

"MILLENNIALS" ANTE LA ADVERSIDAD: Efectos de la crisis sobre la salud, los hábitos y la percepción de riesgos

INVESTIGADORES PRINCIPALES:

Pedro Gallo de Puellas y Marga Marí-Klose
pgallodep@ub.edu, mmariklose@ub.edu

Departamento de Sociología, Universidad de Barcelona

MIEMBROS DEL EQUIPO:

Ana Belén Cano Hila, Sandra Escapa Solanas, Laia Folguera Cots,
Albert Julià Cano

Departamento de Sociología, Universidad de Barcelona

Centro
Reina Sofía
sobre adolescencia
y juventud

fad

Investigación financiada a través de la convocatoria
de "Ayudas a la Investigación" 2017,
del CENTRO REINA SOFÍA
SOBRE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Cómo citar este texto:

Gallo, P., Mari-Klose, M., Cano, A., Escapa, S., Folguera, I., Julia, A. (2020)
"Millenials" ante la adversidad: Efectos de la crisis sobre la salud, los hábitos
y la percepción de riesgos. Madrid. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad.
DOI: 10.5281/zenodo.3712091

© FAD, 2020

Edita:

Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (Fad)
Avda. de Burgos, 1 y 3
28036 Madrid
Teléfono: 91 383 83 48
Fax: 91 302 69 79

**Las interpretaciones y opiniones
recogidas en el estudio son de
exclusiva responsabilidad de
quienes las emiten y no se
corresponden, necesariamente,
con la visión de la Fad.*

Maquetación:

Francisco García-Gasco

ISBN: 978-84-17027-34-6



AGRADECIMIENTOS.....	6
INTRODUCCIÓN	7
PARTE I. SALUD, HÁBITOS Y CRISIS: UN ANÁLISIS CUANTITATIVO	
DE LA POBLACIÓN JOVEN.....	10
PARTE II. EL CONCEPTO DE SALUD Y LA PERCEPCIÓN	
DE RIESGO PARA LA SALUD EN LA POBLACIÓN JOVEN.....	58
DIFUSIÓN E IMPACTOS DE RESULTADOS	221
REFERENCIAS	224
ANEXOS.....	247

Agradecimientos

Los investigadores principales del proyecto quieren agradecer la colaboración y la dedicación, no solo del resto de miembros del equipo, Ana Belén Cano, Sandra Escapa, Laia Folguera, y Albert Julià, sino también las de otras personas que de forma muy directa han contribuido en la realización de las entrevistas, en su transcripción verbatim, en la fase de codificación y análisis, y en el redactado de las distintas partes de este informe final. Así, nuestro reconocimiento al trabajo excelente de María Cursach, Ana Lucía Hernández Cordero, Eric Teixidó, y Mireia Yter. Nuestro agradecimiento también para todos los entrevistados participantes por su tiempo y por su generosidad de palabra, por compartir reflexiones sobre sus vidas sin las cuales este trabajo no hubiera sido nunca posible.

Un número creciente de publicaciones evidencian los efectos negativos de la crisis económica en distintos indicadores de salud (López Bernal 2013a, Baumbach y Gulis 2014, FEDEA 2014, Van Hal 2015). Estas investigaciones se han centrado en analizar a nivel poblacional una diversidad de efectos tales como las tasas de suicidio, la tentativa de suicidio, los desórdenes mentales, o la percepción subjetiva de la salud, entre otros muchos. Los países del Sur de Europa, donde las convulsiones económicas han sido más drásticas, han concentrado buena parte de la atención académica (Stuckler et al. 2011). En España, entre 2006 y 2010 se observa un crecimiento sustancial en el porcentaje de individuos que declaran sufrir algún tipo de malestar o ansiedad diagnosticada y un consumo alto de alcohol, especialmente en hogares con dificultades para hacer frente al pago de las hipotecas o en situación de desempleo (Gili et al. 2013).

Los efectos sociales de la crisis no se distribuyen de manera aleatoria en la población. Los cambios sucedidos con la recesión económica –tasas elevadas de paro, inestabilidad laboral, elevados costes de la vivienda y recortes en las políticas públicas– sitúan a ciertos grupos sociales en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Los jóvenes concentran un número considerable de riesgos sociales, y además, debido a su edad, atraviesan importantes episodios (vitales) que determinarán su vida presente y futura. En las últimas décadas, diversos informes internacionales han constatado una concentración de las tasas de pobreza y exclusión social en las primeras etapas del ciclo de vida (OECD 2014, Eurostat Statistics 2016). Por término medio, en los países de la OCDE los ingresos de los hogares se han reducido un 1% por año entre los jóvenes de 18 a 25 años, un 0,7% entre los adultos de 26 a 65, mientras que entre las personas mayores de 65 se han incrementado un 0,9% (OECD 2014). En España las tasas de desempleo en jóvenes se han incrementado un 54% entre el 2008 y 2015 pasando del 20,2% al 44,6% (Eurostat 2016). Así mismo, los jóvenes están sobrerrepresentados en modalidades de empleo temporal. Entre 2008 y 2015 los jóvenes de 15 a 29 años con este tipo de empleo han pasado del 48,5% al 54,3%, mientras en el total de población en edad activa ha descendido del 29,2% al 25,2% (Eurostat 2016). A pesar de la contundente evidencia de la exposición de los más jóvenes a situaciones de vulnerabilidad, poco sabemos acerca de cuáles son los efectos de estos determinantes sociales sobre su salud, su bienestar y sus percepciones de riesgos.

Nuestro país se convierte en un campo de estudio especialmente indicado para observar las repercusiones que está teniendo la crisis económica, y las repuestas institucionales, en el caso de la población joven. Diversos estudios muestran la importancia del contexto en que se desarrollan las trayectorias y transiciones vitales para el bienestar de las personas (Forkel y Silbereisen 2001, Conger et al. 2000). Así, por ejemplo, Schoon (2006) compara las cohortes de británicos nacidos en 1958, que crecieron en la edad de oro de la estabilidad y prosperidad, con los nacidos en 1970, que crecieron en tiempos de mayor vulnerabilidad económica. Se observa que crecer en una etapa de prosperidad económica es un factor protector frente al malestar psicológico y que promueve el bienestar. Un estudio pionero en este área es el de Elder (1999) sobre niños que crecieron durante la Gran Depresión en Estados Unidos y la influencia de las condiciones del contexto en su crecimiento y desarrollo. Elder también se interesó por cómo esos efectos se filtran a través de su vinculación con instituciones locales, vínculos con la comunidad y redes familiares. Se pudieron identificar los efectos de la Gran Depresión en diversas dimensiones de bienestar, salud psicosocial, esperanza y optimismo en el futuro poniendo especial atención en los efectos que las convulsiones económicas producen en las cohortes más jóvenes en general y en aquellas que sufren privación persistente en particular (Elder y Caspi 1988).

Nuestro estudio se enmarca en la teoría del ciclo de vida (life span theory) que considera que la transición de la escolarización formal obligatoria a la educación superior y/o al mercado de trabajo están particularmente en riesgo en función de acontecimientos e influencias del contexto (Heckhausen y Schulz 1995, Heckhausen et al. 2010, Dietrich et al. 2012). Se trata de un periodo de desarrollo especialmente crítico por la convergencia crucial de distintos eventos y dimensiones que articulan la vida de las personas en ámbitos diferentes: educativo, ocupacional, social, familiar, íntimo, etc. El efecto potencial de acontecimientos macroeconómicos como la crisis económica en las trayectorias vitales de los jóvenes puede ser determinante en su bienestar: ya sea por el retraso en ciertas transiciones, extendiendo períodos de incertidumbre laboral o educativa, aplazando el calendario de formación de la familia o reproductivo, etc.

Resultados recientes obtenidos con encuestas longitudinales en Australia evidencian que la crisis económica ha tenido efectos en distintas dimensiones del bienestar de los jóvenes y que esos efectos son diferenciales en función de la coincidencia de la crisis con la edad "esperada" en la que se producen ciertas transiciones vitales como es la emancipación del hogar paterno (Parker et al. 2016).

Actualmente, la población joven en nuestro país ha sufrido las consecuencias de la crisis económica en etapas distintas de su trayectoria vital. Para unos pudo suponer el abandono de estudios superiores, para otros la búsqueda infructuosa de su primer empleo, para otros la pérdida del empleo, o el retraso de la emancipación y formación de una familia. Estas situaciones pueden tener consecuencias relevantes en la salud mental, y en los hábitos de la población joven con potenciales efectos acumulativos que condicionarán su vida adulta. Conocer los efectos de la crisis y la austeridad en la salud (física, mental, hábitos y riesgos) de los jóvenes de 18 a 34 años es fundamental. Nuestro trabajo defiende además que estos efectos no tienen lugar en el vacío. Solo entendiendo mejor cómo interactúan en este colectivo los determinantes de la salud y el peso de factores como entorno, capital social, familia, escuela, trabajo, ocio y medios de comunicación podemos diseñar políticas correctivas, tanto universales como específicas, que tengan el doble objetivo de (i) mejorar la salud y los hábitos saludables de este los jóvenes, y (ii) corregir las desigualdades sociales ante la salud.

PARTE I
SALUD, HÁBITOS Y CRISIS:
UN ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA
POBLACIÓN JOVEN

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La Parte I de esta investigación tiene como objetivo analizar la evolución de los principales indicadores de salud y hábitos saludables de los jóvenes de 18 a 34 años en España. Lo hacemos a lo largo de un periodo amplio de tiempo (2006-2017) con la intención de poder observar si la crisis económica marca (o no) diferencias substanciales respecto a los indicadores seleccionados.

Las hipótesis específicas de esta primera parte del trabajo son:

1. Algunos indicadores de salud de los jóvenes no han empeorado de forma significativa en los periodos estudiados. Sin embargo, se han incrementado las diferencias entre clases sociales y se observan efectos acumulativos (origen, género, situación laboral, nivel educativo).
2. El género, el empleo (o su ausencia), el nivel educativo, el capital social y el entorno familiar son variables explicativas de esas diferencias.
3. La crisis tiene un impacto desigual en los jóvenes atendiendo a la edad y etapa/trayectoria vital del joven (etapa educativa o de formación, búsqueda del primer empleo, emancipación, formación de una familia).
4. La salud mental en el colectivo de jóvenes se ha visto especialmente afectada, reflejándose en un mayor uso de servicios en salud mental y consumo de fármacos.
5. El capital relacional (o capital social) interviene en tener mejores resultados en los diferentes indicadores de salud, especialmente en la salud mental. A mayor capital social (apoyo social y afectivo), mejores resultados en los niveles de salud de los jóvenes.

Dimensiones de salud y hábitos de los jóvenes: indicadores analizados y factores asociados

A lo largo de este documento se presentan los diferentes resultados generados del análisis de las dimensiones de salud y hábitos de los jóvenes en el tiempo. Las dimensiones estudiadas se han dividido en tres secciones: a) Salud física, b) Salud mental, y c) Hábitos y estilos de vida. La literatura especializada nos ha servido al propósito de seleccionar/construir los indicadores utilizados en cada sección. Se muestran a continuación los diferentes indicadores utilizados para cada una de las dimensiones de salud.

1. Salud Física.

1.1. Autopercepción de "salud general". Es uno de los indicadores más utilizados en la literatura. Se construye desde la pregunta: "En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, o muy malo?"

1.2. Calidad de vida relacionada con la salud. Para la construcción de este indicador se utiliza la información sobre las preguntas referentes al grado de limitación durante al menos 6 meses por un problema de salud. El tipo de problemas de salud se pueden desagregar en físico, mental y la presencia de ambos.

1.3. Enfermedades crónicas. Este indicador proviene de la pregunta "¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración?" mediante categorías respuestas dicotómicas.

1.4. Utilización de servicios de salud y consumo de fármacos. Para estudiar el grado de utilización de servicios sanitarios y el consumo de fármacos se han construido dos indicadores. En primera instancia, se ha utilizado un indicador que captura el consumo de medicamentos recetados y/o no recetados por un médico durante las dos últimas semanas (respuesta dicotómica). Este indicador proviene de dos variables que desagregan la información sobre el consumo de los medicamentos recetados y los no recetados. En segundo lugar, se incluye un indicador sobre el uso de servicios de salud.

A pesar de las diferentes variables que se pueden emplear, se ha seleccionado la de "tiempo desde la última consulta médica" como proxy. El uso de esta variable responde principalmente a que no se han encontrado otras variables que fueran comparables en los diferentes puntos temporales escogidos.

1.5. Prácticas preventivas. Existe una gran cantidad de prácticas preventivas respecto a la salud. Para poder capturar algunas de ellas se han escogido las prácticas relacionadas con la toma de tensión arterial o medición del colesterol en los últimos 12 meses (respuesta dicotómica), así como la realización de mamografías o citologías de forma preventiva (sin problemas o síntomas detectados previamente) para las mujeres jóvenes.

1.6. Accidentes. Se ha añadido esta sub-dimensión a pesar de no disponer de información estandarizada en todos los puntos temporales analizados. En este aspecto, se tienen en cuenta los jóvenes que han sufrido algún accidente en los últimos 12 meses, así como el tipo de accidente (tráfico, doméstico o en el tiempo de ocio).

2. Salud Mental.

2.1. Malestar mental o psicológico. Uno de los cuestionarios más reconocidos y validados para capturar el nivel de salud mental de la población es el GHQ12 de Goldberg (Goldberg y Williams 1991, Goldberg et al. 1997, Makowska 2002). Este cuestionario, basado en una batería de preguntas, está integrado en las diferentes ediciones analizadas de la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE), y permite una valoración de la salud mental de la población adulta. A partir de la suma de las 12 variables dicotómicas de este cuestionario resulta un índice del que se determina qué jóvenes están en situaciones de riesgo de sufrir mala salud mental ($\text{GHQ12} \geq 3$).

2.2. Depresión/ansiedad diagnosticada. En este caso la variable analizada es haber sido diagnosticado por un médico especialista en algún momento de la vida por depresión, ansiedad u otra patología mental (variable dicotómica).

2.3. Salud mental y estrés laboral. Como indicador de estrés en el entorno laboral se ha analizado la variable creada a partir de la pregunta "Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Ud. el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante)". Solo se tienen en cuenta en los análisis de este indicador a las personas que responden que están ocupadas actualmente.

2.4. Consumo de fármacos antidepresivos o estimulantes. A pesar del interés de analizar el uso de servicios específicos de psicólogos o psiquiatras, en este apartado solo se ha analizado el consumo de fármacos relacionados con problemas de salud mental. Una vez más, la elección de las variables viene supeditada por la no comparabilidad de las variables en diferentes ediciones de la encuesta analizada. La variable utilizada para analizar el consumo de fármacos es definida en función de si han consumido algún antidepresivo o estimulante en las últimas 2 semanas (dicotómica).

3. Hábitos y estilos de vida.

3.1. Actividad física y sedentarismo. Uno de los indicadores clave para analizar los estilos de vida relacionados con la salud de los jóvenes es la frecuencia con la que realizan alguna actividad física en su tiempo libre. Esta variable, presente en las diferentes ediciones de la ENSE, tiene cuatro tipos de respuestas en dos ediciones (a) No hago ejercicio, el tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria, b) hago alguna actividad física o deportiva ocasional, c) hago actividad física varias veces al mes, y d) hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana. Para poder llevar a cabo el análisis comparativo de los diferentes años se han estandarizado en formato dicotómico (hace o no hace algún ejercicio en su tiempo libre).

3.2. Mala alimentación. Existen diferentes indicadores que pueden servir como proxy de tener una alimentación poco sana o nutritiva. Por ejemplo, el consumo de dulces, bebidas azucaradas, comida rápida o aperitivos salados. Una vez más, las diferentes ediciones de la ENSE no disponen de las mismas variables. A pesar de esta limitación, se ha podido construir un índice que captura el nivel de consumo de dulces y refrescos con azúcares (cada una de las categorías tiene una escala de cinco ítems: a) A diario, b) tres o más veces a la semana, pero no a diario, c) una o dos veces a la semana, d) menos de una vez a la semana, y e) nunca o casi nunca. Una vez creado el índice (rango 2 a 10) se dicotomizó la variable dejando como 1=Alto consumo de productos azucarados (nivel 2-4 del índice) y 0=Nivel medio bajo (nivel 5-10 del índice).

3.3. Consumo de tabaco y alcohol. Estos dos consumos son relevantes para entender las pautas saludables de los jóvenes, y pueden acarrear problemáticas en edades tempranas y especialmente en edades más adultas. El alcohol y el tabaco son sustancias que pueden estar asociadas a estilos de vida y hábitos de ocio comunes en los jóvenes. Estas dos dimensiones se recogen de forma diferente en las ediciones de la ENSE.

En el caso del consumo de tabaco se ha podido utilizar para el análisis la variable de "actualmente fuma" (dicotómica) pero no la frecuencia. En el caso del consumo de alcohol solo se ha podido utilizar una misma variable en dos periodos temporales (frecuencia de consumo: a) más de 2 días a la semana, b) 1 o 2 días a la semana, c) 2-3 veces al mes, d) 1 vez al mes o menos).

3.4. Peso insuficiente, normopeso, sobrepeso y obesidad. Además del consumo de sustancias nocivas o de productos con escasos niveles nutricionales, uno de los indicadores más recurrentes que se asocian a los estilos de vida y la salud de las personas es el Índice de Masa Corporal. Según los parámetros de este índice, los jóvenes pueden estar catalogados en función de: peso insuficiente, normopeso, sobrepeso y obesidad. En los análisis presentados se analiza la evolución de estas categorías, y se presta especial atención al sobrepeso y obesidad (que suelen asociarse a tener una mayor probabilidad de desarrollar diferentes tipos de patologías).

3.5. Higiene buco-dental. El análisis de la dimensión de la higiene buco-dental se basa en un índice creado a partir de una batería de ocho ítems en los que se pregunta sobre diferentes problemáticas asociadas a los dientes y muelas¹. Se utiliza y se analiza la media de este índice (rango 0 a 8).

Para analizar de forma detallada las posibles variaciones a lo largo de los años, así como la posible influencia de la crisis en estas dimensiones, se incluyen variables que puedan tener un peso relevante. Así, se analiza el peso que tienen factores intervinientes o explicativos tales como el grupo de edad de los jóvenes, el género, la estructura familiar, la clase profesional del principal sustentador del hogar², el capital social/relacional³, las condiciones del entorno⁴, el nivel educativo y el origen.

1. Estado de dientes y muelas: Tiene caries; le han extraído dientes/muelas; tiene dientes/muelas empastados (obturados); le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente; se le mueven los dientes/muelas; lleva fundas (coronas), puentes, otras prótesis o dentadura postiza; le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis; tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales.

2. Clase socio-profesional I "Directiva y profesional universitaria"; clase II "Ocupaciones intermedias y autónomas (sin empleados)"; clase III "Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas"; clase IV "Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y semi-cualificados/as"; y clase V "Trabajadores/as no cualificados/as".

3. A partir de la escala Duke-UNC de apoyo funcional percibido, se crea un índice en base a la batería de preguntas relativas a la frecuencia de las situaciones de apoyo afectivo y personal en la vida diaria (Visitas de mis amigos y familiares; Ayuda en asuntos relacionados con la casa; Elogios y reconocimientos al hacer bien el trabajo; Contar con personas que se preocupan de lo que le sucede; Recibir amor y afecto; Tener la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo o en la casa; Tener la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares; Tener la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos; Recibir invitaciones para distraerse y salir con otras personas; Recibir consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida; Recibir ayuda cuando está enfermo en la cama). De este índice se crea una variable categoría de terciles de apoyo funcional percibido (primer tercil nivel bajo, segundo nivel medio, y tercer tercil nivel alto).

4. Éste se ha creado a partir de las variables que proporciona la encuesta ENSE sobre los problemas en el entorno de su vivienda. Cada uno de los ocho ítems (ruido procedente del exterior; malos

Fuentes de datos y metodología de análisis

Para la elaboración de los diferentes análisis de esta investigación se han utilizado diferentes ediciones de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). Al ser uno de los principales objetivos de dicha investigación el analizar si existen variaciones substanciales en las diferentes dimensiones de la salud y de los hábitos saludables de los jóvenes, se han analizado tres ediciones de la ENSE: la de 2006 (situación anterior de la crisis), 2012 (situación de auge de la crisis y de sus consecuencias más negativas en términos económicos y de paro juvenil y mayores), y la de 2017 de reciente publicación (refleja una situación que puede considerarse post-crisis atendiendo a algunos indicadores macro y micro económicos, y diferenciada de la situación pre-crisis).

La muestra de jóvenes analizados en las tres encuestas es la población de 18 a 34 años⁵. En este sentido hay que puntualizar que algunos de los análisis se han centrado en jóvenes de mayor edad, entre 25 y 34 años, para reducir el sesgo generacional. Son los casos del análisis del tipo de hogar en el que viven y del nivel máximo de estudios alcanzado. Añadir la población de menor edad en estas dos variables supondría un mayor sesgo por el posible efecto espurio derivado de la edad de los jóvenes.

Como ya se ha comentado en la descripción de alguno de los indicadores seleccionados para el análisis, la mayoría de las variables son comunes en las tres ediciones, pero en algunos casos no ha sido posible escoger otros indicadores útiles para el análisis planteado en esta investigación. Esta limitación se produce normalmente porque las preguntas, o las categorías de respuesta, varían de una edición a otra. A pesar de ello, la cantidad de indicadores seleccionados son suficientes para mostrar en detalle las diferencias que hay entre los distintos momentos temporales analizados y los factores asociados a la salud y los hábitos de los jóvenes. Así mismo, todos los análisis comparativos que se presentan de forma descriptiva son estadísticamente significativos (Chi cuadrada menor que 0,05). Además de los análisis descriptivos se han añadido algunos análisis de probabilidades (a partir de regresiones logísticas o lineales según la variable dependiente) para mostrar la asociación de algunos de los factores con el indicador analizado controlando por el resto de variables independientes.

olores procedentes del exterior; agua de consumo de mala calidad; poca limpieza en las calles; contaminación del aire elevada por industria cercana; contaminación del aire elevada por otras causas; escasez de zonas verdes; presencia de animales que causan importantes molestias) tiene tres categorías de respuesta (0=nada; 1=Bastante; 2=Mucho). De la suma de los ítems se crea un índice del que se agregan las puntuaciones en tres categorías: sin problemas (0) ; algunos problemas (de 1 a 4); y bastantes o muchos problemas (5 o más).

5. La muestra de jóvenes de 18 a 34 años para la ENSE 2006 es de 6.174, en la ENSE 2012 es de 3.993, y la muestra de la ENSE 2017 es de 3.316.

A partir de los modelos generados con los análisis de probabilidades se han analizado las diferencias entre perfiles concretos de jóvenes según su nivel de inclusión o exclusión social. Estos perfiles vienen definidos por las características sociodemográficas que frecuentemente están asociadas a tener una mayor vulnerabilidad, como por ejemplo ser mujer, haber nacido en otro país, provenir de una clase social baja, tener niveles bajos de estudios, estar desempleado o tener niveles bajos de capital relacional. Estos factores son algunos de los que diferentes estudios suelen asociar a tener una mayor probabilidad de estar en una situación de vulnerabilidad social, económica o de salud. Como se podrá observar a lo largo del presente estudio, estos factores discriminan de forma significativa la salud de los jóvenes.

A raíz de estas consideraciones hemos planteado tres perfiles diferenciados para el análisis de las desigualdades en la salud:

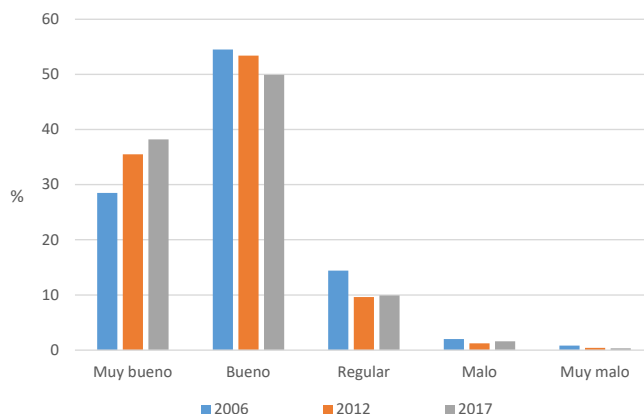
- a) **Perfil de inclusión máxima:** Caracterizado como un joven varón, nacido en España, nivel de estudios superiores, ocupado, con nivel máximo de apoyo funcional percibido y de clase profesional alta (nivel I).
- b) **Perfil de inclusión media:** Caracterizado como una mujer, nacida en España, nivel de estudios secundarios obligatorios, ocupada, con nivel medio de apoyo funcional percibido y de clase profesional media (nivel III).
- c) **Perfil de exclusión:** El modelo menos inclusivo que planteamos se caracteriza por ser mujer, nacida en país fuera de España, nivel de estudios primarios, en situación de desempleo, con nivel bajo de apoyo funcional percibido y de clase profesional no cualificada (nivel V).

1. Salud Física.

1.1. Autopercepción de salud general.

El análisis de los datos comparativos para los diferentes años muestra una población joven que en su mayoría cree disponer de una salud “buena” o “muy buena”. Las diferencias son escasas, pero se observa una tendencia a sentir que se tiene una mejor salud durante y después de la crisis económica.

Gráfico I.1. Autopercepción de salud de los jóvenes.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Las diferencias entre los niveles de autopercepción de salud varían significativamente con todas las variables analizadas. Como se puede observar en la Tabla I.1., a mayor edad los jóvenes tienden a declarar una peor salud, indistintamente del año analizado. Así mismo, las mujeres y la población extranjera reportan niveles peores de salud. La clase profesional del principal sustentador del hogar (proxi de clase social del joven) también parece estar asociada a la salud percibida de los jóvenes. En efecto, los jóvenes en la clase I (clase socio-profesional directiva y profesional universitaria) declaran una mejor salud auto-percibida que los jóvenes de clases con niveles profesionales inferiores o menos cualificados. Este elemento es especialmente interesante al tener en cuenta la variable tiempo. Se puede observar en la tabla que las diferencias de salud entre clases profesionales se han reducido.

En efecto, en 2006 la diferencia entre la clase I y la V es de más de 12 puntos porcentuales, mientras que en 2017 baja hasta 4, a pesar de que se mantiene el gradiente socioeconómico y los de alta clase social siguen disfrutando de mejor salud. Cuando hablamos del "apoyo funcional percibido", observamos también diferencias significativas mostrando que el disfrutar de apoyo percibido ayuda a disponer de mayor percepción de buena salud.

Otra dimensión que muestra diferencias significativas es el nivel de estudios de los jóvenes. A mayor nivel educativo se declara una mejor percepción de nivel de salud, si bien las diferencias se han ido también reduciendo con el paso de los años.

Los entornos en los que viven los jóvenes, así como los problemas de vivienda, parecen tener un efecto significativo tanto en la autopercepción de la buena salud (Tabla I.1.) como en el riesgo de sufrir mala salud mental (ver resultados en la sección de salud mental).

Tabla I.1. Porcentaje de jóvenes que declaran tener buena o muy buena salud.

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	86,2	91,8	90,2	Bajo	77,8	85,2	83,0
25-29 años	82,4	88,0	88,8	Medio	82,9	89,4	88,5
30-34 años	79,9	87,0	85,6	Alto	88,4	91,0	94,0
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	85,9	91,0	91,1	Padres y/o suegros	83,0	87,1	89,1
Mujer	79,4	86,7	85,1	Pareja sin hijos	83,4	86,6	86,2
País origen				Pareja con hijos	77,8	88,5	85,4
España	84,1	89,7	88,8	Solo	83,0	88,1	88,4
Extranjero	77,3	85,7	85,5	Otros	77,4	86,3	80,4
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	83,4	89,2	89,4	Primarios	75,1	77,5	82,0
Desempleo	74,9	86,7	84,4	Secundarios	74,1	83,8	83,6
Estudiando	90,8	92,5	91,8	Postsecundarios	82,1	86,8	88,4
Otra inactividad	76,8	83,0	69,9	Superiores	86,1	93,0	89,4
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	88,1	92,2	90,5	Sin problemas	89,2	92,3	91,8
Clase II	84,4	90,9	89,8	Algunos	84,9	88,6	88,8
Clase III	73,9	88,3	88,1	Bastantes o muchos	76,5	84,1	83,6
Clase IV	77,2	88,1	86,6				
Clase V	75,8	85,6	86,4				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

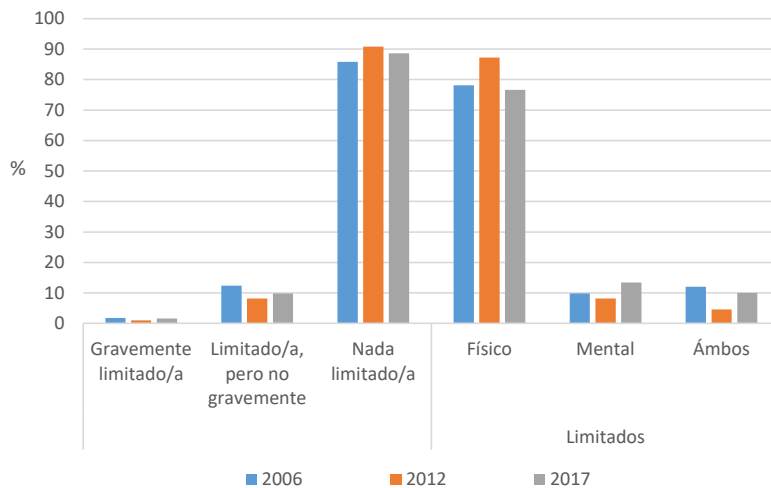
En general, los datos muestran que los factores sociodemográficos estudiados tienen cierta influencia en la salud subjetiva de los jóvenes, independientemente del año de la encuesta. También se muestra que las diferencias entre las categorías para cada variable son menores después del periodo post-crisis. Tras la crisis económica las características sociodemográficas tienen menor poder explicativo sobre las diferencias en la salud subjetiva entre los jóvenes. Se trata de unos resultados que ya empezaron a apuntar otros autores para el conjunto de la población en España (FEDEA 2014, Regidor et al. 2014), y que podrían suponer un cierto fenómeno contra-intuitivo: la crisis económica no necesariamente empeora la salud sino que, al contrario, son las situaciones de bonanza económica las que pueden perjudicar más la salud (Tapia 2011).

1.2. Calidad de vida relacionada con la salud.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud puede disponer de muchos indicadores definatorios. En este sentido, consideramos que el grado de limitación que puedan tener los jóvenes por un problema de salud es determinante en relación a su calidad de vida. Las personas que sufren limitaciones físicas y/o mentales suelen tener mayores dificultades para realizar actividades cotidianas relacionadas con el ocio, por ejemplo, o se ven mermadas las relaciones personales debido al estigma o a la inseguridad que puedan conllevar. Según los datos analizados, el porcentaje de jóvenes que está gravemente limitado mental y/o físicamente es reducido (no llega al 2%) para todos los años estudiados (Gráfico I.2.). Este porcentaje se eleva al 10% al tratarse de jóvenes limitados pero sin un nivel grave de limitación. De los casos que suelen tener limitaciones, la amplia mayoría lo son por limitaciones físicas.

Una vez más (Tabla I.2.) se encuentran diferencias significativas tanto por género (las mujeres jóvenes tienen una mayor prevalencia en las limitaciones por un problema de salud), edad (los grupos de edad de jóvenes mayores son los que tienen más problemas de salud que los limitan) o por nivel de estudios (los que tienen titulaciones inferiores suelen tener más problemas de salud que los limitan). De nuevo aparece cierta influencia del gradiente socioeconómico en la distribución de la limitación entre los jóvenes en España. En algunas variables las diferencias son significativas pero varían en gran medida según el año analizado (sería difícil extrapolar un efecto de la crisis). Un ejemplo sería la situación en relación al mercado de trabajo.

Gráfico I.2. Grado de limitación (>6 meses) por un problema de salud y tipo de problema.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Tabla I.2. Jóvenes (%) que declaran tener una limitación (grave o no) por problema de salud.

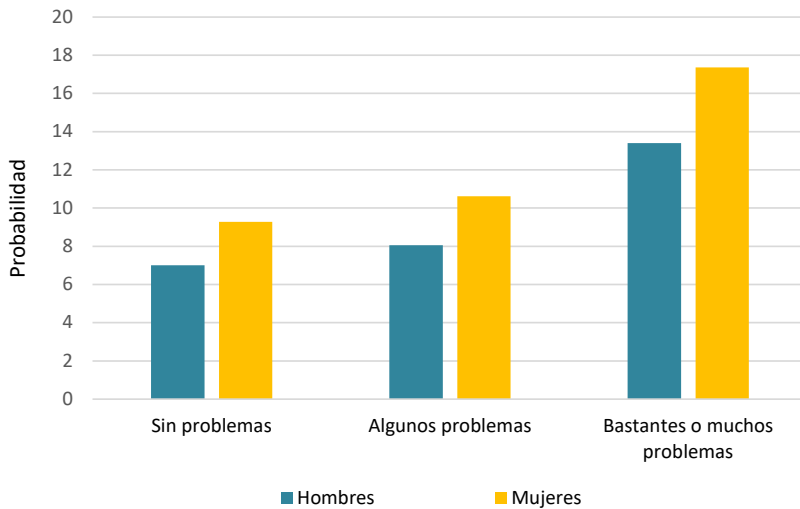
	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	11,3	8,1	9,4	Bajo	16,1	11,5	13,5
25-29 años	15,1	8,9	12,0	Medio	14,0	9,2	11,1
30-34 años	16,0	10,5	12,8	Alto	10,0	7,9	8,3
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	12,3	7,9	9,7	Padres y/o suegros	15,1	10,0	12,4
Mujer	16,2	10,6	13,1	Pareja sin hijos	15,3	10,7	14,8
País origen				Pareja con hijos	18,2	9,0	12,4
España	14,6	9,4	11,8	Solo	15,1	8,7	9,9
Extranjero	12,0	8,4	9,9	Otros	9,8	10,3	11,6
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	13,0	9,4	10,2	Primarios	18,3	14,4	19,4
Desempleo	19,8	7,5	13,2	Secundarios	20,1	8,9	13,7
Estudiando	9,7	8,4	9,6	Postsecundarios	14,1	10,8	9,5
Otra inactividad	17,7	15,2	26,9	Superiores	13,7	9,0	12,1
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	12,7	9,6	10,7	Sin problemas	10,8	5,4	8
Clase II	13,8	7,0	10,4	Algunos	12,5	9,9	10
Clase III	13,6	8,1	11,7	Bastantes o muchos	17,6	13,4	17,8
Clase IV	14,7	9,4	12,8				
Clase V	16,2	11,4	10,9				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Las dos variables que parecen tener una asociación más elevada con tener una limitación por causa de salud física y/o mental son el apoyo funcional percibido y los problemas de entorno o de la vivienda (Tabla I.2.). Los datos descriptivos muestran variaciones substanciales. Prueba de ello se encuentra en el Gráfico I.3 en el que se muestra la probabilidad de tener alguna limitación de salud según el nivel de problemáticas del entorno y la vivienda (controlando por el resto de variables). Los resultados muestran que existe un claro condicionante de la situación en la que viven los jóvenes y las limitaciones originadas por temas de salud física y/o mental. Tanto los hombres como las mujeres con bastantes o muchos problemas de vivienda o del entorno tienen prácticamente el doble de probabilidad de tener limitaciones por causa de su salud que los que no tienen estos problemas. La magnitud de la probabilidad es mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Son datos que no son insólitos y que la literatura reciente confirma para la población adulta en distintos países de Europa (Clair et al. 2016).

Gráfico I.3. Probabilidad de tener alguna limitación por temas de salud según el nivel de problemáticas del entorno y la vivienda.



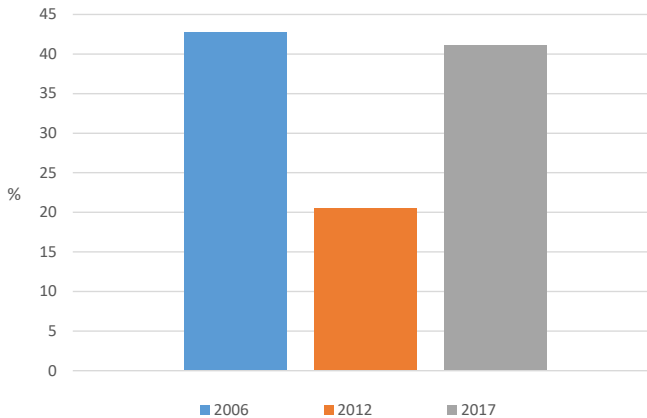
Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

1.3. Enfermedades crónicas.

El análisis de las diferentes ediciones de la ENSE muestra algunas diferencias entre los jóvenes respecto al padecimiento de una enfermedad crónica de larga duración (Gráfico 1.4.). Los datos analizados muestran una menor prevalencia de haber padecido este tipo de enfermedades en el momento más álgido de la crisis (edición 2012).

Gráfico 1.4. Jóvenes que han padecido alguna vez alguna enfermedad crónica o de larga duración.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Si analizamos las diferencias según perfiles de jóvenes (Tabla 1.3.) se puede observar que el perfil con mayor incidencia son las mujeres (hasta 13 puntos porcentuales por encima que los hombres en 2006 y 2017) y los nacidos en España. Sin embargo, el factor que se observa con una mayor asociación es la variable de nivel de problemas en la vivienda y el entorno. Por ejemplo, en 2017 la mitad de los jóvenes que viven en entornos con peores condiciones han padecido en algún momento alguna enfermedad crónica o de larga duración (16 puntos porcentuales por encima de los que viven en un entorno sin problemas vinculados a la vivienda o al barrio).

Tabla I.3. Jóvenes que han padecido alguna vez alguna enfermedad crónica o de larga duración.

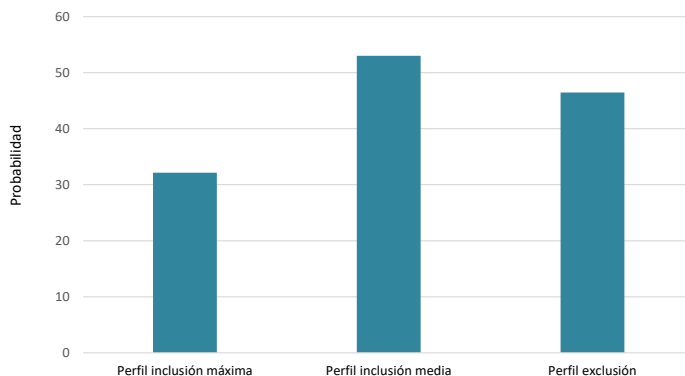
	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	40,1	17,6	37,1	Bajo	46,0	20,7	42,4
25-29 años	42,5	21,7	42,6	Medio	43,0	22,1	44,2
30-34 años	45,4	22,2	43,8	Alto	38,8	19,4	36,1
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	36,3	17,6	34,4	Padres y/o suegros	43,8	24,4	42,6
Mujer	49,6	23,6	47,9	Pareja sin hijos	44,0	20,9	48,2
País origen				Pareja con hijos	46,7	19,4	44,4
España	43,7	21,8	42,5	Solo	42,9	24,0	36,1
Extranjero	38,6	16,0	35,6	Otros	44,0	22,0	44,4
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	42,3	22,2	40,1	Primarios	43,9	28,7	44,6
Desempleo	49,1	18,1	46,8	Secundarios	48,7	22,1	42,2
Estudiando	38,2	17,9	37,4	Postsecundarios	39,7	20,6	40,7
Otra inactividad	43,5	24,6	50,0	Superiores	45,3	21,8	45,3
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	39,8	22,8	42,9	Sin problemas	32,1	16,5	34,2
Clase II	46,3	20,6	41,4	Algunos	42,5	21,7	40,2
Clase III	41,7	17,2	43,7	Bastantes o muchos	48,4	23,6	51,3
Clase IV	45,3	19,1	41,3				
Clase V	40,7	23,7	37,4				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Así mismo, el gráfico de probabilidades (Gráfico I.5.) muestra que las probabilidades de haber padecido o padecer una enfermedad crónica o de larga duración varían según los diferentes perfiles de inclusión social. Los perfiles sociales con características asociadas a un nivel elevado de inclusión social (hombres empleados, nacidos en España, con niveles educativos superiores, y nivel elevado de apoyo social y afectivo) son los que tienen una menor probabilidad de haber padecido este tipo de enfermedades.

Gráfico I.5. Probabilidad de haber padecido alguna enfermedad crónica o de larga duración según perfiles de inclusión/exclusión social (2017).

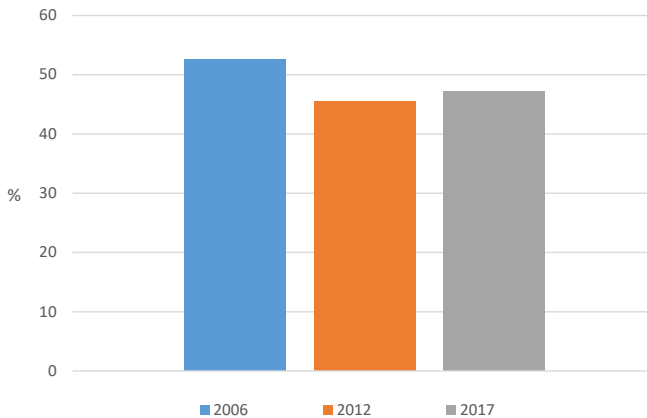


Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados. Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

1.4. Uso de servicios de salud y consumo de fármacos.

El uso de los servicios de salud y el consumo de fármacos (en general) no parece haber variado de forma muy substancial durante el periodo de crisis entre la población joven. El consumo de medicamentos recetados y/o no recetados se redujo sensiblemente en esta población durante la crisis, y se detecta un leve repunte en el periodo post-crisis analizado.

Gráfico I.6. Jóvenes que han consumido medicamentos recetados o no recetados (últimas 2 semanas).

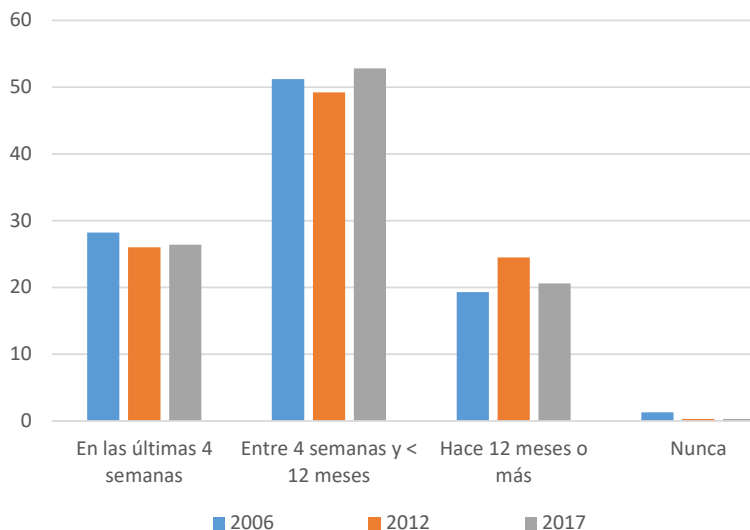


Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Este hallazgo podría estar más relacionado con las políticas de austeridad en España con la aplicación del RD16/2012 de copago farmacéutico que con la crisis económica en sí. Vale la pena resaltar que, a nivel del país, la evolución del gasto farmacéutico experimenta una primera bajada fruto del copago para recuperarse a partir de 2013 (Puig-Junoy et al. 2016), de manera muy similar a lo que muestra el Gráfico I.6. para el colectivo joven en nuestro estudio.

Respecto a la consulta médica, el intervalo temporal más destacado desde que realizaron la última consulta los jóvenes en todos los periodos analizados es el comprendido entre 4 semanas y 12 meses.

Gráfico I.7. Tiempo desde la última consulta médica.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

No obstante, los jóvenes serían el grupo poblacional que menos frecuenta los servicios sanitarios y el que consume menor nivel de productos farmacéuticos. A pesar de ello, en todos los periodos analizados, más del 40% declaran que han consumido algún medicamento en las últimas dos semanas (Tabla I.4).

Las mayores diferencias dentro del grupo de los jóvenes se observan especialmente en lo que atañe al género. Las mujeres jóvenes declaran un mayor consumo de medicamentos recetados o no recetados que los hombres jóvenes, y también acuden más a consultas médicas. No encontramos apenas diferencias entre los distintos grupos de edad en jóvenes en lo que respecta al consumo de medicamentos o visitas médicas.

Sí observamos diferencias entre la población de origen autóctona y la extranjera, especialmente en lo que atañe al consumo de medicamentos. Unas diferencias que se disparan con la crisis económica, reduciéndose especialmente el consumo de medicamentos entre los jóvenes extranjeros.

Otros resultados a destacar de las Tablas I.4. y I.5. post 2012 son que (i) aumenta el consumo de fármacos especialmente entre las parejas con hijos y entre los jóvenes con bastantes problemas de vivienda, y (ii) que las visitas médicas se desploman en 2017 volviendo a niveles pre-crisis (2006).

Tabla I.4. Jóvenes que han consumido medicamentos recetados o no recetados (últimas 2 semanas).

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	49,5	42,7	47,6	Bajo	47,5	41,6	47,6
25-29 años	53,8	46,0	46,9	Medio	44,2	50,2	50,9
30-34 años	54,1	46,2	46,9	Alto	52,0	43,2	42,1
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	43,2	37,0	39,5	Padres y/o suegros	49,2	45,5	46,4
Mujer	62,5	53,2	54,7	Pareja sin hijos	59,0	52,2	47,3
País origen				Pareja con hijos	58,1	42,5	48,8
España	52,3	46,4	48,1	Solo	53,9	43,7	40,3
Extranjero	53,5	39,9	43,2	Otros	48,7	50,3	53,8
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	52,0	45,4	45,7	Primarios	49,7	41,2	44,7
Desempleo	54,7	43,3	50,9	Secundarios	43,4	44,9	44,3
Estudiando	49,3	44,0	47,3	Postsecundarios	45,4	42,0	43,6
Otra inactividad	51,7	50,1	46,7	Superiores	45,4	51,3	51,0
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	52,4	48,9	48,2	Sin problemas	43,4	39,6	38,5
Clase II	54,0	48,6	50,5	Algunos	52,8	45,9	46,8
Clase III	50,7	43,5	48,2	Bastantes o muchos	56,7	50,8	57,1
Clase IV	54,8	40,3	45,1				
Clase V	51,8	47,8	47,6				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Tabla I.5. Jóvenes que llevan más de 12 meses sin tener una consulta médica (o nunca).

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	20,8	22,6	21,8	Bajo	22,2	26,1	19,6
25-29 años	19,0	27,1	19,3	Medio	17,9	23,7	21,1
30-34 años	21,8	24,9	21,2	Alto	22,7	25,0	21,8
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	27,7	31,7	30,0	Padres y/o suegros	21,8	28,3	21,9
Mujer	13,0	17,8	11,7	Pareja sin hijos	19,8	22,6	20,9
País origen				Pareja con hijos	17,6	24,2	19,8
España	20,3	24,0	20,7	Solo	24,3	23,9	19,5
Extranjero	21,8	27,6	21,4	Otros	25,0	30,5	14,2
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	20,5	25,4	21,1	Primarios	23,3	31,5	23,4
Desempleo	20,0	26,3	22,5	Secundarios	21,6	26,3	23,1
Estudiando	22,7	23,1	20,6	Postsecundarios	19,9	26,7	21,8
Otra inactividad	22,2	21,5	12,7	Superiores	19,5	24,0	17,0
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	20,5	25,6	19,9	Sin problemas	21,4	23,4	21,7
Clase II	20,3	21,2	22,2	Algunos	17,8	22,5	18,3
Clase III	20,0	30,7	18,8	Bastantes o muchos	20,6	24,9	21,0
Clase IV	19,9	25,7	21,4				
Clase V	23,3	20,6	20,2				

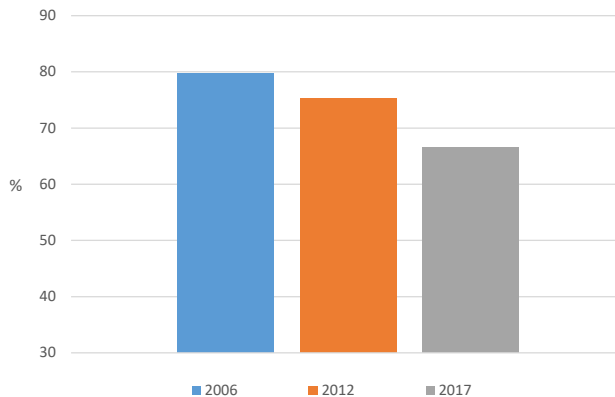
Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

1.5. Prácticas preventivas.

En las diferentes ediciones de la encuesta ENSE se incluye una batería de preguntas sobre prácticas asociadas a la prevención de patologías y revisiones médicas que permiten analizar el nivel de prácticas preventivas que realizan los jóvenes. Debe mencionarse que no todas las tipologías de revisiones o visitas al médico suponen una práctica preventiva (ya que algunas de estas pueden estar condicionadas por un diagnóstico previo sobre una patología concreta), y no se preguntan en todas las ediciones de la ENSE de la misma forma. Para poder analizar las prácticas preventivas se han seleccionado dos tipos de revisiones genéricas y relativamente comunes en la población adulta, pero en menor medida en la joven, como son la toma de tensión arterial y la medición del colesterol.

Gráfico I.8. Toma de tensión arterial o medición del colesterol en los últimos 12 meses.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

En este sentido, los datos muestran que es una práctica relativamente frecuente entre la población joven que ha ido a la baja en el periodo de estudio (Gráfico I.8.). En 2006, en torno al 80% de los jóvenes se había tomado la tensión o se había medido el colesterol en los últimos 12 meses, mientras que estos porcentajes se reducen al 75% en 2012, y al 66% en 2017 aproximadamente (Tabla I.6).

Tabla I.6. Toma de tensión arterial o medición del colesterol en los últimos 12 meses.

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	73,9	73,5	59,4	Bajo	81,2	72,8	66,4
25-29 años	83,4	73,5	66,2	Medio	80,8	74,0	67,6
30-34 años	80,1	77,6	73,6	Alto	76,7	78,0	66,4
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	78,8	70,4	59,4	Padres y/o suegros	82,9	71,1	65,9
Mujer	80,5	80,0	73,8	Pareja sin hijos	83,0	81,7	75,6
País origen				Pareja con hijos	79,9	75,5	72,0
España	79,2	74,9	66,8	Solo	82,5	79,7	71,8
Extranjero	82,4	76,9	65,9	Otros	76,9	83,6	70,7
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	81,8	80,4	71,6	Primarios	79,0	69,6	61,8
Desempleo	78,5	62,9	65,1	Secundarios	81,2	75,2	68,7
Estudiando	67,0	71,7	55,8	Postsecundarios	81,7	75,7	68,1
Otra inactividad	79,4	81,1	71,5	Superiores	82,9	77,4	74,7
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	78,5	73,9	68,0	Sin problemas	77,9	76,0	64,2
Clase II	78,1	75,5	69,4	Algunos	78,7	73,7	66,5
Clase III	80,6	75,1	71,9	Bastantes o muchos	81,6	78,0	69,6
Clase IV	81,7	75,1	65,2				
Clase V	79,2	76,9	61,3				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

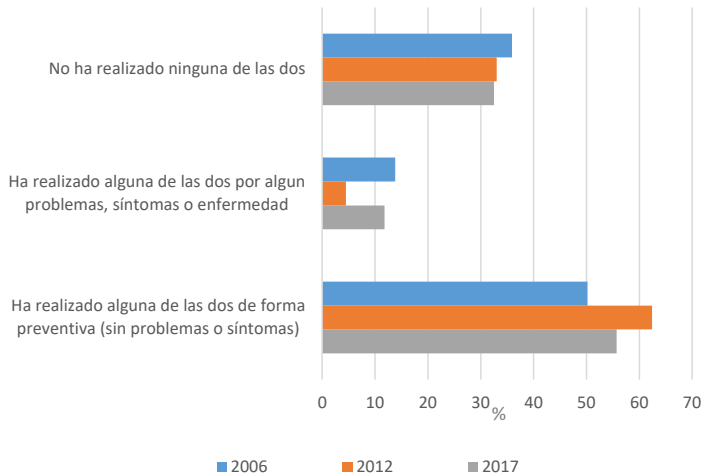
Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Los datos (Tabla I.6.) muestran que este tipo de prácticas están asociadas con la edad. Los grupos jóvenes de mayor edad cuentan con una mayor proporción de población que realiza estas prácticas preventivas, si bien en todos los grupos de edad se ha ido reduciendo el porcentaje a partir del periodo de crisis económica. Parte de la reducción de la proporción de jóvenes que realizan estas prácticas se explica por las diferencias en género (una práctica menor en hombres jóvenes). La diferencia entre hombres y mujeres pasa de 2 puntos porcentuales en 2006 a 14 puntos porcentuales en 2017. También se observan diferencias según nivel de estudios siendo aquellos con estudios primarios los que tienden a hacerse menos pruebas. En el resto de factores sociales se aprecian escasas diferencias.

Otros indicadores de interés son las prácticas preventivas específicas de las mujeres como son las mamografías (apenas indicadas en este grupo de edad tan joven) y las citologías vaginales. En el caso de los hombres las prácticas preventivas propias de su sexo suelen realizarse en edades más avanzadas, como por ejemplo la revisión de la próstata. La frecuencia con la que las mujeres realizan estas prácticas de forma preventiva ha sido mayor después del periodo pre-crisis, si bien no de forma lineal, ya que la proporción de mujeres jóvenes que realizan estas revisiones de forma preventiva es menor en 2017 que en 2012 (Gráfico I.9.).

Es a partir del grupo de 25-29 años (Tabla I.7.) cuando se observa que más de la mitad de las mujeres han realizado alguna de estas revisiones de forma preventiva. Los factores que más destacan al observar diferencias entre perfiles de mujeres son la clase socio-profesional del sustentador principal del hogar (proxi de clase social) y el nivel educativo de la mujer.

Gráfico I.9. Mujeres jóvenes que han realizado una mamografía o citología.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

En efecto, las mujeres que tienen un nivel de estudios superior y las que están en hogares con un nivel de clase social más elevado son las que realizan en mayor proporción este tipo de prácticas preventivas. Se podría decir que la realización de ciertas prácticas preventivas está asociada a tener una mayor o menor sensibilización e información sobre los beneficios que puedan otorgar dichas prácticas. Las jóvenes de clases sociales superiores o con mayor nivel educativo pueden estar más sensibilizadas debido a su mayor nivel cultural, mayor capital social, así como por la interacción con grupos de iguales que transmitan la importancia de dichas revisiones médicas así como que las practiquen.

De forma contraria, también podría argumentarse que puede darse el caso de la llamada ley de cuidados inversos (Hart 1971, Rubin et al. 2015), según la cual aquellas mujeres que menos necesitan hacerse citologías vaginales/mamografías son las que más están haciéndoselas.

Tabla I.7. Mujeres jóvenes que han realizado una mamografía o citología de forma preventiva (sin problema o síntomas detectados previamente).

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	30,1	41,2	31,7	Bajo	49,5	67,9	51,1
25-29 años	57,3	68,6	61,1	Medio	52,8	63,3	62,7
30-34 años	62,0	76,3	73,8	Alto	48,0	59,4	56,9
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	--	--	--	Padres y/o suegros	49,0	60,9	57,0
Mujer	--	--	--	Pareja sin hijos	67,3	78,9	74,5
País origen				Pareja con hijos	66,3	81,8	74,7
España	53,1	63,8	57,6	Solo	59,8	73,6	71,4
Extranjero	39,2	57,3	49,3	Otros	48,8	75,6	69,3
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	57,0	74,6	67,3	Primarios	59,8	48,1	45,4
Desempleo	46,5	65,6	59,8	Secundarios	57,9	73,5	66,8
Estudiando	26,5	37,9	30,1	Postsecundarios	53,9	72,4	70,5
Otra inactividad	67,0	56,6	52,2	Superiores	64,8	75,8	71,4
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	60,2	69,0	62,4	Sin problemas	46,0	56,1	55,0
Clase II	52,9	64,8	62,0	Algunos	51,0	64,0	55,6
Clase III	49,7	67,6	58,7	Bastantes o muchos	50,8	68,4	56,9
Clase IV	44,5	61,6	54,1				
Clase V	41,2	55,9	43,5				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

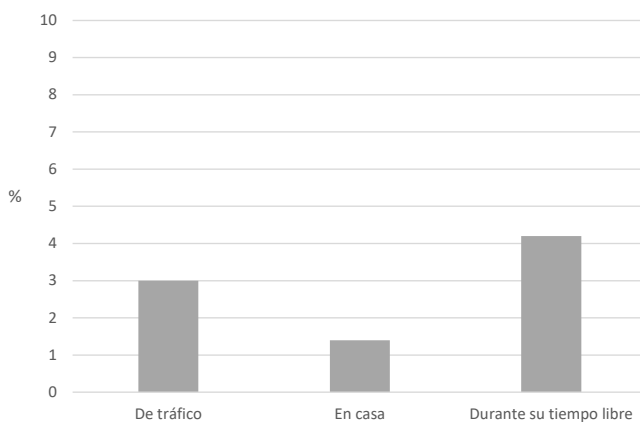
Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

1.5. Accidentes.

Los accidentes que puedan sufrir los jóvenes pueden ser de muy diferente índole. Según la ENSE, la mayor proporción de accidentes se suelen dar durante el tiempo libre, seguido de los accidentes de tráfico, y en último lugar los accidentes domésticos. Los niveles son relativamente bajos. De estas tres categorías, el máximo es de un 4% (jóvenes que tienen accidentes durante el tiempo libre).

Debido a la escasa frecuencia, no se encuentran diferencias substanciales o pautas substanciales entre los diferentes perfiles de jóvenes. Solamente cabe destacar que los hombres, desempleados, nacidos en España y que declaran un nivel mayor de problemáticas en el entorno son los que muestran una proporción sensiblemente superior de haber sufrido algún tipo de accidente en los últimos 12 meses.

Gráfico I.10. Jóvenes que ha sufrido un accidente en los últimos 12 meses según tipo de accidente (2017).



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

Tabla 1.6. Jóvenes que ha sufrido algún tipo de accidente en los últimos 12 meses (2017).

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	--	--	9,3	Bajo	--	--	8,1
25-29 años	--	--	7,5	Medio	--	--	8,9
30-34 años	--	--	8,3	Alto	--	--	8,1
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	--	--	9,7	Padres y/o suegros	--	--	6,5
Mujer	--	--	7,2	Pareja sin hijos	--	--	8,3
País origen				Pareja con hijos	--	--	9,1
España	--	--	9,0	Solo	--	--	10,0
Extranjero	--	--	6,1	Otros	--	--	5,8
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	--	--	8,1	Primarios	--	--	8,5
Desempleo	--	--	10,3	Secundarios	--	--	9,9
Estudiando	--	--	8,3	Postsecundarios	--	--	5,1
Otra inactividad	--	--	5,8	Superiores	--	--	8,4
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	--	--	9,4	Sin problemas	--	--	6,1
Clase II	--	--	9,3	Algunos	--	--	8,9
Clase III	--	--	8,3	Bastantes o muchos	--	--	9,4
Clase IV	--	--	7,9				
Clase V	--	--	8,5				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

2. Salud Mental.

El estado anímico asociado al malestar emocional de las personas afecta de manera negativa su salud. Así mismo, las personas con malestar emocional tienden a iniciar o a no corregir hábitos negativos, o a no seguir prescripciones médicas que contribuirían a mejorar su salud. El malestar emocional puede activar procesos bioquímicos y neurológicos que disminuyen la capacidad inmunológica del individuo.

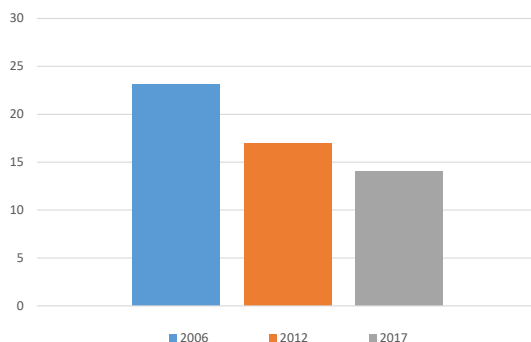
Algunos estudios muestran que ciertos episodios de crisis (stressful events) en la vida de las personas pueden desencadenar en malestar emocional (Tosevski y Milovancevic 2006, McLaughlin y Hatzenbuehler 2009, Sutin et al. 2010, Low et al. 2012, Roberts et al. 2018, Rodríguez-González et al. 2018). Algunos de estos episodios negativos pueden estar relacionados con el desempleo o con una mayor inseguridad financiera o contractual. También pueden estar relacionados con sucesos como el cuidado de otras personas o la separación o divorcio. El malestar emocional puede propiciar otras situaciones de exclusión: incrementa los riesgos de desempleo, divorcio, y/o aislamiento social (déficits de capital social).

En este apartado analizamos los principales indicadores de salud mental que proporcionan las encuestas ENSE. Con estos indicadores podremos entender con mayor claridad si durante el periodo de crisis se incrementan las patologías mentales, se mantienen o incluso si disminuyen entre la población joven. Así mismo, se analiza la posible asociación de los diferentes perfiles de jóvenes con el de padecer peores situaciones relacionadas con la salud mental.

2.1. GHQ12 Nivel de malestar psicológico.

A raíz de investigaciones precedentes, se podría esperar que a partir de la crisis económica aumentara la prevalencia de jóvenes que mostraran un mayor malestar psicológico. Con la crisis sería más frecuente que los hogares tuvieran más dificultades para llegar a final de mes, hubiera menos expectativas de futuro, mayores preocupaciones financieras y laborales y estrés. Esto debería revertir en los jóvenes directa o indirectamente según el perfil de joven y del hogar en el que vive. Pero los datos de la ENSE no solo no apuntan a un incremento de dicha prevalencia, sino todo lo contrario. Los datos muestran que los periodos posteriores a la situación pre-crisis tienen tasas más reducidas de población joven con riesgo de malestar psicológico. En 2006 era del 23%, en 2012 del 17% y en 2017 por debajo del 15%.

Gráfico I.11. Frecuencia de jóvenes con riesgo de malestar psicológico (GHQ12 >=3).



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

El género es una de los factores más importantes a tener en cuenta en el análisis de la salud mental de los jóvenes. Las mujeres jóvenes tienen una probabilidad considerablemente más alta que los varones de tener una autopercepción de mala salud, pero también de mayor riesgo de mala salud mental (Tabla I.7 y Gráfico I.12.). La clase social profesional parece tener también cierta influencia en la prevalencia de tener malestar psicológico (especialmente comparando los perfiles extremos).

Tabla I.7. Frecuencia de jóvenes con riesgo de malestar psicológico (GHQ12>=3).

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	22,6	14,2	13,5	Bajo	27,6	25,5	21,8
25-29 años	22,3	18,1	14,1	Medio	18,7	15,9	12,7
30-34 años	24,2	18,4	14,6	Alto	12,2	10,6	7,9
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	19,9	15,1	10,9	Padres y/o suegros	20,8	17,8	13,9
Mujer	26,5	18,9	17,3	Pareja sin hijos	22,7	17,6	12,0
País origen				Pareja con hijos	25,4	17,0	15,0
España	21,3	16,4	14,3	Solo	19,0	21,4	13,4
Extranjero	29,8	19,1	13,3	Otros	30,1	25,5	23,2
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	20,8	13,6	11,4	Primarios	27,7	22,1	16,9
Desempleo	33,0	24,0	20,3	Secundarios	27,1	22,3	18,2
Estudiando	21,2	14,6	14,6	Postsecundarios	22,7	17,6	13,2
Otra inactividad	22,1	24,5	16,7	Superiores	19,9	14,4	12,2
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	20,2	14,9	10,2	Sin problemas	14,3	13,5	8,0
Clase II	22,7	16,6	14,2	Algunos	21,4	17,0	12,4
Clase III	22,4	13,9	13,9	Bastantes o muchos	27,8	22,1	23,4
Clase IV	25,5	18,7	14,9				
Clase V	22,7	19,6	17,1				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

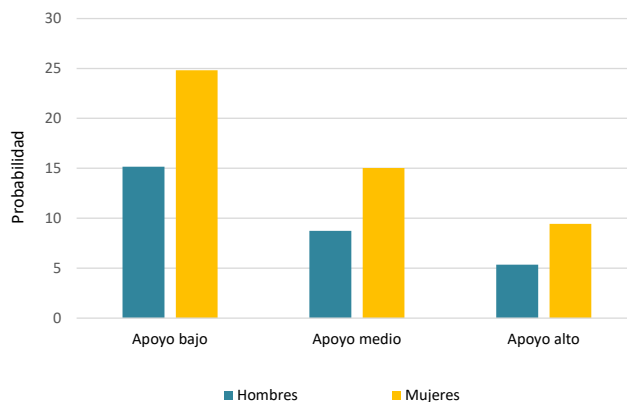
Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

El desempleo es uno de los factores que tiene un impacto más elevado en la salud mental de los jóvenes. Sin embargo, dicha asociación era más evidente en el periodo anterior a la crisis. A partir de la crisis se reduce la tasa de jóvenes desempleados con malestar psicológico. Si bien también se reduce en los jóvenes ocupados, la reducción es mayor en los desempleados. Según estos datos se podría entender que en un contexto colectivo de precariedad del mercado laboral en los jóvenes, el stressful event de estar en desempleo sería menos dañino para la salud mental que en escenarios donde es menos común estar en dicha situación laboral.

Los datos también muestran una fuerte asociación entre los problemas de vivienda-entorno y del apoyo afectivo y relacional en la salud mental. Los jóvenes con un nivel alto de apoyo funcional percibido tienen el nivel más bajo de riesgo de malestar psicológico, así como los jóvenes que viven en hogares sin problemas en el entorno o en la vivienda.

La percepción de apoyo social y afectivo es uno de los principales amortiguadores de la autopercepción de mala salud, el mayor riesgo de sufrir mala salud mental se encuentra entre aquellos jóvenes con una percepción de apoyo baja. El efecto es especialmente substancial en el caso de las mujeres (Gráfico I.12.). Los hombres con bajo apoyo funcional percibido tienen la misma probabilidad de tener malestar psicológico que las mujeres con apoyo medio. Tener un apoyo alto, tanto para hombres como para mujeres, reduce en más de la mitad la probabilidad de tener malestar psicológico en comparación con los jóvenes con apoyo social y afectivo bajo.

Gráfico I.12. Probabilidad de tener malestar psicológico según el nivel de apoyo social y afectivo percibido (2017).

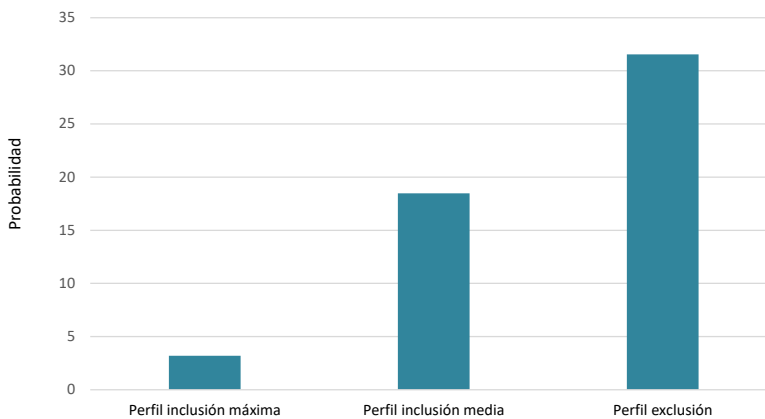


Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

Las experiencias sociales acumuladas de forma paulatina en la biografía de las personas terminan inscritas tanto en la anatomía como en la fisiología de sus cuerpos. Los resultados evidencian que la acumulación de circunstancias adversas -ser inmigrante, desempleada, con bajo apoyo social afectivo, nivel bajo de estudios y de clase social- tiene un impacto considerable sobre la salud de las personas. Existe una fractura relevante entre individuos con perfiles asociados a una situación de integración y exclusión social en relación a la salud mental (Gráfico I.13.).

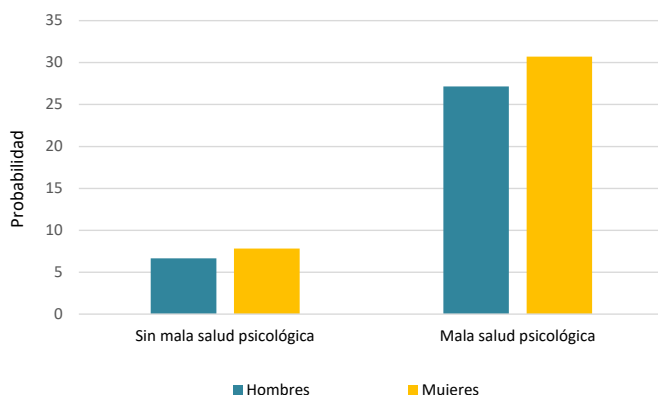
Gráfico I.13. Probabilidad de tener malestar psicológico según perfiles de inclusión/exclusión social (2017).



Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados. Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

Tal y como se ha comentado anteriormente, la salud no se circunscribe a un solo indicador o a una parcela concreta de la vida de los jóvenes. Los datos sugieren que existen efectos acumulativos de mala salud que condicionan aún más el bienestar de los jóvenes. Por ejemplo, en el siguiente gráfico (Gráfico I.14.) se muestra hasta qué punto correlaciona el tener limitaciones en la vida cotidiana. Los jóvenes con malestar psicológico tienen más del triple de probabilidades de tener limitaciones en la vida diaria. Estos efectos acumulativos no solo perjudican las posibilidades y la calidad de vida de los jóvenes de forma exponencial, sino que dificultan aún más el poder solventar dicha situación.

Gráfico I.14. Efectos acumulativos: Probabilidad de tener limitaciones según nivel de salud psicológico (2017).

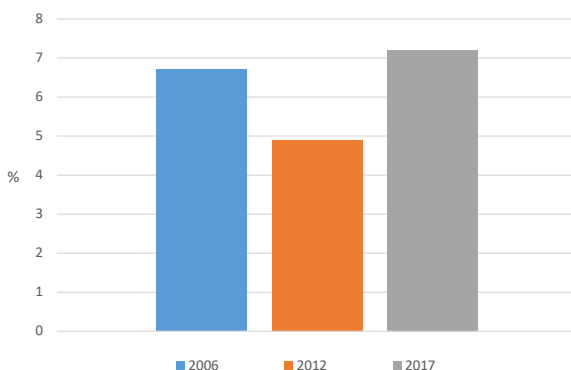


Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados.
Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

2.2. Depresión, ansiedad y problemas mentales diagnosticados.

La crisis no parece haber influenciado negativamente en un incremento de los casos de depresión, ansiedad y problemas mentales diagnosticados de los jóvenes. De hecho, el año donde encontramos una menor prevalencia de jóvenes que han sido diagnosticados de estas patologías es el año de mayor incidencia de la crisis (2102). Sin embargo, las diferencias entre las ediciones son reducidas ya que la tasa en general no supera el 7,5% (2017) y el mínimo ronda el 5% (2012).

Gráfico I.15. Jóvenes que han tenido depresión, ansiedad o problemas mentales diagnosticados.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

A pesar de las escasas diferencias entre los años, sí que encontramos diferencias significativas según el perfil de joven analizado (Tabla I.8.). En la misma línea que el indicador de malestar psicológico, existe una brecha de género en las patologías de salud mental diagnosticadas. Las mujeres jóvenes suelen declarar entre 4 y 5 puntos porcentuales más que los hombres jóvenes. También se observan diferencias acusadas entre aquellos nacidos en España y los de origen foráneo (superior en los autóctonos en todas las ediciones).

Tabla I.8. Jóvenes que han tenido depresión, ansiedad o problemas mentales diagnosticados.

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	5,2	3,3	4,9	Bajo	7,9	6,0	10,8
25-29 años	6,4	5,2	8,9	Medio	6,9	4,7	5,9
30-34 años	8,5	6,1	8,1	Alto	4,9	4,3	4,4
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	4,5	3,5	5,4	Padres y/o suegros	7,8	7,0	9,9
Mujer	9,2	6,4	9,0	Pareja sin hijos	6,3	4,9	7,4
País origen				Pareja con hijos	8,9	3,8	7,6
España	7,3	5,2	8,2	Solo	9,4	4,9	7,2
Extranjero	4,4	3,8	3,3	Otros	7,5	5,7	9,4
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	5,8	3,9	6,0	Primarios	10,3	12,4	20,1
Desempleo	12,7	5,8	11,3	Secundarios	9,9	7,0	12,1
Estudiando	4,5	2,8	5,0	Postsecundarios	5,8	5,1	6,1
Otra inactividad	8,3	15,1	17,3	Superiores	6,5	3,9	5,2
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	5,1	4,3	4,9	Sin problemas	5,4	4,1	5,3
Clase II	6,7	4,5	6,9	Algunos	5,9	4,6	5,6
Clase III	6,1	2,9	6,4	Bastantes o muchos	8,8	6,7	12,5
Clase IV	10,9	4,6	8,9				
Clase V	6,5	8,7	7,5				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

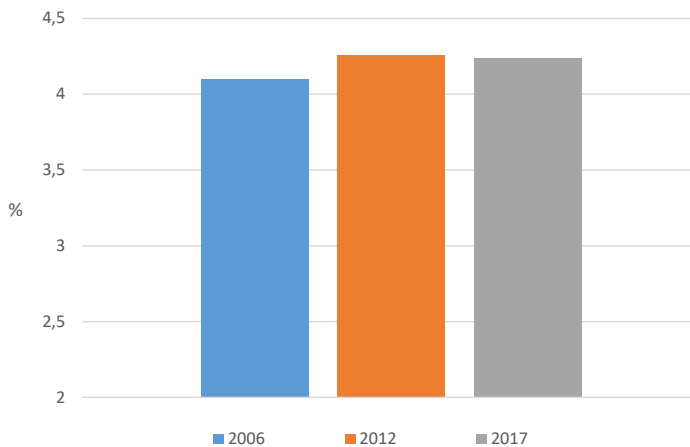
Tener un apoyo afectivo y emocional bajo, tener niveles más bajos educativos o tener bastantes o muchos problemas de entorno de la vivienda están asociados con una mayor probabilidad de padecer una patología mental diagnosticada. Estos factores son especialmente intensos en el periodo posterior a la crisis. Los datos muestran que tras pasar varios años de crisis, las características sociodemográficas y económicas parecen acentuar las desigualdades en relación a la posibilidad de haber sufrido alguna patología mental diagnosticada.

Una vez más hay que señalar el carácter bidireccional de alguna de las asociaciones de los factores analizados. Por ejemplo, los jóvenes desempleados o inactivos no estudiantes tienen una mayor probabilidad de haber sido diagnosticados con alguna patología mental como la depresión o la ansiedad. Del mismo modo, los jóvenes que sufren este tipo de patologías tienen más probabilidad de estar en una situación de inactividad o de dejar el trabajo si dichas patologías produjeran ciertas limitaciones incompatibles con el desempeño laboral óptimo.

2.3. Estrés laboral.

Si bien hemos observado diferencias significativas entre la situación laboral y el haber sufrido algún tipo de patología mental diagnosticada, en el caso del estrés laboral las diferencias son sensiblemente menores. Si analizamos los jóvenes ocupados que sufren estrés laboral en los tres puntos temporales, no observamos prácticamente diferencias. El aumento en el estrés laboral de los años de crisis y post-crisis económica es prácticamente imperceptible (Gráfico I.16.). En los tres puntos analizados el porcentaje está alrededor del 4, que sería el punto medio de estrés de la escala de 1 a 7. Tampoco se observan diferencias muy acusadas en las valoraciones del nivel de estrés según los diferentes perfiles de jóvenes (Tabla I.9.).

**Gráfico I.16. Nivel de estrés en el trabajo de los jóvenes
(1= Nada estresante y 7=Muy estresante).**



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Tabla I.9. Nivel de estrés en el trabajo de los jóvenes (1= Nada estresante y 7=Muy estresante)

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	3,8	3,9	3,9	Bajo	4,0	4,2	4,4
25-29 años	4,1	4,2	4,2	Medio	4,2	4,3	4,1
30-34 años	4,3	4,4	4,3	Alto	4,1	4,3	4,2
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	4,0	4,2	4,1	Padres y/o suegros	4,2	4,2	4,3
Mujer	4,2	4,3	4,4	Pareja sin hijos	4,3	4,5	4,4
País origen				Pareja con hijos	4,3	4,3	4,3
España	4,2	4,3	4,3	Solo	4,2	4,4	4,4
Extranjero	3,7	4,1	4,1	Otros	3,6	4,0	4,3
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	4,1	4,3	4,2	Primarios	4,1	4,4	4,4
Desempleo	--	--	--	Secundarios	4,1	4,1	4,2
Estudiando	--	--	--	Postsecundarios	4,1	4,3	4,3
Otra inactividad	--	--	--	Superiores	4,3	4,5	4,3
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	4,4	4,6	4,2	Sin problemas	3,9	4,2	4,2
Clase II	4,1	4,3	4,3	Algunos	4,0	4,2	4,2
Clase III	4,1	4,2	4,1	Bastantes o muchos	4,3	4,6	4,4
Clase IV	3,9	4,2	4,3				
Clase V	3,8	4,0	4,0				

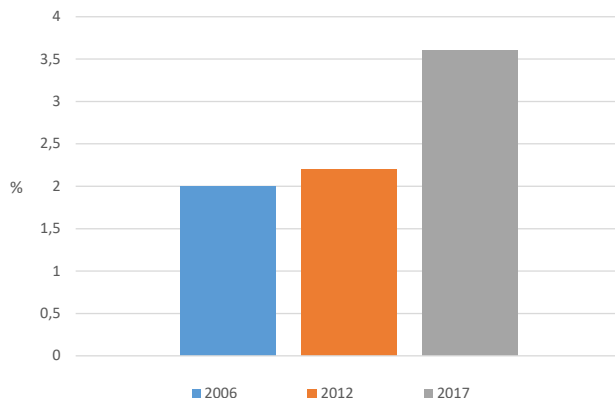
Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

2.4. Consumo de fármacos antidepresivos o estimulantes.

Al contrario que los anteriores indicadores, en el caso del consumo de fármacos antidepresivos y estimulantes se observa cierto crecimiento en los periodos posteriores al inicio de la crisis, especialmente de 2012 a 2017 (Gráfico I.17.)

Gráfico I.17. Jóvenes que han consumido antidepresivos o estimulantes en las dos últimas semanas



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Las tasas de consumo de este tipo de medicamentos no son especialmente elevadas en la población joven en comparación con la población adulta. A pesar de ello, se observa un incremento substancial de consumo especialmente elevado en ciertos perfiles de jóvenes (Tabla I.10.). Como era de esperar, las mujeres son las que tienen una prevalencia mayor en consumo de estos fármacos, en gran medida porque también son ellas las que tienen una mayor proporción de mala salud mental.

Tabla I.10. Jóvenes que han consumido antidepresivos o estimulantes (últimas 2 semanas).

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	0,7	1,3	2,2	Bajo	2,6	3,3	6,4
25-29 años	2,8	2,2	3,8	Medio	2,0	2,7	2,5
30-34 años	2,5	2,9	4,8	Alto	1,1	0,8	1,9
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	1,3	1,1	3,4	Padres y/o suegros	3,3	3,6	3,7
Mujer	2,7	3,0	3,8	Pareja sin hijos	1,7	2,1	5,0
País origen				Pareja con hijos	3,0	0,5	4,2
España	2,1	2,1	4,0	Solo	2,1	4,0	5,0
Extranjero	1,3	2,3	1,7	Otros	0,7	4,5	5,2
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	1,9	1,2	2,4	Primarios	2,7	2,3	10,1
Desempleo	4,1	4,3	5,3	Secundarios	3,2	4,3	8,3
Estudiando	0,8	0,9	3,4	Postsecundarios	2,8	2,6	2,3
Otra inactividad	2,5	5,6	10,6	Superiores	2,2	1,2	2,2
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	0,9	2,4	2,8	Sin problemas	1,9	1,2	3,0
Clase II	1,8	1,6	3,7	Algunos	1,9	2,5	2,6
Clase III	1,4	0,2	2,0	Bastantes o muchos	2,1	2,3	6,0
Clase IV	3,9	3,0	3,9				
Clase V	3,2	2,9	4,9				

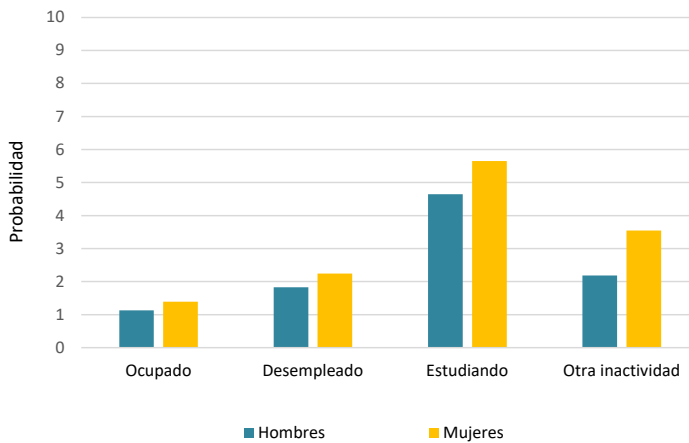
Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Vivir con los padres y/suegros está asociado a un menor consumo de estos fármacos, si bien lo suelen hacer los de menor edad que también son los que en menor medida consumen antidepresivos o estimulantes. Los jóvenes con mayor nivel de problemáticas en el entorno y con menos apoyo funcional percibido, muestran una mayor probabilidad de consumir estos fármacos.

Donde se observa una mayor prevalencia en el consumo es entre la población joven inactiva, y que no han alcanzado a superar los estudios secundarios obligatorios (especialmente en 2017).

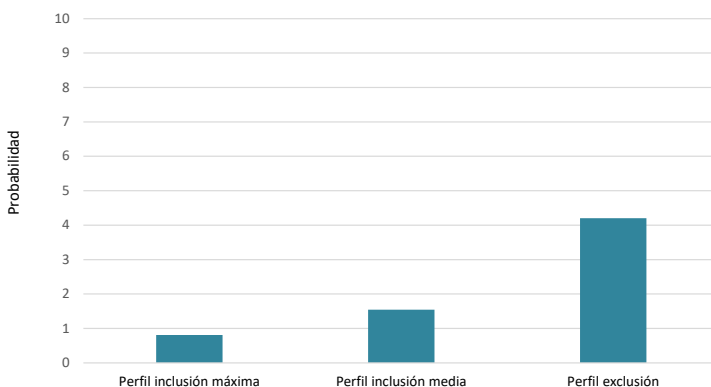
Gráfico I.18. Probabilidad de haber consumido antidepresivos o estimulantes (últimas 2 semanas) según la situación laboral de los jóvenes (2017).



Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados. Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

A pesar de que los inactivos no estudiantes parecen ser los que tienen una mayor probabilidad de consumo, si controlamos por todas las variables del modelo observamos que los estudiantes (especialmente si son mujeres) son los que tienen una mayor probabilidad de consumo de antidepresivos o estimulantes (Gráfico I.18).

Gráfico I.19. Probabilidad de haber consumido antidepresivos o estimulantes (últimas 2 semanas) según perfiles de inclusión/exclusión social (2017).



Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados. Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

El análisis de probabilidades también muestra que los perfiles definidos como más inclusivos socialmente (hombres empleados, nacidos en España, con niveles educativos superiores, y nivel elevado de apoyo social y afectivo) están más protegidos de la posibilidad de acabar consumiendo fármacos de tipo antidepresivo o estimulante (Gráfico I.19.). Los perfiles más inclusivos reducen hasta cuatro veces la probabilidad de consumir este tipo de medicamentos en comparación con los perfiles menos inclusivos.

3. Hábitos y estilos de vida.

En el presente apartado se analizan algunos de los indicadores que proporcionan las encuestas ENSE (2006, 2012, y 2017), para establecer si existen cambios significativos en los estilos de vida y de consumo de los jóvenes en relación con la crisis, así como determinar cuáles serían los perfiles de jóvenes que tienen una mayor probabilidad de tener unos hábitos más o menos saludables.

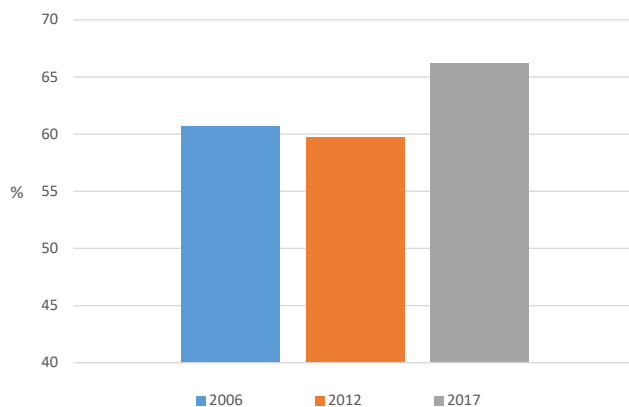
3.1. Actividad física y sedentarismo.

En las últimas décadas se han producido grandes cambios sociales, demográficos, económicos y culturales que están alterando los estilos de vida de la población y especialmente de los más jóvenes. Los hábitos de los jóvenes están en constante cambio, especialmente influenciados por la disrupción del uso de tecnologías de la información y la comunicación que se integran con facilidad en el día a día, condicionando las pautas del tiempo libre así como las relaciones con otras personas y el entorno. Así pues, hipotetizamos que los cambios de algunos estilos de vida como la actividad física o el nivel de sedentarismo de los jóvenes pueden haberse modificado en la última década, no tanto por los acontecimientos relacionados con la crisis económica, sino por los cambios de hábitos relacionados con el uso de estas tecnologías.

Los datos de la encuesta ENSE muestran que el porcentaje de jóvenes que realiza una actividad física en su tiempo libre no se ha reducido a pesar del mayor uso de los dispositivos electrónicos y de comunicación de los últimos años (Gráfico I.20). No parece que haya relación alguna entre el periodo de crisis y los cambios de hábitos relacionados con la actividad física en su tiempo libre. Lo que muestran los datos es que hay cierta homogeneidad en los periodos de pre-crisis y crisis, y un aumento de más de 5 puntos porcentuales en los años post-crisis (2017).

Así mismo, se pueden observar claras evidencias de diferencias entre los jóvenes según sus características (Tabla I.11.).

Gráfico I.20. Jóvenes que realizan una actividad física en su tiempo libre.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Tabla I.11. Jóvenes que realizan actividad física en su tiempo libre.

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	62,3	61,9	67,9	Bajo	58,5	54,2	60,7
25-29 años	61,7	60,5	67,0	Medio	64,5	61,5	67,7
30-34 años	58,5	56,9	64,1	Alto	59,6	61,8	71,5
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	65,8	68,5	71,5	Padres y/o suegros	67,1	64,0	70,4
Mujer	55,2	50,6	60,9	Pareja sin hijos	61,3	59,7	73,4
País origen				Pareja con hijos	48,6	47,6	53,7
España	62,1	61,5	68,5	Solo	67,5	65,5	69,9
Extranjero	54,6	53,1	57,3	Otros	61,8	58,5	52,9
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	59,1	58,7	66,4	Primarios	47,0	38,9	42,5
Desempleo	65,8	61,9	62,7	Secundarios	54,3	53,6	57,2
Estudiando	70,5	64,0	73,8	Postsecundarios	59,1	58,9	67,7
Otra inactividad	52,9	46,6	39,1	Superiores	69,5	66,4	73,9
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	70,0	68,9	75,7	Sin problemas	58,2	58,5	68,2
Clase II	65,9	67,2	71,3	Algunos	63,3	60,3	66,4
Clase III	58,7	58,3	65,6	Bastantes o muchos	58,5	59,9	63,0
Clase IV	54,2	55,0	63,9				
Clase V	50,8	54,7	54,6				

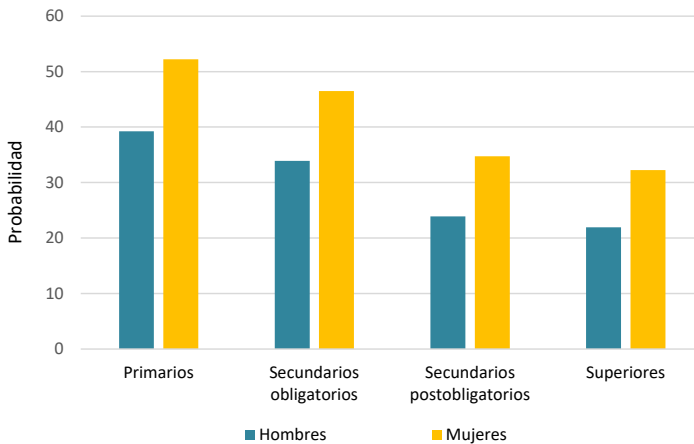
Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

A lo largo del periodo de estudio, se observa una mayor prevalencia de la realización de actividad física en el tiempo libre, particularmente alta entre los hombres y entre los nacidos en España. Hay que destacar también la gran influencia que tienen los hijos de las parejas jóvenes en condicionar el tiempo libre. Entre los jóvenes que viven con hijos la actividad física en el tiempo libre se reduce en 20 puntos comparándola con la que realizan parejas sin hijos, y en 17 puntos si se compara con vivir solo o con los padres. Por último, destacar también que la mayor clase social y nivel de estudios se asocia a mayor prevalencia de realizar ejercicio físico.

Como se puede observar en el siguiente gráfico (Gráfico I.21.), la probabilidad de tener hábitos sedentarios (no realizar ejercicio físico en el tiempo libre) es significativamente mayor a medida que baja el nivel de estudios adquirido por los jóvenes, tanto para hombres como para mujeres.

Gráfico I.21. Probabilidad de no realizar ejercicios en el tiempo libre (hábitos sedentarios) según nivel educativo de los jóvenes (2017).



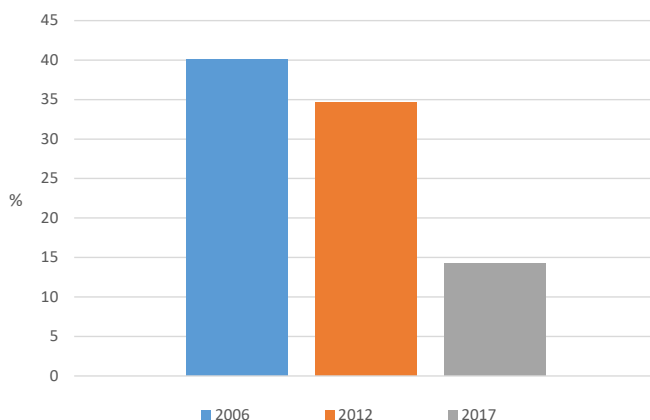
Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados. Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

3.2. Mala alimentación.

Uno de los factores clave para entender la asociación entre estilos de vida y salud es el consumo de alimentos. Una mala alimentación se asocia a mayor sobrepeso u obesidad, y a padecer otras patologías. Para nuestro análisis hemos seleccionado de la ENSE dos variables poder realizar la comparación en los diferentes momentos en el tiempo: (i) los productos con alto contenido de azúcar como los dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar o caramelos), y (ii) los refrescos azucarados.

En este sentido, se observa un descenso muy significativo en el consumo de productos azucarados por parte de la población joven después del inicio de la crisis económica (Gráfico I.22.). El 40% de los jóvenes tenía un consumo muy frecuente de productos azucarados en 2006, hasta reducirse al 14% en 2017. Se trata de una reducción muy significativa que podría deberse desde a un cambio en las pautas de consumo por efectos de la crisis que deriva en un menor poder adquisitivo, a un cambio en el consumo producto de modas y campañas de marketing. El cambio de actitudes de los jóvenes hacia el consumo de estos productos podría ser fruto de una mayor sensibilización hacia productos cada vez más etiquetados como nocivos, junto con la irrupción de una mayor oferta de productos muy similares pero que incluyen edulcorantes que sustituyen al azúcar aunque no necesariamente reducen el valor calórico del producto consumido.

Gráfico I.22. Porcentaje de jóvenes que tienen un consumo muy frecuente de productos azucarados (dulces y bebidas azucaradas).



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Los datos muestran que las clases profesionales menos cualificadas son las que tienden a consumir de forma más frecuente los productos con alto contenido de azúcares, así como se observa que los hombres, y cuanto más jóvenes sean, suelen consumir de forma más frecuente (Tabla I.12). La literatura especializada indica que son los productos con una mayor carga de grasas y azúcares refinados los que consumen en mayor medida la población que suele tener menos recursos económicos (Darmon y Drewnowski 2008, Lachat et al. 2011, Darmon y Drewnowski 2015, Faught et al. 2019). Así, un empobrecimiento de los hogares producido por la crisis económica también podría llevar a un mayor consumo de estos productos entre las clases menos favorecidas.

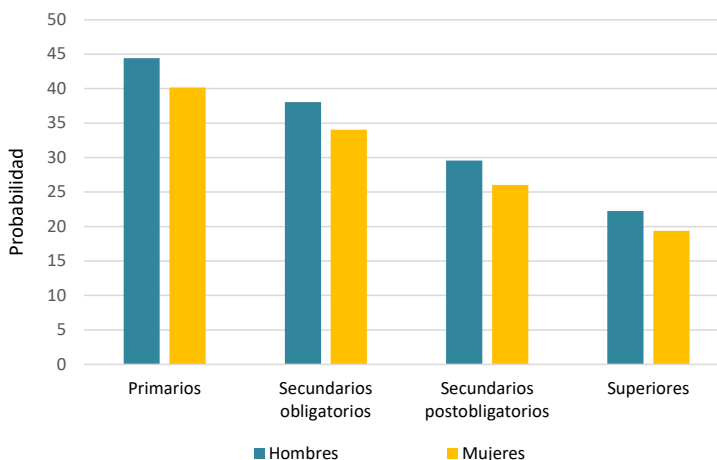
Tabla I.12. Porcentaje de jóvenes que tienen un consumo muy frecuente de productos azucarados (dulces y bebidas azucaradas).

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	45,9	39,0	17,6	Bajo	40,3	30,8	14,3
25-29 años	41,6	35,6	12,7	Medio	42,4	33,2	14,7
30-34 años	33,6	29,9	12,3	Alto	38,3	38,2	13,4
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	44,3	39,7	15,8	Padres y/o suegros	40,1	35,1	13,3
Mujer	35,6	29,4	12,7	Pareja sin hijos	32,6	31,6	10,0
País origen				Pareja con hijos	34,9	31,1	12,9
España	38,1	34,1	14,3	Solo	38,6	28,7	11,5
Extranjero	48,9	36,4	14,3	Otros	43,7	28,4	15,5
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	40,5	32,1	13,5	Primarios	40,3	43,6	21,5
Desempleo	42,5	39,8	17,2	Secundarios	39,6	36,2	13,8
Estudiando	38,7	32,1	14,2	Postsecundarios	42,1	32,5	13,2
Otra inactividad	37,6	42,3	11,8	Superiores	31,8	27,0	9,3
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	32,3	30,6	8,2	Sin problemas	38,1	32,4	14,3
Clase II	39,0	29,2	14,1	Algunos	40,1	35,6	14,9
Clase III	41,2	37,2	15,6	Bastantes o muchos	41,6	35,2	12,6
Clase IV	42,0	37,0	15,1				
Clase V	49,9	38,4	18,3				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Gráfico I.23. Probabilidad de consumir niveles elevados de dulces y/o refrescos a la semana según nivel educativo de los jóvenes (2017).



Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados.
Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

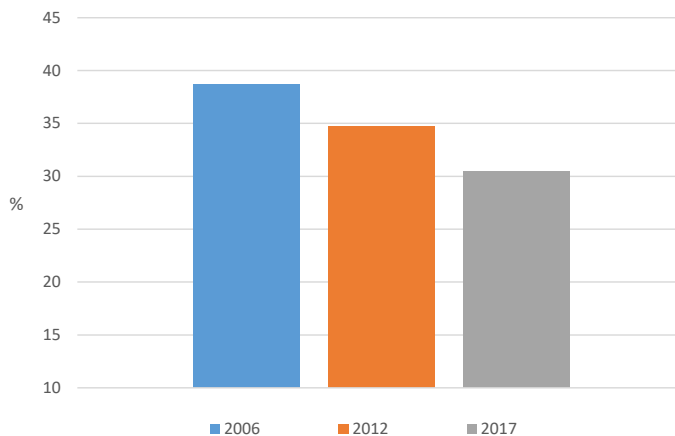
El análisis de probabilidades muestra que hay una asociación evidente entre el nivel educativo de los jóvenes y el consumir dulces y refrescos con mayor frecuencia (controlando por el resto de variables). Los jóvenes que han llegado a finalizar la secundaria obligatoria tienen el doble de probabilidades de tener un consumo elevado de productos con un alto contenido de azúcar que los jóvenes que han llegado a tener titulaciones superiores (Gráfico I.23).

3.2. Consumo de tabaco y alcohol.

Existe una multiplicidad de factores que pueden afectar al grado de consumo de tabaco y alcohol en la juventud. Factores como la influencia parental (estilos parentales, consumo de los padres, etc.) o la del grupo de iguales suelen incidir en la iniciación y posterior adicción o hábito de consumo de los jóvenes (Julià et al. 2012). La evolución de la prevalencia en el consumo de los jóvenes en los periodos de pre-crisis, crisis y post-crisis plantea algunas hipótesis sobre las posibles causas.

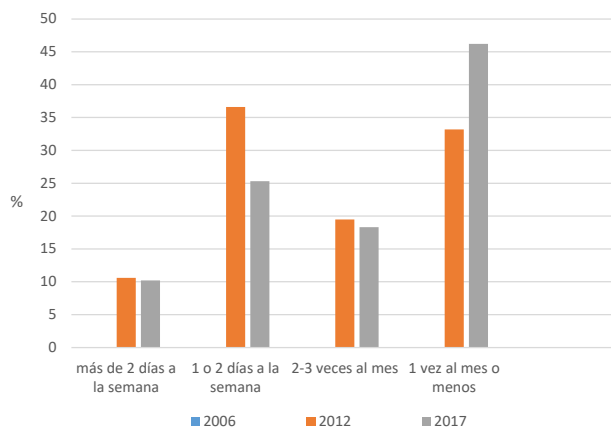
Lo que nos muestran los datos de la ENSE es que se ha reducido el porcentaje de jóvenes que se declaran como fumadores en el momento de la encuesta. En 2006 había un 39%, y se reduce hasta un 30% en 2017 (Gráfico I.24.).

Gráfico I.24. Porcentaje de jóvenes que fuman tabaco actualmente.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Gráfico I.25. Frecuencia de consumo de alcohol de los jóvenes en los últimos 12 meses.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

En el caso de la frecuencia del consumo de alcohol (Gráfico I.25.), también se observa cierta reducción entre los años 2012 y 2017 (no se incluyen los datos de 2006 debido a las diferencias en la formulación de la pregunta y en las categorías de respuesta). Durante este periodo aumenta alrededor de quince puntos porcentuales los jóvenes con frecuencia baja o nula de consumo de alcohol. Los datos de la Tabla I.13. muestran que los hombres son los que tienen un mayor riesgo de ser consumidores de tabaco y de alcohol, y de hacerlo con mayor frecuencia e intensidad. Pero hay otras características que los hacen especialmente vulnerables al consumo de estas sustancias nocivas.

Tabla I.13. Porcentaje de jóvenes que fuman tabaco actualmente.

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	35,9	31,5	27,3	Bajo	42,1	37,9	34,1
25-29 años	41,5	38,5	32,6	Medio	37,4	34,7	27,4
30-34 años	38,8	34,5	31,8	Alto	36,8	33,0	30,4
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	42,6	38,5	35,0	Padres y/o suegros	42,5	36,4	32,0
Mujer	34,6	30,9	25,9	Pareja sin hijos	40,1	38,7	27,3
País origen				Pareja con hijos	34,9	33,8	30,8
España	39,5	36,7	32,1	Solo	45,4	42,4	38,6
Extranjero	35,2	27,3	24,0	Otros	44,5	31,1	37,5
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	40,3	44,5	40,6	Primarios	49,5	48,2	38,8
Desempleo	29,9	24,4	20,5	Secundarios	43,8	49,2	45,2
Estudiando	43,5	31,1	15,8	Postsecundarios	40,5	31,2	32,3
Otra inactividad	39,4	34,7	30,5	Superiores	33,3	26,3	22,3
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	32,6	26,7	23,3	Sin problemas	38,6	33,9	30,7
Clase II	35,9	30,8	29,0	Algunos	37,5	35,7	29,4
Clase III	42,4	42,2	31,1	Bastantes o muchos	40,9	34,2	32,6
Clase IV	43,3	37,9	34,0				
Clase V	38,6	34,3	33,9				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Tabla I.14. Porcentaje de jóvenes que declaran consumir alcohol una o más veces a la semana en los últimos 12 meses.

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	--	43,8	30,5	Bajo	--	51,4	34,4
25-29 años	--	47,2	38,2	Medio	--	50,5	36,5
30-34 años	--	50,4	38,0	Alto	--	40,7	36,6
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	--	56,4	44,1	Padres y/o suegros	--	48,8	37,9
Mujer	--	35,5	26,9	Pareja sin hijos	--	51,7	52,0
País origen				Pareja con hijos	--	45,7	26,0
España	--	48,3	36,4	Solo	--	52,1	48,9
Extranjero	--	42,7	32,0	Otros	--	46,7	27,9
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	--	51,0	42,0	Primarios	--	42,8	18,4
Desempleo	--	46,2	27,5	Secundarios	--	46,3	38,4
Estudiando	--	41,3	32,9	Postsecundarios	--	51,4	34,8
Otra inactividad	--	41,1	9,5	Superiores	--	50,2	44,5
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	--	50,6	46,3	Sin problemas	--	49,0	35,8
Clase II	--	50,1	38,8	Algunos	--	46,8	34,9
Clase III	--	47,0	32,3	Bastantes o muchos	--	45,5	36,1
Clase IV	--	49,0	32,8				
Clase V	--	37,7	25,8				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

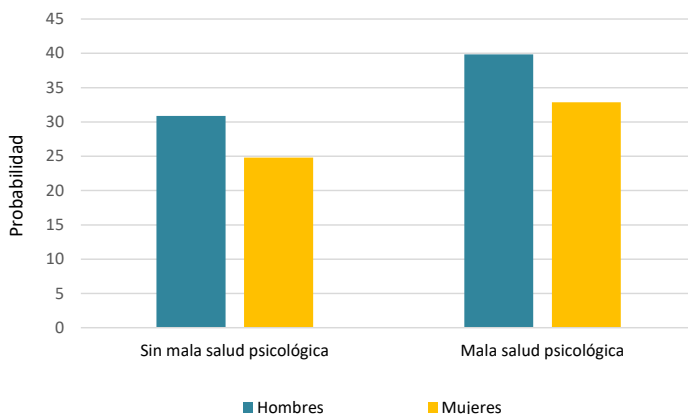
Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2012 y 2017.

En las Tablas I.13. y I.14. se puede observar que los jóvenes nacidos en España son más proclives a estos consumos (seguramente por la influencia cultural en los hábitos y formas de ocio asociadas), así como también los de clases profesionales menos cualificadas, con niveles de estudios inferiores y los que tienen un bajo apoyo emocional y afectivo. Es decir, los modelos asociados a una menor inclusión social suelen estar más asociados a una mayor probabilidad de consumo tanto de tabaco como de alcohol.

El único factor que difiere en el sentido que suelen comportarse el resto de indicadores es el de la situación laboral. Los jóvenes ocupados tienen más riesgo de consumir sustancias nocivas que los desocupados, estudiantes o el resto de inactivos. Es plausible que se deba en parte a la supuesta disposición de mayores ingresos personales que permiten realizar una serie de actividades y de formas de ocio asociadas a este tipo de consumo de sustancias.

Los problemas de salud pueden agravar al tiempo otros riesgos, sumiendo a quién los sufre en una espiral de la cual resulta difícil salir. Así, por ejemplo, hemos observado que las situaciones de riesgo de mala salud mental están asociadas a conductas perjudiciales para la salud como el consumo de tabaco (Gráfico I.26.), el sedentarismo, o la limitación de la actividad diaria (modelos no incluidos).

Gráfico I.26. Probabilidad de fumar en el momento de la entrevista según la presencia de mala salud psicológica (2017).



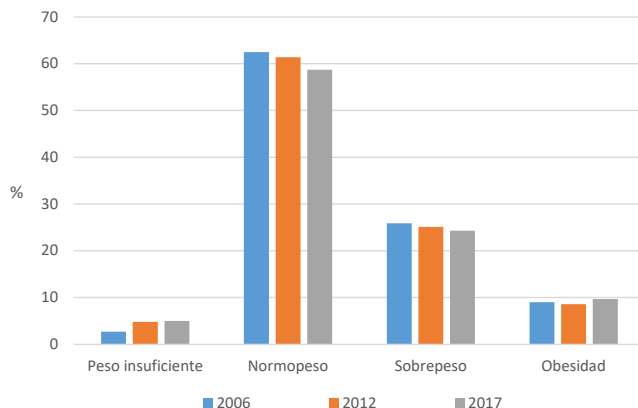
Nota: Cálculo de probabilidades a partir de regresiones logísticas. Los modelos incluyen como variables de control todos los factores asociados a la salud previamente identificados. Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2017.

3.3. Peso insuficiente, normopeso, sobrepeso y obesidad.

El análisis de la situación de los jóvenes mediante el uso del Índice de Masa Corporal (IMC) permite identificar los perfiles de riesgo de padecer diferentes tipos de patologías. A pesar de las limitaciones que ofrece el IMC, se trata de un indicador utilizado tanto en la práctica clínica como en la epidemiológica para estimar el porcentaje de población con sobrepeso y obesa (sobrepeso $IMC \geq 25$, y obesidad $IMC \geq 30$). La obesidad está considerada, junto al sedentarismo, como uno de los principales factores de riesgo para un amplio número de enfermedades y problemas de salud, incluyendo hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes del adulto, enfermedades coronarias, ciertos tipos de cáncer y muchas otras enfermedades crónicas (MSSI, 2017).

Según los datos de la encuesta ENSE (Gráfico I.27.), no se observan apenas diferencias en el tiempo entre las distintas categorías que ofrece el IMC. Sin embargo, sí se advierte un leve descenso del porcentaje de jóvenes que están en normopeso (peso ajustado a la altura del joven). Dicha reducción eleva unos pocos puntos porcentuales el porcentaje de jóvenes en situación de infrapeso o peso insuficiente así como en obesidad.

Gráfico I.27. Porcentaje de jóvenes según su IMC.



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Tener un peso desaconsejable para no sufrir cierto tipo de patologías puede deberse a metabolismos o cuadros hormonales anómalos que dificulten tener un peso "saludable" (normopeso). Pero lo más común es que el peso de los jóvenes esté asociado a hábitos o estilos de vida y de consumo que a su vez vienen condicionados por factores sociales.

Tabla I.15. Porcentaje de jóvenes que tienen sobrepeso u obesidad.

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	23,5	21,7	24,8	Bajo	38,2	37,1	37,6
25-29 años	36,7	36,3	37,0	Medio	33,3	32,9	35,9
30-34 años	43,9	42,2	40,1	Alto	35,2	33,3	29,3
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	45,1	42,7	39,4	Padres y/o suegros	39,0	37,9	39,2
Mujer	24,8	24,6	28,4	Pareja sin hijos	38,4	35,8	34,1
País origen				Pareja con hijos	48,0	46,8	46,2
España	35,2	32,2	33,1	Solo	42,1	34,5	33,2
Extranjero	33,5	39,7	37,0	Otros	25,4	35,4	33,6
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	37,6	37,4	36,8	Primarios	51,2	43,9	41,3
Desempleo	37,1	38,7	36,7	Secundarios	45,2	46,6	47,3
Estudiando	17,5	20,4	25,2	Postsecundarios	41,2	41,0	41,8
Otra inactividad	55,0	34,4	36,8	Superiores	33,9	31,3	31,0
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	30,8	24,3	25,7	Sin problemas	32,9	33,2	34,6
Clase II	31,8	31,0	33,2	Algunos	35,2	32,5	33,6
Clase III	36,6	35,2	35,5	Bastantes o muchos	35,2	33,8	34,2
Clase IV	41,7	39,1	37,6				
Clase V	33,6	35,4	34,6				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

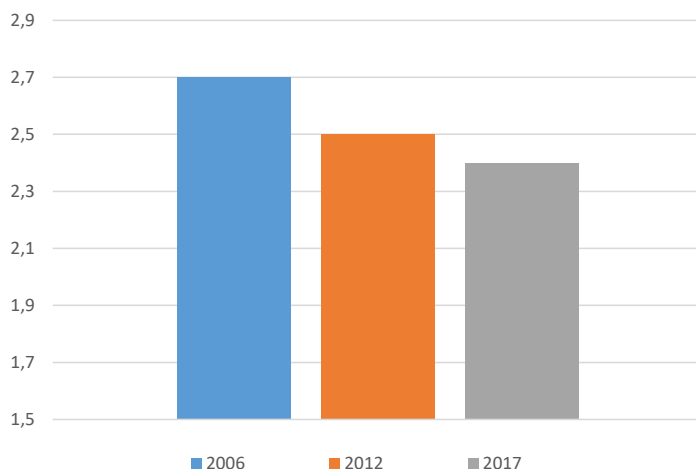
Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

Muestra de ello son los resultados del análisis de la tasa de sobrepeso u obesidad de los jóvenes por características como la clase social, el nivel de estudios o el apoyo emocional o afectivo (Tabla I.15.). Los datos muestran que las mujeres jóvenes tienden a tener un menor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad (en concordancia a su menor consumo de productos azucarados que se han mostrado anteriormente). Los jóvenes con estudios superiores, los que tienen un nivel elevado de apoyo emocional o afectivo y los procedentes de hogares con un nivel de clase profesional altamente cualificado, tienden también a tener menor riesgo. Por último, se observa que los jóvenes de mayor edad y los que viven en pareja con hijos, tienen tasas por encima del 40% de sobrepeso u obesidad.

3.4. Higiene buco-dental.

El indicador de higiene bucodental se basa en un índice de hasta 8 problemáticas relacionadas con la salud buco-dental. Los datos de la ENSE para el periodo estudiado confirman un descenso en las problemáticas buco-dentales, lo que significa una evolución hacia un mejor cuidado buco-dental de los jóvenes durante los últimos años (Gráfico I.28.).

Gráfico I.28. Nivel de higiene bucodental según índice de problemáticas relacionadas con dientes y muelas (rango de 0-ninguna problemática a 8-todas las problemáticas)



Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

A pesar de que no hay muchas diferencias entre las características de los jóvenes (Tabla I.16.), se aprecian algunos patrones en los diferentes años analizados. Por ejemplo, las mujeres suelen tener por término medio una peor salud dental que los hombres, los jóvenes de clase laboral más cualificada también tienen mejor higiene bucodental, así como los que tienen niveles superiores de estudios. La edad empeora también la salud buco-dental de los jóvenes.

Tabla I.16. Nivel de higiene bucodental según índice de problemáticas relacionadas con dientes y muelas⁶ (rango de 0-ninguna problemática a 8-todas las problemáticas).

	2006	2012	2017		2006	2012	2017
Edad				Apoyo funcional percibido			
18-24 años	2,1	1,9	1,9	Bajo	2,8	2,8	2,6
25-29 años	2,8	2,5	2,5	Medio	2,8	2,6	2,4
30-34 años	3,1	3,0	2,8	Alto	2,5	2,2	2,1
Sexo				Tipo de hogar			
Hombre	2,5	2,4	2,3	Padres y/o suegros	2,8	2,6	2,6
Mujer	2,9	2,6	2,5	Pareja sin hijos	2,9	2,8	2,6
País origen				Pareja con hijos	3,3	3,0	2,9
España	2,7	2,5	2,4	Solo	2,8	2,7	2,3
Extranjero	2,9	2,6	2,5	Otros	3,0	2,6	2,6
Situación actual				Niveles estudios máximos			
Ocupado	2,8	2,6	2,5	Primarios	3,3	3,1	3,0
Desempleo	2,8	2,9	2,9	Secundarios	3,4	3,1	3,0
Estudiando	1,9	1,7	1,8	Postsecundarios	3,1	2,8	2,7
Otra inactividad	2,9	2,6	2,5	Superiores	2,6	2,4	2,4
Clase profesional sustentador				Problemas entorno vivienda			
Clase I	2,4	2,2	2,1	Sin problemas	2,4	2,2	2,2
Clase II	2,6	2,3	2,3	Algunos	2,7	2,5	2,4
Clase III	2,8	2,5	2,5	Bastantes o muchos	2,8	2,7	2,6
Clase IV	2,9	2,7	2,5				
Clase V	2,9	2,6	2,5				

Para tipo de hogar y nivel de estudios sólo se incluyen jóvenes de 25 a 34 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE 2006, 2012 y 2017.

6. Estado de dientes y muelas: Tiene caries; le han extraído dientes/muelas; tiene dientes/muelas empastados (obturados); le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente; se le mueven los dientes/muelas; lleva fundas (coronas), puentes, otras prótesis o dentadura postiza; le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis; tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales.

SÍNTESIS DE RESULTADOS Y REFLEXIONES FINALES(Parte I)

A continuación se sintetizan algunos de los resultados más relevantes del análisis cuantitativo de las dimensiones de salud y hábitos de los jóvenes.

1. En general, los datos muestran que las diferencias de los factores sociodemográficos analizados tienen cierta influencia en la salud subjetiva de los jóvenes indistintamente del año analizado. Sin embargo, la desigualdad entre las categorías de cada uno de los factores es menor después del periodo post-crisis. De alguna forma, parece que tras la crisis económica las características sociodemográficas tienen menor poder explicativo para definir las diferencias de la salud subjetiva entre los jóvenes.
2. Los datos muestran que los periodos posteriores a la situación pre-crisis tienen tasas más reducidas de población joven con riesgo de malestar psicológico.
3. El desempleo es uno de los factores que tiene un impacto más elevado en la salud mental de los jóvenes. Sin embargo, dicha asociación era más evidente en el periodo anterior a la crisis.
4. Hay que tener en cuenta que la asociación entre determinantes sociales de la salud y el riesgo de mala salud mental no es unidireccional.
5. Las variables exploradas pueden tener efectos acumulativos en las personas expuestas, y a lo largo de su vida.
6. El género es una de los factores más importantes a tener en cuenta en el análisis de la salud y en especial de la salud mental de los jóvenes. A igualdad de otras condiciones, las mujeres jóvenes tienen una probabilidad considerablemente más alta que los varones de tener una autopercepción de mala salud, mayor riesgo de mala salud mental, sufrir ansiedad o depresión, consumo de medicamentos de forma general así como antidepresivos o/y estimulantes. Por contra, son las que consumen en menor frecuencia alimentos azucarados y suelen tener menor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad.
7. Algunas prácticas preventivas como la toma de tensión o el análisis de colesterol son relativamente frecuentes en los jóvenes, pero la prevalencia se ha ido reduciendo después del periodo anterior a la crisis.

8. La percepción de apoyo social y afectivo es uno de los principales amortiguadores en la autopercepción de mala salud, el mayor riesgo de sufrir mala salud mental, sufrir ansiedad o depresión y mayor probabilidad de consumo de antidepresivos/ansiolíticos.

9. El entorno en el que viven los jóvenes y los problemas de vivienda parece tener un efecto significativo tanto en la autopercepción de la buena salud como en el riesgo de sufrir mala salud mental.

10. Existen elementos protectores de la salud mental, entre ellos: capital social, empleo, disponer de recursos económicos y condiciones favorables del entorno.

11. La vulnerabilidad no se presenta de forma "simple", si no que se muestra como acumulación e interseccionalidad de riesgos sociales. De ahí que los riesgos a tener una peor salud física y mental estén tan asociados a diferentes factores sociales que aparecen de forma significativa en prácticamente la totalidad de los indicadores analizados en esta investigación.

De manera sucinta, recogemos en la Tabla I.17. en qué grado se ha avanzado en el cumplimiento de las hipótesis que nos planteamos al inicio de este trabajo cuantitativo.

Tabla I.17. Cumplimiento de hipótesis. Parte I.

HIPÓTESIS PARTE I	Confirmación
H1	Los indicadores de salud de los jóvenes no han empeorado de forma significativa en el periodo estudiado. Sin embargo, se han incrementado las diferencias entre clases sociales y se observan efectos acumulativos (origen, género, situación laboral, nivel educativo). Mejoran los indicadores de autopercepción de salud. Se mantiene el gradiente socioeconómico pero se reducen las diferencias según clase social y nivel de estudios. Se encuentran efectos acumulativos al dibujar perfiles de riesgo.
H2	El género, el empleo (o su ausencia), el nivel educativo, el capital social y el entorno familiar son variables explicativas de esas diferencias. Estas variables tienen una incidencia sobre el estado de salud de los jóvenes, tanto en hombres como mujeres y para todas las franjas de edad.
H3	La crisis tiene un impacto desigual en los jóvenes atendiendo a la edad y etapa/trayectoria vital del joven (etapa educativa o de formación, búsqueda del primer empleo, emancipación, formación de una familia). Aumenta el porcentaje de jóvenes que hace ejercicio físico en todas las edades, independientemente del sexo, y de otras características. Baja el porcentaje que hace un consumo muy frecuente de productos azucarados, de tabaco y de alcohol. El sobrepeso y la obesidad muestran una evolución irregular. Mejora ligeramente la salud bucodental.
H4	La salud mental en el colectivo de jóvenes se ha visto especialmente afectada, reflejándose en un mayor uso de servicios en salud mental y consumo de fármacos. Baja la prevalencia de riesgo de mala salud mental pre-post crisis. El apoyo social baja la probabilidad de malestar psicológico. Aumenta el porcentaje de jóvenes con un diagnóstico de depresión, ansiedad o problemas mentales. Se observa cierto crecimiento en los periodos posteriores al inicio de la crisis, especialmente de 2012 a 2017 en el consumo de fármacos antidepresivos y estimulantes, especialmente entre los que disponen de bajo apoyo afectivo, bajos niveles de estudio, tienen bastantes problemas de entorno-vivienda y viven fuera del hogar.
H5	El capital relacional (o capital social) interviene en tener mejores resultados en los diferentes indicadores de salud, especialmente en la salud mental. A mayor capital social (apoyo social y afectivo), mejores resultados en los niveles de salud de los jóvenes. Bajo apoyo afectivo/social se asocia a peor salud autopercebida, a mayor riesgo de malestar psicológico, a mayor probabilidad de un diagnóstico de depresión, ansiedad o problemas mentales, y a mayor de consumo de fármacos antidepresivos o estimulantes.

Los jóvenes españoles en 2017 afirman disfrutar de un mejor estado de salud (en referencia a 2006 y a 2012) según la gran mayoría de indicadores de salud utilizados en este estudio. Se mejoran así mismo los estilos de vida, lo que permite prever un futuro de salud halagüeño.

No obstante lo anterior, vemos con preocupación como la acumulación de riesgos en determinados jóvenes dispara signos de alarma. Los perfiles de jóvenes más expuestos a riesgos como aquellos con bajo nivel educativo, bajo apoyo social, desempleo, y baja calidad del entorno y de la vivienda aumentan de manera muy importante todos los indicadores de mala salud (física y mental) y hábitos de salud.

Se fortalece la idea de que la tipología de políticas de salud que han de ser prioridad en los jóvenes tienen que ver con atacar las causas de las causas, los determinantes más sociales de la salud, poniendo énfasis en su entorno social, afectivo, físico y de vivienda, laboral y educativo. Se trata no solo de ofrecer políticas universales en muchos de estos ámbitos garantizando con ello el acceso a servicios públicos, si no también de diseñar políticas específicas dirigidas a los colectivos más vulnerables entre los jóvenes.

PARTE II
EL CONCEPTO DE SALUD
Y LA PERCEPCIÓN DE RIESGO PARA
LA SALUD EN LA POBLACIÓN JOVEN

La población general, o grupos específicos dentro de ésta, no perciben los riesgos únicamente por los parámetros técnicos o las probabilidades de que ocurran. La percepción social de los riesgos difiere bastante de las de los expertos (Covello et al. 1987). La propia OMS alerta sobre la necesidad de considerar conjuntamente las evaluaciones de riesgo de expertos y los de la población general de forma que una gestión efectiva del riesgo incorpore ambas visiones. Sabemos que la percepción sobre los riesgos se atenúa o amplifica por la presencia de variables culturales, sociales y psicológicas (Slovic 1987, Sjöberg 2000, Renn et al. 1992). Identificar cómo se construye la percepción de los riesgos en la población joven, por ejemplo, ha de permitir diseñar mejores estrategias de comunicación, y afinar en la difusión de la información de forma que permita a los jóvenes tomar mejores decisiones (Bennett y Calman 1999).

Hemos identificado en la literatura las teorías de percepción de riesgo más prevalentes. Éstas nos han servido de base para la elaboración del guion de entrevista y para el posterior análisis de las mismas.

Teorías y claves en la percepción del riesgo

De manera general se han apuntado tres grandes grupos de teorías sobre percepción del riesgo que vale la pena comentar brevemente aquí. En primer lugar, las teorías económicas se basan en la racionalidad de las decisiones, y conciben por tanto la percepción que tiene una persona de un riesgo como la valoración que hace esa persona de los costes y beneficios que implicaría ese riesgo. La segunda teoría pertenece a la esfera de la psicología social y afirma que las percepciones de riesgo de los individuos vienen influenciadas por elementos cognitivos y personales como la voluntariedad, la familiaridad, o la construcción de significados de lo que representa ese riesgo, entre otras. Su base suele ser individual y se aleja de elementos de carácter social para explicar la percepción del riesgo. El último grupo de teorías pueden agruparse bajo el nombre genérico de teorías culturales que afirman que las estructuras de la organización social influyen en las percepciones que desarrollan los individuos de los riesgos.

Sin embargo, la literatura especializada en percepción social del riesgo alerta de lo complicado que resulta aproximarse a esta temática, y que ninguna de las

teorías apuntadas por la literatura es capaz de captar por si misma la compleja y frecuentemente contradictoria manera en que las personas percibimos riesgos y respondemos ante ellos. En efecto, si bien los tres grandes grupos de teorías apuntados parecen contar con evidencia empírica que las sustentan, todas ellas han recibido numerosas críticas (Slovic 1987; Renn et al. 1992; Sjöberg 2000; Inouye 2014).

En esta investigación vamos a utilizar elementos de diversas aportaciones teóricas para conocer algo más en detalle los factores que explican la percepción que hacen los jóvenes de los riesgos para su salud. Partimos de la base de que la percepción sobre los riesgos se construye, atenúa o amplifica por la presencia de variables tanto culturales, sociales como psicológicas. Se definen brevemente a continuación un conjunto de teorías que nos aportan visiones (complementarias) sobre cómo se construye la percepción de riesgos (en salud) y que tomaremos como referencias (Inouye 2014):

- La Teoría de la motivación (Protection Motivation Theory)
- La Teoría de compensación de riesgos (Risk Compensation Theory)
- La Teoría de la acción habitual (Habituated Action Theory)
- La Teoría de la racionalidad situada (Situating Rationality Theory)
- La Teoría de la acción social (Social Action Theory)
- La Teoría del control social (Social Control Theory)

La Teoría de la Motivación (Protection Motivation Theory, Rogers 1975) es posiblemente una de las más conocidas y hace referencia al conocimiento, a la voluntad de evitar el riesgo, y a la racionalidad (beneficios y costes de asumir o evitar el riesgo) como elementos clave. Su postulado principal es que las personas se protegen ante un riesgo cuando están motivados y tienen la capacidad de hacerlo (Inouye 2014), sobretodo si anteriormente han podido experimentar un efecto no deseado (experiencias de primera mano o vivencias cercanas). Se ha mostrado como una teoría efectiva en las campañas de seguridad al volante. Los mensajes se basan en crear conciencia, sentido de vulnerabilidad, y autoeficacia (por ejemplo, ser capaz de responder a la presión de los compañeros conduciendo dentro del límite de velocidad) (Inouye 2014). Los elementos clave aquí son la vulnerabilidad, la severidad percibida, el miedo, y las recompensas (valoración del riesgo) por un lado, y la percepción de eficacia personal y del coste de afrontar el riesgo (valoración de la capacidad) por otro.

La Teoría de Compensación de Riesgos (Risk Compensation Theory) (Hedlund 2000) establece que las personas tienden a tomar más riesgos cuando sienten una mayor sensación de seguridad (salvaguardas, arneses, cascos, cinturones...) (Wilde 1994, Inouye 2014). Los niños, por ejemplo, recorren una pista de obstáculos más rápida e imprudentemente (tropezarse, caerse, golpear objetos...) cuando usan casco y otros protectores que cuando no usan este equipo de seguridad (Morrongiello et al. 2007).

La Teoría de la Acción Habitual (Habituated Action Theory) destaca la importancia de la experiencia en el riesgo. Aquellos que repetidamente realizan una acción de alto riesgo sin una consecuencia adversa eventualmente se vuelven insensibles al riesgo (Kasperson et al. 1988, Weyman y Kelly 1999, Inouye 2014). Por ejemplo, el riesgo de sobredosis por la inyección de heroína es simplemente "algo cotidiano" que los usuarios aceptan como parte de su hábito (Rhodes 1997). En su estudio sobre el apego a los teléfonos celulares, Weller et al. (2013) encontraron que aquellos que habitualmente usaban un teléfono celular mientras conducían tenían una percepción de riesgo menor que aquellos que conducían al teléfono menos frecuentemente.

La Teoría de la Racionalidad Situada (Situated Rationality Theory). Esta teoría analiza los diversos factores sociales, ambientales y psicológicos que influyen en la intención de una persona de participar en conductas de alto riesgo. Es probable que exista una justificación racional de por qué las personas optan por asumir riesgos a pesar de conocer sus consecuencias (Inouye 2014). Por ejemplo, las personas eligen tomar el sol al aire libre o usar salones de bronceado a pesar del riesgo de cáncer de piel para mejorar su imagen corporal (Cafri et al. 2009). Las personas también pueden tener relaciones sexuales sin protección con personas que saben que son usuarios de drogas o con VIH para demostrar confianza en su pareja y demostrar "amor verdadero" (Rhodes 1997). Una persona toma en cuenta no solo sus propias actitudes, sino también las actitudes colectivas y las normas subjetivas de los compañeros con respecto a un comportamiento de riesgo (Inouye 2014). Estas actitudes pueden servir como justificación para tomar un riesgo, especialmente si la percepción del riesgo es baja y las recompensas potenciales (por ejemplo, reconocimiento de pares o superiores) son grandes.

La Teoría de la Acción Social (Social Action Theory) argumenta que las personas asumen riesgos debido a la presión de grupo o a la percepción general de que una actividad es de bajo riesgo (Inouye 2014). Se puede persuadir a una persona a que adopte un comportamiento inseguro si "todos los demás lo están haciendo" o si la comunidad en general no considera que una acción sea insegura. Esta teoría también afirma que el significado social asociado a las conductas de alto riesgo (por ejemplo, "genial" o "varonil") es algo que puede

incentivar a las personas a involucrarse en ellas. Los individuos se ajustan a las normas grupales para evitar "sanciones" (por ejemplo, burlas, intimidación, ser etiquetados como "cobardes") y comienzan a identificarse con el grupo aceptando las percepciones y el comportamiento del grupo (Harding y Eiser 1984, Cooper 2003, Gardner y Steinberg 2005). Entre los jóvenes, por ejemplo, la popularidad de los videojuegos y las películas con conducción temeraria dificulta la efectividad de los mensajes de conducción segura, promoviendo la conducción insegura como "fresca, juvenil y divertida" (Keating y Halpern-Felsher 2008, Inouye 2014).

La Teoría del Control Social (Social Control Theory) La conexión y afiliación de un individuo con la escuela, lugar de trabajo u otras organizaciones tiene una influencia en la percepción del riesgo. Los adolescentes que perciben que sus maestros de escuela son justos, comprensivos y dan apoyo son menos propensos a fumar, beber hasta emborracharse, tener relaciones sexuales sin protección o intentar suicidarse (McNeely y Falci 2004, Inouye 2014).

De forma esquemática, la siguiente tabla recoge las dimensiones clave de cada teoría y las cuestiones que pretendemos explorar en nuestro estudio, incorporándolas al guion de las entrevistas semi-estructuradas que se detalla en el apartado de metodología.

Tabla II.1. Conceptos clave presentes en las teorías de percepción de riesgos.

TEORÍAS DE PERCEPCIÓN DE RIESGOS	CONCEPTOS CLAVES	CUESTIONES A EXPLORAR
Teoría de la motivación	Motivación por hacer, concienciación, información, capacidad de acción, autoeficacia, experiencias previas, percepción de vulnerabilidad, recompensas, costes	Explorar específicamente motivaciones intrínsecas, confianza y autoeficacia, sensación de vulnerabilidad, de costes y recompensas de asumir un riesgo
Teoría de compensación de riesgos	Seguridad como motivador de comportamientos de riesgo (cinturón...)	Explorar cómo los mecanismos de seguridad modulan la percepción del riesgo y la posterior acción ¿Qué es lo que le genera confianza o seguridad al asumir ese riesgo?
Teoría de la acción habitual	Familiaridad ante el riesgo	Explorar la familiaridad, la costumbre, lo cotidiano del riesgo para ese grupo o persona ¿Con qué frecuencia asume ese riesgo? ¿Está acostumbrado a ese riesgo?
Teoría de la racionalidad situada	Discurso racional en un momento determinado (vale la pena el riesgo por el beneficio, la recompensa, situándonos en ese momento)	Explorar componente racional, valorar de pros y contras de asumir el riesgo en un momento concreto (con sus características particulares) ¿Ha valorado los pros y contras del riesgo?
Teoría de la acción social	Presión del grupo, normas grupales, percepción social baja del riesgo	Explorar el papel de instituciones y organizaciones respecto al riesgo
Teoría del control social	Referentes familiares, escuela, lugar de trabajo, campañas institucionales...	¿qué fuentes de información consideráis más fiables? ¿qué importancia le dais a los consejos que os dan en la escuela o trabajo sobre salud?

Nuestro objetivo es explorar cómo de válidas resultan estas teorías a la hora de explicar las percepciones del riesgo ante la salud por parte de los jóvenes. Nuestro propósito es centrarnos en los aspectos sociales/sociológicos que apuntan estas teorías (y como amplifican o atenúan la percepción del riesgo), sin poner el acento tanto en las dimensiones psicológicas de la percepción del riesgo. Lo anterior lo haremos explorando la importancia de los factores siguientes en la construcción de los discursos por parte de los grupos de discusión y los entrevistados (Covello 1998):

Voluntariedad: Grado en el que el riesgo referido se toma voluntariamente. La percepción se atenúa si el riesgo es voluntario y se amplifica si es impuesto. Aunque los riesgos pueden ser similares, el riesgo elegido voluntariamente es más aceptable que el impuesto.

Control: Grado de control que se percibe sobre el riesgo referido. Se aceptan mejor aquellos riesgos sobre los que crees tener control. Hay que advertir que el control percibido no se corresponde necesariamente con un control real. Los estudios socio-psicológicos muestran que tendemos a sobreestimar nuestra capacidad para controlar una situación.

Efecto de retardo: El efecto retardado entre cuando tiene lugar el hecho y su impacto dificulta la percepción real del riesgo que supone. Ejemplos típicos son el tabaquismo y el cáncer de pulmón, una mala alimentación y el sobrepeso o la enfermedad cardíaca.

Origen Natural vs. Hecho por el hombre: Marca una gran diferencia el origen del riesgo. Si el riesgo es natural, es más aceptado. Los aspectos de control y responsabilidad son importantes aquí.

Familiaridad y Habitación: Somos mucho más conscientes de los riesgos desconocidos y nuevos. A medida que conocemos un nuevo riesgo, gradualmente nos habituamos a él y comenzamos a aceptarlo. Por tanto, un riesgo que está presente durante mucho tiempo tiende a atenuarse debido a la familiaridad que supone para nosotros, aunque el riesgo y sus efectos siguen siendo los mismos. Los riesgos conocidos son más aceptados que los desconocidos. La percepción del riesgo se atenúa/acentúa en función de su novedad o el conocimiento que tiene la ciencia sobre el mismo.

Distribución de beneficios y cargas: Los riesgos que se perciben como mal distribuidos se aceptan peor que los más equitativos. Lo mismo se aplica a la distribución de beneficios, y a la combinación de ambos.

Medios de comunicación: Los medios (televisión, prensa , radio, internet... juegan un papel clave. Si aparece un tema de riesgo en los medios de confianza (noticias), entonces se le da credibilidad y se extiende la preocupación. Los medios lo hacen visible/real para la población. Se da importancia por tanto a la presentación de la información y al mensajero.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo de esta segunda parte del estudio es profundizar en los conceptos de salud prevalentes en los jóvenes (18 a 34 años), en sus percepciones de riesgos para la salud, y analizar a través de sus discursos qué impacto ha podido tener la crisis económica en esas percepciones.

Nos hemos dotado de la siguiente hipótesis de trabajo:

1. Entre los jóvenes prevalece un concepto de salud propio del modelo biomédico en el que la salud se define como ausencia de enfermedad.
2. La crisis tiene efectos diferenciales significativos en la percepción de riesgo, y el género juega un papel fundamental en ello.
3. Como resultado de la crisis emergen nuevos riesgos para la salud y se consolidan riesgos emergentes (ocio y tiempo libre, alimentación, uso de nuevas tecnologías,...)
4. Los factores que intervienen de forma efectiva en la percepción de riesgo son voluntariedad, controlabilidad-negación, efecto en el tiempo, familiaridad, racionalidad (beneficio vs perjuicio), factores culturales y medios de comunicación e información.
5. Las diferentes teorías de percepción de riesgos nos permiten explicar como los jóvenes perciben los riesgos para su salud.

El estudio utiliza una muestra no probabilística intencional de 33 sujetos jóvenes entre 18 y 35 años, con representación de género, sub-grupos de edad, clase social, y ámbitos rural y urbano. La Tabla II.2. recoge las características principales de los 33 sujetos entrevistados (16 hombres y 17 mujeres). La edad media de los entrevistados es de 25,48 años. La distribución por subgrupos de edad y género fue: (i) de 18 a 22 (N=10, 6 mujeres y 4 hombres), (ii) de 23 a 28 (N=11, 7 mujeres y 4 hombres), y (iii) de 29 a 35 (N=12, 4 mujeres y 8 hombres).

Se han realizado entrevistas en Barcelona (distintos distritos), Zaragoza (distintos distritos), L'Hospitalet del Llobregat, Cornellà del Llobregat, Badalona, Reus, Segur de Calafell, Pallaresos, Llinàs del Vallés, Badia del Vallés, Olessa de Montserrat, Vallvidriera, Cadrete, Cariñena. Se trata de una muestra de poblaciones rurales y urbanas de tres provincias españolas: Barcelona, Tarragona y Zaragoza.

Los sujetos participantes fueron reclutados a través de teléfono gracias al contacto personal de alguien cercano a ellos. Todos los sujetos pudieron escoger el lugar donde se acabó realizando la entrevista. En los casos en los que el sujeto no identificaba un lugar de su agrado se acordaba realizarlas en las instalaciones de la Universidad, pero no en el despacho habitual de los profesores o miembros del equipo de investigación si no en una sala o habitación adecuada.

En todos los casos se informó a los participantes sobre el objetivo del estudio, el equipo de investigación, la fuente de financiación y los contenidos de la entrevista. En todos los casos se recogió el consentimiento informado firmado por el sujeto y se le entregó una copia como muestra del compromiso del equipo con la confidencialidad y privacidad de los datos recogidos. Se incluye una muestra del modelo de consentimiento informado en los Anexos. Se ofreció a los participantes una compensación económica de 10€ por entrevista. Solo un tercio de ellos aceptaron la compensación. En los Anexos se incluye una copia del documento "Colaboración de sujetos experimentales" utilizado.

Se realizaron las 33 entrevistas semi-estructuradas previstas haciendo uso de un guion con las siguientes dimensiones: (i) situación personal (trayectoria laboral y educativa, capital social, datos sociodemográficos y familiares), (ii) conceptualización de la salud, (iii) priorización de los riesgos referidos (iv)

caracterización de los riesgos, y (iv) crisis y cambio. Se incluye una muestra del guion de entrevista en los Anexos.

Tabla II.2. Características de los jóvenes entrevistados en el proyecto.

Sujeto	Fecha entrevista Duración	Género	Edad	Estudios Trabajo	Reside con... Lugar
E1	Mayo 2018 51m	Hombre	24	Comunicación Prácticas	Con padres Nou Barris (BCN)
E2	Mayo 2018 37m	Hombre	23	Grado Medio No	Con padres Nou Barris (BCN)
E3	Mayo 2018 40m	Mujer	21	Bellas Artes No	Con padres Putxet (BCN)
E4	Mayo 2018 37m	Hombre	23	Fisioterapia Bar	Piso Compart Badalona (BCN)
E5	Junio 2018 1h	Mujer	25	Pedagogía Maestra	Con Pareja Mas Iglesias Reus(T)
E6	Junio 2018 1h28m	Hombre	32	CC Políticas Trabajo Fin semana	Con Pareja Nou Barris (BCN)
E7	Junio 2018 44m	Mujer	25	CC Políticas No	Con padres Olsea (BCN)
E8	Junio 2018 53m	Mujer	23	CC Políticas No	Con Padres Horta-Guinardó (BC)
E9	Junio 2018 43m	Mujer	24	CC Políticas No	Con Padres Pueblo Nuevo (BCN)
E10	Julio 2018 1h30	Mujer	30	Bachillerato No	Con Pareja Sant Andreu (BCN)
E11	Julio 2018 33m	Mujer	21	ADE En prácticas	Con padres Pedralbes (BCN)
E12	Sept 2018 1h40m	Mujer	26	ESO Dependienta tienda	Madre y padrastro Actur (ZAR)
E13	Oct 2018 1h19m	Hombre	25	-- Tienda propia	Madre Poblesec (BCN)
E14	Sept 2018 1h20m	Mujer	24	Trab. social + Master Prácticas, temporales	Madre y hermana San José (ZAR)
E15	Oct 2018 1h17m	Hombre	19	Estudia Grado No	Padres Segur de Calafell (TA)
E16	Nov 2018 50m	Hombre	19	Bachillerato Pizzeria	Madre y hermanas Pallaresos (TAR)
E17	Nov 2018 1h17	Hombre	32	Economía + Master Economist	Solo Las Delicias (ZAR)
E18	Nov 2018 1h30	Hombre	34	Grado Superior Transportes, temporales	Padres y hermana Las Delicias (ZAR)
E19	Nov 2018 1h45	Mujer	34	Grados magisterio Profesora Educ Infantil	Pareja Llinas Valles (BCN)
E20	Nov 2018 1h28	Hombre	33	Grado Superior Agencia Seguros (adm)	Pareja Nou Barris (BCN)
E21	Nov 2018 1h40	Hombre	29	Empresariales Compañía Seguros	Padres L'Hospitalet (BCN)
E22	Nov 2018 1h10	Mujer	30	Filología Ingl + Master Profesora Instituto	Pareja e hija La Paz (ZAR)
E23	Nov 2018 1h10	Mujer	30	ESO Residencia mayores	Piso amigas Magdalena (ZAR)
E24	Nov 2018 58m	Hombre	29	Grado medio Concejal + Varios trab.	Solo Cadrete (ZAR)
E25	Dic 2018 42m	Hombre	20	Grado Medio y Superior Educador Colegio	Padres y hermano Nou Barris (BCN)
E26	Dic 2018 50m	Mujer	20	Grado Medio No	Madre y hermano Badia del Vallés (BC)
E27	Dic 2018 1h31	Mujer	20	Grado Medio + superior No	Padres y hermanos Nou Barris (BCN)
E28	Dic 2018 1h20	Hombre	33	Grado Medio adm. Empresa Seguros	Padres y hermano Cornella (BCN)
E29	Dic 2018 46m	Hombre	18	Bachillerato Restauración	Tía Horta-Guinardó (BCN)
E30	Dic 2018 1h37	Hombre	31	FP superior Grao en curso Animación	Pareja Carriena (ZAR)
E31	Sept 2018 1h	Mujer	28	Trabajo Social Negocio Familiar	Padres y hermanos Zaragoza (ZAR)
E32	Feb 2019 45m	Mujer	18	Bachillerato Canguro y clases	Padres Vallvidriera (BCN)
E33	Feb 2019 58m	Mujer	18	Bachillerato No	Padres y hermanos El Carmel (BCN)

La duración de la entrevista fue muy variable, desde los 33 minutos a 1h 45 minutos. La duración media fue de 1h y 6 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas (audio) y después fueron transcritas en su totalidad (verbatim) para su tratamiento analítico (codificación y análisis). Se incluye una muestra de una entrevista transcrita en los Anexos. El entrevistador pudo recoger otros elementos de la entrevista (interrupciones, actitud, pausas, lugar, funcionamiento del guión, etc...) en una ficha de entrevista que permitió mejorar el guión tanto en sus contenidos como en la secuencia de las preguntas.

Las personas que realizaron las entrevistas formaron parte del equipo de investigación original del proyecto, a los que se añadieron 3 investigadores más con una amplia experiencia en la realización de entrevistas semi-estructuradas en el contexto de la investigación sociológica. Todos ellos recibieron una formación específica en el manejo del guion y de la entrevista por parte de los investigadores principales del proyecto. La formación consistió en:

- Explicación de los objetivos del estudio.
- Explicación del propósito de las entrevistas semi-estructuradas.
- Una revisión y explicación exhaustivas del guion de trabajo y su funcionamiento.
- La escucha de una entrevista grabada con explicaciones y consejos/guías para un adecuado uso del guion.
- Una breve (30min.) conversación abierta con otros entrevistadores durante la que se compartieron sus puntos de vista y experiencias durante las entrevistas.

Los datos recogidos se analizaron mediante una segmentación de temáticas según riesgos percibidos. Se generaron categorías y códigos a partir de los marcos teóricos de referencia y de la lectura y primer análisis de las entrevistas. Se buscaron patrones convergentes en torno a conceptos de salud y grandes dimensiones de riesgos. Se analizaron así mismo cada uno de los riesgos por su variable género y edad para descubrir patrones existentes. El análisis se asistió con el programa informático Atlas-ti8.

Centramos el estudio en los problemas de salud, hábitos y riesgos más relevantes identificados por los jóvenes para después analizar los factores que condicionan y moldean su percepción. Nos hemos centrado en una selección de problemas de salud/hábitos/riesgos de importancia (criterios epidemiológicos y sociales) teniendo como fuentes de información diversos Informes de salud y juventud en España, las Encuestas de Salud Nacional y Europea, así como los informes

específicos de la OMS. Creímos conveniente por tanto tener en la cabeza los siguiente riesgos tradicionales, simplemente a modo de referencia:

1. Alcohol, tabaco, y drogas (patrones de consumo, asociaciones entre ellos, grupalidad, simetría, experimentación)
2. Nutrición, obesidad (estilos de vida, patrones de referencia, cuerpo ideal)
3. Sexualidad y reproducción (ITS/ETS, identidades, contracepción y embarazos)
4. Accidentes (suponen un 25% de muertes entre jóvenes)
5. Tiempo libre (consumo y ocio de riesgo)
6. Conflictividad (laboral/formación, familiar, maltrato, violencia, bullying, acoso, explotación)

A los entrevistados no se les preguntó de entrada por sus percepciones respecto a este listado. Al contrario, se deja que sean los entrevistados los que identifiquen y prioricen los riesgos para su salud, sin ser asistidos por el entrevistador. Los riesgos identificados en primera instancia por los entrevistados fueron los que se exploraron en profundidad, y solo después, ya avanzada la entrevista, se introdujeron otros riesgos en la conversación. Como resultado de todo ello, los jóvenes han añadido y precisado algunos riesgos para la salud que no contemplábamos en un inicio guiados por la literatura referida, riesgos que han sido motivo de análisis también. Nos referimos específicamente a Contaminación ambiental, Seguridad física (no accidentes), y Móviles y tecnología.

Hemos utilizado por tanto técnicas cualitativas para identificar discursos sobre cómo los jóvenes perciben riesgos para su salud y cómo la crisis ha alterado patrones de percepción del riesgo en jóvenes que han sufrido sus efectos en diferentes etapas de sus trayectorias vitales.

Nota final: No se han realizado los dos grupos de discusión previstos inicialmente al considerar el equipo de investigación que de cara a cumplir con los objetivos del estudio era mucho más conveniente e indicado ampliar el número de entrevistas de 24 a 33 (9 entrevistas más) que realizar los grupos de discusión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Este apartado se centra en exponer y discutir los resultados principales de esta parte del estudio. Empezamos haciendo un énfasis en un aspecto que nos ha sorprendido especialmente. Nos referimos a los distintos conceptos de salud que han emergido de los discursos de los sujetos jóvenes entrevistados. Creemos que poner en evidencia la diversidad y complejidad de esas concepciones de salud es novedoso y ayuda a explicar los resultados posteriores en los que se detallan actitudes y percepciones de los distintos riesgos para la salud.

Con posterioridad se ofrece el detalle del análisis según cada tipo de riesgo, incluyendo hasta nueve (9) riesgos diferentes, concretamente y por este orden: Alimentación, Ejercicio físico /sedentarismo, Alcohol, Tabaco, Drogas, Prácticas sexuales, Seguridad personal y accidentes, Móviles y otras Tecnologías, y Contaminación medio ambiental.

Por último se dedica una sección a la crisis económica y cómo ésta ha afectado a los jóvenes entrevistados, cómo han cambiado sus percepciones de riesgo, y por tanto si como tal la crisis ha supuesto un antes y un después en su salud.

CONCEPTOS DE SALUD EN LOS JÓVENES: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA¹⁰

IDEAS FUERZA

- Se ha estudiado poco cómo los jóvenes definen salud. Con este estudio queremos contribuir a ver qué discursos son más prevalentes según género y tramos de edad en los jóvenes.
- De las cuatro concepciones más frecuentemente citadas en la literatura: salud como ausencia de enfermedad, salud como (in)capacidad funcional, salud como equilibrio y salud como libertad; se observan importantes diferencias de género de forma que los hombres utilizan conceptos más negativos de salud siendo lo contrario en las mujeres.
- Un análisis por edad parece mostrar una creciente complejidad en el discurso y en el concepto de salud a medida que los jóvenes se hacen mayores.

Introducción

Nuestro objetivo en esta sección es el de aportar evidencias sobre lo que significa la salud para los jóvenes, cómo definen el concepto y si la edad (dentro del colectivo de jóvenes), o el género, tienen alguna relación con la conceptualización que se hace del término "salud". Se analizan por tanto las diferencias y similitudes en los conceptos de salud que manejan los chicos, las chicas y los distintos grupos de edad entre los jóvenes.

Para D'Houtaund et al. (1984) nuestra definición de salud depende de la actitud que tengamos respecto a ella, y de la prioridad que tenga para nosotros su conservación. Sin embargo, sabemos que nuestra construcción del concepto de salud está también influida por la forma de entender la salud que tiene la sociedad en la que socializamos. En la construcción del concepto de salud se entremezclan por tanto elementos propios de los individuos (sus actitudes, preferencias, decisiones y prioridades) con aquellos otros más sociales o externos al propio sujeto que condicionan, matizan, o completan nuestra manera de entender la salud.

10. Esta parte del estudio ha sido liderada por Maria Cursach Perona, Universitat de Barcelona.

Típicamente, el estudio de la salud se suele centrar en el análisis de la enfermedad, su presencia o ausencia, así como sus efectos o consecuencias para el individuo y su entorno. Se trata de una aproximación netamente biomédica de la salud, centrada en la normalidad y la desviación causada por factores biológicos, patológicos, que requieren un abordaje profesional y frecuentemente institucionalizado. La literatura en Sociología de la salud ha tratado el concepto de salud de muy diferentes formas y categorizaciones, sin llegar a un consenso o taxonomía ampliamente aceptada en la que se unifiquen las diferentes aportaciones y reflexiones. Hughner y Klein (2004), en una revisión de la literatura especializada, ofrecen una visión comprehensiva del término. Reconociendo el peso del sector profesional y del conjunto de la medicina más tradicional en la definición de la salud, los autores apuntan otras conceptualizaciones de interés desde una vertiente menos formal, no profesional, o popular, que utilizaremos en este estudio como referencias y categorías, junto a las más tradicionales.

Sorprende, no obstante, la escasez de estudios que específicamente aborden la conceptualización del término "salud" para los jóvenes. La gran mayoría de los estudios sobre conceptos de salud se realizan en población adulta y en población mayor. Esta sección se centra en dar respuesta a cómo los jóvenes definen salud, y qué elementos discursivos asocian a una buena salud, sin profundizar en el análisis de las actividades llevadas a cabo por estos mismos jóvenes para mantener la salud, la forma física o estar sanos.

Marcos teóricos de referencia

Las llamadas cosmovisiones populares de salud se han definido como complejas interconexiones de información extraída de diferentes fuentes que incluyen conocimiento laico, creencias populares, valores y experiencias personales (Hughner 2004).

Como se ha mencionado, el concepto de salud es definido de formas distintas en la literatura, pero abunda una cierta dualización: salud como vitalidad, o salud como ausencia de enfermedad. Esta dicotomía, visiones positivas y negativas de salud, está en la esencia de numerosas aproximaciones conceptuales. Como ya se ha mencionado, tomaremos la taxonomía de salud de Hughner y Klein (2004, 2008) y otros autores (Herzlich 1973, Kleinmain 1978, Simmons 1989, Wilkinson 2000, McKague y Verhoef 2003, Green 2014, Leonardi 2018). Toda vez que se reconoce esa dicotomía, se profundiza un poco más apuntando cuatro conceptos no mutuamente excluyentes de salud: (i) ausencia de enfermedad, (ii) capacidad funcional, (iii) equilibrio y (iv) libertad.

La Salud es la **ausencia de enfermedad**, en tanto que, el individuo no tiene síntomas físicos o mentales evidentes de enfermedad. Es la definición de salud más extendida y con una visión nítidamente biomédica (Simmons 1989) por cuanto están presentes, en las propias definiciones de salud, síntomas concretos (dolor, estrés, malestar...), diagnósticos determinados (enfermedades físicas, desórdenes mentales...), o tratamientos específicos (medicamentos, visitas al médico, hospitalizaciones, rehabilitación...) (Backet et al. 1994). Estar en buena salud es no estar enfermo o no tener síntomas determinados. Por ello, salud es un concepto holístico cuya definición lleva intrínseca la pretensión de mantener y proteger la salud al tiempo que se evita una enfermedad, independientemente de si las prácticas que un individuo termina llevando a cabo son contradictorias con esa definición o no (Spector 2002).

La Salud como **capacidad funcional** implica una apreciación sobre lo que se puede o no se puede hacer en un estado de salud concreto. Nos referimos a las actividades que puede desarrollar la persona de forma autónoma y que competen al día a día (Parsons 1981, citado en Simmons 1989), tales como ir a trabajar o realizar tareas domésticas (Calnan 1987), por poner dos ejemplos. Uno está en buena salud si tiene esa capacidad funcional o cuanto menos tiene una salud que le permite seguir desarrollando esas funciones (principales o secundarias) de su día a día. Estas dos primeras definiciones de salud estarían ligadas a una apreciación negativa de la salud (Blaxter 1990), una valoración negativa por cuanto implica la presencia de algo no deseable o las consecuencias no deseadas de esa funcionalidad mermada.

La Salud es **equilibrio** en tanto que el individuo busca desarrollar y mantener capacidades para tener vitalidad, energía, y busca la felicidad o tener buenas relaciones con los demás (Simmons 1989, Spector 2009). Cuando hay equilibrio entre todos los subsistemas: el psicológico, el psicosocial y el sociocultural (Simmons 1989). Para quien define salud como equilibrio, hay paz, y se entiende la enfermedad como un elemento disruptivo de ese equilibrio. Es una forma de definir la salud que se enfoca a una perspectiva de futuro (Bircher 2005), es decir, se entiende la salud como un elemento necesario para una vida larga y plena. Se relaciona además con la capacidad de sobrellevar una crisis o resistir a una enfermedad, la resiliencia (Blaxter 1990).

Hacer lo que uno desee independientemente de si es perjudicial para la salud o no, es la forma que tienen algunos individuos de definir salud; así es como se entiende la salud como **libertad**: Libertad para decidir de qué manera se desea vivir, tener la capacidad para hacer lo que uno quiere.

Es una concepción de salud que está ligada a la salud entendida como equilibrio, si bien la salud entendida como libertad conlleva que el individuo sienta que tiene poder de decisión sobre su propia vida y sobre lo que decide hacer cada día con ella. Estas dos últimas aproximaciones, de libertad y equilibrio, comparten una visión positiva de la salud (Hughner y Kleine 2004), de posibilidades y de voluntades.

Trataremos de ver aquí en qué grado y con qué discursos los jóvenes entrevistados en nuestro estudio incorporan uno u otro concepto de salud, y cuál es el impacto que tiene la perspectiva interna (estado físico, mental, espiritual) y la externa (entorno natural, familiar o comunitario) en la forma de definir la salud.

Aspectos metodológicos

Se describen aquí algunos aspectos metodológicos de esta sección, adicionales a los ya recogidos en el de Metodología de este trabajo.

De la transcripción de las treinta y tres (33) entrevistas semi-estructuradas a población joven de entre dieciocho y treintaicuatro años, se han analizado los discursos sobre salud teniendo en cuenta las trayectorias vitales de los entrevistados. Esto último es especialmente relevante por cuanto en los casos en los que los entrevistados no han definido completamente el concepto de salud, se ha recurrido al resto de la entrevista para concretar aspectos importantes que no se exponen.

Si bien la Encuesta Nacional de Salud define al joven como un individuo entre los dieciocho y los treintaicuatro años, podría suceder que la definición de salud no sea inmutable a lo largo de ese amplio periodo de tiempo, especialmente porque las transiciones vitales adquieren en él una importancia fundamental (formación académica, emancipación, acceso mercado laboral, formación de familia,...). La muestra seleccionada permite además analizar las diferencias en los discursos según el género del entrevistado. Se han subdividido los 33 entrevistados en tres grupos de edad: 18-22 años, 23-28 años y 29-34 años, con el fin de poder descubrir patrones emergentes por edad, y por tanto descubrir de qué forma el paso del tiempo puede afectar a la definición de salud. Siguiendo a Lawton (2003) consideramos que es previsible que aparezcan relatos distintos sobre salud a medida que avanza la edad.

Resultados

La forma de entender la **salud como ausencia de enfermedad** es la más común entre los discursos de los jóvenes entrevistados. Se trata de una aproximación muy enraizada en la concepción biomédica de la salud. Dos ejemplos muy ilustrativos de esta aproximación son: *"no tener ninguna enfermedad grave."* [E1, hombre, 24 años], o *"ausencia de cualquier malestar físico, psíquico o emocional."* [E5, mujer, 25 años].

En este caso, en general los entrevistados se refieren a enfermedades físicas que son observables, pero también hablan de enfermedades mentales: *"(...) ni una enfermedad física como puede ser bronquitis crónica, ni una mental como el estrés."* [E15, hombre, 19 años] y también, *"(...) mentalmente estar estable, no tener ninguna depresión, ningún trastorno mental, ni nada"* [E29, hombre, 18 años] o *"...bueno salud física, salud mental, bueno pues no padecer ninguna enfermedad"*. [E22, mujer, 30 años].

Definir salud como ausencia de enfermedad, implica en ocasiones hablar también de síntomas y uno de los más repetidos en los discursos es el de dolor. Se asocia salud a presencia o ausencia de dolor: *"tener dolor y poder pillarlo a tiempo"* [E23, mujer, 30 años] o simplemente *"...no tener ningún dolor"* [E18, hombre, 34 años]. Siguiendo parámetros biomédicos, la salud como ausencia de enfermedad se define en la ausencia de consumo de medicamentos: *"no medicarte, no tener dolores"* [E6, hombre, 32 años]; o de realizar (o no) visitas al profesional médico y a sus conocimientos para determinar lo que es estar sano o enfermo: *"no tener que ir al médico, encontrarte bien físicamente (...) que, en el reconocimiento médico, salga todo en la franja en la que tiene que estar."* [E17, hombre, 32 años].

Por tanto, en estos discursos se acepta con total naturalidad y credibilidad la opinión experta y normativa (externa al sujeto, opinión con autoridad) a la hora de definir la salud. Hemos socializado ampliamente en ese modelo biomédico y ello puede estar condicionando la forma que tienen los jóvenes de definir la salud. En efecto, en la medicina moderna se habla con elevada frecuencia del diagnóstico y del tratamiento de enfermedades, dolencias y desórdenes (Backett et al. 1994) lo que tiene un efecto evidente en la forma que tiene la sociedad, y en nuestro caso los jóvenes, de definir la salud. Si bien se constata que, la "ausencia de enfermedad" es posiblemente el concepto de salud que más representa el discurso de los jóvenes entrevistados, en el imaginario colectivo prevalece la figura del joven como individuo vital y enérgico. La realidad de los discursos de los entrevistados y de sus trayectorias en salud apunta a un joven con numerosos y variados problemas de salud, físicos o mentales, con los que convive

diariamente. El muestrario es amplio, desde dolencias físicas, especialmente articulaciones, musculatura y huesos, a sobrepeso/obesidad, hígado graso, diabetes, diferentes ITS, problemas de la piel, digestivos, respiratorios, y otras enfermedades o trastornos de origen mental como la fobia social, el estrés, la angustia, la depresión o las adicciones a sustancias nocivas (tabaco y drogas).

Una segunda definición de salud que se encuadraría en una óptica "negativa" es la salud entendida como **(in)capacidad funcional**. Aquí encontramos discursos dirigidos a lo que para cada uno constituye su actividad diaria, o la actividad que desarrolla con más asiduidad. Así, por ejemplo, si la actividad diaria implica ir a trabajar o estudiar, entonces la salud será definida aquí como la capacidad (funcional) de poder ir a trabajar o estudiar sin que haya impedimento de salud para ello: *"Pues que no haya nada que te perjudique en tu día a día (...) Como yo trabajo en una residencia lo noto bastante lo de las contracturas."* [E23, mujer, 30 años].

Resulta interesante constatar que en algunos discursos, aunque haya una enfermedad o dolencia presente en esa persona, incluso diagnosticada, la presencia de esa enfermedad no es lo que hace que el individuo se auto-catalogue como enfermo, si no lo disruptiva que pueda serlo en su día a día: *"Aunque tengo esto (refiriéndose a su diabetes) como lo llevo bien, puedo llevar una vida normal."* [E11, mujer, 21 años].

No obstante, es preciso advertir, que no hemos encontrado un gran número de discursos en los que la definición prevalente de salud sea la de (in)capacidad funcional, al menos no como definición única. En efecto, se trata de una concepción de salud que suele aparecer en combinación con otras definiciones como la "ausencia de enfermedad" porque si bien es cierto que se refieren a desarrollar tareas diarias se refiere principalmente a la ausencia de dolor:

"Pues, que puedas hacer deporte, que no tengas ningún dolor constante, que puedas hacer la rutina básica, tanto básicas como instrumentales, y que puedas hacer un deporte, que no tengas un dolor en ninguna parte del cuerpo." [E25, hombre, 20 años].

Alguno de los sujetos que incluye en su definición de salud características de la capacidad funcional atribuye esa concepción a su contexto o momento actual. Es decir, en este momento en el tiempo la persona entiende salud como "capacidad funcional" porque está preparando las oposiciones a bombero por lo que su máxima en términos de salud es no tener ninguna dolencia para poder seguir entrenando para un fin que ocupa su día a día y es parte de su capacidad

funcional. Por este motivo, cabría indagar si tras este período su definición de salud cambia, y por tanto definimos salud en base a nuestras experiencias vitales y no solo a nuestras experiencias con enfermedades, por ejemplo:

"Ahora como estoy en mi vida para mi tener buena salud es estar al cien por cien, bien. Eso es tener buena salud. Y ahora si no estuviese opositando pues con este dolor me daría igual, podría hacer vida más o menos, pero es que ahora mismo, no tengo, no estoy teniendo esa salud." [E18, hombre, 34 años]

Se observa una gran presencia de la **salud definida como equilibrio** en los discursos de los entrevistados. La salud como equilibrio implica tener energía, sentirse con ganas, ser feliz, incluso tener sentimientos de orgullo, así como capacidad de resiliencia, tener bajo control una determinada enfermedad, o ser capaz de reponerse a una crisis. Se trata de conceptos que a menudo asociamos con la juventud.

"(...) en general tener buena salud sí, tener energía, tener ganas". [E4, hombre, 23 años].

"Salud es estar al cien por cien." [E18, hombre, 34 años].

"(buena salud es) ser feliz." [E6, hombre, 31 años].

"(...) sentirte bien contigo misma, pero a todos los niveles tanto física como mental como también la parte económica (...) estar orgullosa de cómo lo has conseguido." [E8, mujer, 23 años].

"(...) cuando pienso en salud es tener mi enfermedad bien controlada siempre, mantener unos buenos niveles y evitar las cosas que hacen que mi enfermedad se vea afectada." [E11, mujer, 21 años].

Por último, detectamos el uso del concepto de **salud como libertad**. Al menos tres discursos podrían catalogarse así, y refieren la salud como "autonomía" [E2, hombre, 23 años], como la ausencia de barreras o impedimentos para llevar a cabo una vida escogida:

"Tener el cuerpo libre y la mente (...) de cualquier barrera que me impida ir a trabajar, pasármelo bien, estudiar...poder dormir a gusto." [E1, hombre, 24 años].

O como libertad, es decir, situaciones que le permiten a uno hacer las cosas que uno quiere hacer; que desea hacer, independientemente de si perjudican o benefician a su salud:

"(...) tener una buena salud es todas las cosas que quieras hacer, que tu cuerpo te acompañe lo mejor posible (...) la salud no es algo que tenga que ver con un tema físico únicamente, sino que es un tema de poder acceder a las cosas que uno quiere hacer." [E19, mujer, 34 años].

En numerosas ocasiones vemos que coinciden en un mismo individuo varios conceptos de salud, en un mismo discurso. Se trata de entrevistados que no usan una sola forma de definir salud, sino que en su definición hay elementos que forman parte de las diferentes concepciones descritas con anterioridad, coexisten entre sí en un mismo discurso de forma congruente, dando lugar a definiciones de salud más complejas. Un ejemplo de ello sería el siguiente extracto:

"(...) mala salud es cualquier enfermedad que tengas en ese momento o que la tenga en el tiempo y que claramente se muestre (...) podemos hablar de gente que tiene otras enfermedades como una depresión o tener un mal hábito o algún tipo de adicción, o que por algún motivo alguien no duerme o no duerme bien y eso afecta a su día a día." [Trad., E21, hombre, 29 años].

En este caso vemos como aparecen tres de las cuatro definiciones contempladas. En primer lugar, aparece la salud como ausencia de enfermedad, más allá de una enfermedad meramente física, sino que también incluye enfermedades mentales. Además, entiende también la salud como equilibrio en cuanto a que habla de adicciones o de falta de sueño por lo que el individuo no puede, aun esforzándose, desarrollar esas capacidades que le conducirían a tener una buena salud. En este punto es donde entra la tercera definición de salud, salud como capacidad funcional, en la medida en que relata que esa serie de malos hábitos o enfermedades afectan al día a día del individuo.

Género y edad

La Tabla II.3. muestra, de forma esquemática y según los discursos de los entrevistados, la presencia de las distintas concepciones de salud en los discursos. En ella podemos ver una visión global de todos los entrevistados, según género y tramos de edad, que contestaron a preguntas como: *¿qué es para ti tener una buena salud? ¿Qué crees que es bueno para tu salud? O ¿cómo definirías un riesgo para tu salud?*

Entre otras, estas cuestiones que se repiten durante las treinta y tres entrevistas nos han dado las claves para poder llevar a clasificar a los individuos según la definición que predomina en sus discursos.

El género aparece como una variable de relevancia a la hora de definir salud, siendo las mujeres quienes apuestan por una definición de salud en clave "positiva", especialmente entendida como "equilibrio". En discursos, los hombres adoptan en mayor grado una visión "negativa" de salud, como "capacidad funcional" y en especial como "ausencia de enfermedad". Esto parece contradecir lo postulado por Easthope y White (2006) quienes no encontraron diferencias entre ambos grupos: *"There were no discernible differences in the responses of boys and girls regarding health or wellbeing"* (2006:44). Hay que decir, no obstante, que el estudio de Easthope y White (2006) se refería a niños y jóvenes en edad escolar, entre los 11 y los 18 años, es decir, sujetos de estudio más jóvenes que los individuos en nuestra investigación.

Como muestra la Tabla II.3. en los hombres jóvenes predomina la salud como "ausencia de enfermedad" sin importar la edad de los jóvenes entrevistados. En el tramo de edad más joven en hombres son más frecuentes los discursos "negativos" en salud, bien como la mencionada "ausencia de enfermedad" o "(in)capacidad funcional". Con la edad, los hombres parecen que construyen un discurso un tanto más complejo en cuanto a la definición de salud, especialmente a partir de los 29 años. Aparecen entonces concepciones "positivas" (salud como equilibrio y salud como libertad).

La concepción de la figura del hombre como individuo cuya función es sustentar a la familia y autoabastecerse podría ayudar a explicar el hecho de que los jóvenes definan la salud como ausencia de enfermedad, y la enfermedad como impedimento (capacidad funcional) para cumplir con su rol de *bread-winner*. De manera adicional, a este razonamiento podría incorporarse la afirmación sobre la importancia para el varón de los conceptos de autonomía y libertad, lo que apelaría de nuevo a las tareas "propias" del hombre (Pérez Orozco 2014).

Entre las mujeres jóvenes entrevistadas el discurso de salud más prevalente es el de salud como "equilibrio", especialmente el colectivo más joven (18-22 años), dentro de una postura mayoritaria por un concepto "positivo" de salud. La afirmación de Lawton (2003) de que en edades más tempranas las definiciones de salud son más sencillas y de concepción "negativa", se sostiene entre los hombres jóvenes entrevistados pero no es así en la realidad observada de las mujeres entrevistadas.

Es probable que elementos como el rol reproductivo de la mujer, ciertos estereotipos de género, o la forma distinta en que mujeres y hombres conviven con el dolor, puedan explicar estas diferencias (Lawton 2003).

De este análisis podemos concluir que el género, así como los roles y funciones que implican ser hombre o ser mujer, pueden influir en la forma de definir la salud, especialmente en cuanto a su connotación mayoritariamente positiva (equilibrio, en mujeres) o negativa (ausencia de enfermedad y capacidad funcional, en hombres).

Lawton (2003) afirma que para entender mejor la definición de salud que adopta una persona es relevante que entendamos cuándo fue la primera vez que esa persona experimentó una enfermedad -si es que la ha habido-, así como conocer si ha vivido de una manera próxima la enfermedad de otra persona cercana y cómo esa experiencia le ha podido influir en su definición de salud.

Aunque esta reflexión pueda parecer más propia de edades más avanzadas que las de nuestros sujetos de estudio, lo cierto es que tanto la presencia de una enfermedad crónica, como haber presenciado una enfermedad de un ser querido influyen en los discursos de nuestros entrevistados.

Estos dos casos, matizan en cierto modo el efecto positivo que pudiera tener la edad joven, en la construcción del discurso sobre salud. Un ejemplo de ello es el de un entrevistado que vio morir a un familiar cercano tras una larga enfermedad (cáncer):

"(...) además dura porque es cáncer, fue un cáncer que duró mucho tiempo y bueno al final ves a la persona sufrir, a la persona y a la familia en general (...) entonces (es) aprovechar porque sino mañana no sabes donde estás."
[E28, hombre, 33 años]

A partir de esta reflexión define salud como "equilibrio" cuando dice lo siguiente: *"Para mi lo primero es ser feliz, yo creo que sin felicidad no hay salud"*.

Tabla II.3. Definición de salud según sexo y rangos de edad en población joven (19-34 años).

Definiciones de salud	Hombre			Mujer		
	Rangos de edad			Rangos de edad		
	18-22 años	23-28 años	29-34 años	18-22 años	23-28 años	29-34 años
Ausencia de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • <u>E25, 20 años</u> • E26, 18 años • E15, 19 años 	<ul style="list-style-type: none"> • E1, 14 años • E2, 23 años 	<ul style="list-style-type: none"> • E6, 31 años • E17, 32 años • E20, 33 años • E21, 29 años • <u>E24, 29 años</u> 			<ul style="list-style-type: none"> • E22, 30 años
Capacidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> • E25, 20 años 		<ul style="list-style-type: none"> • <u>E18, 34 años</u> • E21, 29 años • E24, 29 años 	<ul style="list-style-type: none"> • E11, 21 años 	<ul style="list-style-type: none"> • E9, 24 años 	<ul style="list-style-type: none"> • E23, 30 años
Equilibrio		<ul style="list-style-type: none"> • E4, 23 años 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>E30, 31 años</u> • <u>E21, 29 años</u> • E28, 33 años • E18, 34 años 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>E11, 21 años</u> • E27, 20 años • E32, 18 años • E33, 18 años • E3, 21 años 	<ul style="list-style-type: none"> • E31, 28 años • E8, 23 años 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>E22, 30 años</u>
Libertad		<ul style="list-style-type: none"> • E1, 14 años • E2, 23 años 				<ul style="list-style-type: none"> • E19, 34 años

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las entrevistas realizadas entre junio de 2018 y marzo de 2019 (33 entrevistas con jóvenes de entre 18 y 34 años).

Nota: en las definiciones de cada individuo coexisten más de una de las definiciones de salud por lo que aquellos entrevistados cuyo código esté subrayado en la tabla indica que esa definición concreta es la que predomina en su discurso, pero no es la única.

Otro ejemplo, es el caso de una entrevistada cuya hermana tiene bulimia y que a raíz de esto, la entrevistada ha repetido conductas que podrían llevarle a padecer el mismo trastorno alimenticio [E12, mujer, 26 años] o un entrevistado con un familiar que consume drogas:

"(...) la cocaína por un familiar, un tío que todavía sigue...(entonces) lo he vivido, el sigue consumiendo a pesar de...y bueno lo que he visto es que destruye...destruye vidas, destruye su propia vida, destruye la vida de quienes le rodean porque al final es una persona que no tiene capacidad de reacción." [E2, hombre, 23 años].

Los entrevistados más jóvenes consideran en mayor medida la salud en términos "negativos" y en especial la salud como "ausencia de enfermedad". Son definiciones que entrañan un menor grado de reflexión o complejidad y reflejan muy directamente el modelo biomédico de salud de tener una enfermedad o dolencia es equivalente a no estar sano: *"(...) que no tengas ningún dolor constante, que puedas hacer la rutina básica...que no tengas dolor en ninguna parte del cuerpo."* [E25, hombre, 20 años]. Ocurre algo parecido en el caso de las mujeres más jóvenes: *"(...) tengo dolor pero es un dolor que te permite llevar una vida normal."* [E9, mujer, 24 años], refiriéndose así a la salud como "capacidad funcional".

Estos son algunos ejemplos que muestran como los discursos de los entrevistados más jóvenes (18-22 años y 23-28 años) suelen definir salud de forma más simple, blanco o negro, enfermo o no enfermo, capaz o incapaz de llevar a cabo su día a día. Sus definiciones acostumbra a comprender uno sólo de los tipos de definiciones de salud o a combinar las dos definiciones de salud dentro de la concepción "negativa". Tal como mencionábamos, este tipo de definiciones sugieren que sus experiencias con respecto a enfermedades o a la limitación de libertades que puede suponer una enfermedad tienen menos presencia en sus discursos o que no han significado ningún punto de inflexión en su narrativa biográfica. Como argumenta Lawton (2003), las experiencias que se refieren a la buena salud o a estar sano, no tienen tanto peso o son menos trascendentales que las que implican una enfermedad que suponga un reto o un antes y un después para el individuo.

En resumen, la edad es un factor que puede tener un peso en la construcción de una definición de salud más compleja, desde una definición de buena salud como aquella de *"salud física o salud mental buena, el no padecer ninguna enfermedad"* a una más reflexiva y compleja como *"...sentirte vital y no tener muchos altibajos"*.

La complejidad de los entrevistados con enfermedades crónicas

Hay algunos casos concretos de entrevistados que precisan de mayor análisis algo más detallado, concretamente en aquellos casos en los que el entrevistado dice padecer una enfermedad catalogable como **crónica**. Se argumenta con cierta frecuencia que un sujeto con una enfermedad crónica no puede alcanzar niveles de bienestar semejantes al de un individuo que no padece dicha enfermedad. Cuando un individuo padece una enfermedad es esperable que su bienestar disminuya y ello puede incluso considerarse una buena señal: *"...an appropriate sense of reality"* (Leonardi 2018:3).

Los discursos analizados en las entrevistas a jóvenes muestran que jóvenes con una enfermedad crónica no tienen por qué vincular sus definiciones de salud a la enfermedad que padecen, más bien lo contrario. Cuando un sujeto convive con una enfermedad de forma habitual, la definición de salud como ausencia de enfermedad deja de ser una definición válida para él/ella dado que ya se es consciente de que la cronicidad implicará un largo periodo (si no la vida entera) de convivencia con esa enfermedad. Esa persona busca una definición de salud que va más allá de la mera ausencia o presencia de enfermedad. Es frecuente observar que los sujetos entrevistados con esas condiciones dejan de asociar salud a ausencia de enfermedad. La convivencia con una enfermedad crónica determinada no le hace catalogarse como enfermo ni que esté falto de salud:

"(...) por un lado tenemos buena salud, pero todo el mundo puede tener una enfermedad crónica. Esto no implica que una persona pueda tener una mala salud o no." [Trad. E21, hombre, 29 años].

"(...) yo que sé, si tienes diabetes y te tienes que pinchar no lo considero estar mal de la salud, porque puedes tratarlo." [E18, hombre, 34 años].

"Pues a ver, no es la ausencia de una enfermedad, porque (...) yo tengo colitis ulcerosa, que es crónico, desde los 17 años, pero sin embargo considero que tengo una buena salud (...) me considero que tengo una buena salud y aun así tengo una enfermedad crónica." [E30, hombre, 31 años].

Es necesario puntualizar, no obstante, que la presencia de enfermedades crónicas en los entrevistados (diabetes o colitis ulcerosa, entre otras) puede provocar la incapacidad de realizar tareas diarias puntualmente o durante cierto periodo de tiempo. De este modo tiene sentido que puedan aparecer elementos como (in) capacidad funcional en la definición de salud que utilizan: *"Pues no estar malo todos los días."* [E30, hombre, 31 años].

Igualmente, aquellos entrevistados cuya enfermedad puedan controlar conviviendo con ella, y tengan una alta autoeficacia respecto a su gestión diaria, definirán salud probablemente en términos positivos, sobre todo salud entendida como equilibrio, haciendo hincapié en la felicidad o en la vitalidad:

"Al padecer diabetes para mí lo primordial y lo primero que se me viene a la cabeza cuando pienso en salud es tener mi enfermedad bien controlada siempre, mantener unos buenos niveles y evitar las cosas que hacen que mi enfermedad se vea afectada." [E11, mujer, 21 años].

Este tipo de definiciones, no solo aparecen en los entrevistados que conviven con una enfermedad, sino que también encontramos discursos parecidos en entrevistados que no padecen enfermedades crónicas. Esto es así porque probablemente entiendan la salud como necesaria para la participación en la vida social ya que concepciones de la salud como la de capacidad funcional guardan también relación con entender la salud como mecanismo como un recurso para la vida diaria, por lo que se le asocian también prácticas que se llevan a cabo para mantener la salud o mejorarla:

"(...) no solo hablo de alguien que por desgracia tenga una leucemia, un cáncer...Podemos hablar de gente que tiene otras dolencias como una depresión (...) o alguien que por algún motivo no duerme bien y esto afecta a su día". [Trad. E21, hombre, 29 años].

Ser propenso a ciertas enfermedades congénitas o hereditarias puede también influir en la definición de salud que se adopte. En el caso de una de las entrevistadas (E19), su definición de salud corresponde claramente con salud entendida como "libertad", pero el hecho de que en su familia hayan casos reiterados de cáncer de mama en distintas generaciones hace que su definición de salud se aproxime en la entrevista a salud como "ausencia de enfermedad", por lo que este componente genético y no detectado en su caso puede pesar en el concepto de salud que defiende:

"(...) los riesgos reales, porque te han tocado o porque te viene por genética. Padecer alguna enfermedad que no te permita vivir o que sufras y que te mueras, vaya." [E19, mujer, 34 años].

En breve, hemos encontrado discursos en los que la experiencia previa, personal o cercana, tiene un peso en la construcción de la definición de salud. Padecer una enfermedad crónica tiene ese efecto atenuador respecto a lo "negativo" que resultaría definir salud en esas circunstancias. La familiaridad, convivencia con la enfermedad te permite adoptar una versión más positiva de salud, si bien se es en todo momento consciente de las limitaciones para la vida diaria que pueda ocasionar puntualmente. En cierta forma se huye de una terminología negativa, se rechaza el estigma o connotación negativa de enfermedad para presentarse como sujetos "normales" con capacidades y vida plena por vivir.

La particularidad de los entrevistados que padecen una enfermedad crónica y que son jóvenes es que su definición de salud no coincide con lo que dirían personas de mayor edad que también padecen una enfermedad crónica (Song y Kong 2015). Mientras que la población de mayor edad considera la salud como una cuestión crucial y de incalculable relevancia para su vida y para ser autónomos, los jóvenes con enfermedades crónicas no se consideran enfermos aun teniendo una enfermedad. Por lo que, mientras que a los jóvenes no les sirve la definición de salud como capacidad funcional para su estado y en cambio definen la salud como equilibrio, las personas de mayor edad la definirían como ausencia de enfermedad o como capacidad funcional, pero no se considerarían sanos. Por este motivo, la variable edad es clave para explicar por qué un entrevistado con una enfermedad crónica (i) se considera sano y (ii) no define la salud como ausencia de enfermedad.

Las entrevistas realizadas y su análisis nos llevan a comprender de qué forma distintos perfiles de jóvenes definen salud. Ello puede ser clave a la hora de definir nuevas políticas públicas en el sector. Diseñando políticas transversales y enfocándolas mejor a los perfiles de jóvenes podría mejorar su efectividad:

"...people, can hold multiple, often overlapping, and sometimes contradictory definitions of health" (Williamson y Carr 2009:108).

Conclusiones

Esta sección ha explorado de qué forma están presentes en los discursos de los sujetos entrevistados las conceptualizaciones de salud más prevalentes en la literatura. Es de gran relevancia mostrar que los discursos son más complejos que las definiciones teóricas, y frecuentemente se solapan entre sí sin dejar de ser congruentes con el relato de los entrevistados. En efecto, en gran parte de las entrevistas las definiciones sobre salud incluyen más de una tipología, no se consideran contradictorias por parte de los sujetos, y se sustentan en trayectorias vitales y experiencias en salud y enfermedad que son cercanas o conocidas por los entrevistados.

Los discursos de los hombres entrevistados se inclinan más por una concepción de salud como ausencia de enfermedad, mientras que entre las mujeres prevalece un discurso diferente, más cercano a una concepción positiva de salud como equilibrio o como libertad. Se intuye un cierto papel del rol y funciones de género, incluso de estereotipos sociales, que pueden ayudar a explicar esas diferencias.

La salud entendida como (in)capacidad funcional no tiene mucha presencia en los discursos analizados, y está ligada frecuentemente a enfermedades o posibles accidentes puntuales que le impidan a la persona realizar la tarea o función de ese momento vital. La escasa presencia de la salud entendida como libertad podría deberse a la edad de los entrevistados en las que la libertad es un aspecto asociado por sí al hecho de ser joven lo que no se entiende como un elemento destacable si no más bien propio de su edad.

La edad suele condicionar la definición de salud utilizada, incluso entre los jóvenes. Es un hecho que ya aparece en la literatura pero no en concreto para el colectivo de jóvenes, es decir, dentro del grupo de 18-34 años. La edad influye en las experiencias vividas, propias o cercanas, en la percepción de riesgos y en las actitudes ante ellos. A medida que los jóvenes cumplen años las definiciones de salud se vuelven más complejas, especialmente entre los hombres.

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

IDEAS FUERZA

- En general se asocia Alimentación a salud. Una buena alimentación (equilibrada, sin excesos, sin extremismos, comer con mesura, comer de todo...) lleva a una buena salud. Una mala alimentación, por el contrario, se relaciona con problemas de salud posteriores en el tiempo (obesidad, colesterol, mal manejo diabetes, cansancio, dolor de articulaciones, problemas dentales...).
- Se trata, no obstante, de un discurso aprendido pero frecuentemente poco practicado. El discurso se aprende en la escuela, en la familia y por campañas y publicidad específica. Se es consciente de la distancia entre discurso y práctica, y se justifica esa discrepancia de mil maneras (le llena, le compensa, el placer, la no preocupación de consecuencias, la falta de voluntad, la pereza, la comodidad...).
- Entre los entrevistados, no es unánime la opinión de que la alimentación depende de decisiones individuales. Se argumenta que la alimentación está influenciada por elementos externos, lo que la convierte frecuentemente en algo no controlable (intoxicaciones, intolerancias, sulfatos, mercurio en el pescado, aceite de palma, transgénicos, procesados...).
- Una buena alimentación aparece asociada a disponibilidad de tiempo, a horarios adecuados y por tanto al trabajo, y también al dinero. El trabajo acaba definiendo los horarios disponibles para comer, comprar y cocinar.
- La alimentación como riesgo está muy impregnada de valoraciones sobre los costes y las consecuencias de seguir un tipo u otro de dieta.
- Se acude a diferentes teorías de percepción del riesgo para poder explicar los discursos de los jóvenes entrevistados: Teorías de motivación (costes y recompensas de una buena/mal alimentación, diferentes grados y estrategias de autoeficacia, la importancia de la fuerza de voluntad), Teorías de compensación (reducción de unos riesgos para compensar excesos en otros), Teorías de Racionalidad situada (discurso aprendido pero poco practicado, disponibilidad de tiempo y dinero), y Teorías de Acción y Control social (papel sobre todo de la familia en los hábitos alimentarios).

Introducción

Aproximadamente el 17% de la población española de más de 15 años es obesa. Esa prevalencia es mayor a medida que bajan los niveles de estudio de la población, de modo que supera el 26% en el grupo de estudios primarios y llega al 9% entre los universitarios. Si consideramos conjuntamente obesidad y sobrepeso, la cifra es del 52% de la población de 18 y más años. En los últimos años se ha estabilizado la tendencia alcista continuada desde el 2001. Uno de los elementos más influyentes en la obesidad son los hábitos de alimentación, que junto al sedentarismo, los bajos ingresos familiares y el nivel educativo ayudan a explicar la obesidad (MSSSI 2018).

La obesidad es un problema global que alcanza proporciones epidémicas y puede explicarse por una alimentación poco saludable y estilos de vida sedentarios. La prevalencia de un estilo de vida sedentario en combinación con un alto consumo de alimentos ha aumentado, lo que contribuye a un mayor riesgo de sobrepeso, y a un aumento de los síntomas depresivos en jóvenes (Ernersson et al. 2010).

La alimentación incluye también la ingesta de bebidas azucaradas, energéticas etc... Visram et al. (2016) examinan los patrones de consumo de bebidas energéticas por parte de jóvenes, las actitudes hacia estas bebidas y cualquier asociación con la salud u otros resultados. Muestran como el consumo de bebidas energéticas está asociado con una variedad de resultados adversos y comportamientos de riesgo en términos de salud y bienestar. Sin embargo, el gusto, la lealtad a la marca y los efectos positivos percibidos se combinan para asegurar su popularidad entre los consumidores jóvenes.

También estudiando los hábitos alimentarios de los jóvenes, Porto-Arias et al. (2018) encuentran un consumo excesivo de panadería, bebidas alcohólicas, salchichas y alimentos preparados entre los jóvenes universitarios. Los estudiantes mostraron una adherencia media a la dieta atlántica y mediterránea y un estilo de vida sedentario.

En la literatura encontramos evidencia sobre la importancia de actuar con políticas dirigidas a, por ejemplo, aumentar el conocimiento sobre nutrición de los adolescentes y jóvenes por su potencial de mejorar los hábitos alimenticios y los estilos de vida, al tiempo que se reduce la incidencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la obesidad durante toda la vida (Jee y Kim 2013, Hamulka et al. 2018).

Comprender los procesos psicológicos que subyacen al comportamiento alimentario poco saludable es crucial para el desarrollo de programas efectivos de prevención de la obesidad (Booth et al. 2018).

Pero cambiar conductas complejas como es el comer con moderación y de forma sana no es sencillo. La evidencia apunta a la necesidad de dirigir esfuerzos en varios caminos, desde mejorar la conciencia de las personas sobre su conducta de riesgo, reforzar los factores motivacionales (Walthouwer et al. 2014), y ampliar el campo de visión e incorporar aspectos sociales y culturales.

En efecto, Hansen et al. (2003), Knox (2006) o Tiozzo et al. (2016), entre otros muchos, abogan por superar las aproximaciones psicométricas para incluir las sociales y culturales en las evaluaciones y análisis de percepciones de riesgo en alimentación. Tenemos que ser conscientes del peso del contexto socio-cultural para entender las actitudes y actuaciones de la población ante los riesgos de la alimentación. En esta necesidad de abordar aspectos sociológicos en la percepción de riesgo, aflora con mucho interés la necesidad de incorporar la perspectiva de género. Barragán et al. (2018), por ejemplo, analizan el discurso de personas obesas para conocer los factores que subyacen en la obesidad, la percepción del riesgo de patologías, la pérdida peso y otros factores, según género.

Observaron importantes diferencias entre hombres y mujeres. Las causas auto-percibidas de obesidad para las mujeres fueron el embarazo y el periodo menopáusico. Los hombres la atribuyeron a los hábitos alimenticios y costumbres culturales. Para los hombres la finalidad de disminuir el peso era mejorar su salud, sin embargo, las mujeres incluían también la estética. Hay por tanto una necesidad de considerar las medidas preventivas y terapéuticas teniendo en cuenta el género en el diseño y puesta en marcha de políticas.

Nuestro estudio ahonda en muchos de esos elementos para la población joven, combinando distintas teorías de percepción de riesgo para tratar de explicar los resultados de las entrevistas semi-estructuradas realizadas en este colectivo.

Resultados

En general se asocia Alimentación a salud. Una buena alimentación, entendida como equilibrada, sin excesos, comer con medida, comer de todo..., lleva a una buena salud. Una mala alimentación, por el contrario, se relaciona con problemas de salud a lo largo del tiempo, como son la obesidad, el colesterol, un mal manejo de la diabetes, el cansancio, dolor en las articulaciones, problemas dentales.... Se apuntan riesgos y beneficios tanto a corto como a largo plazo (inversión en tu cuerpo....) fruto de seguir una alimentación sana.

"Con unos hábitos saludables, no teniendo muchos excesos, cuidando la alimentación. Principalmente cuidando la alimentación (...) cuidar la alimentación me parece muy importante tanto o más que hacer deporte." [E17, hombre, 32 años].

"Una buena salud pues...cuidarse (...) para mi la salud es tener una dieta equilibrada, no sobrepasarte y no abusar dentro de tu dieta de refrescos azucarados." [Trad. E13, hombre, 25 años].

"(Buena salud es) saber alimentarte correctamente, básicamente. Porque sobretodo aquí, en Herbalife me he dado cuenta que comía como el ojeté y pensaba que comía bien. (Por ejemplo), el desayuno, en si tienes que comer todo los nutrientes que necesitas para poder activarte. Yo he sido siempre una persona bastante cansada y era por eso. Y a parte he sido una persona que he hecho bastantes dietas, pero es que todas...sí adelgazaba, pero en si yo no estaba bien." [E27, mujer, 20 años].

"Y bueno también he tenido problemas digestivos, he estado siete años con diarrea crónica, veían que las biopsias no salían bien, pero no sabían bien, bien cual era el problema y también a raíz de cambiar un poco la alimentación." [E9, mujer, 24 años].

"Pero cuando vienes aquí (estaba en Alemania), echaba mucho de menos mi casa, mis animales, a mi pareja, echaba mucho menos la alimentación, el poder comprar fruta y verdura cuando quieras, que esté todo tipo de fruta y verdura, de pescado porque allí no había mucho, que las latas de atún tampoco "estén" tan caras. Echabas de menos esas pequeñas cosas y dices, quiero una vida saludable y no puedo tenerla, pero bueno." [E10, mujer, 30 años].

“¿Conoces los riesgos de comer este tipo de productos (bollería)? Bueno... ganar peso, ¿no? A lo mejor subir el colesterol también y puede ser que alguna otra enfermedad, no lo sé. (...) Pero bueno, la alimentación también si comes muchos dulces puedes tener caries.” [E7, mujer, 25 años].

"(...) ¿Una buena salud? Hombre...pues comer bien, quiero decir a ver...un batido, una coca-cola, de vez en cuando están bien pero tampoco abusar, (...) Pues todo lo que he dicho debería hacerlo porque como fatal, me salto muchas comidas y la mayoría de las cosas que como son basura, ultra procesados a muerte, muchos dulces y debería de moverme más y no lo hago (...) me salto muchas comidas, tengo mucha ansiedad, no sé, tengo una circulación de pena..." [E12, Mujer, 26 años].

Se trata, no obstante, de un discurso aprendido pero frecuentemente poco practicado. El discurso se aprende en la escuela, en la familia y por campañas y publicidad específica. Se es consciente de la distancia entre discurso y práctica, y se justifica esa discrepancia de mil maneras: "me llena", "me compensa", "el placer de lo rico", "la no preocupación de consecuencias", "la falta de voluntad", "la pereza", "la comodidad"....

"Come variado, come saludable, cinco piezas de fruta y verdura al día, los lácteos, no sé, toda la vitamina. (...) la parte física y de dieta no la hago y la parte psíquica tampoco la respeto, conclusión: no hago nada. No hago nada, decirlo es muy bonito, pero al practicarlo no hago nada." [E5, mujer, 32 años].

"(...) la comida pues...yo soy de esas personas que come mucho pero no engordo entonces como un montón pero es que como un montón y mal y soy consciente de ello y lo sé y sé que como pocas verduras y todas esas cosas pero tampoco hago nada para cambiarlo pero claro a mi eso como que me hace feliz entonces eso es como una especie de contradicción ..." [E8, Mujer, 23 años].

"(...) me gustaría tener o considero que ya tendría que tener seguramente mejores hábitos alimenticios, comer cosas que no me gustan tanto, a lo mejor más pescado, más verdura...Es verdad que ahora que soy joven no me lo planteo, seguramente habrá un momento en que diga este bocata de fuet que me tomo cada mañana ahora no pasa nada pero dentro de 3, 4 o 5 años a lo mejor un día voy a una revisión y me dicen que empiezo a tener colesterol." [Trad., E21, hombre, 29 años].

*"Lo mismo de antes, como me da pereza, suelo coger cosas ya hechas, que cocinarme yo. A mí me gusta mucho el Monster, lo tomo casi todos los días, y sé que no debería. Pero es el único refresco que me gusta realmente. Entonces, caigo. (...) **¿Y si está rico por qué piensas que no es bueno para tu salud?** Porque tienen mucho azúcar, y tienen cafeína, y no creo que sea muy bueno. Y tienen gas, y tampoco es bueno. **¿Pero a pesar de esto conocimientos lo sigues haciendo?** Y eso que lo intento evitarlo de vez en cuanto, pero es que está muy bueno."* [E23, Mujer, 30 años].

"Es como por ejemplo todo. Sabemos que tenemos que comer bien pero no lo hacemos. Sabemos que el McDonald's es una comida basura pero vamos, porque es barato y porque, bueno. Sabemos muchas cosas. Sabemos que el alcohol es malo, pero igualmente bebemos. Sabemos que la información está ahí pero no le hacemos caso." [E27, mujer, 20 años].

"El problema es, bueno es que eso creo que me pasaría también aunque no fuese vegana, no control bien lo que como. Quiero decir, me cojo, pues lo que me apetece. Tengo un Eroski abajo, y entro y cojo lo que ya está preparado." [E23, mujer, 30 años].

"Hombre también a ver si estamos hablando del mal comer...la publicidad. No sé yo igual estoy llena y estoy viendo una publicidad de donuts y me entran ganas de cométemelo." [E12, mujer, 26 años].

Entre los entrevistados, no es unánime la opinión de que la alimentación depende de decisiones individuales, es decir de uno mismo. Encontramos tanto entrevistados a favor como en contra de esta afirmación.

"La nutrición ...luego hay cosas que no puedes controlar." [E1, hombre, 24 años].

"Yo puedo prevenir el comer alimentos (...), bueno, yo no puedo comer pescado..." [E2, hombre, 23 años].

"(...) tu eliges lo que pones en la nevera pues en cierta manera viene a ser lo mismo, tu eliges ciertas prácticas o acciones, pero claro eso entra dentro de tu voluntad y ya está tan sabido." [E5, mujer, 32 años].

"Si, el tema de dejar la carne roja por ejemplo, yo no sé si era el hecho de masticar, me hacía tener más dolor y la carne roja la dejé por completo y...no sé, han sido pequeñas cosas que me han ido bien (...) No es que me considere vegetariana pero si llevo una dieta más bien vegetal, seitan como mucho, tofu también pero bueno también como pollo y alguna cosas. Pero vaya, lo que veo que no me sienta bien lo aparto, la pasta, antes comía prácticamente al día y me notaba hinchada, pesada y también la he apartado. Como una vez al mes y mucho mejor y es muy importante eso, conocer el cuerpo, ver que nos sienta bien, que no sienta bien y esforzarnos para apartar lo que se tiene que apartar." [E9, mujer, 24 años].

"Fruta como y nunca como, o sea, como sin sal, no le echo azúcar ni al café, leche ahora no tomo tampoco, me la hago, leche vegetal, aunque no soy vegetariano ni nada. Procuero últimamente comer menos bollerías y dulces, también supongo que mentalmente por la oposición quiero cuidarme algo más." [E18, hombre, 34 años].

Cuando se está en contra se argumenta que la alimentación está influenciada por elementos externos, lo que la convierte frecuentemente en algo que no

controlan. Algunos ejemplos ilustrativos: comida en mal estado, intoxicaciones, intolerancias –especialmente al gluten–, trastornos, sulfatos, antibióticos en la carne, hormonas inyectadas, mercurio en el pescado, aceite de palma, transgénicos, procesados, circunstancias particulares del momento –embarazo, salud mental, hacer el click–, preocupación por el bienestar animal....

"Es como el que quiere comer alimentos bio...sabes, son muy caros o los que son celíacos, son muy caros o sin gluten." [E12, mujer, 26 años].

"En el tema de la comida, yo siempre intento comprar comida ecológica pero cuesta mucho dinero y un tema que me gustaría comentar es la comida sin gluten (...) Yo no he escogido comer sin gluten y los precios son muy caros...el otro día me dijeron que las personas que comen sin gluten gastamos 1000 euros más al años." [Trad., E32, mujer, 18 años].

"Pues últimamente pienso en la alimentación un poco también en el tema pues de lo que hemos estado hablando el tema de los antibióticos que vienen por los animales todo esto. (...) por los sulfatos que echaban en las plantas para evitar los bichos. No, o sea yo también suelo pensar en los antibióticos que llevan la carne y no he dejado de comerla, o el mercurio el pescado pues como igual pescado." [E30, hombre, 31 años].

"Eh, bueno la alimentación para mi es bastante la base de una buena salud y en general de los alimentos que comemos hoy en la sociedad de hoy son de una calidad muy baja, en muchas ocasiones transgénicos, en grandes cantidades yo que se de animales...que yo no como pero la gente que come animales, ah y las hormonas que les inyectan a los animales, eso puede suponer un riesgo a largo plazo." [Trad., E32, mujer, 18 años].

"Si que me había planteado hacerme vegana, pero ahí sí que veía podía correr peligro mi salud porque no me veía capacitada para suplir todo lo que me dan los derivados de animales, todo lo que me dan no me veía capaz de suplir los alimentos, y ya me he quedado ahí, en que consumo queso, huevos..." [E22, mujer, 30 años].

"Yo creo que la comida sería, a ver si la comida está mala, creo que perjudica bastante." [E4, hombre, 23 años].

"¿Y en tu caso en concreto, la experiencia de la maternidad, o sea de este periodo de post parto y de crianza, está afectando en...? En mi alimentación... O es que creo que en general me he olvidado mucho de mi entonces si puede ser que en vez de sentarme y comer tranquilamente y disfrutar del alimento

estoy más pensando en si ella (refiriéndose al feto) está comiendo, en que le tengo que dar y tal, en si quiere salir. Entonces eso sí que me afecta.” [E22, mujer, 30 años].

“Y entonces yo creo que eso es lo que más daño me está haciendo a nivel salud, él...por eso quiero volver a mi vida normal y comer normal lo que pasa que ella (su feto) no me deja ahora, he tomado la decisión de “tomo lo que tu me dejas” (refiriéndose al feto) que me puedo tomar plátanos, me los tomo, que no me puedo tomar plátanos, no me los tomo, que puedo carne bien, que no puedo carne, pues no puedo carne.” [E10, mujer, 30 años].

“(…) ayer cuando fuimos a cenar, pedimos comida china y comimos muchísimo sushi y cosas con salsas...y esta mañana lo he notado. Pues en esos momentos es cuando digo “bueno, esto no es sano para mi porque ha tenido una repercusión a la mañana siguiente”.” [Trad., E3, mujer, 21 años].

Muchos de estos elementos externos no tienen un origen natural, si no humano o derivados de la propia actuación humana (se habla de transgénicos, pesticidas, intoxicaciones, mercurio, plásticos,...) . La literatura suele asociar el origen humano del riesgo a mayor percepción del riesgo.

“(…) y ahora hay muchas campañas de que si el aceite de palma, que si los transgénicos, que si los productos envasados, que a la vez hay mucho más productos que tienden a ser más eco, más natural. Si existe cada vez más producto de este tipo es porque la población cada vez los consume más, sino no se venderían.” [E17, hombre, 32 años].

Una buena alimentación aparece asociada a disponibilidad de tiempo, a horarios adecuados y por tanto al trabajo, pero también al dinero. El trabajo acaba definiendo los horarios disponibles para comer, comprar y cocinar. El trabajo se define como un elemento externo, que no depende de nosotros, y que limita nuestra capacidad para decidir o condicionan nuestras decisiones en alimentación: los horarios (no) compatibles con dieta sana, los trabajos que exigen cuidar la alimentación, comer solo... El dinero, la disponibilidad económica, aparece también con fuerza como limitante de la capacidad de decidir: lo caro que resulta comer sano –bio, eco, natural, no comida basura, sin gluten-, o la crisis económica. Se es consciente de la limitación que supone el dinero y el tiempo y uno acaba acostumbrándose o habituándose a la situación (*Teorías de Racionalidad situada*):

"Y la alimentación un poco lo mismo también porque muchas veces pues no tengo tiempo de hacerme la comida o no tengo dinero porque para comprar determinados alimentos para poder hacer una dieta, pues no puedo hacerlo." [E1, hombre, 24 años].

"Porque los día que trabajo de cuatro a diez generalmente como a la una, una y media porque no quiero ir con el estómago lleno a trabajar. (Además,) no tengo descanso como tal, de hecho en otro trabajo que tenía si que te permitían ir al almacén pegar un bocado y volver a salir que bueno, aquí no se puedo pero lo hacemos porque nos morimos todas pero (...). Entonces no como siempre a las mismas horas o tienes prisa y te compres cualquier cosa que te llene un poco y ya está." [E12, mujer, 26 años].

"Yo mi madre porque ahora tiene la invalidez y es pensionista pero la morfina que ella toma para los huesos pues era cara...para...para la economía familiar y había veces que decidía no tomársela porque era más...bueno prefería ella que comiéramos carne o pescado...bueno, yo no puedo comer pescado..." [E2, hombre, 23 años].

"Tema alimenticio, es decir, dejar de comprar...seguramente las frutas más saludables por temas de producción no son las más baratas." [Trad., E21, hombre 29 años].

La alimentación como riesgo está muy impregnada de valoraciones sobre los costes y las consecuencias de seguir un tipo u otro de dieta. Ente las recompensas más destacadas de Si seguir una buena alimentación figuran: velar por tu imagen (ideal de belleza o cuerpo) mucho más prevalente entre las mujeres que entre los hombres, el sentirse bien (energía), el control de enfermedades pre-existentes (diabetes), o ciertos valores morales/ideológicos (vegetariano, vegano...).

"Bueno de hecho creo que una vez en Portugal el verano pasado fui al McDonald y dormí fatal ese día. De la sal y los azúcares que tiene. Entonces la gente que dice vamos a hacer una dieta sana... ya es un extra más porque están yendo en contra de su voluntad...el comer sano y para mí no lo es." [E6, hombre, 32 años].

"Bueno, la que he llevado que me ha gustado mucho es con una dieta eh... sin azúcar porque ya no tenía ni ganas de comerme pastitas de chocolate ni nada, era cinco veces al día, me saciaba mucho, comía más o menos de todo menos fuet que eso sí que lo echaba de menos que decía "me cago en todo quiero fuet." [E10, mujer, 30 años].

"Bueno, decidí ser vegetariana con 18 años porque empecé a leer un montón, me di cuenta de como se producía la carne y el pescado en este país... y no me parece ético. (...) ahora que hay tantísima información y variedad de cosas para alimentarte, y que no hay necesidad de comer carne, o tomar leche, o huevos, para tener una buena alimentación, pues si tengo la opción pues para que colaborar en esclavizar y matar animales. Pues mi elección es más moral." [E23, mujer, 30 años].

"¿En si cuando tú hacías dietas el objetivo era adelgazar, no? Sí, no tener una buena nutrición, sino adelgazar. Porque tampoco entendía los dos términos, y en si aquí entendido el termino nutrición y ahora me siento con mucha más energía y con ganas de querer y hacer cosas. Y yo no soy nada constante con las dietas, me cuesta mucho, porque me encanta comer." [E27, mujer, 20 años].

"Bueno me empecé a cuidar un poco más porque bueno me veía que estaba ganando un poco de peso pero no por comer demasiado mal sino por no seguir una estructura, que muchas veces no seguimos una estructura cuando comemos. Nada no es que estuviera muy muy gordo pero sí que había aumentado un poco de peso y ahí empecé un poco a marcarme un poco más la dieta." [E28, hombre, 29 años].

"Había una temporada, que comía, respecto a los hábitos de comida, comía muy mal, y empecé a cuidarme mejor, porque vi que por mi salud, tenía mucho sobrepeso, y a partir de ahí empecé a cuidarme mejor, a hacer un poco más de deporte, empecé con eso." [E31, mujer, 28 años].

En cuanto a las recompensas de NO seguir una alimentación sana figuran: el placer de lo rico, calmar o dar escape a la ansiedad/angustia, caer en la tentación, comodidad, rapidez/inmediatez, o ser más barato, entre la más repetidas.

"(...) es como una especie de contradicción respecto a cómo lo bien o lo mal que le hace a mi cuerpo pero lo bien que me hace a nivel...de que me llena, ¿sabes? de que me gusta hacerlo, si y...pero bueno que yo...creo que dentro de lo que cabe pues...sí...podría ser peor pero..." [E8, mujer, 23 años].

"(...) bueno claro, es lo típico que no te sienta bien y que a veces también, sobretudo con el estrés, esto...me cojo atracones que no puedo evitar, no sé como que el azúcar me llama y después de comer me siento mal pero ese rato he estado bien." [Trad., E7, mujer, 25 años].

"La ansiedad que tengo es lo peor que puedo tener porque por eso supongo que no adapté las dietas porque tengo mucha ansiedad, entonces como mucho, como mal, me pongo como los ceporrillos, me siento peor, porque no puedo caminar, no me puedo mover es como estar embarazada pero sin estarlo y, vas cansada, no puedes moverte, no puedes hacer nada." [E10, mujer, 30 años].

Se observa una frecuente compensación al optar, por ejemplo, por contrarrestar un comportamiento alimentario que se sabe que es malo para la salud con otro bueno para la salud (Teoría de Compensación de Riesgos). Para la literatura no es un fenómeno nuevo (Hughes et al. 2010). Esa compensación toma muchas formas. En general, se concreta bien en reducir otros riesgos, por ejemplo hacer más ejercicio físico para compensar lo mal que se ha comido, decidir fumar menos si no se ha comido bien, o compensando el esfuerzo de haber comido bien durante la semana con algún capricho o relajación de la dieta en el fin de semana (o a la inversa).

"Estos dos días que no estoy fumando quizás intentó suplantarlos quizás como comiendo más o...intentando distraerme para no pensarlo pero también es algo que intento no hacer porque no fumar tampoco quiero asociarlo con comer más o comer mal y..." [E8, mujeres, 23 años].

"Bueno...llevo dos días, es que es muy peligroso porque justo a lado de casa hay una cafetería donde venden donuts, donde tienen cosas ricas y llevo dos días tomándome plátanos, entonces bueno, algo es algo...entonces bueno me estoy trayendo algo sano, luego llegaré a casa y me tomaré la comida, cena que tenga y bueno por lo menos eso." [E12, mujer, 26 años].

"También me has dicho que cuando tenías ansiedad... Si, como más, es cuando como más. A parte de fumar es también comer muchísimo, es que como aunque no tenga hambre, el cuerpo te pide azúcar y comida basura." [E26, mujer, 20 años].

"Hay mucha gente que, a la hora de ver el menú, cogen lo que les apetece, yo opto por coger lo más sano, unas verduras a la plancha, suelo pedir las cosas sin patatas fritas, porque toda la guarnición es con patatas fritas. Yo las pido todos los días sin patatas fritas, algún día me permito el comer patatas fritas, pero todos los días no, me parece algo innecesario. Por eso también el comer mejor, el tener más actividad física de la que tenía antes pues ha hecho que pierda...y después también el hecho de ir al gimnasio, de haber más actividad." [E17, hombre, 32 años].

La *Teoría de la Motivación* está también muy presente en la alimentación como riesgo. Hemos visto ya algunos elementos en referencia a costes y recompensas de una alimentación sana. Existe en general una alta conciencia de la alimentación como posible riesgo para la salud pero los grados de autoeficacia, es decir, la motivación para actuar y su efectividad son muy diversos. La autoeficacia se muestra especialmente en la búsqueda y puesta en marcha de actuaciones que afrontan, evitan o desplazan el riesgo, y toman formas como: (i) acudir a especialistas (médicos, nutricionistas y expertos, psicólogos), (ii) hacer ejercicio/deporte (caminar, correr) (iii) vigilar constantemente ("estoy activada siempre", "hago dieta a rajatabla", "selección los restaurantes a los que voy"...). Como ya se ha mencionado la falta de fuerza de voluntad surge como un limitador significativo de esa autoeficacia, sin que se diluya la alta conciencia de esa persona respecto a la necesidad de actuar ante la mala alimentación. Se da en muchas ocasiones por tanto el factor motivante pero no se da en el mismo grado el factor de eficacia personal a la hora de afrontar el riesgo.

"Yo creo que la actividad física propicia unos buenos hábitos alimenticios y de salud. El hecho de empezar a... el deporte...ya...el cuerpo ya te pide comer sano y yo creo que los agentes nocivos el cuerpo ya te los rechazo entonces ya no te viene de gusto. De hecho hacer deporte el cuerpo ya no te pide tanta bollería ya te pide comer sano..." [E6, hombre, 32 años].

"Las chuches, los helados, tal esto. Pero puntualmente se puede, pero no se puede abusar y yo a lo mejor antes no me privaba y ahora pues...un poco más." [E11, mujer, 21 años].

"O sea, a nivel físico estoy bien, mejor que otros años porque yo tengo sobrepeso, entonces claro. Pesaba 106 kilos, fui a un nutricionista, me recomendó dietas y conseguí bajar a los 90. (...) Pues con el hábito alimenticio y con el estilo de vida, en vez de coger el coche como hay media hora andando para mi casa, voy subo andando, cuando quedo con mi amigos, a veces salgo a correr y también un poco la alimentación cambiarla que al fin y al cabo es lo más importante." [E15, hombre, 19 años].

"Sí, un par de veces a la semana o así pues salgo a correr con el perro, tampoco mucho pero lo justo sí. Ahora sobre todo en verano cuando viene el buen tiempo que apetece más que en Invierno." [E4, hombre, 23 años].

"(Yo hago una dieta enfocada al deporte pero) tampoco muy muy bestia porque ya no compito a nivel... para eso pero bueno sí, sí sí sí no hay duda (...) sigo una dieta un poco marcada por un profesional..." [E28, hombre, 29 años].

"Ser vegetariana me supone un esfuerzo porque cuando como fuera se que no puedo comer ni gluten, ni carne. Entonces muchas veces ya me como mis tupperes, pero si que asumo que muchas veces me tendré que joder porque es así y no me importa. Me he acostumbrando a traerme mis cosas." [E32, mujer, 18 años].

En muchos entrevistados se atribuye una alta prioridad al papel de la familia, especialmente de la madre, y en menor medida la pareja a la hora de seguir una buena/mala alimentación así como otros buenos/malos hábitos. La familia tiende a comer más sano que el/la joven entrevistado/a. Ese elemento se percibe como algo positivo, incluso como compensación o manera de contrarrestar los excesos que se hacen cuando no se come con la familia. Los procesos de emancipación o independencia de la familia (E4, E5, E6, E10, E17, E20, E22, E23, E24, E30) pueden llevar a no seguir buenos hábitos alimentarios y por tanto ser un riesgo para la salud que se ve reforzado por los argumentos de tiempo y dinero mencionados antes.

"Pero comer depende del día, porque a veces sí que voy a casa a comer. ¿Y cuándo vas a casa a comer consideras que comes sano allí? Sí. Mi padre hace las cosas muy sanas. ¿También te lo regula un poco él? Sí. Te ayuda sin quererlo." [E27, mujer, 20 años].

"En casa lo vivimos de una forma muy responsable, muy equilibrada, verduras, pasta, comer un poco de todo. No comer todo frituras, que también hay momentos que hay, pero no abusar. (...) Mi madre siempre le ha gustado este tema de la nutrición, siempre le ha gustado mucho, y no le hacíamos casos. Yo veo fotos, y estábamos todos gorditos. Y ahora tenemos otros hábitos..." [E31, mujer, 28 años].

"Dieta variada, se comía sano, verdura, pescado, carne, se comía bien. Y sí que es algo también cierto que se comía igual de bien que el día uno que el treinta uno, siempre bien durante todo el mes. Siempre había de todo y en unas cantidades normales. En casa, no sé, gordos no somos ninguno, esmirriados tampoco, igual yo ahora un poco, pero vamos, normal. Entonces... no sé, lo que...creo que es un signo también de una buena alimentación." [E17, hombre, 32 años].

"(...) también creo que en el tema de la alimentación me cuidaba más antes, porque a pesar de ser vegana como estaba mi madre por casa, tenía una especie de horario más fijo, o unas comidas más fijas, o mi madre decía "vamos hacer verdura". Eso sí que lo he notado al vivir sola." [E23, mujer, 30 años].

"(...) es verdad que la comida del medio día suele ser a nivel de salud mucho mejor porque la hacemos en casa, es algo que has hecho el día de antes o tienes más rato para hacerlo que por ejemplo el resto. Pues desayunas en el bar o en el trabajo, y cenas por ahí o para cenar haces algo un poco más rápido." [E24, hombre, 29 años]

"Entonces la alimentación (vida sana) ... yo siempre y creo que mi familia ha acertado mucho ha sido comer verduras, o sea no nos pasamos con la carne, nos pasamos igual en navidad, pero somos de comer verdura." [E30, hombre, 31 años].

"Bueno, de pequeño eh...lo típico de al niño no le gusta la verdura, "no quiero, no quiero" pero me lo hacían comer y ahora por ejemplo, me gusta." [E6, hombre, 32 años].

"Sobretudo con mi padre, porque mi madre no es tanto de comprar dulces, es más de fruta pero en cambio mi padre si falta fruta comprará antes pan y bollería. De hecho mi madre hizo un poco de régimen porque tuvo una lesión en el pie y como pesaba un poco le recomendaron ir al médico y bajar de peso...y entonces hizo un régimen y a partir de aquí lo introdujo en casa." [Trad., E7, mujer, 25 años]

"También estoy hablando de que si me estoy comiendo un plato mi madre me lo llena hasta arriba, quiero decir que no me deja con hambre pero si ve que me estoy pasando pues...está ahí pendiente." [E12, mujer, 26 años].

En menor grado aparecen los amigos como elemento de presión social:

"O sea, tengo amigos que básicamente son hombre de azúcar pero claro son muy delgados, pero claro tiene mucho azúcar, entonces comen mucho y no tienen mi edad, tienen 19 y desde el punto de vista del grupo de amigos que tengo soy unos de los pocos que come bien [...] por ejemplo vamos a un paki o un super y compran en plan cosas pues claro yo estoy ahí e intento no comerlas. Si es sábado sí que como uno o dos pero si no, no." [E15, hombre, 19 años].

Hemos encontrado aspectos relacionados con las teorías psicométricas de percepción del riesgo, pero también con aquellas otras aproximaciones teóricas que dan poder explicativo a los contextos socioculturales. Es difícil desentrañar la importancia relativa de cada uno de estos componentes, por lo que parece necesario que la políticas de respuesta institucional no centralicen sus esfuerzos solo en reforzar actitudes y concienciación ante la alimentación sana, sino

que deberían también incorporar elementos del contexto social y cultural de la población joven. En efecto, factores laborales, familiares, económicos determinan las opciones y las decisiones posibles para los jóvenes. En términos sociológicos, nos referimos aquí a tener en cuenta no solo al Agente (sujeto) sino también a la Estructura (Cockerham 2012).

PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO vs SEDENTARISMO

IDEAS FUERZA

- Se asocia ejercicio físico a salud tomando el sedentarismo como el enemigo a batir. El ejercicio físico toma muchas y diversas formas e intensidades.
- El sedentarismo se asocia a otras actividades y a hábitos no saludables como alcohol, tabaco, videojuegos, y como consecuencia del mismo a una salud deteriorada con el tiempo en la forma de problemas respiratorios, sobrepeso, ansiedad, dolor de rodillas, de caderas.
- Se identifican múltiples ventajas atribuibles al ejercicio físico: bajar peso, sentirse más liviano, ganar en rapidez, agilidad, reducir colesterol, conocer sitios nuevos, contacto con la naturaleza, mayor sensación de libertad, tener vías de escape, mejorar relaciones sociales, mejora de la autoestima, equilibrio mente-cuerpo, estar más animado, o el tener objetivos en la vida.
- Como grandes limitadores o costes asociados a hacer ejercicio físico aparecen el tiempo (horarios del trabajo, otros compromisos), el dinero (los gimnasios son caros, crisis económica, no quiero pagar por transporte privado o público y voy en bici, entrenador personal es caro), el entorno (no quiero respirar aire contaminado, urbano, no le gustan los gimnasios, habilidades sociales, hace calor, llueve), y no encontrar factores motivacionales internos para hacerlo (fuerza de voluntad, pereza).
- La autoeficacia (capacidad de poner una alta motivación en acción) es muy variable entre los entrevistados. Se muestra en prácticas muy distintas con muy diferente nivel o grado de intensidad y frecuencia. Encontramos desde el caminar, el andar, o pasear de manera periódica, al ejercicio profesional deportivo. Hay cierto consenso, no obstante, que debe ser una actividad que se realice durante al menos dos o tres días a la semana.
- El ejercicio físico tiene imbricaciones con otros muchos ámbitos de la vida saludable, con otros hábitos, especialmente con Alimentación, Drogas/Tabaco/Alcohol, Seguridad y Trabajo.

- Encontramos bastantes elementos de las Teorías de Motivación (autoeficacia, a la conciencia o información sobre el riesgo, costes y consecuencias de realizar o no realizar una actividad física regular), la Teoría de la Acción Habitual (deporte en entornos urbano), Teoría de Racionalidad Situada (justifican una actitud sedentaria), Teorías de Acción y Control social (influencia que tienen los amigos y la familia en las decisiones de practicar actividades físicas).

Introducción

Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI 2018) más del 36% de las personas de 15 y más años en España se declaran sedentarios en su tiempo libre, estando más extendida la inactividad entre las mujeres que entre los hombres. Estos porcentajes han ido descendiendo con el tiempo tanto para ambos sexos, con un comportamiento ciertamente irregular en los últimos años. La diferencia por sexo es mayor entre los jóvenes y entre las personas de mayor edad. En los grupos de edad que nos preocupan (18-35 años) las diferencias entre hombres y mujeres están en torno a 15-17 puntos, siendo más sedentarias las mujeres jóvenes que los hombres jóvenes. Por último cabe destacar de los datos oficiales que la inactividad física suele estar asociada a nivel de estudios, tanto en hombres como en mujeres, de forma que aumenta la inactividad a peor nivel de estudios, si bien se observa en los últimos años un aumento de la inactividad física entre los grupos de estudios universitarios.

Numerosos autores muestran la evidencia científica en países desarrollados de los crecientes niveles de inactividad física y sedentarismo en grupos de población joven (Ekelund et al. 2006, Rey-Lopez et al. 2011, Santaliestra-Pasías et al. 2013), y cómo una proporción creciente de esa población no cumple con las recomendaciones nacionales e internacionales que tienen esa finalidad (Currie et al. 2008, Rey-Lopez J et al. 2010).

La literatura especializada alerta asimismo sobre los efectos negativos que tiene la inactividad física y el sedentarismo sobre la salud en todas las edades. Así, por ejemplo, Ibeachu et al. (2019) muestran como la obesidad y el comportamiento sedentario son factores de riesgo para la osteoartritis de rodilla en jóvenes adultos. Vainshelboim et al. (2019) observan efectos negativos del sedentarismo sobre la obesidad en mujeres jóvenes y en la musculatura en hombres jóvenes. Tanjasiri et al. (2018) advierten sobre cómo los bajos niveles de actividad física y el alto consumo calórico ponen a los jóvenes y adultos jóvenes en riesgo de

una amplia variedad de problemas de salud. Siervo et al. (2018) insisten en cómo el desplazamiento de la actividad física fruto del uso de videojuegos, por ejemplo, se asocia con sobrepeso. Wu et al. (2017) señalan la asociación entre la actividad física, el comportamiento sedentario y la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes, y Wasserman (2016) muestra que la frecuencia de la actividad física se correlaciona positivamente con el bienestar y se relaciona negativamente con la ansiedad y los síntomas depresivos. Estos son algunos ejemplos recientes de la asociación entre (in)actividad física y salud, una asociación negativa. Se evidencia por tanto que las conductas sedentarias se asocian con numerosos resultados adversos de salud fisiológica y morbilidad.

¿Qué discursos prevalecen entre los jóvenes entrevistados en referencia a esa asociación?

Resultados

Lo primero que hay que mencionar es que, en efecto, el ejercicio físico se asocia a buena salud, tomando el sedentarismo como el enemigo a batir. No obstante, de los discursos se desprende que el ejercicio físico toma diversas formas e intensidades, entre las que es frecuente una llamada a la práctica moderada de la actividad física asociada a salud. Por moderada se entiende "andar/pasear", "caminar", "mantenimiento", "hacer un mínimo", "lo justo". Algunos ejemplos de todo ello:

"Pero sí que esa asociación sí que la hago, deporte, nutrición con salud." [E1, Hombre, 24].

"(...) hacer ejercicio o si no lo haces por lo menos ir andando a los sitios e...así ya tienes salud." [E12, mujer, 26 años].

*"Pues hacer deporte, depende de mí, si no hago deporte puede ser que mi cuerpo cambia físicamente, entonces depende de cómo cambie puedo tener problemas. **¿Qué tipo de problemas?** A nivel respiratorio, porque puedes, engordar, y depende de lo que engordes puedes tener problemas respiratorios. A nivel de comida, tener ansiedad por la comida, y no sé."* [E25, hombre, 20 años].

"Soy más bien de hacer cosas pues tranquila...más de ejercicio mental que de ejercicio físico. Y sé que eso tampoco es saludable y...(...) También el ejercicio físico moderado, habitual pero me hace gracia que muchísima gente dice esto, pero solamente lo achacan a lo físico, y tal vez es lo que menos me gusta a mí, el tema de evadirte y de ejercicio físico." [E5, mujer, 25 años].

"¿Riesgos más importantes para mí? A nivel de salud el tema del ejercicio... es importantísimo, pienso que eso es clave. Porque muchas enfermedades vienen derivadas sobretodo del ejercicio y... ¿Pero en tu caso te afecta? No, por eso me preocupa más el tema de la alimentación y el ejercicio, sobre todo el ejercicio." [E7, mujer, 25 años].

"Ser saludable está asociado a hacer no sé cuántas horas de deporte al día. Esto es saludable, sí y tanto pero no a este extremo. Yo considero que es perfectamente saludable caminar." [Trad., E21, hombre, 29 años].

"Sí, un par de veces a la semana o así pues salgo a correr con el perro, tampoco mucho pero lo justo sí. Ahora sobre todo en verano cuando viene el buen tiempo que apetece más que en Invierno." [E4, hombre, 23 años].

"Al igual que el hacer ejercicio (rie) no soy una persona que haga mucho ejercicio, tanto como debería, ¿no? Pero bueno, creo que son cosas buenas (...) pero bueno, por otro lado ir en bici me sienta bien sabes? ¿Crees que es algo bueno para tu Salud? Sí, quiero decir, yo me lo noto". [Trad., E3, mujer, 21 años].

"¿A qué dedicas el tiempo libre? Al gimnasio, voy el gimnasio, que ahora voy poco... no puedo mucho. (...) El gimnasio una vez a la semana intento.. y poco más," [E6, hombre, 32 años].

En los estudios de percepción del riesgo es frecuente hacer referencia al concepto de "autoeficacia", entendida como la capacidad de poner en acción una alta motivación para actuar. En los discursos analizados se observa que la autoeficacia mostrada por los entrevistados es muy variable. Se muestra en prácticas muy distintas, con diferentes niveles o grados de intensidad y frecuencia, como se ha mencionado antes. Encontramos desde caminar, andar, o pasear de manera periódica, al ejercicio profesional deportivo. Hay cierto consenso, no obstante, sobre el hecho de que debe ser una actividad que se realice durante al menos dos o tres días a la semana.

"Sí, diarios y es evitar bueno todos las cosas que le afecten, como es los dulces, bebidas alcohólicas, el ejercicio excesivo (por la diabetes), entonces hay que estar un poco atento." [E11, mujer, 21 años].

"(...) no se yo por ejemplo no hago deporte no soy deportista, pero si que evito el coche si puedo ir andando, entonces teniendo esos ritmos de vida saludable (...) no digo de hacer algún deporte pero si pues oye pues voy al otro lado andando o me voy a mover o tal no, por ejemplo una de las cosas

que hecho en falta de la ciudad es que yo aquí me iba andando a todos lados, en el pueblo también el problema es que si vas de Delicias al centro andas 20 min, aquí vas y vuelves. Subía 4 pisos de escaleras y ahora no, pero si por ejemplo en el edificio comarcal teníamos escaleras, pues yo subía por las escaleras en vez de eso.” [E30, hombre, 31 años].

Observamos en los discursos la relevancia de no caer en el sedentarismo, evitarlo a toda costa. El sedentarismo se asocia además a otras actividades o hábitos no saludables como el alcohol, el tabaco, o los videojuegos, y como consecuencia de ello (se asocia) a una salud deteriorada. Se mencionan explícitamente problemas respiratorios, sobrepeso, ansiedad, dolor de rodillas y de caderas. El concepto de “efectos retardados en el tiempo” está también presente al hablar de sedentarismo, es decir, las consecuencias del sedentarismo son a largo plazo y se perciben por ello como menos importantes que los riesgos inmediatos.

“Lo que he hecho en su tiempo y lo que estoy haciendo ahora que es el “senderismo”, no, como se dice el estar, sí, ¿no? Sedentaria. Eso, sedentaria, quiero volver a después de esto, quiero volver a llevarla (vida más activa)”. [E10, mujer, 30 años].

“¿Malo para tu salud? El sedentarismo, quedarme quieto en una silla el cuerpo se va acostumbrando, entonces cuando salgo fuera pues mi cuerpo quiere volver a casa entonces no hay una conexión mente-cuerpo (asocia adicción de videojuegos a sedentarismo).” [E15, hombre, 29 años].

“Hombre...que por todos es sabido que el sedentarismo es fatal, de las peores cosas que le puedes hacer a tu cuerpo. (...) Intento andar cuando puedo. Ahora ando más, hace un tiempo la verdad es que andaba muy poco, voy al gimnasio y me gusta también hacer actividad, (...) el sedentarismo me estaba haciendo polvo, sin haber sido nada extremo. Físicamente estaba bien, no me encontraba mal, pero es que si que opté por mucha más actividad. (...) De hecho, cuando salió en el reconocimiento anterior en el que tenía ligero sobrepeso durante dos años no había podido hacer nada de deporte, trabajaba muchísimas horas, además dos horas de coche todos los días, con lo cual eh...tuve la prueba de que eso al final mermaba la salud. Incluso los valores de colesterol salían ligeramente por encima de lo que tenían que salir, eran muchas cosas las que eran pequeñas señales de decir el sedentarismo te está matando.” [E17, hombre, 32 años].

"Quiero decir sé que eso es un poco más ambiguo, porque claro es perjudicial si tú te pegas muchísimo tiempo de tu vida sentado en el sofá sin moverte, no es lo mismo que el tabaco o el alcohol. ¿Por qué no es lo mismo? Porque el tabaco, el alcohol, el tomarlo de vez en cuando sigue siendo perjudicial. Y el estar un rato sentado en el sofá descansando no es perjudicial. O sea, es el exceso de eso." [E23, mujer, 30 años].

"El deporte... y la prevención: La prevención es invertir a largo plazo en tu cuerpo: (...) el ir al gimnasio o hacer deporte." (E6, hombre, 32 años).

Se pueden identificar múltiples ventajas atribuibles al Ejercicio físico, y algunas van más allá de mantenerse en forma o de ser capaz de hacer determinados esfuerzos o actividades. Algunos ejemplos son "bajar peso", "sentirse más liviano", "ganar en rapidez, agilidad", "reducir colesterol", "conocer sitios nuevos", "contacto con la naturaleza", "mayor sensación de libertad", "tener vías de escape", o "mejorar relaciones sociales". Uno de los aspectos que aparecen con fuerza en los discursos sobre ejercicio físico es el bienestar mental, expresado como la mejora de la autoestima, el sentirse mejor con uno mismo, la paz y el equilibrio mente-cuerpo, estar más animado, o el tener objetivos en la vida (trascendente).

"¿Qué recompensa...si tiene alguna? Bueno la salud, ¿Tú lo haces por motivos de salud? Si, si, totalmente. ¿Notas cuando lo dejas? Siii...además la mente está más despejada ¿Es mental, no? Sí, es mental y la espalda también ¿Tienes problemas de espalda? No, no, no es por problemas de espalda es que...yo siempre el colgarme en una barra para que las vértebras se me estiren un poco es...gloria bendita. Incluso lo hago en algún parque de estos infantiles, me cuelgo pero es que es automático, es clic y ya está." [E6, hombre, 32 años].

"Si me juntara con gente que hace deporte a lo mejor me daría por correr más".[E5, mujer, 25 años].

"Si, o sea no deporte a lo bestia, pero algo tan simple como hacer estiramientos por las mañanas, algo de bici, a parte de las endorfinas no sé, me noto más fuerte. Ahora llevo un tiempo sin hacer, a parte de lo de la montaña de hace unas semanas, pero llevo un tiempo sin dedicar una hora o una hora y media y me noto el cuerpo más débil." [E9, mujer, 24 años].

"No estar ahí con una máquina y ya está, hacer relaciones sociales, entablar amistad con gente que no conocías... el trasladarte a otros sitios a hacer deporte y conocer sitios nuevos... cosas así, en un gimnasio siempre es lo mismo siempre ves a los mimos..." [E20, hombre, 33 años].

"Sí, era un cursillo de aprender a nadar pero el hacer así "pim-pim-pim", me sentía super bien, perdí mogollón de kilos o sea que eso te hacía sentir más liviana, me sentía bien conmigo misma y estuvo feliz". (...) y hacía un poquito de deporte, tres veces al día intentaba al menos hacer media hora, luego hice una hora y luego ya pasé a una hora y media con máquinas, y la verdad que estaba bien, eso me gustó sin...obsesionarme, pero manteniéndome una... una estabilidad y equi...o sea emocionalmente y todo estaba muy tranquila, muy relajada, me sentó super bien, estaba muy contenta conmigo misma aunque estaba gordita de 66 a 60 y dije "¡jo! Sólo son seis kilos" pero me sentía liviana, me sentía bien..." [E10, mujer, 30 años].

***"¿Y porqué cambiaste, porque dijiste venga pruebo?"** Bueno porque he visto que he aumentado un poco de peso, lo que siempre he mantenido estable, y entonces eso me ha hecho que me ponga a hacer ejercicio, ¿no? (...) Sí, dos días a la semana, martes y jueves." [Trad., E7, mujer, 25 años].*

***"¿Entonces, lo ves como una vía de escape?"** Sí, no tienes que estar pensando en tu vida, sino en que te salga bien, por ejemplo patinaje, que te salga bien un salto, y estas en otro mundo, yo por ejemplo estaba en otro mundo totalmente." [E27, mujer, 20 años].*

"Yo cuando empecé a hacer deporte me empecé a inflar como, como, como los croissants...entonces el típico...la causa de eso es por la baja autoestima que tiene la gente... en ese aspecto yo en esa época tenía una baja autoestima." [E6, hombre, 32 años].

Algunos entrevistados hacen del deporte y de la actividad física casi un motivo de vida, de identidad, más allá de los beneficios que pudiera tener para la salud. En esos casos el deporte es parte existencial de la vida, no se es feliz sin deporte. En ocasiones se combina con todo un conjunto de aspectos "saludables" (alimentación, alcohol, tabaco....) para formar un estilo de vida que refieren como "saludable/healthy".

"Bueno a nivel físico me gusta la actividad me gusta ver que todos los días practico algo, que sudo un poco¿ no?, que me canso. Y antes igual no le daba tanta importancia. [...]Tampoco soy de ir al gimnasio y estar en una actividad, pero si estoy todo un día sentada pues no me siento bien, necesito salir a dar un paseo aunque sea¿ no? O la bici, a mi me gusta mucho usar la bici." [E22, mujer, 30 años].

"Me encanta el deporte, entonces una vez salgo de trabajar voy al gimnasio toda la semana y el fin de semana pues con la excusa de todo del futbol y demás pues me he apuntado con los amigos estamos en una liga amateur aquí en Barcelona y bueno [...] ya te digo es que para mi es super necesario el deporte y sin el no puedo estar porque no sería feliz sin deporte, estando en cualquier ámbito que no hiciera deporte durante mucho tiempo al final mi felicidad disminuye, entonces yo necesito deporte necesito cuidarme para hacer ese deporte con lo cual necesito comer bien y además porque me encanta la comida sana." [E28, hombre, 29 años].

En los discursos de los entrevistados aparecen también limitaciones o costes asociados a hacer ejercicio físico. Los más presentes son el tiempo –entendido como horarios del trabajo que limitan el tiempo libre, u otros compromisos–, el dinero –los gimnasios son caros, la crisis económica, no pagar por transporte privado o público e ir en bici, un entrenador personal resulta caro–, el entorno –no quiero respirar aire contaminado, urbano, no me gustan los gimnasios, adquirir habilidades sociales, hace calor, llueve–, y no encontrar factores motivacionales internos para hacerlo, es decir fuerza de voluntad o pereza, y se ve en ocasiones como una obligación. El coste y el tiempo son dos barreras que ya aparecen en la literatura (Somerset y Hoare 2018) como barreras clave para la participación, por ejemplo, de los niños en el deporte. Las políticas motivadoras suelen ser generar más oportunidades de deportes locales donde se reduzcan los costes y que hagan más asequibles la participación de los jóvenes en el deporte.

"Voy en bici por muchos motivos, es decir, tanto para hacer un poco de ejercicio como para no tener que pagar transporte público, que sale un poco caro ..." [Trad., E3, mujer, 21 años].

"Por ejemplo, el deporte, yo he sido muy deportista pero ahora mismo por falta de tiempo no puedo hacerlo (...) Pero básicamente es tiempo, si yo no hago deporte es por falta de tiempo, no porque yo no quiero." [E1. Hombre, 24 años].

"Porque la crisis económica en lo personal...más allá de tenerme que borrar del gimnasio (...)" [E2. Hombre, 23 años].

"Bueno...porque siempre...tenía el objetivo del "desto" de los bomberos.. como eran muy físicas o el rollo de dedicarte a competir. (...) Es que motivación cero es que...cero...lo hago por mantenimiento, porque el cuerpo me lo pide." [E6, hombre, 32 años].

"Depende de mí hacer más o menos ejercicio pero claro por ejemplo de otro lado me gusta ir al gimnasio pero tampoco tengo tanto "desto" económico para permitirme un gimnasio entonces quizás depende de mi hacer ejercicio de una forma que no sea el gimnasio como por ejemplo corriendo con el perro...aunque con este calor no pero...¿y en verano qué haces, sabes? o sea da más pereza hacer ejercicio y tal." [E8, mujer, 23 años].

"En casa, antes iba al gimnasio, pero es carísimo y no iba así que, en casa, si se me olvida un día por lo menos mi padre no está pagando un gimnasio." [E9, mujer, 24 años].

"(...) me lo podía permitir con el trabajo que tenía: por la mañana iba una hora, hora y media y luego me obligaba a ir directamente al gimnasio. Entonces era salir del trabajo y al lado tenía el gimnasio. Era una obligación." [E14, mujer, 24 años].

"Sí empezamos a las 8 acabamos a las 17.. y a partir de esta hora podría ir a un gimnasio o salir a correr pero el día que no tienes que hacer la compra tienes que limpiar el piso, o has quedado con alguien... o mi suegro me ha soltado los animales y me falta alguno y tengo que revisar... en fin, cosas que pasan que no nos dejan tampoco tiempo a veces para uno mismo más del que uno tiene." [E20, hombre, 33 años]

"(...) soy muy perezoso, entonces siempre pienso que tengo que hacer algo, no sé, algún tipo de ejercicio pero luego entre que me da pereza y hay poco tiempo pues no haces nada. (...) De vez en cuando me intento imponer a mí mismo pues sobre todo por si vas a una revisión y te dice el médico: oye tienes el colesterol alto, o tienes sobrepeso o incluso como te sientes contigo mismo por ejemplo que dices me canso de subir un tramo de escaleras, o me duele la espalda de estar quieto. Entonces sí que hay días que dices tengo que hacer algo, pero luego a la hora de la verdad o me canso o no me pongo a ello." [E24, hombre, 29 años].

"Si, muchísimo, creo que si no tienes fuerza de voluntad, que es el caso, no haces nada. Porque bueno, dices, toca hacer esto pero ya mañana lo hago, total tengo tiempo, y no, no hay tiempo, todo pasa volando." [E26, mujer, 20 años].

Los entrevistados hacen referencia a la familia y a los amigos como buenos elementos motivadores del ejercicio físico. Ver que tus padres y hermanos practican algún deporte o actividad física de manera regular, incluso desde pequeños, parece que te hace más consciente de su necesidad y se ve como un

elemento cotidiano de tu vida con ellos, asociado muchas veces a actividades lúdicas posteriores –salir de fiesta, tomar algo.... La autoeficacia aumenta si se hace ejercicio con alguien más o si es indicada por un médico o autoridad externa, por ejemplo para el control de la diabetes, el colesterol, o el sobrepeso.

"Mi hermana había hecho baloncesto una temporada y en casa si que hacen mucho ejercicio, él hace pesas y ella se monta su tabla de ejercicios y lo hace, sí. Mi madre también sale a caminar y mi padre también. (...) Alguna vez lo hemos hecho juntas. Lo que pasa es que depende del nivel de ejercicio no puedo, como ella ya hace tiempo que lo hace está más en forma que yo, un nivel mas alto y yo no le puedo seguir el ritmo." [Trad., E7, mujer, 25 años].

"En la entidad cuando hacemos danza pues voy a ensayar, después cuando terminemos puedo tomar una cerveza y hablar pero hay momentos, hoy la gente no se toma en serio los ensayos, en el fútbol me pasaba igual, yo iba a entrar y estaba concentrado en eso porque creo que hay momento para todo, después eso no saca que podamos ir de fiesta". [Trad., E13, hombre, 25 años].

"¿Y lo de pilates? Porque como estoy apuntada al gimnasio y dentro del mismo hay clases de pilates, mi hermana que también iba por su problema de espalda y me uní simplemente a ella". [E14, mujer, 24 años].

"Pero me gusta mucho el deporte y hacía deporte, pero vamos no en plan los lunes voy a tenis y los martes...no. Cuando algún amigo me proponía de jugar al baloncesto me apuntaba, o a pádel, esto sí". [E18, hombre, 34 años].

"Las actividades que hacemos en pareja son ir al gimnasio, a la sala de máquinas. Pero cuando hay clase de baile yo voy a bailar y después hacemos estiramientos." [Trad., E19, mujer, 34 años]

"Y lo del sedentarismo si que me has dicho que intentas que tus amigas te ayuden? Si, que me ayuden un poquillo (...) Y que esté ahí ¿y que hagan deporte contigo? Si, claro." [E26, mujer, 20 años].

"Amigos de toda la vida, son amigos del futbol de cuanto teníamos 5 años, y cada uno ha tenido sus equipos cuando hemos sido más mayores y ahora ya cuando nos hemos retirado pues nos hemos juntado para seguir jugando y seguir viéndonos un poco." [E28, hombre, 29 años].

"(...) el gimnasio me ha supuesto un esfuerzo, porque no me gustaba ir a sitios, y menos yo sola. Al principio iba con mi madre, y luego ya sí que iba sola. Porque no sabía de qué iba todo, me daba vergüenza. La vergüenza muchas veces me frena. (...) Yo veo fotos, y estábamos todos gorditos. Y ahora tenemos otros hábitos, mi padre y mi madre, hacen deportes, son muy activos. Mi madre le gusta mucho ir a caminar, Zumba, es muy activa." [E31, mujer, 28 años].

En ocasiones, el ejercicio físico es añorado a medida que se cumplen años. Son frecuentes las miradas hacia el pasado donde se reivindica el deporte practicado, la frecuencia, el momento en el que se estaba más en forma. Se añora ese pasado, con cierta resignación, un pasado que quiere ser de alguna manera rescatado a partir de los discursos. El pasado les dibuja futuros deseables, ambiciones, pero a la vez llevan tiempo siéndolo sin que se transformen en realidades tangibles. El presente consiste, en esos casos, en intentar hacer algo para recuperar cierto ideal perdido.

"Bueno porque en esa época de impás entrenaba seis días a la semana.. era un...bueno quizás lo basé todo en eso... y ahora es todo lo contrario." [E6, hombre, 32 años].

"Luego, quiero volver a hacer ejercicio otra vez, entrenamiento personal y quiero natación, probar a hacer natación porque hace mucho tiempo hice pero lo tuve que dejar porque estaba suspendiendo bachillerato entonces fue cómo es incompatible el tiempo." [E10, mujer, 30 años].

"Si, yo por mi sola muchísimo, mira que el volei me gusta un montón y estuve practicando muchísimos años, creo que empecé a los nueve años y hasta los dieciséis pero fue desapuntarme y ya no he hecho ningún deporte, ni ir al gimnasio, ni nada." [E26, mujer, 20 años].

"Yo siempre, toda la vida, he hecho patinaje artístico, y me encantaría volver. Pero sí que es verdad que por tema de tiempo no puedo. Me encantaría volver. (...) Sí, porque yo fuerza siempre he tenido en las piernas. El patinaje me ha dejado muy buenas piernas. ¿Y desde cuándo hacías patinaje? Sí, que lo hice pequeña, si no me equivoco de 5. Porque hice patinaje en un de esto "d'estiu". Bueno si en un curso de verano. Que empecé con 5 años y acabe con 6. Y luego yo le dije a mi madre "mama me encanta patinaje y quiero hacerlo", "mama me encanta". Mi madre no tenía mucha pasta, tampoco, y entonces se lo dije a mi tía. (...) Y estuve des de los..., yo diría, des de los 8 años hasta los 10, me desapunte un año, volví..." [E27, mujer, 20 años].

El ejercicio físico tiene imbricaciones sobre otros muchos ámbitos de la vida saludable, con otros hábitos. Algunos ejemplos en los discursos hacen referencia como hemos visto a **alimentación** —el ejercicio físico implica con frecuencia cuidar la alimentación para bajar peso, seguir una dieta indicada por un profesional, comer sano, ingerir suplementos deportivos, recuperadores musculares, multivitamínicos, o contribuir al control de diabetes junto con una buena alimentación. En las próximas páginas veremos también que el ejercicio físico está presente en los discursos sobre **drogas/tabaco/alcohol** —el ejercicio físico conforma una disciplina para luchar contra otros hábitos; haciendo ejercicio físico no te atraen otros hábitos, tu cuerpo te pide vida sana—, la **seguridad** — existe una preocupación por los deportes de riesgo, o por el exceso de deporte y sus consecuencias (ej. diabetes, infartos...)—, y el **trabajo** —se ha de estar físicamente bien para hacer el trabajo de cada día; se convierte el ejercicio físico en algo instrumental.

En los discursos analizados hemos podido constatar que están presentes elementos de al menos cuatro teorías distintas sobre percepción de riesgo. Estas teorías pueden sernos útiles para explicar algunos de los resultados encontrados. Así por ejemplo, encontramos bastantes elementos de las *Teorías de Motivación* cuando se hace referencia al concepto de "autoeficacia" o a la concienciación e información sobre distintos aspectos del riesgo. También aparecen elementos propios de las teorías de motivación cuando nos referimos a los costes y consecuencias (sopesadas) de realizar o no realizar una actividad física regular.

En menor grado aparece la *Teoría de Acción Habitual*, especialmente para explicar cómo muchos de los entrevistados hacen deporte en entornos urbanos con niveles de polución o contaminación elevados, por ejemplo. Se muestran habituados a esas situaciones y creen que aun exponiéndose a un riesgo como el de respirar aire poco salubre al hacer deporte, el hecho de hacer una actividad física conlleva una recompensa asociada en términos de salud o bienestar.

La *Teoría de Racionalidad Situada*, por ejemplo, nos podría ser útil para explicar en qué grado los entrevistados justifican una actitud sedentaria. Aparecen elementos ya explicados como son el dinero, los horarios imposibles, o el tiempo disponibles, que contribuyen a construir un discurso racional entorno al hecho de no practicar ejercicio físico y caer en el sedentarismo como riesgo.

Finalmente, vale la pena mencionar las *Teorías de Acción y Control Social*. Estas teorías pueden ser de utilidad para explicar la influencia que tienen los amigos y la familia en las decisiones de practicar actividades físicas de forma regular.

Incluso la ausencia de personas con las que practicar deporte es frecuentemente una causa de no hacer deporte.

En resumen, ninguna teoría por sí misma es capaz de explicar los comportamientos de los entrevistados en referencia al ejercicio físico o su contrario, el sedentarismo. De igual forma, resulta también difícil abstraerse de factores que estando presentes en el entorno del hogar y los entornos institucionales, así como el contexto social y cultural pueden asociarse al comportamiento sedentario y que son de muy variada naturaleza, desde determinantes a nivel individual, interpersonal, ambiental y político (Stierlin et al. 2015, Buck et al. 2019).

La edad adulta joven (20 a 30 años) es un momento crítico durante el cual comienzan a surgir (si no antes) patrones de estilo de vida entre los que se encuentra la actividad física, que apoyan una trayectoria hacia una edad adulta saludable o dificultada por la salud crónica (Kerrigan et al. 2019).

PRÁCTICAS SEXUALES

IDEAS FUERZA

- Se asocia el riesgo a la exposición al mismo (número de relaciones sexuales, parejas distintas, prácticas sexuales sin protección), y el no riesgo a tener pareja estable. La pareja estable infunde confianza, y la confianza deriva en no utilizar prevención.
- Hay personas que asocian prácticas sexuales de riesgo especialmente con el embarazo no deseado y con la lotería (algo que no puedes controlar, no depende de ti, o no te va a pasar a ti).
- La existencia de tratamientos/respuestas para ITS y embarazos no deseados abre la puerta a la práctica sexual de riesgo.
- La familia y la escuela se asocian positivamente a la disponibilidad de información y al grado de concienciación. Los amigos no se configuran como grupo de presión, si acaso como grupo de información/consulta.
- Aunque se valoran positivamente las campañas institucionales se sugieren áreas de mejora (dirigidas a edades más tempranas y a colectivos menos generalistas).
- Internet aparece como la fuente más consultada (rapidez, privacidad, cantidad información) y la estrategia suele ser la triangulación de información y de fuentes.
- Gran mayoría de los entrevistados muestra alta autoeficacia que se traduce en conocimiento, conciencia y en el uso de medidas preventivas (mayormente el preservativo). El miedo mayor es que se rompa. Existe un alto componente aparente de control percibido en la práctica sexual, y de ser capaz o hábil en encarar los riesgos asociados.
- Nos podemos apoyar en distintas teorías para explicar la percepción de los jóvenes del riesgo derivado de prácticas sexuales: Teoría de la Motivación (autoeficacia se traduce en conocimiento, conciencia y en el uso de medidas preventivas), Teoría de Compensación de Riesgos (existencia de respuestas médicas para ITS y embarazos no deseados abre la puerta a la práctica sexual de riesgo), Teoría de la Acción Habitual (la pareja estable infunde confianza, y la confianza deriva en no utilizar prevención), Teoría de la Racionalidad Situada (percepción de riesgo

atenuado por el alcohol) y Teoría de la Acción y Control Social (papel de la familia y la escuela en el acceso a información y como agentes de concienciación).

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un problema de salud pública relevante, no sólo por su número sino también por las consecuencias que se derivan de ellas tanto a largo como a corto plazo. Se debe recordar que las secuelas de las ITS en el organismo humano pueden conllevar un incremento del riesgo de contraer otras ITS (así como el VIH) y que, en mujeres, por ejemplo, algunas ITS como la infección gonocócica, la Chlamydia o el Virus del Papiloma Humano son detonantes de ciertos tipos de cáncer de útero, enfermedad inflamatoria pélvica, complicaciones en el embarazo e incluso problemas de infertilidad. Según datos del Informe del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III "Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 2016", publicado en 2018, hay un claro aumento en la detección de algunas ITS. Como ejemplo de ello podemos tomar la situación de la infección gonocócica que ha experimentado un aumento muy significativo, pasando de una tasa de 2,04/100.000h en 2001 a una tasa de 13,89/100.000h en 2016 (Centro Nacional de Epidemiología 2018).

Con una afectación mayor en hombres que en mujeres, en el año 2016, se notificaron en España 5.980 casos de infección gonocócica (gonorrea), 2.429 de sífilis, 7.112 de infección por Chlamydia trachomatis y 248 de linfogranuloma venéreo. Se destaca aquí también que, en el conjunto de España en 2016, en lo que atañe a la infección gonocócica y a la Chlamydia, las tasas más elevadas se dieron en Catalunya (28,97% y 46,4% respectivamente). En la mayoría de ITS, el grupo de edad con mayor afectación se encuentra en la franja de 25 a 44 años y, en las mujeres de entre 20 y 24 años, se observan las más altas tasas por 100.000 habitantes en infección gonocócica y en Chlamydia, alcanzándose cifras de 21,56 y 120,64 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) también es una de las preocupaciones referidas por los jóvenes. Según el Informe "Estimación del continuo de atención del VIH en España, 2016", publicado en abril de 2019, se estima que, a 31 de diciembre de 2016, había 146.500 personas con VIH en España (prevalencia del 0,37%) y que, de ellas, un 13,7% podían no ser conscientes de ello.

Según el informe del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III de Madrid "Mortalidad por VIH y sida en España. 2016. Evolución 1981-2016" publicado en 2018, en 2016, la tasa de mortalidad global por VIH y sida fue de 1,1 por 100.000 habitantes, dándose el mayor número de defunciones en hombres (77,3%). En este aspecto, vemos un descenso muy relevante. Entre 1981 y 2016 se han producido en España un total de 58.660 fallecimientos por VIH y sida, 80,9% en hombres y 19,1% en mujeres. El número de defunciones alcanzó su máximo en el año 1995, con 5.857 fallecimientos. A partir de este año, los fallecimientos disminuyeron de forma muy importante hasta 1998 (descenso del 68%) y con un descenso más paulatino a partir de 1999. Destacar por último que, con respecto al año previo, el número de fallecimientos en 2016 se redujo un 21,3%.

En lo que atañe al embarazo no deseado o no planificado, el "Informe Juventud en España 2016", avisando de las limitaciones muestrales de su encuesta en este sentido, apunta a un 4,7% de mujeres que se han encontrado en esta situación. Destacamos aquí que, según este informe, de las jóvenes que se han quedado en estado sin buscarlo, el 3% lo ha hecho antes de cumplir los 15 años, el 24% entre los 15 y 17, y el 31% entre 18 y 20 años. En lo que atañe a la Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE). Según el Informe "Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2017" del Ministerio de Sanidad de España (MSCBS 2017), encontramos una tasa de 10,51 por mil mujeres con una mayor prevalencia en la franja de edad 25 a 29 años. Catalunya es la que ocupa el tercer puesto en IVE (después de Madrid y Baleares) con una tasa por 1.000 de 12,89.

Teniendo en cuenta que los chicos y las chicas tienen comportamientos sexuales diferenciados (Faílde et al. 2008), en este apartado presentamos varios aspectos sobre la visión que tienen los jóvenes españoles de entre 18 y 34 años, en relación con los riesgos asociados a las prácticas sexuales (especialmente ITS y embarazo no deseado). Se exponen y se analizan así mismo los condicionantes expresados por los entrevistados para evitar o asumir ciertos riesgos, así como la valoración que realizan de las fuentes de información y de concienciación disponibles.

Aspectos metodológicos

Debemos recordar aquí que, al indagar sobre las percepciones de riesgo relativas a prácticas sexuales entre los jóvenes, a nuestros entrevistados se les ha preguntado en un marco más amplio relativo a la valoración de otros posibles riesgos para su salud.

Esta observación sirve al propósito de entender que, cuando los/as entrevistados/as hablan de los riesgos asociados a sus prácticas sexuales, sus discursos se construyen en un marco más amplio.

En ningún caso se pregunta inicialmente sobre el riesgo asociado a esas prácticas, esperando que sean los propios entrevistados los que se refieran a esas prácticas como un motivo de riesgo o preocupación para su salud. Cuando adentrados en la entrevista se pregunta por ellas, se hace con la finalidad de indagar específicamente en los motivos por los cuales no las han nombrado como posible riesgo. Es por ello que la información derivada de los discursos no se despliega de la misma manera ni con la misma profundidad en cada uno de los casos estudiados.

La mayoría de los sujetos entrevistados para este proyecto no han contestado de forma espontánea (sin que se les haya preguntado específicamente sobre ello) que la sexualidad sea uno de los riesgos principales para la salud. En total se han analizado 31 discursos en los que aparecen referencias explícitas a prácticas sexuales y salud, del total de 33 entrevistas realizadas en el marco general del proyecto.

Resultados y discusión

CONDICIONANTES PARA TENER EN CUENTA O ASUMIR CIERTAS PRÁCTICAS DE RIESGO.

El riesgo forma parte de nuestra vida diaria, pero hay elementos que condicionan claramente el que algún factor sea percibido como tal, así como en qué medida lo hace. En este apartado, analizamos varios aspectos que abren la puerta a prácticas sexuales de riesgo: la influencia del conocimiento (o creencia de disponer del mismo) y el control (o creencia de disponer del mismo), los detonantes externos (como el consumo de alcohol, la pérdida de control) en la práctica sexual, la confianza en la pareja, y la influencia de la existencia de tratamientos pre-post. Deseamos poner el énfasis en diversas teorías de percepción del riesgo, entre ellas la importancia de la *Teoría de la Compensación de Riesgos* (Hogben 2008), (Morrongiello et al. 2007, Wilde 1994), la *Teoría de Racionalidad Situada* (Rhodes 1997, Cafri et al. 2009), la *Teoría de la Acción Habitual* (Kasperson et al. 1988, Rhodes 1997, Weyman y Kelly 1999, Weller et al. 2013), la *Teoría de Motivación* (Rogers 1975) o las *Teorías de Acción y Control Social* (Harding y Eiser 1984, Cooper 2003, McNeely y Falci 2004, Gardner 2005) como bases para explicar los discursos de los entrevistados. Estas teorías deben tenerse en cuenta en su conjunto como focos de análisis en las intervenciones para la reducción del riesgo (Eaton 2007).

Tener en cuenta los elementos que de todas ellas se desprenden, puede conducir a intervenciones más eficaces, especialmente en lo relativo al VIH (Scott-Sheldon et al. 2016).

Conocimiento y percepción de control.

En este apartado se analiza el conocimiento (o creencia de disponer del mismo) y el control (o percepción de disponer del mismo), como elementos básicos para entender los discursos asociados a los riesgos que entrañan las prácticas sexuales. Como se expone en la “teoría de compensación de riesgos” (Wilde 1994, Hedlund 2000), nuestra percepción del riesgo, normalmente, viene asociada a nuestra creencia de control sobre éste. Partimos de la base que se aceptan mejor aquellos riesgos sobre los que se cree tener control y de la idea que la percepción de riesgo se atenúa si el riesgo es voluntario y se amplifica si es impuesto, aunque los riesgos puedan ser similares. Es necesario apuntar que el control percibido no se corresponde necesariamente con el control real y que los estudios socio-psicológicos muestran que tendemos a sobreestimar nuestra capacidad para controlar una situación. Por otro lado, el creer conocer un riesgo determinado o las posibles consecuencias de éste puede afectar al grado de voluntariedad con el que se asume.

La gran mayoría de los entrevistados afirma disponer del conocimiento necesario sobre los riesgos asociados a ciertas prácticas sexuales y parecen ser conscientes de los mismos y de la necesidad del uso de medidas preventivas (mayormente el preservativo). Se trata de un discurso aprendido, pero, en este caso, a veces no practicado. El conocimiento (o creencia de tenerlo) se convierte en un condicionante para percibir una práctica como riesgo para la salud y para priorizarla (o no) frente a otros riesgos posibles. Saura et al. (2009:146) encuentran en su estudio que “el riesgo de ITS se percibe como bajo y construido por los conocimientos que tienen, sobre todo del sida”. En el siguiente extracto de entrevista a una mujer de 30 años residente en Barcelona y con pareja estable, se observa que la sensación de conocer los riesgos asociados a ciertas prácticas sexuales deriva en la posibilidad de evitar consecuencias adversas:

“(...) o con el SIDA, que vayas con cuidado de nada de saliva, nada de sangre, nada de nada. Y luego con las relaciones sexuales igual, son momentos en los que sí que puedes tener algo y puedes evitarlo. Y es como, si puedes evitar algo, evítalo. (...) Pero sí que es verdad que sí sabes algo que puedes evitar en ese sentido.” [E10, mujer, 30 años].

En este mismo extracto, vislumbramos la referencia al control de la situación debido al conocimiento que se tiene del mismo: *"sí que es verdad que sí sabes algo que puedes evitar en ese sentido"*. Aparentemente, existe un alto componente de control percibido en la práctica sexual y también una percepción de ser capaz o hábil para encarar los riesgos asociados. El siguiente caso corresponde a un varón de 23 años con un alto grado de interés en informarse sobre las diferentes ITS y sistemas de protección que muestra un alto nivel de autoeficacia afirmando que siempre usa preservativo –excepto en una ocasión *"porque había plena confianza"*. En lo que atañe a las ITS explica que, *"a pesar de conocerlas"*, es uno de los riesgos que más le preocupa:

"Pensaría también en el sexo sin protección... es una de las cosas a las que más miedo le tengo y porque considero que es la que más riesgo tengo de... el cambio climático no depende de mí, entonces entre las que podría evitar y considero que puede ser... tener más riesgo de caer en ella es la de 'ITS' (...) del tabaco soy esclavo, de mis relaciones sexuales yo soy el dueño."[E2, hombre, 23 años].

En el discurso de este entrevistado vemos un claro ejemplo de la influencia que tiene el grado de control percibido en la concepción y valoración de los riesgos para la salud. La afirmación *"del tabaco soy esclavo, de mis relaciones sexuales yo soy el dueño"* es digna de atención. La preocupación, en este caso, está muy ligada a valorar los riesgos en función de lo que *"depende de él"*. A su vez, es un claro ejemplo de lo expuesto según la teoría de la motivación apuntada por Rogers en 1975 en la que se tienen en cuenta la importancia del conocimiento de los riesgos, la voluntariedad de evitarlos y la capacidad racional del individuo para valorar los beneficios y los costes de asumir o de evitar un riesgo. Se postula que las personas asumen un riesgo cuando están motivadas, tienen capacidad para hacerlo y, en especial, cuando han experimentado sus consecuencias o las han vivido de cerca, como es el caso de nuestro entrevistado.

Las experiencias en prácticas de riesgo *"sin consecuencias"* motivan la sensación de control percibida. En relación con la percepción y la asunción de riesgos en el marco de las relaciones sexuales, tal y como apunta la teoría de la acción habitual, debemos tener en cuenta la influencia de la familiaridad y de la experiencia previa, asociadas (o no) a la confianza y/o al supuesto control de la situación. A medida que conocemos un riesgo, gradualmente nos habituamos a él y comenzamos a aceptarlo. Por tanto, un riesgo que está presente durante mucho tiempo tiende a atenuarse debido a la familiaridad que supone, aunque el riesgo y sus efectos sean los mismos.

Efectivamente, las personas que han tenido varias relaciones sexuales sin protección y no les ha pasado nunca nada pueden volverse "insensibles" al riesgo. Un ejemplo de ello lo encontramos en un chico de Badalona que reside en un piso con 3 estudiantes más; ha tenido varias relaciones sexuales de riesgo sin preservativo -a veces conociendo a la chica sólo de una noche- y apunta que la mayoría de sus amigos también hacen lo mismo y que, además, utilizan la "marcha atrás" como supuesto anticonceptivo:

*"No lo uso la verdad, alguna vez luego se rompe... es un poco lío la verdad, las últimas veces que he tenido relaciones han sido sin condón, la última se rompió el condón y bueno... **¿Y la diferencia entre esta última y las otras pasadas fue por algún motivo o?** No... simplemente bueno ya me conocía yo a la chica y dije bueno por si acaso, pero... bueno. **¿Por si acaso se queda embarazada?** No, o por si me pasa alguna ITS o algo, no se sabe nunca. Pero es como te pille en el momento, normalmente no quieres usar condón, pero, a lo mejor en ese momento se te enciende la bombilla y dices bueno, pero a lo mejor se te apaga la bombilla y dices bueno. (...) **¿Y has valorado los riesgos? ¿Del condón?** Sí sí, sobre todo al día siguiente, pero es lo que te digo, vas con la marcha puesta ya, en general, hasta que pasa algo y luego ya... pero si no, es como bueno confías un poco, y así, lo piensas, pero no lo haces." [E4, hombre, 23 años].*

En este mismo extracto de entrevista observamos como la práctica de riesgo no sólo se da por cuestiones de confianza en la pareja sexual, sino que también interviene la cuestión de suerte o azar para confiar en que no se contraerá ninguna ITS. Siguiendo las teorías de la racionalidad situada, también apunta a que el uso o no de protección se da "en función del momento". En algunos casos, la práctica de riesgo también se puede ver reforzada por la experiencia "positiva" de referentes próximos:

"Es que mi madre yo creo que... también ha mantenido relaciones sexuales sin ningún tipo de protección..." [E14, mujer, 24 años].

La experiencia actúa como condicionante, aunque sea para matizar la conciencia de la importancia del uso del preservativo, tal como lo expresa la siguiente entrevistada:

"Somos conscientes en que sí que nos lo han dicho que es súper importante, que no sé qué, no sé cuántos, pero como tampoco vemos casos..." [E27, mujer, 20 años].

El alcohol como atenuante de la percepción de riesgo.

Una parte significativa de estudios sobre comportamiento sexual se centran en los efectos del alcohol como detonante para la pérdida de control en la práctica sexual "segura" (Hogben 2008, Saura 2009, entre otros). El alcohol está asociado de forma directa con la posibilidad de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual mediante el aumento de las conductas de riesgo sexual (Scott-Sheldon et al. 2016). El modelo de la "miopía del alcohol" (entendido en términos farmacológicos) (Steele y Josephs 1990) plantea que éste disminuye la capacidad cognitiva y deriva así en un menor uso de preservativo mientras que el modelo de la "teoría de la expectativa de resultado" se centra en analizar los efectos psicológicos en las prácticas sexuales de riesgo apuntando a que se espera que el consumo de alcohol posibilitará una práctica sexual al inhibir el comportamiento de los jóvenes. Encontramos ejemplos de ello en los discursos de los entrevistados aludiendo a situaciones en las que el alcohol media en la decisión de usar o no preservativo, de exponerse al riesgo o no:

"La primera vez, con el chico de Igualada, sí lo usé. Con el otro la primera me lo pidió y dije "suda tío". Estaba borracha." [E27, mujer, 20 años].

Varios estudios han contrastado la influencia del alcohol apoyándose en las teorías de la miopía del alcohol y la teoría de expectativa de resultados en prácticas sexuales de riesgo apuntando algunos matices: mediante diseños experimentales contrastado con modelos de regresión jerárquica, Maisto et al. (2002) encuentran por ejemplo una relación positiva entre consumo y prácticas de riesgo, pero no a la inversa y con matices relevantes en función del marco teórico de referencia. Weinhardt y Carey (2000) encuentran que no hay relación directa con el consumo de alcohol y el sexo sin preservativo si no es controlando por edad y experiencia sexual de los participantes. En este marco, la "teoría de la motivación" se torna contrastable.

En el presente estudio también encontramos referencias al alcohol, las drogas y al entorno de "fiesta" como factor reconocido de descontrol derivando en relaciones sexuales sin protección:

"(...) bueno y por... entre comillas es un poco culpa del alcohol y por el ambiente, me ha supuesto un riesgo." [E32, mujer, 18 años].

"No no, es... siempre... tomar precauciones eso siempre lo he tenido lo he tenido claro... y con pareja... ningún tipo de miedo, es más el miedo de que se rompa el preservativo. Pero cuando si salía más de fiesta o he conocido a, a más chicas pues sí que... el riesgo que percibía era mucho mayor y..."

yo era consciente de ello, y pues siempre estaba asegurándome de que el preservativo no se rompiera, no se saliera.” [E1, hombre, 24 años].

El nivel de autoeficacia en este sujeto es muy elevado y centrado en la problemática de rotura del preservativo. Nuestros entrevistados muestran una alta conciencia del problema de exponerse, pero emerge cierta “racionalidad situada” al mencionar los descuidos o la no prevención motivadas por las circunstancias que rodearon la práctica, especialmente el consumo de alcohol. En el siguiente discurso vemos como un varón con una alta conciencia de la necesidad de usar el preservativo, también lo refiere como elemento de riesgo:

“Porque alguna vez sí que me he visto sin protección, sin preservativo y tal he dicho ojo, haz otra cosa porque a ver si vas a pillar algo o vas a tener un embarazo no deseado o algo así. ¿Y te has frenado? Me he frenado sí, igual alguna vez no, pero sí que aun yendo borracho me he refrenado.” [E30 hombre, 31 años].

La confianza en la pareja.

La pareja estable es el condicionante más citado entre los estudios sobre riesgos sexuales (Bayés et al. 1995, Comunidad de Madrid 2004, Saura et al. 2009, Bergamini et al. 2013, entre otros). En un estudio con datos obtenidos mediante cuestionario auto-administrado en jóvenes de escuelas de educación secundaria de Italia, Bergamini et al. (2013) encontraron una diferencia relevante en este sentido: un 46,4% de su muestra no usaban preservativo al disfrutar de pareja estable frente un 9,5% de aquellos con parejas esporádicas. Bayés et al. ya en 1995, fueron un paso más allá y observaron en sus estudios la importancia de la “monogamia serial” (varias relaciones consecutivas en el tiempo siendo fiel en el período de cada una). Aun disfrutando de varias parejas sexuales consecutivas, la sensación de seguridad por el carácter monógamo de la relación sigue estando presente para justificar una práctica sexual de riesgo.

La pareja estable infunde confianza, y la confianza deriva en no utilizar métodos de protección contra ITS (mayormente preservativo), en consonancia con la teoría de compensación de riesgos, que establece que las personas tienden a tomar más riesgos cuando sienten una mayor sensación de seguridad. En este caso la confianza es la base de la práctica sexual aceptada como de no riesgo (pareja estable, mostrar cariño, devolver la confianza a la pareja), parece confirmarse aquí. A continuación, presentamos algunos ejemplos que muestran esta premisa, tengan o no pareja estable en el momento de la entrevista e independientemente de si usan o no métodos anticonceptivos (siempre o normalmente).

El primer ejemplo es el de un varón con estudios universitarios y con pareja estable, y basa su discurso en la confianza en la pareja y vincula el riesgo al número de parejas sexuales:

"¿Posicionamiento? A ver, es que tampoco es que haya tenido muchas conductas de riesgo porque tampoco... tampoco es que haya tenido relaciones de riesgo porque tampoco he tenido muchas parejas... no era de los típicos jóvenes de ahora que cada semana uno... pero si la otra pareja está sana, en teoría... no hay que preocuparse entiendo yo." [E6, hombre, 32 años].

En el siguiente ejemplo, un varón de 32 años de Zaragoza también con estudios superiores que vive solo, encontramos el reflejo de la teoría de la motivación, por tanto una alta motivación por evitar el riesgo (afirma tomar siempre medidas de protección), con una alta percepción de autoeficacia y realizando análisis de sangre de forma regular para controlar posibles enfermedades. A su vez, en este contexto, sigue afirmando que la confianza en la pareja y el no hacerlo "con gente desconocida", son las condiciones necesarias para evitar el riesgo:

*"Eh... alguna enfermedad de transmisión sexual ahora podría ser, ahora que no tengo pareja estable sí, podría ser **¿y qué haces?** Preservativo siempre. No hay más. Una vez me hice una analítica completa, hace años para ver si tenía, si en algún momento había tenido algún tipo de enfermedad de transmisión sexual. Me salió todo limpio y eso fue hace año. **¿Y no te lo has vuelto a hacer, no lo has considerado?** No... no he tenido ninguna práctica de riesgo con lo cual siempre ha habido preservativo de por medio, con lo cual no, considero y tampoco ha sido con gente desconocida, siempre con la gente que ha habido siempre era o la conocía de antes o era el amigo de un amigo, con lo cual un poco, no es que confíes, pero por lo menos sabes que el tipo de vida que ha llevado no es muy diferente al mío." [E17, hombre, 32 años].*

Otros muchos discursos apoyan la idea de vincular confianza a pareja estable y riesgo a múltiples parejas. Una mujer de 29 años, con pareja estable y que no usa preservativo, reconociendo que "a veces igual nos despreocupamos demasiado", asocia también el riesgo a múltiples parejas sexuales y a la confianza en una pareja estable:

"si no tienes una pareja estable y tienes relaciones con varias personas podría entender que al no conocer o no conocer tan bien a la otra persona pues no sabes que problemas puede tener esa persona." [E24, mujer, 29 años].

La confianza que genera la pareja estable condiciona la percepción de riesgo, atenuándola, dejan de ver la práctica sexual como de riesgo:

"(...) no, no suelo ver riesgo en este tipo de situaciones." [E24, mujer, 29 años].

Y que, en todo caso, se transmuta el riesgo de ITS en embarazo no deseado:

"Tampoco lo veo como muy alto riesgo. Lo veo como riesgo, pero no... El embarazo más que otra cosa. No he pensado nunca en enfermedades de transmisión sexual porque la confianza que digo..." [E14, mujer, 24 años].

Se asocia por tanto el riesgo al grado de exposición al mismo (número de relaciones sexuales, parejas distintas, prácticas sexuales sin protección), y el no riesgo a tener pareja estable.

La existencia de tratamientos o intervenciones pre-post.

La existencia de tratamientos (vacunas, antiretrovirales, medicamentos, pastillas del día después...) para ITS o riesgos de embarazo no deseado abre la puerta a la práctica sexual de riesgo. En este sentido, la teoría de compensación de riesgos, entendida desde una perspectiva cognitiva, apuntaría que la seguridad y la eficacia que perciben los jóvenes respecto a los tratamientos contra las ITS o embarazos no deseados hace que los costes que suponen las prácticas de riesgo no se vean tan inaceptables y se asuman esos comportamientos de riesgo con más frecuencia. En breve, en el caso que "pase algo" no deseado hay una solución accesible. Según Saura (2009) "los conocimientos y las creencias sobre la anticoncepción de emergencia (ACE) y sobre todo la accesibilidad tienen un peso importante. No todos disponen de suficientes conocimientos en cuanto a funcionamiento ni uso, aunque saben que pueden ir a buscarla como último recurso para evitar el embarazo" (2009:146 y sig.).

Eaton (2007), ayudado por una exhaustiva revisión bibliográfica, reflexiona sobre las consecuencias de los avances en los tratamientos para el VIH y afirma que "although they can reduce the rate of HIV transmission at varying levels of efficaciousness, it is vital to anticipate their impact on subsequent sexual behaviors" (Eaton 2007:165). Este hallazgo es consistente con la "teoría homeostática del riesgo" que plantea que una disminución en el riesgo percibido deriva en una mayor aceptación del comportamiento de riesgo.

El aumento de las posibilidades médicas (y avances tecnológicos) de tratamiento o prevención de VIH ha promovido los estudios respecto a la teoría de compensación de riesgos para esta enfermedad en particular confirmando que las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías (tratamientos para el cáncer, vacunas, sistemas de protección...) afectan a la valoración de la percepción de riesgo de una acción y, por tanto, modifican nuestras acciones: "even modest increases in sexual behaviors resulting from increased use of antiretrovirals will offset the potential preventive benefits of HIV treatments" (Eaton et al. 2007:165). Este varón de 24 años que reside en Barcelona con sus padres, reflexiona sobre este hecho de la siguiente manera:

"Como el SIDA, pues mucha gente dice... pues mira pues si pilló el SIDA como hoy en día el SIDA es una enfermedad que se puede cronificar que se puede volver crónica que no me voy a morir... pues pierden el miedo a todo eso." [E1, hombre, 24 años].

En esta misma línea, un varón con alta conciencia del riesgo de exponerse y que afirma usar siempre preservativo, referencia la importancia de 'acostumbrarse' a la presencia de una enfermedad que parece controlada:

"(...) pues el sida no, una enfermedad contagiosa, eso está ahí aunque ahora quizá la gente, la sociedad se ha acostumbrado a esa enfermedad y parece que como que ahora no pasa nada porque no es mortal entre comillas, pues bueno parece como ala una tontería pero no es ninguna tontería." [E28, hombre, 29 años].

Desde un punto de vista de salud pública y servicios sanitarios la incongruencia y singularidad que implican este tipo de comportamientos merecen atención. En efecto, la existencia de tratamientos efectivos, seguros y accesibles a la población hace que, paradójicamente, aumente la incidencia y prevalencia de aquellas condiciones o riesgos que pretendemos disminuir o controlar, y eso es así por que la percepción de riesgo de la población disminuye con la existencia de esas mismas intervenciones sanitarias.

VALORACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN Y DE LOS AGENTES DE CONCIENCIACIÓN.

Para un enfoque efectivo de políticas públicas, se hace necesario explorar el papel de las instituciones y organizaciones en la gestión de la información y en su capacidad como agentes de concienciación frente actitudes de riesgo. Debemos notar que las campañas institucionales, las redes sociales o Internet, la familia, la escuela y los amigos, son potenciales fuentes de información y guías de acción

que pueden actuar tanto como agentes atenuantes o como potenciadores de conductas de riesgo. Nos preguntamos por ¿Cómo perciben y valoran las fuentes de información los jóvenes en lo que atañe a las prácticas sexuales? ¿cuáles son las más bien valoradas? ¿cuáles son las más usadas? ¿por qué motivo? Se observan aquí, por tanto, elementos propios de las "teoría de la acción social" y la "teoría del control social" en la percepción del riesgo.

Agentes de control.

Las campañas institucionales hacia los jóvenes españoles como fuente de concienciación e información se dirigen mayoritariamente a la prevención de ITS y a la seguridad vial. En lo que aquí respecta, las relacionadas con la práctica sexual de riesgo, de los discursos de los jóvenes entrevistados se desprende que, aunque en general prevalece una valoración positiva de las campañas institucionales, se sugieren ciertas áreas de mejora que se concretan en tres aspectos: la edad en la que se reciben, los colectivos a los que se dirigen y al grado de concreción de los mismos. En el siguiente ejemplo, un varón residente en L'Hospitalet de Llobregat valora positivamente las campañas institucionales apuntando a su vez la importancia de la edad en la que se toma contacto con la sexualidad:

"Pues, mostraban un chico o a una chica muy guapos. En plan, alto deportista, ojos azules, y tal. Y de repente cambia totalmente... tiene VIH, no sé qué no sé cuántos. En plan no te guías solo el físico, utiliza protección. Campañas así me parecen buenas, porque tener en cuenta que la tele lo ven hasta niños pequeños empiezas desde de muy temprana edad a advertir que hay problemas sexuales." [E29, hombre, 18 años].

Curiosamente, valorando el mismo anuncio institucional, el siguiente sujeto residente en un pueblo de Tarragona y con pareja estable, apunta precisamente lo contrario:

"Yo opino que son pésimas. Sí, no sé, anuncios de estos del "Gobierno de España" sobre tener relaciones sexuales son de risa." [Trad., E16, hombre, 19 años].

Otro chico de Zaragoza apunta a la importancia de los colectivos a los que se dirigen las campañas:

"Pero que tienen que ser más centradas, no tan generalistas. Pues ahora mismo las transmisiones de VIH son más entre parejas heterosexuales que entre parejas homosexuales, por el bombardeo desde los colectivos que han

tenido en todo el colectivo LGTB, y entonces ahí se ha incidido y ha habido un cambio". [E30, hombre, 31 años].

La escuela es otra fuente relevante de información y un agente de concienciación que puede tener impacto en la actitud de los jóvenes desde muy temprana edad. Según Bergamini (2013), "school can play an important role in reinforcement of sexual education programs and directing young people to general practitioners and primary sexual health care services" (Bergamini 2013:114). En términos generales, en nuestros sujetos de estudio, las charlas o programas de concienciación e información que se dan en las escuelas están bien valoradas, aunque se apuntan algunas posibles mejoras relacionadas especialmente con la edad de los jóvenes que las reciben. En el siguiente extracto de una entrevista realizada a un varón de 18 años, se ve un ejemplo de ello:

"De vez en cuando nos hacen charlas de protección sobre protección sexual, o sobre las drogas, pero eso más que todo en la ESO. Para mí me sirvió muchísimo, a mis amigos, con el grupo con el que me llevo también, pero hay otro que es aparte que parece que no. (...) O muy tarde, por ejemplo, en 4rt de la ESO te dan la charla de la sexualidad, cuando la sexualidad ya la has tenido un poco antes. Se piensan que los niños les da tal pero ayuda más. Más joven empiezas a saber todo esto, menos riesgo tiene para las generaciones futuras." [E29, hombre, 18 años].

Internet aparece como la fuente más consultada, mayormente debido a su rapidez, privacidad y cantidad de información disponible. Una de nuestras informantes, una chica que vive con sus padres en el barrio de clase alta de Barcelona y que cursa estudios universitarios cuando se le pregunta por cómo se informa, responde de forma contundente:

"En internet. Sí, alguna vez que he oído que x persona tiene esto, lo he oído o lo he visto en alguna película pues voy a mirar que tipo de enfermedad es, como se transmite, todo esto (...) Sí, principalmente porque la considero que es más rápida." [E11, mujer, 21 años].

En este caso, ni la escuela (religiosa) ni la familia se han conformado como fuentes de información y ha recurrido a internet. Internet también es considerada una fuente para la triangulación de información:

"A parte de la familia, la escuela, sobre todo con charlas sobre sexualidad, ahora gracias a internet también puedes buscar información o cuando dan una charla también te ofrecen páginas de internet para que busques." [Trad., E13, hombre, 25 años].

Los jóvenes también encuentran dificultades para seleccionar la fiabilidad de la información de la red:

"Normalmente busco por internet, pero no Wikipedia. ¿Y qué páginas? No sé, yo busco alguna página que vea, normalmente no me sale a la primera. Leo bastantes para ver si tienen lo mismo, de medicina, o de la Generalitat, para que coincida todo." [Trad., E13, hombre, 25 años].

Aunque sea una fuente muy consultada, también tiene sus peligros (información no contrastada o falsa) y deriva en que los jóvenes encuentren otras fuentes de información y/o comunicación. En el extracto de entrevista a una mujer de 23 años, que cursa estudios universitarios y vive con sus padres en Barcelona, explica cómo y porqué utilizaba Internet como fuente de información y cómo su falta de credibilidad derivó en que acudiera a centros "físicos" de atención:

"Claro, por ejemplo, en mi sentido a mi lo que me pasó es que yo empecé a ser activa sexualmente muy joven, entonces no tenía nadie con quien comentarlo ni mis padres, ni mis amigos y tal, entonces, me tuve que enterar sola de las cosas. Pero... tenía unas cosas claras, otras que no sabía, otras que dije joder... [...] ¿a quién recurre? Pues a Internet o... bueno iba mucho a un centro de jóvenes, de atención sexual que está por Lesseps, pues iba bastante allí porque tenía muchas dudas [se ríe] entonces, claro como en Google todo es malo, todo estás embarazada pues entonces me enteré de que existía entre centro, justo en el colegio." [E8, mujer, 23 años].

Esta chica no encontró lo que buscaba ni en Internet ni en el servicio de ginecología institucional y acudía a un CJAS, un Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad, una institución fuera del circuito tradicional sanitario y de fácil acceso por parte del colectivo joven para informarse sobre temas relacionados con prácticas sexuales y sus riesgos. Este hecho muestra desconfianza hacia mecanismos más tradicionales y a su vez la búsqueda de un entorno más amigable, cercano y no normativo. Saura et al. (2009) ya avisan de la casi nula influencia del sistema sanitario sobre los conocimientos y la construcción del riesgo respecto de las relaciones sexuales en los jóvenes españoles y añade que, en su muestra de estudio, "la mayoría nunca recurriría a su médico de atención primaria ante dudas o para obtener información" (Saura 2009:147). Las razones pueden ser varias; entre ellas, como se observa en el siguiente extracto de entrevista, el "no encontrar la respuesta deseada":

"Pero iba bastante a este centro para que me asesoraran y tal porque es que yo tenía una regla super irregular y tal y lo pasé muy mal y fui a este

centro por la atención era más directa, porque pensaba ir al ginecólogo y tal pero fui a una vez pero no me dieron quizás la respuesta que yo esperaba, ¿sabes? en plan... "es normal" pero es que claro... yo, buscaba quizás algo más y fui a ese centro que te dan atención especializada y gratuita encima y..." [E8, mujer, 23 años].

El papel de la familia y de los amigos.

La familia y los amigos son los principales agentes que nos ayudaran aquí a contrastar la importancia de los elementos propios de la "teoría de la acción social" y en parte la de "control social" ejercido por la familia en tanto que institución. La primera argumenta que las personas asumen riesgos en gran medida debido a la presión del grupo de amigos o pares, lo que favorece una percepción general acorde con la percepción que defiende el grupo. Se puede persuadir a una persona a que adopte un comportamiento inseguro si "todos los demás lo están haciendo" o si la comunidad en general no considera que una acción sea insegura. El significado social asociado a las conductas de alto riesgo puede incentivar a las personas a involucrarse en ellas. Los individuos se ajustan a las normas grupales para evitar ser excluidos y acaban por aceptar los comportamientos y opiniones de su grupo de referencia (Harding y Eiser 1984, Cooper 2003, Gardner 2005).

Diferentes estudios muestran que los referentes culturales en la conducta de los jóvenes actúan como condicionantes de la acción, especialmente entre los varones jóvenes. En un estudio sobre conductas sexuales de riesgo con jóvenes de Suecia, Christianson et al. (2007:58) encuentran que "they constructed a masculinity that included multiple sexual partners, sex with prostitutes, or "conquering" girls in order to raise their status among friends". En nuestro contexto de análisis, la influencia de estos modelos de conducta no se menciona como una variable que condicione sus comportamientos de riesgo. Aquí, los amigos actúan más como fuentes de información (aunque no son referidos de forma espontánea) que como grupo de presión:

"Bueno, alguna vez algún amigo sí que me ha informado de algo que no sabía, pero..." [E11, mujer, 21 años].

En el caso que actúen como referentes de comportamiento, lo son como experiencia de lo que no se debe hacer; en este caso, una chica que afirma tener cuidado con las prácticas sexuales de riesgo nombra a las experiencias negativas de gente próxima:

"(...) siempre he usado condón cosa que a veces veía a mis amigas que no tomaban precauciones o lo usaban muy poco y les decía: escucha chica..."
[E7: mujer, 25 años].

Cuando hablamos de grupos de presión y de prácticas de riesgo aceptadas por formar parte de las características del grupo de referencia, no debemos olvidar el factor edad:

"Depende la edad, sí y la experiencia. Evidentemente una persona de 14 años por edad y generalizando se va a dejar mucho más llevar que alguien de 30, porque por las experiencias que ha tenido el de 30, el de 30 va a decir hasta aquí hemos llegado." [E28, hombre, 29 años].

En términos generales, la familia se asocia positivamente con la información recibida y parece actuar como un agente de concienciación positivo en el caso que se dé una relación de comunicación:

"y además el tema de la educación sexual me pasa lo mismo con el tabaco es algo pues que mi familia también me ha educado bien en el sentido de ser responsable, tomar precauciones." [E1, hombre, 24 años].

También se alude a su experiencia como fuente de confianza:

"(...) la voz de la experiencia, si tu quieres saber algo sobre sexo hablar con alguien que ya lo haya hecho. En mi caso, con mis padres puedo hablar tranquilamente." [E19, mujer, 34 años].

El siguiente entrevistado, cuando se le pregunta por la principal fuente de información relativa al contagio de las ITS, referencia directamente a sus padres:

*"Mis padres, sobre todo, ¿yo creo que los tutores al final son los que nos inician no? **¿Has tenido una educación sexual en el seno de la familia?** Por supuesto, yo desde pequeño hablo con mis padres de sexo... cada día evidentemente no, pero sí a menudo, bastante. **¿Y te fías de lo que ellos te dicen?** Por supuesto, lo que pasa es que ellos también han necesitado actualizaciones (ríen)." [E28, hombre, 29 años].*

El caso que exponemos a continuación se deriva del discurso de un varón que vive con su madre en el barrio de Barcelona, con alta conciencia de la importancia de la salud sexual como elemento que *"también repercute en tu salud"*.

Afirma que “lo que me da más miedo y lo que más controlo son los riesgos de transmisión sexual”, parece conocer bien los riesgos asociados, y afirma usar siempre el preservativo (alta autoeficacia) excepto con una pareja con la que se hacían pruebas de ITS y les preocupaba el embarazo. En este contexto, reflexiona sobre la importancia de la confianza en la familia:

“Yo siempre he hablado de sexo con mi madre, o con mi tío he hablado de infinidad de cosas. Creo que entre las familias es un tema muy tabú, y eso creo que es malo. Porque cuando los temas son tabúes a la gente le interesa más, le interesa más hacerlo, pero hay menos información como para intentar no hacerlo mal. Mi tío, por ejemplo, no sé si por hacer la gracia, pero con 12 años me regaló 3 condones. Bueno, haciendo la gracia, pero te está diciendo que, si quieres hacerlo, pero con precaución. Y yo creo que esto cuesta mucho. Mi madre me regaló mis primeros condones, cuando ya era mayor, que ya era más consciente que ya lo haría. Aquí no se hace. Yo tengo amigos y les explico esto “mi madre no me regala unos condones”, o yo decir cuando tenía una cierta edad: “mama dame dinero para condones”. Esto es impensable aquí, al menos en todos los amigos que he tenido. Yo les decía pues pídele dinero para condones, “como le voy a decir eso.” [Trad., E13, hombre, 25 años].

Este varón apunta que en su entorno de amistades, y hasta podríamos decir que en su generación, no es habitual que los padres compren preservativos a sus hijos ni que ellos pidan dinero a los padres para ello y reclama la importancia de normalizar este tipo de conversaciones con la familia para que deje de ser tabú. Afirma que, al ser tabú, hay menos información y ello tiene consecuencias negativas.

En breve, en términos generales, los discursos defendidos por los jóvenes entrevistados apuntan que la familia y la escuela se asocian positivamente con la disponibilidad de información y con el grado de conciencia sobre las prácticas sexuales de riesgo. Los amigos no se destacan como grupo de presión, si acaso como un grupo de información y/o consulta.

Conclusiones

La mayoría de los jóvenes entrevistados para este proyecto muestra un alto grado de autoeficacia traducido en conocimiento, conciencia y uso de medidas de protección, mayormente el uso de preservativo. El uso del preservativo aparece en gran medida incorporado y los jóvenes tienen claro que los protege de las ITS y de embarazos no deseados.

A pesar de que los entrevistados creen disponer en general de un considerable conocimiento de los riesgos derivados de las prácticas sexuales, se observa que esos riesgos no suponen una prioridad a no ser que se den unas circunstancias concretas como el disfrutar de gran número de parejas sexuales o el no tener pareja estable. En general, observamos que el concepto de riesgo se asocia a la elevada exposición (número de relaciones sexuales, parejas distintas, prácticas sexuales sin protección), y al no encontrarse en situación de pareja estable. Una percepción elevada de riesgo lleva a una autoeficacia elevada, protegiendo sus relaciones sexuales independientemente del número de parejas.

La seguridad percibida derivada de los tratamientos médicos disponibles ante la exposición a prácticas sexuales de riesgo es un elemento a tener muy en cuenta. La existencia de tratamientos (vacunas, antiretrovirales, medicamentos...) para ITS y embarazos no deseados, abre la puerta a las prácticas sexuales de riesgo. Desde los medios e informes institucionales, así como desde los medios de comunicación, debería enfatizarse que el aumento de ITS en España, no solo responde a un mayor número de relaciones sexuales (esporádicas o con múltiples parejas) si no que también y de manera especial a la existencia de tratamientos y avances científicos para las ITS, el SIDA y los embarazos no deseados.

En lo que atañe a la valoración de las fuentes de información y concienciación disponibles, de los discursos derivados de nuestra muestra, encontramos que, en términos generales, la familia y la escuela se asocian positivamente con la información recibida y actúan como agentes de concienciación e información. Los amigos, sin embargo, no se configuran en los discursos de nuestros entrevistados como un grupo de presión, en todo caso como grupo de información o más bien de consulta.

En general, se valoran positivamente las campañas institucionales, aunque se sugieren áreas de mejora. Internet aparece en el discurso de los/las entrevistados/as como la fuente más consultada debido a la rapidez, la privacidad y la cantidad de información, aunque la estrategia más efectiva usada suele ser la triangulación de fuentes de información. Deseamos destacar también que los servicios oficiales de ginecología o atención primaria no son nombrados por parte de los jóvenes entrevistados como fuente de información preferente, y se acude a mecanismos alternativos que se consideran más próximos, íntimos y no moralizantes.

En una comparativa con otros elementos que los jóvenes pueden considerar como un riesgo para la salud, encontramos algunos elementos relevantes. En primer lugar, la referencia al "otro", es decir, tener en cuenta que la propia actitud afecta a otra persona, no aparece mencionada en los discursos de nuestros

entrevistados cuando hablan de prácticas sexuales -así como tampoco lo hace en relación con el tabaco y su influencia sobre los fumadores pasivos-. En la conducción al volante y la prevención de accidentes de tráfico sí encontramos una notable preocupación por las consecuencias que nuestras acciones tienen sobre los demás. En segundo lugar, a diferencia del discurso relativo a la salud que abunda en el ejercicio físico y que se relaciona con otros ámbitos de la vida cotidiana (tabaco, drogas, alcohol, tipo de trabajo o seguridad general percibida), para las prácticas sexuales, el riesgo no se relaciona con otros riesgos para la salud como parte de un estilo de vida.

En este capítulo hemos querido mostrar cómo los jóvenes entrevistados vertebran discursos de riesgo en torno a las prácticas sexuales y cómo las distintas teorías presentes en la literatura alcanzan a explicar esas percepciones de riesgo y finalmente sus comportamientos ante el mismo. Aparecen resultados que creemos que pueden ser de alto interés para la definición de campañas de información y concienciación, y para la definición de políticas sanitarias y de otro tipo, que van desde la redefinición de los sistemas institucionales de asesoramiento e información, o el re-direccionamiento de algunas campañas institucionales.

IDEAS FUERZA

- Prácticamente la totalidad de los sujetos reconocen el alcohol como un riesgo, y la mayoría –especialmente los tramos de edad más jóvenes– lo incluyen entre los tres riesgos que más influyen en su salud.
- Emerge en los discursos la vulnerabilidad y la falta de control a la que induce el alcohol. La vulnerabilidad y falta de control percibido se asocian a conductas violetas, prácticas sexuales de riesgo, y a una conducción también de riesgo.
- Uno de los factores que atenúa la percepción de riesgo en el consumo de alcohol es el llamado Delay Effect, por el cual los efectos adversos más importantes de dicho consumo tienden a aparecer de forma dilatada en el tiempo.
- La asociación entre fiesta y alcohol no está exenta de conflictos, en muchas ocasiones se vive como una imposición y favorece la normalización y banalización de una serie de comportamientos que ponen en juego la salud de los jóvenes.
- Aunque una parte de los entrevistados desacredite la propaganda del gobierno apelando al desconocimiento por parte de esas instituciones de la realidad social de los jóvenes, casi todos coinciden en que los mensajes advirtiendo del riesgo del consumo de alcohol, especialmente a la hora de conducir, tienden a ser efectivos.
- Especialmente las edades más jóvenes, tienden a consumir alcohol bajo los efectos de la presión social. Personas que inicialmente quizás no estaban dispuestas a consumir alcohol acaban ajustando su comportamiento a las normas grupales para obtener el reconocimiento de iguales o evitar las “sanciones” del grupo. Se toman actitudes de riesgo, de forma consciente, ante el grupo y en circunstancias de ocio aceptadas (Teoría de Control Social y Teoría de Racionalidad Situada).

11. Esta parte del estudio ha sido liderada por Eric Teixidó, Universitat de Barcelona.

- El consumo de alcohol está presente en otros entornos de riesgos para la salud, principalmente sexualidad, seguridad, y tabaco. En el caso de las prácticas sexuales, se ha observado que el alcohol atenúa la percepción del riesgo haciendo aumentar la tolerancia hacia prácticas sexuales sin protección. La seguridad aparece muy relacionada con el consumo de alcohol, por un lado los accidentes de tráfico, por otra las actitudes violentas derivadas del consumo.

- La rutinización del consumo de alcohol sin llegar a experimentar los efectos adversos o negativos de ello, genera una familiarización gradual con el riesgo que minimiza la percepción del mismo, aumentando la tolerancia a éste (Teoría de la Acción Habitual).

Introducción

Según datos del Ministerio de Sanidad (MSCBS 2017, MSSSI 2018) más del 91% de la población española entre 15 y 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas en algún momento de su vida. La edad en la que se inicia en el consumo de alcohol es de 16,6 años. Tres de cada cuatro (75,2%) personas declaran haber bebido alcohol en los últimos 12 meses, una cifra que va a la baja respecto a años anteriores, como también va a la baja el consumo diario desde el año 2011.

La prevalencia del consumo entre los hombres se sitúa en el 81,3%, con el máximo en el grupo de 25 a 34 años (84,0%). Entre las mujeres, la prevalencia es 12 puntos menos pero es especialmente elevada (72,8%) en el grupo de edad más joven de 15 a 24 años. La prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas se sitúa por encima del 18%, aumentando en los últimos años.

Las borracheras tienen una mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres. En función de la edad, y con independencia del sexo, se observa que a medida que ésta aumenta la prevalencia disminuye. Con independencia del sexo, las intoxicaciones etílicas agudas están más extendidas entre los jóvenes (38,7% en hombres y 24,6% mujeres)

Hay que poner de relieve que la evidencia apunta a la existencia de daños orgánicos asociados a estos nuevos patrones de consumo que predominan entre

Esos Daños se manifiestan en trastornos cardiovasculares, hematológicos y metabólicos, cánceres, sobre todo rectales y del tracto respiratorio superior, trastornos sobre el Sistema nervioso central y periférico, y trastornos de ámbito mental. Se han descritos también algunas consecuencias inmediatas del consumo de alcohol sobre el organismo –intoxicación aguda–, desde la afectación del control motor fino, al coma y a la muerte (según nivel de alcoholemia g/l) (MSC 2007:79).

Se han descrito, así mismo, otras consecuencias menos biológicas o fisiopatológicas derivadas del abuso del alcohol como son, entre otras, las conductas violentas, el aumento del riesgo de accidente de tráfico –Curva de Freudenberg–, las alteraciones de las relaciones con la familia y compañeros, el bajo rendimiento escolar, la conducción bajo los efectos del alcohol, y las prácticas sexuales de riesgo con los peligros que éstas conllevan (embarazos no deseados, ITS...).

A lo largo de las entrevistas se puede observar que prácticamente la totalidad de los sujetos reconocen el alcohol como un riesgo, y la mayoría –especialmente los tramos de edad más jóvenes– lo incluyen entre los tres riesgos que más influyen en su salud. En cuanto a los mayores de 30 años, suelen declarar consumir menos alcohol pero se sigue reconociendo como riesgo. Se observa que este cambio de actitud hacia el alcohol –menos exposición al riesgo– se da antes en las mujeres, seguidas después por los hombres, alrededor de los 25 años.

¿A qué puede deberse que el consumo de alcohol sea muy acentuado en las edades que comprenden los 18 a los 24 y que cambie a partir de los 25? Creemos que un elemento importante es la transición a la edad adulta, que generalmente va acompañada de un cambio de actitudes hacia la salud en general, no sólo en el caso del alcohol. Su detonante puede ser una relación de pareja más seria, un trabajo estable, la finalización de los estudios, practicar una disciplina deportiva, experiencias cercanas negativas alrededor del alcohol, problemas de salud que despierten una preocupación sobre el estado de salud, o la conformación de nuevas identidades.

Resultados

Así, en las entrevistas observamos que los jóvenes con una edad en torno a los 30 suelen hablar de un punto vital pasado en el que ven inviable mantener un estilo de vida de consumo intensivo de alcohol. De forma similar, se observa en los discursos de los jóvenes más cercanos a los 20 años un escenario futuro en el que reducirán determinadas prácticas, siendo conscientes de que son prácticas perjudiciales para la salud y que no quieren mantener en el tiempo. Algunos ejemplos de lo descrito se exponen a continuación:

"Al tener pareja pues eh ... mentalmente maduras más y... y también pues dejas de salir de fiesta, dejas ciertos Hábitos y ... y ahora al no tener ... se como que sigo teniendo esa misma sensación que tenía antes de ... autocontrol ..." [E1, hombre, 24 años].

"Igual que el alcohol te pillas un ciego de la leche, pero todo el mundo es consciente de que bueno, te jodes el hígado (...). Pero bueno vas tirando hasta que dios no lo quiera que pase algo que ya no quieras asumir ese riesgo." [E4, hombre, 23 años].

"A raíz de un susto también (...) vas a tu casa prácticamente inconsciente y qué ganas con esto, al día siguiente tener resaca, que te podrían haber matado y dije, no, no y ahora destilados no, cubatas y eso no tomo o igual tomo uno." [E9, mujer, 24 años].

"Relacionado con mi edad y mi salud, las bebidas alcohólicas, son muy peligrosas para la diabetes (...) yo siempre lo he tenido que evitar en mayor medida." [E11, mujer, 21 años].

"El hacer deporte te da una disciplina y unas armas contra la droga." [E20, hombre, 33 años].

"(Sobre el control a la hora de beber) Creo que viene más por mi enfermedad, que lo noto por mi enfermedad (...) También es verdad que mi padre ha tenido problemas con el alcohol, entonces yo veo a la gente beber y no me gusta (...) me genera una reacción bastante negativa." [E30, hombre, 31 años].

Como ya se ha mencionado, de forma frecuente se habla de conductas violentas derivadas del consumo de alcohol y del riesgo que suponen. También aparecen las conductas de riesgo en las prácticas sexuales en presencia de alcohol por su efecto desinhibidor (sexo sin protección y riesgo de contagio de ITS o embarazos no deseados). Emerge en los discursos la vulnerabilidad que induce el alcohol, dejar de tener control sobre el propio cuerpo y exponerse al riesgo de que otras personas puedan aprovecharse de esa situación de desventaja.

El riesgo derivado que más presencia tiene en las entrevistas es sin embargo el de la conducción bajo los efectos del alcohol, sobre todo hablando de otras personas que puedan haber bebido en la carretera, situaciones sobre las que el entrevistado no tiene control. Esta percepción de riesgo se traduce frecuentemente en autoeficacia. Los entrevistados que conducen admiten no beber o al menos, reducen considerablemente el consumo.

Se percibe el coste de asumir el riesgo como un coste demasiado elevado y generalmente no les compensa tomarlo. Se ilustran estas afirmaciones con ejemplos de las entrevistas:

"(...) no me importa pasarme de la línea o sea, claro que me importa pero me da más miedo pasarme de la línea cuando es por la noche, cuando salgo por la noche (...) también porque por la noche hay más gente en un estado pues de borrachera, o fumado, hay más gente concentrada en ese estado. Entonces hay más gente con la que puedes tener problemas." [E1, hombre, 21 años].

"Si mira, hay un riesgo de que te lo encuentras en la calle cuando sales de fiesta (...) han bebido en exceso y puede llegar desde a incomodarte a verte metido en alguna pelea o discusión por culpa de alguien que pasado de vueltas. Considero que esto es un riesgo". [Trad., E16. hombre 19 años].

"Porque sé que en esas discotecas, cuando la gente está borracha y aunque no esté borracha, siempre acaban peleándose y acabas estando por medio porque le ha mirado a tu amiga o a tu novia..." [E14, mujer, 24 años].

"También está la cosa esta de no poderlo controlar todo porque si te cruzas con alguien que no va fino ... pues, puedes intentar evitarlo si vas sereno." [Trad. E16, hombre, 19 años].

A lo largo de las entrevistas encontramos casos en los que el consumo excesivo de alcohol se percibe como un problema de salud que impide otros fines:

"(Reproduciendo una conversación con su pareja) Me parece bien que salgas con tus amigos, que os toméis algo, que os divirtáis, pero al día siguiente te quiero bien para salir, para dar un paseo... No quiero que por la consecuencia de salir con tus amigos te pegues dos días en la cama que estás mal con resaca. Que eso nos afecta." [E14, mujer, 24 años].

Se refleja aquí la forma en que el consumo de alcohol se percibe como problema, no tanto por el impacto sobre la salud, sino porque afecta el desarrollo de otras actividades o incluso a la estabilidad de una relación, por ejemplo. Por otro lado encontramos factores motivacionales más internos, que entienden la salud como un fin en sí mismo: la salud para estar bien y evitar el dolor y la enfermedad.

"Sin ir más lejos tengo un conocido que fue campeón europeo de natación y tubo una lesión y ahora consume alcohol y le detectaron cirrosis. Que llegar ahí ya es como..." [E20, hombre, 33 años].

"Ya me he cansado de salir los fines de semana, fiesta, de fiesta. El día siguiente tengo ganas de despertarme fresco como una rosa." [Trad., E21, hombre, 29 años].

"Además lo encuentro un absurdo, al final ... Bueno supongo que ellos le deben encontrar algo pero yo no, porque no creo que aporte nada (...) pierdes salud ..." [Trad., E13, Hombre, 25 años].

Son múltiples los factores que modulan la percepción del riesgo de los jóvenes. Uno de los factores que atenúa la percepción de riesgo es el llamado Delay Effect, o el efecto retraso. En esencia, explica que un riesgo tiende a percibirse como menos grave cuando sus efectos adversos no se manifiestan de forma inmediata. El caso del alcohol es bastante paradigmático, pues a excepción de la resaca o los vómitos fruto del consumo excesivo –que no se perciben de forma especialmente grave dada la brevedad de los efectos–, los efectos adversos más importantes tienden a aparecer de forma dilatada en el tiempo. Un ejemplo de este efecto retraso lo encontramos en la siguiente extracto:

"Ah vale. Sí, pero por ejemplo el tema del alcohol es algo que está súper normalizado y yo casi cada finde pico alcohol (...) no me encuentro mal pero como dicen que hay riesgos aunque esté totalmente normalizado (...) de momento no me está afectando." [E32, mujer, 18 años].

Se pone de manifiesto la forma en la que, a pesar de conocer los riesgos de tomar alcohol, una persona relaja su percepción de riesgo y se muestra tolerante con algo que no muestra efectos inmediatos sobre la salud. En esta misma cita se puede hablar de otras variables que actúan más allá del propio Delay Effect como es el caso de la familiaridad y la banalización de un riesgo. La Teoría de la Acción Habitual pone de relieve en este sentido que alguien expuesto de forma repetida a un riesgo sin experimentar efectos adversos tenderá a ser más tolerante con este riesgo y tomarlo más a menudo.

Por otra parte, algo que no se ha explicado detenidamente y que es trascendental para entender el consumo de alcohol y la percepción de riesgo asociada a éste es la vinculación del alcohol con el ocio. En numerosos casos dentro de las entrevistas se hace referencia al tema en términos de la cultura del beber y se puede relacionar con la wet culture mediterránea –actualmente en crisis por la incorporación de elementos de otras culturas como el binge drinking– (Bloomfield K et al. 2003). El alcohol se asocia con los fines de semana y la fiesta –más que el clásico consumo mediterráneo asociado sobre todo al acompañamiento de comidas– y se lleva a cabo generalmente con el objetivo de emborracharse y pasar un buen rato con los amigos.

"(...) no sé quién lo ha inculcado o como pero que cuando sales bebés para pasárselo bien y eso..." [E8, mujer, 23 años].

"(...) porque socialmente está súper aceptado, todo el mundo lo hace y tienes que tener cabeza y decir "yo no." [E11, mujer, 21 años].

"En España tenemos muy integrado dentro de nuestros hábitos diarios o más o menos diarios, el consumo de alcohol o sea es muy habitual." [E17, hombre, 32 años].

"Esta la fuerza de voluntad y tal, pero sí... (...) al final tenemos una cultura de beber, muchísima gente." [E28, hombre, 33 años].

Esta asociación entre fiesta y alcohol no está exenta de conflictos, pues en muchas ocasiones se vive como una imposición y favorece la normalización y banalización de una serie de comportamientos que ponen en juego la salud de los jóvenes. Aunque los jóvenes salgan de las escuelas habiendo recibido información sobre los riesgos del alcohol –como indican prácticamente la totalidad de los entrevistados–, estas predisposiciones a evitar ciertos comportamientos se ponen en duda al entrar en contacto con un entorno donde estas conductas están normalizadas. La percepción de riesgo que probablemente es más alta en edades más jóvenes –gracias a la socialización recibida en casa o en las escuelas–, se somete a una serie de estímulos que la atenúan:

"[sobre las charlas en las escuelas y su efectividad] Por el momento, en ese momento si que servían, pero después cuando ya cambias de amigos o de colegio, el cole que nos daban los folletos era solo hasta cuarto, y ya cambias de instituto, con diferentes personas, la cosa cambia (...) sales de la época que decías que no lo ibas hacer, o lo que saben que está mal, y acaban haciéndolo." [E33, mujer, 18 años].

"Antes pensaba a lo mejor es la educación que recibes, pero hoy en día tienes tantas ventanas por donde educarte con el móvil. Que puedes tener una educación muy buena en casa y con el móvil miras cosa que no deberías y sigues el ejemplo." [E29, hombre, 18 años].

Dentro de estos estímulos que entran en contradicción y modifican la percepción previa de riesgo de consumir alcohol, nos encontramos con la teoría más presente en los discursos de los entrevistados: La Teoría de la Acción Social. En esencia las personas y, especialmente los jóvenes, tienden a consumir alcohol bajo los efectos de la presión social.

Personas que inicialmente quizás no estaban dispuestas a consumir alcohol acaban ajustando su comportamiento a las normas grupales para evitar las "sanciones" del grupo. Son numerosos los casos en que los entrevistados afirman no haber querido beber pero terminan haciéndolo por la influencia de sus amigos.

"Me comparo con otra gente y digo si otra gente lo hace y no pasa nada, pues yo también. Sé que no está bien lo que estoy diciendo pero no se con la edad me he hecho más permisiva..." [E5, mujer, 25 años].

"(Hablando de drogas y alcohol) es complicado porque sino te quedas solo, eres el pringado del grupo, y por muy responsable que seas, sería complicado." [E18, hombre, 34 años].

"Depende de mí, el beber alcohol, aunque estoy muy condicionada por los ambientes que me rodea, porque quieras o no ... básicamente la presión social ..." [E32, mujer, 18 años].

Entran en juego también factores propios de la Teoría de la Motivación para contrarrestar la influencia del entorno: el conocimiento del riesgo (percepción potencial de riesgo sobre uno mismo) y la percepción de la capacidad para hacer frente al mismo (autoeficacia). En algunos casos, se argumenta que se bebe alcohol mientras esta actividad siga aportando al entrevistado una serie de beneficios y que cuando los costes resulten superiores, se abandonará esta actividad. La percepción de autoeficacia se estima mayor cuando aparecen variables externas como enfermedades crónicas que puedan interferir con el alcohol (diabetes, enfermedades de colon, hígado...) o experiencias negativas cercanas.

La rutinización del consumo de alcohol sin llegar a experimentar los efectos adversos o negativos de ello, genera una familiarización gradual con el riesgo que minimiza la percepción de peligro y aumenta la tolerancia a éste (Teoría de la Acción Habitual). Estas rutinas pueden generar una predisposición a consumir mayor (ya que el riesgo se percibe como menor dada la habituación a este).

Otro factor que influye en la percepción de riesgo es la relación de los jóvenes con las instituciones de su entorno, ya sea la familia, la escuela o incluso los lugares de trabajo. Su grado de filiación e identificación con estos grupos condicionará en cierto modo la percepción de los consejos de seguridad que reciban de ellos. Algunos jóvenes han declarado que una mala relación con sus padres se ha acabado traduciendo en comportamientos de riesgo como señal de rebeldía al control paterno.

En estos casos los consejos referentes a la salud se perciben como un control arbitrario y puede generar reacciones adversas (Teoría del Control Social).

"(...) me parecía que era una imposición. Como cuando era pequeña y me decía "haz esto porque te lo digo yo". Entonces no le hacía caso para llevarle la contraria como una niña pequeña... Que lo veía no como si lo dijera por mi salud y mi bienestar, sino porque estaba obsesionada y entonces reflejaba esa obsesión en mí. (...) Cuando tenía 14 y 15 años mi madre me decía "no fumas, no bebas" y yo fumaba y bebía y hacía de todo. Todo lo que me decía mi madre yo hacía lo contrario." [E14, mujer, 24 años].

Resulta interesante observar también cómo se perciben las campañas institucionales y los medios de comunicación. Independientemente de su efectividad, casi la totalidad de los entrevistados recordaba los anuncios sobre el consumo de alcohol al volante (si bebes no conduzcas). Aunque una parte de los entrevistados desacredite la propaganda del gobierno apelando al desconocimiento por parte de esas instituciones de la realidad social de los jóvenes, casi todos coinciden en que el mensaje tiende a ser efectivo. Ahora bien, la mayoría profundizaría más en el papel de la educación sobre el alcohol en las aulas.

Es importante comentar que el consumo de alcohol no siempre se ve como una obligación vinculada a divertirse, sino que también existen recompensas potenciales de exponerse al riesgo de que en muchos casos compensan los costes.

"(...) pues a mí beber, me gusta. O sea, me gusta el hecho de cómo me saca la vergüenza y entonces me gusta, el luego como actuó y como digo lo que pienso, que luego pienso uf, te has pasado, pero en se momento pienso, ole tú, ya lo has dicho, venga... y bailo me desahogo, y estoy con gente que me gusta, que estoy cómoda, soy yo." [E27, mujer, 20 años].

Asimismo, a fin de minimizar los costes que pueda tener el consumo de alcohol, al menos a corto plazo, se tiende a recurrir a comer de forma contundente antes de la ingesta y de forma acompañada -para evitar la vulnerabilidad de la que se ha hablado anteriormente-.

"El alcohol sobretodo que si he de beber primero voy a comer, y una buna comida, ¿sabes?" [E27, mujer, 20 años].

Finalmente, con respecto a la Teoría de la Racionalidad Situada observamos la manera en la que se toman actitudes de riesgo, de forma consciente, por el hecho de obtener el reconocimiento de iguales. Se entienden las consecuencias negativas que conlleva el consumo de alcohol pero al percibirse como un riesgo asumible -ya que el riesgo no se considera especialmente elevado-, obtener el reconocimiento de los demás compensa el hecho de beber. Tanto en el caso de la E27 como el de la E2, se es consciente de los daños que provoca el alcohol pero este se utiliza como medio para socializar con otras personas: el efecto desinhibidor del alcohol. Se toma el riesgo teniendo en cuenta las actitudes de los demás.

El consumo de alcohol está presente en otros entornos de riesgos para la salud, principalmente sexualidad, seguridad, y tabaco. En el caso de las prácticas sexuales, se ha observado que el alcohol atenúa la percepción del riesgo haciendo aumentar la tolerancia hacia prácticas sexuales sin protección (Saura 2009). Aquí entra en juego una determinada racionalidad situada en la que el alcohol parece justificar un determinado comportamiento de riesgo en un contexto muy determinado. Podemos ver un par de ejemplos de ello:

"(Hablando de utilizar preservativo) (...) con el chico de Igualada, si que lo usé. Con el Yosua la primera me lo pidió y dije "suda tío". Estaba borracha. Él también." [E27, mujer, 20 años].

"(...) entre comillas es un poco culpa del alcohol y por el ambiente, me ha supuesto un riesgo, ni por las enfermedades de transmisión sexual ni por el aborto Quiero decir que este tema si que me lo he dejado pero también es un riesgo." [E32, Mujer, 18 años].

La seguridad aparece muy relacionada con el consumo de alcohol, por un lado los accidentes de tráfico, por otra las actitudes violentas derivadas del consumo y por último, la percepción de vulnerabilidad y no control. Múltiples ejemplos extraídos de las entrevistas ilustran esas asociaciones:

"No me importa pasarme de la línea o sea, claro que me importa pero me da más miedo pasarme de la línea cuando es por la noche cuando salgo por la noche (...) también porque por la noche hay más gente en un estado pues de borrachera, o fumado, hay más gente concentrada en ese estado. Entonces hay más gente con la que puedes tener problemas." [E1, hombre, 21 años].

"Si mira, hay un riesgo de que te lo encuentras en la calle cuando sales de fiesta (...) han bebido en exceso y puede llegar desde a incomodarte a verte metido en alguna pelea o discusión por culpa de alguien que pasado de vueltas. Considero que esto es un riesgo." [Trad., E16, hombre 19 años].

"Porque sé que en esas discotecas, cuando la gente está borracha y aunque no esté borracha, siempre acaban peleándose y acabas estando por medio porque le ha mirado a tu amiga o a tu novia..." [E14, mujer, 24 años].

"(...) vas a tu casa prácticamente inconsciente y qué ganas con esto, al día siguiente tener resaca, que te podrían haber matado(...)" [E9, mujer, 24 años].

"También está la cosa esta de no poderlo controlar todo porque si te cruzas con alguien que no fin ... pues, puedes intentar evitarlo si vas sereno." [Trad., E16, hombre, 19 años].

"Si, cada vez somos más conscientes pero bueno, es muy irresponsable no por nuestra parte pero si, cogemos el coche pensando que te puedes matar tu o peor, matar a alguien. Hace poco cogí el coche después de fiesta." [E4, hombre, 24 años].

Por último, se aprecia la asociación entre socialización, alcohol y tabaco:

" (...) es que...a ver yo empecé lo típico, sales de fiesta te invitan a uno y dices "Bueno fumo de fiesta" lo típico, que pasar de fumar de fiesta a pues estoy estresada, ¿sabes?" [E8, mujer, 23 años]

Las teorías que conjuntamente mejor explican las percepciones de riesgo (o no) que tienen los jóvenes respecto al consumo de alcohol son:

- 1) La Teoría de la Acción Social: la cultura del alcohol y la presión social de los amigos para beber son los motivos más expresados entre los jóvenes que beben.
- 2) La Teoría de la Acción Habitual: beber alcohol de forma repetida sin experimentar consecuencias negativas atenúa la percepción de gravedad ya que los principales efectos del alcohol se manifiestan de forma dilatada en el tiempo.
- 3) La Teoría de la Motivación: beber alcohol es resultado de un cálculo entre las recompensas potenciales de beber (desinhibe, es divertido ...) y sus costes.

Para poder realizar este cálculo se debe ser consciente del riesgo y consciente de la capacidad de protegerse de este: la autoeficacia.

4) La Teoría de la Racionalidad Situada: en muchas ocasiones se debe tener en cuenta las actitudes de los demás o la situación particular del momento, atenuando la percepción del riesgo.

CONSUMO DE TABACO¹²

IDEAS FUERZA

- Los jóvenes conocen los riesgos del consumo de tabaco y son conscientes del daño que puede provocar en su salud, tanto física como mental. A pesar de ello, esta conciencia no siempre está en sintonía con sus comportamientos.
- Se extiende la creencia de que el hábito de fumar es producto de una decisión personal, y en ese sentido, esas prácticas se relacionan con la voluntariedad de la persona.
- La autoeficacia ante el tabaco consiste en gran medida en estrategias personales para evitar la exposición al riesgo. Se trata directamente de rehuir de entornos de fumadores, de valorar costes y recompensas del hábito (entre las recompensas se encuentra el sentirse bien, relacionarse con otros, o encontrar una identidad)
- Los costes o consecuencias del cigarrillo escapan de los escenarios más próximos de los jóvenes, no los asumen como parte de su cotidianidad y en su imaginario reducen significativamente el daño que pueden provocar.
- Se percibe que el riesgo aumenta en función del grado de exposición. El uso de la fórmula "fumador social" edulcora el riesgo, lo disminuye a sus ojos, subestimando el daño que podría provocar en su salud. Así se construye una frontera entre el hábito vinculado a prácticas sociales (fumador social) y la adicción entendida como dependencia, falta de control y necesidad.
- Los entrevistados declaran que relacionarse con otras personas que consumen tabaco influye en su decisión de fumar. Se evidencia la presión del grupo de amigos que es muy fuerte e invita a replicar sus propias pautas de riesgo.
- Se relaciona el consumo de tabaco con una imagen de modernidad y popularidad a través de esta sustancia, se encuentra su identidad, se sienten adultos, proyectan una imagen moderna o incluso se diferencian de otros jóvenes.

12. Esta parte del estudio ha sido liderada por Ana Lucía Hernández Cordero, Universidad de Zaragoza.

- En la medida que en el interior del grupo familiar se promuevan hábitos saludables se crean las bases para evitar riesgos o ser prudente en la exposición a los mismos.

- Tanto hombres como mujeres opinan que las campañas de prevención son limitadas y en muchos casos no son del todo efectivas. Son insuficientes porque compiten con el resto de medios que promueven el tabaco que fomentan un estilo de vida exitoso y prestigioso donde el hábito de fumar está presente.

Introducción

El consumo del tabaco es un problema de salud y durante el siglo XX se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad en los países industrializados, incluso se ha llegado a afirmar que es una de las peores enfermedades de la humanidad. Una persona fumadora tiene una probabilidad dos veces mayor de morir de forma prematura que los individuos que no fuman. Y en el caso de los más jóvenes se estima que tres de cada cinco adolescentes que prueban el tabaco se volverán fumadores adictos en la adultez (Martínez et al. 2016).

Los daños del tabaco son bien conocidos hoy en día, fumar sigue siendo la primera causa evitable de mortalidad en los países desarrollados. Según la Organización Mundial de la Salud (2013) cerca de seis millones de personas mueren cada año en el mundo como consecuencia del tabaco, y según sus propias estimaciones para el año 2030 la cifra podría aumentar a siete millones y medio. Para el caso español Hernández-García y colaboradores (2010) afirman que el consumo de tabaco es el responsable directo de 58.573 muertes anuales, de los cuales 45.028 son varones.

En las últimas décadas la sociedad española ha ido adquiriendo conciencia de las consecuencias en materia de salud que ocasiona el tabaco. Dos hechos muy positivos relacionados con el control del consumo del tabaco podrían tener que ver con este paulatino cambio de mentalidad: el primero, la aprobación en 2003 del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la OMS –a escala mundial– y, el segundo, la aprobación en España de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que ha tenido un gran impacto en la población, complementada con la ley 42/2010. No obstante queda todavía mucho por hacer.

Según la Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2017, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España entre la población de 15 a 64 años, con una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 69,7%. En 2017, el 34,0% de la población de entre 15 y 64 años manifestó consumir tabaco de manera diaria, esto supone un incremento notable de 3,2 puntos respecto al año 2015, pasando de 30,8% al 34,0%. Este dato se posiciona como el más alto de la serie desde el año 2005 y retorna a las cifras que se registraban en 1997. Como hemos señalado anteriormente, este consumo es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, con independencia de la edad, 74,8% y 64,5%, respectivamente. En 2017 se ha registrado la mayor prevalencia de los últimos 10 años para los hombres de 15-34.

El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de forma más precoz. La edad media de inicio de consumo para el año 2017 se sitúa en los 16,6 años. Este dato no ha variado significativamente desde hace casi 20 años. La diferencia de género se mantiene, se aprecia que los hombres comienzan a consumir antes aquellas sustancias psicoactivas que registran mayores prevalencias (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína), situándose ellos en 16,3 años y ellas en 16,8.

En cuanto a la percepción de riesgo en el consumo del tabaco, también se han encontrado diferencias. El 95,7% de los que no fuman tabaco a diario opina que fumar un paquete de tabaco al día puede producir muchos problemas para la salud, frente al 87,8% de los que fuman a diario.

Por su parte, el Plan Nacional de Drogas del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, señala que en Europa, el tabaquismo está directamente relacionado con la aparición de un elevado número de enfermedades (29) incluyendo 10 diferentes tipos de cáncer. En términos cuantitativos, el tabaquismo es el responsable del 30% de todas las cardiopatías coronarias, del 90% de los casos de bronquitis, del 95% de los casos de cáncer de pulmón, y de un alto porcentaje de casos de cáncer de esófago, vejiga urinaria, cavidad bucal y laringe.

Se registra una diferencia de género importante. La probabilidad de padecer un infarto se multiplica por 10 en las mujeres que fuman que para las no fumadoras; la menopausia se adelanta una media de entre 2 y 3 años y que el tabaco aumenta el riesgo de sufrir osteoporosis. Es decir que el tabaco contribuye a medicalizar (involuntariamente) su menopausia y su envejecimiento de forma determinante.

Estos datos nos permiten situar la problemática del consumo tabáquico en nuestro contexto. A pesar de contar con estadísticas recientes y con una gran precisión de las mismas según, género, edades, y otras variables sociodemográficas de relevancia, no disponemos de estudios de percepción de riesgos del tabaquismo por parte de la población joven. Este estudio pretende contribuir a llenar ese hueco de conocimiento estudiando cómo jóvenes de 18 a 34 perciben los riesgos asociados al consumo de tabaco.

Resultados

El hábito del tabaco es reforzado por diferentes factores de riesgo. El riesgo se entiende como el conjunto de conductas asumidas que van en contra de la integridad física, mental o emocional de las personas y que representan a todas aquellas circunstancias o eventos que posibilitan que un individuo incurra en alguna conducta peligrosa.

La percepción de riesgo nos proporciona la capacidad de asumir gestiones protectoras o de autoeficacia ante una eventualidad, de forma que en la medida que esa percepción de riesgo sea alta la capacidad de respuesta podría ser también alta. Es conocido que la percepción de riesgo puede estar influenciada por elementos como la cultura, el género y los pasados y experiencias particulares de cada persona, de sus vivencias y aprendizajes. El concepto de riesgo es eminentemente social. A partir de las propuestas de diversas teorías de percepción de riesgo como la Teoría de la Motivación de Rogers (1975), la Teoría de Racionalidad Situada (Lawson 1997), la Teoría de la Acción Habitual (Weyman y Kelly 1999), y la Teoría de Acción Social (Harding y Eiser 1984) en este apartado analizamos los discursos de los y las jóvenes entrevistados (N=33) en torno a sus experiencias con el tabaco.

Conocimiento del riesgo y toma de decisiones: la autoeficacia.

En la actualidad la sociedad es más consciente sobre lo nocivo que es fumar para la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (2013) el tabaco causa alrededor de 25 enfermedades, incluyendo cáncer de pulmón, de esófago y de laringe; enfermedades cardíacas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades respiratorias agudas. Estudios recientes han demostrado la relación entre el inicio temprano y consumo frecuente de tabaco durante la adolescencia y el desarrollo posterior de trastornos mentales, como los trastornos del estado de ánimo (Hui Yap et al. 2011).

Los jóvenes conocen este riesgo y son conscientes del daño que puede provocar en su salud, "por ejemplo fumar, yo considero que perjudica mucho la salud" [E7, mujer, 25 años], afirma contundentemente una joven de Barcelona. Otros dos más señalan que el tabaco tiene una relación directa con el padecimiento de cáncer de pulmón:

"(el riesgo consiste en) los problemas de cáncer de pulmón y todos los problemas respiratorios que estén asociados (al tabaco)." [E11, mujer, 21 años].

"(...) si te toca un cáncer de pulmón y fumas mucho pues es que está relacionado, ¿está claro no?" [E30, hombre, 31 años].

Estos testimonios coinciden con la literatura especializada porque consideran que se trata de un riesgo tanto para la salud física como mental, y aluden a una construcción social de salud alejada de prácticas nocivas como el tabaco:

"El tabaco sí que es algo que desde pequeño he tenido claro que era nocivo para la salud y por lo cual no me atraía." [E1, hombre, 24 años].

"No he fumado nunca, entonces me considero que tengo una buena salud." [E30, hombre, 31 años].

Aunque los jóvenes tienen conocimiento del riesgo que implica para su salud el consumo del tabaco, las informaciones recabadas a lo largo de las entrevistas cualitativas nos han mostrado que esta conciencia no siempre está en sintonía con sus comportamientos. Tal como señala una de nuestras entrevistadas, existe un salto entre la teoría y la práctica:

"La teoría la sabemos todo el mundo, la teoría es no tener malos hábitos, no fumar, no bebas, no te drogues, come variado, come saludable, cinco piezas de fruta y verdura al día. (Pero) Hay mucha distancia, pero bueno, la gente también fuma y sabe que fumar mata." [E5, mujer, 25 años].

A esta reflexión, se añaden que además de ser conscientes de las consecuencias para la salud, el hábito de fumar es producto de una decisión personal, y en ese sentido, esas prácticas se relacionan con la voluntariedad de la persona, quien decide de forma autónoma asumir el riesgo del tabaco. Dos de nuestras entrevistadas de Zaragoza y Barcelona ponen énfasis en el hecho de que este tipo de riesgo depende exclusivamente de la persona fumadora:

"El 80-90% depende de lo que tu hagas. Porque si yo no fumo tres paquetes de tabaco al día es más probable que no me de un cáncer." [E14, mujer, 24 años].

"Pero yo creo que sí la gente quiere fumar, quiere fumar, porque el padre de mi hermana tiene 17% de capacidad pulmonar y sigue fumando entonces es, si él no quiere, aunque tenga 17% y los pulmones estén hechos mierda, él va a seguir fumando y dice "yo es que me quiero morir fumando" y yo "bueno, es tu decisión" y él lo está viviendo, no es que lo esté viendo, es que lo está viviendo." [E10, mujer, 30 años].

El factor de la voluntariedad adquiere especial peso en las decisiones ligadas al consumo o no del tabaco. Esas decisiones tienen que ver con la capacidad de auto-eficacia, que propone la teoría de la motivación de Rogers (1975), y que en este estudio los jóvenes evidencian como estrategias personales para evitar la exposición al riesgo. Se trata directamente de rehuir de entornos de fumadores, ya sea porque se han propuesto reducir paulatinamente su consumo o porque nunca han sido fumadores y no se sienten cómodos en esos ambientes.

En el primer caso, el testimonio de una chica de 23 años es muy significativo en cuanto a la consciencia del riesgo para su salud y las diferentes estrategias que emplea para dejar de fumar:

"Pero me sentí como sucia, muy en plan contaminada y ahora pues lo he ido reduciendo como a dos o una al día pero...(se ríe) es en plan, vale poco a poco, no de golpe pero quizás pasar de dos y poco a cero...pero luego uno comparado con los seis de antes pues... por ejemplo si tengo que quedar, quedar es sitio cerrado que quizás no puedo fumar, sea centros comerciales y...básicamente lo que hago es distribuir si el paquete tienes veinte pues me ha de durar hasta este día, ¿sabes? y intentó eso que me duren quizás un mes, mes y medio y...pero...ya está no hago nada más para evitar fumar." [E8, mujer, 23 años].

Como señalan Popova et. al. (2018), existe una dimensión afectiva en la toma de decisiones relacionadas con los riesgos. En el caso del tabaco, los autores afirman que "las representaciones de objetos y eventos en nuestras mentes están inseparablemente vinculadas con sentimientos positivos o negativos, que están conectados con el cuerpo o con estados somáticos" (2018:2). Esto significa que en muchas ocasiones las prácticas de riesgo o las que pretenden evitar su exposición, pueden ser explicadas desde una vivencia subjetiva. Las narraciones anteriores dan cuenta de esa parte emotiva que se activa con respecto a la percepción del tabaco.

De acuerdo con la heurística del afecto (Slovic et al. 2007) y el riesgo como hipótesis del sentimiento (Loewenstein et al. 2001) citadas por Popova y compañía (2018), el resultado afectivo en ocasiones guía el razonamiento analítico y deriva en decisiones racionalmente adecuadas. Otra de nuestras entrevistadas, una chica de 23 años, recurre también a la dimensión afectiva cuando intenta explicar las razones para dejar el cigarrillo:

"O sea a la larga imagínate yo quiero tener hijo y quizás estoy tan adicta a eso que no podría entonces...si, salió de mi mismo por mi bien y por el futuro quiera tener hijos o no...es mejor dejarlo ,además la pasta que te dejas." [E8, mujer, 23 años].

Los siguientes testimonios de dos jóvenes nos ilustran los sentimientos que afloran cuando están en entornos de fumadores, declarando que no quieren ser fumadores pasivos:

"Odio el tabaco a muerte, no me gusta, intento evitarlo al máximo posible, incluso estar cerca del humo." [E18, hombre, 34 años].

"En un ambiente que la gente fuma yo no me siento cómoda por el tabaco, y me siento mal." [E22, mujer, 30 años].

Otro ejemplo de autoeficacia después de valorar costes y recompensas del hábito es el caso de una chica que desarrolla su cotidianidad en un entorno de fumadores, y decide alejarse del riesgo de manera radical.

"Sí, el tabaco me parece un riesgo y si que estoy expuesta, porque la mayoría de mis amigos son fumadores habituales y yo creo que he valorado también el...los pros y los contras y que por eso no soy fumadora. Podría decir que sí que he valorado cuáles son los riesgos." [E11, mujer, 21 años].

Del conocimiento a las prácticas del riesgo: la adicción y la dependencia

La consciencia del riesgo del tabaco en la salud se concretiza en tener certezas de unos problemas irreversibles que afectan a la salud de forma contundente y en muchas ocasiones con una alta probabilidad de terminar en una muerte prematura, como es el cáncer. La literatura especializada sobre adicción al tabaco y sus consecuencias en la salud de los usuarios, afirma que existe la consciencia de los daños irreversibles del cigarrillo.

García y colaboradores (2005) señalan que la gran mayoría de la población (fumadores y no fumadores) comprende el beneficio de no fumar para reducir el riesgo de cáncer. Sin embargo, esta consecuencia directa y coherente de un hábito de riesgo para la salud se percibe a largo plazo, minimizándolo como riesgo en sí mismo. Tal como señala la teoría de la acción habitual aquellos que repetidamente realizan una acción de alto riesgo sin una consecuencia adversa e inmediata eventualmente se vuelven insensibles al riesgo (Weyman y Kelly 1999). En este caso, las consecuencias del cigarrillo escapan de los escenarios más próximos de los jóvenes en un futuro cercano, no los asumen como parte de su cotidianidad y en su imaginario reducen significativamente el daño que pueden provocar. Los siguientes testimonios son un ejemplo de ello:

"Fumar, y luego a nivel más general pues no alimentarse bien y no hacer algún tipo de ejercicio. ¿Estas situaciones suponen un riesgo para tu salud? Sí, a largo plazo sí." [E24, hombre, 29 años]

"No, yo creo que hoy en día los jóvenes tienen una percepción del riesgo más amplia de la que...o sea como que minimizan las consecuencias, ¿Sabes? de que no son conscientes en plan "vale, si, fumo pero qué más da si luego...yo que sé...igualmente me van a atender" o "si, ya lo dejaré si total en diez años se descontamina" ¿sabes? o...lo típico de...bueno es solo una vez al año o una vez a la semana no hace daño a nadie." [E8, mujer, 23 años].

A lo anterior, se suma el factor de la frecuencia en la construcción social del riesgo de fumar. Otra razón para mermar el riesgo es la percepción de que el daño que provoca el tabaco depende de la frecuencia del consumo. Siguiendo la teoría de la acción habitual (Weyman y Kelly, 1999), a pesar del conocimiento sobre los efectos dañinos, los jóvenes continúan arriesgándose porque la valoración que hacen de los efectos es muy baja y, en consecuencia, sus comportamientos de autoeficacia son igualmente bajos.

"Por ejemplo, sé que el tabaco es malo, pero el alcohol también es malo, pero en ciertas cantidades... pues un poco jugar con eso." [E15, hombre, 19 años].

"Tenerlo como algo habitual no, es más bueno hay una fiesta pues venga. ¿O sea no asumes este riesgo con mucha frecuencia, tú crees que no? No con mucha frecuencia no, depende de los casos que cojas, en comparación con otros mi frecuencia es baja." [E4, hombre, 23 años].

Otro entrevistado también reflexiona sobre la relación entre frecuencia y aumento de riesgo, sin embargo en su caso es para alejarse del tabaco.

En su caso hace una comparación entre fumar y beber, en el primer caso lo percibe como una hábito diario y en el segundo lo vincula a actividades de ocio y diversión. Esta lógica de frecuencia y no de cantidad, lo lleva exponerse al riesgo del alcohol y no al del tabaco.

"Pero en cambio me has dicho que beber sí que bebes cuando sales de fiesta". Sí, pero fumar fumas cada día, y beber no... Yo no salgo cada fin de semana... beber cuando salgo de fiesta, pues sí que a lo mejor me apetece." [E25, hombre, 20 años].

Se percibe entonces que el riesgo aumenta en función del grado de exposición. En línea con lo anterior, las informaciones de las entrevistas coinciden en que el aumento de la frecuencia en el consumo del tabaco es la antesala del vicio (en palabras del entrevistado). El vicio entendido como una práctica que crea dependencia y que no se controla.

"Claro porque...el fumar ya es un vicio, si fue decisión mía empezar a fumar pero cuando te metes en un vicio es como que te supera en plan sé que puedo prescindir pero es que lo voy a pasar mal, entonces es algo que ya no... que es como que te supera, ¿entiendes? entonces como que ya no controlas tanto tú sino que te guías más por la necesidad, a eso me refería." [E8, mujer, 23 años].

La adicción se caracteriza por la búsqueda compulsiva de una sustancia. Aún cuando se es consciente de los efectos perjudiciales, el consumo continua porque se trata de una dependencia mental, física y emocional a una sustancia, que en el caso del tabaco es la nicotina. Encontramos ejemplos de esa sujeción al hábito de fumar, subrayando el desajuste entre su deseo de dejarlo y la falta de voluntad para frenar:

"Es como el tabaco, quiero dejarlo pero llegará un momento que diga ya está y pues ya estará pero de momento estoy ahí... Pero no consigo sacar esa fuerza de voluntad que ya lo he intentado y...mal, porque claro ahora mismo en una terraza me hubiera fumado cuatro." [E12, mujer, 26 años].

"Si a ver, es lo que te digo, sabes que es algo que es malo pero no eres totalmente consciente, es un vicio y... Es un vicio y simplemente fumas y el cuerpo te lo pide, te lo va pidiendo aunque tu no seas totalmente consciente, es algo a lo que estas totalmente enganchada." [E26, mujer, 20 años].

Los siguientes testimonios, de dos entrevistados, declaran su absoluto sometimiento al tabaco, incluso cuando son totalmente conscientes del daño que les provoca a su salud.

"Yo me siento esclavo del tabaco. Es decir, se los riesgos, sé que realmente no me calma los nervios sino que más bien ejerce un efecto contrario, los calma mientras lleno el depósito de nicotina, pero una vez pasado ya no hay... vuelvo a tener al ansiedad pero...si...es lo que te digo yo que me considero un esclavo del tabaco que todavía no...no ha encontrado la manera de romper la cadena." [E2, hombre, 23 años].

"Si, soy adicto al tabaco, lo he dejado alguna vez y he estado temporadas largas sin fumar, pero me gusta fumar a pesar de que sea perjudicial." [Trad., E16, hombre, 19 años].

En el imaginario social existe la figura del fumador o fumadora social para denominar a aquellas personas que consumen tabaco de manera ocasional y siempre vinculados a un entorno de amistad o eventos de ocio. Así se entiende que el consumo se realiza en momentos determinados y puntuales, y no se vincula al riesgo tanto como si el consumo es más habitual. La sensación es por tanto la de que el uso de la fórmula "fumador social" edulcora el riesgo, lo disminuye a sus ojos.

"Fumador social yo creo que lo podría alargar a los 24...23, más o menos. Pero yo tenía muy claro el que era fumador social, ya el fumar yo por mi cuenta no...entonces." [E6, hombre, 32 años].

Los jóvenes entrevistados utilizan este concepto para justificar y nombrar sus propias prácticas de riesgo, subestimando el daño que podría provocar en su salud. Así se construye una frontera entre el hábito vinculado a prácticas sociales (fumador social) y la adicción entendida como dependencia, falta de control y necesidad.

"A ver yo empecé lo típico, sales de fiesta te invitan a uno y dices "bueno fumo de fiesta" lo típico, que pasar de fumar de fiesta a pues estoy estresada, y lo típico de que yo al principio no llevaba mi paquete, no tenía paquete pero claro, te invito como dices que no, ¿sabes? y...que la gente es muy mala en este sentido, que ven que quieres dejarlo y te invitan más, ¿sabes? y nada, luego empecé en plan es que no puedo...lo acepto, lo asumo y empecé a fumar y con mi pareja." [E8, mujer, 23 años].

"Como que empecé fumando porque si por fumar, y acabé un poco por necesidad." [E29, hombre, 18 años].

¿Por qué fuman los jóvenes? Las amistades y la recompensa.

Existe una amplia literatura que se ha centrado en analizar los factores psicosociales que influyen sobre el comportamiento para el consumo de tabaco. Como apuntan Miguel-Aguilar y colaboradores (2017), existe evidencia de factores personales, familiares, sociales y ambientales que están estrechamente relacionados y que se asocian con el inicio y el consumo del tabaco. Entre otros destacan la edad, la baja autoestima, la percepción del riesgo, si el padre o la madre son fumadores, los estilos de educación, la actitud de los padres hacia el tabaco, la influencia del grupo de iguales, el entorno escolar, y la publicidad.

El grupo de pares anima y en ocasiones coacciona para realizar prácticas de riesgo como sería el consumo del tabaco. La teoría de la acción social argumenta que las personas asumen riesgos debido a la presión de grupo o a la percepción general de que una actividad es de bajo riesgo, o es socialmente aceptable. Se puede persuadir a una persona para que adopte un comportamiento inseguro si "todos los demás lo están haciendo". Esta teoría afirma así mismo que el significado social asociado a las conductas de alto riesgo es algo que puede incentivar a las personas a involucrarse en ellas. Los individuos se ajustan a las normas grupales para evitar sanciones y comienzan a identificarse con el grupo y aceptan las percepciones y el comportamiento de los otros (Harding y Eiser 1984).

Nuestros entrevistados declaran que relacionarse con otras personas que consumen tabaco influye en su decisión de fumar. Por un lado, se evidencia la presión del grupo de amigos que es muy fuerte e invita a replicar sus propias pautas de riesgo. Uno de los entrevistados afirma que ha formado parte del círculo de fumadores que impone ciertas conductas al resto de miembros. "En plan amigos míos, se han sentido presionados a fumar, porque la mayoría lo hacíamos y ellos no." [E29, hombre, 18 años].

Miguel-Aguilar et al. (2017) han demostrado que existe una alta proporción de adolescentes que prueban por primera vez el tabaco porque un amigo se los ha ofrecido. Así, los grupos de iguales, son clave para el inicio y el mantenimiento en los fumadores, esta idea la sostienen explícitamente algunos de los sujetos entrevistados, por tanto son conscientes de esa influencia negativa:

"Si totalmente. Porque el Yosua, por ejemplo, le pasa. Porque cuando está con gente que fuma sí que le apetece, ¿sabes?" [E27, mujer, 20 años].

"Si tu tienes amigos que fuman pues míratelo porque seguramente vas a fumar en cualquier momento o ya fumas, y claro evidentemente sí." [E28, hombre, 33 años].

Los grupos de iguales influyen de distintas formas: actúan como modelos de comportamiento, aprueban conductas o presionan para provocarlas (Simons-Morton et al. 2001), aunque esta presión sea indirecta o inconsciente, queda comprobado que los grupos afectan e intervienen en las decisiones de los demás. El siguiente testimonio de una chica de 26 años hace mención a las dificultades que se viven cuando se desea salir de la adicción y el entorno de fumadores constantemente incita al consumo, esto sucede porque la mayoría de las veces el consumo se vive como un acto social y como una forma de compartir con el grupo de amistad.

"Si estás con amigos que fuman, fumas más. Si yo ahora me acabo de fumar un cigarro y tu te estás encendiendo otro, va a ser como...bueno, ¡venga, va! Como que me da envidia, no es la palabra pero para que sigas un poco. Luego te bebes un cerveza y es como que la cerveza va con el cigarrillo, te bebes un café y es igual, sales de fiesta y "me salgo a fumar, me voy contigo". [E12, mujer, 26 años].

Además de la influencia del grupo de pares, el tabaco cumple muchas funciones en los jóvenes, por ejemplo perciben que a través de esta sustancia encuentran y establecen su verdadera identidad, se sienten adultos, proyectan una imagen moderna o incluso se diferencian de otros jóvenes (Codern et al. 2010). En consecuencia, como ha desarrollado la teoría de motivación de riesgos (Rogers 1975), la relación que existe entre las recompensas y el coste de una práctica de riesgo, da lugar a prácticas de exposición de determinados riesgos.

Según una de nuestras entrevistadas de Barcelona, los más adolescentes y jóvenes relacionan el consumo del tabaco con una imagen de modernidad y popularidad entre sus grupos de iguales. Esta sería una de las razones por las cuales inician a fumar y a edades muy tempranas.

"Además de que está muy relacionado con la...el...como se dice, el prestigio o la imagen que tu quieras dar, entonces como que te hace correr más riesgos por dar una imagen...por tal de seguir o dar una imagen que tu crees o que te dará más popularidad, entonces claro eso lo imita mucho por las redes, entonces claro yo considero que eso, la...el siglo actual, sean las tecnologías,

sean eh...que hay más libertad, menos control y todo es como más público pues que los jóvenes han cogido eso y como que han maximizado sus riesgos pensando que las consecuencias serán mínimas, bueno es mi opinión.” [E8, mujer, 23 años].

En el siguiente testimonio vemos que para este chico de 23 años, el tabaco le permite superar su fobia social, el tabaco es entonces la puerta de entrada para socializar. Aunque sabe que fumar supone un daño para su salud, hace una valoración de coste-oportunidad en la que la superación de su fobia social le motiva y le recompensa el propio riesgo de enfermedades respiratorias y la adicción.

“¿La recompensa al tabaco? Mira...esto sí que me lo había yo planteado. Como te comentaba antes, lo de mi fobia social, una de las cosas que me ayudó a sociabilizar es el tabaco. Porque...salía yo...de hecho empecé a fumar cuando empecé a militar (en un partido político). Porque salía yo a la puerta y había gente fumando...eh...entonces hablabas y...y te relacionabas y...cuando por ejemplo en la feria de abril que estuvimos pues...igual, ¿no? Es...la gente está con la música pero tu sales a fumar y estás en un ambiente que puedes hablar más y...es más sociable.” [E2, hombre, 23 años].

“Hombre pues que lo pasas bien, de hecho es esto... cuando dejes de pasártelo bien entonces ya. Dices ostia, voy a bajar. La marihuana si fumas mucho a lo mejor te pillan un par de taquicardias y te acojonas un poco y dices bueno voy a tomármelo con más calma, pero si no pues con colegas, te lo pasas bien.” [E4, hombre, 23 años].

Este último testimonio también ilustra esa recompensa que se obtiene con el tabaco. En él queda registrado la importancia que se da al beneficio obtenido, cuando dice “cuando dejes de pasártelo bien entonces ya”, está haciendo una reflexión desde una racionalidad situada en la que se prioriza esa sensación de bienestar sobre cualquier efecto dañino a su salud, esa “racionalidad” tendrá validez hasta que deje de existir el beneficio obtenido. El mismo joven continúa su narración dando elementos que nos permiten entender que conoce las consecuencias de sus actos pero que las mismas forman ya parte de lo que es propio de fumar, en este caso. Tal como lo explica de forma muy pertinente la teoría de la acción habitual (Weyman y Kelly 1999).

“A ver las consecuencias sí, siempre las tienes en cuenta ¿están allí no? Pero es como el cuento que se va repitiendo pero a todo el mundo le pilla igual. Igual que el alcohol te pillas un ciego de la leche, pero todo el mundo es

consciente de que bueno, te jodes el hígado, con el tabaco: los pulmones. Pero bueno vas tirando hasta que dios no lo quiera que pase algo, que ya no quieras asumir ese riesgo.” [E4, hombre, 23 años].

El papel de la familia en la decisión de fumar o no fumar.

Como agente socializador, la familia es una de las principales fuentes de información sobre riesgos. Sus miembros poseen una gran influencia en las actitudes que se tienen, en este caso sobre el tabaco. Tener un padre o madre que fuma -particularmente ésta última- o ha fumado es un antecedente fuerte y constante de la iniciación tabaco. El hábito de fumar de los padres influye directamente en el comportamiento de sus hijos y también modera sus actitudes hacia el tabaco (Wilkinson et al. 2008). La probabilidad de que un adolescente se inicie en el hábito de fumar es significativamente más alta si en el hogar sus padres son fumadores y no establecen reglas claras sobre el comportamiento antitabaco (Pennanen et al. 2012). En la medida que en el interior del grupo familiar se promuevan hábitos saludables se crean las bases para evitar riesgos o ser prudente en la exposición a los mismos.

“Pues por la educación de mis padres, principalmente. Si, si, es lo que más me ha marcado.” [E1, hombre, 24 años].

“Mis padres se enteraron hace poco y no les gustó obviamente, pero es que yo ya sabía que no les gustaría pero es que yo llevo diciendo esto de dejar de fumar desde hace un año más o menos, o sea sí salió de mi porque sé como va la cosa, sé que empiezas con esto y luego acabas con un paquete al día.” [E8, mujer, 23 años].

O por el contrario, el entorno fumador puede hacerte consciente del daño que significa el tabaco en el desarrollo vital de la persona.

“Si, mis padres son fumadores ambos. Eh...eso, y bueno...por el resto de cosas beber alcohol bebo moderadamente o me refiero no bebo casi fin de semana, ni cada día, ni...ni cada semana. Entonces, prácticamente lo que hago es...pues eso, fumar, tengo un estilo de vida un poco sedentario.” [E2, hombre, 23 años].

“Pues el tabaco, digamos, si tu vives con una familia que es fumadora, y tu no, se supone que también te afecta a tí, aunque no estés fumando tú.” [E33, mujer, 18 años].

La eficacia de la prevención.

La preocupación por los efectos dañinos del tabaco en la salud de la población, hace necesaria una revisión y una reflexión de la efectividad de las iniciativas institucionales anti-tabaco. Según Vázquez y colaboradores (2010) las campañas de lucha contra el tabaquismo en España no son exitosas, y más bien están cerca del fracaso, debido, entre otros elementos, a que el cambio de actitud es más una cuestión de auto-convencimiento que de la aplicación de sanciones. De hecho, los autores señalan que muchas veces estas campañas "incluso pueden llegar a producir efectos contrarios, debido, entre otros motivos, a la teórica lejanía de los efectos de las amenazas y la indefinición de posibles sanciones actuales" (2010:30). Los discursos de nuestros entrevistados coinciden con lo anteriormente señalado. Tanto hombres como mujeres opinan que las campañas de prevención son limitadas y en muchos casos no son del todo efectivas, son insuficientes porque compiten con el resto de medios que promueven el tabaco, por ejemplo películas o series de televisión –es decir, con programas que fomentan un estilo de vida exitoso y prestigioso sobre el hábito de fumar.

"No, no ayudan del todo, yo creo que no. Tampoco estoy muy informado la verdad." [E25, hombre, 20 años].

"Claro, pero tu te ves una serie o una peli y qué hacen...muchos de ellos se ponen a fumar. Es que por un lado te lo dan y por otro te lo quitan, y cuantos anuncios hay de tabaco. Que si, que luego te ponen en pequeñito daña a tu salud pero por un lado te lo dan y por otro te lo quitan, es que es así." [E12, mujer, 26 años].

Otro de los entrevistados reflexiona sobre el efecto inverso de las campañas anti-tabaco para los fumadores. Aunque no recoge los mismos elementos señalados por Vasquez et al. (2010), el resultado es el mismo: mayor consumo. Sin embargo, hace una diferencia entre la población fumadora y la no fumadora.

"Todas estas campañas de concienciación. Te diré más...he leído acerca de estos estudios que se han hecho de neuro-marketing para conocer el comportamiento del consumidores y demás y...por ejemplo las cajetillas de tabaco, las imágenes que salen de órganos destrozados despiertan el ansia por consumir tabaco o sea hacen el efecto contrario a lo que realmente las autoridades...(...) está confirmadísimo de que en una personas fumadora le entra la necesidad y la ansiedad por fumar. Y sin embargo, a los no fumadores si que nos genera mucha repulsión." [E1, hombre, 24 años].

Como último tema a resaltar, le damos espacio al papel de la educación y los medios de comunicación como parte de las instituciones socializadoras. En la mayoría de las entrevistas este tema ha sido residual, no se ha profundizado en el rol que juegan los colegios e institutos para dar a conocer, y reconocer los riesgos para la salud. Recuperamos el discurso de un chico de 29 años, quien relata el papel de su familia para no fumar, al mismo tiempo que reconoce que muchas veces tiene más peso la educación, los profesores y el entorno de desarrollo.

"Yo creo que sí que viene todo de la educación que me han dado mis padres. Siempre... y eso que mis padres han fumado y demás pero no sé en parte es ese tipo de educación y a mi también creo que mucho la educación de los profesores, la escuela. Cuando pues te cuentan como interfiere en tu cuerpo las sustancias, desde ilegales a legales, el tabaco el alcohol, pero eso es una mezcla de las dos cosas." [E24, hombre, 29 años].

Por su parte, otro joven entrevistado rescata a los medios de comunicación, y en particular valora significativamente los datos concretos que generan conciencia sobre los efectos nocivos del tabaco.

"Bueno también porque a raíz de las noticias y de los informativos conoces también los datos que son devastadores y...y claro ya es que ni te planteas probar algo así, entre eso y la educación pues es algo que ...que tienes mentalmente totalmente prohibido." [E1, hombre, 24 años].

Conclusiones

Los datos cuantitativos referidos a las pautas de consumo de la población española indica que el tabaquismo es un fenómeno con una alta representación masculina. En nuestro estudio y a partir de la información empírica recabada, hemos encontrado que no existen diferencias de género significativas en cuanto a la percepción del tabaco como factor de riesgo para la salud de los jóvenes. La mayoría de los jóvenes entrevistados conocen y reconocen el impacto negativo que el consumo del tabaco puede causar en su salud. Son conscientes de que fumar implica un riesgo, pero perciben que ese riesgo se hará efectivo a largo plazo y que tiene que ver con el exceso en el consumo, así pueden tomar medidas coherentes con esa reflexión: disminuyen la cantidad y la frecuencia pero no abandonan el hábito.

La figura del fumador social se entiende como una medida de autoeficacia que les protege del riesgo.

Según sus testimonios, mientras no se llegue a atravesar la frontera del consumo eventual y vinculado al ocio, es decir, mientras ellos/ellas sigan percibiendo que controlan sus prácticas de consumo –uso, frecuencia e intensidad–, el riesgo se minimiza o no existe. En estos casos la percepción del riesgo era muy baja y por consiguiente la autoeficacia también.

La percepción del autocontrol es uno de las grandes paradigmas de las adicciones, las frases "perder el control", "ser esclavo del tabaco", o "falta de voluntad para dejarlo" son sinónimos de la aceptación de un problema, pero al mismo tiempo suponen un reconocimiento de la imposibilidad de reaccionar – con recursos propios– para superarlo. Así, el paso del fumador o fumadora social al vicio entendido como la dependencia a la nicotina se percibe muy fácil de realizar y su autoeficacia entonces baja considerablemente.

Para entender por qué los jóvenes fuman aún sabiendo de sus efectos negativos, debemos revisar el sentido que tiene este hábito, tanto a nivel personal como a nivel social. Nuestros entrevistados reflexionan sobre sus hábitos de consumo y se justifican resaltando los beneficios que obtienen, entre ellos resaltan la popularidad, la pertenencia al grupo de iguales y la sensación de ser modernos. Esto significa que si la balanza se inclina hacia una alta valoración de la recompensa, el nivel de exposición al riesgo, desde sus percepciones, disminuye.

En las narraciones hemos podido constatar la influencia del grupo de amigos y compañeros para que los jóvenes inicien y continúen fumando es muy fuerte, se percibe como la más directa y efectiva. Aquellos jóvenes que tienen amigos que fuman, muy probablemente lo harán también, incluso cuando hayan decidido dejarlo, si su entorno consume tabaco tendrá muy difícil apartarse del hábito.

Numerosas investigaciones muestran que los padres poseen algunas de las claves básicas que conducen a sus hijos a tomar la decisión de fumar o no hacerlo. Nuestros entrevistados coinciden en darle un papel preponderante a sus familias en relación a las decisiones que toman con respecto al tabaco. La educación recibida por los progenitores influye en gran medida no solo en las prácticas sino en la percepción de riesgo. De sus discursos se extrae que si la familia es fumadora hay mucha probabilidad que los hijos también lo sean, mientras que los jóvenes se alejarán del cigarro e incluso evitarán frecuentar círculos de fumadores si lo han aprendido desde pequeños.

En general existe una valoración negativa de las campañas de prevención del tabaquismo, se consideran insuficientes, poco realistas, y equivocadas en sus estrategias de convencimiento, especialmente si se quieren dirigir a población adolescente y joven.

Los programas de prevención tendrían que considerar el fuerte efecto de los pares y emplear las nuevas tecnologías de información y comunicación y las redes sociales para alcanzar a la población más joven antes de iniciarse en el tabaquismo.

Hemos observado la validez de distintas teorías de percepción de riesgos para explicar esas percepciones en los jóvenes entrevistados. Así la *Teoría de la Motivación* nos es útil para entender la importancia de la autoeficacia, de las estrategias personales para evitar la exposición al riesgo, y como la relación entre las recompensas y el coste de un riesgo da lugar a prácticas de exposición ante ese riesgo.

De forma similar, la *Teoría de la Acción Habitual* nos sirve al propósito de explicar cómo los jóvenes a pesar del conocimiento sobre los efectos dañinos del tabaco a largo plazo –sin una consecuencia adversa e inmediata observable– continúan arriesgándose. Su cotidianidad no es la de un efecto adverso si no el de una recompensa, cualquiera que esa sea.

Por último, las *Teorías de la Acción y Control Social* suman a la explicación el papel determinante que tienen la presión del grupo, la percepción general de una actividad como de bajo riesgo o socialmente aceptable, determina la actitud final ante el riesgo.

CONSUMO DE DROGAS (Cannabis)

IDEAS FUERZA

- Se asocia el consumo de drogas a una peor salud, en distintos grados, pero nunca se asocia a buena salud. La salud mental aparece como el elemento más afectado derivado del consumo.
- Se distingue entre consumo ocasional/puntual del consumo adictivo o reiterado de drogas. El consumo puntual no se asocia a mala salud o riesgo para la salud. Se distingue aquí entre consumo puntual y adicción. El grado de exposición, por tanto la frecuencia con la que se consume, se asocia a mayor riesgo.
- Se distingue en varias ocasiones entre tipos de drogas. Aparece aquí un elemento importante para la percepción de riesgo de las drogas y es la distinción de lo que tiene origen humano (asociado a sintético) y lo que es de origen natural (plantas).
- En general la autoeficacia es alta, y la estrategia más usual es la evitación por miedo a las consecuencias negativas. En efecto, el concepto de miedo está muy presente en los discursos, como barrera protectora ante el consumo de drogas. La autoeficacia se muestra también en las valoraciones de costes y recompensas (teorías de motivación) en el consumo de drogas. Los costes se perciben como muy elevados y las recompensas apenas se mencionan.
- Las variables de control social (escuela, organizaciones, campañas, familia) están muy presentes en los discursos y se muestran efectivas en su papel. La educación es quizás la fuente más referida de conocimiento sobre las drogas y sus efectos.
- Hay algunas personas entrevistadas que hacen poca distinción entre tabaco, alcohol y drogas de otro tipo. Las asemejan en cuanto al daño que producen a la salud, y explícitamente no quieren hacer distinciones entre ellas en sus discursos.
- Las drogas se relacionan con alimentación y ejercicio físico en varios discursos, de forma que hacer ejercicio o comer sano lleva a rechazar las drogas como algo nocivo para el cuerpo. Practicar esos buenos hábitos te aleja de las drogas y debe ser por tanto un factor estimulante o motivador para apartarse de ellas.

- El papel de los amigos y las relaciones sociales y de grupo es importante, también el de la pareja. Es tanto un factor positivo, de protección, como negativo (presión de grupo por ejemplo).

- Aparece el concepto de vulnerabilidad o susceptibilidad como condicionante que favorece el inicio en el consumo y la adicción. Esa vulnerabilidad tiene muchas aristas, desde la edad de la persona, incapacidad de resistirse a la presión del grupo, la poca capacidad de autocontrol, la debilidad ante los mensajes atractivos que lo asocian a ocio y diversión... De forma implícita se reconoce que no todos tomamos las mismas decisiones ante las mismas presiones o situaciones y que la vulnerabilidad personal es un factor que ayuda a explicar esas diferencias.

Introducción

Los sujetos entrevistados en este trabajo hacen referencia casi exclusiva al Cannabis (marihuana y hachís) cuando hablan de drogas. El énfasis por tanto en esta introducción se pone en los datos oficiales de consumo global y por edades, así como percepción de riesgo del Cannabis, haciendo uso de los datos de la encuesta EDADES del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS 2017).

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años es del 35,2%, un consumo que es mayoritariamente masculino (43,6 vs 26,8). En España, el porcentaje de población de 15 a 64 años que reconoce consumo de Cánabis en los últimos doce meses es de un 11%, siendo más frecuente en hombres (15,4%) que en mujeres (6,6%). Este porcentaje se ha incrementado en 1,5 puntos respecto al año 2015. El consumo de cannabis también está más extendido entre los hombres que entre las mujeres situándose el diferencial en los 8,8 puntos.

Respecto al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la que está más extendida en España, y continúa la tendencia creciente iniciada desde el 2013 obteniéndose en 2017 el máximo valor de la serie histórica (35,2%), siendo la sustancia con mayor prevalencia de consumo entre la población menor de 35 años (el 42% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida).

Un 2,1% de la población consume cannabis de manera diaria, porcentaje idéntico al obtenido en la edición de 2015. La edad media de inicio en el consumo de Cannabis es de 18,4 años (con un año de diferencia entre hombre y mujeres), algo superior al alcohol y el tabaco (16,6 años).

La gran mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales. Existe evidencia científica de calidad (Macleod et al. 2004, Aldington et al. 2007, Zammit et al. 2008) que apunta a que el consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, desarrollar dependencia, obtener peor rendimiento académico o laboral, etc. El 81,5% de la población general reconoce que fumar cannabis semanalmente (una vez por semana o más) puede causar muchos o bastantes problemas.

La literatura especializada apunta que el consumo de marihuana puede ocasionar múltiples trastornos y alteraciones, entre ellas, las funciones cognitivas como memoria a corto plazo, la memoria de trabajo, la espacial, el rendimiento motor, la atención sostenida, la respuesta inhibitoria, y la toma de decisiones (Sánchez-Niubò et al. 2018). Pedersen et al. (2015, 2016) estudian el daño físico percibido, las condiciones de salud mental, la dependencia, las lesiones y las consecuencias sociales que pueden estar asociadas con el consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Sus resultados apuntan que el cannabis fue calificado como el más dañino (respecto a tabaco y alcohol) especialmente por lo que se refiere a las consecuencias para la salud mental. Coffey y Patton (2016) advierten también sobre las consecuencias adversas del consumo de cannabis: problemas de salud mental persistentes y progresión hacia el uso de otras sustancias.

Se conoce además que el uso ocasional de cannabis puede duplicar el riesgo de un accidente automovilístico, si los usuarios conducen intoxicados (Asbridge et al. 2012, Hall y Morley 2015). Pino et al. (2016) advierte que la percepción del riesgo de accidente en España disminuye con el consumo de sustancias como el cannabis. Cuanto mayor es el nivel de consumo, menor es la percepción del riesgo, y apunta la necesidad de que las campañas de información y sanciones se dirijan también al uso de drogas mientras se conduce.

Se han estudiado los factores que están más relacionados con el consumo de drogas entre los jóvenes. Se apunta por regla general a un conjunto heterogéneo de ellos. Así, Pacifici et al. (2016) estudian y apuntan, por orden de importancia, a la influencia de los amigos, la asistencia a lugares recreativos, ser hombre, y tener una mala relación con la madre. Jiménez et al. (2006) muestran como la actitud de los jóvenes hacia el consumo de sustancias es más favorable cuanto menor sea la percepción de riesgo, mayores las creencias distorsionadas o equivocadas, y más permisiva sea

la disposición para el consumo de alcohol y otras drogas ilegales. Otros factores determinantes que destacan los autores son de nuevo la relación con el grupo de iguales, y las conductas antisociales.

Cheeta et al. (2018) documenta que la exposición temprana al cannabis puede aumentar la probabilidad de uso de drogas ilegales más duras. De las drogas ilícitas, el cannabis es el más utilizado por los jóvenes que perciben esta droga como menos inofensiva en comparación con las drogas legales, el alcohol y el tabaco. Las explicaciones ofrecidas son que, a diferencia de las drogas legales, el cannabis tiene beneficios médicos potenciales y no está asociado con un mayor riesgo de mortalidad por cáncer y accidentes de tráfico relacionados con el alcohol. Los más jóvenes tenían más probabilidades de reportar el consumo regular de cannabis y éxtasis. Los jóvenes clasificaron las experiencias "mías y de mis amigos" como las más influyentes.

Lipari (2013, 2016) muestra como en USA entre 2007 y 2014, el porcentaje de adolescentes que percibieron un gran riesgo por fumar marihuana una o dos veces por semana disminuyó paulatinamente, a la vez que la tasa de consumo de marihuana aumentó. De forma similar, Merrill (2015) estudió para estudiantes universitarios la percepción de riesgo de la marihuana. Aquellos que consideraron la marihuana como no dañina tenían nueve veces más probabilidades de haber consumido marihuana. La percepción de que la marihuana no tiene ningún riesgo fue mayor entre los hombres, los jóvenes que no viven con su madre o su padre.

Okaneku et al. (2015) advierte que la edad está asociada a la percepción de riesgo de manera significativa, de forma que a más edad mayor percepción de riesgo. También el género tiene importancia, siendo los hombres quienes perciben el riesgo como más bajo que las mujeres. Bull et al. (2017) describen las actitudes y creencias de los jóvenes sobre los riesgos para la salud asociados con el uso de la marihuana. Mientras que el 40% de la muestra percibió un riesgo moderado a alto por el consumo semanal de marihuana, menos hombres percibieron estos riesgos.

Leos-Toro (2019) estudia en su tesis doctoral las creencias de los jóvenes canadienses sobre los efectos del consumo de cannabis en la salud, hallando tanto subestimación como sobreestimación, y apunta que los consumidores de cannabis pueden estar mostrando un cierto sesgo de "optimismo" en sus casos personales: la preocupación por los efectos en la salud y las percepciones de la adicción parecían ser menores cuando eran personalizadas y mayores cuando se referían a la población general .

Resultados

La totalidad de los entrevistados que nos han hablado de drogas en sus entrevistas asocian el consumo de drogas a una peor salud, en distintos grados, pero nunca se asocia a buena salud. La salud mental aparece como el elemento más afectado derivado del consumo. Solo en algunos discursos aparece el componente terapéutico de algunas drogas.

"Pues las drogas, el alcohol... El practicar relaciones sexuales de riesgo... Esas cosas son malas para mi salud." [E14, mujer, 24 años].

"A ver, si tomas drogas también será malo para tu desarrollo psíquico". [E5, mujer, 32 años].

"Cercana no pero sí que tengo conocidos que han terminado tocados por el tema de los porros, que fuman mucho y ves que no están muy bien de la cabeza y hablas con ellos y dices "ostras" lo conocías a lo mejor desde hace tiempo y ves que ha habido una...bueno un empeoramiento como persona, no sé, da cosa." [Trad., E7, mujer, 25 años].

"Evitar en temporadas de exámenes... eso si que lo tenía claro, ósea yo nunca he dicho la marihuana es buena para no se qué, no, yo siempre he asumido que es una droga, que bueno estoy entre amigos pues me echo unas risas, pero siempre he asumido que es mala, yo nunca he tenido dudas." [E30, hombre, 31 años].

"¿Si estás sufriendo porque continuar viviendo? Tienen que estar allí drogados para vivir porque sino, no soportan el dolor." [E19, mujer, 34 años].

Creemos que es importante destacar que los sujetos entrevistados distinguen entre consumo ocasional/puntual del consumo adictivo o reiterado de drogas. El consumo puntual no se asocia a mala salud o riesgo para la salud. En los discursos se distingue por tanto entre consumo puntual y adicción. El grado de exposición, por tanto la frecuencia con la que se consume, se asocia a mayor riesgo. Cuando se habla de riesgo no suele referirse como un riesgo inmediato para la salud sino como un riesgo que se acumula y que se manifiesta más adelante en el tiempo. Esa manera de entender el riesgo se matiza cuando se habla de drogas sintéticas.

"No, no, es la cantidad más que la frecuencia, no es lo mismo meterse una raya que meterse 5 6,7,8,9,10, ¿no? Ósea yo con una ya estoy contenta. Que tampoco lo he hecho muchas veces en mi vida, por eso mismo con una ya me ha valido." [E22, mujer, 30 años].

"Fui a Alemania, (fumé) marihuana y de hecho lo pasé muy mal, se pasa muy mal porque por la noche me preparaba dos bolsas, una dentro de la otra y me las dejaba preparadas al lado de la cama (...), por la mañana como fumadora te levantas y lo primero que haces es fumarte tu cigarrito con tu café pues ahí lo primero ya era el primer porro, ni me lo mezclaba con tabaco ni nada y como era tan agresivo para el estómago lo vomitaba y es muy triste porque seguí haciéndolo así todos los días." [E12, mujer, 26 años].

"Es que es difícil porque a veces tienes hábitos que no haces de manera inconsciente pero que no puedes controlar, por ejemplo ser adicto a alguna droga o vicios perjudiciales." [Trad., E16, hombre, 19 años].

Se distingue en varias ocasiones entre tipos de drogas. Aparece aquí un elemento importante para la percepción de riesgo de las drogas y es la distinción de lo que tiene origen humano (asociado a sintético) y lo que es de origen natural. Aquella droga de origen natural (una planta) se asocia a menos riesgo (menos nocivo, suave), y a cierta sensación de control, uno se inicia en ella poco a poco y se consume con base en la experiencia o familiaridad de sus efectos. El consumo de este tipo de drogas incluso se justifica bajo el concepto de prescripción médica, fines terapéuticos, alivio del dolor, sufrimiento terminal, final de la vida. Lo sintético, sin embargo, se asocia a incógnita, a desconocimiento y a riesgo mayor para la salud, y se califican como drogas bestias, químicas.

"Luego por ejemplo está el cannabis que considero que también, que lo he probado también pero con...que con mucha moderación, en este caso mucha incluso yo...soy de la opinión que prescrita por un médico mejor, pues a lo mejor es beneficiosa para según que situaciones como el cáncer y los dolores . Pero que de forma descontrolada como a veces ocurre es también mala eh...degenera las neuronas, es neurodegenerativa con lo cual...pues acaba pasando factura." [E2, hombre, 23 años].

"Em (ríe), hablan de Nexus, que yo no se que es pero vamos que yo he llegado a escuchar barbaridades de esas pastillas, que realmente no sabes lo que tomas, bueno el speed igual. Pero yo las setas por ejemplo las veo como más naturales, son monguis y yo he llegado a coger monguis en el monte y comérmelos." [E22, mujer, 30 años].

"Sí, o sea no drogas bestias, químicas, pero sí. (Porros) sí, no a lo bestia pero si he probado y he fumado, tabaco también que para mí el tabaco es nocivo, la marihuana es una planta que puedes fumártela, hervir en agua o te la puedes hacer como tu quieras, y el tabaco nos están metiendo lo

que quieren y más así que para mí es más nocivo el alcohol y tabaco que la marihuana en sí.” [E28, hombre, 29 años].

En general la autoeficacia ante el consumo de drogas y sus riesgos es alta, y la estrategia más usual es la evitación por miedo a las consecuencias negativas. En efecto, el concepto de miedo está muy presente en los discursos como barrera protectora ante el consumo de drogas. La autoeficacia se muestra también en las valoraciones de costes y recompensas (Teorías de motivación) en el consumo de drogas. Los costes se perciben como muy elevados y las recompensas se mencionan menos en los discursos. Así, se enumeran distintas consecuencias negativas o costes derivados del consumo reiterado, de la adicción, entre las que destacan los efectos sobre la **salud mental** –“se te va la cabeza”, “perder el control”, “alucinaciones”, “paranoias persecutorias”, “autoestima”, “irritabilidad”–, **físicas** –“desmejora visible”, “vómitos”, “taquicardias”, “muerte por sobredosis”–, y **socio-económicas** –“apatía social”, “dinámicas destructivas de las relaciones sociales”, “gasto importante de dinero”, “impacto laboral”, “criminalidad”, “marginalidad”–. En cuanto a las recompensas se menciona el “placer”, “pasar un buen rato”, “alivio percibido de la ansiedad y el estrés”, “evasión de una realidad no deseada”, o “satisfacer la curiosidad” por algo desconocido. Existe en general una elevada motivación por evitar las drogas sustentada por el miedo o aversión enorme a padecer las consecuencias negativas de su consumo. Aquellos entrevistados que las consumen o han consumido con asiduidad manifiestan que se puede perder el control con facilidad.

“Porque las drogas pueden dar un cambio bastante importante a tu vida. Quiero decir, consumiendo puedes morirte y también creo que afecta bastante mentalmente, y yo considero que el tema mental es muy importante.” [Trad., E7, mujer, 25 años].

“Creo que no. Es que en el aspecto, por ejemplo, yo que sé, o beber, o fumar, o tomar drogas, o todo eso. Yo he sido siempre muy de no. Entonces, ahora no caigo en ninguna situación en que...” [E23, mujer, 30 años].

“No. Y no lo voy a hacer nunca, es algo que le tengo muchísimo respeto y muchísimo miedo.” [E26, mujer, 20 años].

“A ver si que en años anteriores que vas con los amigos y vas de fiesta y te fumas uno pero ya está, drogas no me he metido pero no es una cosa que echaba de menos. Pero si que con él (pareja en Alemania) yo no lo sabía, pero luego me comentó que ya había tenido problemas con eso y me vino un día “jaja, mira que he pillado” y yo eso no lo sabía y fui con la intención de hacerlo como las veces anteriores.” [E12, mujer, 26 años].

"La marihuana si fumas mucho a lo mejor te pillan un par de taquicardias y te acojonas un poco y dices bueno voy a tomármelo con más calma." [E4, hombre, 23 años]

"Hombre mira, afortunadamente yo nunca he tenido contacto con la droga, he tenido unos amigos muy sanos y nunca. O sea, prácticamente nunca he tenido acceso, solamente una vez en relación a una pastilla y allí dije "ostras, esto puede ser malo para mi salud" y dije que no, me lo podría pasar bien, quien sabe por probar, pero "bah, qué gano" además, ni siquiera estaba en España y pasé además la personas tampoco era muy de cien por cien confianzas y digo ¿para qué me voy a arriesgar?" [E18, hombre, 34 años].

"No. Yo quería que el tiempo pasara y era la forma en la que menos sufría (mientras sufría de depresión), a mi modo de verlo en aquel momento (...) si, porque en ese momento lo único que quería era que el tiempo pasara y ya está y esto (la droga) hacía que esto lo llevara mejor." [E12, mujer, 26 años].

"Riesgos para mi salud, como siempre, he estado en contra de las drogas, mi mayor riesgo es llegar a ser adicto a cualquier tipo de droga, dile alcohol, dile marihuana. Además, me parece absurdo...bueno supongo que ellos le deben encontrar un sentido, pero como yo no, no creo que aporte nada, pierdes dinero, mucho dinero, pierdes salud...cuando somos más pequeños nos creemos inmortales. Supongo que también es porque el efecto debe ser inmediato como con el alcohol, al día siguiente tienes resaca, pero cuando vas al médico estás perfecto, pero dentro de veinte años es cuando te encuentras otras cosas." [Trad., E13, hombre, 25 años].

"Hacen porque estemos mucho más concienciados pero nosotros hacemos como "venga no, no pasa nada, a mi no me va ha pasar, hasta que te pasa." [E27, mujer, 20 años].

"Pero es eso yo veo algo así y como que ha esta gente no me vuelvo acercar. Como que evito muchísimo todo lo que es la presión, lo que veo y no me gusta. Pero la presión en si pues a lo mejor no es mi caso. En plan amigos míos, se han sentido presionados a fumar, porque la mayoría lo hacíamos y ellos no. Y es algo que yo no me veía. Porque muchos amigos míos consumen drogas y por mi parte pueden hacerlo todos pero yo no lo voy hacer, no me gusta." [E29, hombre, 18 años].

"Yo he visto la gente que si que te dice no que la marihuana no engancha no genera problemas, pues he visto muy enganchada, gente que no hace otra cosa, que se queda aletargada por así decirlo con la marihuana, entonces sí

que afecta. Entonces digamos que lo tengo claro en horizonte cercano, que como estés fumando todas las semanas un peta, tienes un problema. Como sea un mes también tienes un problema.” [E30, hombre, 31 años].

“Como todas las otras drogas, quiero decir me gustaría probarlas por la sensación, por el mundo que te pueden abrir en el momento pero como le tengo respeto no lo hago.” [E32, mujer, 18 años].

“No, salíamos del mercado y era una mujer (la que les atracó) pues esto drogadicta, la cara muy demacrada, entonces claro, me asusté bastante y... ostras me costó mucho superarlo...bueno hasta que me fui a Reino Unido entonces sí que salía más de noche, de día y fue a partir de ahí, pero hasta entonces yo esto de salir sola a la calle...no. La verdad es que lo pasé mal, fui al psicólogo y todo, pero no me ayudó demasiado.” [E9, mujer, 24 años].

Las variables de control social —escuela, organizaciones, campañas, familia— están muy presentes en los discursos y se muestran efectivas en su papel. La educación es quizás la fuente más referida de conocimiento sobre las drogas y sus efectos. Gran parte de los entrevistados tienen un recuerdo de charlas instructivas en este sentido. De forma similar, aunque en menor grado, se recuerdan las campañas publicitarias institucionales sobre drogas y los riesgos derivados de su consumo. El papel de la familia es importante, incluso tener experiencias familiares cercanas se ven como un motivo de rechazo al consumo al ser conscientes de las consecuencias, muy visibles y cercanas en este caso, de la adicción. Aparece en algunos discursos la confianza de la familia como generadora de efectos positivos que refuerzan la motivación por no acudir a las drogas.

“Bueno yo...el tema del caballo y la cocaína por un familiar, un tío que todavía sigue a su edad, y que también es el motivo un poco de...de que mi familia este inestable emocionalmente. Porque, se murió mi abuela y nos lo hemos cargado un poco nosotros...nuestra parte de la familia. Entonces bueno, está ahí, lo he vivido, él sigue consumiendo a pesar de...y bueno lo que he visto es que destruye...destruye vidas, destruye su propia vida, destruye la vida de quienes le rodean porque al final es una persona que no tiene capacidad de reacción tú le hablas y se nota mucho de que esta empanado, bueno empanado que esta...esta y no está, es una persona que cuando te habla...pues...no verbaliza, bueno...en fin.” [E2, hombre, 23 años].

“Bueno también, el tema de las drogas he tenido antecedentes familiares que han tenido eso, (...) mi tío ha estado en la cárcel diez años por eso... entonces quizás...” [E6, hombre 32 años].

"Sí, tuve un primo que yo lo conocía que sí que sí, se drogaba, se hinchaba sí. Y murió, de una sobredosis, ósea que bueno las drogas están un poco marcadas en mi familia pero vamos tampoco una cosa, ósea tampoco lo saben mis padres y mis tíos ni nada, como marcado mucho ese tema de prohibido tal, no no es una prohibición nos han explicado un poco el tema y cada uno ha tomado su decisión, yo paso totalmente de cualquier agente químico pero por mi eh, porque yo lo he decidido." [E28, hombre, 29 años].

"Yo creo que sí que viene todo de la educación que me han dado mis padres. Siempre... y eso que mis padres han fumado y demás pero no sé en parte es ese tipo de educación y a mi también creo que mucho la educación de los profesores, la escuela. Cuando pues te cuentan como interfiere en tu cuerpo las sustancias, desde ilegales a legales, el tabaco el alcohol, pero eso es una mezcla de las dos cosas." [E24, hombre, 29 años].

"(En la escuela) dedicaron mucho tiempo al tema de las drogas, alcohol y fumar." [Trad., E7, mujer, 25 años].

"Es que en la escuela no nos han dado mucha información sobre la depresión, lo que nos han dado es sobre la drogadicción y transmisión sexual pero todo lo que es depresión y estrés no..." [E15, hombre, 19 años].

"(...) también hay como una idea de que...solo hace falta ver la tele, todo es vive la vida al máximo, disfruta, no pienses en mañana, pero todo tiene que ser sano...es un poco contradictorio, al final todo el mundo lo interpreta a su manera, supongo. Si quieres vivir la vida a tope y sales de fiesta y de ofrecen una ralla de coca, igual..." [Trad., E16, hombre, 19 años].

"Pues no lo sé, la verdad que supongo que es la idea que te venden, no te sabría decir el porque simplemente es que beber y drogarse tiene más efectos negativos sobre la salud que uno que comer..." [E4, hombre, 23 años].

"Pues, de hecho lo estuve estudiando, creo que fue, en tanto en grado superior como en grado medio." [E25, hombre, 20 años].

"Sí, por películas que ves, que ya... hay gente que mata para todo eso (...) Yo creo que es más por las películas, y series, que tienen que ver con eso. Sí, es más por eso." [E33, mujer, 18 años].

Hay algunas personas entrevistadas que hacen poca distinción entre tabaco, alcohol y drogas de otro tipo. Las asemejan en cuanto al daño que producen a la salud, y explícitamente no quieren hacer distinciones entre ellas en sus discursos.

Todas ellas argumentan que tienen, en situaciones de abuso, efectos negativos sobre la salud.

"Es que claro es que el tabaco el tabaco es nocivo, todas las drogas son nocivas." [E6, hombre 32 años].

"El que peor lo de las drogas, luego los hábitos alimentarios, no, luego el tabaco pero bueno el tabaco también se mete en drogas" [E12, mujer, 26 años].

"No tener adiciones a la droga...alcohol que también es una droga, el tabaco que también lo es, son drogas legales..." [Trad., E13, hombre, 25 años].

"Nada, algún porro me he fumado alguna vez como todo el mundo, ahí acaba mi experiencia con las drogas, no ha habido nada, ni me llama, ni nada de nada, nunca." [E17, hombre, 32 años].

Las drogas se relacionan con alimentación y con el ejercicio físico en varios discursos, de forma que hacer ejercicio o comer sano lleva a rechazar las drogas como algo nocivo para el cuerpo. Practicar esos buenos hábitos te aleja de las drogas y debe ser por tanto un factor estimulante o motivador para apartarse de ellas. Suele ser una afirmación masculina.

"¡No, no, no! No, es por...yo creo que es por la actividad física, el hecho de (interrupción) yo creo que la actividad física propicia unos buenos hábitos alimenticios y de salud. El hecho de empezar a... el deporte...ya...el cuerpo ya te pide comer sano y yo creo que los agentes nocivos el cuerpo ya te los rechazo entonces ya no te viene de gusto. Entonces fue a raíz de eso." [E6, hombre, 32 años].

"Tengo amigos que fuman. Y cuando tenía 15 años en el instituto íbamos a un parque y muchos de mis amigos fumaban porros y algunos traían magdalenas de marihuana. Pero por el fútbol y mi educación en mi casa, mi madre nunca me prohibió nada pero si que me explicó las consecuencias, igual que en la escuela." [Trad., E13, hombre, 25 años].

El papel de los amigos y las relaciones sociales y de grupo es importante, también el de la pareja. Es tanto un factor positivo, de protección, como negativo (presión de grupo por ejemplo). Se entra en contacto con la droga de forma usual a través de amigos y pareja, con ello no solo se da acceso a la droga sino que también se normaliza su consumo.

La presión del grupo y la necesidad de sentirse aceptado por el llamado "entorno" se incorporan al discurso como factor relevante, especialmente en una etapa de la vida en la que se construyen amistades, identidades y hábitos (adolescencia y juventud). El consumo se asocia fácilmente a situaciones de ocio y diversión. Se atenúa la percepción negativa del riesgo si ese consumo se hace en grupo, con amigos, o en pareja.

"Hombre pues que lo pasas bien, de hecho es esto cuando dejes de pasártelo bien entonces ya dices ostia, voy a bajar. La marihuana si fumas mucho a lo mejor te pillan un par de taquicardias y te acojonas un poco y dices bueno voy a tomármelo con más calma, pero si no pues con colegas, te lo pasas bien." [E4, hombre, 23 años].

"Sí, es que es eso...rodeado de esto, porque socialmente está súper aceptado, todo el mundo lo hace y tienes que tener cabeza y decir "yo no." [E11, mujer, 21 años].

"Para a mi concretamente, como no tengo a nadie, ni me rodeo de eso, no lo veo como riesgo, porque no es algo con lo que yo conviva. Si tuviera amigos que se drogasen o bebiesen, pues te diría que sí, pero como que no." [E31, mujer, 28 años].

"Porque lo hacía con mi pareja y se nos fue bastante de las manos, nos volvimos locos, yo pensaba que me perseguían por la calle entre él y yo hubo unas broncas brutales, a ver ahora somos tan amigos, él no lo ha vuelto a hacer ni yo tampoco pero estábamos súper irritables, yo pensaba que me movían cosas en mi casa, no sé pero estaba todo el día, 200-300€ en una semana." [E12, mujer, 26 años].

"(...) en un grupo siempre hay un líder y es alguien que a lo mejor es negativo, que fuma porros, que bebe alcohol y hace botellón o que no usa ningún tipo de anticonceptivo, normalmente es el que brilla más (...), este ve la aceptación de los demás y si no formas parte de este grupo te miran mal, no eres guay." [Trad., E13, hombre, 25 años].

"No por suerte no, no tengo a nadie adicto ni tampoco como proveedor." [E20, hombre, 33 años].

"La presión grupal, sí, las drogas por ejemplo. O sea yo me muevo en un entorno en el que se mueve mucha droga y al final es por eso ¿no? que lo hace uno, lo hace otro, pues yo también lo voy a hacer, entonces creo que en ese sentido sí que afecta." [E22, mujer, 30 años].

Aparece el concepto de vulnerabilidad o susceptibilidad como condicionante que favorece el inicio en el consumo y la adicción. Esa vulnerabilidad tiene muchas aristas, desde la edad de la persona, incapacidad de resistirse a la presión del grupo como se ha mencionado, la poca capacidad de autocontrol, o la debilidad ante los mensajes atractivos que lo asocian a ocio y diversión... De forma implícita se reconoce que no todos tomamos las mismas decisiones ante las mismas presiones o situaciones y que la vulnerabilidad personal es un factor que ayuda a explicar esas diferencias.

"Pues yo creo que lo hacen como para evadirse de situaciones que tienen, y en vez de hablarles o de... Prefieren recurrir a ese tipo de sustancias para evadirse." [E14, mujer, 24 años].

"En mi caso no, pero sí que es un riesgo para otros jóvenes que no quieren... digamos que son más vulnerables." [E15, hombre, 19 años].

"(...) pero se que si me hubiese ofrecido otras cosas y todo esto, y todos las hubieses tomado pues seguramente yo hubiese acabado tomándolas también, es complicado porque sino te quedas solo, eres el pringado del grupo, lo que sea y por muy responsable que seas, sería complicado." [E18, hombre, 34 años].

Finalmente, es preciso hacer mención al consumo urbano y rural. Se tiene como evidente en el imaginario colectivo que el consumo de drogas es una tema eminentemente urbano. Hemos encontrado en los discursos que también es una preocupación de los jóvenes en el ámbito rural.

"Proporcionalmente yo creo que el medio rural es una pasada, o sea la coca en comarca, y en casi todas las comarcas es... (pausa), en Zaragoza yo creo que está más la marihuana, comparando con pueblo ciudad, pero la cocaína esta a la orden del día en los pueblos." [E30, hombre, 31 años]

SEGURIDAD PERSONAL Y ACCIDENTE

IDEAS FUERZA

Seguridad personal

- Se asocian situaciones de multitud, aglomeraciones y manifestaciones a riesgo de seguridad personal. La autoeficacia (Teorías de motivación) aquí consiste en evitar la situación o ir acompañado de familiares o personas cercanas.
- La experiencia previa es un componente muy relevante de la construcción del riesgo en seguridad personal. Esa experiencia (propia o ajena) alerta sobre lugares (calles estrechas, calles desconocidas, calles de discotecas o fiestas, lugares sucios, oscuros, desorganizados, con ruido...), periodos del día (especialmente la noche), y otras personas y sus actitudes (sin hacer nada, fumando, borrachos, lateros, babosos).

Seguridad y accidentes

- Aparece el Otro como un aspecto a tener en cuenta respecto al riesgo en seguridad y accidentes de tráfico, aparecen con fuerza elementos de vulnerabilidad y baja percepción de control.
- El riesgo en la conducción aparece como un riesgo especialmente vinculado a otros riesgos como son el consumo de drogas, de alcohol, de uso del móvil (grabarse conduciendo temerariamente), a la familiaridad (se conoce la carretera y corre), a la edad (la juventud se cree inmortal, hacen locuras), y a la presión grupal (se asume riesgo por la presión de grupo de pares).
- La sensación de seguridad del cinturón no parece estar vigente. No se asume más riesgo por llevar el cinturón, propio de Teorías de Compensación de riesgos. El uso del cinturón se ha interiorizado tanto en el comportamiento habitual que se ha transformado en una rutina, una costumbre, más vinculada a evitar la multa que otra cosa.
- La autoeficacia ante el riesgo de accidentes se muestra de muchas maneras, el llamado control que puede plasmarse en el respeto a las normas de conducir, en evitar de entrada coger coche y exponerse, en ser consciente de la poca experiencia al volante, no se bebe, se descansa lo suficiente, entre otros.

- Se tiene un elevado recuerdo de las campañas, incluso de las más antiguas en fecha. Algunos entrevistados apuntan a la necesidad de dirigir las campañas a colectivos concretos y especialmente a hombres. En general por tanto se puede argumentar que hay una elevada conciencia sobre los riesgos de la conducción, lo que es un elemento importante en la validez de las Teorías de Motivación en este caso.

- Aparece el miedo a volar en los discursos, ligado, no obstante, a alta autoeficacia. Aquí aparece un cierto elemento de Racionalidad Situada, de forma que la recompensa de asumir el riesgo de volar se encuentra en el placer o felicidad de la pareja que compensa el coste de asumir el riesgo.

Introducción

En esta sección sobre seguridad hemos distinguido dos dimensiones. Por un lado hemos analizado todo aquello presente en los discursos y que se relaciona con la seguridad personal, con la integridad física amenazada por el entorno, con el miedo a ir solo/a por la calle, y la percepción de riesgo que declara la persona entrevistada sobre determinados tipos de entornos. Por otra parte surge también de los discursos analizados un segundo grupo de temas relacionados con la seguridad que son en esencia riesgos percibidos de accidentes, especialmente de tráfico y avión.

Seguridad personal

Un primer elemento que aparece en los discursos analizados es la percepción de riesgo en situaciones de multitud, aglomeraciones, o manifestaciones. Son situaciones que se asocian también a peligro, no solo a agobio o a la incomodidad que puedan suponer para moverse libremente, por ejemplo. Son situaciones que se asocian a posibles robos, hurtos o violencia. Ante esas situaciones de riesgo percibido, el tipo de actuaciones que ponen en marcha los entrevistados, es decir, la autoeficacia, consiste en evitar la situación, ir con cuidado, o en ir acompañado de familiares o personas cercanas.

"Mucha multitud, conciertos, las Ramblas, el centro de Barcelona con los coches. Todo lo que tenga que ver con mucha multitud me agobian, me marean, los metros también cuando hay mucha hora punta, si me marean... (...) A parte, te empujan, no tienen cuidado contigo." [E10, mujer, 30 años].

"Grupos en los que haya mucha gente que no conozca, ahí me siento muy tensa." [E12, mujer, 26 años].

"Eh... en las multitudes no estoy muy tal." [E30, Hombre, 31 años].

"Además a hace poco, también me pasó, fui a una manifestación antifascista. Y mi compañera de piso, que iba también, cuando le dije que me iba ya, me dijo "ponte el gorro, tapate", porque a ver si,.. A veces en manifestaciones de este tipo acuden neonazis, para intentar pillar a alguien, cuando se vaya. Y yo pues claro al principio no lo pensé, pero sí que iba acojonada. Y yo con estas pintas que llevo, madre mía, me van a pillar seguro." [E23, mujer, 30 años].

*"Pero no me gustan por ejemplo las macrofiestas...Todos juntos....Por ejemplo ahora que estaba hablando con mi compañera de las Interpeñas, de que me voy a gastar un dinero para ir allí, para estar en medio de un montón de gente a que me pise y que me tire bebida... (...) **Pues de hecho iba a preguntarte ahora que vienen las Fiestas del Pilar si... Voy. Voy pero más en plan familia, o con mi pareja o con mis amigos a las ferias a tomar algo... A subir a alguna atracción y poco más.**" [E14, Mujer, 24 años].*

"¿Hay algunos ambientes, por ejemplo, que tu quieres evitar cuando sales, o algunos en los que te sientes más cómoda? A bueno, cuando hay baste gente, como que me agobia un poco. No sé, me gustan los sitios más tranquilos, más acogedores." [E33, Mujer, 18 años].

"He tenido varias experiencias negativas en el metro, por ejemplo me han robado un par de veces allí entonces inconscientemente es algo que...lo lo lo detectaba como un lugar de riesgo de peligro que podía evitar y entonces pues decidí durante una temporada ir andando a muchos sitios antes que coger el metro." [E1, hombre, 24 años].

La experiencia previa es un componente muy relevante de la construcción del riesgo en seguridad. Esa experiencia, ya sea propia o ajena, alerta sobre lugares –como calles estrechas, calles desconocidas, calles de discotecas o fiestas, entornos sucios/con basura, oscuros, desorganizados, determinados barrios, lugares de miseria, con ruido, focos de infección–, y sobre las actitudes de otras personas –bullying, gente sin hacer nada, fumando, borrachos, comiendo pipas, lateros, babosos...–.

"¿Y...algún sitio al que no irías nunca? Bueno, el barrio donde estuve trabajando eh...es donde tuve aquello, (...) o sea iba todos los días, pero es verdad que ponía más atención y tenía más cuidado de mis cosas o de quien tenía detrás, algo así.(...) Sí, me pongo vigilante siempre. Pero es verdad que como me pasó allí y allí (Bon Pastor) vi algunas cosas, algunos robos en otras personas, pensé bueno mejor tener cuidado." [E11, mujer, 21 años]

"¿Qué es lo que te molesta de ese entorno? El ruido sobretodo. En las que a lo mejor puedo controlarme más emocionalmente en las que puedo pensar...yo que sé, tiro por este otro camino más...transitado o voy por este que hay más luz, tal, llamo por teléfono y tal. Como me puedo encontrar con situaciones en las que...salgo corriendo quizás no físicamente pero mentalmente salgo corriendo." [E2, hombre, 23 años]

"Entrar e...en ciertos...barrios o ciertos parques que están muy descuidados y ver pues botellas por ahí tiradas o incluso jeringuillas, preservativos. Y aunque tú sabes que si no te acercas si no lo coges si no lo tocas no te va a pasar nada, e...el entrar en un lugar así, ya te echa para atrás ya dice "uy, me voy de aquí" (...) Sí, es más el entorno, que te encuentras fuera de lugar a un sitio así y dices: no estoy a gusto, me voy (...) Lo asocio como un riesgo también uy que puede haber gente rara,-...si. Lo mismo pues...supongamos pues que en ese parque hay eh...mucha basura esparcida por el suelo y...y yo que sé... mucha miseria. Muchas veces percibimos lugares de miseria con posible focos de infección y un poco también esa mentalidad que tú te creas de decir uu, no entro ahí vaya a ser que coja algo." [E1, hombre, 24 años].

"Incluso atacan físicamente bullying, pues hombre ha habido casos de bullying en el insti, no sé si físicos pero si de aislar e insultar, de cosas así a la gente porque pues ya te digo gente que luego... por ejemplo uno venia conmigo a campamentos y venía a estudiar a Zaragoza, pero en el instituto lo machacaban, y suele coincidir casos que he visto yo chicos y chicas con inquietudes de todo, sociales, artísticas, de moverse." [E30, hombre, 31 años].

"Sí precisamente porque las pocas veces que he ido no me transmite...quizás porque las calles son muy estrechas o...no sé pero no...siempre hay los típicos que están en el parque sin hacer nada fumando y comiendo pipas pero no es un parque...es que era en cada parque todo es...¿sabes? (..) no me gusta y las veces que he ido pues...ya sea por la gente que está vendiendo cosas allí , ¿sabes? sean latero, sean guiris borrachos (...) ...lo típico los típicos babosos que te dices algo y cosas así entonces..esa zona..." [E8, Mujer, 23 años].

La fiesta, el ocio y la noche se suelen asociar a riesgo y a peleas, a violencia, y a discusión. Se dice que son entornos de riesgo que mejor evitar porque en ellos se bebe alcohol, se drogan, se pierde el control.

"Entonces no me importa, no me da tanto miedo como si me pasara por la noche, porque sé que por la noche me pasa y hay gente más peligrosa que me puede robar o...sin embargo, me pasa durante el día que hay más gente y...y... (...) Y yo creo que...el riesgo es sobretodo e...en mi caso, aumenta muchísimo si es por la noche. La misma acción hecha durante el día que por la noche em...para mí cambia radicalmente la percepción de riesgo. (...) Y también porque por la noche hay más gente en un estado pues de borrachera o fumado, hay más gente concentrada en ese estado. Entonces hay más gente con la que puedes tener problemas." [E1, hombre, 24 años].

"Hay un (barrio) que es muy chungo en Zaragoza, el Ganso, la zona del Ganso es peligrosa. A ver, a las Armas he ido cuando hay mercadillo de día no hay ningún problema." [E17, Hombre, 32 años].

"Es triste pero a veces reaccionas en la vida con sustos y es cuando vivía en Reino Unido. Allí, bueno, empezabas a beber a las cuatro de la tarde y terminas a las nueve y bueno, aparte de perder las gafas y la chaqueta en el bar, volví a casa en taxi, el taxista me robó, yo no recuerdo nada entonces piensas y dices "hostias es que te podían haber violado, matado y sin enterarte de nada", porque llegué a mi casa y no se ni como. Eso sí, vas a tu casa prácticamente inconsciente y que ganas con esto, al día siguiente tener resaca, que te podrían haber matado y dije, no, no y ahora destilados no, cubatas y eso no tomo o igual tomo uno. (...) A raíz de aquello de decir, un taxista me ha robado, a saber que me podría haber hecho por que tengo que estar así es que me avergoncé de mi misma de decir "cómo puedes llegar a estos extremos?" y desde entonces dije, no hasta aquí, que he tenido sustos." [E9, mujer, 24 años].

"Hay un riesgo de que te lo encuentras en la calle cuando sales de fiesta, pero no media mañana qué es que la gente por lo que decíamos igual se drogan en exceso o han bebido en exceso y puede llega desde a incomodar a verte en alguna pelea o discusión para alguien que pasado de vueltas. Considero que esto es un riesgo." [Trad., E16, hombre, 19 años].

La autoeficacia, es decir, las estrategias y acciones puestas en marcha para evitar/controlar/superar el riesgo, se expresa de muchas formas y grados, por ejemplo: ir acompañada, llevar defensa, llevar el bolso cruzado, ir vigilando,

evitar la situación en sí, evitar sitios/calles concretas, hacerse oír, llamar a la policía, andar más deprisa, no llevar objetos de valor.... Quizás la estrategia de autoeficacia más predominante es la de evitación. Estas diferentes estrategias suelen ser efectivas y alivian la situación de vulnerabilidad alta percibida, sobretodo de peligro para su integridad física. Esa vulnerabilidad está muy presente en la percepción de riesgo por parte de la mujer, a ser agredida, violada, abusada, o intimidada por acción del hombre.

"No voy mucho por ahí la verdad (barrios que no le gustan)." [E8, mujer, 23 años].

"Si algo que peligre mi salud...bueno es todo lo que sea em...quizás que tenga que ver con la integridad física, sean quizás agresiones o...que se te obligue a hacer algo que no quieras, (...) ir con cuidado y mirando siempre, estar pendiente de tu entorno, tampoco ir...no sé, cosas detalles, el bolso cruzado, no llevar cosas de valor a mano, estar pendiente de la gente, básicamente. eh...en ese sentido, recurres a alguien si por ejemplo te sientes amenazada físicamente? pues si, a mi novio." [E8, mujer, 23 años].

"A ver, yo allí (en Alemania) iba con mi gel de pimienta en el bolso, y aquí no. Hace unos meses estando con los amigos en una terraza vimos como había un hombre, una mujer y un crío y el se puso bastante violento con ella y quería llevarse al crío y como la cosa veíamos que se subía bastante de tono llamamos a la policía y gravamos, estuvimos al caso. (...) No tuve ningún miedo de nada porque además iba con mis amigos." [E12, mujer, 26 años].

"Hombre, evitarlo sí. (...) de día he estado muchas veces, por la tarde, pero por la noche yo solo, no. Por la noche sí que he estado por ahí, tres, cuatro personas eso no hay ningún problema, pero yo solo, no, no me gustó la experiencia." [E17, hombre, 32 años].

"Igual lo que dices tú, vas por una calle oscura, pues me da rabia, porque yo quiero pasar por ahí porque no voy a poder pasar por ahí, porque soy mujer, porque soy más débil, porque pueden atacarme, pues no, yo quiero pasar. Me da rabia, miedo, pero si no lo haces, al final, pues qué." [E23, mujer, 30 años].

"A ver en general siempre querré evitar volver sola de fiesta, en lugares con poca gente. Porque al ser mujer siempre te parece un riesgo. Calles estrechas de noche algunos barrios que no ... y no tan por el barrio sino porque no me lo conozco, es decir si me lo conozco no me siento tan

insegura, pero si no lo conozco demasiado es que me siento insegura. Y más bien por eso por el hecho de que pueda haber alguna violación, yo que sé, o simplemente sentirme intimidada." [E32, Mujer, 18 años].

"Tu puedes vestirte como tu quieras pero...hay hombres que no están preparados para verte así y no hacerte nada, por desgracia. (...) De pequeño es valorar la mujer, que sí es un "no" es un "no" y ya está, eso sí que creo que tienes que inculcárselo, como la buena educación. Pues no violarlas, no tocarlas, si ellas no quieren, vayas como vayan, no tienes porque tocar porque ellas pueden pedir guerra a la gente que ella quiere, no a los demás (?) o sea es...es así pero creo que el mundo no está hecho...no está preparado, por desgracia aún para eso." [E10, Mujer, 30 años].

Finalmente, aun no siendo frecuente que se apunten las recompensas de tomar un riesgo en esas situaciones, hay algún discurso en el que aparecen elementos por los que compensa tomar un riesgo. Suele asociarse al conocimiento –viajar, descubrir sitios nuevos y conocer a personas nuevas–, el placer –salir de fiesta, divertirse...–, o la simple necesidad de trasladarse de un sitio a otro.

"O sea, la típica situación que vas así un poco por la noche y dices aquí me podría atracar o me podría hacer algo por mis...en mitad del campo acampando en Méjico que te dice "aquí algún turista le robaron o le mataron" cosas de esas, y yo estoy por ahí también. Pero podría ser una situación de riesgos, a mi no me robaron, ni me paso nada. Pero vamos tampoco lo pensé mucho. Confío mucho en mi suerte. Porque los consideraba exagerados. Son muy exagerados [en Lima]." [E18, hombre, 34 años].

Descubrimos elementos propios de las teorías de percepción del riesgo que ayudan a explicar estos resultados. Evidentemente resulta imprescindible la Teoría de Motivación para entender que sensación de vulnerabilidad, falta de control sobre el entorno que hace que actúes y muestres diferentes estrategias de autoeficacia o respuestas ante la sensación de peligro. Igualmente están presentes las Teorías de Control Social y Racionalidad Situada por cuanto se es consciente de los riesgos asociados por ejemplo a la noche, a la fiesta o al ocio, pero se asumen **por estar** con amigos, **para estar** con amigos, o **estando** con amigos.

Seguridad y accidentes

Un segundo grupo de resultados hace referencia a la percepción de riesgo en torno a actividades que pueden generar accidentes, principalmente la conducción y viajar en avión.

El primero de ellos, la conducción y los accidentes de tráfico, es posiblemente uno de los aspectos más estudiados en la literatura de percepción de riesgos.

La primera consideración a hacer en torno a la seguridad al volante y percepción de riesgo es que una baja percepción lleva a una conducción arriesgada (Harbeck et al. 2017). Numerosos estudios muestran esa asociación, y exploran cuestiones como la edad y la experiencia al volante, el género, la presencia de drogas, alcohol, o de otros factores que intervienen en la asociación entre nivel de percepción de riesgo y actitud ante esos riesgos. Incluimos aquí una muestra de ellos.

La **edad** es un elemento clave en esta literatura. Nos interesa en este trabajo ver cómo las edades jóvenes entre los conductores se asoció o no a percepción de riesgo. O'Brien y Gormley (2015) nos revelan que los comportamientos de riesgo para la salud como la conducción arriesgada, normalmente alcanzan su punto máximo en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. En este sentido, muchos otros estudios muestran que la edad joven es un predictor significativo de la conducción peligrosa intencional independientemente de la experiencia de conducción (McCartt et al. 2009, Voogt et al. 2014, Harbeck y Glendon 2018, Wright y Silberman 2018). La sugerencia de que los conductores más jóvenes -menores de 24 años- tienen una mayor propensión a involucrarse en la conducción insegura está respaldada por Palk et al. (2011). Así, es frecuente que las recomendaciones a las autoridades de tráfico vayan enfocadas a dirigir campañas a los jóvenes como grupo de riesgo (González-Sánchez et al. 2018).

Voogt et al. (2014) denuncian como los conductores jóvenes de entre 16 y 25 años tienen una representación excesiva en las estadísticas de accidentes fatales y son más propensos que los conductores mayores a involucrarse en una serie de conductas de conducción intencionales y de riesgo, como conducir con bebidas alcohólicas, drogas, acelerar, hacer seguimientos (conducir cerca detrás de otro vehículo), competir con otros conductores, o utilizar el móvil.

Se han estudiado también las percepciones de riesgo según **género**, y ser hombre se asocia a una menor percepción de riesgo al conducir en todos los estudios revisados (Olofsson y Öhman 2014, González-Sánchez et al. 2018). Los varones jóvenes tienen comportamiento propios de una conducción insegura y a la vez se perciben a sí mismos como conductores seguros, creen que no son conductores peligrosos (Voogt et al. 2014, Barr et al. 2015). Gwyther (2012) muestra que los sentimientos de vulnerabilidad afectan especialmente al comportamiento de conducción de las mujeres, lo que se traduce en una cierta autorregulación, conceptualizada como evitación.

Así mismo, el uso de móviles mientras se conduce tiene un componente de género, siendo los hombres quienes reportaron enviar o consultar mensajes de texto más frecuentemente mientras conducían que las mujeres (Tucker et al. 2015). Los móviles se asocian a lo que se conoce por conducción distraída (Oviedo-Trespalacios et al. 2017) y se asocia a la incapacidad de reconocer el aumento del riesgo de colisiones relacionados con el responder y localizar un teléfono que suena. Bajar la velocidad de conducción y aumentar la distancia con el vehículo próximo fueron las estrategias más usuales mientras se conduce, y mantener el teléfono móvil bajo (por ejemplo, en el regazo del conductor o en el asiento del pasajero) fue la estrategia favorita utilizada por los conductores para evitar multas de la policía.

La literatura sobre percepción de riesgos y conducción pone mucho énfasis en cómo esta percepción se ve influida por la presencia de **alcohol o de drogas**. Los estudios muestran que los adultos jóvenes que consumen con mayor frecuencia hachís o alcohol tienen una menor percepción de riesgo que los que no consumen las mismas sustancias, y cuanto mayor es el nivel de consumo, menor es esa percepción del riesgo (Pino et al. 2015). Vassallo et al. (2016) muestran que las asociaciones más consistentes en los patrones de conducción de riesgo se dan en el comportamiento antisocial y en el consumo excesivo de alcohol. Además, Begg y Langley (2001) encontraron que la presencia en la conducción de bebidas alcohólicas, y el exceso de velocidad disminuye de 21 a 26 años, y Knight et al. (2012) descubren que el conducir bajo los efectos del alcohol no se tolera (ni personalmente ni socialmente tanto como el conducir a altas velocidades, por ejemplo).

La literatura es además profusa en el estudio de otros factores asociados a una baja percepción del riesgo al conducir y que hay que tener en cuenta en el diseño de intervenciones efectivas (Scott-Parker et al. 2015). Factores como "la personalidad" (Ulleberg y Rundmo 2003), "los valores culturales" (Nordfjærn et al. 2014), "la presión del grupo/amistades" (Rhodes et al. 2015), "el aburrimiento" (Steinberger et al. 2016), "diferentes procesos conductuales/cognitivos" (Hayashi et al. 2018), "el tipo de vehículo, la edad del vehículo, la experiencia de manejo, la calidad del sueño" (Sahebi et al. 2019), o la "influencia de los medios de comunicación" (Bock y Stein 2013), influyen en el comportamiento de conducción de riesgo.

Resultados

De los discursos analizados surgen aspectos que no habían aparecido hasta el momento al estudiar otros riesgos. En efecto, cuando se valora el riesgo o el peligro de accidentes de tráfico fruto de la conducción aparece la figura del "otro" como parte del escenario de costes y recompensas. Se presenta el "otro" como sujeto a valorar, los efectos que tiene asumir un riesgo sobre ese otro colectivo, más allá de mi persona. Este elemento no aparece en otros riesgos estudiados, para los que además se tienen documentados efectos sobre el "otro", como son el tabaco –fumadores pasivos– o las ITS –infectar a otro. ¿Qué es lo que lo hace único? Pudiera ser la enorme concienciación derivada de las campañas de seguridad de la Dirección General de Tráfico y el hecho de que se pueden ver ocupando en primera persona ese lugar vulnerable de forma más fácil que la de fumador pasivo o infectado por ITS. Además, es algo sobre lo que no tendrían control alguno, en los que la sensación de vulnerabilidad es alta y la de control es muy baja.

"También me da mucho miedo cuando conduzco poder hacer daño a los demás, si, si...por ejemplo, pasos de peatones, reduzco mucho de marcha. O sea evito cualquier tipo de riesgo ya no solo por mí, sino por los demás." [E1, hombre, 24 años].

"Bueno es que por el tema de donde vivo, necesito conducir...es un riesgo que asumo no de manera muy consciente pero sí de forma muy responsable. No bebo, no tomo drogas, no tengo nunca sueño cuando cojo el coche... Soy muy consciente de a quien llevo en el coche porque dependen de mí muchas vidas, no solo por los daños físicos sino también por quien llevo detrás tanto míos como de la gente a la que puedo hacer daño." [Trad., E16, hombre, 19 años].

"Yo he conducido desde hace ocho años, lo llevo habitualmente, llevo conduciendo todos los días seis años, con lo cual práctica tengo. Accidentes afortunadamente ninguno y toco madera para que así siga siendo, conduzco de forma muy prudente, no supero los límites de velocidad prácticamente nunca, especialmente si llevo a alguien de pasajero, es categórico." [E17, hombre, 32 años].

La conducción, y otros riesgos también, aparecen especialmente vinculados a otros riesgos como son el consumo de drogas, de alcohol, el uso del móvil – el atractivo social de grabarse con móvil mientras se conduce, no siempre respetando las normas de circulación–, a la familiaridad –si se conoce la

carretera, se corre-, a la edad –la juventud se cree inmortal, hacen locuras-, y a la presión grupal –se asume riesgo por la presión de grupo de pares/amigos. El riesgo en la conducción está más presente en la carretera que en la ciudad. En general, predomina un cierto pensamiento mágico, de que no va a pasar nada, quizás motivado por la familiaridad, se ha hecho así en otras ocasiones y no ha pasado nada, o por aquello de que si pasa te ha tocado y punto, una suerte de lotería, azar, que muestra desconocimiento de las consecuencias de las acciones que uno decide emprender.

"Porque claro con 18 años acabas la selectividad y...y claro, era muy joven, eh... también la época de saber...de rebeldía de sentirte un poco pues inmortal, que no te va a pasar nada, eso a esas edades pues inconscientemente sí que lo sientes y aun así siempre he sido una persona de tomar mucha precaución en todo lo que hago." [E1, hombre, 24 años].

"Yo he tenido.... de moto (accidentes) he tenido 3, uno gordo y dos de así... que no pasó nada. Sí que es verdad que antes con menos edad es verdad que era más inconsciente ahora soy más prudente conduciendo, ahora sí que es verdad si que soy más prudente." [E6, hombre, 32 años].

"Si bueno, es que yo no conduzco, ni, ni mi gente alrededor conduce pero sí que conozco gente que conduce y hace mucho el cabra, pero sea por reírse, sea por pasarse...y...no sé, es que básicamente sí, pero es que y no simplemente eso, es que si estás conduciendo no puedes estar grabando, o sea ya no solo publicarlo no sé (...) yo creo que se han minimizado la percepción o se ha tolerado acciones ...porque se han visto socialmente bien en las redes o entre tu grupo de amigos, ¿sabes?" [E8, mujer, 23 años].

"A lo mejor lo valoro menos porque no tengo carnet de conducir, no me lo encuentro tanto y cuando voy en coche si que es verdad que conduzco muy bien. Los problemas de trafico normalmente es o porque corres mucho o porque la mayoría van metidos de mierda hasta las cejar, drogas, alcohol, cualquier cosa, incluso fármacos, aquellos que te dejan media atontado antes de conducir." [Trad., E13, hombre, 25 años].

"Que nos enseñaron como que el chico había bebido, con su amigo, que habían ido a la discoteca, y los dos cogieron el coche, y tuvieron un accidente porque iban drogados y el amigo murió y el que conducía no. Fue a la cárcel se arrepentía totalmente y habla como se sentía, como lo mal que lo estaba pasando. Me parecen como situaciones reales y como lo estás viendo, y como un aviso de que no lo hagas, a lo mejor no pasaría eso, pero es muy grave en sí." [E29, hombre, 18 años].

"Hombre lo que más desconfío yo es (de) la carretera. ¿Para ti la carretera es...? Exacto. Y eso, que me descubra haciendo el tontolava, corriendo por la carretera, o contestando el móvil, luego cojo el coche y hago estas barbaridades ¿no? A ver no conduzco borracho, en la vida, pero si soy de pisarle y estar con el móvil." [E30, hombre, 31 años].

"La campaña del uso del móvil es mucho más importante que si llevan el cinturón o no y se utilizan una serie de medios que no son suficientes o el consumo de alcohol, me parece que se deberá hacer muchísimo más énfasis porque al final le puedes hacer algo a alguna otra persona, si no llevas el cinturón o no llevas el casco, habértelo puesto, no hay otro tercero que por eso, porque tu no lo lleves no...no le vas ha hacer ni más, ni menos." [E17, hombre, 32 años].

La sensación de seguridad que tradicionalmente da el cinturón no parece estar ya vigente. Es decir, NO se asume más riesgo, no se corre más por ejemplo por llevar el cinturón, en contraposición a lo que vaticinaba en sus inicios las Teorías de Compensación de Riesgos. Los jóvenes han interiorizado/normalizado el uso del cinturón. Ponerse el cinturón es habitual, se ha transformado en una rutina, una costumbre, más vinculada a evitar la multa que otra cosa. Es posible que a ello contribuya el hecho de que ha ganado importancia el "otro" en la valoración/asunción del riesgo, y por tanto no es solo la seguridad propia si no la ajena la que también preocupa.

"Si, el cinturón siempre me lo he puesto, no me molestaba tanto [...] Es que no me molesta [...] Yo creo que era más para evitar la multa más que por seguridad. Ahora si que es verdad que soy consciente de la utilidad que tiene pero antes no tenía la percepción de la utilidad del cinturón, me lo ponía porque había que ponérselo." [E6, hombre, 32 años].

"Me parece muy bien, yo el cinturón lo llevo siempre, pero al final eso me parece que hay cosas que son más importantes que eso." [E17, hombre, 32 años].

"¿Qué haces para minimizar riesgos para tu salud cuando conduces y has consumido (marihuana), te pones cinturón? El cinturón es algo que en general, mis colegas y todo el mundo... a lo mejor vas muy ciego pero se lo ponen. ¿Y esto de no asociar la droga a riesgo pero ponerse el cinturón como protección? No pero no es por esto, es como una rutina, no te lo pones en el sentido de ostias por si acaso, sino que es mecánico, no te das cuenta. No es como o sea... a ver si pasa algo. Es mecánico ya no lo pienses en este sentido." [E4, hombre, 23 años].

En el caso de las bicicletas no se asocia inseguridad con no llevar casco si se va "con cuidado": *"Vas con casco (en la bici) por la ciudad? No ... ¿Y asumes el riesgo de no ir con casco a pesar de ser consciente? Bueno, es ir con cuidado. O sea, hay ciclistas que hacen el loco..."* [Trad., E3, Mujer, 21 años]. Es este un elemento interesante, por cuanto en estudios publicados recientemente los expertos aconsejan no llevar casco en la bicicleta si se circula en un entorno urbano. La razón por la que no se aconseja el uso del casco es propia de las Teorías de Compensación de Riesgos: el llevar casco aumenta la sensación de seguridad en el ciclista y se toman más riesgo, ergo no llevarlo aumenta la percepción del riesgo y se va con más cuidado. Sorprendentemente, esa percepción alta de riesgo al no llevar casco en la bicicleta es también la que tienen motoristas y conductores respecto a los ciclistas, de modo que al ver que no llevan casco el riesgo percibido de causarles un daño mayor aumenta, con lo que se moderan los comportamientos al volante (Gamble y Walker 2016).

Se tiene un elevado recuerdo de las campañas de la Dirección General de Tráfico, incluso de las más antiguas en fecha. Algunos entrevistados apuntan a la necesidad de dirigir las campañas a colectivos concretos y especialmente a hombres. En general, por tanto, se puede argumentar que hay una elevada conciencia sobre los riesgos de la conducción, lo que es un elemento importante en la validez de las *Teorías de Motivación* en este caso. A diferencia de otras campañas enfocadas a otros riesgos, las campañas de seguridad vial son apreciadas y valoradas. Se valora especialmente el impacto de la apelación a las emociones y al fallecimiento de personas cercanas al individuo y, cuanto menos, generan debate y conversaciones entre los jóvenes.

"Sí, la de si bebes no conduzcas de la tele, del Ministerio, todas estas y en este sentido yo conduzco y siempre tengo presente los accidentes y me da mucho respeto pero no por ello he dejado de conducir nunca. Sé que hay personas que sí, pero yo personalmente lo tengo muy presente y por eso conduzco con cuidado, evito... si veo que hay un coche que se está comportando extraño intenté irme y lo tengo muy presente, la verdad es que sí." [E11, mujer, 21 años].

"A ver, opino que algunas campañas son muy duras, algunas te chocan, o sea yo le cogí miedo a conducir el coche por las campañas de seguridad porque la primera vez que me subí en coche por las prácticas todo eso se me venía a la cabeza y estaba mal dentro del coche. Hasta que al final vi que no era como en las campañas de publicidad si llevaba cuidado y ya intenté seguir en esta línea (...) Si, es una que están unos niños jugando en un parque y aparece un hombre en un coche hablando por teléfono y se despista en una

curva y salta el muro y se lleva a los niños por delante (...) Si, al principio si porque iba con mucho miedo, muy engarrotado, los pedales no los movía bien pero al final ya vi que no era como en la tele, o sea no te voy a decir que no, pero si llevas cuidado obviamente no.” [E15, hombre, 19 años].

“Hombre ahora, la campaña de tráfico que hay ahora mismo me gusta. Que es quien prefieres ser, el accidentado o el muerto, o el culpable o el muerto. (...) Al final, si yo no llevo el cinturón de seguridad, si tengo un golpe contigo o no, si me mato yo me mato yo. A ti, no te hago nada. Si yo he consumido alcohol o voy a más velocidad o llevo las ruedas en mal estado, o no he dormido o lo que sea y tengo un accidente, a ti te puedo hacer algo. A mí también, pero te lo puedo ser a ti. O sea, es una campaña de las consecuencias que tenga por ese acto son muy diferentes, lo que te hagas a ti mismo o lo que le hagas a otra persona. Si te lo haces a ti mismo, te pasa por imbécil, si se lo haces a otro, que culpa tiene el otro. En ese sentido, eso me parece que es un error por parte de las campañas que están haciendo.” [E17, hombre, 32 años].

“(...) yo creo que igual han sido las campañas publicitarias y las noticias, gente que muere, que eso es una muerte inesperada. Me pongo a pensar en eso, cuando muere alguien en un accidente de tráfico que una hora antes estaba su vida plena, perfecta, su familia y en un momento es el desastre total, la familia durante meses, años va a estar fatal, sobre todo si es gente joven, como yo, (...) Y que joder, que no lo ves venir. (...) puede ser que hasta ni mueras y te quedas tetraplégico que es peor todavía que morir. Entonces, yo creo que es el ponerme a pensar y las estadísticas (...) cosas que no dependen de ti sobre todo eso es lo que me da más miedo, que no dependen al cien por cien de ti. Por ejemplo, mi amigo estaba teniendo una buena conducción y se le cruzó un jabalí.” [E18, hombre, 34 años].

“De coche, sí. Muchas conozco. De hecho, me acuerdo, fíjate, de un anuncio de cuando yo tenía que se yo...ocho años o nueve, aún me acuerdo del anuncio de televisión (...) Si, de una persona que había, iba él en el coche borracho, había tenido un accidente y se había muerto su amigo o su familiar o algo así y él lo había matado, sale en el momento que se daba cuenta y así. Sabes como son las campañas publicitarias de coches y era muy impactante y con ocho años o algo así.” [E18, hombre, 34 años].

"Ahora parece que la DGT ha hecho algo. Pero no se yo es que creo que hay que... que las campañas generalistas no valen, quiero decir, quien tiene actitudes de riesgo y como se tienen, pues las tenemos los chicos muchas veces más, por lo tanto tendrían que estar muy enfocadas hacia nuestra población, vamos hacia nuestro género." [E30, hombre, 31 años].

La autoeficacia ante el riesgo de accidentes al volante se muestra de muchas maneras. El llamado control suele plasmarse en el respeto a las normas de conducir, en evitar de entrada coger coche y exponerse, en ser consciente de la poca experiencia al volante, en no beber alcohol, en descansar lo suficiente, en usar el cinturón, y en el respeto a la situación, sea ésta conducir, subir montañas –se evita el mal tiempo, se busca una ruta segura, se va bien equipado–, esquiar o tirarse en parapente.

"Me tensa, tengo mucho pánico a la carretera pero eso no es salud es que le tengo pánico (...) Es lo que le decía a Fran, no me da miedo ir en moto, me da miedo que alguien venga y me pegue, porque yo soy más prudente, sí tengo que ir a 30 voy a 30, si tengo que ir a 50, voy a 50 pero alguien no lo va a hacer y me va a llevar por delante. Entonces, con lo de tráfico...(silencio) no bebas y conduzcas, es que...y cuando pasa lo de los ciclistas también me ha molestado mucho, en plan estás ahí no los atropelles, tío." [E10, mujer, 30 años].

"No, no tengo carnet, no. Entonces... claro va él conduciendo yo lo he visto...lo veo conducir sé que sabe reaccionar a tiempo, enseguida ve...sabe anticiparse lo que puede hacer otro con lo cual." [E2, hombre, 23 años].

"Si bebo no conduzco nada. Si voy a coger coche, ni una cerveza, no bebo nada de nada y...tiendo a respetar las normas, con lo cual, creo que el riesgo de accidente para mí no es muy alto, pero claro no solo depende de lo que haces tú. Y también siempre tengo el coche en buenas condiciones, no me gusta coger el coche, aunque no haya bebido si he salido de fiesta, porque estoy cansado, si hago un viaje largo me gusta parar, me lo tomo con calma." [E17, hombre, 32 años].

"Yo soy una persona que evita cualquier tipo de riesgos. Es decir yo soy, riesgo cero. Como mucho me monto en una montaña rusa pero...por ejemplo, hablar con dos personas que recientemente han ido a montarse en parapente y eso es que ni loco. Aunque sé que...los instructores están súper bien preparados, que hay muy...porque es así y porque no salen casos de personas que se maten en parapente cada día, ni en años...pero el hecho de no estar en tu zona de confort pues...eh, a mí me asusta y lo evito." [E1, hombre, 24 años].

"Luego el tiempo de accidentes en la naturaleza. Soy una persona que suele respetar mucho la normativa y bastante miedica también entonces...no me arriesgo a según qué situaciones a hacer un fuego en la naturaleza en una naturaleza....en una montaña...no lo hago si primero prever que el fuego esta hecho en un sitio que puedo controlar que...no lo he hecho nunca tampoco, no. Pero he estado también en los Boy Scouts en los escoltas ser un poco también..." [E2, hombre, 23 años].

"Hay cosas que, si que evito, por ejemplo, mi hermano se ha operado varias veces y continúa tirándose por la nieve, haciendo mil cosas yo para mí tengo más miedo y él no. Pero porque él lo haga a lo mejor no le pasa nada y yo por no hacerlo me pase igual subiendo una escalera. Subo por (escaleras) mecánicas, eso si que es cierto, no me voy a esquiar, la bicicleta si la cojo tiene que ser muy recta sin ninguna pendiente, por la espalda evite coger peso, ciertas posiciones que sean no hacerme daño." [E5, mujer, 32 años].

"Yo normalmente intento, pues no hago el tonto, si voy a la montaña intento poner los pies en el suelo, no me pongo a correr, pero bueno esta vez sí que me puse a correr y así me fue o...sí, si por una vez que corro (...) Como cuando me extralimito un poco de lo patosa que soy porque reconozco que soy patosa pues la cago. Con la bici lo mismo porque hay gente que con la bici hace caballitos, que hace cosas así, yo no, yo conduzco mi bici y ya está o no me subo a árboles o cosas así. [...]O sea, estas cosas si que se pueden controlar, hombre si te tuerces un pie caminando o yo qué sé (...), podría evitar subir montañas pero intento subir con cuidado y cosas sencillas por así decirte." [E9, mujer, 24 años].

La asunción de riesgos también se asocia a recompensas, y por tanto a las *Teorías de Motivación* y la valoración de costes y consecuencias de asumir riesgos. En este sentido, los entrevistados mencionan el ganar autonomía y libertad en los desplazamientos en coche o moto, disfruta de paisajes y lugares poco accesibles y la actividad beneficiosa que implican la montaña o las playas. En algún caso, el accidente vivido ha sido catalizador para un cambio notable en la vida de la persona que esa persona valora muy positivamente. Otras veces la recompensa es simplemente llegar a casa aunque sea conduciendo borracho. La asunción de riesgos se asocia a la necesidad de vivir la vida, se dice que no hay vida sin riesgo, la alternativa es quedarse en casa siempre y eso no es aceptable.

"Si...por ejemplo, yo que sé...a ver, un ejemplo me resultaría complicado aun con lo tajante que soy...yo que se, estás en un lugar donde no hay otra manera que ir o volver que en coche y el único que tiene coche ha bebido

pero muy poco, o sea, está bien, no está borrachísimo, claro es que si está borrachísimo no voy yo ni nadie que quería ir. Pero si está aún poco pero casi nada, o sea que si le pilla la policía daría...le multan, pero lo típico que a veces es demasiado bajo, te multan y estás perfectamente e...claro yo, no me gustaría ir allí pero claro si estoy con un grupo de cuatro amigos y si me voy a quedar solo, joder, pues al final supongo que intentaría...pero si ellos quieren al final tendría que hacer lo que ellos quieren.(...) Si, sí que asumiría más el riesgo, me dejaría llevar un poco, no estaría del todo contento, pero si, ahí sí que..." [E18, hombre, 34 años].

"Si me quiero ir a un lugar de vacaciones y tengo que coger coche lo puedo alquilar. Es decir, me puedo sentir cómodo. Si no tuviera coche...yo me saqué el carnet de conducir cuando empecé la carrera que tenía veinte años y desde que lo aprobé hasta que lo volví a coger pasaron seis o siete años y al principio fue como...ostras mucho miedo por no haber conducido durante tanto tiempo. Si no tuviera coche ahora no conduciría o el día que lo necesitase sería duro cogerlo." [Trad., E21, hombre, 29 años].

Nos ha sorprendido que aparezca el miedo a volar entre los riesgos de seguridad en los discursos de los jóvenes analizados. Suele estar ligado en estos casos a una alta autoeficacia –tratamiento farmacológico, psicológico, buscar otras distracciones. En ocasiones se entiende como un fenómeno disruptivo del día a día, en vacaciones por ejemplo, que se aborda con autoeficacia para complacer a la pareja y por tanto viajar juntos. Aquí aparece un cierto elemento de las *Teorías de Racionalidad Situada*, de forma que la recompensa de asumir el riesgo de volar se encuentra en el placer o felicidad de la pareja, lo que compensa el coste de asumir el riesgo. La existencia de un tratamiento o autoeficacia efectiva hace mucho más probable que el riesgo sea asumido.

"Bueno viajar en avión, por ejemplo no? [ríe]. A todo el mundo le pasa por la cabeza que puede que no llegues a tu destino ¿no? A mí sí, y he cogido muchos aviones pero cada vez más miedo. (...) Yo creo que es porque lo piensas ¿no? Antes igual no lo pensaba [ríe]. Y ahora cuando lo piensas te das cuenta de las cosas ¿no?, de lo que puede pasar, de las consecuencias. Pues yo que sé, yo soy madre es que... Y luego mi madre también es muy miedica entonces yo creo que me ha transmitido mucho sus miedos." [E22, mujer, 30 años].

"A ver tengo miedo a volar pero... los aviones, pero no sé no [...] tengo una fobia... a ver yo he volado mucho, he estado en Latinoamérica, en Estados Unidos, Alemania, tal , he volado.

Pero cada vez que vuelo me drogo mucho o la lio parda y me bajo del avión y corro por las pistas... hago cosas así [...], entonces esto lo estoy tratando con el psicólogo, porque como te he dicho viajar es muy importante para mi pareja y para mí, entonces lo trato por ella." [E30, hombre, 31 años].

A modo de resumen, podemos afirmar que están presentes especialmente tres teorías de percepción del riesgo para explicar los riesgos percibidos respecto a seguridad y accidentes. La *Teoría de Motivación* nos ayudan a entender como las experiencias previas influyen, como los jóvenes valoran los costes y consecuencias de asumir o no un riesgo de accidente, y el papel de la autoeficacia a la hora de afrontar esos riesgos o peligros. Algunos ejemplos de cómo la experiencia personal o ajena marca:

"En el tiempo que estuve yendo a trabajar a Egea en los Caballeros que fue durante dos años, todos los días hacía 85 km de ir y 85 km de volver, entonces en dos años tranquilamente vi diez accidentes de coche. De todos los tipos. Accidente frontal, lateral, coche volcado, fuera de la vía, de todo. Entonces claro, es un riesgo y yo no he visto en mi vida tantísimos accidentes de coche, o sea es un riesgo yendo a trabajar este año me encontré un accidente dos coches delante del mío, se salieron. Dos coches delante o sea...el que estaba el que estaba dos coches más adelante se lo llevaron por delante en autopista, son cinco segundos de diferencia. A ver, el riesgo está ahí siempre." [E17, hombre, 32 años].

"Sí, tuve un accidente con 20 años, en el que caí de una planta a otra, se rompió el suelo y yo caí 6 metros para abajo y vinieron a rescatarme en helicóptero porque estaba en la cima de un monte y recuerdo que yo pensé que no volvería a andar. Entonces ahora mismo yo no puedo ir por suelos inestables o lo que considere inestable, me da miedo pasar por puentes, pero al monte sigo yendo." [E22, mujer, 34 años].

Las *Teoría de Acción y Control Social* parecen útiles para entender el efecto sobretodo de las campañas institucionales de seguridad y accidentes, o el papel de la presión grupal como elemento ante el que a veces no se puede mostrar la autoeficacia deseada. La *Teoría de Compensación de Riesgos* nos muestra cómo el cinturón ya no ejerce su papel inicial y se ha convertido en una rutina más, que no les genera más confianza al volante. Por último la *Teoría de la Racionalidad Situada* solo aparece en algún discurso al referirse al miedo a volar y como éste es superado/afrontado para complacer a la pareja.

IDEAS FUERZA

- Los jóvenes entrevistados mencionan la tecnología (móviles, pantallas...) como un hábito de riesgo para la salud, bien como generadores de adicción, estrés, comportamientos de riesgo al volante, dolores físicos (cuello, espalda, brazo, ojos, cabeza....), o perjudicial para la salud social (relacionarse cara a cara).
- El grado de autoeficacia de los entrevistados es muy variable, en cuanto a estrategias y efecto: dejar el móvil, tomar conciencia y fuerza de voluntad, parar de jugar o de ver series en plataformas de pago.... Factores como la inmediatez del placer, el culto a la imagen, la comodidad y la privacidad hacen que la autoeficacia personal no sea alta.
- El uso de tecnologías e internet también genera disfunciones entre los entrevistados, en la medida en que se dejan de hacer o se posponen tareas, especialmente tareas descritas como secundarias, no principales.
- Las teorías de percepción de riesgos que podrían explicar los resultados son varias: Teorías de Motivación (costes y consecuencias, autoeficacia, conciencia de actuación o de la problemática), Teoría de la Acción Social (presión del grupo para imagen conduciendo y gravándose), y Teoría de la Acción Habitual (familiaridad de su uso y el hecho de que 2/3 no lo perciban como un riesgo para la salud). Así mismo, pueden estar presentes dos elementos que atenúan la percepción de riesgo: voluntariedad y la sensación de control percibido.

Introducción

La literatura sobre las relaciones entre el uso de tecnologías móviles y la salud es amplia, tiene un largo recorrido y cubre elementos que van desde los efectos de las ondas de radiofrecuencia, electromagnéticas etc. hasta el uso beneficioso de las apps de salud. En este estudio no hemos cerrado el rango de aspectos "de salud" sobre los que los entrevistados podían posicionarse a la hora de vertebrar sus discursos.

Observamos, no obstante que ninguno de los entrevistados ha hecho referencia a radiaciones u ondas y sus efectos sobre la salud (cáncer, especialmente). A pesar de ciertas evidencias tempranas al respecto (Repacholi 2001), estos riesgos no se consideran un peligro por parte de los jóvenes, o al menos no se mencionan en ninguno de sus discursos.

De-Sola Gutiérrez et al. (2016) apuntan que el uso problemático de los teléfonos móviles se ha asociado con variables de personalidad (extraversión, autoestima, impulsividad, autoidentidad y autoimagen). Aparecen también referidos trastornos del sueño, ansiedad, y estrés y, en menor medida, la depresión el consumo de tabaco y alcohol. Los autores no dicen encontrar una influencia del nivel cultural y el estatus socioeconómico en el patrón de abuso, si bien es mayor entre los jóvenes, principalmente entre las mujeres.

En nuestro estudio, los jóvenes entrevistados han mencionado en sus discursos las tecnologías (móviles, pantallas...) como un hábito que puede ser considerado de riesgo para la salud, bien sea como generadores de adicción, estrés, comportamientos de riesgo al volante, dolores físicos o simplemente como un factor que puede ser perjudicial para sus relaciones sociales cara a cara. Los entrevistados reportan un cúmulo de experiencias personales que les advierten/alertan sobre esos riesgos. Se trata de riesgos para la salud resultantes tanto del uso reiterado/abusivo o propio de una exposición constante e intensa, como el derivado de un uso puntual del móvil, por ejemplo, mientras se conduce.

Algunos ejemplos que queremos destacar hacen referencia a las horas dedicadas a su uso, a como esas horas pueden aumentar en días festivos o fin de semana. Es frecuente en los discursos el uso de la palabra adicción como problema de salud, pero también otros efectos en la salud como el estrés, las conductas sedentarias, los dolores de cuello, espalda, brazo, ojos, o de cabeza:

"A veces yo por ejemplo me estreso mucho con este aparato con el móvil, (...) estás tranquilo y de golpe te empiezan a llamar." [Trad., E13, hombre, 25 años].

"Pues... ¿adicción?, pues que lo primero que haces nada más abrir los ojos cada mañana es mirar el móvil".[y] a nivel social porque acabas...estas en un sitio, en una...o cualquier conversación en una reunión o algo y muchas veces inconscientemente acabas mirando el móvil para nada porque no miras nada pero digamos que es ese acto de abrir el móvil y ya está, mirarlo. Y luego a nivel más de salud pues yo lo noto mucho como te digo dolores de cuello, los ojos, dolores de cabeza por ejemplo." [E24, hombre, 29 años].

"¿Te consideras adicto a algún hábito? Antes sí, adicto a los videojuegos pero ahora he aprendido a reorganizarlo. ¿Cuántas horas podrías jugar al día? Tres, tres y media Un día laborable. Y un día que no sea laborable doblaba las horas. [13Es malo para mi salud por] el sedentarismo, quedarme quieto en una silla el cuerpo se va acostumbrando, entonces cuando salgo fuera pues mi cuerpo quiere volver a casa entonces no hay una conexión mente-cuerpo." [E15, hombre, 19 años].

"¿Una adicción, que no puedes dejar de hacer? Las series. ¿Es un hábito ver series? Sí, es llegar a casa, me pongo ver una serie, y a lo mejor me quedo dormida, y la serie sigue. Me despierto, sigo viendo la serie. Mientras estoy comiendo veo la serie, pero bueno eso es más cuando estoy sola". [E23, mujer, 30 años].

Como se ha mencionado, también se reportan posibles riesgos derivados del uso del móvil mientras se conduce. Se trata de un fenómeno que para España apuntaron Astrain et al. (2003) en su estudio sobre la prevalencia del uso de teléfono móvil durante la conducción y su vinculación al incremento del riesgo de accidentes. En algunas ocasiones aparece en la literatura como el fenómeno psicológico de "posesion attachment", es decir, "apego" como factor de riesgo en la conducción especialmente entre los jóvenes (Weller et al. 2016). Sun y Jia (2016) muestran que si existen patrones diferentes en el uso de móvil y conducción según las características de los conductores, como el sexo, la edad, la experiencia de manejo y la intensidad de uso. Martínez-Sánchez et al. (2014) estimaron la prevalencia de la conducción usando móvil en el 3,8% de la población española. Los entrevistados de este estudio que incluyen en sus discursos el riesgo del móvil en la conducción son plenamente conscientes de ese riesgo, pero se exponen a ello:

"Pues por ejemplo en el tema del móvil sí, a veces sí, porque sobre todo uno de los peores que quiero decir, si vas mirando el móvil todo el rato puede ser malo para tu salud sobre todo mental, pero sobre todo mirarlo mientras vas conduciendo, porque entonces puede significar que te despistes y acabes estampado ahí con el coche. ¿Y te ha pasado a ti? Sí, por mirarlo alguna vez algún susto, pero de esto que... "ahí va", coger el volante y frenar y..." [E24, hombre, 29 años].

13. A la pregunta de ¿Qué es lo que considerarías que es malo para tu salud?

"¿Tienes alguna adicción? Adicción al móvil sí. (...) y si lo miro con el coche ya ni te cuento. Pero si yo creo que tengo cierta adicción. Incluso alguna vez lo he pensado y me he puesto objetivos de dejar el móvil en casa, y si que al principio sí tengo el mono este de no encontrar el móvil, pero luego ya me quedo mejor." [E30, hombre, 31 años].

El uso de tecnologías e internet también genera disfunciones entre los entrevistados, en la medida en que se dejan de hacer o se posponen tareas, especialmente tareas descritas por ellos mismos como secundarias, no principales (logísticas, salidas, tiempo libre alternativo...). Aparecen también los móviles y su uso intenso tiene una influencia negativa en el desarrollo de la capacidad de relación interpersonal, algo que han apuntado otros autores para otros países y contextos (Choi et al. 2016). Algunos ejemplos de nuestro estudio:

" (...) En vez de buscar información de los pisos, digo venga va un capítulo más de la serie. Serían cosas así, son cosas que tienes que hacer, pero no son cosas muy urgentes que tienes que hacer en el momento, y yo, pues lo voy posponiendo." [E23, mujer, 30 años].

"¿Y crees que es negativo para tu salud? Sí, para mi salud social sobre todo, o sea a veces me descubro mirando el móvil mientras los demás hablan y no me gusta, y mi novia me ha llamado la atención de dejar de mirar el móvil." [E30, hombre, 31 años].

El grado de autoeficacia de los entrevistados ante el riesgo para la salud que puedan suponer esas tecnologías es muy variable, particularmente en cuanto a las estrategias utilizadas y el efecto que se consigue con ellas: dejar el móvil, tomar conciencia y fuerza de voluntad, parar de jugar o de ver series en plataformas de pago... Factores como la inmediatez del placer, el culto a la imagen, la comodidad y la privacidad hacen que la autoeficacia personal no sea alta. Los propios entrevistados distinguen entre las recompensas asociadas al uso de las tecnologías y la verdadera necesidad, y se admite que en gran número de ocasiones el uso que se hace de ellas no es para nada considerado como "necesario".

"¿Y como decidiste hacer este cambio? Porque me cansaba de estar tantas horas mirando una pantalla, quería ver lo que había fuera y entonces decidí pues mira de tal día a tal día ir a entrenar - Vale, recibiste algún tipo de ayuda o lo hiciste solo? No, lo hice yo solo, lo hice arreglando poco a poco quitando horas.. ¿Ahora sigues jugando? Si pero tampoco tanto a lo mejor estoy una horita y media o dos y luego miro una peli o leo un libro, salgo fuera." [E15, hombre, 19 años].

"Te hace correr más riesgos por dar una imagen...por tal de seguir o dar una imagen que tu crees o que te dará más popularidad, entonces claro eso lo imita mucho por las redes, entonces claro yo considero que eso,...el siglo actual, sean las tecnologías, sean eh...que hay más libertad, menos control y todo es como más público pues que los jóvenes han cogido eso y como que han maximizado sus riesgos pensando que las consecuencias serán mínimas". [E8, mujer, 23 años].

"¿Y has pensado en esta adicción al móvil antes de... ósea has reflexionado mucho?" Sí pero, es eso de lo he pensado pero no me he puesto a solucionarlo. (...) O incluso ir al cine y a mitad de película en vez de disfrutarlo o lo que sea pues abrir el móvil. Es cuando te das cuenta de que usas demasiado el móvil y sin ningún tipo de necesidad." [E24, hombre, 29 años].

"Pues en alguna época algún videojuego que he estado jugando mucho rato, pero cuando me he cansado de jugar ya no." [E18, hombre, 34 años].

"(...) incluso digo pues no lo tengo no lo tengo, alguna vez he ido a echar mano y digo ah no lo tengo, pero no es un ansiedad de..." [E30, hombre, 31 años].

En el ámbito del uso de tecnologías y su relación con la salud, vemos como las teorías de percepción de riesgos más presentes son la *Teoría de la Motivación*, las *Teorías de la Acción y Control Social*, y la *Teoría de la Acción Habitual*.

La *Teoría de la Motivación* nos ayuda a entender la existencia de una cierta conciencia sobre la adicción o sobre el problema de salud que representa el uso de la tecnología, especialmente de los móviles. De igual modo vemos elementos de la teoría de la motivación en la generación de acciones por parte de los entrevistados para evitar ese riesgo, disminuir/moderar el uso, y mostrar por tanto cierto grado de autoeficacia en la gestión del riesgo.

Las *Teorías de la Acción y Control Social* nos son útiles para entender el papel que juegan las amistades o la presión del grupo, por ejemplo para mostrar una imagen valorada por éste como muestra de valor, lo guay, lo atrevido, y retrasmítirla al mundo. Por último, advertimos algunos elementos propios de la *Teoría de la Acción Habitual* por lo que hace referencia a la familiaridad en el uso de la tecnología, a la voluntariedad del mismo o a la sensación de cierto control sobre sus efectos.

EXPOSICIÓN A LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

IDEAS FUERZA

- Existe una elevada conciencia sobre la importancia de la contaminación (del aire y del agua) y sus riesgos para la salud (enfermedades respiratorias, de la piel, alergias, plástico en alimentos, cáncer, infecciones...). Se ve como un riesgo de origen humano (causado por la acción humana), no de origen natural, lo que en la literatura especializada aumenta **la percepción del riesgo**.
- Se ve la contaminación como algo alejado de la decisión del individuo, externo, y mayoritariamente urbano. Así la autoeficacia se muestra en la evitación, en el huir de la contaminación, el cambiarte de domicilio, el reciclar y coger transporte público.
- La credibilidad de la contaminación como riesgo para la salud bebe tanto de fuentes científicas como de experiencias personales. Respecto a este último aspecto, la Industria Petroquímica en Tarragona aparece como riesgo para casi todos los entrevistados en Tarragona. Se trata de una experiencia cercana, visible y conocida, pero también documentada.
- Las teorías de percepción de riesgos que podrían explicar los resultados son varias: Teorías de Motivación (costes y consecuencias, autoeficacia, conciencia de actuación o de la problemática), Teoría de la Acción Habitual (la contaminación como un fenómeno habitual con impacto muy a largo plazo, e incluso desconocido).

Introducción

La contaminación del aire es una mezcla compleja de contaminantes que incluye partículas, sustancias químicas y materiales biológicos. Algunos contaminantes son difíciles de detectar ya que son incoloros, insípidos e inodoros y los riesgos que plantean son frecuentemente poco perceptibles (Begueria et al. 2014).

Existe una creciente evidencia científica a nivel poblacional de los efectos adversos sobre la salud de la contaminación del aire post exposición.

Se asocia contaminación del aire con un mayor riesgo de enfermedades de todo tipo, incluyendo asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, o accidentes cerebrovasculares (Atkinson et al. 2015, Mannuci et al. 2015, Sun y Zhu 2019). También se empieza a conocer en más detalle la tipología y eficacia de las respuestas ante la contaminación atmosférica por parte de las instituciones y organismos públicos (Burns et al. 2019).

Se conocen menos las percepciones de la población sobre el riesgo que supone la contaminación del aire. Un cuerpo creciente de estudios nos ofrece algunas luces que nos ayudan a mejorar la comprensión de cómo el contexto social y espacial influye en las percepciones de riesgo de la contaminación atmosférica, o cómo los factores sociales y culturales influyen en la forma en que las personas interpretan y dan sentido a ese riesgo (Bickerstaff 2004). Así, por ejemplo, se observa cómo los residentes que viven cerca de la fuente de contaminación están más preocupados que los que viven lejos de ella (Howel 2003, Lima 2004, Bena et al. 2019), o cómo colectivos concretos tienen una percepción del riesgo distinta de otras poblaciones (Borner et al. 2015, Chakraborty et al. 2017).

Los estudios de percepción del riesgo de contaminación muestran también cómo de diferentes son las percepciones de riesgo por parte de la población respecto a lo que opinan los expertos. Los expertos nos alertan que hay que aumentar la percepción de momento baja que tiene la población general mediante campañas informativas específicas (Bergstra 2018, Huang et al. 2018, Orru et al. 2018, Khan et al. 2019). Otros estudios señalan cuáles son las actitudes que tiene la población hacia los responsables que tienen que actuar ante ese riesgo (Begueria et al. 2014).

Resultados

¿Qué elementos de percepción de riesgo sobre contaminación ambiental entre los jóvenes hemos encontrado en nuestro estudio?

Lo primero a destacar es que existe una alta conciencia sobre la importancia de la contaminación del aire y del agua, y sus riesgos asociados. Siempre que aparece el medio ambiente en las entrevistas se asocia a mala salud o riesgo de salud, expresada de muy diversas formas: enfermedades respiratorias, de la piel, alergias, la presencia nociva de plástico en alimentos, cáncer, infecciones... Se habla de mala calidad del aire, normalmente de partículas en suspensión, humos y ruido, y en menor medida también de la calidad del agua, tanto en las playas como en los hogares.

En ambos casos la contaminación se ve como un riesgo de origen humano, causado por la acción del hombre, no de origen natural, lo que en la literatura especializada hace aumentar la percepción del riesgo. Algunas citas de los discursos en este sentido:

"El humo del tráfico, el ruido. Pero claro, es que tampoco me afecta...hay mucho ruido en la ciudad, los buses hacen un ruido, y los coches, más los coches que hacen mucho ruido. Además, por el centro tienes que estar ahí gritando porque solamente con el tráfico. Pero vamos, tampoco creo que me esté quedando sordo, puedo escuchar con normalidad y supongo que sería mejor sin tanto ruido que igual afecta a la cabeza tanto ruido, no lo sé, la verdad. Pero imagino que esas serían las cosas que no puedo yo controlar." [E18, hombre, 34 años].

"Que el agua está muy muy sucia de todo el verano, como lo ves claro, lo que no ves el aire y tal no te das cuenta. Pero bueno hay compresas, como polvo encima del mar, lo ves muy claramente y dices aquí no me baño porque bueno a lo mejor salgo con 3 ojos. El aire a lo mejor no te das cuenta, pero está sucio. En el mar sí que te das cuenta rápido. Que buscas un trozo para bañarte y no encuentras." [E4, hombre, 23 años].

"Para mi no me parece quizá una prioridad, pero es un tema que si igual entramos a indagar... cuidado eh, porque claro a ti te tratan el agua...cuanta gente tiene por ejemplo enfermedades de la piel porque vive en Barcelona no? Porque el agua aquí es peor que en otro lado, pues un montón. Yo que sé, y cuanta gente ha muerto de cáncer y parece ser el agua del grifo... es que hay muchos temas que no se sabe." [E28, hombre, 29 años].

Los discursos de los entrevistados hacen referencia en ocasiones a elementos comparativos para situar el riesgo de contaminación, tanto en lo referente al daño que puede causar a la salud (sobretudo cánceres y enfermedades respiratorias), como a la manera en que se muestran las consecuencias (efectos a largo plazo).

"Si, es que no sé qué es peor: fumar o la contaminación." [Trad., E3, mujer, 21 años].

"Y la polución lo de las fábricas o lo de la contaminación con tantos coches, yo creo aunque no fumara se me destrozaban los pulmones por el aire que respiramos." [E29, hombre, 18 años].

En general, se ve la contaminación como algo alejado de la decisión del individuo, externo, y mayoritariamente urbano. En algunas ocasiones se nos recuerda que también es rural (presencia de venenos, pesticidas en el entorno). A pesar de ser un riesgo algo alejado de la decisión individual, y por tanto de nuestra capacidad de actuación frente a ello, se muestran elementos de autoeficacia, como por ejemplo la evitación, el huir de la contaminación, el cambiarse de domicilio, el reciclar y el hecho de utilizar el transporte público. La resolución del problema, no obstante, se escapa en los discursos al ámbito individual y se argumenta que se necesitan esfuerzos más holísticos (cambio modelo energético, movilidad sostenible,...). Por último, algunos entrevistados establecen nexos entre contaminación y cambio climático o fenómenos más globales.

"Bueno, vivo...eso en un entorno de urbano, que...lleno de polución y de contaminación con lo cual eso no, no depende plenamente de mí, (...) Al final depende un poco de...de las condiciones de esta de donde vivo que es... tengo la suerte de vivir al lado de la montaña, con lo cual la contaminación... tampoco es tan tan...pero...vivo...pero, por otra parte, justo debajo está la ronda, con lo cual...no... ¿sabes? Tienes ese doble factor ahí que por una parte va bien, pero por otro...es ahí va toda la contaminación." [E2, hombre, 23 años].

"Es que el tema de la contaminación los efectos son muy a largo plazo y es que claro yo no sé si...supongo no sé si me afectará a mí o no dentro de 20 años, en principio no, ¿no?..." [E6, hombre, 32 años].

"(...)yo se que el lugar en el que estoy no es el más sano medioambientalmente hablando, lo vi en las noticias y lo sabes que no es bueno para ti pero, continuas allí, no puedes hacer...puedes hacer cosas pero, o sea no está en tus manos, está en tus manos irte pero yo no me puedo ir de aquí entonces una vez estás aquí, el resto de responsabilidades no recaen sobre ti, recaen sobre gobierno, sobre empresas, sobre cosas que tu no tienes la mano ahí puesta." [E5, mujer, 32 años].

"Respecto a la contaminación bueno es que...poca cosa podemos hacer a parte de reciclar y lo básico de coger transporte público y esas cosas." [E8, mujer, 23 años].

"¿Pero la experiencia del pueblo de este digamos apareamiento de cáncer te ha hecho pensar que vivir ahí te podría poner en riesgo a diferencia de la ciudad? A diferencia de la ciudad exacto, que mira tu que la ciudad esta más contaminada normalmente, pero si que hay productos del campo que

son... antes, ahora no tanto pero que son venenosos y eso me ha hecho pensar más en como se producen las cosas, en como... como te afecta." [E30, hombre, 31 años].

"Cuando comes pescado pues el pez también se ha comido el plástico...si, en general la contaminación del mundo, que cada vez la estamos maltratando más, para mi supone un riesgo muy alto no sólo para los humanos, sino para la Tierra en general. Quiero decir, nos estamos cargando los árboles que necesitamos para el oxígeno...todo el tema del medioambiente es un riesgo muy alto." [E33, mujer, 18 años].

La percepción de riesgo para la salud derivado de la contaminación aparece ligada al ejercicio físico cuando, por ejemplo, se evita (o no) la práctica deportiva (bicicleta, fútbol) en ambientes urbanos con contaminación del aire. En estos casos se valoran los costes de la exposición -número de veces, nivel de exposición- y se sopesan las recompensas -salud, amistades-.

"Vas en Bici por Barcelona, ¿no? Sí y en parte es bueno y en parte es malo, ¿no? (...) Si me pongo delante de los coches o si hay carril bici guay, pero... Bueno, igualmente estás respirando..." [Trad., E3, mujer, 21 años].

"...alguna vez he corrido en medio de Barcelona. **¿Y qué es lo que te lleva a hacerlo?** Bueno a final es un poco con los amigos o con... la diversión en ese momento no, voy a hacer esta actividad en medio de Barcelona, porque lo hagas una vez no pasa nada, ya te digo que la polucidad es muy poco evitable con lo cual. A ver yo no voy a correr todos los días 10 km en Barcelona pero si tengo que correr una cursa un día pues la corro y no pasa nada, o si hay que jugar un partido pues lo juego y ya sin problema." [E28, hombre, 33 años].

Entre los entrevistados, la credibilidad de la contaminación ambiental como riesgo para la salud bebe tanto de fuentes científicas como de experiencias personales. Respecto a este último aspecto, por ejemplo, la industria Petroquímica en Tarragona aparece como riesgo para casi todos los entrevistados en Tarragona. Se trata de una experiencia cercana, visible y conocida, pero también documentada.

"Supongo al vivir muchos años en Tarragona a lo mejor, no se si tiene mucho que ver, pero, por ejemplo, hay estudios que dicen no se hasta que punto es cierto, que el hecho de estar en ese ambiente tan de industrias químicas y tal, que hay muchos más niños que tienen ciertos problemas. No se hasta que punto eso es cierto o no. [...] la contaminación o incluso el ambiente donde tu estas, el ruido, todo eso también hace y eso...también en cierta manera puede ser muy malo para ti." [E5, mujer, 32 años].

"El tema del medioambiente porque tenemos una petroquímica muy cerca [...] el tema de la contaminación a mí me afecta directamente. Yo la petroquímica la veo abierta muchas noches, la veo desde mi pueblo y está a veinte o treinta kilómetros y aun así, he vivido siempre aquí." [Trad., E16, hombre, 19 años].

"(...) los humos del tráfico por ejemplo y esas cosas sí, pero vamos es que eso nunca, yo no...lo típico la psicosis que se dice "respiramos mucho humo no sé qué no sé cuántos" supongo que será verdad si los científicos lo estudian. Yo no considero que a mi vida le esté afectando porque no lo noto, pero supongo que, sí que lo notaré, supongo que si viviese en un campo aislado de todo tráfico pues supongo que tendría mejor capacidad pulmonar, pero eso no lo puedo saber." [E18, hombre, 34 años].

Por último, podemos destacar fundamentalmente dos teorías de percepción de riesgo que nos ayudan a explicar los resultados. Por un lado, cabe señalar una teoría que está omnipresente en este estudio, la *Teoría de Motivación*, por cuanto nos aporta conceptos y elementos como los costes y consecuencias percibidas por los entrevistados, la concienciación sobre la problemática como elemento motivador y el concepto de autoeficacia.

En segundo plano aparece la *Teoría de Acción Habitual*. No todos los entrevistados apuntan una preocupación por la contaminación como riesgo, estando ahí para todos. Se ve la contaminación ambiental como un fenómeno habitual, se es consciente de su existencia, cada vez más, pero su cotidianeidad y su previsible impacto muy a largo plazo (incluso desconocido, invisible), no posiciona el riesgo entre las prioridades de los entrevistados. La ciencia aporta cada vez más datos de calidad de los efectos sobre la salud de la contaminación ambiental, siendo responsable según los estudios más recientes de ocho veces la mortalidad en España por accidentes de tráfico. La percepción del riesgo entre los jóvenes entrevistados no se asemeja a la de los accidentes de tráfico, ni la capacidad para influir en su control se percibe como tan eficaz.

LA CRISIS ECONÓMICA COMO RIESGO

IDEAS FUERZA

- El discurso más prevalente entre los entrevistados es que la crisis económica no ha tenido repercusiones importantes sobre su salud, y no la consideran por tanto como un riesgo para su salud. La presencia de un impacto familiar cercano de la crisis es un factor determinante. Si la familia no nota el impacto, no se transmite.
- El ser joven suele implicar tener poca trayectoria laboral, y si se vive toda esa trayectoria en crisis, no se percibe un antes y un después.
- La crisis modifica el tiempo de ocio y las actividades asociadas, ha modificado hábitos como el ejercicio físico –se deja de ir al gimnasio–, el consumo de tabaco –alto precio relativo de las cajetillas–, la alimentación –la comida basura se hace más frecuente, se encaren relativamente los productos sin gluten o la comida ecológica–, y las relaciones sexuales (se pasa del preservativo a la pastilla anticonceptiva, a la copa, exponiéndose a posibles ITS).
- Algunos entrevistados hacen referencia al consumo de servicios sanitarios como algo que se ha visto alterado por la crisis. En concreto, la temática que sale reflejada en los discursos son el aumento en los tiempos de espera en las consultas, y los altos precios de los medicamentos que compiten con la comida en cuanto a prioridades familiares.
- El mundo del trabajo se resalta como el que más ha recibido los efectos de la crisis. La búsqueda de trabajo especialmente siendo joven es difícil, condiciona decisiones vitales (compra de vivienda, independizarse) posiblemente retrasándolas o generando incertidumbre respecto a cuando van a ser posible.
- El riesgo se llama inestabilidad laboral y precariedad. La crisis define a la baja los trabajos disponibles y sus condiciones laborales. El impacto sobre la salud que más se argumenta en los discursos es sobre la salud mental.

Introducción

Si hacemos un repaso de la literatura sobre crisis y salud nos sorprenderá que muy pocos trabajos se dirigen específicamente al colectivo de los jóvenes (18-34 años). Los estudios publicados más abundantes hacen referencia al papel fundamental de los determinantes sociales de la salud como son las condiciones de trabajo y la precariedad laboral, los ingresos económicos y la pobreza, el desempleo, el acceso a vivienda, el lugar de residencia/barrios, etc. (Bell y Blanchflower 2011, Vives et al 2011, Frangos 2012, López-Bernal et al. 2013, Urbanos y González 2013, Cobos-Carvajal et al. 2014, Benach et al. 2015, Buffe et al. 2015, Dalglish et al. 2015, Gili et al. 2016, Colell et al. 2017, Moreno-Küstner y Masedo-Gutierrez 2017, Nelson y Grete 2017, Starace et al. 2017).

Los resultados en salud como consecuencia de la crisis y de las políticas de austeridad nos ponen en alerta sobre el aumento entre 2006 y 2010 de los trastornos del estado de ánimo (visitas población general), y los trastornos de ansiedad un 19% y 8%, respectivamente. Se argumenta que el desempleo constituye el factor de riesgo más importante para este aumento (Gili et al. 2014).

Se ha observado también un incremento de las tentativas de suicidio en todas las edades, pero en lo jóvenes (20-24 y 25-29) es donde menos aumentan (Córdoba-Doña 2014), aunque el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte entre las edades de 15 y 44 años. Para el año 2013 alrededor del 31% de las víctimas de suicidio en España tenían entre 15 y 44 años (1.198 personas), lo que representa el 12,6% del número total de causas de muerte producidas en este intervalo de edad (Rivera et al. 2015).

También tenemos evidencia de que la asociación entre las condiciones macroeconómicas adversas y el suicidio son más fuertes entre los hombres y en los grupos de menor edad (Stuckler et al. 2011, López-Bernal et al. 2013, Dalglish et al. 2015) lo que es consistente con estudios anteriores (Platt et al. 1992, Gerdtham y Johannesson. 2005, Tapia-Granados 2005, Berk 2006).

Se observa una tendencia a la disminución del consumo de ansiolíticos y hipnosedantes desde 2012 en todos los grupos de edad excepto en el grupo de los más jóvenes, donde se mantiene estable (Colell et al. 2017). El consumo de antidepresivos aumenta en el grupo de más jóvenes, en los hombres de 45-64 años y en las mujeres de más de 65 años (Colell et al. 2017). La tendencia general es al incremento del consumo de antipsicóticos desde 2012 en todos los grupos de edad, excepto en el de 18-44 años (Vicente-Sánchez et al. 2013, Colell et al.

2017). La prevalencia de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica (GHQ \geq 3) fue del 20,5% en 2012 y del 21,3% en 2006. En jóvenes de 18-44 la prevalencia aumenta, aun siendo la más baja entre grupos de edad, de 14,2% a 16,1% (Basterra 2017).

Hay dos elementos apuntados en la literatura sobre crisis y salud que actúan como factores protectores o atenuantes de los efectos sobre la salud: los Estados de Bienestar, y la convivencia con los padres (Baumbach y Gulis 2014, Cobos-Carvajal et al. 2014).

Nos preguntamos cómo los jóvenes entrevistados en este estudio se han visto afectados por la crisis y concretamente cómo su salud se ha visto afectada.

Resultados

Una gran parte de los entrevistados defiende el discurso de que la crisis económica no ha tenido repercusiones importantes sobre su salud, y no la considera por tanto como un riesgo para su salud. Para estos entrevistados la crisis no ha cambiado sus estilos de vida ni sus hábitos de consumo de forma significativa. Eso puede deberse en parte a que la situación de partida ya no era muy buena, y la crisis no la ha mejorado ni empeorado en demasía.

"Hombre, si que yo miro mucho los precios cuando voy a comprar, pero vaya, creo que, aunque estuviéramos en pleno apogeo y plena fiesta economía creo que lo seguiría haciendo. (...) Pero no, supongo que, si hubiera sido cabeza de familia si que hubiera notado este gasto, pero como no tengo dinero...o sea, 400 € en la cuenta, vivo del dinero de mi padre, igual lo ha notado él." [E9, mujer, 24 años].

"Como siempre hemos vivido bastante al día...una madre soltera con dos hijos pues que vas a hacer pues vivir al día. Entonces claro antes veíamos de otro mundo, sud-américa es otro mundo comparado con aquí." [Trad., E13, hombre, 25 años].

"Pero que nunca nos ha sobrado dinero para decir, reyes y tal siempre he tenido regalos pero si no se podía un juguete pues un pijama, unos calcetines, una colonia, unas cremitas, cualquier detalle pero que no hemos podido decir "venga va compro una xbox" ala, que ojalá, pero no ha sido el caso." [E26, mujer, 20 años].

"Creo que no. Porqué tampoco... Antes de la crisis no compraba o no consumía cosas... Porque no tenia dinero o así y ahora que lo tengo tampoco compro alcohol, condones... No ha cambiado nada (ríe)." [E14, mujer, 24 años].

"Es que para mí la crisis afortunadamente para mí no afectó a mi salud. A mi salud ni a la de mis padres, no, no porque... bueno estuvo mi madre sin trabajo pero bueno teníamos el...a mi padre que ya estaba en la empresa pública, en ese aspecto teníamos la tranquilidad esa." [E6, Hombre, 32 años].

"La verdad es que sigo teniendo los mismos hábitos. A mí personalmente no me ha afectado la crisis en gran medida, si le ha afectado a mis padres puede ser pero a mí personalmente yo no he visto un gran cambio en mis hábitos, he seguido yendo a los mismo colegios, la misma universidad, la misma sanidad." [E11, Mujer, 21 años].

"A mi en la mía creo que no, posiblemente la crisis me ha llevado a encontrar un mejor trabajo. ¿Lo valoras en positivo? Sí me ha ayudado a crecer tanto física como mentalmente." [E20, Hombre, 33 años]

La presencia de un impacto familiar cercano de la crisis es un factor determinante. Por ejemplo, si se han dado retrasos en el pago de la nómina, o si se ha quedado en paro pero cobraba el subsidio, o si eran varias nóminas las que entraban en casa, eso sí se ha percibido como un efecto de la crisis, pero otra cuestión es que haya (o no) tenido repercusiones en la salud (que no se reportan).

"Pues, sí que lo he notado, no íbamos bien, pero por, no creo que fuera por la crisis, bueno si por la crisis, porque mi madre no le daban mes a mes (el salario)." [E25, hombre, 20 años].

"Si...no porque afortunadamente...eh, en mi familia no ha habido ningún caso eh grave, ni de desempleo, ni económico ni nada por el estilo [Además] mi padre ya estaba a punto de jubilarse, con una buena pensión...entonces.... hemos tenido mucha fortuna en ese aspecto, en el aspecto laboral y económico durante la crisis, hemos sido muy afortunados." [E1, hombre, 24 años].

El ser joven suele implicar tener poca trayectoria laboral, y si se vive toda esa trayectoria en crisis, o fuera del mercado laboral (en la universidad) no se percibe un antes y un después tan evidente.

"Lo noto como trabajador, no tengo experiencia en ser trabajador en tiempo que no fueran de crisis pero mi experiencia ahora es de que tienes que trabajar como un burro para poder vivir bien o para poder vivir. Tengo que decir que he tenido suerte porque he encontrado un trabajo que eso que me gusta y que me la pagan de forma relativamente decente." [Trad., E16, Hombre, 19 años].

"Sí es cierto, por ejemplo, con temas de necesidad económica, sí que hay una parte que lo que he visto en casa, no es una vida de excesos sino de trabajar mucho, intentar disfrutar y por otro lado salva por lo que pueda pasar. Claro mí la crisis me enganchó que no había comenzado aún la universidad." [Trad. E21, Hombre, 29 años].

Lo que si ha hecho la crisis es modificar el tiempo de ocio y las actividades asociadas, ha modificado hábitos como el ejercicio físico –se deja de ir al gimnasio–, el consumo de tabaco–alto precio relativo de las cajetillas–, la alimentación –la comida basura se hace más frecuente, se encarecen relativamente los productos sin gluten o la comida ecológica–, y las relaciones sexuales (se pasa del preservativo a la pastilla anticonceptiva, a la copa, exponiéndose a posibles ITS). Hay que decir que los discursos prevalentes en este sentido hacen todos referencia a la capacidad económica disminuida o mermada y por tanto a la disponibilidad de dinero como condicionante para ese cambio de hábitos.

"El tema de...ahora no todo el mundo puede permitirse ir a un gimnasio...o permitirse ciertas cremas o permitirse ciertos productos que son beneficiosos o que ayudan a...dijéramos a prevenir y a promocionar la salud que antes si se podía, ¿no? (...) En lo personal...más allá de tenerme que borrar del gimnasio y otras ciertas cosas no..." [E2, hombre, 23 años].

"Bueno, básicamente me cambié del condón a la pastilla anticonceptiva por precio, básicamente y...ya de paso porque me iba bien hormonalmente pero principalmente fue por el dinero. Por otro lado, eh...si que es verdad que empecé a fumar menos o robaba cigarros a otra gente eh...¿qué más? quizás bueno, salía a comer menos o tiraba más de Burger, McDonalds y tal eh...la verdad (silencio largo)." [E8, mujer, 23 años].

"En el tema de la comida por ejemplo, yo siempre intento comprar comida ecológica y cuesta dinero y un tema que me gustaría comentar es la comida sin gluten (...) yo no he escogido comer sin gluten y los precios son muy caros (...) he nacido con esta condición y esto me afecta." [E32, mujer, 18 años].

"No sé, a nivel de salud, yo creo que quizás a la forma de comer, por como la crisis económica ha afectado en cuanto el dinero. La gente que no tiene trabajo va optar a comprar cosas de bajo precio y es peor." [E33, mujer, 18 años].

"A mi no me afecta demasiado, a mi familia tampoco. Puede ser que lujos como salir más o hacer algún viaje se hayan visto reducidos pero en temas de salud, no." [E7, mujer, 25 años].

Pocos entrevistados hacen referencia al consumo de servicios sanitarios como algo que se ha visto alterado por la crisis. En concreto, la temática que sale reflejada en los discursos son los tiempos de espera en las consultas y cómo éstos han aumentado, a la disponibilidad de pediatras, y los altos precios de los medicamentos que compiten con la comida en cuanto a prioridades familiares.

"Hombre, si que en el tema de la sanidad...por ejemplo yo he estado dos horas y media esperando y en estos aspectos si que es verdad que digo...o mi abuela, también tuvo que ir a urgencias y no se cuánto tiempo de espera...en este tema me ha afectado." [E32, mujer, 18 años].

"Antes de la crisis es decir, y ya no esto medicamentos que incluso que se han encarecido. Yo mi madre porque ahora tiene la invalidez y es pensionista pero la morfina que ella toma para los huesos pues era cara...para....para la economía familiar y había veces que decidía no tomársela porque era más... bueno prefería ella que comiéramos carne o pescado... (...) En lo personal... más allá de tenerme que borrar del gimnasio y otras ciertas cosas no..." [E2, hombre, 23 años].

"Solo mis bloques que son, 4000 viviendas creo hay muchos niños ahí y son aquí al lado. O sea..."ahh" me estresas. (...) Es en plan, no quitéis en según qué cosas (refiriéndose a recortes sanitarios en pediatría) y si es alguien que no trabaja bien (refiriéndose al médico), quitadlo." [E10, mujer, 30 años].

El mundo del trabajo se resalta como el que más ha recibido los efectos de la crisis. La búsqueda de trabajo especialmente siendo joven es difícil, condiciona decisiones vitales (compra de vivienda independizarse), posiblemente retrasándolas o generando incertidumbre respecto a cuándo van a ser posibles.

"El tener que enfrentarme a buscar trabajo cuando la gente lo está perdiendo, es difícil, muy difícil y de hecho en ese sentido me lo he tenido que currar más que posiblemente una persona que tenga cinco años más que yo." [E17, hombre, 32 años].

"Yo en primera persona lo he vivido por el hecho que estoy viviendo a 40Km de Barcelona y a mi se me termina el contrato dentro de tres años y el verano del año que viene es cuando me dirán si el alquiler del piso sube o no. Entonces yo este verano tendré que tomar la decisión de si seguir pagando o comprar un piso." [E19, mujer, 34 años].

"Sí, por supuesto. El dinero afecta como nos compartamos, a lo que hacemos y todo. Yo por ejemplo, ahora mismo tengo para gastar, no sé si son 4€ para el resto del mes, lo que me queda de comida en casa y lo que sea. Luego la necesidad de dinero, te hace a lo mejor, aceptar según que trabajos o según pues eso del el fisio que te digo. Siempre afecta." [E23, mujer, 30 años].

"(...) estamos pasando una crisis y entonces un poco te conformabas con lo que había entonces que pasa que el empleo es bastante precario y sobre todo bastante temporal, no hay nada que te asegure estar más de 2 años en algún sitio." [E24, hombre, 29 años].

En algunos casos la relación entre crisis y trabajo es la inversa, de forma que la crisis ha mejorado las perspectivas laborales de algunos entrevistados.

"A mi en la mía creo que no, posiblemente la crisis me ha llevado a encontrar un mejor trabajo." [E20, hombre, 33 años].

"Yo es que creo que la crisis ha tenido una cosa atípica no, yo soy joven, se supone que tendría haber acabado mis estudios y no haber encontrado trabajo y tal, pero yo he encontrado trabajo. Entonces yo he tenido una situación atípica con eso, porque me comparo con los demás, con mis amigos que no han podido tener trabajo y tal, o que han estudiado mucho más tiempo y por lo tanto no han podido, y por lo tanto yo creo que no me ha afectado, ósea la crisis económica no me ha afectado en el tema de los riesgos. Podría haberme afectado en contra, porque no he tenido gastos y en casa de mi madre pagamos muy poco, y no he tenido. Igual porque siempre he sido, siempre cauteloso, en las cosas, o he sido muy racional lo que te decía, probaba cosas pero incluso con el éxtasis que te dije ostias esto cuidado. No sé yo creo que no me ha afectado tanto." [E30, hombre, 31 años].

El impacto sobre la salud que más se argumenta en los discursos es sobre la salud mental. El riesgo se llama inestabilidad laboral y precariedad. La crisis define a la baja los trabajos disponibles y sus condiciones laborales.

"El trabajo quizás. Porqué al ser... Pero en cuanto a la salud emocional. Porque hay como más inestabilidad en cuanto al trabajo. Porque antes oías a todo el mundo, que había trabajo, que estaba bien, que no pasaba nada... Y después con la crisis aunque tengas trabajo siempre estas como inestable, con una sensación de inseguridad." [E14, mujer, 24 años].

"Hacia los riesgo para mi salud no, pero por ejemplo te puedo hablar de personas que se pueden llegar hasta depresiones por su sueldo, por lo que tienen que pagar y todo. Osea no entiendo porque es algo que a lo mejor ni llegas a con la crisis y no llegas a pagar tal cosa, y te recortan el sueldo, y cosas así, y afectan bastante a la salud mental. Y incluso mucho más prevenido para no ponerte enfermo y no gastar dinero en medicamentos." [E29, hombre, 18 años].

"Sí y bueno más a nivel de salud de cuerpo y enfermedades pero sí que, al trabajar mucho al final la gente acaba en depresiones..." [E4, hombre, 23 años].

"Pero yo personalmente, no me ha afectado, hay gente que quizás tendría más ansiedad, más miedo para no llevar a final de mes o que han comido peor, eso sí, o problemas de alcohol o de drogas porque se han visto superados, pero en mi caso no, considero que puede ser, sí, pero en mi caso, no." [E5, mujer, 32 años].

Conclusiones

No se han reportado cambios significativos en la salud de los jóvenes fruto de la crisis económica. En cualquier caso, no se perciben ni se hacen explícitos. Sí se han comentado con cierta profundidad elementos que puede considerarse determinantes sociales de la salud que sí se han podido ver modificados como consecuencia de la crisis económica. Los discursos de los entrevistados hacen referencia a los cambios de hábitos alimentarios, optándose por comidas menos saludables por ser más baratas, el ejercicio físico, en menor medida los servicios sanitarios (listas de espera, no poderse costear el fisioterapeuta), o al entorno laboral. Este último se ha deteriorado y genera situaciones de riesgo de mala salud mental (estrés o angustia).

Entraña mucha dificultad determinar cómo van a evolucionar esas perspectivas económicas y laborales en el corto y medio plazo, y si van a ser factores que limiten el desarrollo de los jóvenes y sus trayectorias vitales (emancipación, entrada mercado laboral, formar familia...). Es probable que esas perspectivas de futuro poco atractivas modifiquen las percepciones de riesgo, importando menos si se fuma, se bebe, se come mal, se practica ejercicio, o si se consumen drogas, ante futuros muy inciertos. Estaremos ante una cierta paradoja: El futuro o –mejor dicho las pobres perspectivas de futuro– define el presente –las percepciones y actuaciones ante los riesgos para la salud.

SÍNTESIS DE RESULTADOS Y REFLEXIONES FINALES(Parte II)

De manera sucinta, recojemos en la Tabla II.4. en qué grado se ha avanzado en el cumplimiento de las hipótesis que nos planteamos al inicio de este trabajo cualitativo.

Tabla II.4. Cumplimiento de hipótesis. Parte II.

HIPÓTESIS PARTE II		Confirmación
H5	Entre los jóvenes prevalece un concepto de salud propio del modelo biomédico en el que la salud se define como ausencia de enfermedad.	El modelo biomédico de salud como ausencia de enfermedad no es el único modelo presente en los discursos. Los conceptos de salud entre los jóvenes se hacen más complejos con la edad, distanciándose de una sola concepción de salud. Las mujeres tienen más a tener un discurso positivo de salud equilibrios, libertad, mientras que los hombres muestran una conceptualización más negativa (enfermedad e incapacidad funcional)
H6	Como resultado de la crisis emergen nuevos riesgos para la salud y se consolidan riesgos emergentes (ocio y tiempo libre, alimentación, uso de nuevas tecnologías,...)	En los discursos de los jóvenes han aparecido temas que no solían aparecer entre los jóvenes como son el ocio y las tecnologías, la seguridad personal y la contaminación ambiental.
H7	Los factores que intervienen de forma efectiva en la percepción de riesgo son voluntariedad, controlabilidad-negación, efecto en el tiempo, familiaridad, racionalidad (beneficio vs perjuicio), factores culturales y medios de comunicación e información	Han aparecido y se han discutido en el trabajo todos los elementos de percepción del riesgo que se muestran en la H7. No todos ellos están presentes en todos los riesgos analizados.
H8	La crisis tiene efectos diferenciales significativos en la percepción de riesgo, y el género juega un papel fundamental en ello.	En las entrevistas realizadas y los discursos asociados, la crisis no se ha vivido particularmente más, no se ha notado en demasía y no se ha encontrado discursos diferentes entre hombres y mujeres.
H9	Las diferentes teorías de percepción de riesgos nos permiten explicar como los jóvenes perciben los riesgos para su salud	Absolutamente. Todas son útiles en algún grado. Es su complementariedad la que nos permite explicar las percepciones de los jóvenes sobre los riesgos identificados para su salud.

El objetivo de una investigación cualitativa no ha sido tanto el de mostrar frecuencias de los fenómenos sociales sino en tratar de entender las actitudes, opiniones o percepciones de los sujetos entrevistados y tratar de descubrir patrones y factores comunes, hacer explícitas las cualidades de un determinado fenómeno y tratar de comprenderlo. Eso es lo que nos hemos propuesto con las entrevistas semi-estructuradas a personas jóvenes: entender los elementos que conforman sus percepciones de riesgo para la salud.

Vale la pena observar cómo las distintas Teorías de Percepción de Riesgos están presentes y nos son útiles para explicar las actitudes de los jóvenes, de una manera transversal a los distintos riesgos estudiados. No existe una sola teoría capaz de explicar las actitudes de los jóvenes ante los riesgos para su salud, por lo que hay que recurrir a varias de ellas, de manera complementaria.

Expresamos a continuación nuestras reflexiones sobre la utilidad de las distintas teorías de percepción del riesgo al ser aplicadas al ámbito de la salud en los jóvenes. Las distintas afirmaciones que se hacen se basan en la Tabla II.5.:

a. Teoría de la Motivación (*Protection Motivation Theory*):

- Se trata de una teoría omnipresente a la hora de explicar los riesgos percibidos por los entrevistados en todos los ámbitos, desde Alimentación a Contaminación Ambiental.
- Se profundiza con ello en tres elementos importantes. El primero, el papel de la **información y la concienciación** sobre el riesgo en cuestión, un aspecto fundamental en la construcción posterior de respuestas. El segundo, **la valoración de costes y recompensas** de cada riesgo. Por último, la autoeficacia, es decir la capacidad exitosa de gestionar/lidiar con el riesgo. Esta **autoeficacia** toma muy diversas formas, desde estrategias de evitación a aquellas otras en las que se afronta el riesgo.
- Descubrimos que con frecuencia aparecen en los sujetos **discursos aprendidos y poco practicados**, ante los que siempre hay una excusa válida, creíble. Se muestra por tanto la dificultad de poner en marcha estrategias exitosas ante el riesgo para la salud, donde intervienen elementos tanto personales, de vulnerabilidad, procesos cognitivos, u otros factores determinados por el entorno laboral, económico, o familiar.
- Desde la política pública, y atendiendo a la capacidad explicativa de esta teoría, se reforzarían estrategias de concienciación sobre los riesgos para la salud, avalándolas desde la calidad de la evidencia científica disponible. Así mismo, se diseñarían políticas no solo enfocadas a influir en los procesos cognitivos de los sujetos (quizás segmentando más los destinatarios), sino también dirigidas a **mejorar los entornos de decisión**, aquellos factores laborales, familiares o económicos que determinan las opciones y las decisiones posibles.

b. Teoría de Compensación de Riesgos (*Risk Compensation Theory*):

- Nos parece una teoría útil para explicar actitudes ante tres riesgos para la salud. Concretamente: Alimentación, Prácticas Sexuales, y Seguridad (accidentes). Los jóvenes menosprecian las consecuencias de una acto/práctica por una falsa percepción de seguridad.
- Las situaciones que se describen vienen a mostrar contextos donde las políticas públicas tiene un papel a jugar. En Prácticas Sexuales es un ámbito donde son más evidentes la necesidad y la posibilidad de intervenir con éxito. La existencia de tratamientos efectivos ante las ITS ha hecho que éstas aumenten. Los jóvenes no conciben como riesgo una práctica sexual que en caso de infección tiene remedio, sin consecuencias aparentes. Se trata de hacer evidentes esas consecuencias (por ejemplo la infertilidad) más allá de la infección en si.
- En el caso de la Seguridad (accidentes) vale la pena mencionar que para los jóvenes ponerse el cinturón ya no lleva consigo una práctica posterior de mayor riesgo (acelerar, ir más deprisa). Se ha rutinizado y en todo caso se usa para evitar la multa. Sin embargo, aparece en el entorno de seguridad y accidentes un elemento que las autoridades municipales quizás quieran tener en cuenta y que está vinculado a la Teoría de Compensación de Riesgos. Nos referimos al hecho documentado (con evidencia científica) de ser preferible no llevar casco al conducir la bicicleta en entornos urbanos. El casco da una falsa sensación de seguridad al que conduce, arriesgando mas su práctica ciclista, toda vez que también influye en la percepción del conductor de vehículos a motor que percibe menos vulnerable al ciclista sin protección.

c. Teoría de la Acción Habitual (*Habituated Action Theory*):

- La vemos reflejada en ámbitos muy dispares como las Prácticas Sexuales (tener pareja estable), fumar o beber (fumador o bebedor social), la contaminación (poco se puede hacer).
- En esta teoría está presente sobre todo el concepto de familiaridad. Solemos ser más conscientes de los riesgos desconocidos y nuevos que de los que conocemos bien, a los que estamos habituados, a los que tenemos como aceptados. La percepción de riesgo se atenúa debido a esa familiaridad que supone para nosotros, aunque el riesgo y sus efectos sigan persistiendo. Es el caso de hacer ejercicio físico en entornos urbanos a pesar de ser conscientes de los niveles de polución o contaminación

elevados, el fumar o beber alcohol de forma repetida sin experimentar consecuencias negativas ya que los principales efectos negativos se manifiestan más tarde en el tiempo. Tiene mucho que ver con la existencia (o no) de consecuencias inmediatas observables y dañinas, con la confianza y con la frecuencia con la que se practica ese riesgo.

d. Teoría de la Racionalidad Situada (*Situated Rationality Theory*):

- Se trata de una teoría muy útil para explicar comportamientos de los jóvenes. La observamos en Alimentación, en la Práctica de Ejercicio Físico, en las Prácticas Sexuales, o en el consumo de alcohol, por ejemplo. Se trata muchas veces de discursos conocidos sobre los efectos negativos de un riesgo pero aun así caer en él. Algunos ejemplos: la buena alimentación se asocia a tiempo y a dinero, pero no se dispone de ninguno de ellos; la practica sexual sin preservativo es mas común en presencia de alcohol; el consumo de alcohol aumenta en presencia de amigos y entornos de ocio/ fiesta.
- Se tienen en cuenta no solo las propias actitudes, sino también las actitudes colectivas y las normas subjetivas de los compañeros con respecto a un comportamiento de riesgo. Estas actitudes pueden servir como justificación para tomar un riesgo.

e. Teorías de la Acción y Control Social (*Social Action and Social Control Theories*):

- La familia y la escuela, y en menor medida las campañas institucionales se asocian a se asocian positivamente en los discursos con el acceso a información y con el grado de conciencia sobre el tema.
- La no presencia de algunos de estos elementos propios de control social fruto de transiciones vitales en los jóvenes (por ejemplo la emancipación) puede llevar a no seguir buenos hábitos (alimentación, deporte...), hecho que se ve reforzado por los argumentos de tiempo y dinero.
- Ente las recompensas más destacadas de seguir una buena alimentación figura el velar por tu imagen (ideal de belleza o cuerpo).
- La llamada presión social o grupal o incluso de pareja tiene un impacto en los discursos sobre el consumo de alcohol, de tabaco, de actividades de riesgo en el tiempo de ocio.

Creemos que los resultados del estudio cualitativo hacen necesario definir dos tipos de agendas.

I. Por un lado, **una agenda de investigación** que profundice en la comprensión de la percepción de los riesgos entre los jóvenes, ver las diferencias que se producen a lo largo de la vida, especialmente en los tránsitos a la vida adulta. También resulta necesario estudiar en mayor detalle algunos de los elementos que hemos descubierto en este estudio y que precisan de mayor profundidad de análisis como son las diferencias por clase social y por mundo rural y urbano.

II. Por otro, esperamos, deseamos que estos resultados contribuyan a la definición de **políticas públicas** y campañas publicitarias en los próximos años. Nos gustaría hacer dos advertencias en este sentido. Primero, que las políticas tengan en cuenta el ciclo vital, y por tanto las transiciones vitales de los jóvenes (emancipación, formación de familia, transición estudio-empleo), adecuando esas intervenciones a los momentos del tiempo donde la vulnerabilidad puede estar más presente. En breve, proponemos que las políticas tengan un perfil longitudinal. Segundo, los contextos no son siempre homogéneos y habría que incorporar por ejemplo la dimensión territorial en la manera y lugar en que se ponen en marcha política específicas.

Algunos ámbitos donde los resultados de este trabajo contribuirían positivamente al diseño de políticas:

- i. Identificar perfiles de jóvenes (de salud, hábitos y percepciones de riesgo concretos) para diseñar políticas de prevención y comunicación focalizadas a un target concreto que resulten más eficaces que las políticas universales. Se han de contemplar por tanto las diferencias de género y de edad entre los jóvenes en la manera en que se vertebran políticas.
- ii. Crear programas de formación y capacitación para técnicos y especialistas. Solo desde el conocimiento y la profesionalización seremos capaces de dar respuesta a los riesgos de salud para los jóvenes.
- iii. Diseñar y mejorar los actuales programas para hacerlos más transversales. La salud no es solo responsabilidad de un Ministerio o de un Departamento. La visión debe ser la de "salud en todas las políticas" también para los jóvenes. Sus riesgos para la salud trascienden sus decisiones individuales de adquirir/mantener unos determinados hábitos.

Aparecen elementos de la estructura que son determinantes: entorno laboral, económico, de la vivienda, educacional, de ocio y fiesta, culturales, medio-ambientales, entre otros.

iv. El entorno de los jóvenes está en constante cambio. No sería acertado asumir que las políticas que diseñemos hoy van a seguir teniendo resultados positivos en el futuro. Una monitorización constante del entorno y una evaluación en paralelo de las políticas puestas en marcha deben acompañar las estrategias de juventud y salud del futuro.

Tabla II.5. Presencia de los elementos de las Teorías de Percepción de Riesgos en los distintos riesgos (i).

TEORÍAS percepción riesgo	ALIMENTACIÓN	EJERCICIO FÍSICO /SEDENTARISMO	PRÁCTICAS SEXUALES
Teoría de la Motivación	<ul style="list-style-type: none"> Alta conciencia de la alimentación como posible riesgo para la salud. La falta de fuerza de voluntad surge como un limitador de la autoeficacia La autoeficacia se muestra ante: afrontar, evitar o desplazar el riesgo (I) acudir a especialistas: <ul style="list-style-type: none"> (H) hacer ejercicio/deporte (II) vigilar constantemente Valoración costas y recompensas de una alimentación sana. 	<ul style="list-style-type: none"> Alta conciencia de que el sedentarismo es un riesgo para la salud y conlleva problemas físicos de todo tipo. Valoración costas (tiempo, dinero, fuerza de voluntad, pereza) y recompensas de hacer ejercicio (bajar peso, agilidad, reducir colesterol, tener vías de escape, mejorar relaciones sociales, mejora de la autoestima, equilibrio mente-cuerpo, estar más animado, o el tener objetivos en la vida). No se encuentran a menudo factores motivacionales internos para hacerlo, y se ve en ocasiones como una obligación. La autoeficacia se muestra ante: caminar/pasear, gimnasia, ejercicio profesional, el menearlo o tres días a la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> Autoeficacia se traduce en conocimiento, conciencia y en el uso de medidas preventivas (mayormente el preservativo). El miedo mayor es que se rompa.
Teoría de Compensación de Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de unos riesgos para compensar otros en otros 		<ul style="list-style-type: none"> La existencia de tratamientos para ETS y Embarazos no deseados abre la puerta a la práctica sexual de riesgo.
Teoría de la Acción Habitual		<ul style="list-style-type: none"> Habituados a hacer ejercicio físico en entornos urbanos a pesar de ser conscientes de los niveles de contaminación atmosférica. Se cree que aun exponiéndose a respirar aire poco saludable al hacer deporte, tiene una recompensa asociada en términos de salud o bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> La pareja estable infunde confianza, y la confianza hace no utilizar prevención.
Teoría de la Racionalidad Situada	<ul style="list-style-type: none"> Una buena alimentación es un discurso aprendido pero poco práctico. Se es consciente de la distancia entre discurso y práctica, y se justifica la discrepancia (la falta, la omisión, el placer, la no preocupación de consecuencias, la falta de voluntad, la pereza, la comodidad...) Una buena alimentación aparece asociada a disponibilidad de tiempo, a horarios adecuados y por tanto al trabajo, y también al dinero. 	<ul style="list-style-type: none"> Hacer ejercicio es un discurso aprendido pero no siempre practicado. Mi il maneras de justificar una acción sedentaria. Los costes (tiempo y dinero) antes mencionados son limitaciones de cada día para hacer ejercicio, y contribuyen a construir un discurso racional entorno al hecho de no practicar actividad física y caer en el sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> Aparce al mencionar los discursos o la no prevención motivadas por las circunstancias (en especial la presencia de alcohol).
Teoría de la Acción Social	<ul style="list-style-type: none"> Alta prioridad al papel de la familia en seguir una buena alimentación y otros buenos hábitos La independencia de la familia (emancipación) puede llevar a no seguir buenos hábitos, hecho que se ve reforzado por los argumentos de tiempo y dinero. 	<ul style="list-style-type: none"> Influencia que tienen los amigos y la familia en las decisiones de practicar actividades físicas de forma regular. La ausencia de personas con las que practicar deporte es frecuentemente una causa de no hacer deporte. 	<ul style="list-style-type: none"> La familia y la escuela se asocian positivamente con el acceso a información y con el grado de conciencia sobre el tema. Se sugieren áreas de mejora en campañas institucionales.
Teoría del Control Social	<ul style="list-style-type: none"> Entre las recompensas más destacadas de si seguir una buena alimentación figura el vejar por tu imagen (ideal de belleza o cuerpo). La escuela y las campañas institucionales contribuyen al discurso aprendido no practicado. 		

Tabla II.5. Presencia de los elementos de las Teorías de Percepción de Riesgos en los distintos riesgos (ii).

TEORÍAS percepción riesgo	CONSUMO DE ALCOHOL	CONSUMO DE TABACO	CONSUMO DE DROGAS
Teoría de la Motivación	<ul style="list-style-type: none"> Beber alcohol es resultado de un cálculo entre las recompensas potenciales de beber (distinto, es divertido...) y sus costos. Para poder realizar este cálculo se debe ser consciente del riesgo y consciente de la capacidad de protegerse de este: la autoeficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> Se conoce el impacto negativo que el consumo del tabaco puede causar en la salud. Son conscientes de que fumar, aunque se muestra también en las valoraciones de costos y recompensas en el consumo de drogas. Los costos se perciben como muy elevados y las recompensas se mencionan menos en los discursos. Nuestros entrevistados reflexionan sobre sus hábitos de consumo y se justifican resaltando los beneficios que obtienen, entre ellos resaltan la popularidad, la pertenencia al grupo de iguales y la sensación de ser modernos. Esto significa que si la balanza se inclina hacia una alta valoración de la recompensa, el nivel de exposición al riesgo, desde sus percepciones, disminuye. 	<ul style="list-style-type: none"> En general la autoeficacia es alta, y la estrategia más usual es la evitación por miedo a las consecuencias negativas. La autoeficacia se muestra también en las valoraciones de costos y recompensas en el consumo de drogas. Los costos se perciben como muy elevados y las recompensas se mencionan menos en los discursos. Aparece el concepto de vulnerabilidad o susceptibilidad como condicionante que favorece el inicio en el consumo y la adicción. Esa vulnerabilidad tiene muchas aristas, desde la edad de la persona, incapacidad de resistirse a la presión del grupo, la poca capacidad de autocontrol, la debilidad ante los mensajes atractivos que le atraen a eso y diversión.
Teoría de Compensación de Riesgos			
Teoría de la Acción Habitual	<ul style="list-style-type: none"> Beber alcohol de forma repetida sin experimentar consecuencias negativas atenúa la percepción de gravedad ya que los principales efectos del alcohol se manifiestan de forma diluida en el tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> Explica cómo los jóvenes a pesar del conocimiento sobre los efectos dañinos del tabaco a largo plazo sin una consecuencia adversa e inmediatez observable continúan arriesgándose. Su contabilidad no es la de un efecto adverso si no el de una recompensa, cualquiera que esa sea. 	<ul style="list-style-type: none"> Se distingue entre consumo ocasional/puntual del consumo adictivo o reiterado de drogas. El consumo puntual no se asocia a más salud o riesgo para la salud. Se distingue aquí entre consumo puntual y adicción. El grado de exposición, por tanto la frecuencia con la que se consume, se asocia a mayor riesgo.
Teoría de la Racionalidad Situada	<ul style="list-style-type: none"> En muchas ocasiones se bebe teniendo en cuenta las actitudes de los demás o la situación particular del momento, atenuando la percepción del riesgo. 		
Teoría de la Acción Social & Teoría del Control Social	<ul style="list-style-type: none"> La cultura del alcohol y la presión social de los amigos para beber son los motivos más expresados entre los jóvenes que beben. 	<ul style="list-style-type: none"> Papel determinante que tienen la presión del grupo, la percepción general de una actividad como de bajo riesgo o socialmente aceptable, determina la actitud final ante el riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> Las variables de control social (escuela, organizaciones, campañas, familia) están muy presentes en los discursos y se muestran efectivas en su papel. La educación es quizás la fuente más referida de conocimiento sobre las drogas y sus efectos. El papel de los amigos y las relaciones sociales y de grupo es importante, también el de la pareja. Es tanto un factor positivo, de protección, como negativo (presión de grupo por ejemplo).

Tabla II.5. Presencia de los elementos de las Teorías de Percepción de Riesgos en los distintos riesgos (iii).

TEORÍAS percepción riesgo	SEGURIDAD PERSONAL/ACCIDENTES	MÓVILES Y TECNOLOGÍAS	CONTAMINACIÓN AMBIENTAL
Teoría de la Motivación	<ul style="list-style-type: none"> Necesaria para entender la sensación de vulnerabilidad, falta de control sobre el entorno que hace que actúes. La experiencia previa es un componente muy relevante de la construcción del riesgo en seguridad: alerta sobre lugares, periodos del día, y sobre las actitudes de otras personas. La autoeficacia en seguridad personal se expresa de muchas formas y grados, por ejemplo: ir acompañada, llevar defensa, llevar el bolso cruzado, ir vigilando, evitar la situación en sí, evitar sitios/calles concretas, hacerse oír, llamar a la policía, andar más deprisa, no llevar objetos de valor.... Quizás la estrategia de autoeficacia más predominante es la de evitación. Elevada conciencia sobre los riesgos de la conducción (preocupación por el otro, autoeficacia, respeto a las normas de conducir, ser consciente de la poca experiencia al volante, en no beber alcohol, en descansar lo suficiente...). 	<ul style="list-style-type: none"> Nos ayuda a entender la existencia de una cierta conciencia sobre la adicción o sobre el problema de salud que representa el uso de la tecnología, especialmente de los móviles. De igual modo vemos elementos de la teoría de la motivación en la generación de acciones por parte de los entrevistados para evitar ese riesgo, disminuir/moderar el uso, y mostrar por tanto cierto grado de autoeficacia en la gestión del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe una elevada conciencia sobre la importancia de la contaminación (del aire y del agua) y sus riesgos para la salud (enfermedades respiratorias, de la piel, alergias, plástico en alimentos, cáncer, infecciones...). Se ve la contaminación como algo alejado de la decisión del individuo, externo, y mayoritariamente urbano. Así la autoeficacia se muestra en la evitación, en el huir de la contaminación, el cambiarte de domicilio, el reciclar y coger transporte público.
Teoría de Compensación de Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> El cinturón ya no ejerce su papel inicial y se ha convertido en una rutina más, que no les genera más confianza al volante. El casco en la bicicleta no se usa (muestra de vulnerabilidad). 		
Teoría de la Acción Habitual	<ul style="list-style-type: none"> Pensamiento mágico, nunca pasa nada, hasta que pasa. 	<ul style="list-style-type: none"> La familiaridad en el uso de la tecnología, a la voluntariedad del mismo o a la sensación de cierto control sobre sus efectos. 	<ul style="list-style-type: none"> La contaminación como un fenómeno habitual con impacto muy o largo plazo, e incluso desconocido.
Teoría de la Racionalidad Situada	<ul style="list-style-type: none"> Se es consciente de los riesgos asociados por ejemplo a la noche, a la fiesta o al ocio, pero se asumen por estar con amigos, para estar con amigos, o estando con amigos. Aparece en algún discurso al referirse al miedo a volar y como éste es superado/afrontado para complacer a la pareja. 		<ul style="list-style-type: none"> Habitados a hacer ejercicio físico en entornos urbanos a pesar de ser conscientes de los niveles de contaminación o contaminación elevados. Se cree que aun exponiéndose a respirar aire poco saludable al hacer deporte, tiene una recompensa asociada en términos de salud o bienestar.

DIFUSIÓN E IMPACTOS DE RESULTADOS

DIFUSIÓN E IMPACTO DE RESULTADOS

Hasta el momento de cerrar este informe de Memoria Final del Proyecto hemos presentado resultados provisionales del proyecto en:

- **Federación Española de Sociología** (FES), XIII Congreso Español de Sociología, Valencia 3-6 Julio 2019. Paper "Jóvenes, crisis, salud y percepción de riesgos". <http://congresofes.com>
- **European Sociological Association** ESA RN16, Midterm Conference on Health and Illness in the Neoliberal Era. Turin 18-20 Abril 2018. Paper "Economic crisis, young adults and mental health in Spain". <http://midtermturin2018.strikingly.com/>
- Congreso de la **Red Española de Políticas Sociales** (REPS). Zaragoza 4-5 Octubre 2018. Paper "Millenials, adversidad y salud mental en España". <https://reps-zaragoza.com/>

Asímismo, nos es especialmente grato comunicar que se ha llegado a un compromiso con la editorial **EMERALD Pub.** para la edición e impresión de un libro en el que colaboraremos con un capítulo en inglés. En efecto, fruto de la presentación de los resultados preliminares del proyecto en la European Sociological Association 2018 nos han invitado a participar en el libro: "**Health and illness in the neoliberal era in Europe**", con Jonathan Gabe, Mario Cardano y Angela Genova como Editores. El capítulo en cuestión se centrará en los resultados cuantitativos del proyecto.

Se ha dado prioridad a la finalización del informe sobre la publicación de resultados. No obstante, hay dos temas que por la transcendencia de los resultados cualitativos están en una fase más avanzada de redacción del texto: tabaco y sexualidad. Nuestra intención es finalizar la preparación de dos manuscritos para su envío a publicación en este año.

Este proyecto de investigación ha tenido un impacto que frecuentemente se olvida mencionar pero que forma parte de todos los marcos de referencia para medir el impacto de la investigación. Nos referimos al impacto sobre la **capacitación o formación**. Hemos de destacar en este sentido tres aspectos:

A) Se han redactado y presentado con éxito 2 Trabajos de Finales de Grado (TFG) en el Grado de Sociología de la Universidad de Barcelona que han sido posibles en parte gracias a la existencia de este proyecto de investigación. Nos referimos a:

- Percepció de riscos en la salut del joves universitaris. Autor: Ferrán Martínez, Grado de Sociología, Universidad de Barcelona, Julio 2018.

- Alcohol i Joventut a Espanya: estils de vida, percepció del risc i consum. Autor: Eric Teixidó, Grado de Sociología, Universidad de Barcelona, Julio 2019.

B) Se está en proceso de redacción para su presentación en Junio de 2020 de un Trabajo Final de Master (TFM) dentro del Master de Sociología: Transformaciones sociales e Innovación. Autora: Maria Cursach.

C) Ha sido posible financiar una beca de colaboración con cargo al proyecto para la formación en los procesos de investigación de una persona. Esta estudiante ha podido transitar en primera persona desde la precisión y redacción del guion de la entrevista cualitativa, la realización de las mismas, su transcripción y análisis, la redacción del informe final y la presentación de resultados de la investigación. No es frecuente que una persona becada pueda participar y aprender de todo el proceso de investigación, desde su diseño a su presentación final.

REFERENCIAS

Ajzen I (1985) From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). New York, NY: Heidelberg, Springer.

Ajzen I y Fishbein M (1980) *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Aldington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A et al. (2007) Effects of Cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax* 62:1058-63.

Álvarez LS (2013) Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 30(1):95-101.

Asbridge M, Hayden JA, Cartwright J (2012) Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ* 344:14-17.

Astrain I, Bernaus J, Claverol J, Escobar A, Godoy P (2003) Prevalencia del uso de teléfonos móviles durante la conducción de vehículos. *Gaceta Sanitaria*, 17(1):66-69.

Atkinson RW, Mills IC, Walton HA, Anderson HR (2015) Fine particle components and health—a systematic review and meta-analysis of epidemiological time series studies of daily mortality and hospital admissions. *Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology*, 25:208-214.

Backett K, Davison C, Mullen K (1994) Lay evaluation of health and healthy lifestyles: evidence from three studies. *British Journal of General Practice*, 44:227-280.

Barr GC Jr, Kane KE, Barraco RD, Rayburg T, Demers L, Kraus CK et al. (2015) Gender differences in perceptions and self-reported driving behaviors among teenagers. *The Journal of emergency medicine*. 48(3):366-70 e3.

Barragán R, Rubio L, Portolés O, Asensio EM, Ortega C, Sorlí JV, Corella D (2018) Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutr Hosp* 35(5):1090-1099.

Basterra V (2017) Evolución de la prevalencia de alto riesgo de trastornos mentales en población adulta española: 2006-2012. *Gac Sanit.* 31(4):324-326.

Baumbach A y Gulis G (2014) Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe", *The European Journal of Public Health*, 24(3):399-403.

Bayés R, Pastells A, Tuldrá A (1995) Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de medicina psicosomática, UAB*, 33.

Begg DJ y Langley JD (2001) Changes in risky driving behavior from age 21 to 26 years. *Journal of Safety Research*, 32:491-99.

Beguiria A, Larrea C, Muñoz A, Zafra E, Mascaró-Pons J, Porta M. (2014) Social discourse concerning pollution and contamination in Spain: Analysis of online comments by digital press readers. *Contributions to Science*, 10:35-47.

Bell DNF y Blanchflower DG (2011) Young people and the Great Recession. *Oxford Review of Economic Policy*, 27(2):241-267.

Bena A, Gandini M, Cadum E, Procopio E, Salamina G, Oreggia M, Farina E. (2019) Risk perception in the population living near the Turin municipal solid waste incineration plant: survey results before start-up and communication strategies. *BMC Public Health*, 9(1):483.

Benach J, Julià M, Tarafa G, Mir J, Molinero E, Vives A (2015) La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña. *Gac Sanit.* 29(5):375-378.

Bennett P, Coles D, McDonald A (1999) Risk communication as a decision process. In *Risk Communication and Public Health* (eds P. Bennett and K. Calman), pp. 207-221, Oxford University Press, Oxford.

Bergamini M et al. (2013) Risk perception of sexually transmitted diseases and teenage sexual behaviour: attitudes Towards in a sample of Italian adolescents. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 54(2):114-119.

Bergstra AD, Brunekreef B, Burdorf A (2018) The mediating role of risk perception in the association between industry-related air pollution and health. *PLoS ONE*, 13(5): e0196783.

Berk M, Dodd S, Henry M (2006) The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychol Med*, 36:181–9.

Bickerstaff K (2004) Risk perception research: socio-cultural perspectives on the public experience of air pollution. *Environment International*, 30(6):827-840

Bircher J (2005) Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(3):335-341.

Blaxter M (1990) Lay concepts of health. *Health and Lifestyles*, 13–16.

Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G, Rehn N (2003) International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Res Health*. 27:95-109.

Bock A y Stein C (2013) Traffic accidents. How the media influence our perception of risk. In "Fit to drive". Proceedings of the 7th International Traffic Expert Congress. Berlin, April 25th-26th, 76-80.

Booth C, Spronk D, Grol M, Fox E (2018) Uncontrolled eating in adolescents: The role of impulsivity and automatic approach bias for food. *Appetite*. 120:636–643.

Börner S, Albino JC, Caraveo LM, Tejada AC (2015) Exploring Mexican adolescents' perceptions of environmental health risks: a photographic approach to risk analysis.

Buck C, Loyen A, Foraita R, Van Cauwenberg J, De Craemer M, Mac Donncha C, et al. (2019) Factors influencing sedentary behaviour: A system based analysis using Bayesian networks within DEDIPAC. *PLoS ONE* 14(1): e0211546.

Buffe V, Van de Velde S, Bracke P (2015) The mental health consequences of the economic crisis in Europe among the employed, the unemployed, and the non-employed. *Social Science Research*, 54:263–288.

Bull SS et al.(2017) Awareness, Perception of Risk and Behaviors Related to Retail Marijuana Among a Sample of Colorado Youth. *Journal of Community Health* 42(2):278–286.

Burns J, Boogaard H, Polus S, Pfadenhauer LM, Rohwer AC, van Erp AM, Turley R, Rehfuess E (2019) Interventions to reduce ambient particulate matter air pollution and their effect on health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 5. Art. No.: CD010919.

Cafri G, Thompson JK, Jacobsen PB, Hillhouse J (2009) Investigating the role of appearance-based factors in predicting sunbathing and tanning salón use. *Journal of Behavioral Medicine*, 32:532-544.

Calnan M (1987) *Health and illness*. Tavistock Publications.

Centro Nacional de Epidemiología (2018) *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 2016*. Madrid: Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual*, CNE, Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública, Plan Nacional sobre el Sida.

Chakraborty J, Collins TW, Grineski SE, Maldonado A (2017) Racial Differences in Perceptions of Air Pollution Health Risk: Does Environmental Exposure Matter? *Int J Environ Res Public Health*, 25;14(2):E116.

Cheeta S, Halil A, Kenny M et al. (2018) Does perception of drug-related harm change with age? A cross-sectional online survey of young and older people. *BMJ Open*;8:e021109.

Choi MY y Kim JS (2016) Influence of Cell Phone Addiction on Communication Skills and Interpersonal Relationship Ability of Adolescents. *J Korean Soc Sch Health* Vol. 29(3):149-155.

Christianson M et al. (2007) 'Eyes Wide Shut' Sexuality and risk in HIV-positive youth in Sweden: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35:55-61.

Cien Saude Colet. 2015 May;20(5):1617-27.

Clair A, Reeves A, Loopstra R, McKee M, Dorling D, Stuckler D (2016) The impact of the housing crisis on self-reported health in Europe: multilevel longitudinal modelling of 27 EU countries. *The European Journal of Public Health*, 26(5):788-793.

Cobos-Carvajal MJ, Machado-Ruíz MF, Plaza-Torres M (2014) Efectos de la crisis sobre la salud de los jóvenes españoles. *Parainfo Digital Monograficos de Investigación en Salud*. ISSN: 1988-3439, AÑO VIII, N.20.

Cockerham W (2012) *Medical Sociology*. Prentice Hall.

Codern N et al. (2010) Risk Perception Among Smokers: A Qualitative Study. *Risk Analysis*, 30(10):1563-1571.

Coffey C y Patton G (2016) Cannabis Use in Adolescence and Young Adulthood: A Review of Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 61(6):318-327.

Colell E, Bartoll X, Santamariña E, Pérez C (2017) La salut mental a Barcelona 2016. Servei de Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Comunidad de Madrid (2004) Las concepciones de salud de los jóvenes madrileños. Informe 2004, vo. 2: "prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables". Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad.

Conger K J et al (2000) The role of economic pressure in the lives of parents and their adolescents: The Family Stress Model. En L. Crockett (Eds.), *Negotiating adolescence in times of social change* (pp. 201–223). NY: Cambridge U. Press.

Cooper D (2003) Psychology, risk & safety: Understanding how personality & perception can influence risk taking. *Professional Safety*, November 2003, 39-46.

Cooper D (2003) Psychology, risk & safety: Understanding how personality & perception can influence risk taking. *Professional Safety*, 39-46.

Córdoba-Doña JA, San Sebastián M, Escolar-Pujolar A, Martínez-Faure JE, Gustafsson PE (2014) Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *International Journal for Equity in Health*, 13:55.

Corvello VT (1998) Risk communication. In *Handbook of Environmental Risk Assessment and Management* (ed. P. Callow), pp. 520–541, Blackwell Science, Oxford.

Covello VT et al. (1987) Communicating scientific information about health and environmental risks: problems and opportunities from a social and behavioral perspective. In Covello et al. (Eds.) *Uncertainty in Risk Assessment, Risk Management, and Decision Making*. Plenum Press, NY.

Covello VT, Von Winterfeldt D, Slovic P (1986) Risk communication: review of the literature. *Risk Abstracts*, 3:171-182.

Covello VT, Winterfeldt D, Slovic P (1987) Communicating scientific information about health and environmental risks: problems and opportunities from a social and behavioral perspective. In Covello et al. (Eds.) *Uncertainty in Risk Assessment, Risk Management, and Decision Making*. Plenum Press, New York.

Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E et al. (2008) *Inequalities in Young People's Health: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study; International Report from the 2005/2006 Survey*. Health Polic

D'Houtaud A y Field MG (1984) The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health & Illness*, 6(1):30–60.

Dalglish SL, Melchior M, Younes N, Surkan PJ (2015) Work characteristics and suicidal ideation in young adults in France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(4):613–620.

Darmon N y Drewnowski A (2015) Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis. *Nutrition Reviews*, 73(10):643–660.

Darmon N y Drewnowsky A (2008) Does social class predict diet quality? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5):1107–1117.

De-Sola Gutiérrez J, Rodríguez de Fonseca F and Rubio G (2016) Cell-Phone Addiction: A Review. *Front. Psychiatry*, 7:175.

Dietrich J et al. (2012) Phase-adequate engagement at the post-school transition. *Developmental Psychology*, 48:1575–1593.

Easthope G y White R (2006) Health & wellbeing. How do young people see these concepts. *Youth Studies Australia*, 25(1):42–49.

Eaton LA y Kalichman SC (2007) Risk compensation in HIV prevention: implication for vaccines, microbicides, and other biomedical prevention technologies. *Current HIV/AIDS Reports*, 4(4):165-172.

Ekelund U, Brage S, Froberg K et al. (2006) TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European Youth Heart Study. *PLoS Med* 3, e488.

Elder G y Caspi A (1988) Economic stress in lives: Developmental perspectives. *Journal of Social Issues*, 44 :25–45.

Elder GH (1999) Children of the Great Depression: Social change in life experience. Boulder, CO: Westview Press.

Ernersson A, Frisman GH, Sepa Frostell A, Nyström FH, Lindström T (2010) An obesity provoking behaviour negatively influences young normal weight subjects' health related quality of life and causes depressive symptoms. *Eat Behav*, 11(4):247-52.

EuroStat (2016) EuroStat Database. Bruselas: European Commission.

Faílde JM et al. (2008) Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria*, 22(6):511-9.

Faught EL, McLaren L, Kirkpatrick SI, Hammond D, Minaker LM, Olstad DL (2019) Socioeconomic Disadvantage across the Life Course Is Associated with Diet Quality in Young Adulthood. *Nutrients*, 11(2):242.

FEDEA (2014) El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Primer Informe Observatorio de Sanidad Fedea (editado) por Jiménez Martín S y Viola A, Madrid.

Forkel I y Silbereisen RK (2001) Family Economic Hardship and Depressed Mood Among Young Adolescents From Former East and West Germany. *American Behavioral Scientist*, 44(11):1955-1971

Frangos CC, Sotiropoulos I, Orfanos V, Toudas K (2012) The Effects of the Greek Economic Crisis on Eating Habits and Psychological Attitudes of Young People: A Sample Survey among Greek University Students. *Proceedings of the World Congress on Engineering*, 1(July 4-6).

Galán I, González M, Valencia-Martín J (2014) Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Revista Española De Salud Pública*, 88(4):529-540.

Gamble T y Walker I (2016) Wearing a Bicycle Helmet Can Increase Risk Taking and Sensation Seeking in Adults. *Psychological Science*, 1-6.

García M (2005) Cancer risk perceptions in an urban Mediterranean population. *International Journal of Cancer*, 117:132-136.

Gardner M y Steinberg L (2005) Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology*, 41(4):625-635.

Gerdtham UG y Johannesson M (2005) Business cycles and mortality: results from Swedish microdata. *Soc Sci Med*, 60:205–18.

Gili M, et al. (2013) The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*, 23:103–8.

Gili M, Garcia-Campayo, Roca M (2014) Informe SESPAS Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 28(S1):104–108.

Gili M, López-Navarro E, Castro A et al. (2016) Gender differences in mental health during the economic crisis, *Psicothema*, 28(4):407-413.

Goldberg DP y Williams P (1991) *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Berkshire: NFER-Nelson Publishing Company Ltd.

Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureye O et al. (1991) The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27:191–7.

González L y Berger K (2002) Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Ciencia y enfermería*, 8(2):27-35.

González-Sánchez G, Maeso-González E, Olmo-Sánchez MI, Gutiérrez-Bedmar M, Mariscal A, García-Rodríguez A (2018) Road traffic injuries, mobility and gender. Patterns of risk in Southern Europe. *Journal of Transport & Health*, 8:35–43.

Green E y Murphy E (2014) Health Belief Model. *Encyclopedia of Psychology*, 4:78–80.

Gwyther HE (2012) Perception of risk, feelings of vulnerability and effects on driving behaviour in women drivers across the lifespan. Thesis. Doctor of Philosophy. Aston University 2012.

Hall W y Morley K (2015) Possible causes and consequences of reduced perceptions of the risks of using cannabis. *Clinical Toxicology*, 53:141–142.

Hamulka J, Wadolowska L, Hoffmann M, Kowalkowska J, Gutkowska K (2018) Effect of an Education Program on Nutrition Knowledge, Attitudes toward Nutrition, Diet Quality, Lifestyle, and Body Composition in Polish Teenagers. The ABC of Healthy Eating Project: Design, Protocol, and Methodology. *Nutrients*. 2018 Oct 5;10(10).

Hansen J, Holm L, Frewer L, Robinson P, Sandøe P (2003) Beyond the knowledge deficit: recent research into lay and expert attitudes to food risks. *Appetite*. 2003 Oct;41(2):111-21.

Harbeck EL y Glendon AI (2018) Driver prototypes and behavioral willingness: Young driver risk perception and reported engagement in risky driving. *Journal of Safety Research*, 66:195–204.

Harbeck EL, Glendon AI, Hine TJ (2017) Reward versus punishment: Reinforcement sensitivity theory, young novice drivers' perceived risk, and risky driving. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 47:13–22.

Harding C y Eiser R (1984) Characterising the Perceived Risks and Benefits of Some Health Issues. *Risk Analysis, an International Journal*, 4(2):131-141.

Harding CM y Eiser JR (1984) Characterizing the perceived benefits of some health issues. *Risk Analysis*, 4:131-141.

Hart JT (1971) The inverse care law. *Lancet*, 1:405–12.

Hayashi Y, Foreman AM, Friedel JE, Wirth O (2018) Executive function and dangerous driving behaviors in young drivers. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 52:51–61.

Heckhausen J y Schulz R (1995) A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102:284–304.

Heckhausen J, Wrosch C, Schulz R (2010) A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117(1):32-60.

Hedlund J (2000) Risky business: safety regulations, risk compensation, and individual behavior. *Injury Prevention*, 6(2):82–89.

Hedlund J (2000) Risky business: safety regulations, risk compensation, and individual behavior. *Injury Prevention*. 6(2):82–89.

Hernández-García I, Sáenz-González M, González-Celador R (2010) Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Actas del Sistema Sanitario de Navarra*, 33:23-33.

Hogben M y Liddon N (2008) Disinhibition and Risk Compensation: Scope, Definitions, and Perspective. *Sexually Transmitted Diseases*, 35(12):1009-1010.

Howel D, Moffatt S, Bush J, Dunn CE, Prince H (2003) Public views on the links between air pollution and health in Northeast England. *Environmental Research* 91(3):163-171.

Huang L, Li J, He R, Rao C, van der Kuijp TJ, Bi J (2018) Quantitative Analysis of Health Risk Perception, Exposure Levels, and Willingness to Pay/Accept of PM2.5 during the 2014 Nanjing Youth Olympic Games. *Environ Sci Technol.* 4;52(23):13824-13833.

Hughes C, Parry O, Warren E, Pithouse A et al. (2010) Voices of Children and Young People in Wales Study: A qualitative study of Wellbeing among children and young people under 25 years old. Number: 01/2011. Welsh Assembly Government Social Research.

Hughner RS y Kleine SS (2004) Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8(4):395-422.

Hui Yap M, Reavley N, Jorm F (2011) Young people's beliefs about the harmfulness of alcohol, cannabis and tobacco for mental disorders: findings from two Australian national youth surveys. *Addiction*, 107:838-847.

Ibeachu C, Selfe J, Sutton CJ, Dey P (2019) Knee problems are common in young adults and associated with physical activity and not obesity: the findings of a cross-sectional survey in a university cohort. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019 Mar 18;20(1):116.

Inouye J (2014) Risk Perception: Theories, Strategies, and Next Steps. Campbell Institute.

Instituto de la Juventud (2017) Informe Juventud en España 2016. INJUVE: Madrid.

Jee YJ, Kim YH (2013) Factors Influencing Obesity among Adolescent: Analysis of 2011 Korean Youth Risk Behavior Survey. *Korean J Obes.* 2013 Mar;22(1):39-49.

Jiménez M, Rodríguez Díaz FJ, Sirvent Ruiz C (2006) Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1):52-58.

Julià A, Escapa S, Marí-Klose M y Marí-Klose P (2012) Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones*, 24(4):309-317.

Kasperson R, Renn O, Slovic P, Brown H, Emel J, Goble R, Kasperson J, Ratick S (1988) The social amplification of risk: A conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2):177-187.

Keating DP y Halpern-Felsher BL (2008) Adolescent drivers: A developmental perspective on risk, proficiency, and safety. *American Journal of Preventive Medicine*, 35:272-277.

Kerrigan DJ, Rukstalis MR, Ehrman JK, Keteyian SJ, She R, Alexander GL (2019) 5-2-1-0 Lifestyle risk factors predict obesity in Millennials. *Clinical Obesity*, 2019:e12306.

Khan SM, Krewski D, Gomes J, Deonandan R (2019) Radon, an invisible killer in Canadian homes: perceptions of Ottawa-Gatineau residents. *Can J Public Health*, 110(2):139-148.

Knight PJ, Iverson D, HarrisMF (2012) Early driving experience and influence on risk perception in young rural people. *Accident Analysis & Prevention*, 45:775-781.

Lachat C, Nago E, Verstraeten R, Roberfroid D, Van Camp J, Kolsteren P (2011) Eating out of home and its association with dietary intake: a systematic review of the evidence. *Obesity Reviews*, 13(4):329–346.

Lawson T (1997) Situated Rationality. *Journal of Economic Methodology*, 4(1):101-125.

Lawton J (2003) Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of Health & Illness*, 25(Silver Anniversary Issue):23–40.

Leal NL, Watson BC, Armstrong K, King M (2009) There's no way in hell I would pull up': deterrent and other effects of vehicle impoundment laws for hooning. *Proceedings of the 2009 Australasian Road Safety Research, Policing and Education Conference and the 2009 Intelligence Speed Adaptation (ISA) Conference*, Sydney.

Leonardi F (2018) The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4):735–748.

Leos-Toro C (2019) Health warnings, cannabis marketing and perceptions among youth and young adults in Canada. *University of Waterloo*.

Lima L (2004) On the influence of risk perception on mental health: living near an incinerator. *Journal of Environmental Psychology*, 24(1):71-84

Lindholm L (1997) Health Motives and Life Values. Scand

Lipari R y Jean-Francois B (2016) Trends in perception of risk and availability of substance use among full-time college students. The CBHSQ Report: August 16, 2016. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

Lipari RN (2013) Trends in Adolescent Substance Use and Perception of Risk from Substance Use. The CBHSQ Report: January 3, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

Loewenstein G et al. (2001) Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2):267-286.

López Bernal JA, et al. (2013a) The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain. *Eur J Public Health*, 25:1-5.

López-Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, Martin McKee M (2013) The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European Journal of Public Health*, 23(5):732-736.

Low NC, Dugas E, O'Loughlin E, Rodriguez D, Contreras G, Chaiton M, O'Loughlin J (2012) Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry*, 12(1).

Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M et al. (2004) Psychological and social sequelae of Cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*, 363:1579-88.

Maisto S et al. (2002) The Effects of Alcohol and Expectancies on Risk Perception and Behavioral Skills Relevant to Safer Sex Among Heterosexual Young Adult Women. *Journal of Studies on Alcohol*, 63:476-485.

Makowska Z, Merecz D, Moscicka A, Kolasa W (2002) The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 15(4):353-362.

Mannucci PM, Harari S, Martinelli I, Franchini M (2015) Effects on health of air pollution: a narrative review. *Internal and Emergency Medicine*, 10(6):657-662.

March JC et al. (2014) La publicidad de bebidas alcohólicas en España y su repercusión en la población adolescente. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(4):59-76.

Martínez U et al. (2016) La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo?. *Acción Psicológica*, 13(1):7-20.

Martínez-Sánchez JM, Curto A, Fu M, Martínez C, Fernández E (2014) Uso del cinturón de seguridad y del teléfono móvil en los vehículos de Barcelona (España) *Gaceta Sanitaria*, 28(4):305-308.

McCartt AT, Mayhew DR, Braitman KA, Ferguson SA, Simpson HM (2009) Effects of age and experience on young driver crashes: review of recent literatura. *Traffic Injury Prevention*, 10(3):209–19.

McDonald LEA, Sidhu S, Barry R, Richers Maruyama TA, Sheon NM, Ling PM (2017) Perceived harms and benefits of tobacco, marijuana, and electronic vaporizers among young adults in Colorado: Implications for health education and research. *Addiction*, 112 (10):1821–1829.

McLaughlin K A, Hatzenbuehler ML (2009) Mechanisms Linking Stressful Life Events and Mental Health Problems in a Prospective, Community-Based Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(2):153–160.

McNeely C y Falci C (2004) School connectedness and the transition into and out of health-risk behavior among adolescents: A comparison of social belonging and teacher support. *Journal of School Health*, 74(7):284-292.

Merrill RM (2015) Use of Marijuana and Changing Risk Perceptions. *Am J Health Behav*. 39(3):308-317.

Miguel-Aguilar C (2017) Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. *Salud Publica Mex*, 59(1):63-72.

Moreno-Küstner B y Masedo-Gutierrez AI (2017) Economic crisis and mental health – findings from Spain. *Die Psychiatrie*, 14:95–102.

Morrongiello BA, Walpole B, Lasenby J (2007) Understanding children's injury-risk behavior: Wearing safety gear can lead to increased risk taking. *Accident Analysis and Prevention*, 39:618-623.

MSCBS-Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017) Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2017.

MSCBS-Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017) Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

MSCBS-Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018) Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social/ Observatorio español de las drogas y las adicciones (OEDA).

MSC-Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) Informe sobre alcohol. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2007.

MSSSI-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.

MSSSI-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) Hábitos de Vida. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Informes, estudios e investigación 2018.

Nelson K y Grete A (2017) Health trends in the wake of the financial crisis—increasing inequalities? *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(Suppl 18):22–29.

Nordfjærn T, Şimşekoğlu Ö, Rundmo T (2014) Culture related to road traffic safety: A comparison of eight countries using two conceptualizations of culture. *Accident Analysis & Prevention*, 62:319–328.

Notley C y Collins R (2018) Redefining smoking relapse as recovered social identity – secondary qualitative analysis of relapse narratives. *Journal of Substance Use*, 23(6):660-666.

Novacek J, Raskin R, Hogan R (1991) Why do adolescents use drugs? Age, sex and user differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 20:475-492.

O'Brien F, Gormley M (2015) The Role of Risk Perception in Dangerous Driving Among Young People: Outcome- and Behaviour-Focused Questions Yield Opposite Results. *Transportation Research Board 94th Annual Meeting*, 2015.

OECD (2014) Rising inequality: Youth and poor fall further behind. Insights from the OECD Income Distribution Database.

Okaneku J, Vearrier D, Mckeever RG, Lasala GS (2015) Change in perceived risk associated with marijuana use in the United States from 2002 to 2012. *Clinical Toxicology*, 53:151–155.

Olofsson A y Öhman S (2014) Vulnerability, values and heterogeneity: one step further to understand risk perception and behaviour. *Journal of Risk Research*, 18(1):2–20.

Orozco AP (2014) Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. *Traficantes de sueños*.

Orru K, Nordin S, Harzia H, Orru H (2018) The role of perceived air pollution and health risk perception in health symptoms and disease: a population-based study combined with modelled levels of PM10. *Int Arch Occup Environ Health*. 91(5):581-589.

Oviedo-Trespalacios O, King M, Haque M. M, Washington S (2017) Risk factors of mobile phone use while driving in Queensland: Prevalence, attitudes, crash risk perception, and task- management strategies. *PLoS ONE* 12(9): e0183361.

Pacifici R, Palmi I, Vian P, Andreotti A, Mortali C, Berretta P, Luisa Mastrobattista L, Pichini S (2016) Emerging trends in consuming behaviours for non-controlled substances by Italian urban youth: a cross sectional study. *Ann Ist Super Sanità*, 52(1):104-113.

Palk G, Freeman J, Gee Kee A, Steinhardt D, Davey J (2011) The prevalence and characteristics of selfreported dangerous driving behaviours among a young cohort. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 14(2):147–54.

Parker Ph. et al. (2016) What effect did the global financial crisis have upon youth wellbeing? Evidence from Australian cohorts. *Developmental Psych*, 52: 640-651.

Pedersen W, Fjær EG, Gray P, von Soest T (2016) Perceptions of Harms Associated With Tobacco, Alcohol, and Cannabis Among Students From the UK and Norway. *Contemporary Drug Problems*, 43(1):47-61.

Pedersen W, Von Soest T (2015) Which substance is most dangerous? Perceived harm ratings among students in urban and rural Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–8.

Pennanen M, Vartiainen E, Haukkala A (2012) The role of family factors and school achievement in the progression of adolescents to regular smoking. *Health Education Research*, 27(1):57-68.

Pino MJ, Herruzo C, Raya A, Herruzo J (2015) Legal and Illegal Substance Consumption and Traffic Accident Risk Perception Among Spanish Young People. *Social Indicators Research*, 129(2):835–845.

Platt S, Micciolo R, Tansella M (1992) Suicide and unemployment in Italy: description, analysis and interpretation of recent trends. *Soc Sci Med*, 34:1191–201.

Popova L et al. (2018) Affect, risk perception, and the use of cigarettes and e-cigarettes: a population study of U.S. Adults. *BMC Public Health*, 18:395.

Porto-Arias JJ, Lorenzo T, Lamas A, Regal P, Cardelle-Cobas A, Cepeda A (2018) Food patterns and nutritional assessment in Galician university students. *J Physiol Biochem*. 74(1):119-126.

Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijóo S, González López-Valcárcel B, Gómez-Navarro V (2016) Impacto de la reforma del copago farmacéutico sobre la utilización de medicamentos antidiabéticos, antitrombóticos y para la obstrucción crónica del flujo aéreo. *Rev Esp Salud Pública*, 90:e1-e14.

Regidor E, Barrio G, Bravo MJ et al (2014) Has health in Spain been declining since the economic crisis?. *Epidemiol Community Health*, 68:280-282.

Reibling N, Beckfield J, Huijts T, Schmidt-Catran A, Thomson KH, Wendt C (2017) Depressed during the depression: has the economic crisis affected mental health inequalities in Europe? Findings from the European Social Survey (2014) special module on the determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_1):47–54.

Renn O, Burns WJ, Kasperson JX, Kasperson RE, Slovic P (1992) The social amplification of risk: theoretical foundations and empirical applications. *J. Soc. Iss.* 48(4):137-160.

Repacholi MH (2001) Health risks from the use of mobile phones. *Toxicology letters*, 120(1-3):323-331.

Rey-Lopez JP, Vicente-Rodriguez G, Ortega FB et al. (2010) Sedentary patterns and media availability in European adolescents: the HELENA study. *Prev Med* 51, 50–55.

Rhodes N, Pivik K, Sutton M (2015) Risky driving among young male drivers: The effects of mood and passengers. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 28:65–76.

Rhodes T (1997) Risk theory in epidemic times: Sex, drugs and the social organization of 'risk behavior.' *Sociology of Health & Illness*, 19(2):208-227.

Rivera B, Casal B, Currais L (2015).The economic crisis and death by suicide in Spain: Empirical evidence based on a data panel and the quantification of losses in labour productivity. GEN - Governance and Economics research Network, GEN Working Paper A 2015-7.

Roberts YH, English D, Thompson R, White CR (2018) The impact of childhood stressful life events on health and behavior in at-risk youth. *Children and Youth Services Review*, 85:117–126.

Rodríguez-González M, Schweer-Collins M, Skowron EA, Jódar R, Cagigal V, Major SO (2018) Stressful Life Events and Physical and Psychological Health: Mediating Effects of Differentiation of Self in a Spanish Sample. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi:10.1111/jmft.12358

Rogers RW (1975) A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Psychology*, 91(1):93-114.

Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommett R, Earle C, Emery J et al. (2015) The expanding role of primary care in cancer control. *The Lancet Oncology*, 16(12):1231–1272.

Sahebi S, Nassiri H, Naderi H (2019) A Study of the Factors Affecting Driving Risk Perception Using the Bivariate Ordered Probit Model. *Transportation Research Board 98th Annual Meeting*. Dec 2019.

Sánchez-Niubò A, Sordo L, Barrio G, Indave BI, Domingo-Salvany A (2018) Inicio y progresión en el consumo de sustancias en la población general de Cataluña, España. *Adicciones*. Nov 2018, <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1089>.

Saura S et al. (2009) Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Atención Primaria*, 42(3):143–148.

Schmidt M (2004) Investigating risk perception: a short introduction. Chapter 3 in: Schmidt M. 2004. *Loss of agro-biodiversity in Vavilov centers, with a special focus on the risks of genetically modified organisms (GMOs)*. PhD Thesis, Vienna, Austria.

Schoon I (2006) Risk and resilience: Adaptations in changing times. Cambridge: Cambridge University Press.

Scott-Parker B, Goode N, Salmon P (2015) The driver, the road, the rules ... and the rest? A systems-based approach to young driver road safety. *Accident Analysis & Prevention*, 74:297–305.

Scott-Sheldon LAJ (2016) Alcohol Use Predicts Sexual Decision-Making: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Experimental Literature. *AIDS and behavior*, 20:19-31.

Siervo M, Gan J, Fewtrell MS, Cortina-Borja M, Wells JCK (2018) Acute effects of video-game playing versus television viewing on stress markers and food intake in overweight and obese young men: A randomised controlled trial. *Appetite*. 120:100-108.

Simmons SJ (1989) Health: a concept analysis. *International journal of nursing studies*, 26(2): 155-161.

Simons-Morton B et al. (2001) Peer and Parent Influences on Smoking and Drinking among Early Adolescents. *Health Educations & Behavior*, 28(1):95-107.

Sjöberg L (2000) Factors in Risk Perception. *Risk Analysis* 20(1): 1-11.

Slovic P (1987) Perception of Risk. *Science*, 236:280-285.

Slovic P et al. (2007) The affect heuristic. *European Journal of Operational Research*, 177(3):1333–1352.

Somerset S, Hoare DJ (2018) Barriers to voluntary participation in sport for children: a systematic review. *BMC Pediatr*. 18(1):47.

Song, M y Kong EH (2015) Older adults' definitions of health: A metasynthesis. *International journal of nursing studies*, 52(6):1097-1106.

Spector RE (2002) Cultural diversity in health and illness. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3):197-199.

Starace F, Mungai1 F, Sarti E, Addabbo T (2017) Self-reported unemployment status and recession: An analysis on the Italian population with and without mental Health problems. *PLoS ONE*, 12(4):e0174135.

Steele CM y Josephs RA (1990) Alcohol myopia. Its prized and dangerous Effects. *American Psychologist*, 45(8):921-933.

Steinberger F, Moeller A, Schroeter R (2016) The antecedents, experience, and coping strategies of driver boredom in young adult males. *Journal of Safety Research*, 59:69–82.

Stierlin AS, De Lepeleere S, Cardon G, Dargent-Molina P, Hoffmann B, Murphy MH, Kennedy A, O'Donoghue G, Chastin SFM, De Craemer M (2015) A systematic review of determinants of sedentary behaviour in youth: a DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12:133.

Stuckler D et al. (2011) Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 378(9786):124–125.

Sun D, Jia A (2016) Impacts of cell phone use on driving safety and drivers' perception of risk. *J. Mod. Transport*. 24(2):145–152.

Sun Z y Zhu D (2019) Exposure to outdoor air pollution and its human health outcomes: A scoping review. *PLoS ONE*, 14(5): e0216550.

Sutin AR, Costa PT, Wethington E, Eaton W (2010) Perceptions of stressful life events as turning points are associated with self-rated health and psychological distress. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(5):479-492.

Tanjasiri SP, Wiersma LD, Moy KL, McEligot A (2018) Physical Activity, Nutrition, and Obesity among Pacific Islander Youth and Young Adults in Southern California: An Exploratory Study. *Hawaii J Med Public Health*. 77(10):251-258.

Tapia Granados J (2005) Recessions and Mortality in Spain, 1980–1997. *Eur J Popul*, 21:393–422.

Tapia JA (2011) La mejora de la salud durante las crisis económicas: un fenómeno contra intuitivo. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 113:121-137.

Tiozzo B, Mari S, Ruzza M, Crovato S, Ravarotto L (2016) Consumers' perceptions of food risks: A snapshot of the Italian Triveneto area. *Appetite*. Apr 1;111:105-115.

Tosevski DL y Milovancevic MP (2006) Stressful life events and physical health. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(2):184–189.

Tucker S, Pek S, Morrish J, Ruf M (2015) Prevalence of texting while driving and other risky driving behaviors among young people in Ontario, Canada: Evidence from 2012 and 2014. *Accident Analysis & Prevention*, 84:144–152.

Ulleberg P y Rundmo T (2003) Personality, attitudes and risk perception as predictors of risky driving behaviour among young drivers. *Safety Science*, 41:427–443.

Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo (2019) Estimación del continuo de atención del VIH en España, 2016. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (2018) Mortalidad por VIH y Sida en España. 2016. Evolución 1981-2016. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública, Plan Nacional sobre el Sida.

Urbanos R y Gonzalez B (2013) Desempleo y salud: Un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españo-les. *Estudios de Economía Aplicada*, 31-2:303-326.

Vainshelboim B, Brennan GM, LoRusso S, Fitzgerald P, Wisniewski KS (2019) Sedentary behavior and physiological health determinants in male and female college students. *Physiol Behav*. 2019 Mar 1;204:277-282.

Van Hal G (2015) The true cost of the economic crisis on psychological well-being: a review. *Psychol Res Behav Manag*, 8:17–25.

Vassallo S, Lahausse J, Edwards B (2016) Factors affecting stability and change in risky driving from late adolescence to the late twenties. *Accident Analysis & Prevention*, 88:77–87.

Vázquez J (2010) La efectividad de las campañas de comunicación anti-tabaco en los jóvenes españoles. Un análisis exploratorio. *ADReserarch: Revista Internacional de Investigación en Comunicación*, 1:14-31.

Vicente-Sánchez MP, Macia D, De la Fuente C, Gonzalez D, Montero D, Catala-Lopez F (2013) Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000- 2011. *Revista Española Salud Publica*, 87: 247-255.

Visram S, Cheetham M, Riby DM, Crossley SJ, Lake AA (2016) Consumption of energy drinks by children and young people: a rapid review examining evidence of physical effects and consumer attitudes. *BMJ Open*. 6(10):e010380.

Vives A, Vanroelen C, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, Muntaner C, García- Benavides F, Benach J (2011) Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *International Journal of Health Services*, 41(4):625–646.

Voogt A, Day A, Baksheev GN (2014) Risky driving in young adults: a review of the literature. *Road Transp. Res.: J. Austral. New Zealand Res. Practice*, 23(2):50–59.

Walthouwer MJ, Oenema A, Candel M, Lechner L, de Vries H (2014) Eating in moderation and the essential role of awareness. A Dutch longitudinal study identifying psychosocial predictors. *Appetite*. Apr;87:152-9.

Wasserman D (2016) Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(6): 1093–1107.

Weinhardt LS y Carey MP (2000) Does alcohol lead to sexual risk behavior? Findings from event-level research. *Annual Review of Sex Research*, 11:125-157.

Weller JA, Shackelford C, Dieckmann N, Slovic P (2013) Possession Attachment Predicts Cell Phone Use While Driving. *Health Psychology*, 32(4):379–387.

Weller JA, Shackelford C, Dieckmann N, Slovic P (2013) Possession attachment predicts cell phone use while driving. *Health Psychol*, 32(4):379.

Weyman AK y Kelly CJ (1999) Risk perception and risk communication: A review of literature. Sheffield, England: HSE Books.

Wilde GJS (1994) *Target risk: Dealing With the Danger of Death, Disease and Damage in Everyday Decisions*. Toronto, Ontario: PDE Publications Castor and Columba.

Wilkinson A, Shete S, Prokhorov A (2008) The moderating role of parental smoking on their children's attitudes toward smoking among a predominantly minority sample: a cross-sectional analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3:18.

Williamson DL y Carr J (2009) Health as a resource for everyday life: Advancing the conceptualization. *Critical Public Health*, 19(1):107-122.

Wright CL y Silberman K (2018) Media influence on perception of driving risk and behaviors of adolescents and emerging adults. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 54:290–298.

Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K (2017) The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *PLoS One*. 12(11):e0187668.

Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. (2008) Effects of Cannabis use on outcomes of psychotic disorders: Systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 193:357-63.

ANEXO I

Modelo de consentimiento informado

“Millenials ante la adversidad: efectos de la crisis sobre la salud, los hábitos y la percepción de riesgos”

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Este Formulario de Consentimiento Informado y Compromiso de Confidencialidad se dirige a hombres y mujeres de entre 18 y 34 años, a los que se les invita a participar en la investigación “*Millenials ante la adversidad: efectos de la crisis sobre la salud, los hábitos y la percepción de riesgos*”. La investigación está dirigida por los doctores Pedro Gallo y Marga Marí-Klose, de la Universidad de Barcelona, y está financiada por el Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud.

La investigación tiene como uno de sus objetivos analizar cómo los jóvenes perciben los riesgos para su salud y cómo esa percepción ha evolucionado con el paso del tiempo. En este estudio vamos a centrarnos, entre otras, en las siguientes áreas de interés: los hábitos y los estilos de vida (incluyendo la alimentación y el consumo de alcohol, tabaco...), la salud sexual y reproductiva, los accidentes, y el uso del tiempo libre.

COMPROMISOS

Como joven de 18-34 años he sido invitado a participar en el estudio “Millenials ante la adversidad” que pretende profundizar en los factores que explican la percepción de riesgos para la salud. Por medio de este documento:

- (i) *Consiento voluntariamente a participar en esta investigación y a responder a preguntas acerca de mi vida, mis hábitos y mis percepciones de salud, entendiendo que puedo retirarme en cualquier momento si así lo deseo.*
- (ii) *Doy mi consentimiento a que la entrevista sea grabada y que su contenido sea utilizado solo con la finalidad de esta investigación, siempre preservando la confidencialidad de la información y mi privacidad. Tengo conocimiento del nombre de los investigadores que dirigen el estudio con los que puedo contactar en cualquier momento para aclarar cualquier cuestión que precise al respecto, y tener acceso a los resultados de la investigación si así lo solicito: pgallodep@ub.edu, mmariklose@ub.edu.*
- (iii) *Recibo una copia de este documento firmada por uno de los investigadores directores del proyecto en prueba y garantía de su compromiso de confidencialidad y privacidad.*

.....
Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Fecha y lugar:
.....

ANEXO II

Modelo de compromiso de confidencialidad del equipo de investigación



COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DEL EQUIPO INVESTIGADOR Y AYUDANTES DE INVESTIGACIÓN

“Millenials ante la adversidad: efectos de la crisis sobre la salud, los hábitos y la percepción de riesgos”

Este documento recoge el compromiso de confidencialidad firmado individualmente de cada miembro del equipo de investigación del proyecto así como de todos aquellos que de una manera directa o indirecta entren en contacto con los datos, información, análisis y resultados (intermedios o finales) del proyecto.

Con la intención de respetar y preservar los compromisos de confidencialidad y privacidad asumidos por parte de los investigadores principales con los entrevistados y demás participantes en el proyecto, me comprometo a no revelar datos, información, análisis y resultados del proyecto sin el consentimiento de alguno de los investigadores principales.

Nombre y firma del investigador/ayudante de investigación

Nombre:

Fecha y lugar:

ANEXO III

Guion de entrevistas

Buenos días/tardes,

1. Ante todo quisiéramos agradecerte el tiempo que nos vas a dedicar en esta entrevista. Como quizás ya sepas estamos realizando un estudio sobre la salud en la juventud.
2. Se trata de un estudio sociológico sobre la percepción de riesgos en jóvenes. Yo soy parte del grupo de investigadores que realizan el estudio, y en su nombre también quisiera agradecerte la oportunidad de esta entrevista.
3. Para nosotros es muy importante que te sientas cómodo durante la entrevista y puedas expresarte como mejor te parezca. Pueden haber temas sobre los que quizás prefieras no compartir tu opinión o tu experiencia. Siéntete muy libre en todo momento.
4. La entrevista será grabada con la intención de reproducir con exactitud sus contenidos pero en todo momento se mantendrá el anonimato de los entrevistados. Es por ello que en esta carta que tenemos firmada nos comprometemos a mantener el anonimato de todas las personas que participan en la investigación, siempre recordando que no hay respuestas ni malas, ni buenas y que no estoy aquí para juzgarte sino para recoger tu testimonio. Si estás de acuerdo con participar te pedimos que des tu consentimiento firmando una copia de la misma carta.
5. Como te he avanzado el objetivo de nuestro estudio es el de estudiar la salud de los jóvenes, y en concreto **estamos muy interesados en entender como los jóvenes percibís los riesgos o los peligros para vuestra salud.**

¿Te parece bien que comencemos?

PRIMERA PARTE: Situación personal

Objetivo: Indagar en su situación personal en diferentes ámbitos con la finalidad de contextualizar al entrevistado/a y sus respuestas. Queremos con ello conocer su discurso inicial, cómo se refiere a sus hábitos y costumbres, su situación personal-laboral-social, su uso del tiempo,....

Esta primera parte permite situar a la persona entrevistada en su contexto y mostrar elementos que después aparecerán en otras preguntas y referentes. Por ejemplo, para analizar la teoría de la motivación es esencial indagar en su persona, como se define y qué actitud tiene ante los riesgos, así como en qué ambientes se mueve -éste último para indagar en la teoría de la racionalidad situada en la que se centran los factores sociales, ambientales y psicológicos-.

Ficha sociodemográfica (2018).

Entrevista núm. CÓDIGO

V1. Edad

V2. Sexo Hombre (1) - Mujer (2) - Otro (3)

V3. Nivel de estudios; Educación primaria (1) - Educación secundaria (2) - Formación profesional (3) - Bachillerato (4) - Estudios universitarios 5

V3b. ¿En qué colegio estudiaste?

V4. Lugar de residencia: nombre del barrio en el que reside ¿Cómo ves el barrio dónde vives, cómo percibes el entorno? ¿En el barrio dónde vives, que tipo de instituciones o servicios hay (lugares para ocio, instituciones de primera necesidad, bien comunicado...)? Zona rural (1) Zona urbana (2)

V5. ¿Con quién reside habitualmente? ¿Cuántas personas viven contigo? Solo (1) - Con sus padres u otros familiares (2) - En pareja (3) - Con amigos o compañeros (4)

V6. ¿Qué ocupación tiene? (si procede) De no tener ocupación pero estar buscándola, ¿Por qué crees que no has encontrado trabajo? ¿Motivos para dejar o ser despedido del trabajo anterior en caso de haberlo?

PRESTAR ATENCION/ESTUDIAR LA TRAYECTORIA DE LA NO/INSERCIÓN LABORAL.

V7. ¿Qué ocupación tiene su madre? ¿Dónde vive, si no es contigo?

V8. ¿Qué ocupación tiene su padre? ¿Dónde vive, si no es contigo?

Primero, nos gustaría que nos hablaras un poco de ti, de tu persona, de tus hábitos y costumbres, con qué personas te sueles relacionar....

- ¿cómo te definirías?
- ¿a qué dedicas tu tiempo? O
- En relación a la educación recibida en tu colegio, ¿te consideras una persona religiosa/laica?

- ¿qué te gusta hacer en tus ratos libres?
- Si tiene pareja: ¿Y con tu pareja, a qué hacéis en vuestro día a día?
- ¿en qué ambientes te sientes más a gusto?
- ¿qué situaciones prefieres evitar?
- ¿A quién recurres cuando tienes un problema o un mal día, a quién le cuentas tus problemas?
- ¿Es siempre la misma persona? (*Estudiar la dimensión instrumental (información), la material (recursos básicos) y la emocional.*)

SEGUNDA PARTE: Definición e interpretación de peligros y riesgos relacionados con la salud (y concepto de salud).

Objetivo: Comprobar que concepto de salud tiene la persona, sus determinantes, y por tanto el peso que tiene lo individual (sus gustos, decisiones y preferencias) sobre lo colectivo como determinantes de su salud. Identificar factores que se vinculan a riesgo de salud antes de entrar en el detalle de cada riesgo en concreto.

- ¿Qué es para ti tener una buena salud? *Entender la narrativa del individuo sobre determinantes de la salud:*
- ¿Qué crees que es bueno para tu salud?
- ¿Cómo consideras que es tu salud respecto a tu edad?
- ¿Te consideras joven?
- ¿Qué aspectos de tu salud dependen de lo que tú hagas o decidas?
- ¿Cuándo fue la última vez que visitaste un médico?
- ¿Cuál fue el motivo de tu visita?
- ¿Qué otros aspectos crees que no dependen de ti pero afectan tu salud?
Indagar en "qué considera él/ella "riesgo". Que ponga él/ ella ejemplos -miramos jerarquía y cuánto habla de cada uno sin ser nosotros que condicionemos.
- ¿Cómo definirías un riesgo/peligro para tu salud?
- ¿Te consideras adicto a alguna sustancia o algún hábito? o ¿Crees qué es malo para tu salud?
- ¿En qué situaciones dirás que "Uff, esto realmente puede ser malo para mi salud/ me puede poner en peligro"?
- ¿Qué es importante para que algo sea un riesgo para tu salud?

TERCERA PARTE: Priorización.

Objetivo: Nos interesa ver qué criterios sigue la persona entrevistada para priorizar un riesgo y descartar otros. La idea es primero buscar una respuesta no condicionada, de forma que sea la persona entrevistada quien piense/elabore.

- ¿Cuáles son para ti los riesgos que percibes como más importantes para su salud?

Possible respuesta A, B, C

- ¿Alguno de ellos es más importante que otro (en términos de sus efectos o de su probabilidad)?

CUARTA PARTE: Dimensiones en los riesgos.

Objetivo: Explorar la presencia de los factores anunciados en las teorías (VER MAS ABAJO) en la valoración de los riesgos de la persona entrevistada, especialmente a aquellos que ha dicho A, B, C.

- ¿Por qué (cada uno)? A,B,C

- Indagar en las dimensiones de Control, Familiaridad, Voluntariedad, costes, tiempo...

- ¿Qué acciones/comportamientos asume que crea que son riesgos para su salud? - teoría de la acción habitual - (familiaridad ante el riesgo. Indagar en costumbre, frecuencia...

- ¿Qué acciones toma para minimizar riesgos (no fumar, no beber, cinturón, preservativo) o cree que debería evitar - *teoría compensación de riesgos-*

- ¿Ha valorado los pros-contras de asumir riesgos? *Conciencia de costes y recompensas- racionalidad situada -*

- Presión grupal

- ¿crees que la presión grupal afecta a las conductas de riesgo? (control social, acción social y racionalidad situada) *-preguntar por la juventud en general, no él/ ella en concreto...-*

- ¿qué opinas de las campañas de seguridad ? *-derivada en teoría de la motivación - (se ve también su visión sobre la importancia de cada factor de riesgo a partir de un elemento externo como es la campaña de 'otro') también sirve para explorar el papel de instituciones en la percepción del riesgo. Acción, control de los medios de comunicación.*

- ¿Recuerdas alguna campaña...?

- ¿Qué recuerdas específicamente de esta campaña?

- ¿Crees que ha tenido alguna influencia en tu propia conducta?

A parte de las campañas de los medios de comunicación,

- ¿qué fuentes de información considera más fiables?

- ¿qué importancia le da a consejos de escuela o trabajo en salud? ¿familiares y amigos?

-acción social y control social-

Después de una primera respuesta no condicionada, se fuerza a hablar sobre otros aspectos:

- No ha mencionado otros como X, Y, Z. ¿porqué no son tan importantes para ti?

TEORIAS	CONCEPTOS CLAVES	CUESTIONES A EXPLORAR
percepciones riesgo		
Motivación <i>¿Se conoce el riesgo?</i>	Motivación por hacer Capacidad de acción, autoeficacia Experiencia no deseada previa que se quiere evitar, VULNERABILIDAD Recompensas Coste	Explorar específicamente motivaciones intrínsecas, confianza o autoeficacia, sensación de vulnerabilidad,... ¿CENIR A LA PRESIÓN/SEER CAPAZ DE RESPONDER ANTE EL/A CAPACIDAD DE RETENCIÓN.
Compensación riesgos	¿LA SEGURIDAD MOTIVA A TOMAR MÁS RIESGOS POR LA SENSACIÓN DE CONTROL/SEGURIDAD	Explorar como mecanismos de seguridad, por ejemplo, modulan la percepción del riesgo y la posterior acción despreocupada ¿Qué es lo que le genera confianza o seguridad al asumir ese riesgo?
Acción habitual	Familiaridad ante el riesgo	Explorar la familiaridad, la costumbre, lo cotidiano del riesgo para ese grupo o persona ¿Con que frecuencia asume ese riesgo? ¿Está ACOSTUMBRADO a ese riesgo?
Racionalidad situada	Discurso racional (vale la pena el riesgo por el beneficio, la recompensa...)	Explorar componente racional entendido como discurso y valoración de pros y contras de asumir el riesgo ¿Ha valorado los pros y contras del riesgo? ¿CONCIENCIA DE COSTES? ¿Cuál es la RECOMPENSA ?
Acción social	Presión del grupo , normas grupales Presión del entorno (si la sociedad lo considera o no seguro) → Percepción social baja del riesgo	Explorar el papel de instituciones y organizaciones en la percepción del riesgo. ¿Qué fuentes de información consideráis más fiables?
Control social	REFERENTES EN LA ESCUELA, LUGAR DE TRABAJO, MCM, IGLESIA...	¿Qué importancia le dais a los consejos que os dan en la escuela o trabajo sobre salud?

QUINTA PARTE: Crisis y cambio.

Objetivo: Se le hace reflexionar a la persona entrevistada sobre cómo la crisis económica ha podido afectar a la percepción que tiene hoy de esos riesgos para su salud. La crisis puede ser detonante del factor "frustración" o como condicionante de actitud/motivación (el "total, pa lo que me espera, me puedo seguir drogando" o "con la ansiedad que llevo, un poco más de humo y alcohol me lo merezco y tampoco hay pa tanto"). Nos ofrece una perspectiva de tiempo, de cambio o refuerzo del pasado.

- ¿Crees que ha cambiado tu actitud o comportamiento sobre los riesgos (los que él/ella ha mencionado) en los últimos años? ¿por qué?
 - ¿Cómo te ves en cinco años? ¿Cuáles son tus metas, dónde crees que estarás... trabajando /estudiando...?
 - ¿Crees que ha habido algún punto de corte o experiencia que marque un antes-después?
 - ¿Crees que la crisis ha tenido un papel? ¿Cómo/en qué sentido?
- Indagar tanto a nivel individual (PRINCIPALMENTE) como también a nivel social:*
- ¿y en la sociedad, crees que la crisis ha tenido un papel? ¿Cómo o en qué sentido?

GLOSARIO DE PALABRAS COLOQUIALES ÚTILES PARA LA ENTREVISTA

Riesgo, peligro, Inseguridad, Alarma, Trance, Azar, Sacrificio, Osadía, Eventualidad, Emergencia, Evento, Fatalidad, Suerte/mala suerte, infortunio, contingencia, Desgracia, Accidente,

Perjuicio, daño, mal, detrimento, desventaja, deterioro, desventaja desperfecto

Perjudicar, dañar, afectar, lesionar, estropear, deteriorar, arruinar,

Asumir, tomar un riesgo

Voluntario, potestativo, intencional, consciente, intencionado, querido, deliberado

Proteger/te, Defender, Resguardar, Salvaguardar, Preservar

Confianza, seguridad, familiaridad, certidumbre, certeza,

Costumbre, Hábito, Práctica, Rutina, Tradición, Usanza, Moda,

Conducta, Rito, manía, Experiencia, Automatismo,

Recompensa, Premio, beneficio,

Estímulo, Tentación, Incitación, Provocación,

Coste, Precio, pago,

Controlar, Vigilar, Revisar, Examinar,

Valorar, Fijarse, Repasar, Examinar, evaluar, Estudiar, Averiguar, juzgar, tantear

ANEXO IV

Formato de ficha técnica

FICHA ENTREVISTA PROYECTO CENTRO REINA SOFIA (2018)

Entrevista piloto: SI/NO

Posibilidad de usar como definitiva: SI/NO

Código identificador de entrevista (nombre ficticio):

Nombre del/la **entrevistador/a**:

Nombre del/la transcriptor/a:

Fecha y hora de realización:

Duración:

Lugar:

Posible dato de contacto con el informante:

Resumen características de la persona entrevistada (sexo, edad, hábitos...):

Contexto personal básico:

Hábitos / dinámica diaria:

Negociación entrevista (contacto informante; vía de contacto, actitud, disponibilidad...):

A RELLENAR SÓLO POR EL/LA ENTREVISTADOR/A:

Condiciones entrevista (empatía, interrupciones, ambiente...):

Valoraciones entrevista (fiabilidad, profundidad, redundancia...): a partir de las primeras impresiones.

PRE-ANÁLISIS:

Idea central (qué puede diferenciarla, en qué puede destacar, cuál es la idea central que se desprende de su discurso para las 4 dimensiones principales,...)

Temas/Aspectos destacados (ideas/opiniones que se repiten...):

ANEXO V

Modelo de retribución por entrevista realizada



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat d'Economia i Empresa

Administració de Centre
Oficina de Recerca

Diagonal, 690
08034 Barcelona

Tel. +34 934 021 850
www.ub.edu/orececoempresa

COL-LABORACIÓ DE SUBJECTES EXPERIMENTALS

Pedro Gallo, professor de la Facultat d'Economia i Empresa i responsable del projecte de recerca *"Millenials ante la adversidad: efectos de la crisis sobre la salud, los hábitos y la percepción de riesgos"*,

FAIG CONSTAR:

Que la persona a baix relacionada ha participat en qualitat d'entrevistat en el projecte, motiu pel qual se li abona la quantitat de € per pal·liar les despeses que aquesta participació li pugui haver ocasionat.

Barcelona, de de 201 .

Signat,

PERCEPTOR *

DNI:		TELÈFON:	
NOM I COGNOMS:			
DOMICILI:			
POBLACIÓ:		CODI POSTAL:	

IMPORT A PERCEBRE: €	RESUT EN METALLIC
	SIGNATURA DEL PERCEPTOR

* S'han d'emplenar totes les dades

Del Grup de D'èxit i de l'Iniciativa

B:KC

Business
Knowledge
Campus



Health University
of Barcelona
Campus

"MILLENNIALS" ANTE LA ADVERSIDAD:

Efectos de la crisis sobre la salud,
los hábitos y la percepción de riesgos

Centro
Reina Sofía
sobre adolescencia
y juventud

fad

 Santander

Telefonica