del Departamento de Interior. Seguridad vial. Vitoria-Gasteiz.
- Responsable de salud escolar. Vizcaya.
- Responsable del Plan de Prevención y Control del Sida del País Vasco. Donostia-San Sebastián.
- Responsables del servicio 112. Vizcaya.
- Sanitaria del Servicio de Emergencias. Vizcaya.

5.4. TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo relativo a las encuestas telefónicas lo ha realizado la empresa Gizaker y se llevó a cabo en tres fases u oleadas telefónicas puestas en marcha entre el 27 de marzo y el 1 de diciembre de 2006.

- Primera fase.* La primera fase de cuestionarios telefónicos tuvo lugar entre el 27 de marzo y el 5 de abril de 2006.
- Segunda fase.* En la segunda fase el trabajo de campo se desarrolló entre el 5 y el 17 de julio de 2006.
- Tercera fase.* Finalmente, la tercera fase del trabajo de campo se inició el 23 de noviembre y concluyó el 1 de diciembre de 2006.

La recogida de datos para la realización del análisis cualitativo se desarrolló entre el 21 de septiembre y el 25 de octubre de 2006 y junto con el análisis de los mismos ha sido realizada por la empresa CIMOP.

5.5. MODO DE OFRECER LOS DATOS

En lo referente a los datos de la encuesta, en el estudio se ofrece la desagregación de las variables en función de que resulten significativas según las características sociodemográficas (género, edad, territorio histórico, nivel socioeconómico y ocupación) que hemos tenido en cuenta. Esto es, las diferencias entre grupos según criterios mencionados, aparecen en el análisis siempre que éstas resultan estadísticamente significativas.

